

Evaluering af 72-timers behandlingsansvar 2026



Evaluering af 72-timers behandlingsansvar

©DEFACTUM, Region Midtjylland, februar, 2026

Emneord: Evaluering, 72-timers behandlingsansvar

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 17. februar 2026

Udgivet af: DEFACTUM®, februar, 2026

Rapporten er udarbejdet af:

DEFACTUM (projektledelse, arbejdsplan 1 og arbejdsplan 3, tværgående tematikker)

Tværasektorielt Forskningscenter Region Syddanmark (arbejdsplan 2)

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Sevelsted JT, Elkjær M, Budtz CR, Rasmussen HM, Hoffmann E, Andersen TV

Titel: Evaluering af 72-timers behandlingsansvar

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2026

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

1	Resumé – Evaluering af 72-timers behandlingsansvar	4
2	Læsevejledning.....	7
3	Indledning	8
3.1	Baggrund	8
3.2	Formål og analyseopdeling	8
4	Opkaldsregistrering	10
4.1	Delformål	10
4.2	Metode	10
4.3	Resultater	11
4.4	Delkonklusion	15
5	Implementeringsanalyse	17
5.1	Delformål	17
5.2	Metode	17
5.3	Resultater	19
5.4	Delkonklusion	27
6	Analyse af genindlæggelser	29
6.1	Delformål	29
6.2	Metode	29
6.3	Resultater	31
6.4	Delkonklusion	35
7	Tværgående analyse og konklusion	37
7.1	Tværgående tematikker	37
7.2	Hypoteser om årsagen til flere genindlæggelser	38
7.3	Samlet konklusion	39
8	Bilag	40
8.1	Bilag 1 – Opkaldsregistreringsskema og ordforklaring	40
8.2	Bilag 2 Spørgeskema 1 Implementeringsaktiviteter (kontaktpersoner)	43
8.3	Bilag 3 Spørgeskema 2 Ansatte på sygehuse og i kommuner	45
8.4	Bilag 4 Spørgeskema 2 Almen praksis	54
8.5	Bilag 5 Interviewguide	61

1 Resumé – Evaluering af 72-timers behandlingsansvar

Baggrund

Som en del af Regeringen og Danske Regioners 2023-aftale om en akutplan for sundhedsvæsenet blev det politisk vedtaget, at *"alle regioner vil inden udgangen af 2023 implementere en ordning med 72-timers behandlingsansvar, der forventes at kunne bidrage til at nedbringe antallet af genindlæggelser og sikre bedre sammenhæng og mere kvalitet for patienterne."*¹. Ordningen er i aftaledokumentet angivet som målrettet patienter, der udskrives til akutpladser/midlertidige pladser, til plejehjem samt borgere, der udskrives til eget hjem og modtager kommunal hjemmesygepleje.

Formål

Evalueringens formål er at besvare opdraget om at:

- Måle på ordningens volumen opgjort i tværsektoriel telefonopkaldsaktivitet til hospitalerne.
- Estimere effekten af 72-timers behandlingsansvar på genindlæggelsesfrekvensen.

Med henblik på at tilvejebringe en fortolkningsramme for opkaldsvolumen og den estimerede effekt på genindlæggelser samt udpege områder med optimeringspotentiale er evalueringen tilføjet et tredje delformål:

- Gøre status for implementeringen af 72-timers behandlingsansvar baseret på en struktureret implementeringsanalyse.

Evalueringen er struktureret i tre arbejdsplaner: Opkaldsregistrering, implementeringsanalyse og analyse af genindlæggelser

Metode

Opkaldsregistrering (arbejdsplan 1): Registrering af opkald relateret til 72-timers behandlingsansvar på strategisk udvalgte hospitalsafdelinger i fire regioner over en to-ugers periode i september 2024.

Implementeringsanalyse (arbejdsplan 2): Spørgeskemaundersøgelser og interviews med sundhedspersonale på tværs af sektorer (hospital, kommunal pleje og almen praksis). Fokus er på personalets kendskab til ordningen, oplevede nytte og eventuelle barrierer i samarbejdet. Dataindsamlingen blev gennemført i efteråret 2024.

Analyse af genindlæggelser (arbejdsplan 3): En kvantitativ analyse baseret på landsdækkende registerdata for 2023 og 2024. Patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar (data fra 2024) er matchet 1:1 med tilsvarende patienter uden for ordningen (data fra 2023) på alder, køn og kommunal hjemmesygepleje forud for indlæggelse. Ved hjælp af statistisk justering (logistisk regression) er forskelle i 30-dages genindlæggelser estimeret med kontrol for øvrige kendte forskelle i gruppernes helbredstilstand.

¹ [Aftale om akutplan for sygehusvæsenet.pdf](#)

Resultater

Opkaldsregistrering: I alt 488 opkald er registreret på de udvalgte afdelinger over to uger. Størstedelen af opkaldene er fra kommunalt plejepersonale i borgerens eget hjem (42 %) og omhandler medicinrelaterede spørgsmål (53 %). Ofte resulterer henvendelserne i råd og vejledning (33 %). Ændringer i patientens medicinske behandling udgøres af henholdsvis ”ny recept” (18 %) og ”ændring i medicin” (12 %). For en relativt stor andel af opkaldene er udfaldet uoplyst (22 %). Hospitalspersonalet vurderer desuden, at ca. 40 % af opkaldene falder uden for ordningens formål, og at 83 % af opkaldene ikke er unikke for ordningen – dvs. lignende opkald fandt også sted før implementeringen. Disse resultater skal ses i lyset af, at registreringen er gennemført over en kort periode og primært i dagtid, samt at relevans- og unikhedsvurderinger alene er foretaget fra hospitalssiden.

Implementeringsanalyse: Der er gennemført implementeringsaktiviteter på 96% af de adspurgte sygehusafdelinger og 75% af de kommunale afdelinger. Kendskabet til ordningen vurderes som høj: 96% af hospitalsansatte og 79% af kommunalt personale angiver at have kendskab til eller erfaring med ordningen. Det gennemsnitlige niveau af accept, anvendelighed og egnethed er moderat til højt (cirka 3,8 på en 5-punkt skala), hvilket indikerer overvejende positive erfaringer blandt personalet. Evalueringen identificerer dog udfordringer i kommunikation og koordinering mellem sektorerne. Personalet – særligt i kommunerne – oplever, at ordningen er meningsfuld og øger tryghed ved udskrivning, bl.a. via lettere adgang til specialiseret viden. Der er uklarhed om ansvarsfordelingen, hvilket i nogle tilfælde giver personalet fra hospitalet en oplevelse af ekstra ressourceforbrug grundet opkald, de finder irrelevante for ordningen eller som de oplever kunne være håndteret i primærsektoren. Ligeledes peger deltagere fra hospitalet på, at kommunalt personale til tider bruger ordningen til faglig sparring eller som en vej til at få patienten genindlagt hurtigt. Disse forhold indikerer potentiale for optimeret forventningsafstemning og strømlining af retningslinjer på tværs af sektorgrænser.

Analyse af genindlæggelser: Genindlæggelser inden for 30 dage forekommer oftere hos patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar sammenlignet med kontrolgruppen. Ujusterede tal viser, at ca. 18 % af patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar blev genindlagt inden 30 dage mod 14 % i kontrolgruppen. Selv efter statistisk justering for forskelle i patientkarakteristika er risikoen for genindlæggelse statistisk signifikant højere for patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar (odds ratio ~1,26). Det svarer til omtrent 3 ekstra genindlæggelser per 100 patientforløb for patienter under ordningen. Tendensen ses på tværs af regioner, men størrelsen af den estimerede forskel varierer mellem regionerne. Analysedesignet kan ikke eliminere betydningen af ikke-observerbare forskelle (fx klinisk kompleksitet og lægefagligt skøn), og resultaterne kan derfor ikke tolkes kausalt uden forbehold herfor.

Tværgående analyse og konklusion: 72-timers behandlingsansvar opleves overordnet som en ordning, der øger tilgængelighed og kan styrke trygheden i sektorovergangene – særligt set fra kommunernes perspektiv. Ordningen vurderes generelt positivt blandt de adspurgte, om end vurderingerne varierer på tværs af sektorer.

Samtidig viser opkaldsregistreringen, at en betydelig andel af henvendelserne vurderes som irrelevante af hospitalspersonale, og evalueringen peger på områder med uklare rammer, forskellig forståelse af ordningens formål samt udfordringer i kommunikationen mellem kommune og hospital.

På den baggrund peger evalueringen på et potentiale for tydeligere retningslinjer for, hvilke henvendelser ordningen skal rumme, samt en klarere rolle- og opgavefordeling mellem kommune, hospital og almen praksis. Desuden vurderes det muligt at styrke ordningens funktion gennem mere ensartet hospitalsfaglig tilgængelighed, bedre adgang til lægefaglig sparring og investering i relationel koordinering.

Det er væsentligt at notere, at dele af det identificerede optimeringspotentiale kan være indfriet i perioden mellem dataindsamlingens afslutning i 2024 og evalueringens udgivelse i februar 2026.

Analysen af genindlæggelser dokumenterer en stigning i genindlæggelser blandt patienter omfattet af ordningen sammenlignet med en matchet kontrolgruppe. Evalueringen peger samtidig på, at genindlæggelser ikke entydigt kan tolkes som udtryk for god eller dårlig kvalitet: En styrket tværsektoriel kommunikation kan hypotetisk både tænkes at bidrage til tidligere opsporing af komplikationer og dermed flere – men nødvendige – genindlæggelser, og omvendt kan uklarheder i rammer, rollefordeling og forventningsafstemning tænkes at medføre mere forsigtighedsprægede og forebyggelige genindlæggelser.

De tværgående fund peger således behovet for forsigtighed i, hvordan genindlæggelser anvendes som kvalitetsmarkør for 72-timers behandlingsansvar.

2 Læsevejledning

Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen af ordningen *72-timers behandlingsansvar*. Evalueringen er bestilt af direktørkredsen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og gennemført af DEFACTUM, Region Midtjylland i samarbejde med Tværsektorielt Forskningscenter Region Syddanmark.

Rapporten indledes med beskrivelse af baggrund for, og formål med, evalueringen.

De efterfølgende analysekapitler forholder sig individuelt til hvert af de tre elementer i evalueringens opdrag herunder delformål, metodebeskrivelse, resultater og delkonklusion:

- Afsnit 4 Opkaldsregistrering afdækker på baggrund af opkaldsregistreringer på strategisk udvalgte hospitalsafdelinger ordningens volumen og tilvejebringer viden om tværsektoriel telefonopkaldsaktivitet (omfang, indhold, tidspunkt, etc.)
- Afsnit 5 Implementeringsanalyse præsenterer resultaterne af den i opdraget beskrevne supplerende implementeringsanalyse.
- Afsnit 6 Analyse af genindlæggelser præsenterer resultaterne af den kvantitative analyse af 72-timers behandlingsansvar med genindlæggelser som outcome.

Herefter følger en tværgående analyse, hvor opkaldsregistrering, implementeringsanalyse og effektanalyse sammenholdes, og der drages en samlet konklusion på evalueringen af 72-timers behandlingsansvar.

3 Indledning

3.1 Baggrund

Som en del af Regeringen og Danske Regioners 2023-aftale om en akutplan for sundhedsvæsenet blev det politisk vedtaget, at *"alle regioner vil inden udgangen af 2023 implementere en ordning med 72-timers behandlingsansvar, der forventes at kunne bidrage til at nedbringe antallet af genindlæggelser og sikre bedre sammenhæng og mere kvalitet for patienterne"*². Ordningen er i aftaledokumentet angivet som målrettet patienter til akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem samt borgere, der udskrives til eget hjem og modtager kommunal hjemmesygepleje.

Denne fællesregionale evaluering af 72-timers behandlingsansvar skal tilvejebringe et grundlag for optimering af ordningen fremadrettet samt bidrage til læring på tværs af sektorer hvad angår tilpasning af ordningen fremover.

Konkret er opdraget fra direktørkredsen, at evalueringen skal:

- Måle på ordningens volumen, herunder at tilvejebringe viden om tværsektoriel telefonopkaldsaktivitet (omfang, indhold, tidspunkt, etc.)
- Estimere effekten af 72-timers behandlingsansvar målt på genindlæggelser³

Som supplement til ovenstående gennemføres en analyse af implementeringsprocessen herunder tilvejebringelse af viden om sundhedsprofessionelles oplevelser af accept, relevans og anvendelighed ift. ordningen.

Evalueringen blev igangsat i 2024. Dele af det empiriske grundlag for evalueringen er således indsamlet op til over et år forud for evalueringens redegørelse. Evalueringens konklusioner bygger på iagttagelser gjort på tidspunktet for dataindsamling. Der må således tages forbehold for, at nogle omstændigheder kan have forandret sig, siden data blev indsamlet.

3.2 Formål og analyseopdeling

Som konsekvens af opdragets todeling, samt den tilføjede implementeringsanalyse, er evalueringen struktureret i tre arbejdsplaner.

Opkaldsregistrering (Arbejdsplan 1) analyserer indholdet af de telefoniske kontakter, der er registreret på hospitalsafdelinger som led i 72-timers behandlingsansvar.

Formålet med opkaldsregistrering er at svare på opdragets første del om ordningens volumen.

Implementeringsanalyse (Arbejdsplan 2) undersøger personalets kendskab til og oplevelse af ordningen via spørgeskemaundersøgelser og interviews på tværs af sektorer.

Formålet med implementeringsanalysen er at tilvejebringe en forståelse af ordningens implementeringsstatus. En grundig forståelse af implementeringen kan medvirke til at kvalificere resultaterne af evalueringens øvrige elementer: Hvor opkaldsregistreringen og

² [Aftale om akutplan for sygehusvæsenet.pdf](#)

³ I den originale version af opdraget efterspurgtes i tillæg en analyse af ordningens effekt på medicinafstemning i FMK. På direktørkredsmødet af 2. oktober 2024 godkendtes en anmodning om at frafalde effektanalysen af medicinafstemning. I anmodningen fremhæves kombinationen af begrundet forventning om manglende effekt samt uforholdsmæssigt ressourcekrævende juridisk procedure som begrundelse.

effektanalysen forholder sig til *hvordan* effekterne af ordningen materialiserer sig hvad angår volumen og effekt på genindlæggelser, kan implementeringsanalysen belyse, *hvorfor* disse outcome opstår – set fra personalets perspektiv. Desuden kan implementeringsanalysen medvirke til at klarlægge måder at optimere implementeringen af ordningen og dermed øge ordningens udbytte.

Analyse af genindlæggelser (Arbejdspakke 3) indeholder en kvantitativ analyse af genindlæggelser, der undersøger, hvordan 72-timers behandlingsansvar påvirker genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelse.

Formålet med analysen er at besvare opdragets anden del: Estimere sammenhængen mellem 72-timers behandlingsansvar og genindlæggelser.

Afgrænsning. Det følger af formålsbeskrivelsen, at evalueringens hovedformål ikke er at bedømme om, eller i hvilket omfang, 72-timers behandlingsansvar samlet set skal betragtes som succesfuld og værdiskabende. Hertil er evalueringens fokus for snævert. En retvisende samlet vurdering af 72-timers behandlingsansvar vil som minimum skulle tilføjes fokus på patientoplevelt sammenhæng og kvalitet, som nævnes eksplicit i formålsbeskrivelsen af 72-timers behandlingsansvar.

4 Opkaldsregistrering

Dette afsnit indeholder en gennemgang af metode og resultater samt en delkonklusion for opkaldsregistrering. Resultaterne er opgjort samlet for alle deltagende regioner.

Opsummering af resultater

Overordnet ses det at:

- Der er registreret 488 opkald registreret på udvalgte afdelinger over to uger.
- 53 % af opkaldene omhandler medicin og 33 % af opkaldene resulterer i råd og vejledning.
- 38 % af opkaldene vurderes som "ikke relevante", mens 83 % vurderes som "ikke unikke" for 72-timers behandlingsansvar.

4.1 Delformål

Som et delelement af evalueringen af 72-timers behandlingsansvar er der foretaget opkaldsregistrering på hospitaler i fire regioner i 2024. Opkaldsregistreringen har til formål at måle på ordningens volumen, herunder at tilvejebringe viden om tværsektoriel telefonopkaldsaktivitet.

4.2 Metode

Registreringen er foretaget på 2-3 afdelinger pr. hospital i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland i to uger i september i 2024. Region Hovedstaden har tidligere foretaget opkaldsregistrering, som en del af en regional evaluering, og er derfor ikke inkluderet i denne registrering.

De registrerende afdelinger er udvalgt på baggrund af patientflow for patienter udskrevet under 72-timers behandlingsansvar fra implementeringsstart og frem til og med april/maj 2024. Afdelinger med det største patientflow er inkluderet. Enkelte afdelinger er på grund af ekstraordinære forhold, som omstrukturering eller særlig personalemangel, blevet fritaget fra at registrere. Ligesom enkelte afdelinger har ladet udvalgte afsnit, hvor størsteparten af patienter med markør for 72-timers behandlingsansvar udskrives fra, forestå registreringen.

Ved telefonopkald fra primært kommune eller almen praksis til registrerende hospitalsafdeling vedrørende patienter udskrevet under 72-timers behandlingsansvar er følgende registreret:

- Hvor ringes der fra?
- Hvad handlede opkaldet om?
- Resultat af opkald

For hvert opkald er det registrerende hospitalspersonale desuden blevet bedt om at forholde sig til:

- Er opkaldet relevant?
- Er opkaldet unikt for 72-timers behandlingsansvar?

Skemaet (vedlagt som **Bilag 1**) er udviklet under hensyntagen til den travle kliniske hverdag. Fokusområderne, spørgsmål og udformning er kvalificeret af klinikere, ligesom indsamlingsmetoden på håndholdt papir er valgt efter ønske fra det kliniske personale. Forud for registreringsperioden har personalet på de udvalgte afdelinger deltaget i et virtuelt

informationsmøde, hvor registreringsvejledningen er gennemgået. Vejledningen har desuden været tilgængelig på afdelingerne i registreringsperioden.

Vær opmærksom på, at der må angives flere svarmuligheder for registrering af "hvad handlede opkaldet om" og "Resultat af opkald". De angivne procenter kan derfor summere op til mere end 100%.

4.3 Resultater

I dette afsnit præsenteres de overordnede resultater for opkaldsregistreringen samlet for de fire deltagende regioner Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Registreringen på tværs af regioner og afdelinger er primært foretaget af sygeplejersker og lægesekretærer og i mindre grad af læger. Registreringen er ligeledes primært foretaget i dagtid og i mindre grad eller slet ikke for aften, nat og weekend. Dette medfører et mørketal i opkaldsregistreringen.

I alt er der registreret 488 opkald. Fordelingen af opkaldene på region kan ses i nedenstående tabel 1.

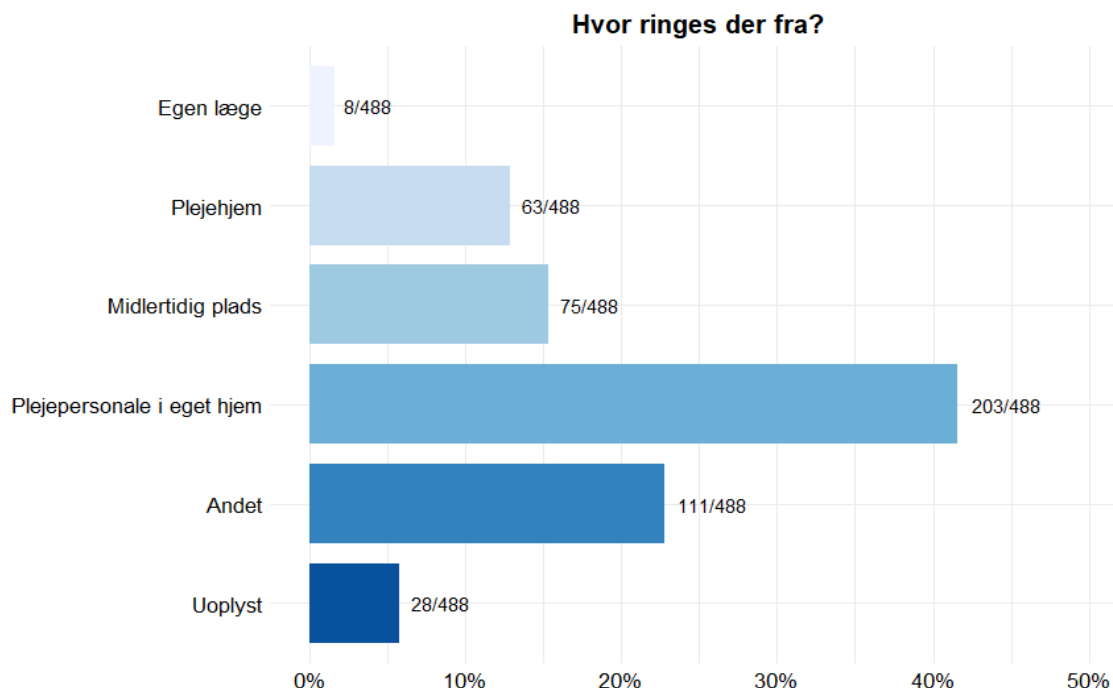
TABEL 1 FORDELING AF REGISTREREDE OPKALD VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS ORDNING I PERIODEN 9.-22. SEPTEMBER 2024.

Region	Antal Opkald
Region Midtjylland	192
Region Nordjylland	10
Region Syddanmark	144
Region Sjælland	142
Samlet	488

4.3.1 Hvor ringes der fra

I nedenstående figur 1 ses den procentvise fordeling af hvor der ringes fra for de registrerede opkald. Den største andel af registrerede opkald kommer fra plejepersonale, der ringer fra patientens eget hjem (42%). Den næststørste andel er kategorien "Andet", som udgør 23%. Denne kategori kan indeholde opkald fra borgere og pårørende samt opkald fra kommunale bosteder. Opkald fra "Midlertidige pladser" udgør 15%, "Plejehjem" udgør 13 %, "Uoplyst" udgør 6% og endelig udgør "Egen læge" 2%.

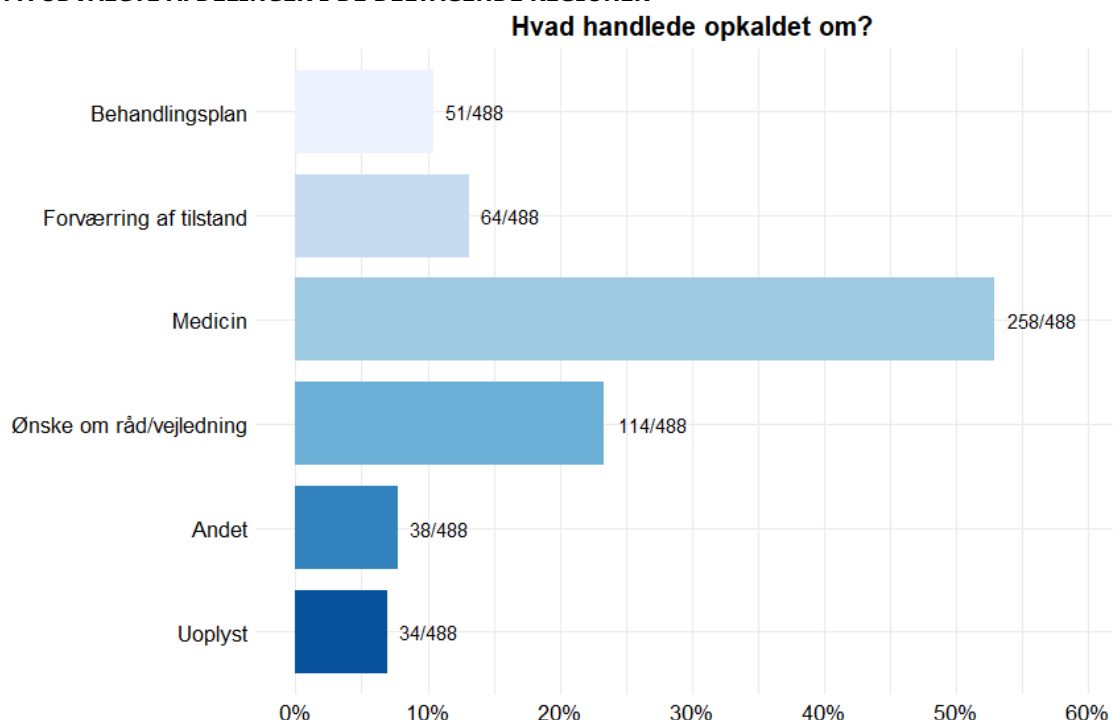
FIGUR 1
HVOR KOMMER OPKALD FRA BASERET PÅ REGISTRERING AF OPKALD I PERIODEN
9.-22. SEPTEMBER 2024 VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS
BEHANDLINGSANSVAR PÅ UDVALGTE AFDELINGER I DE DELTAGENDE REGIONER



4.3.2 Hvad handlede opkaldet om

På figur 2 ses den procentvise fordeling af hvad opkaldet handlede om for de registrerede opkald. Her ses det, at lidt over halvdelen (53%) af de registrerede opkald omhandler "Medicin". Derudover fordeler de registrerede opkald sig på "Ønske om råd og vejledning" (23%), "Opkald vedrørende forværring af tilstand" (13%), "Behandlingsplan" (10%), "Andet" (8%), "Uoplyst" (7%). En underopdeling af opkald omhandlende "Medicin" viser, at de hyppigste medicinrelaterede emner var "Spørgsmål til fælles medicinkort" (FMK) (40%) og "Spørgsmål til recept" (32%).

FIGUR 2
HVAD HANDELEDE OPKALDET OM BASERET PÅ REGISTRERING AF OPKALD I PERIODEN 9.-22. SEPTEMBER 2024 VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS BEHANDLINGSANSVAR PÅ UDVALGTE AFDELINGER I DE DELTAGENDE REGIONER



*Der må registreres i en eller flere kategorier. Procentfordelingen kan derfor summere til mere end 100%.

4.3.3 Hvad resulterede opkaldet i

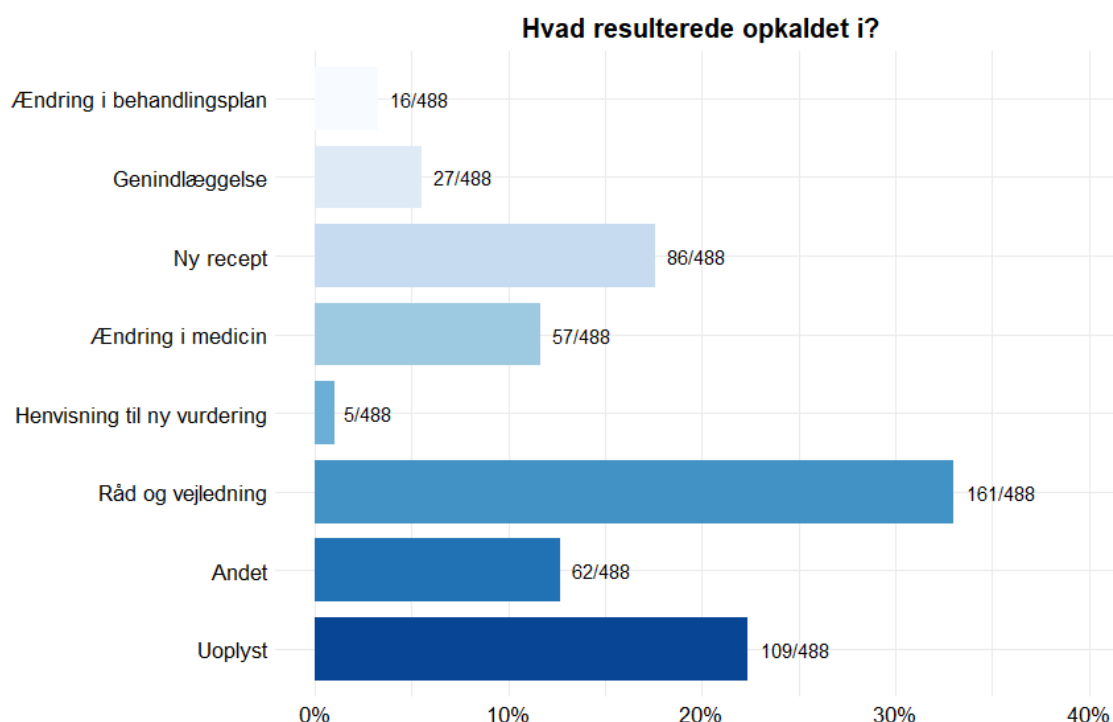
I figur 3 ses den procentvise fordeling af hvad de registrerede opkald resulterede i. Figuren viser, at den største andel af registrerede opkald resulterede i "Råd og vejledning" (33%), dernæst kommer "Uoplyst", som udgør 22% efterfulgt af "Ny recept" med 18% og "Andet" med 13%. Kun i 12% af de registrerede opkald resulterer opkaldet i en ændring i medicin. Dette udgør en forholdsvis lille andel, når det i figur 2 ses, at lidt mere end halvdelen af opkaldene omhandler medicin. Men sammenholdes "Ændring i medicin" med "Ny recept", der også repræsenterer et resultat af opkald med påvirkning på patientens medicin, ses det, at disse tilsammen udgør 26%⁴. Dertil kommer, at den forholdsvis store andel af uoplyst kan indeholde udfald vedrørende ændring i medicin eller ny recept.

Den relativ store andel af "Uoplyst" (22%) skyldes formentlig lægernes manglende registrering i registreringsperioden.

En subanalyse alene for opkald omhandlende medicin viser, at størstedelen af disse opkald resulterer i "Ny recept" (31%) og/eller "Råd og vejledning" (31%), mens "Ændring i medicin" udgør den tredje største andel på 20% og 16% er "Uoplyst".

⁴ Vær opmærksom på, at enkelte opkald vil have registrering i både "Ændring i medicin" og "Ny recept"

FIGUR 3
HVAD RESULTEREDE OPKALDET I BASERET PÅ REGISTRERING AF OPKALD I PERIODEN 9.-22. SEPTEMBER 2024 VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS BEHANDLINGSANSVAR PÅ UDVALGTE AFDELINGER I DE DELTAGENDE REGIONER

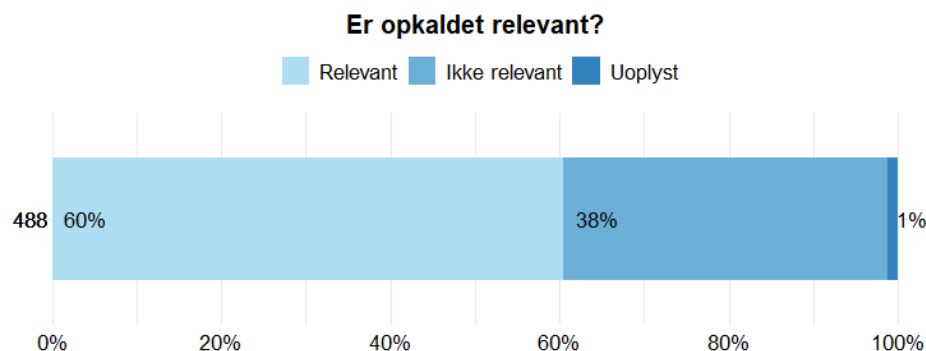


* Der kan registreres i flere svarkategorier. Procentfordelingen kan derfor overstige 100%.

4.3.4 Er opkaldet relevant for 72-timers behandlingsansvar

Figur 4 viser fordelingen af hospitalspersonalets vurdering af, hvorvidt de registrerede opkald er relevante for 72-timers behandlingsansvar. Størstedelen af opkaldene er vurderet som relevante (60%), mens en relativ stor andel (38%) vurderes som værende "Ikke relevante". Det ses, at 1% er "Uoplyst".

FIGUR 4
ER OPKALDET RELEVANT BASERET PÅ REGISTRERING AF OPKALD I PERIODEN 9.-22. SEPTEMBER 2024 VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS BEHANDLINGSANSVAR PÅ UDVALGTE AFDELINGER I DE DELTAGENDE REGIONER



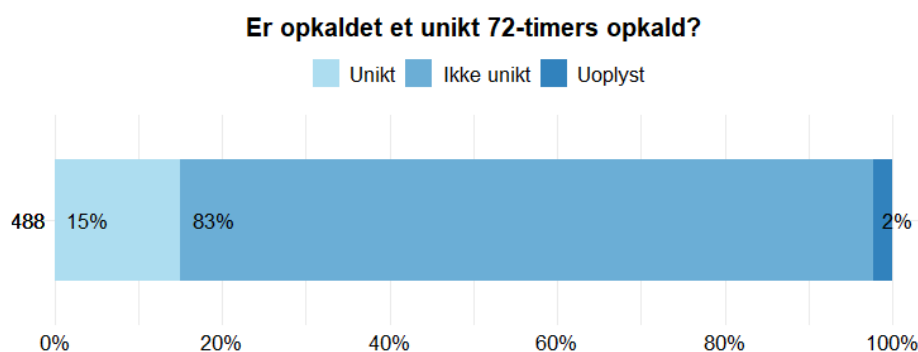
* afrunding gør, at der kun summeres til 99%.

4.3.5 Er opkaldet unikt for 72-timers behandlingsansvar

Figur 5 viser fordelingen af hospitalspersonalets vurdering af, hvorvidt de registrerede opkald er unikke for 72-timers behandlingsansvar. Vurderes opkaldene for ikke unikke svarer det til, at lignende opkald også blev modtaget på afdelingerne inden indførelse af 72-timers behandlingsansvar.

Her vurderes 83% af opkaldene som værende "Ikke unikke"⁵ af hospitalspersonalet og 15% af opkaldene vurderes som værende unikke for ordningen. I alt 2% er "Uoplyst". Heraf ses det, at langt størstedelen af de registrerede opkald også blev modtaget på hospitalsafdelingerne før indførelse af 72-timers behandlingsansvar. Enkelte afdelinger har været i tvivl om forståelsen af dette spørgsmål og den præcise procentfordeling skal derfor tolkes med forbehold. Dette udgør dog en mindre del af de samlede registrerende afdelinger, og det formodes derfor ikke at kunne påvirke det samlede billede i figur 5.

FIGUR 5
ER OPKALDET ET UNIKT 72-TIMERS OPKALD BASERET PÅ REGISTRERING AF OPKALD I PERIODEN 9.-22. SEPTEMBER 2024 VEDRØRENDE PATIENTER UDSKREVET UNDER 72-TIMERS BEHANDLINGSANSVAR PÅ UDVALGTE AFDELINGER I DE DELTAGENDE REGIONER



4.4 Delkonklusion

Samlet for de fire deltagende regioner er der i alt registreret 488 opkald over 2 uger.

Den største andel af opkald til registrerende hospitalsafdelinger for patienter udskrevet under 72-timers behandlingsansvar foretages af "Plejepersonale i patientens eget hjem" (42%), mens knap en fjerdedel af de registrerede opkald foretages af "Andre", herunder borger og pårørende.

For opkaldsregistreringen gælder desuden, at godt 50% af opkaldene omhandler "Medicin". Under "Resultat af opkald" udgør "Ændring i medicin" og "Ny recept" tilsammen 26%, mens "Råd og vejledning" udgør 33%. Det tyder på, at dele af opkaldene vedrørende medicin kan afhjælpes med råd og vejledning.

Det er i forlængelse heraf vigtigt at være opmærksom på, at et opkald kan registreres med flere resultater, således kan både "Råd og vejledning" og "Ændring i medicin" være resultatet for samme opkald.

Ligeledes er det værd at bemærke, at der er et mørketal i registreringen. Der er for 22% af de registrerede opkald ikke angivet et resultat. Denne del af registreringen vil primært være muligt at udfylde for læger. Indmeldinger fra registrerende afdelinger tyder på, at opkaldsregistreringen i overvejende grad er udfyldt af lægesekretærer og sygeplejersker og i mindre grad af læger, hvilket kan være med til at forklare det høje antal "Uoplyste". Ser vi

⁵ Ordforklaring fremgår af bilag 1

på "Forværring af tilstand", som grunden til opkaldet, udgør dette 13% af de registrerede opkald.

Knap 40% af opkaldene blev af hospitalspersonalet vurderet som værende "ikke relevant" i forhold til 72-timers behandlingsansvar. Dette er alene registreret hos hospitalspersonale.

For 83% af de registrerede opkald er opkaldet vurderet som "ikke unikt" for 72-timers behandlingsansvar af det registrerende hospitalspersonale. Dette betyder, at hospitalspersonalet for 83% vedkommende har vurderet, at lignende opkald også blev modtaget på hospitalerne inden indførelse af 72-timers behandlingsansvar. Dette er på samme vis, som for spørgsmålet om relevans, kun vurderet af hospitalspersonale. Vi har derfor ikke kendskab til, hvordan vurderingen ville se ud hos kommunalt personale.

5 Implementeringsanalyse

Dette afsnit indeholder en gennemgang af metode og resultater samt en delkonklusion for implementeringsanalysen. Resultaterne er opgjort samlet for alle deltagende regioner.

Opsummering af resultater:

- Der er gennemført implementeringsaktiviteter på 96% af de adspurgte sygehusafdelinger og 75% af de kommunale afdelinger. Kendskabet til ordningen vurderes som høj: 96% af hospitalsansatte og 79% af kommunalt personale angiver at have kendskab til eller erfaring med ordningen.
- Det gennemsnitlige niveau af accept, anvendelighed og egnethed er moderat til højt (cirka 3,8 på en 5-punkt skala).
- Ordningen opleves som meningsfuld og tryghedsskabende, især i kommunerne.
- Kommunikative og relationelle barrierer mellem sektorer identificeret herunder uklarhed ift. Ansvarsfordeling.

5.1 Delformål

Indførelsen af 72-timers behandlingsansvar medfører en ny ansvarsfordeling mellem region, kommune og almen praksis samt ændrede arbejdsgange i forbindelse med borgeres sektorovergange fra hospitalsindlæggelser til kommunal sygepleje.

Arbejdet med at udbrede kendskabet til og implementere ordningen 72-timers behandlingsansvar er sket på nationalt, regionalt og lokalt niveau på den enkelte afdeling, hvorfor det er relevant at undersøge, hvilke aktiviteter der er taget i anvendelse på de enkelte afdelinger.

Personalets kendskab til og perspektiver på ordningen 72-timers behandlingsansvar udgør centrale faktorer for en succesfuld implementering, og kan ses som tidlige indikatorer for, om implementeringen har de nødvendige forudsætninger for at lykkes.

De ændrede arbejdsgange og samarbejdsflader mellem personalet er relevant at undersøge via personalets perspektiver på relationen og kommunikationen mellem de involverede. Gode relationer og effektiv kommunikation kan ses som en indikation på velfungerende samarbejde, der fremmer effektiv opgaveløsning.

Formålet med arbejdsplan 2 er at undersøge implementeringsaktiviteter samt personalets perspektiver på ordningen 72-timers behandlingsansvar, med fokus på kendskab, accept, egnethed, anvendelighed, relationer og kommunikation.

5.2 Metode

Der er indsamlet og analyseret data gennem spørgeskemaundersøgelser for at give en overordnet beskrivelse af implementeringsaktiviteter samt personalets kendskab til og perspektiver på ordningen. Derudover er der gennemført en interviewundersøgelse for at få en mere dybdegående og nuanceret forståelse af personalets perspektiver.

5.2.1 Spørgeskemaundersøgelserne

Data er indsamlet via online spørgeskemaer i perioden 3.9.2024 – 25.10.2024.

Spørgeskema 1 omhandler den lokale implementering, for at afdække hvilke aktiviteter, der har været anvendt i forhold til ordningen 72-timers behandlingsansvar.

Spørgeskema 2 omhandler personalets kendskab til ordningen 72-timers behandlingsansvar, perspektiver på ordningen samt samarbejde med personale fra andre sektorer, med fokus på accept, egnethed, anvendelighed og relationer.

I Spørgeskema 2 anvendes danske oversættelser af spørgeskemaerne Acceptability of Intervention Measure (AIM), Intervention Appropriateness Measure (IAM), and Feasibility of Intervention Measure (FIM)^{6 7} samt spørgsmål om relationer fra Relational Coordination Survey⁸. Alle spørgeskemaerne anvender udsagn og svarkategorier på en skala fra et til fem, hvor fx et er helt uenig og fem er helt enig.

AIM, IAM og FIM er validerede og internationalt anerkendte redskaber, der anvendes inden for implementeringsvidenskaben til at afdække personers perspektiver på accept, egnethed, anvendelighed af nye initiativer samt til at forudsige effekten af implementeringsaktiviteter.

Spørgsmålene om relationer er validerede og internationalt anerkendte til at afdække personers perspektiver på samarbejde om en fælles opgave. De er baseret på teorien om Relationel Koordinering, som tidligere har været anvendt i sundhedsvæsenet i Danmark. Der er dokumentation for, at en høj grad af relationel koordinering har en række positive virkninger på opgaveløsningen og dermed præstationen. Ifølge international litteratur kan en score mindre end tre mellem sektorer kategoriseres som en svag relation⁹.

Spørgeskema 1 er sendt til kontaktpersoner identificeret af de regionale projektledere fra ERFA-gruppen, ud fra følgende kriterier:

- Tre sygehuse fra hver region: Et stort, et mellemstort og et lille sygehus.
Fra hvert sygehus indgår en medicinsk og en kirurgisk afdeling
- Tre kommuner fra hver region: En stor, en mellemstor og en lille kommune.
Fra hver kommuner indgår en hjemmesygepleje, et plejehjem og en døgninstitution

Spørgeskema 2 er udsendt til personalet af kontaktpersonerne, på baggrund af en målgruppebeskrivelse, som kan ses i tabel 2.

TABEL 2 MÅLGRUPPE FOR SPØRGESKEMA 2 TIL PERSONALE

Sektor	Afdeling	Faggrupper
Region: Sygehuse	Medicinsk Kirurgisk	Sekretærer Sygeplejersker Læger
Kommune	Hjemmesygepleje	Akutsygeplejersker Sygeplejersker Social og sundhedsassistenter
	Plejehjem	Alle ansatte
	Døgninstitution	Alle ansatte

⁶ Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, Boynton MH, Halko H. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci.* 2017 Aug 29; 12(1):108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3. PMID: 28851459; PMCID: PMC5576104.

⁷ Rasmussen HM, Dalsgaard JL, Hoffmann E, Moos C, Bauer EH, Hansen KK, Abrahamsen C, Elkjær M. Danish translation and cultural adaptation of three implementation outcomes of healthcare innovations-acceptability, appropriateness, and feasibility. *Implement Sci Commun.* 2025 Dec 24;7(1):14. doi: 10.1186/s43058-025-00848-0. PMID: 41437128; PMCID: PMC12849133.

⁸ Gittel JH, Hebatallah NA, Relational Analytics Guideline for Analysis and Action, 1st ed. New York: Routledge; 2021. 204 p.

⁹ Gittel JH. Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator. *Manag Sci.* 2002;48(11):1408-26.

Desuden er Spørgeskema 2 udsendt til alle praktiserende læger i tre kommuner (en lille, en mellem og en stor) i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Praktiserende læger, der har angivet, at de har medarbejder- eller tutorlæge-ansvar, har desuden haft mulighed for at svare på Spørgeskema 1.

5.2.2 Interviewundersøgelsen

Deltagerne er rekrutteret fra forskellige sektorer på tværs af Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland med et mål om inklusion af seks til otte personer fra hver region for at sikre en bred variation ift. til de fire regioner og faggrupper. Deltagerne er ansatte på sygehuse, i kommuner eller almen praksis, og alle har praktisk erfaring med ordningen.

De regionale projektledere i ERFA-gruppen har udvalgt og formidlet kontakten til mulige deltagere. En forskningsassistent kontaktede mulige deltagere og aftalte tidspunkt for telefoninterview, formidlede mundtlig og skriftlig information om studiet samt om det informerede samtykke. Telefoninterviewet var planlagt til et belejligt tidspunkt for deltageren. Interviews blev gennemført af tre erfarne interviewere med afsæt i en semistruktureret interviewguide. De gennemførte interviews blev indledt med gentagelse af den skriftlige information, mulighed for afklarende spørgsmål samt indhentning af samtykke om deltagelse. Data fra interviewundersøgelsen er analyseret ved hjælp af tematisk analyse¹⁰.

5.3 Resultater

I dette afsnit præsenteres de overordnede resultater for implementeringsanalysen. Resultaterne belyser personalets kendskab til og oplevelse af ordningen via spørgeskemaundersøgelser og interviews på tværs af sektorer.

5.3.1 Svarprocent og deltagere (Spørgeskema 1 og 2)

Spørgeskema 1, til kontaktpersoner, er udsendt til 55 personer fordelt på sygehusafdelinger og kommunale afdelinger, 45 respondenter har besvaret spørgeskemaet, svarende til en svarprocent på 81% (Tabel 3A). Ifølge tilbagemeldinger fra kontaktpersonerne er Spørgeskema 2 udsendt til 4704 ansatte på sygehuse, i kommuner og almen praksis¹¹. 1189 personer har besvaret spørgeskemaet, svarende til en svarprocent på 25% (Tabel 3A).

I tabel 3B ses beskrivelsen af respondenterne i Spørgeskema 2. Opgørelsen er baseret på besvarelserne fra 1113 respondenter, der har besvaret spørgsmålet om kendskab til ordningen og er i målgruppen for undersøgelsen¹².

¹⁰ Braun V and Clark V 2022. Thematic analysis: a practical guide. SAGE Publications Ltd. ISBN 9781473953239, 9781473953246

¹¹ Svarprocenten for almen praksis er beregnet på antallet af CVR-numre, som spørgeskemaet er sendt til og ikke antallet af tilknyttede læger.

¹² 76 respondenter fra sektoren "Region", der har angivet "Anden faggruppe". Da målgruppen for spørgeskemaet i sektoren var sygeplejersker, lægesekretærer og læger, ekskluderes disse besvarelser).

TABEL 3A SVARPROCENT FOR SPØRGESKEMA 1 OG 2

Spørge- skema	Sektor eller region	Udsendt	Besvaret	Andel (%)
1	Sygehuse	24	23	95,8
	Kommuner	31	22	71,0
	Samlet	55	45	81,1
2	Sjælland	1533	349	22,8
	Syddanmark	1392	322	23,1
	Nordjylland	779	230	29,5
	Midtjylland	1000	288	28,8
	Sygehuse	3570	876	24,5
	Kommuner	959	243	25,3
	Almen praksis*	175	70	40,0
	Samlet	4704	1189	25,3

* Svarprocenten for almen praksis er beregnet på antallet af CVR-numre, som spørgeskemaet er sendt til og ikke antallet af tilknyttede læger.

TABEL 3B RESPONDENTER I SPØRGESKEMA 2 TIL PERSONALE

	Respondenter
Antal respondenter / deltagere, n	1113
Køn, kvinde, n (%)	919 (82,6)
Region, n (%)	
Sjælland	330 (29,6)
Syddanmark	293 (26,3)
Nordjylland	211 (19,0)
Midtjylland	279 (25,1)
Faggruppe, n (%)	
Lægesekretær	156 (14,0)
Sygeplejerske	333 (29,9)
Læge	483 (43,4)
Social- og sundhedsassistent	89 (8,0)
Social- og sundhedshjælper	25 (2,2)
Pædagog	15 (1,3)
Anden faggruppe eller ufaglært	12 (1,1)
Ansættelsessted, n (%)	
Sygehuse	800 (72,9)
Almen praksis	70 (6,3)
Kommuner	243 (21,8)

5.3.2 Implementeringsaktiviteter

I Spørgeskema 1 angiver kontaktpersonerne, at der er gennemført implementeringsaktiviteter på 22 ud af 23 sygehusafdelinger (96%) og 17 ud af 22 kommunale afdelinger (77%). Aktiviteterne har blandt andet omfattet arbejds- og projektgrupper, audits, løbende erfaringsopsamling, undervisning og information til medarbejderne. Informationen til medarbejderne er på 43 afdelinger sket mundtligt (96%) og på 41 afdelinger skriftligt (91%).

Mundtlig formidling er sket i forbindelse med personalemøder (37 afdelinger, 93%), formelle uddannelsestilbud (tre afdelinger, 8%) og gennem andre former for mundtlig formidling (16 afdelinger, 40%), som for eksempel kvalitetsmøder, morgenundervisning, tavlemøder og studiebesøg.

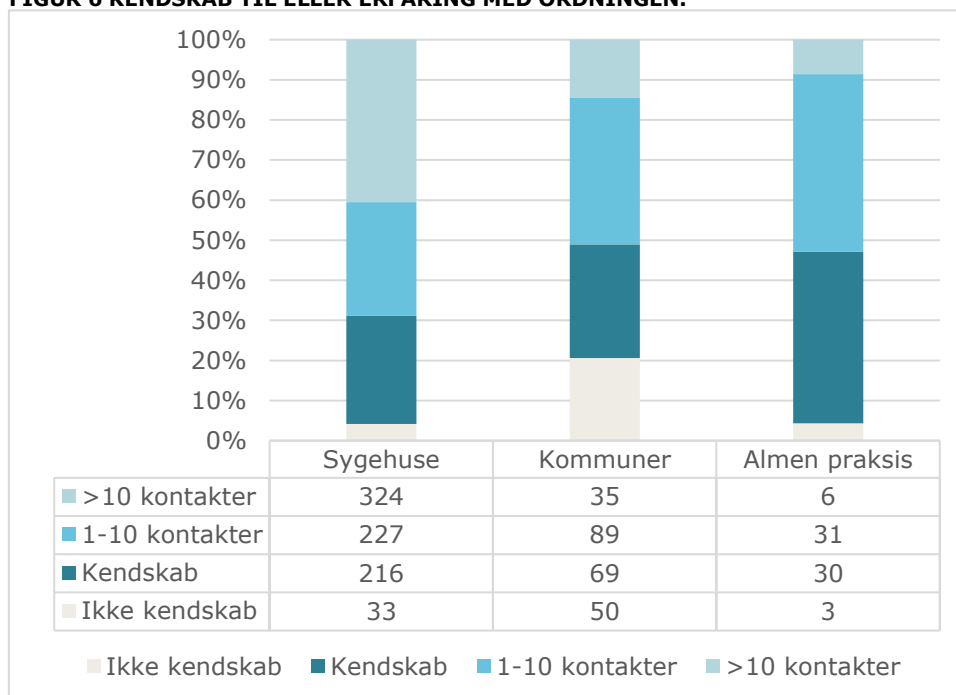
Skriftlig formidling er sket gennem udsendelse af e-mail om ordningen (40 afdelinger, 95%), udarbejdelse af standarder eller retningslinjer (16 afdelinger, 16%), henvisninger til hjemmeside eller intranet (14 afdelinger, 33%) og gennem andre former for skriftlig formidling (14 afdelinger, 33%) som plakater, lommekort og 'action cards'.

I almen praksis svarer syv ud af 56 praktiserende læger med medarbejder- eller tutorlæge-ansvar (13%), at der er gennemført implementeringsaktiviteter i forhold til ordningen. Desuden svarer ni ud af de 56, at der er blevet tilbudt skriftlig information om ordningen (16%) og 24 svarer, at der er blevet tilbudt mundtlig information om ordningen (42%).

5.3.3 Kendskab til ordningen

På tværs af de fire regioner angiver 1.027 (92 %) af respondenterne, at de har kendskab til ordningen eller har været involveret i kontakter omhandlende ordningen, mens 86 respondenter (7,7 %) angiver, at de ikke har kendskab til ordningen. Resultater for personale fra sygehuse, kommuner og almen praksis kan ses i Figur 6.

FIGUR 6 KENDSKAB TIL ELLER ERFARING MED ORDNINGEN.



5.3.4 Accept, egnethed og anvendelighed

Resultaterne i dette afsnit er baseret på besvarelser fra 665 respondenter, der har erfaring med ordningen og komplette besvarelser på alle spørgsmål omhandlende accept, egnethed og anvendelighed.

Personalets perspektiver på accept, egnethed og anvendelighed, for hver af de fire regioner samt for hver af de tre involverede sektorer, fremgår i Tabel 4 samt Figur 7.

Resultatet viser mindre forskelle mellem de fire regioner. Mens resultatet for personale i kommuner og almen praksis er 0,75-0,50 højere end for personale fra sygehuse.

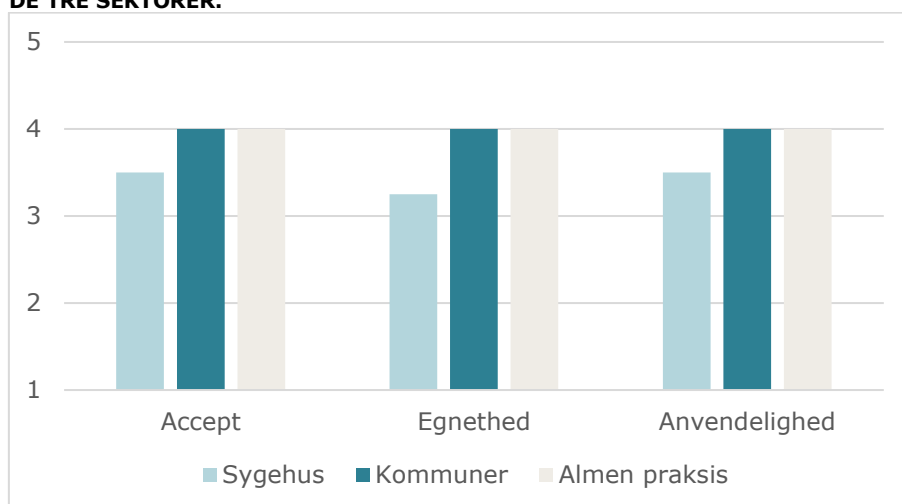
Der er ikke udviklet og valideret grænseværdier til fortolkning af resultaterne, men en højere score indikerer højere grad af accept, egnethed og anvendelighed. En score på tre kan fortolkes neutral, mens en score på fire er positiv. Score mellem tre og fire kan indikere, at personalet ikke har en stærk positiv oplevelse af ordningen og at der er aspekter ved ordningen, der kan forbedres.

TABEL 4 PERSONALETS OPLEVEDE ACCEPT, EGNETHED OG ANVENDELIGHED.

Median			Accept	Egnethed	Anvendelighed
Region	Sektor	n	AIM	IAM	FIM
Sjælland	Samlet	186	3,63	3,25	3,50
Syddanmark	Samlet	162	4,00	3,50	3,75
Nordjylland	Samlet	153	4,00	3,50	3,75
Midtjylland	Samlet	163	4,00	3,75	4,00
Alle	Sygehuse	509	3,50	3,25	3,50
	Kommuner	119	4,00	4,00	4,00
	Almen praksis	37	4,00	4,00	4,00
	Samlet	665	3,75	3,50	3,75

Note til tabel: Der er ikke udviklet grænseværdier til fortolkning af resultaterne, men en score på tre kan fortolkes som neutral.

FIGUR 7 PERSONALETS PERSPEKTIVER PÅ ACCEPT, EGNETHED OG ANVENDELIGHED FOR HVER AF DE TRE SEKTORER.



Note til tabel: Der er ikke udviklet grænseværdier til fortolkning af resultaterne, men en score på tre kan fortolkes som neutral.

5.3.5 Relationel koordinering

Resultaterne i dette afsnit er baseret på besvarelser fra 615 respondenter, der har erfaring med ordningen og komplette besvarelser på alle spørgsmål om relationer. Resultaterne er fordelt på spørgsmål om relationer, i form af fælles mål, respekt for og viden om hinanden (tabel 5).

I tabellen ses, at almen praksis vurderer relationen til personale i den regionale sektor som svag inden for alle tre områder, mens personale i regionerne vurderer relationen til almen praksis som svag i forhold til viden om hinandens roller.

TABEL 5 RELATIONER: FÆLLES MÅL, RESPEKT OG VIDEN OM HINANDEN.

Mean (SD)	n*	Sygehuse	Kommuner	Almen praksis
Mål				
Sygehuse	287-382	3,7 (0,9)	3,2 (1,0)	3,1 (1,0)
Kommuner	93-107	3,2 (0,8)	3,8 (0,8)	3,4 (0,8)
Almen praksis	29-37	2,9 (0,7)	3,6 (0,8)	4,2 (0,8)
Respekt				
Sygehuse	279-387	3,8 (0,9)	3,4 (1,0)	3,4 (0,9)
Kommuner	90-108	3,3 (0,9)	3,9 (0,8)	3,6 (0,8)
Almen praksis	28-37	2,9 (0,7)	3,6 (1,0)	4,1 (0,8)
Viden				
Sygehuse	276-384	3,5 (0,9)	3,0 (0,9)	(0,9)
Kommuner	92-106	3,1 (0,9)	3,6 (0,7)	3,2 (0,8)
Almen praksis	28-34	2,9 (0,9)	3,1 (0,9)	3,9 (0,8)

* Antallet af besvarelser fra hver sektor varierer, da svarkategorien "ikke relevant" ekskluderes i beregning af gennemsnittet for gruppen af respondenter.

Note til tabel: I kolonne et angives hvilken sektor, der har svaret på spørgsmålene i forhold til deres vurdering af relationen/samarbejdet med ansatte fra de tre sektorer. Svage relationer, svarende til en score mindre end tre er markeret med **fed** tekst.

5.3.6 Interviewundersøgelsen

Interviewundersøgelsen omfatter 31 deltagere fra de fire regioner og omfatter personale fra sygehus, kommune og almen praksis (Tabel 6). Den gennemsnitlige varighed af de gennemførte interviews er 29 minutter.

TABEL 6 DELTAGERE I INTERVIEWUNDERSØGELSEN

	Deltagere
Antal deltagere	31
Alder, Median (min-max)	43 (26-63)
Køn, kvinde (%)	26 (84%)
Region	
Sjælland	9
Syddanmark	8
Nordjylland	8
Midtjylland	6
Faggruppe	
Lægesekretær	3
Sygeplejerske	19
Læge	8
Social- og sundhedsassistent	1
Ansættelsessted	
Sygehuse	19
Almen praksis	2
Kommuner	10

Den kvalitative indholdsanalyse af de 31 telefoninterviews førte til tre temaer, der samlet giver viden om personalets perspektiver på ordningen 72-timers behandlingsansvar.

Tema 1: Kvalitetsforbedring med udfordringer: Temaet handler om, hvordan ordningen opfattes som en meningsfuld forbedring af patienternes overgange og tværsektorielt samarbejde. Temaet viser ligeledes, at udfordringer i kommunikation og praktisk eksekvering skaber barrierer, der kan påvirke samarbejdet negativt.

Tema 2: Når ansvarsfordelingen skaber usikkerhed: Temaet handler om uklare ansvarsfordelinger og kommunikationsvanskeligheder, som skaber usikkerhed hos personalet.

Tema 3: Kollegial forståelse: Temaet handler om balancen mellem samarbejdsmuligheder og frustrationer i ordningen, hvor gentagne henvendelser, misforståelser om genindlæggelser og forskelle i imødekommenhed påvirker relationerne mellem sektorerne.

Tema 1: Kvalitetsforbedring med udfordringer

Deltagerne på tværs af sektorer *anerkender ordningens overordnede formål* og beskriver den som en meningsfuld kvalitetsforbedring i forhold til patienters udskrivesforløb og samarbejdet mellem de involverede sektorer. Deltagerne fra kommuner og almen praksis fremhæver, at ordningen har gjort det *mere legitimt for kommunalt personale at kontakte sygehuspersonale* med spørgsmål og problemer, sammenlignet med tiden før ordningens indførelse. Deltagerne fra både kommune og almen praksis oplever, at den øgede tilgængelighed i kontakten mellem sektorerne *skaber større tryghed blandt kommunalt personale*, hvilket de forbinder med *styrket patientsikkerhed*, fordi problemer løses hurtigere og mere kvalificeret end tidligere. Trygheden hos personalet i kommunen kan, ifølge deltagerne, også smitte af på borgerne.

På trods af den overordnede anerkendelse af ordningen peger deltagerne på udfordringer i den praktiske eksekvering. Flere sygehuse har sygeplejersker og sekretærer som gatekeepere i kontakten med lægerne, hvilket kan være udfordrende, især når lægen er optaget, fx på operationsgangen og sygeplejersken således kan have svært ved at få lægen i tale. Deltagere fra kommunerne nævner også problemer med svartiden og de udfordringer, der følger med indirekte kommunikation med lægen.

"Ja, jeg kan godt engang imellem have det sådan, at det her med de 72-timers behandlingsansvar, at jeg synes stadigvæk, at tingene tager lang tid... nogle gange kan jeg nærmest have sådan en korrespondance kørende med sygehuset i to dage før, at FMK (læs: Fælles Medicinkort) er opdateret eller jeg kan få lov til at dosere den medicin, jeg rent faktisk skal dosere... Når jeg ringer ind, så er det typisk en lægesekretær, jeg får fat på, og så skal lægesekretæren jo ringe rundt til den ene eller anden og lægge en seddel til lægen... Jeg oplever problemer i arbejdsgangen stadigvæk. Altså, at der bliver ikke taget hånd om mine henvendelser hurtigt nok" (Kommune, Sygeplejerske).

Ved henvendelser vedrørende nyopståede helbredsproblemer kan det være en udfordring, at den udskrevne afdeling ikke nødvendigvis har specialet i patientens symptomer eller diagnose, hvilket potentielt kan få negativ betydning for den behandling patienten får:

"... så det er nogle gange, sådan lidt ligesom, hvis man er ved at bygge et hus, og du har en murer ude og du så lige har et spørgsmål til tagkonstruktionen, men tømreren er der ikke, så du spørger lige mureren om, hvordan er det lige jeg laver det der? Altså, du får bare ikke det rigtige svar, og det synes jeg er problematikken i det her... de kan jo ringe ind om alle mulige spørgsmål, også nogen, som vi ikke synes, at vi har nogen aktier i, og som det faktisk ikke er patientens bedste, at vi svarer på, når alt kommer til alt" (Sygehus, Sygeplejerske).

Tema 2. Når ansvarsfordelingen skaber usikkerhed

Deltagere fra sygehusene, kommunerne og almen praksis oplever, at ansvars- og rollefordelingen i ordningen er uklar. Nogle deltagere er bevidste om deres usikkerhed ift. tolkningen af ordningen. Mens læger og sygeplejersker på sygehusene, fortæller om situationer, hvor de – i strid med ordningens intention – afviser henvendelser om nyopståede helbredsproblemer med henvisning til, at disse ikke falder inden for det speciale, hvor patienten var indlagt. Disse interviewdeltagere er ikke selv bevidste om egen usikkerhed ift. tolkningen af ordningen:

"Så hvis nu de har været indlagt her med en lungebetændelse og vi sender dem hjem efter det, når de så kommer hjem, så bliver der måske problemer med forstoppelse, hvor vi så siger, jamen, det har jo ikke noget med det her at gøre, som de har været inde for... så det bør egentligt være en ny sag, og hvis de skal indlægges, så skal det være via vagtlæge... så er det ikke dækket ind af denne her 72-timers behandlingsansvar, og vi kan jo ikke dække ind for alt muligt" (Sygehus, Læge).

Sygeplejersker fra kommunerne oplever sådanne afvisninger af patienter med nyopståede problemstillinger som problematiske, da de kan efterlade dem i frustrerende situationer, hvor de er usikre på, hvem de skal henvende sig til, og hvor afvisningen kan påvirke patientens behandling negativt f.eks. pga. forsinket igangsættelse af behandling.

Sygeplejersker og læger fra sygehusene udtrykker ligeledes frustration over, at noget kommunalt personale tilsyneladende tolker ordningen som en ret til at kræve genindlæggelse af patienter, hvilket de ser som en udvidelse af deres rettigheder i samarbejdet med sygehuset:

"Det er der, at kæden indimellem hopper lidt af, og det kan jeg også forstå på mine kolleger, at der er lidt diskrepans mellem, hvad vi synes og hvad hjemmeplejen synes. De (læs:

kommunalt personale) synes jo, at de har ret til at genindlægge og sådan er det ikke" (Sygehus, Læge).

Læger fra sygehusene angiver, at det kan være svært at tage ansvar på afstand, da de er afhængige af kvalificerede informationer om patientens tilstand. Ifølge læger og sygeplejersker fra sygehusene leverer kommunalt personale i nogle tilfælde mangelfuld information eller stiller spørgsmål, der burde være løst internt i kommunen. Deltagerne peger på flere mulige årsager til denne type opkald, såsom manglende erfaring og uddannelse samt organiseringen og arbejdsgangene i kommunerne:

"...vi forventer (læs: sygeplejersker og læger på sygehuset), at man (læs: personalet fra kommunen) har drøftet situationen med det højeste ekspertniveau i kommunen, før man kontakter os. At det ikke er en assistent eller en ude fra et plejehjem, der ringer til os initialt, før de har haft fat i akutsygeplejersken eller en eller anden. At de ligesom selv spørger hos kolleger i kommunen, før de kontakter os. Det forventer vi" (Sygehus, Sygeplejerske).

Nogle deltagere på tværs af sektorerne mener, at patienter og pårørende bør informeres om, at de er omfattet af ordningen. Nogle sygeplejersker fra sygehusene er dog uenige og mener, at det er vigtigt, at patienter og pårørende ikke informeres, da det kan føre til misbrug og merarbejde for sygehusene, hvis patienter og pårørende selv kontakter sygehuset.

"... som plejepersonale, der har vi lavet en fejl heroppe (Læs: på afdelingen), fordi der er nogen (læs: fra personalegruppen), der fortæller vores patienter, at du er omfattet af 72-timers ordningen og du kan ringe herind de næste 72 timer. Den tror jeg nok, vi har fået aflivet, men i starten der var der mange af mine kolleger, der syntes, at det var smart at underholde med, at vi har et rigtigt godt tiltag, det hedder 72 timer..." (Sygehus, Sygeplejerske).

Tema 3. Kollegial forståelse

Deltagerne fra sygehusene giver udtryk for, at de betragter nogle opkald i ordningen som mere eller mindre meningsfulde og berettigede. Deltagerne afvejer tilsyneladende, om opkaldet er nødvendigt for at løse problemet eller om der havde været andre alternative og bedre løsninger. Denne oplevelse af mere eller mindre legitimitet ift. opkaldene i ordningen genfindes både hos sygeplejersker og læger fra sygehusene, men også hos sygeplejersker i kommunerne.

Sygeplejersker og læger fra sygehusene oplever, at kommunalt personale til tider anvender ordningen til faglig sparring om emner som medicin håndtering eller andre generelle spørgsmål, der ikke nødvendigvis relaterer sig direkte til den konkrete patientudskrivelse. Disse opkald kan f.eks. omfatte spørgsmål vedrørende generel administration af patientens medicin herunder, om en tablet evt. må deles eller, om det er ok at tilpasse doseringstidspunkter ift. kommunens arbejdsgange. Mens nogle læger og sygeplejersker fra sygehusene finder det frustrerende at blive brugt som sparringspartnere, opfatter andre dette som en mulighed for fælles opgaveløsning på tværs af sektorer og som en måde at støtte kolleger på. De ser de kommunale kolleger som "medspillere," som de yder støtte og hjælp til – både for det enkelte personalemedlems skyld og for patienternes. I disse tilfælde er der fokus på kollegial forståelse og fælles opgaveløsning frem for egne arbejdsgange og tidsforbrug:

"Vi er også nødt til at lytte til, er det simpelthen en henvendelse, fordi vedkommende (læs: kommunalt personale) måske faktisk er presset i deres arbejdsopgave og nu møder de noget, hvor de egentligt ikke rigtigt ved, hvad de skal stille op med det" (Sygehus, Læge).

Andre sygeplejersker og læger fra sygehusene udtrykker frustration over at skulle stille deres viden og erfaring til rådighed og imødekomme en oplevet forventning om konstant at være tilgængelige:

"... og det kan være svært for dem ude på plejehjemmene at forstå, hvorfor der ikke sidder en på et callcenter, nærmest ikke også, og tager sig af det? Det har vi jo ikke mulighed for.... det er svært en gang imellem, måske for folk udefra at forstå, at når de ringer om aftenen, så står der altså ikke en læge her lige med det samme...". (Sygehus, Sygeplejerske).

"De ringer ind med alle mulige spørgsmål. Men det er jo også nogle gange spørgsmål, hvor vi tænker, at kunne man ikke selv klare det. Altså sådan et eller andet med, at der er nogle Panodil, der var ordineret eller ikke ordineret, det er håndkøbsmedicin, altså. Eller find da selv ud af det" (Sygehus, Sygeplejerske).

Sygeplejersker fra kommunerne oplever også, at personale fra egen sektor foretager opkald med spørgsmål, som de mener, burde være blevet besvaret uden at kontakte sygehuset. Deltagerne fortæller, at de godt kan forstå, hvorfor personalet på sygehusene kan blive irriterede over at skulle bruge tid på at besvare spørgsmål, som personalet i kommunen burde have afklaret internt. Den frustration, som nogle læger og sygeplejersker på sygehusene oplever i forhold til opkald, de ikke opfatter som relevante, bemærkes også af sygeplejersker fra kommunerne, der oplever forskel i graden af imødekommenhed ved opkald til sygehuset:

"... man kan jo mærke, når man ringer, at det er jo forskellige personer, man møder, og det er forskellige former for pres, de er i og hvor travlt de har, altså... hvis det har været nødvendigt at ringe i vagter, weekender og om natten... så er det bare sværere..." (Kommune, Sygeplejerske).

5.4 Delkonklusion

Hovedparten af kontaktpersonerne beskriver, at der er gennemført implementeringsaktiviteter, og at ordningen er formidlet til personalet. Der gives en række forskellige eksempler på de anvendte aktiviteter. Resultaterne tyder på en høj grad af tilpasning til lokale forhold. På trods af dette bliver det beskrevet, at der er udfordringer i kommunikationen og med den praktiske eksekvering af ordningen herunder uklar ansvarsfordeling.

Der er gennemført implementeringsaktiviteter på 96% af sygehusafdelingerne, hvilket kan fortolkes sammen med, at kun 4 % af personalet angiver, at de ikke har kendskab til ordningen. I kommunerne er der gennemført implementeringsaktiviteter på 75% af afdelingerne, mens 21% af personalet angiver, at de ikke har kendskab til ordningen. Der kan være flere forklaringer på dette. Men det kan være relevant at undersøge, om fravalget af implementeringsaktiviteter er sket bevidst, for eksempel på grund af, at der er personale i kommunerne, der kun sjældent kommer i kontakt med ordningen.

Resultatet fra spørgeskemaet om accept, egnethed og anvendelighed viser, at der er aspekter ved ordningen, der kan forbedres. Dette resultat harmonerer med fund fra interviewundersøgelsen, der viser, at personalet på tværs af sektorer opfatter ordningen som en meningsfuld forbedring af patienternes overgange og tværsektorielt samarbejde, men samtidig oplever udfordringer med ansvar, relationer og kommunikation.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelse 2 viser forskelle i personalets vurdering af ordningens accept, egnethed og anvendelighed. Personalet fra kommunerne og almen praksis vurderer accepten, egnetheden og anvendeligheden højere end personalet fra sygehusene. Fund fra interviewundersøgelsen viser, at relationen og kommunikationen mellem personalet på sygehuset og personalet i kommunerne kan være udfordret. Blandt andet oplever nogle på sygehusene frustration over at skulle fungere som sparringspartnere

for personalet i kommunerne samt at besvare spørgsmål, som de i visse tilfælde mener burde være blevet håndteret internt i kommunen. Ordningen betyder, at personalet fra sygehusene stiller deres lægelige ansvar samt højt specialiserede viden til rådighed for kommunernes personale. Dette gør det muligt for kommunernes medarbejdere at anvende denne viden og det udvidede behandlingsansvar til at sikre effektive og høj kvalitets patientforløb. Fundene fra interviewundersøgelsen viser desuden, at kommunens personale bruger ordningen som en legitimering af opkald til sygehuset. Opkald, der kan give dem adgang til specialviden for at opnå faglig tryghed. Ordningens opbygning, hvor højt specialiseret viden stilles til rådighed for kommunens personale, kan dermed være en medvirkende årsag til, at personalet i kommunerne vurderer ordningen mere positivt end personalet på sygehusene.

Resultaterne fra Spørgeskema 2 om relationer giver anledning til opmærksomhed på oplevelsen af fælles mål, respekt og viden om hinanden. Personalet fra almen praksis beskriver en svag relation til personalet på sygehusene inden for alle tre områder, mens sygehuspersonalet beskriver en svag relation i forhold til viden om hinanden.

I fortolkningen af implementeringsanalysens resultater bør der tages forbehold for en række metodiske begrænsninger. Det samlede antal respondenter fra hver sektor varierer (70-876 respondenter), svarprocenten i spørgeskema 2 er lav (25%) samt der er kun få deltagere fra almen praksis i interviewundersøgelsen (2 deltagere). Desuden er ikke alle relevante faggrupper er inddraget i undersøgelsen, herunder social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter på sygehusene, som nogle steder varetager centrale funktioner i relation til ordningen 72-timers behandlingsansvar. Endeligt er de anvendte grænseværdier for fortolkning af spørgeskemaundersøgelsens resultater er ikke særskilt validerede i relation til ordningen.

For at realisere ordningens fulde potentiale kan man, i det videre arbejde, fokusere på at skabe en fælles forståelse for ansvarsområder, forbedre kommunikationsstrukturer samt styrke den gensidige forståelse og samarbejdsrelationerne blandt de involverede parter. Dette arbejde kan samtidigt ses i lyset af den bredere forandring, som sundhedsvæsenet aktuelt gennemgår, hvor sygehusene i stigende grad forventes at indtage en mere udadvendt og servicerende rolle i samarbejdet med kommuner og almen praksis.

6 Analyse af genindlæggelser

Dette afsnit indeholder en gennemgang af metode og resultater samt en delkonklusion for analysen af genindlæggelser (effektanalyse).

Opsummering af resultater

- Resultaterne indikerer en stigning i genindlæggelser for patienter under 72-timers behandlingsansvar svarende til 3 omtrent ekstra genindlæggelser pr. 100 patientforløb.
- Mere præcist estimeres risikoen for genindlæggelse at være forhøjet med 26 % for patienter med 72-timers behandlingsansvar (på nationalt plan).
- Regionalt ses der variation, så risikoen for genindlæggelser estimeres at være mellem 11 % og 38 % forhøjet for patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar.
- Analysen kan ikke med sikkerhed fastslå årsagssammenhænge. Uobserverede faktorer kan således have indflydelse på den estimerede effekt på genindlæggelser.

6.1 Delformål

Formålet med dette kapitel er at fremlægge resultater og metode for undersøgelsen af, hvordan 72-timers behandlingsansvar påvirker antallet af genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelse fra første indlæggelse.

Analysen er baseret på landsdækkende registerdata og sammenligner patienter, der har været omfattet af 72-timers behandlingsansvar, med en matchet kontrolgruppe. Kapitlet beskriver det anvendte analysedesign, den valgte analysestrategi og de væsentligste fund – både på nationalt niveau og fordelt på regioner.

6.2 Metode

I dette afsnit fremlægges analysedesign samt metoden bag 1) udvælgelsen af kontrolgruppen, og 2) den statistiske analysemetode.

6.2.1 Analysedesign

Da forudsætningerne for opstilling af en egentlig randomiseret kontrolleret undersøgelse ikke har været til stede, er analysedesignet opstillet med henblik på at efterligne denne metode på så mange kriterier som muligt. Således er analysen opstillet som et kohortestudie med retrospektiv udvælgelse af kontrolgruppen. Ved hjælp af denne metode kan der opstilles en kontrolgruppe, som er sammenlignelig med gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar (treatment-gruppen) på de observerbare parametre, der har betydning for risikoen for genindlæggelse. I en randomiseret kontrolleret undersøgelse kan effekten af ordningen belyses ved brug af lodtrækning. Her fordeles parametre af betydning for genindlæggelser tilfældigt, og derfor må konklusionen være, at eventuelle forskelle i genindlæggelser skyldes 72-timers behandlingsansvar. Det aktuelle analysedesign adskiller sig fra randomiserede kontrollerede undersøgelser ved, at årsager til genindlæggelser ikke med sikkerhed er tilfældigt og ligeligt fordelt. Derfor må analyserne justeres for eventuelle forskelle, hvilket kun kan gøres for observerbare forskelle. Det betyder samtidig, at analysen

ser på sammenhænge mellem, men ikke effekt af, det at være i gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar sammenlignet med kontrolgruppen.

Som følge heraf, bør det nøje overvejes, om der kan være uobserverede forskelle mellem gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar og kontrolgruppen med betydning for risikoen for genindlæggelse, når analysernes statistiske resultater fortolkes.

6.2.2 Udvælgelse af patientforløb til kontrolgruppen

Første led i udvælgelsen af patientforløb til kontrolgruppen har været et fuldt LPR3-registerudtræk af hele kontrolpopulationen. Med kontrolpopulation menes alle patientforløb i perioden 1. januar til 30. november 2023, der lever op til følgende kriterier:

- Alder: 40 – 99 år ved kontakt
- Kontaktttype: fysisk fremmøde
- Varighed: ≥ 12 timer (svarende til en indlæggelse)
- Udelukkelse af cancerdiagnoser, fødende og hospicepatienter (jf. definitionen af en genindlæggelse)

Dette udtræk indeholder i runde tal 180.000 patientforløb. Fra denne population af potentielle kontroller er der trukket 52.725 patientforløb til kontrolgruppen. Patientforløbene er udtrukket ved hjælp af matching. Kontrollerne er matchet én til én med en patient fra gruppen med 72-timers behandlingsansvar på følgende variable:

- Alder
- Køn
- Hjemmesygepleje forud for indlæggelse

Som eksempel indebærer det, at en 80-årig mand med 72-timers behandlingsansvar og hjemmesygepleje forud for indlæggelse er matchet med en 80-årig mand med hjemmesygepleje forud for indlæggelse.

Ved hjælp af matchet opnås der en grundlæggende homogenitet i sygdomskompleksitet imellem patienterne i gruppen med 72-timers behandlingsansvar og kontrolgruppen. Som det senere vil fremgå, opnås der dog ikke komplet heterogenitet imellem grupperne. Således er gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar fortsat mere syge målt på antallet af følgesygdomme og kontakt til sygehuset året forinden. Forhold, der har en betydning for risikoen for genindlæggelse, og dermed potentielt kilde til bias i resultaterne.

6.2.3 Justering for heterogenitet

Med henblik på at modvirke bias fra gruppeforskelle på parametre som fx følgesygdomme, beregnes den estimerede effekt af 72-timers behandlingsansvar ved hjælp af logistisk regression. Således er det muligt at justere estimaterne for potentiel bias fra kendte og observerbare forhold, som ikke er udlignet ved hjælp af matching.

Ved brug af logistisk regression er der justeret for følgende forhold:

- Diagnose
- Speciale
- Komorbiditet (antal/intensitet af øvrige sygdomme)
- Indlæggelsesvarighed (≥ 24 timer)
- Kontaktdage til sygehus det foregående år
- Prioritet (akut/planlagt)

6.2.4 Eksklusion af særligt heterogene subgrupper

Som et sidste element i justeringen for gruppeforskelle er patienterne under hovedspecialerne geriatri og akutmedicin ekskluderet fra analyserne. Det skyldes meget store forskelle i andelen af patienter fra hhv. gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar og kontrolgruppen inden for disse specialer. De nøjagtige andele fremgår af figurerne nedenfor.

Dette valg skal forstås ud fra den styrende ambition om at isolere 72-timers behandlingsansvar som forklarende faktor: Jo mere heterogeniteten reduceres, desto bedre forudsætninger er der for at udpege 72-timers behandlingsansvar som årsag til den statistiske forskel mellem treatment- og kontrolgruppe. Det skal dog bemærkes, at eksklusion af især geriatrike patienter forringer forudsætningerne for at generalisere resultaterne til hele populationen af patienter med 72-timers behandlingsansvar.

6.2.5 Definition på, og måling af, genindlæggelser

Vi har fulgt Sundhedsdatastyrelsens indikator for akutte somatiske genindlæggelser. Denne defineres som ny akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse af primærindlæggelsen. Kræftrelaterede forløb, hospice, ulykker/vold/selvmodsforsøg samt fødsler er ekskluderet.

I analyserne er genindlæggelser opgjort binært. Således måler vi, om en person er genindlagt (1) eller ikke genindlagt (0). Det tillægges altså ikke analytisk betydning om en person genindlægges kun en enkelt eller flere gange.

6.3 Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de statistiske analyser af sammenhængen mellem 72-timers behandlingsansvar og genindlæggelser.

Som første skridt præsenteres beskrivende statistik for kontrolgruppen og gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar.

Efterfølgende fremlægges analyseresultaterne.

6.3.1 Forskelle og ligheder mellem grupperne

På baggrund af tabellen og figurerne nedenfor synliggøres ligheder og forskelle mellem kontrolgruppen og gruppen med patienter med 72-timers behandlingsansvar. Den præsenterede statistik udgør en vigtig forståelsesramme for fortolkning af resultaterne fra de statistiske analyser.

Det skal bemærkes, at de præsenterede tabeller og grafer ikke er en udtømmende opstilling. Formålet er at illustrere og dokumentere forskelle og ligheder i udgangspunktet for sammenligningen uden at fortabe sig i metodiske nuancer.

Overordnet fremgår det, at grupperne ligner hinanden på en række essentielle parametre (alder, køn og hjemmesygepleje forud for indlæggelse), men også adskiller sig på andre. Fx ses enkelte markante forskelle på gruppernes fordeling på enkelte specialer (tabel 7).

Det fremgår desuden, at gruppen med patienter med 72-timers behandlingsansvar er mere syge end kontrolgruppen, målt på komorbiditet og dage med hospitalskontakt året forinden. De observerede mål for sygdomsalvorlighed kan der justeres for statistisk. Asymmetrien i sygdomsalvorlighed er dog vigtig at huske på, når resultaterne af effektanalyserne præsenteres.

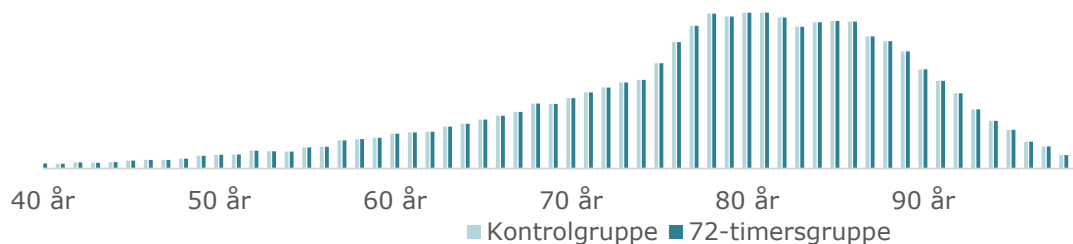
TABEL 7: STATISTISK BESKRIVELSE AF KONTROL-OG 72TIMERSGRUPPE

	Kontrolgruppe (N=52.725)	72-timers behandlingsansvar (N=52.725)
Alder		
(gns.)	77,9	77,9
Køn (%)		
Kvinde	53,1	53,1
Mand	46,9	46,9
Hjemmesygepleje (inden indlæggelse) (%)		
Uden	48,3	48,3
Med	51,7	51,7
Diagnose (udvalg) (%)		
Infektion	8,6	11,3
Lunge	14,6	17,8
Hjerte	10,2	7,8
Mave-tarm	11,3	7,2
Bevægelsesystem	16,4	23,4
Uklassificerbare	11,1	7,8
Hovedspeciale (udvalg) (%)		
Akutmedicin	20,1	1,9
Endokrinologi	2,8	5,9
Geriatrici	2,8	13,1
intern medicin	22,3	23,8
Kardiologi	8,6	8,9
ortopædisk kirurgi	15,9	20,8
Komorbiditet* (%)		
0	55,5	52,2
1-2	33,5	35,2
3 el. flere	11,1	12,6
Dage med hospitalskontakt året forinden		
(gns.)	11,9	14,5

Note: *Komorbiditet = score på Charlson komorbiditetsindeks

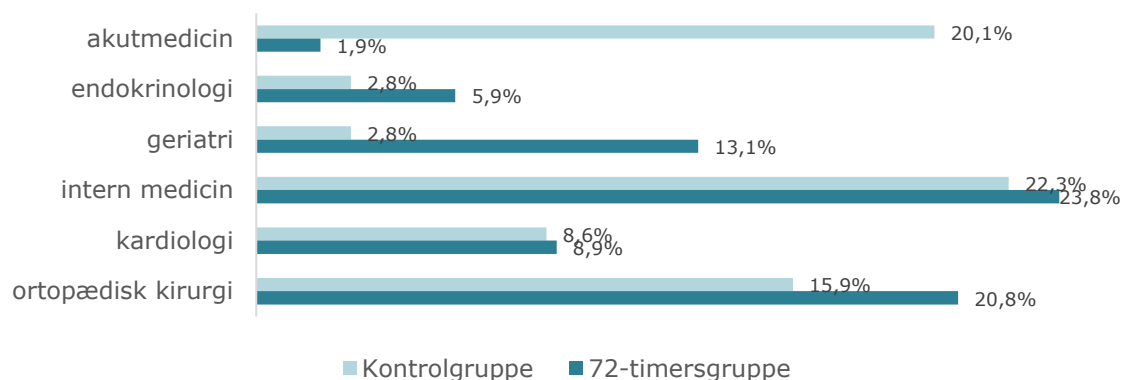
Nedenfor er gruppernes fordeling på centrale karakteristika illustreret grafisk (Figur 8A, 8B og 8C). Formålet med graferne er at give et visuelt overblik over forskelle og ligheder mellem grupperne efter matching.

FIGUR 8A KONTROL-OG 72TIMERSGRUPPE FORDELT PÅ ALDER



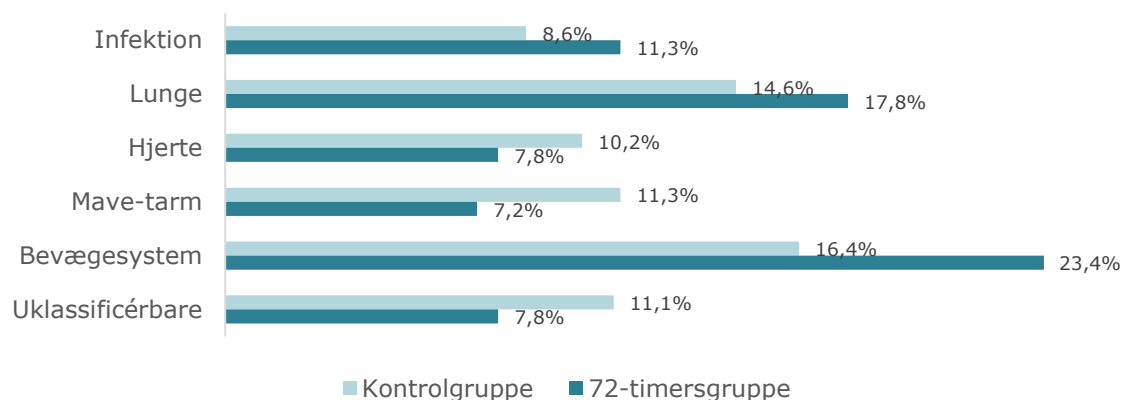
Note: $N=2*52.725$ (105.450)

FIGUR 8B KONTROL-OG 72TIMERSGRUPPE FORDELT PÅ SPECIALE (UDVALGTE SPECIALER)



Procent baseret på samlet $N=2*52.725$ (105.450)

FIGUR 8C KONTROL-OG 72TIMERSGRUPPE FORDELT PÅ DIAGNOSE (UDVALGTE DIAGNOSER)



Procent baseret på samlet $N=2*52.725$ (105.450)

6.3.2 Genindlæggelser

I det følgende præsenteres resultaterne af analyserne for genindlæggelser.

I tabel 8 ses forekomsten af genindlæggelser for de to grupper, uden justering for de kendte forskelle på de to grupper.

Tabellen viser, at risikoen for genindlæggelse er højere blandt patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar. Det ses, at risikoen for genindlæggelse er ca. 18 % mod 14 % i kontrolgruppen, hvilket svarer til 40 % højere odds for genindlæggelse (odds ratio 1,4) for patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar.

TABEL 8 GENINDLÆGGELSESPROCENT FOR KONTROL-OG 72TIMERSGRUPPE

	Kontrolgruppe (N=52.725)	72-timers behandlingsansvar (N=52.725)	Odds ratio
Ikke genindlagt	86,2 %	81,7 %	1,4
Genindlagt	13,8%	18,3 %	

Som redskab til afklaring af, om forskellene i risiko for genindlæggelse er et udtryk for forskelle i helbredstilstand eller en effekt af ordningen, undersøges forholdet mellem gruppe og risiko for genindlæggelse ved hjælp af regressionsanalyse.

I regressionsanalysen holdes observerbare faktorer konstante, og dermed justeres der for deres indflydelse på forskellen i genindlæggelser.

I tabel 9 nedenfor præsenteres de overordnede forskelle på grupperne udtrykt i *odds ratios*. Tabellens første række viser forskellen på grupperne på tværs af regioner – en slags overordnet model.

Efterfølgende præsenteres analyseresultaterne for hver region.

Det fremgår af tabellen, at *odds ratios* er større end 1, hvilket indikerer, at risikoen for genindlæggelse fortsat er forhøjet for patienter med 72-timers behandlingsansvar, selv når der justeres for de kendte forskelle mellem grupperne.

TABEL 9 RESULTATER, LOGISTISK REGRESSION

Analyse-niveau	Odds ratio	Konfidens-interval	N	Statistisk model	Inkluderet i model	Ekskluderet
Tværregionalt	1,26*	1,21 – 1,31	84.567	L ¹	3	4
Nordjylland	1,36*	1,19 – 1,54	9.262	L ¹	3	4
Midtjylland	1,32*	1,21 – 1,44	21.218	L ¹	3	4
Syddanmark	1,11	1,00 – 1,21	16.444	L ¹	3	4
Hovedstaden	1,38*	1,27 – 1,50	23.281	L ¹	3	4
Sjælland	1,18*	1,07 – 1,30	14.270	L ¹	3	4
¹ Logistisk regression (logit)						
³ Diagnose, speciale, komorbiditet, forløbslængde, kontaktdage, prioritet						
⁴ Speciale: akutmedicin, geriatri. Kontaktdage:>102 dage						
* "Signifikant" (p<0,05)						

På landsplan ses en *odds ratio* på 1,26. Det skal fortolkes sådan, at patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar har 26% højere sandsynlighed for genindlæggelse end patienterne i kontrolgruppen, når der justeres for diagnose, speciale, komorbiditet, varigheden af indlæggelsen, antal dage med kontakt til sygehuset året forinden, og om primærkontakten

er akut eller planlagt. Dette svarer til, at patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar har 3 ekstra genindlæggelser pr. 100 patientforløb.

I forhold til tabel 8 ses altså en reduktion i den forhøjede risiko for genindlæggelse blandt patienter med 72-timers behandlingsansvar, når vi tager højde for gruppeforskelle med betydning for genindlæggelse.

Konfidensintervallet viser, at patienter med 72-timers behandlingsansvar med 95% sikkerhed har minimum 21% større risiko for genindlæggelse end patienterne i kontrolgruppen.

På regionalt plan er tendensen den samme, men med variation i, hvor meget større risikoen for genindlæggelse er for patienter med 72-timers behandlingsansvar.

6.3.3 Forholdsregler ved fortolkningen af resultaterne

Det skal fremhæves, at det nuværende design – hvor kontrolgruppen er konstrueret retrospektivt frem for via randomisering – begrænser muligheden for at drage egentlige kausale konklusioner. Når kontrolgruppen ikke udvælges ved lodtrækning som i en randomiseret undersøgelse, kan der eksistere systematiske forskelle mellem de patienter, der er omfattet af 72-timers behandlingsansvar og kontrolgruppen.

En væsentlig, men statistisk uobserverbar, systematisk forskel mellem grupperne er det, der bredt kan betegnes som "det lægefaglige skøn" (herunder fx klinisk kompleksitet). Selvom målgruppen for 72-timers behandlingsansvar er defineret på baggrund af konkrete og målbare karakteristika, gøres der i nærværende tilfælde ingen antagelser om, at tildeling af 72-timers behandlingsansvar deterministisk kan reduceres til et nøjagtigt sæt af databaseregistreringer: Der er en reel risiko for, at patienter med 72-timers behandlingsansvar har særligt komplekse eller alvorlige forhold, som ikke fanges af de tilgængelige analytiske markører. Dette kan også være med til at forklare, hvordan der i Region Hovedstaden kan findes kontroller fra 2023, som statistisk matcher gruppen af patienter med 72-timers behandlingsansvar, men som ikke har haft en 72-timers markør – selv om ordningen allerede var implementeret det år.

Disse forskelle (fx i sygdomsalvorlighed, komorbiditet eller andre forhold) kan påvirke udfald som genindlæggelse uafhængigt af selve ordningen. Med andre ord kan en del af den observerede forskel potentielt skyldes forskelle i patienternes udgangspunkt, og det er derfor vanskeligt at tilskrive 72-timers behandlingsansvar en entydig årsagseffekt på baggrund af denne evaluering alene. Dette vanskeliggøres yderligere af, at der under de aktuelle designbetingelser ikke kan tages højde for en generel baggrundsstigning i genindlæggelser. Årsagen hertil er, at patientgrupperne er fra forskellige år.

I evalueringen er der fokus på genindlæggelser i snæver forstand (inden for 30 dage). Datasættet rummer muligheden for en mere detaljeret analyse af forholdet mellem indlæggelse og genindlæggelse. At følge forholdet mellem indlæggelser og genindlæggelser over længere tid vil være nyttigt for forståelsen af, om stigningen i kortsigtede (30 dage) genindlæggelser kan virke forebyggende på længere sigt.

6.4 Delkonklusion

Analyserne viser, at patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar genindlægges hyppigere inden for 30 dage efter udskrivelse end en kontrolgruppe matchet på alder, køn og kommunal hjemmesygepleje forud for indlæggelse.

Ujusteret ses, at 18,3 % af patienterne i 72-timersgruppen genindlægges inden for 30 dage mod 13,8 % i kontrolgruppen, svarende til en absolut forskel på 4,5 procentpoint og en ujusteret odds ratio på 1,4.

Efter statistisk justering ved logistisk regression for diagnose, speciale, komorbiditet, indlæggelsesvarighed, kontaktdage til sygehus året forinden samt prioritet (akut/planlagt) er odds for genindlæggelse fortsat forhøjet i 72-timersgruppen. På tværregionalt niveau estimeres en odds ratio på 1,26 %, hvilket kan omsættes til omtrent 3 ekstra genindlæggelser pr. 100 patientforløb.

På regionalt niveau ses samme overordnede mønster, men med variation i estimaterne.

Det er centralt for fortolkningen, at analysedesignet ikke bygger på tilfældig inddeling af patientforløb i kontrol- og treatmentgruppe, men på et kohortedesign med retrospektivt konstrueret kontrolgruppe og matching.

Der kan derfor fortsat være systematiske forskelle mellem grupperne, som ikke kan observeres og justeres for i analyserne (fx klinisk kompleksitet og lægefagligt skøn). Hertil kommer, at patientgrupperne stammer fra forskellige år, hvilket begrænser muligheden for at adskille en evt. ordningsspecifik effekt fra baggrundsudvikling i genindlæggelser.

Endelig skal resultaternes generaliserbarhed ses i lyset af eksklusionen af visse subgrupper (fx geriatriske patienter).

7 Tværgående analyse og konklusion

Dette kapitel indledes med en præsentation af tre tværgående tematikker, som fremkommer, når resultaterne fra de tre arbejdsplaner sammenholdes. Tematikkerne har til formål at belyse elementer ved ordningen, der kan optimeres. Tematikkerne kan således betragtes som anbefalinger til, hvordan gevinstrealiseringen af ordningen kan øges. Tematikkerne er ikke udtryk for en opsummering af evalueringens samlede resultater.

Den samlede konklusion på evalueringen præsenteres i afsnit 7.3, efter der i afsnit 7.2 opstilles hypoteser, der kan bruges som udgangspunkt i forståelsen af, hvorfor 72-timers behandlingsansvar tilsyneladende er associeret med en stigning i risikoen for genindlæggelse.

7.1 Tværgående tematikker

Nedenfor følger først en opsummering af identificerede tværgående tematikker i tabelform. Efterfølgende uddybes de identificerede temaer i tekstform.

Tabel 10. Tværgående tematikker.

Tema	Evalueringens fund	Mulige korrigerende handlinger
Uklare snitflader og rollefordeling mellem aktører	En betydelig andel af henvendelser fra kommuner vurderes af hospitalsansatte som irrelevante for ordningen (ca. 38 %).	En præcisering af snitflader og ansvar kan reducere antallet af unødvendige kontakter og styrke samarbejdets effektivitet.
Forskellig fortolkning af ordningens formål og anvendelsesområde	Ordningen anvendes og forstås forskelligt på tværs af sektorer.	Ordningens kan præciseres, så opkald kun rettes mod forhold, der netop kræver hospitalets involvering i den akutte sektorovergang.
Begrænset adgang til faglig sparring og ustabil kontaktstruktur	Kommunale medarbejdere oplever i nogle tilfælde vanskeligheder ved at få faglig sparring, især ved akut behov. Der er eksempler på både velfungerende og fragmenteret samarbejde.	En systematisk kontaktstruktur og tydeligere adgang til lægefaglig vurdering – suppleret med kapacitetsopbygning i kommunerne.

Evalueringen identificerer tre gennemgående temaer, der kan forklare variationer i implementering og effekt af 72-timers behandlingsansvar. Temaerne udspringer af data fra både opkaldsregistrering og implementeringsanalyse, og de giver grundlag for at pege på konkrete områder, hvor justeringer potentielt kan styrke ordningens anvendelighed og formålsopfyldelse. I forhold til forslag til mulige korrigerende handlinger bør det bemærkes, at dataindsamlingen er foretaget før implementering af ordningens udvidelse til 96 timer. Der kan således allerede være foretaget ændringer i ordningens anvendelse.

Uklare snitflader og rollefordeling mellem aktører

Interviewene med deltagere på tværs af sygehusene, kommunerne og almen praksis peger på at ansvar- og rollefordelingen er uklar. Her identificeres bl.a. nyopståede helbredsproblemer, som et område, der bør præciseres. Hospitalspersonale oplever også, at nogle kommuner anvender ordningen som en generel adgang til at kræve genindlæggelse.

Opkaldsregistreringen underbygger dette billede: 38 % af henvendelserne vurderes af hospitalspersonale som irrelevante i relation til 72-timers behandlingsansvar. Disse fund peger på behovet for tydeligere retningslinjer for, hvilke typer opkald, der falder inden for ordningens formål, og hvordan ansvar og opgaver fordeles mellem kommune, hospital og almen praksis.

Forskellig fortolkning af ordningens formål og anvendelsesområde

Evalueringen viser, at 72-timers behandlingsansvar fortolkes forskelligt på tværs af sektorer og hospitaler. Særligt hospitalspersonale oplever, at kommunernes forståelse og brug af ordningen varierer – både ift. formål og opkaldsmønstre. Det kan medføre usikkerhed i faglige vurderinger og føre til genindlæggelser ud fra et forsigtighedsprincip.

Samtidig vidner flere opkald om, at der reelt efterspørges løsninger på problemtyper, som ikke er unikke for ordningen, men eksisterede forud for dens indførelse.

Begrænset adgang til faglig sparring og ustabil kontaktstruktur

Kommunale medarbejdere oplever vanskeligheder ved at få rettidig adgang til hospitalsfaglig vurdering, særligt uden for dagtid. Dette gælder f.eks. udfordringer med at få hurtig kontakt til læger på afdelinger, hvor lægen f.eks. kan være optaget op operationsafdelingen. Når sygeplejersker og sekretærer fungerer som mellemlid, kan det skabe forsinkelser i fx medicinjustering og støtte til kliniske beslutninger.

Samtidig efterspørger deltagere fra kommunen tydeligere kontaktveje med sygehusets personale, så adgangen til sparring og problemløsning kan foregå nemmere og hurtigere.

7.2 Hypoteser om årsagen til flere genindlæggelser

Effektanalysen dokumenterer en signifikant stigning i genindlæggelser blandt patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar. Med inspiration i resultater og fund fra henholdsvis opkaldsregistreringen og implementeringsanalysen opstilles der to mulige – og ikke nødvendigvis uforenelige – forklaringer på stigningen i genindlæggelser. Det skal understreges, at hypoteserne i nærværende sammenhæng opstilles uafprøvede.

1. **Tidlig opsporing:** Ordningen kan føre til hurtigere opsporing og handling på begyndende forværring i patientens tilstand. Den øgede adgang til lægefaglig vurdering kan dermed bidrage til rettidige og berettigede genindlæggelser, som potentielt forebygger mere alvorlige forløb.
2. **Uklarheder i rammer og episodisk utilstrækkelig kommunikation:** Evalueringen tyder på, at nogle genindlæggelser kan skyldes uklare rolleforståelser og udfordringer med informationsoverlevering mellem kommuner og hospital. Dette kan føre til forsigtighedsindlæggelser, som ikke nødvendigvis er klinisk påkrævede.

Hypoteserne understreger, hvordan relationen mellem 72-timers behandlingsansvar og ændring i genindlæggelsesfrekvensen ikke lader sig fortolke entydigt: Det forekommer uklart, om en reduktion i genindlæggelser som konsekvens af 72-timers behandlingsansvar (1) er en realistisk forventning – målgruppen taget i betragtning – og (2) er retvisende som indikator for bedre sammenhæng og kvalitet i patientforløb.

7.3 Samlet konklusion

Evalueringen viser, at 72-timers behandlingsansvar i vidt omfang er implementeret, og at ordningen overordnet opleves som meningsfuld og tryghedsskabende, særligt i kommunerne. Samtidig peger evalueringens tre analyser samlet på, at ordningens praktiske anvendelse fortsat er præget af variation – herunder i forståelsen af ordningens formål, i rolle- og ansvarsfordelingen mellem aktørerne samt i adgangen til relevant hospitalsfaglig støtte.

Variationen indebærer risiko for forskelligartet brug af ordningen og for uens praksis i vurdering og håndtering af forløb efter udskrivelse.

Effektanalysen viser, at patienter omfattet af 72-timers behandlingsansvar har en højere genindlæggelsesfrekvens inden for 30 dage end en matchet kontrolgruppe.

Hvad flere genindlæggelser afslører om værdien og kvaliteten af 72-timers behandlingsansvar er uklart. Øget tilgængelighed og styrket tværsektoriel koordinering kan føre til tidligere opsporing af komplikationer og dermed flere, men fagligt velbegrundede genindlæggelser. Omvendt kan et forhøjet genindlæggelsesniveau også afspejle forebyggelige, forsigtighedsprægede genindlæggelser, hvis rammer, rollefordeling eller adgang til hospitalsfaglig sparring i nogle situationer er utydelige. Begge hypoteser vurderes plausible ud fra evalueringens fund, men ingen af hypoteserne er testet som led i evalueringen.

Evalueringen peger samlet på, at ordningens værdi bedst styrkes yderligere gennem en målrettet styrkelse af de fælles rammer for anvendelsen. Det indebærer især:

- 1) en tydeligere fælles rammesætning af ordningens formål og indhold, herunder hvilke henvendelser ordningen er tiltænkt,
- 2) en klarere rolle- og ansvarsafklaring på tværs af sektorer, samt
- 3) mere ensartede og veletablerede kontaktveje til relevant hospitalsfaglig sparring.

En sådan justering forventes primært at reducere variationen i praksis og styrke kvaliteten af koordinering og beslutningsgrundlag i overgangene fra sygehus til kommunal opfølgning – og dermed bidrage til bedre sammenhæng og kvalitet i patientforløbene.

8 Bilag

8.1 Bilag 1 – Opkaldsregistreringsskema og ordforklaring

Dato	Tid	Hvor ringes der fra?					Hvad handlede opkaldet om?							Resultat af opkald								Opkald relevant	Unikt 72t-opkald
		Egen læge	Pleje-hjem	Midlertid. plads	Plejepers. i eget hjem	Andet	Behand-lingsplan	For-værring i tilstand	Medicin:				Ønske om råd/vejle dning	Andet	Ændring i behand-lingsplan	Gen-indlæg-gelse	Ny recept	Ændring i medicin	Henvisn. til ny vurdering	Råd og vejled-ning	Andet		
									Spg. recept	Spg. restkur	Spg. FMK	Andet											

Ordforklaring

Dato: Dag på måneden, fx 23.

Tid: Tidspunkt på dagen i timer og minutter, fx 12:30.

Hvor ringes der fra?

- **Egen læge:** Praktiserende læge.
- **Plejehjem:** Personale på plejehjem.
- **Midlertid. plads:** fx midlertidig rehabiliteringsdøgnplads, midlertidigt aflastningstilbud, akutplads, aflastningsplads.
- **Plejepers i eget hjem:** Plejepersonale, der hjælper borgeren i eget hjem fx sygeplejerske eller SOSU fra hjemmeplejen, akutteams. Inkl. plejepersonale hos borgere i plejebolig tilknyttet et plejehjem.
- **Andet:** Opkaldet foretages fra andet sted eller af en anden (fag-)person (fx patienten selv eller pårørende).

Hvad handlede opkaldet om?

- **Behandlingsplan:** Opkaldet omhandler behandlingsplan.
- **Forværring i tilstand:** Opkaldet omhandler, at borgerens tilstand forværres.
- **Medicin:**
 - **Spg. recept:** Opkaldet omhandler forhold ved recepten, fx manglende recept, uoverensstemmelse mellem recepter og medicin beskrevet i behandlingsplan.
 - **Spg. restkur:** Spørgsmål vedr. medgivet medicin ved udskrivning. Fx ved uoverensstemmelse mellem FMK og medgivet medicin.
 - **Spg. FMK:** Fx: Præparat mangler på FMK eller manglende slutdato i FMK.
 - **Andet:** Øvrige forhold.
- **Ønske om råd/vejledning:** Der efterspørges råd og vejledning af generel karakter.
- **Andet:** Øvrige forhold.

Resultat af opkald

- **Ændring i behandlingsplan:** Ændring af behandlingsplan – fx ved ændring i medicin i behandlingsplanen.
 - **Gen-indlæggelse:** Udfaldet af opkaldet bliver genindlæggelse.
 - **Ny recept:** Der udstedes ny recept pga. manglende recept ved udskrivelse
 - **Ændring i medicin:** Ændring i medicin fx ændret dosering
 - **Henvi. til ny vurdering:** Fx henvisning til ny (akut, subakut eller elektiv) vurdering. Inkl. henstilling til 112-opkald.
 - **Råd og vejledning:** Råd og vejledning af generel karakter.
 - **Andet:** Øvrige forhold.
-
- **Opkald relevant:** Opkaldet vurderes som relevant i henhold til 72 t. behandlingsansvar.
 - **Unikt 72 timers opkald:** Opkald, som vurderes som relevant i henhold til 72 t. behandlingsansvar **og** som er en type opkald, som man **ikke** ville have modtaget inden implementeringen af 72 t. behandlingsansvar.

8.2 Bilag 2 Spørgeskema 1 Implementeringsaktiviteter (kontaktpersoner)

Ansatte i afdelingen

Hvor mange ansatte fra hver af følgende faggrupper er der ansat i din afdeling?

Sekretærer

Sygeplejersker

Læger

Ansatte i afdelingen

Hvor mange ansatte fra hver af følgende faggrupper er der ansat i din afdeling?

Sygeplejersker

Social- og sundhedsassistenter

Social- og sundhedshjælpere

Pædagoger

Ufaglærte

Andre faggrupper

Implementering

Har der pågået implementeringsarbejde ift. ordningen? Vælg en eller flere.

- (1) q Nej
- (2) q Ja, der har været en arbejds- eller projektgruppe
- (3) q Ja, løbende audits eller anden kvalitetsvurdering
- (4) q Ja, løbende erfaringsopsamling
- (5) q Ja, andet (skriv herunder) _____

Er der andet, som er vigtigt at vide for at forstå, hvordan ordningen er blevet implementeret?

Information til medarbejdere om ordningen

Hvilken type information om ordningen er medarbejdere blevet tilbudt?
Vælg en eller flere.

- (3) ☐ Ingen
- (2) ☐ Skriftlig information
- (1) ☐ Mundtlig information

Skriftlig information om ordningen

Hvordan har I informeret skriftligt om ordningen til medarbejdere?
Vælg en eller flere.

- (1) ☐ En eller flere e-mails om ordningen
- (2) ☐ Udarbejdelse af en standard eller en retningslinje
- (3) ☐ Henvisning til hjemmeside eller intranetside
- (4) ☐ Andet (skriv herunder) _____

Mundtlig information om ordningen

Hvordan har I informeret mundtligt om ordningen til medarbejdere?
Vælg en eller flere.

- (1) ☐ På et eller flere personale møder
- (2) ☐ Formelt uddannelsesstilbud
- (3) ☐ Andet (skriv herunder) _____

8.3 Bilag 3 Spørgeskema 2 Ansatte på sygehuse og i kommuner

Introduktion til spørgeskemaet

Tak fordi du vil besvare dette spørgeskema, der har til formål at undersøge sundhedsprofessionelles perspektiver på ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Hvornår afsluttede du din uddannelse?

Skriv et årstal.

Hvis du har flere uddannelser, angiv året for din autorisationsgivende uddannelse til for eksempel social- og sundhedsassistent, sygeplejerske eller læge (angiv ikke året for din speciallægeanerkendelse).

Køn

Hvad er dit køn?

- (1) m Kvinde
- (2) m Mand
- (3) m Andet

Sektor

Hvor er du ansat?

- (1) m Sygehus
- (2) m Kommune (inkl. privat og friplejehjem)

På hvilket sygehus er du ansat?

- (4) m Esbjerg og Grindsted Sygehus
- (7) m Holbæk Sygehus
- (8) m Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- (5) m Odense Universitetshospital
- (2) m Regionshospital Nordjylland
- (12) m Regionshospitalet Gødstrup
- (11) m Regionshospitalet Horsens
- (9) m Sjællands Universitetshospital
- (6) m Sygehus Lillebælt
- (1) m Aalborg Universitetshospital, Aalborg
- (14) m Aalborg Universitetshospital, Hjørring
- (13) m Aalborg Universitetshospital, Thisted
- (10) m Aarhus Universitetshospital

Hvilken type afdeling er du ansat på?

- (1) ☐ Medicinsk
- (2) ☐ Kirurgisk

I hvilken kommune ligger din arbejdsplads?

- (1) ☐ Holstebro Kommune
- (2) ☐ Horsens Kommune
- (4) ☐ Jammerbugt Kommune
- (7) ☐ Lolland Kommune
- (5) ☐ Læsø Kommune
- (10) ☐ Odense Kommune
- (8) ☐ Odsherred Kommune
- (9) ☐ Roskilde Kommune
- (11) ☐ Tønder Kommune
- (12) ☐ Vejen Kommune
- (6) ☐ Aalborg Kommune
- (3) ☐ Aarhus Kommune

Hvilken faggruppe tilhører du?

- (1) ☐ Lægesekretær
- (4) ☐ Sygeplejerske
- (3) ☐ Læge
- (5) ☐ Anden faggruppe

Hvilken faggruppe tilhører du?

- (2) ☐ Sygeplejerske
- (4) ☐ Social- og sundhedsassistent
- (6) ☐ Social- og sundhedshjælper
- (7) ☐ Pædagog
- (8) ☐ Ufaglært
- (5) ☐ Anden faggruppe

Hvor er du ansat?

Vælg den eller de kategorier, du kan identificere dig med.

- (1) ☐ q Plejehjem

- (4) q Privat- eller friplejehjem
- (5) q Andre kommunale døgninstitutioner
- (2) q Hjemmesygepleje
- (3) q Akut sygepleje

Hvor længe har du haft din nuværende jobfunktion?

- (1) m 0-1 år
- (2) m 2-5 år
- (3) m 6-9 år
- (4) m ≥ 10 år

Hvilket kendskab har du til ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?
Vælg det udsagn, der passer bedst for dig.

- (1) m Jeg har ikke kendskab til ordningen
- (2) m Jeg har kendskab til ordningen, men har ikke været involveret i kontakter omhandlende ordningen
- (3) m Jeg har været involveret i 1-10 kontakter omhandlende ordningen
- (4) m Jeg har været involveret i flere end 10 kontakter omhandlende ordningen

Arbejdsopgaver og kompetencer i tilknytning til ordningen
Nedenstående spørgsmål skal give et indblik i din oplevelse af arbejdsopgaverne, som er tilknyttet ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Du skal svare i hvor høj grad, du er enig i de udsagn, du præsenteres for.

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Jeg oplever, at jeg er blevet tilstrækkeligt klædt på af min arbejdsplads til at bruge ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Arbejdsbyrden i forbindelse med ordningen er tilpas	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg oplever, at ordningen frigør tid i mit arbejde	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Ordningen har medført mere sammenhæng i patientforløb end før indførelsen af ordningen	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m
--	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---

Arbejdsopgaver og kompetencer i tilknytning til ordningen
Nedenstående skal give et indblik i din oplevelse af arbejdsopgaverne, som er tilknyttet ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Du skal svare i hvor høj grad du er enig i de udsagn du præsenteres for.

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Jeg oplever, at jeg er blevet tilstrækkeligt klædt på af min arbejdsplads til at bruge ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg oplever, at jeg er i stand til at løse de arbejdsopgaver, der er relateret til ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Arbejdsbyrden i forbindelse med ordningen er tilpas	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg oplever, at ordningen frigør tid i mit arbejde	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen har medført mere sammenhæng i patientforløb end før indførelsen af ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Accept, egnethed og anvendelighed

Spørgsmålene omhandler din oplevelse af, om ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar kan sikre en tryk overgang efter en somatisk indlæggelse. Du skal svare i hvor høj grad du er enig i de udsagn du præsenteres for.

Accept

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Jeg anerkender ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen er tiltalende	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg kan godt lide ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg tager positivt i mod ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Egnethed

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Ordningen virker hensigtsmæssig	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker egnet	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker anvendelig	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker som et godt match	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Anvendelighed

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Ordningen virker implementerbar	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Ordningen virker mulig	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m
Ordningen virker som gennemførlig	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m
Ordningen virker let at anvende	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m

Relationer mellem fagpersoner

De følgende spørgsmål handler om relationer mellem fagpersoner ansat i forskellige sektorer, der er involverede i ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Deler fagpersoner, fra følgende sektorer, dine mål i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen?

	Slet ikke		Lidt		Til dels		Meget		Fuldt ud		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Respekterer fagpersoner, fra følgende sektorer, din rolle i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Slet ikke		Lidt		Til dels		Meget		Fuldt ud		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Kommunikerer fagpersoner, fra følgende sektorer, præcist med dig om patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Aldrig		Sjældent		Nogle gange		Ofte		Altid		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Hvor meget ved fagpersoner, fra følgende sektorer, om din rolle i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Ingenting		Lidt		Noget		Meget		Alting		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Kommentarer

Herunder kan du skrive, hvis du har nogle kommentarer til dine oplevelser med ordningen eller forslag til, hvordan ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar kan forbedres.

8.4 Bilag 4 Spørgeskema 2 Almen praksis

Hvornår afsluttede du din uddannelse? Skriv et årstal.

Hvis du har flere uddannelser, angiv året for din autorisationsgivende uddannelse til læge (angiv ikke året for din speciallægeanerkendelse).

Hvad er dit køn?

- (1) ☐ Kvinde
- (2) ☐ Mand
- (3) ☐ Andet

I hvilken kommune er din lægepraksis beliggende?

- (4) ☐ Hjørring Kommune
- (7) ☐ Lolland Kommune
- (10) ☐ Odense Kommune
- (8) ☐ Odsherred Kommune
- (5) ☐ Rebild Kommune
- (9) ☐ Roskilde Kommune
- (6) ☐ Thisted Kommune
- (11) ☐ Tønder Kommune
- (12) ☐ Vejen Kommune

Hvor længe har du haft din nuværende jobfunktion?

- (1) ☐ 0-1 år
- (2) ☐ 2-5 år
- (3) ☐ 6-9 år
- (4) ☐ ≥ 10 år

Har du arbejdsgiver- eller tutorlæge ansvar for andre læger i praksis?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvilket kendskab har du til ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

Vælg det udsagn, der passer bedst for dig.

- (1) ☐ Jeg har ikke kendskab til ordningen
- (2) ☐ Jeg har kendskab til ordningen, men har ikke været involveret i kontakter omhandlende ordningen
- (3) ☐ Jeg har været involveret i 1-10 kontakter omhandlende ordningen

(4) m Jeg har været involveret i flere end 10 kontakter omhandlende ordningen

Arbejdsopgaver og kompetencer i tilknytning til ordningen

Nedenstående skal give et indblik i din oplevelse af arbejdsopgaverne, som er tilknyttet ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Du skal svare i hvor høj grad du er enig i de udsagn du præsenteres for.

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Jeg oplever, at jeg er blevet tilstrækkeligt klædt på til at bruge ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Arbejdsbyrden i forbindelse med ordningen er tilpas	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg oplever, at ordningen frigør tid i mit arbejde	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen har medført mere sammenhæng i patientforløb end før indførelsen af ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Accept, egnethed og anvendelighed

Spørgsmålene omhandler din oplevelse af, om ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar kan sikre en tryk overgang efter en somatisk indlæggelse. Du skal svare i hvor høj grad du er enig i de udsagn du præsenteres for.

Accept

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Jeg anerkender ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen er tiltalende	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg kan godt lide ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Jeg tager positivt i mod ordningen	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Egnethed

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Ordningen virker hensigtsmæssig	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker egnet	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker anvendelig	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker som et godt match	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Anvendelighed

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Ordningen virker implementerbar	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m
Ordningen virker mulig	(1) m	(2) m	(3) m	(4) m	(5) m

Ordningen virker som gennemførlig	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m
Ordningen virker let at anvende	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m

Relationer mellem fagpersoner

De følgende spørgsmål handler om relationer mellem fagpersoner ansat i forskellige sektorer, der er involverede i ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Deler fagpersoner, fra følgende sektorer, dine mål i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen?

	Slet ikke		Lidt		Til dels		Meget		Fuldt ud		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Respekterer fagpersoner, fra følgende sektorer, din rolle i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Slet ikke		Lidt		Til dels		Meget		Fuldt ud		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Kommunikerer fagpersoner, fra følgende sektorer, præcist med dig om patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Aldrig		Sjældent		Nogle gange		Ofte		Altid		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Hvor meget ved fagpersoner, fra følgende sektorer, om din rolle i arbejdet med patienter, der er omfattet af ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar?

	Ingenting		Lidt		Noget		Meget		Alting		Ikke relevant	
Sygehus	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Kommune	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m
Almen praksis	(1)	m	(2)	m	(3)	m	(4)	m	(5)	m	(0)	m

Kommentarer

Herunder kan du skrive, hvis du har nogle kommentarer til dine oplevelser med ordningen eller forslag til, hvordan ordningen 72 timers udvidet behandlingsansvar kan forbedres.

Implementering af ordningen

Du har angivet, at du har arbejdsgiver- eller tutorlæge ansvar for andre læger og du bedes derfor svare på følgende spørgsmål omkring implementering af ordningen.

Implementering

Har der pågået implementeringsarbejde ift. ordningen?

Vælg en eller flere.

- (1) ☐ Nej
- (2) ☐ Ja, der har været en arbejds- eller projektgruppe
- (3) ☐ Ja, løbende audits eller anden kvalitetsvurdering
- (4) ☐ Ja, løbende erfaringsopsamling
- (5) ☐ Ja, andet (skriv herunder) _____

Er der andet, som er vigtigt at vide for at forstå, hvordan ordningen er blevet implementeret?

Information til medarbejdere om ordningen

Hvilken type information om ordningen er medarbejdere blevet tilbudt?

Vælg en eller flere.

- (3) ☐ Ingen
- (2) ☐ Skriftlig information
- (1) ☐ Mundtlig information

Skriftlig information om ordningen

Hvordan har I informeret skriftligt om ordningen til medarbejdere?

Vælg en eller flere.

- (1) q En eller flere e-mails om ordningen
- (2) q Udarbejdelse af en standard eller en retningslinje
- (3) q Henvisning til hjemmeside eller intranetside
- (4) q Andet (skriv herunder) _____

Mundtlig information om ordningen

Hvordan har I informeret mundtligt om ordningen til medarbejdere?
Vælg en eller flere.

- (1) q På et eller flere personale møder
- (2) q Formelt uddannelses tilbud
- (3) q Andet (skriv herunder) _____

8.5 Bilag 5 Interviewguide

Introduktion til interviewet	Formålet med interviewundersøgelsen er: At få viden om sundhedsprofessionelles oplevelser med ordningen; "72 timers udvidet behandlingsansvar" herunder deltagernes oplevelser af, og erfaringer med, samarbejdet med sundhedsprofessionelle fra andre sektorer og faggrupper samt deres relation til, og kommunikation med, disse parter. Du skal have stor tak for, at du vil dele dine oplevelser. Kun sådan bliver vi klogere. Jeg vil i interviewet stille dig en række åbne spørgsmål, som du skal besvare så godt, du kan. Der er ingen rigtige og forkerte svar og du må endelig spørge, hvis der er noget, der er uklart undervejs. <i>Har du spørgsmål, inden vi går i gang med interviewet?</i>
Baggrund om deltageren	<i>Fortæl helt kort om dig selv</i> • Alder • Uddannelse • Ansættelsessted • Nuværende jobfunktion ▪
Oplevelser og erfaringer med ordningen	<i>Prøv at beskrive et typisk forløb med ordningen 72-timers udvidet behandlingsansvar.</i> <i>Var der noget der fungerede særligt godt i dette forløb?</i> <i>Var der noget der var særligt udfordrende i forløbet?</i> <i>Evt. ift. læger og sygeplejersker på sygehuset: "udfordringer ift. at tage ansvar for/tage stilling til patienter, der er ikke er indlagt på sygehuset".</i>
Oplevelse af samarbejde, relationer og kommunikation	<i>Hvordan er din kommunikation med sundhedsprofessionelle fra andre sektorer og faggrupper ifm. ordningen?</i> <i>Er der noget der fungerer særligt godt ved denne kommunikation?</i> <i>Er der noget der er særligt udfordrende ved denne kommunikation?</i>

	<i>Hvordan er din relation til personale fra andre sektorer og faggrupper ifm. ordningen?</i> <i>Er der noget der fungerer særligt godt ift. disse relationer?</i> <i>Er der noget der er særlig udfordrende ift. disse relationer?</i>
Perspektiver på målgruppen og ordningens kvalitet	<i>Fortæl om, hvordan du generelt oplever kvaliteten af ordningen.</i> Formålet med ordningen var bl.a. at borgerne skulle opleve et mere sammenhængende behandlingsforløb med en tryk overgang fra hospitalet til kommunal hjælp eller plejehjem samt at forebygge genindlæggelser. <i>Hvad fungerer særligt godt ift. opnåelsen af dette formål?</i> <i>Hvad er evt. særligt udfordrende ift. Opnåelsen af dette formål?</i>
Forslag til optimering af ordningen	<i>Har du ideer til tilpasning af ordningen?</i>
Øvrigt ift. ordningen eller interviewundersøgelsen	<i>Er der andet, du synes vi, skal tale om ift. ordningen?</i> <i>Har du evt. spørgsmål til interviewundersøgelsen?</i>

