



Model for 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse

Godkendt i Regionsrådet den 17. december 2025

Indhold

Indledning	3
1.1 Baggrund	3
1.2 Formål.....	4
1.3 Modellens parter	4
1.4 Målgruppe	4
1.4.1 Terminalregistrerede patienter.....	5
1.5 Tidsplan for implementering	6
Organisering af arbejdet.....	6
2.1 Regional organisering.....	6
2.2 Samarbejde med kommunerne.....	6
2.3 Samarbejde med almen praksis	7
Model for 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar	8
3.1 Lægefagligt behandlingsansvar	8
3.2 Udskrivelse af patienten ifm. udskrivelse af patienter omfattet af 96-timers udvidet behandlingsansvar skelnes mellem de to overordnede målgrupper (jf. afsnit 1.4):	9
3.2.1 Udskrivelse af patienter til kommunal sygepleje (målgruppe A)	9
3.2.2 Supplerende ved udskrivelse af patient til botilbud eller botilbudslignende tilbud (målgruppe B).....	10
3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar	10
3.4 Kontakt til udskrivende afdeling.....	10
3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse	10
3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand	11
3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 96 timer	12
3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar.....	12
Implementering	14
Monitorering og videreudvikling af modellen.....	14
Bilag 1: Eksempler på patientcases	15
Bilag 2: Definitioner	16
Bilag 3: Organisering af arbejdet.....	17

INDLEDNING

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

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

Det betyder, at regionens hospitaler fremadrettet påtager sig et 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar for færdigbehandlede patienter, der udskrives til kommunal sygepleje, ved at stille relevant faglig viden til rådighed for sundhedsprofessionelle fra de midtjyske kommuner samt almen praksis, lægevagt. Den udskrivende afdeling gør sig således tilgængelig døgnet rundt for henvendelser i forlængelse af patientens indlæggelse og udskrivelse fra hospitalet. Ordningen gælder for patienter, der har været indlagt i mindst 24 timer på regionens hospitaler. Indlæggelser under 24 timer er ikke omfattet af modellen¹.

Samtidig udvides ordningen til at omfatte psykiatriske patienter, der har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser. Der vil for denne målgruppe ikke være samtidigt krav om udskrivelse til kommunal sygepleje. *Rammerne for denne målgruppe vil blive tilrettet administrativt i takt med de nationale forhandlinger i 2025 og 2026.*

Det skal afklares nationalt, om ordningen med 96-timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar skal gøres gældende på de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser. Kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladserne, hvori krav til lægedækning vil fremgå, imødeses primo 2026. *Såfremt 96-timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar skal gøres gældende ved ophold på sundheds- og omsorgspladserne vil rammerne for ordningen blive tilrettet administrativt for at imødekomme dette.*

1.1 Baggrund

Med Regeringen og Danske Regioners 'Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet' fra februar 2023 blev 72-timers udvidet behandlingsansvar udbredt i alle regioner. Hidtil har behandlingsansvaret omfattet borgere, som er indlagt i mindst 24 timer, og som er udskrevet fra en somatisk afdeling til midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre eller sygepleje i eget hjem eller på bosteder.

Med forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreform 2024 er det aftalt at udvide sygehusenes behandlingsansvar med 24 timer efter udskrivelse, således, at sygehusenes behandlingsansvar gælder 96 timer efter udskrivelse².

¹ Primo 2026 skal regeringen, KL og Danske Regioner jf. forårsaftalen forhandle om udvidelse af ordningen for én eller flere målgrupper med indlæggelse under 24 timer.

² I 2026 undersøges det, hvordan børn og unge, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse til botilbud eller sikrede institutioner, kan omfattes af det udvidede behandlingsansvar. Endvidere skal det drøftes, om ordningen med 96 timers behandlingsansvar for sygehuse har relevans ift. borgere, som afsluttes fra en sundheds- og omsorgsplads.

Med forårsaftalen er det ligeledes aftalt, at målgruppen for det udvidede behandlingsansvar skal udvides med psykiatriske patienter, der har været indlagt i over 24 timer, er lægeligt færdigbehandlet og har behov for kommunal sygepleje, men som ikke kræver yderligere indlæggelse. Målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse.

Hertil kommer, at ordningen udvides til også at omfatte psykiatriske patienter, der har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser. Der vil for denne målgruppe ikke være samtidigt krav om udskrivelse til kommunal sygepleje.

1.2 Formål

Formålet med 96 timers behandlingsansvar er, at sikre at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse og til det videre forløb i den kommunale sygepleje på kommunale midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, eller til ophold på midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser. Målet er at øge tilgængeligheden, kvaliteten og patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse. Det sker ved, at den udskrivende afdeling stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale], praktiserende læger, AMK-læge, lægevagt og lægevagts natberedskab, vedrørende patienten i 96 timer efter udskrivelse.

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

Modellen forventes at kunne bidrage til at:

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

Bilag 1 præsenterer eksempler på patientcases, hvor hospitalets 96 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar forventes at kunne øge sammenhæng og kvalitet i patientforløb på tværs af sektorer. Bilag 2 præsenterer definitionen af modellens centrale begreber. Bilag 3 omhandler organisering af arbejdet med udarbejdelse af modellen.

1.3 Modellens parter

Modellen omfatter Region Midtjyllands hospitaler og er et tilbud til alle 19 midtjyske kommuner, det regionale socialområde samt praktiserende læger, AMK-læge, lægevagt og lægevagts natberedskab.

Borgere på tværs af regionsgrænser håndteres ved, at udskrivende hospitalsafdeling har behandlingsansvaret, også selvom borgeren har bopæl i en anden region. Hvis der bliver behov for indlæggelse eller udekørende tilsyn, kan dette håndteres af et hospital i borgerens hjemregion. Det forudsætter dialog med og accept fra hospitalet i borgerens hjemregion.

1.4 Målgruppe

96 timers behandlingsansvar i Region Midtjylland gælder for følgende målgrupper:

- A. Alle patienter, somatiske og psykiatriske, der har været indlagt på et hospital i Region Midtjylland i over 24 timer, er lægefagligt færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje i eget hjem, på plejehjem eller på andre længevarende eller midlertidige boformer. Denne del af målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse.
- B. Psykiatriske patienter, der har været indlagt på et hospital i Region Midtjylland i over 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser. Det udvidede behandlingsansvar gælder patienter, der efter udskrivelsen har ophold på:
- **Midlertidige socialpsykiatriske botilbud:** Midlertidigt ophold i boformer til mennesker, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det (Serviceloven §107)
 - **Længevarende socialpsykiatriske botilbud:** Længevarende boformer til mennesker med betydelige og varige handicap, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner, pleje, omsorg eller behandling og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis (Serviceloven §108)
 - **Botilbudslignende tilbud:** Botilbudslignende tilbud er tilbud, som ikke er oprettet efter servicelovens bestemmelser om midlertidige og længevarende botilbud, men som kan sidestilles med sådanne tilbud. Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud er tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service, som leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.
 - **Afklaringspladser:** Midlertidigt ophold til personer med psykiske lidelser i umiddelbar tilknytning til personens udskrivelse fra sygehuspsykiatrien, hvorfra det er vurderet, at personen har behov for sociale indsatser, der kræver en nærmere afklaring (Serviceloven § 107a) [afventer FT-behandling]

Botilbudspladserne kan både være kommunalt, regionalt eller privat drevet.

Patienter i korte forløb under 24 timer, er ikke omfattet af 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.³

1.4.1 Terminalregistrerede patienter

Ud fra en individuel vurdering skal der være mulighed for, at udskrivende afdeling/læge træffer beslutning om, at en patient med terminalerklæring ikke omfattes af 96 timers behandlingsansvar. Dette for at sikre, at terminalerklærede patienter med forventet kort restlevetid (dage til uger), eller med en situation hvor transport til og/eller ophold på hospitalet vurderes særligt belastende, kan vurderes af egen læge uden for hospitalet ved behov. I disse tilfælde noteres det i epikrisen og udskrivningsrapporten, at patienten grundet terminalerklæring og med konkret begrundelse ikke er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Egen læge skal sikres let adgang til rådgivning og sparring med hospitalet omkring patienter med terminalerklæring, således at patienterne med aftalen ikke stilles dårligere.

³ Ordningen forventes primo 2026 at skulle opdateres til at omfatte én eller flere målgrupper med indlæggelse under 24 timer

1.5 Tidsplan for implementering

Ordningen med 96 timers behandlingsansvar er gældende fra 1. januar 2026 på alle hospitaler i Region Midtjylland. Perioden frem til 1. april 2026 anses for at være en implementeringsperiode, hvor parterne lokalt i regi af sundhedsrådene hjælpes ad med implementeringen.

For målgruppe B, psykiatriske patienter, der udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser, gælder at ordningen vil blive justeret i takt med de nationale forhandlinger om målgruppen og rammerne for denne.

ORGANISERING AF ARBEJDET

2.1 Regional organisering

Implementeringen af 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er et regionalt tilbud til kommunerne, det regionale socialområde samt almen praksis/lægevagt/lægevagts natberedskab/AMK-lægen. Det er de enkelte hospitaler, der – med afsæt i den overordnede model – sikrer implementering af 96 timers behandlingsansvar på alle relevante afdelinger, herunder, at der er en døgnbemandet adgang til telefonisk at kontakte rette vedkommende på hospitalet.

2.2 Samarbejde med kommunerne

En forudsætning for en vellykket implementering af modellen er et tæt samarbejde mellem hospitaler og kommuner.

En forudsætning for, at hospitalerne kan udskrive patienter med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, er, at kommunerne er i besiddelse af de relevante kompetencer til at gå i dialog med den udskrivende afdeling, hvis behovet opstår. Den kommunale sundhedsprofessionelle, hvilket forstås som en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale] skal derfor kunne kommunikere sikkert om patientens helbreds-tilstand og behandling ud fra dialogværktøjet ISBAR⁴. Herudover er det en forudsætning, at den kommunale medarbejder har kompetencer til at indsamle de nødvendige data om patienten.

Det er en forudsætning for kontakten til det udskrivende sygehusafsnit, at samtalen er forberedt. Før kontakt indsamler den kommunale sundhedsmedarbejder [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale] i videst muligt omfang, relevante oplysninger om borgeren afhængigt af årsag til kontakten og patientmålgruppe, herunder:

- Opslag i FMK for patientens medicinering
- Diagnose
- Forværring/symptomer
- Selvmordsrisikovurdering
- Risikovurdering for vold og aggressioner fx ved hjælp af Brøset Violens Checklist (BVC) (se [Risikovurdering for vold og aggressioner \(BVC\)](#)), LA2 eller andet lignende redskab

Medarbejderen forventes forud for kontakt til hospitalet at have orienteret sig i udskrivningsdokumenterne og målt vitale værdier jf. TOBS (blodtryk, puls, respirationsfrekvens temperatur, bevidsthedsniveau) samt observeret hud og almentilstand generelt, såfremt patientens helbreds-tilstand skal drøftes. Hospitalet kan anmode om andre målinger f.eks. saturation, såfremt der vurderes at være behov for dette. Efter indsamling af de relevante data kontaktes hospitalet.

⁴ Definition af ISBAR findes i bilag 2.

Ved henvendelse ang. patienter i målgruppe A, dvs. patienter udskrevet til kommunal sygepleje, sker dialogen mellem hospitalet og en autoriseret sundhedsperson.

Ved henvendelse ang. patienter i målgruppe B, dvs. patienter udskrevet til botilbud og bostedslignende tilbud, vil dialogen med hospitalet kunne varetages af andre relevante faggrupper jf. national aftale.

Botilbud/botilbudslignende tilbud bør udpege et mindre antal medarbejdere, der varetager dialogen med hospitalet. De udpegende medarbejdere bør være fast og erfarent personale, som så vidt muligt forud for dialogen med udskrivende afdeling, inddrager personale, der kender borgeren bedst f.eks. borgers kontaktperson.

I tilfælde, hvor der er sundhedsfagligt personale ansat på botilbuddet, men det er en anden fagperson, der varetager kontakten med det udskrivende afsnit/ambulatorie, bør den pågældende medarbejder så vidt muligt rådføre sig med botilbuddets sundhedsfaglige fagperson forud for kontakten til hospitalet.

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

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

2.3 Samarbejde med almen praksis

Som led i implementeringen af modellen er almen praksis involveret, da modellen omfatter, at hospitalerne opretholder det lægefaglige behandlingsansvar for patienter i målgruppen for 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvorfor praktiserende læge ikke overtager det lægefaglige behandlingsansvar straks efter udskrivelse.

For patienter med terminalerklæring kan der gælde særlige forhold jf. afsnit 1.4.1

Praktiserende læge informeres tydeligt via de almindelige kommunikationskanaler (epikrise) om, at den pågældende patient udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar samt udskrivelsestidspunkt. Hvis der inden for 96 timer rettes henvendelse fra kommunalt regi til udskrivende afdeling, og udskrivende afdeling på denne baggrund foretager ændringer/præciseringer af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende, orienteres praktiserende læge ligeledes. Proceduren for kommunikationen uddybes i kapitel 3.

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

Ved patientens død uden for hospital udfylder praktiserende læge som vanligt dødsattesten, uanset om patienten afgår ved døden inden for hospitalets 96 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar.

Praktiserende læge har som vanligt ansvaret for at følge op på epikriser, og på tilsvarende vis har almen praksis fortsat ansvaret for at håndtere direkte henvendelser fra borgere, uanset om henvendelse sker indenfor 96 timer efter udskrivelse. Praktiserende læges opfølgingsforpligtelse er uændret.

Borger har til enhver tid ret til at kontakte egen læge. Henvendelser fra borger til egen læge skal håndteres som vanligt, uagtet om borger er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Såfremt henvendelsesårsagen skyldes forhold i relation til forløbet, som har udløst 96 timers behandlingsansvar, kan egen læge kontakte hospitalet mhp. råd og sparring.

MODEL FOR 96 TIMERS UDVIDET LÆGEFAGLIGT BEHANDLINGSANSVAR

I følgende afsnit 3.1 defineres 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvorefter afsnit 3.2-3.6 overordnet beskriver arbejdsgangen fra udskrivelse af patienten fra hospitalet og frem til afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar. Afslutningsvist præsenteres en tabel, der udgør et overblik over hospitalets kommunikation til de relevante parter. Arbejdsgangene beskrives nærmere i en regional edok retningslinje (kan også tilgås af kommuner), som kan suppleres med lokale tilføjelser.

3.1 Lægefagligt behandlingsansvar

96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 96 timer efter udskrivelse. Den udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale], samt almen praksis, AMK-læge, lægevagt og lægevagts natberedskab, i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet. Henvendelserne kan indebære spørgsmål af sygeplejefaglig såvel som lægefaglig karakter.

Ved henvendelser, der vurderes uden relation til indlæggelsen, er udgangspunktet, at hospitalet vurderer problemet, som hvis patienten var indlagt. Det vil sige, at hospitalslægen som vanligt konfererer med andre specialer ved behov. Hospitalet kan vurdere, at henvendelser, der ikke er af hastende karakter, kan overgå til praktiserende læge efter 96 timer.

Ved kontakt fra en kommunal sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale], almen praksis, AMK-læge, lægevagt eller lægevagts natberedskab til den udskrivende afdeling, påhviler det lægefaglige behandlingsansvar den vagthavende læge. Hospitalslægen kan som vanligt i overensstemmelse med de almindeligt gældende regler for delegation uddelegere opgaver til en sygeplejerske på afdelingen.

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

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

Ved kontakt til udskrivende afdeling skelnes mellem, om der ydes *rådgivning* eller *behandling*. Uanset om der er tale om rådgivning eller behandling, må udskrivende afdeling foretage journalopslag. Hvis hospitalslægen yder behandling, har hospitalslægen journalføringspligt. Hvis der derimod udelukkende er tale om rådgivning, har hospitalets personale ikke pligt men mulighed for at journalføre dette. Det anbefales dog at journalføre, hvad der er rådgivet om og aftalt af hensyn til en eventuel senere kontakt. Kommunerne har ved enhver henvendelse til udskrivende afdeling journalføringspligt, uanset om henvendelsen vedrører rådgivning eller behandling.

3.2 Udskrivelse af patienten ifm. udskrivelse af patienter omfattet af 96-timers udvidet behandlingsansvar skelnes mellem de to overordnede målgrupper (jf. afsnit 1.4):

- A. Alle patienter, somatiske og psykiatriske, der har været indlagt på et hospital i Region Midtjylland i over 24 timer, er lægefagligt færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje i eget hjem, på plejehjem eller på andre længevarende eller midlertidige boformer. Denne del af målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse.
- B. Psykiatriske patienter, der har været indlagt på et hospital i Region Midtjylland i over 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser.

3.2.1 Udskrivelse af patienter til kommunal sygepleje (målgruppe A)

Patienter omfattet af målgruppen udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Kommune og praktiserende læge informeres herom. Kommunikationen foregår via de gældende arbejdsgange og aftaler. Planlægning af udskrivelsen sker som vanligt i samarbejde med kommunale visitatorer. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet. Herudover anvendes en SFI i EPJ til at identificere, at en given patient er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Oplysningerne i SFI'en overføres automatisk til epikrise og udskrivningsrapport.

Kommunikation til kommune

Sygeplejersken på den udskrivende afdeling informerer via udskrivningsrapport kommunen om, at patienten udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.

For psykiatriske patienter, der er i/har accepteret henvisning til ambulante behandling angives desuden navn på det ambulante tilbud og telefonnummer, som kan kontaktes i ambulatoriets åbningstid samt information om, hvornår det er udskrivende afdeling, der skal kontaktes, og hvornår det er ambulatoriet, der skal kontaktes.

Kommunikation til praktiserende læge

Hospitalslægen anfører tydeligt i epikrisen til praktiserende læge, at patienten udskrives med 96 timers lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.

For psykiatriske patienter, der er i/har accepteret henvisning til ambulante behandling angives desuden navn på det ambulante tilbud og telefonnummer, som kan kontaktes i ambulatoriets åbningstid samt information om, hvornår det er udskrivende afdeling, der skal kontaktes, og hvornår det er ambulatoriet, der skal kontaktes.

Udskrivende afdeling sikrer, at epikrisen og behandlingsplanen er dikteret, skrevet og afsendt elektronisk ved udskrivelse, samt at FMK er ajourført og relevante recepter er udstedt.

3.2.2 Supplerende ved udskrivelse af patient til botilbud eller botilbudslignende tilbud (målgruppe B)

Ved udskrivelse til socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud sender hospitalet desuden en korrespondancemeddelelse jf. [Aftale om anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland](#) i henhold til gældende arbejds gange og aftaler.

Hvis ikke der er etableret en elektronisk kommunikationsvej mellem udskrivende afdeling/ambulatorium og botilbud, skal det enkelte botilbud i forbindelse med en beboers indlæggelse, udlevere et telefonnummer, som udskrivende afdeling/ambulatorie kan kontakte i forbindelse med udskrivelse.

3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Udskrivende afdeling udfylder ved udskrivelse SFI, der identificerer i EPJ, at patient er omfattet af 96 timers udvidet behandlingsansvar. Der anføres startmarkør for udvidet behandlingsansvar på forløbsansvaret.

Ved henvendelser fra kommune, det regionale socialområde, praktiserende læge, AMK-læge eller vagtlæge/lægevagtens natberedskab kan hospitalet via opslag på cpr.nr. se i EPJ, om en patient er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Derudover danner SFI'en grundlag for, at der via regional BI-rapport kan trækkes liste over patienter, der er under 96 timers behandlingsansvar. Der kan trækkes lister på hhv. hospitals-, overafdelings- og afdelingsniveau. BI-rapporten bygger på data, der trækkes fra EPJ én gang i døgnet. Rapporten giver ikke et "her og nu-billede", men kan anvendes til at måle over tid hvor mange patienter, der er udskrevet med 96-timers behandlingsansvar.

3.4 Kontakt til udskrivende afdeling

Den kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale], praktiserende læge, AMK-læge, lægevagt og lægevagtens natberedskab kan komme i kontakt med udskrivende afdeling på alle tidspunkter af døgnet.

For patienter, som er tilknyttet eller har en accepteret henvisning til et ambulat psykiatrisk behandlingstilbud skal den primære kontakt i dagtimerne ske til ambulatoriet, da det sikrer adgang til behandlere med kendskab til patienten.

Vedkommende, der tager kontakten til hospitalet, har forinden forberedt opkaldet som beskrevet i afsnit 2.2. Det vil sige, at vedkommende har orienteret sig i udskrivningsmaterialet, samt gjort sig de relevante observationer. Kommunikationen med hospitalet foregår ud fra dialogværktøjet ISBAR.

Kontakten til hospitalet sker gennem det nummer, der er opgivet på epikrise og udskrivningsrapport/korrespondancemeddelelse.

3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse

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

- Skal der ordineres medicin eller ændres i den aktuelle medicin?
- Skal behandlingsplanen præciseres?
- Skal der konfereres med en læge fra et andet speciale/patientansvarlig læge?
- Nytilkomne og behandlingskrævende helbredsproblemer, foruden de, der er håndteret under den seneste indlæggelse.
- Er henvendelsen af hastende karakter, eller kan henvendelsen overgå til praktiserende læge efter 96 timer?

Henvendelser til udskrivende afdeling følges op med nedenstående kommunikation.

Kommunikation til kommune

Ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende aftales telefonisk med kommunen, og hospitalet sender en korrespondancemeddelelse jf. [Aftale om anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland](#). Ved medicinændringer ajourføres FMK.

Kommunikation til praktiserende læge

Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende sender hospitalet ambulant epikrise eller korrespondancemeddelelse til praktiserende læge. Ved medicinændringer opdateres FMK.

Kommunikation til botilbud og botilbudslignende tilbud

Ved ændringer/præciseringer af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende sender hospitalet en korrespondancemeddelelse jf. [Aftale om anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland](#) i henhold til gældende arbejds gange og aftaler.

Hvis ikke der er etableret en elektronisk kommunikationsvej mellem udskrivende afdeling/ambulatorium og botilbud, skal det enkelte botilbud i forbindelse med en beboers indlæggelse, udlevere et telefonnummer, som udskrivende afdeling/ambulatorie kan kontakte.

Kommunikation til patient og pårørende

Henvendende kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, [evt. andre faggrupper fra bosteder og lign. jf. national aftale] eller praktiserende læge orienterer patienten og eventuelle pårørende om resultatet af henvendelsen.

3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand

Ved akutte, livstruende tilstande kontaktes 1-1-2. Ved opkald til 1-1-2 bortfalder 96 timers behandlingsansvar midlertidigt, og det lægefaglige ansvar ifm. opkaldet varetages som vanligt af Præhospitalet.

Ved rekvirering af ambulancekørsel hastegrad A følges Præhospitalets vanlige visitationsretningslinje for akutte patienter'

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

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

Videoforbindelse kan etableres via en citrix app på hospitalslægens pc (løsning kendt fra 'vagtlægevideo'). Hospitalslægen sender via sms link til henvendende sundhedsperson og får derigennem adgang til kamera i vedkommendes mobil. Herved er der mulighed for visuelt at se patienten. Der bør være opmærksomhed på, at vurdering via videoforbindelse stiller særlige krav til hospitalslægen, og det er således op til hospitalslægen at vurdere, hvorvidt det er lægefagligt tilfredsstillende at benytte løsningen.

Ved behov for fysisk tilsyn kan dette f.eks. ske som:

- subakut tid i specialets ambulatorium eller anden ambulant enhed
- vurdering i Akutmodtagelsen (foretages af stamafdeling)

- genindlæggelse på afdeling.

Fysisk tilsyn foregår på det hospital, hvorfra patienten er udskrevet og som dermed oppebærer det entydige behandlingsansvar. Det konkrete sted for modtagelse af patienter med behov for akut fysisk tilsyn beror på den lokale organisering på de enkelte hospitaler.

Behandlingsansvarlig afdeling bestiller eventuel transport via AMK og melder patienter til det relevante sted.

Undtagelsesvist og ud fra en konkret vurdering af patientens situation kan vagthavende på den behandlingsansvarlige afdeling kontakte den vagthavende på en anden relevant afdeling på et hospital i eller udenfor regionen. Der kan her anmodes om, at den fysiske vurdering af patienten foretages der. Dette kan gøres, hvis der for eksempel er lang transporttid til den behandlingsansvarlige afdeling. Hvis det ikke kan imødekommes, skal den behandlingsansvarlige afdeling selv foretage den fysiske vurdering.

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

Borgere på tværs af regionsgrænser håndteres ved, at udskrivende hospitalsafdeling har behandlingsansvaret, også selvom borgeren har bopæl i en anden region. Hvis der bliver behov for indlæggelse eller udkørende tilsyn, kan dette håndteres af et hospital i borgerens hjemregion. Det forudsætter dialog med og accept fra hospitalet i borgerens hjemregion.

3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 96 timer

Hvis hospitalslægen vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 96 timer. Forlængelsen dokumenteres i EPJ.

Kommunikation til kommunen

Kommunen informeres via korrespondancemeddelelse om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges samt nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.

Kommunikation til praktiserende læge

Hospitalet fremsender en ny epikrise til praktiserende læge. Heri skal det tydeligt fremgå, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 96 timer, samt hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

Kommunikation til botilbud og botilbudslignende tilbud

Bosted informeres via korrespondancemeddelelse jf. [Aftale om anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland](#) i henhold til gældende arbejdsgange og aftaler.

Hvis ikke der er etableret en elektronisk kommunikationsvej mellem udskrivende afdeling/ambulatorium og botilbud, skal det enkelte botilbud i forbindelse med en beboers indlæggelse, udlevere et telefonnummer, som udskrivende afdeling/ambulatorie kan kontakte.

3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar

Ved afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar sker der ikke yderligere kommunikation. Patienten overgår således uden videre til praktiserende læge. Kommunen samt praktiserende læge

er ved opstart af 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar informeret om udskrivningstidspunkt, og at hospitalets lægefaglige behandlingsansvar afsluttes 96 timer efter udskrivningstidspunktet. Ved forlængelse af det lægefaglige behandlingsansvar informeres om det nye tidspunkt for, hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

Tabel 1: Tabellen beskriver kommunikation fra udskrivende afdeling og til henholdsvis kommune, botilbud, praktiserende læge og patient/pårørende vedrørende patienter med 96 timers udvidet lægefaglige behandlingsansvar.

	Til	Aktivitet
Ved udskrivelse	Kommune	MedCom Standard/udskrivningsrapport/korrespondancebrev sendes med information om, at patienten udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
	Praktiserende læge	Epikrise sendes med information om, at patienten udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
	Botilbud/botilbudslignende tilbud	Korrespondancebrev sendes med information om, at patienten udskrives med 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes. Hvis ikke der er etableret en elektronisk kommunikationsvej mellem udskrivende afdeling/ambulatorium og botilbud, skal det enkelte botilbud i forbindelse med en beboers indlæggelse, udlevere et telefonnummer, som udskrivende afdeling/ambulatorie kan kontakte.
Under 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar	Kommune/botilbud	Ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. aftales telefonisk med kommunen/bostedet, og korrespondancemeddelelse sendes. Ved medicinændringer ajourføres FMK. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejds gange.
	Praktiserende læge	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination/ændring af medicin o.l. sendes ambulant epikrise eller korrespondancemeddelelse. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejds gange.
	Patient/pårørende	Relevant information videregives af henvendende kommunale sundhedsprofessionel/praktiserende læge. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejds gange.
Ved forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar	Kommune/botilbud	Der orienteres via en korrespondancemeddelelse om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges samt nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar
	Praktiserende læge	Der orienteres via ny epikrise om forlængelsen samt tydeligt anført nyt tidspunkt for afslutning af lægefagligt behandlingsansvar.
Ved afslutning af lægefagligt behandlingsansvar	Kommune/botilbud	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar er 96 timer efter udskrivningstidspunktet, som fremgår af kommunikationen ved udskrivelse.

	Ved forlængelse fremgår nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.
Praktiserende læge	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar er 96 timer efter udskrivningstidspunktet, som fremgår af kommunikationen ved udskrivelse.
	Ved forlængelse fremgår nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.
Patient/ pårørende	Der gives ikke yderligere information.

IMPLEMENTERING

Når den midtjyske model for 96 timers behandlingsansvar er politisk godkendt i regionsrådet, varetages den lokale implementering af de enkelte hospitaler og i regi af sundhedsrådene. Den eksisterende regionale e-dok retningslinje opdateres med afsæt i nærværende modelbeskrivelse. Denne suppleres med lokale tilføjelser, der beskriver lokale arbejdsgange mv.

MONITORERING OG VIDEREUDVIKLING AF MODELLEN

Sundhedsrådene skal følge udviklingen i implementeringen af 96 timers behandlingsansvar ved løbende monitorering. Formålet er at sikre, at modellen fungerer efter hensigten, herunder at borgere får den rette indsats inden for tidsrammen, og at der opnås ensartet praksis på tværs af regionen.

Monitoreringen skal danne grundlag for løbende læring og justering af modellen. Erfaringer fra praksis, lokale evalueringer og eventuelle nationale krav – eksempelvis ændringer i målgrupper eller dokumentationskrav – skal løbende indarbejdes, så modellen fortsat er relevant, effektiv og i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Der forventes således en dynamisk tilgang til videreudviklingen af model for 96 timers udvidet behandlingsansvar, hvor både lokale erfaringer og nationale initiativer bidrager til en fortsat styrkelse af kvaliteten i behandlingsansvaret.

BILAG 1: EKSEMPLER PÅ PATIENTCASES⁵

Case 1

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

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

Case 2

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

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

Case 3

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

Case 4

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

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

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

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

Case 5

En kvinde på 71 år udskrives fra hospitalet til akutplejeophold i kommunen med kræft i halsregionen.

⁵ KL og Danske Regioner udarbejder patientcases for nye målgrupper (psykiatriske patienter). Disse vil blive tilføjet modellen, når de foreligger.

Patienten har blandt andet stort behov for sugning af øvre luftveje for at kunne holde frie luftveje, hvorfor patienten ikke kan udskrives til eget hjem. Patienten er svækket og har et komplekst sygdomsbillede med tryksår og ernæring via sonde grundet cancer og undervægt, og derudover er hun smerteforpint. Der er ikke taget stilling til den videre behandling.

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

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

BILAG 2: DEFINITIONER

Blodsukker

Koncentrationen af sukker i blodet målt i mmol/l.

Brøset Violens Checklist (BVC)

Brøset Violence Checklist (BVC) er et kort, struktureret redskab til vurdering af risikoen for voldelig adfærd inden for det næste døgn. Vurderingen baseres på seks observerbare adfærdstræk: forvirring, irritabilitet, støjende adfærd, fysiske trusler, verbale trusler og angreb på genstande. Hver adfærd vurderes som enten til stede eller fraværende, og den samlede score angiver graden af risiko for vold. En højere score peger på øget risiko og kan danne grundlag for tidlig indsats og forebyggelse.

EPJ

Elektronisk patientjournal.

FMK (Fælles Medicinkort)

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

ISBAR

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

Kommunale sundhedsprofessionelle

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

Lægefagligt færdigbehandlet

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

Respirationsfrekvens

Antal vejrtrækninger/minut.

Saturation

Iltmætning i blodet angivet i procent.

Selvmondsrisikovurdering

Selvmondsrisikovurdering er en systematisk vurdering af en persons risiko for at begå selvmord. Formålet er at identificere både aktuelle og potentielle risikofaktorer for at kunne iværksætte passende forebyggende tiltag. Vurderingen omfatter typisk faktorer som tidligere selvmordsforsøg, aktuelle selvmordstanker, planer og midler, psykisk tilstand, misbrug, social isolation samt beskyttende forhold som støtte fra netværk og håb for fremtiden. Den samlede vurdering danner grundlag for beslutninger om observation, behandling og sikkerhedsmæssige foranstaltninger.

SFI

Skabelon til struktureret dokumentation af sundhedsfagligt indhold i EPJ.

96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 96 timer efter udskrivelse. Den udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter samt almen praksis og lægevagt i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet.

BILAG 3: ORGANISERING AF ARBEJDET

En regionalt nedsat arbejdsgruppe, hvor der også har været repræsentation fra kommuner og almen praksis, har udarbejdet udkast til midtjysk model for 96 timers behandlingsansvar.

Model for 96 timers behandlingsansvar har været til faglig kommentering hos kommunerne, PLO-Midtjylland og hospitalerne forud for regionsrådets godkendelse.

Arbejdsgruppens medlemmer:

- Thomas Larsen, lægefaglig koncerndirektør, Region Midtjylland (formand)
- Catherine Hauerslev Foss, cheflæge AUH
- Louise Brix Sønderup, chefsygeplejerske, Regionspsykiatrien Horsens
- Marie Behrndtz Brandsborg, cheflæge, Afdeling for Psykoser
- Tommy Viig Hansen, faglig koordinator for EPJ og Klinisk Logistik, Psykiatristaben
- Anne Elsborg, praktiserende læge, Praksiskonsulent for Psykiatrien,
- Anja Skaarup, chefkonsulent, Psykiatristaben,
- Gunna Estrid Andersen, kvalitetskonsulent, Regionshospitalet Gødstrup
- Sarah Olesen, sundhedsfaglig konsulent, Regionshospitalet Horsens
- Inge Okkels Søndergaard, sundheds-it konsulent, Aarhus Universitetshospital
- Sinne Fenger-Halkier, sundhedsfaglig konsulent, Socialområdet, Region Midtjylland
- Henriette Siv Holm Kristensen, distriktsleder i Hjemmepleje og Hverdagsrehabilitering, Viborg Kommune
- Mette Daae Krøyer, afdelingsleder i Job, Udsatte og Socialpsykiatri, Aarhus Kommune
- Pia Ravnsbæk Bjærge, sygeplejefaglig konsulent, Randers Kommune
- Maria Erlandsen, funktionsleder i Socialpsykiatrien i Hedensted Kommune
- Pernille Sarto, cheflæge medicinsk afdeling RH Randers

- Allan Bach, cheflæge Præhospitalet
- Inge Okkels Søndergaard, sundheds-IT konsulent, AUH
- Annette Vestergaard Weng, specialkonsulent, Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat i Midtjylland
- Freja Østergaard, Sundhedsplanlægning (sekr.)
- Sidse Gottlieb Jensen, Sundhedsplanlægning (sekr.)
- Sandra Bjerre Nielsen, Sundhedsplanlægning (sekr.)

Arbejdsgruppen har reference til koncernforum.

Når den midtjyske model for 96 timers behandlingsansvar er politisk godkendt, varetages den lokale implementering af de enkelte hospitaler/sundhedsråd.



**Model for 96 timers
udvidet lægefagligt
behandlingsansvar efter
hospitalsindlæggelse**