

Forløbsprogram for patienter med hoftebrud v/Hospitalsklyngen Horsens Juni 2009

Indholdsfortegnelse

Baggrund

Indholdsfortegnelse	2
Forord	4
Indledning	5
Formål	5
Målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger	5
Organisering og medlemmer	5
Sammensætning af gruppen	6
Forløbsprogrammets opbygning	7
Baggrund	8
Definition og fastlæggelsen af målgruppen	9
Den sundhedsfaglige indsats/forløbsbeskrivelse	10
Før indlæggelse – den forbyggende indsats	10
Anbefalinger til kommunerne	10
Anbefalinger til kommunerne på ernæringsområdet	13
Anbefalinger til de praktiserende læger	13
Under indlæggelse – behandlingsindsatsen	14
Anbefalinger til hospitalet	14
Tværfaglighed	14
Patientens vej gennem hospitalet	16
Optimeret smertebehandling	20
Kort ventetid på operation	20
Patientinformation	20
Optimeret ernæring	21
Tidlig og intensiv mobilisering	22
Tidlig planlægning af udskrivelsen	23
Øvrige anbefalinger	25
Forebyggelse af trykskader	25
Forebyggelse af fald	25
Delir	27
Retningslinjer for samarbejdet mellem hospital og primær sektor	28
Anbefalinger til hospitalet	29
Anbefalinger til kommunerne	29
Anbefalinger til de praktiserende læger	30
Efter indlæggelsen	31
Anbefalinger til kommune	31
Anbefalinger til de praktiserende læger	33
Organisering af indsatsen – opgave/ansvarsfordeling	34
Opgavefordeling	35
Monitorering	36
Implementeringsplan for forløbsprogrammet	38

Metode.....	38
Implementeringsplan for Hospitalet	38
Implementeringsplan for kommunerne	39
Evaluering og revision af forløbsprogrammet	40
Revision.....	40
Evaluering	40
Referenceliste	41

Forord

Samarbejdet i Horsensklyngen er formaliseret gennem sundhedsaftaler, hvori parterne blandt andet har forpligtet sig på at samarbejde helhedsorienteret, tværfagligt og tværsektorielt blandt andet via forløbsprogrammer for særlig udvalgte patientgrupper - herunder patienter der pådrager sig et hoftebrud.

Gennem forløbsprogrammerne skal vi sammen sikre, at vores fælles vores patienter/borgere **får den rette behandling på det rette sted på det rigtige tidspunkt og af de rette fagpersoner.**

Forløbsprogrammet for Hoftebrud skal medvirke til at skabe et sammenhængende og koordineret patientforløb på tværs af sektorgrænserne med en fælles forståelse for opgavefordelingen til gavn for den enkelte borger/patient.

Forløbsprogrammet skal desuden sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger samt sikre en fælles standard for forebyggelse, behandling og rehabilitering af borgere/patienter med at hoftenære frakturer.

På baggrund af ovenstående anbefaler Styregruppen, at forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud implementeres i hele Horsensklyngen (hospital, Kommuner og almen praksis) med virkning fra 1. januar 2010.

På vegne af Styregruppen for sundhedsaftalerne i Horsensklyngen
Formand for Styregruppen og Chefsygeplejerske
Anne Birte Sparvath

Indledning

Formål

Programmet beskriver anbefalinger til den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for patienter med hoftebrud på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt kommuner og almen praksis i Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder.

Formålene med forløbsprogrammet for patienter med hoftebrud er flg.:

- At sikre borgerne/patienterne et sammenhængende og optimalt forløb.
- At sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats.
- At sikre fælles forståelse for opgavefordelingen, koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.
- At sikre en fælles standard for forebyggelse, behandling og rehabilitering af borgere/patienter med hoftebrud.

Målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger

Den primære målgruppe er fagpersoner i almen praksis, på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt i kommunerne Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder der forebygger, behandler og rehabiliterer borgere/patienter med hoftebrud.

Organisering og medlemmer

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt kommuner og almen praksis i Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder har udarbejdet Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud. Principper for sammensætningen af gruppen er følgende:

- Alle kommuner er repræsenteret
- Der er ledelsesrepræsentanter i gruppen
- Der er praktikere repræsenteret i gruppen – både fra kommuner og hospital
- Der er en administrativ medarbejder i gruppen til at varetage projektkoordinator funktionen
- Formandskabet varetages af en afdelingssygeplejerske fra Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder
- Kommunerne er repræsenterede af både en sygeplejefaglig person og en terapeut.
- Regionshospitalet HBO er repræsenteret af sygeplejersker, en terapeuter læger. Såvel det medicinske (geriatri) som det ortopædkirurgiske speciale er repræsenteret
- Almen praksis er repræsenteret gennem en af hospitalets praksiskonsulenter.
- Region Midtjylland er repræsenteret af deres sundhedsfaglige klyngerepræsentant.

Sammensætning af gruppen

Formand

Afdelingssygeplejerske Lone Hauritz, Ortopædkirurgisk afdeling, HBO

Projektkoordinator

Sundhedsfaglig koordinator Majbritt Veise Blohm, HBO

Medlemmer

Anita Fogh, Sundhedsfaglig medarbejder, Region Midtjylland

Ledende terapeut Lene Lange, HBO

Praksiskonsulent Lone Nielsen, Kirurgisk område

Overlæge Jes Erin-Madsen, ortopæd. Kir. afd, HBO

Specialeansvarlig sygeplejerske Pia Kristensen, ortopæd kir. Afd., HBO

Specialeansvarlig sygeplejerske Maj Sommer, ortopæd kir. Afd., HBO

Geriatr Jørgen Christiansen, Med. Afd, HBO

Udviklingsygeplejerske Anne Jacobsen, ortopæd kir. afd., HBO

Leder af sundhedscenter Peter Soenen, Odder kommune

Koordinator for Visitation Anni Steffensen, Hedensted Kommune

Afdelingsleder Connie Christiansen, Hedensted Kommune

Funktionsleder Lene Petersen, Trænings og Rehabiliteringsenheden, Horsens Kommune

Distriktsleder Lise Westing, Ikast-Brande Kommune

Sektionsleder Bente Winther Johansen, Myndighedsafd. Horsens Kommune

Fysioterapeut Villy Petersen, Ikast-Brande Kommune

Områdeleder Birthe Vilstrup, Sundhedscenter Ceres, Horsens kommune

Ad hoc medlemmer

Ledende økonomi Eva Nikolajsen, Horsens Kommune

Specialeansvarlig ergoterapeut Rikke Møller Jensen, HBO

Ledende sygeplejerske Anette Wittorf, Horsens kommune

Sygeplejerske med diplom i ernæring Solveig Olsen, Odder Kommune

Forløbsprogrammets opbygning

Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud bygger på Programledelse for Hoftebrud fra det tidligere Vejle Amt 2004, referenceprogrammet for patienter med Hoftebrud 2008, ud fra gældende lovgivning, relevante kliniske retningslinjer samt relevant faglitteratur – se i øvrigt referenceliste.

Derudover er der inddraget de gældende sundhedsaftaler, som Region Midtjylland har indgået med Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder samt kommuner og almen praksis i Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder.

Rammen for opbygningen af forløbsprogrammet er Sundhedsstyrelsens generiske model samt rammebeskrivelsen for dokumentstyring i e-Dok på sundhedsområdet i Region Midtjylland, Kvalitet og sundhedsdata, Regionshuset Viborg 2007.

Forløbsprogrammet kan findes elektronisk på www.e-dok.rm.dk

Forløbsprogrammet består af en samlet forløbsbeskrivelse gældende for alle tre sektorer. Dertil kommer retningslinjer, instrukser og tjeklister der kan tages ud af det samlede program og benyttes isoleret til den faglige indsats før- under- og efter indlæggelse. Disse findes i bilagsmapperne 1-3, kommuner og almen praksis, samarbejde mellem hospital og primær sektor, hospital.

Øvrige fokuspunkter på det reviderede program har været forebyggelse, monitorering og solid implementering på tværs af sektorerne.

Baggrund

Hoftebrud er en af de 15 hyppigste sygdomsgrupper i Danmark målt efter antallet af sengedage ved somatiske hospitalsafdelinger¹.

I 2006 blev 10.000 borgere i Danmark indlagt med diagnosen hoftebrud. 88 % var ældre over 65 år².

På Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder er der de sidste år sket en stigning af antallet af patienter med hoftebrud, således at der i 2006, 2007 og 2008 er registreret henholdsvis 164, 255 og 278 patienter.

De fleste patienter med hoftebrud har konkurrerende medicinske akutte eller kroniske sygdomme. Hos halvdelen af patienterne ses foruden funktionstab, en øget mortalitet perioperativt samt en et-års mortalitet mellem 15-25 %³.

Patienter med hoftebrud må derfor anses som en udsat gruppe, der udgør en særlig udfordring i det danske sundhedsvæsen mht. forebyggelse, pleje, behandling samt rehabilitering.

Der ses på nationalt plan tiltag for at imødekomme udfordringen. Dette gør man blandt andet ved at sikre høj faglig kvalitet i patientforløbene, ved at hoftebrud indgår som kvalitetsindikatorer fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)⁴ og ved at Hoftebrud indgår som en af de 11 sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder i udkastet til Den Danske Kvalitetsmodel⁴.

For at løfte denne opgave har man lokalt i kommunerne Horsens, Hedensted, Ikast-Brande og Odder samt Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder besluttet at implementere et forløbsprogram for Patienter med Hoftebrud.

Dette arbejde skal ses i en erkendelse af, at der skal ske en tilpasning til det Nationale referenceprogram 2008 for hoftebrud, til sundhedsaftalerne⁵ og til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forløbsprogrammer⁶.

¹ Sandegaard J.L. et al. Sygehusstatistik 2004. Sundhedsstyrelsen 2007

² Brud af lårhalsben. Danmarks statistik. www.statistikbanken.dk.

³ Referenceprogram For Patienter med Hoftebrud. 2008

⁴ Den Danske Kvalitetsmodel. www.IKAS.dk 2008

⁵ Sundhedsaftale (jf. sundhedsloven) mellem Region Midtjylland, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og odder og kommunerne Horsens, Hedensted, Odder og Ikast Brande.

⁶ Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for kronisk sygdom, 2008

Definition og fastlæggelsen af målgruppen

Hoftebrud dækker over brud i den øverste (proximale) del af lårbenknoglen (femurknoglen) og benævnes ofte som hoftenær fractur.

Kriterierne for målgruppen for Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud beskrives i tre dele svarende til programmets øvrige opdeling: før indlæggelse (den forebyggende indsats), under indlæggelse (behandlingen) og efter indlæggelsen (den opfølgende og forebyggende indsats)

1. Målgruppen for den forebyggende indsats
 - 75+årige, der modtager forebyggende hjemmebesøg og som identificeres i risiko for fald ved de årlige forebyggende hjemmebesøg.
 - 65+ årige som vurderes i risiko for fald eller er faldet i eget hjem uden brud.
2. Målgruppen for indlagte
Diagnose- inklusionskriterier for patienter, der skal indgå i programmet svarer til samme gruppe som er gældende i det Nationale Indikatorprojekt (NIP):
 - Alle patienter i aldersgruppen fra 65 + årige med hoftebrud som primær aktionsdiagnose (S72.0 Medial femurfraktur, S72.1 Petrochantær femurfraktur, S 72,2 Subtrochantær femurfraktur).
3. Målgruppen for den opfølgende indsats
Alle borger/patienter der har været indlagt med en hoftenær fraktur (jf. punkt 2)

Den sundhedsfaglige indsats/forløbsbeskrivelse

Før indlæggelse – den forbyggende indsats

Den forebyggende indsats er opdelt i to: en indsats rettet mod primær forebyggelse (mindske risikoen for fald og hoftebrud), og en indsats rettet mod sekundær forebyggelse (identifikation af ældre med risiko for fald).

Når man taler om forebyggelse kan man både tale om primær, sekundær og tertiær forebyggelse, hvor

- Primær forebyggelse defineres som forebyggelse, der har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå.
- Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.
- Tertiær Forebyggelse, der har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse⁷

Indsatserne er beskrevet som vejledninger ud fra rammebeskrivelsen for dokumentstyring i e-Dok på sundhedsområdet i Region Midtjylland (bilagsmappe 1-3)

Retningslinjerne og instrukser er udarbejdet med udgangspunkt i anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Referenceprogram for Hoftebrud, (som er evidensbaseret) samt anden relevant litteratur (se referenceliste).

Anbefalinger til kommunerne

Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud anbefaler, at forebyggelse af hoftebrud prioriteres. 95 % af alle hoftebrud skyldes et fald. Sundhedsstyrelsens rapport om "Faldpatienter i den kliniske hverdag" anbefaler at hospitalejere indgår aftaler om opfølgning i almen praksis og kommunalt regi i forhold til generelle faldforebyggelsesinitiativer.

I arbejdsgruppen er det derfor besluttet at se på den primære og sekundære forebyggelse ud fra anbefalingerne om en systematisk identifikation af ældre patienter med forøget risiko for fald.

⁷ Sundhedsstyrelsen. 2005. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.

Den primære forebyggelse af fald og hoftebrud (jf. bilag 1.1 og 1.12) giver en vejledning omkring den kommunale forebyggende indsats til at mindske risikoen for fald og hoftebrud i borgeres hjem.

Den beskriver desuden den generelle vejledning til faldforebyggelse.

Formålet er:

- At forebygge fald og hoftebrud hos 75+årige.
- At klarlægge det generelle indhold i den faldforebyggende vejledning, som de forebyggende ældremedarbejdere giver i de forebyggende hjemme-besøg til de 75+årige.

Den sekundære forebyggelse af fald og hoftebrud (jf. bilag 1.2) giver vejledning om kommunale sundhedsmedarbejders identifikation af ældre med risiko for fald og hjemmesygeplejerskens og praktiserende læges håndtering af borgers fald uden hoftebrud i eget hjem.

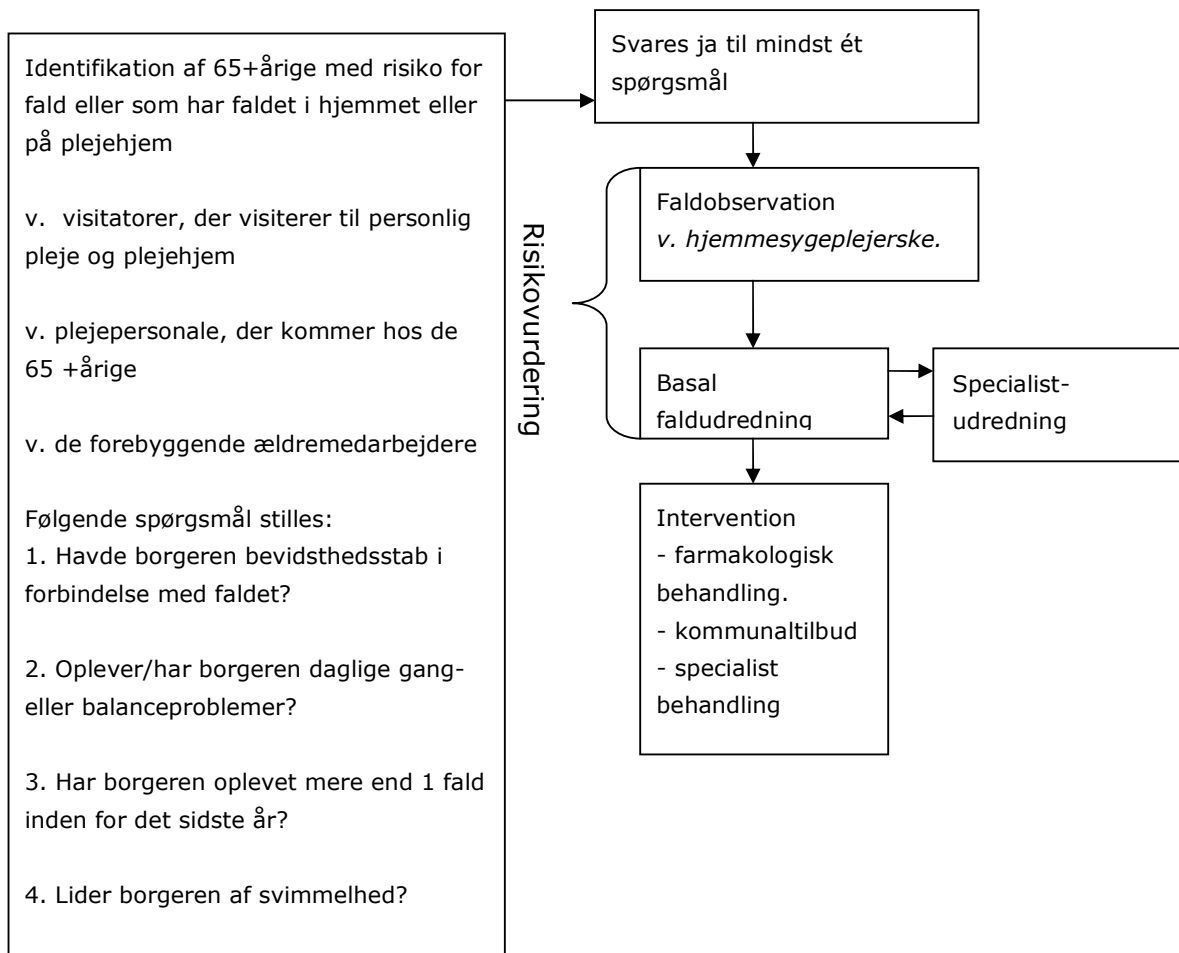
Den beskriver identifikationskriterier for ældre med risiko for fald, faldobservationer, faldudredning og giver forslag til interventioner og organisering (se Bilag 1.2).

Formålet er:

- At forebygge fald og hoftebrud hos 65 +årige
- At beskrive den viden, der er en forudsætning for de kommunale visitatorer for at de kan identificere ældre, der er i risiko for at falde.
- At beskrive de praktiserendes lægers ansvarsområder i forbindelse med faldudredning ved fald uden brud, således at de ved behov kan videregive anbefalinger til behandling/optræning eller videreudredning hos speciallæge.

Nedenstående flowdiagram beskriver identifikation og faldudredning ved fald i eget hjem uden brud for henholdsvis (jf. bilag 1.2):

- 65 +årige ved fald uden brud
- 75 +årige med risiko for fald identificeret ved forebyggende hjemmebesøg



Som hjælp til at udføre ovenstående vejledninger er der udarbejdet følgende instrukser (jf. dokumentstyring i e-Dok ortopædkir afd, HBO):

- Liste over opmærksomhedspunkter ("Røde alarm knapper") til hjemmehjælpere og andet forebyggende personale i forhold til at identificere ældre med risiko for fald (bilag 1.3).
- Faldobservationsskema til hjemmesygeplejersken (bilag 1.4)
- Instruks for kommunikation om patientbehandling (bilag 1.13)

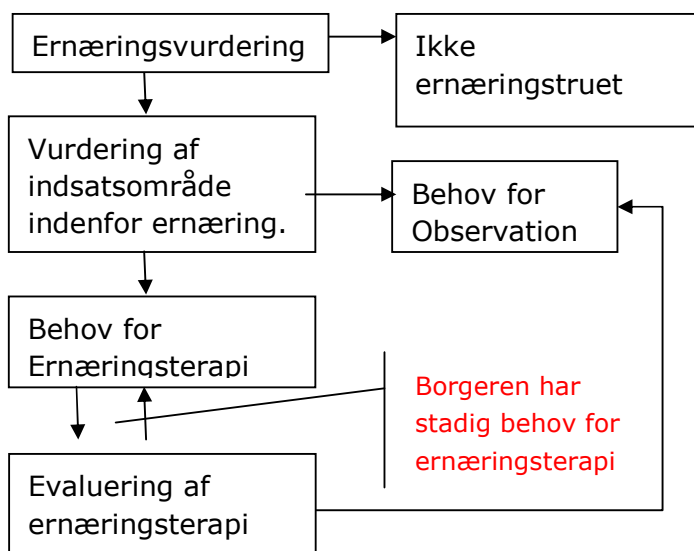
Anbefalinger til kommunerne på ernæringsområdet

Det er evidenti, at 65% af patienter med hoftebrud er underernærede. Af en Cochrane analyse fra 2006 fremgår det, at øget ernæringsindtagelse hos 65+årige med hoftebrud halverer dødeligheden og komplikationsfrekvensen op til et år efter operationen¹.

Der er derfor udarbejdet en retningslinje for ernæringsintervention herunder ernæringsvurdering og ernæringsterapi kommuner (Bilag 1.8 + 1.9)

Retningslinjen og instruksen beskriver elementerne i ernæringsvurderingen, som danner baggrund for vurderingen af, om borgeren er normal vægtig eller undervægtig.

Desuden beskriver retningslinjen, hvilke ernæringsterapeutiske interventioner, der kan gives på baggrund af den overordnede ernæringsvurdering – se iøvrig nedenstående flowdiagram:



Som supplement til retningslinjen og instruksen er der udarbejdet et idékatalog med forslag til et støttende miljø omkring den forbyggende indsats for ernæring (Bilag 1.10).

Anbefalinger til de praktiserende læger

Sundhedsstyrelsens anbefaling om faldpatienter i den kliniske hverdag henstiller til, at de praktiserende læger bidrager til såvel den primære som den sekundære forebyggelse i form af varetagelse af basal faldudredning og opfølgning af denne. Som hjælp til at udføre ovenstående anbefalinger er der udarbejdet følgende instrukser:

- Instruks for faldudredning for praktiserende læger (bilag 1.5).
- Instruks for intervention for praktiserende læger rettet mod farmakologisk såvel som nonfarmakologiske interventioner (bilag 1.6).

Under indlæggelse – behandlingsindsatsen

Anbefalinger til hospitalet

Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud anbefaler, at alle patienter som udgangspunkt behandles og genoptrænes i den primære ortopædkirurgiske afdeling af et multidisciplinært specialistteam med fokus på tidlig udskrivelse². Det multidisciplinære specialistteam skal have følgende fokusområder:

- Tværfaglighed (herunder kommunikation og patientens vej gennem hospitalet)
- Optimeret smertebehandling
- Kort ventetid på operation.
- Øget patientinformation.
- Optimeret ernæring (peroral)
- Tidlig og intensiv mobilisering
- Tidlig planlægning af udskrivning

Helt konkret er behandlingen af patienter med hoftebrud forankret i et nyt etableret afsnit: Geriatrik-ortopædkirurgisk rehabiliteringsafsnit (Geri-ortoafsnit) HBO (bilag 3.18).

Fakta om Geri-orto-rehab afsnittet

Etablering af et geri-ortoafsnit-rehab 1. feb. 2009.

Integreret i orto.sengeafd.

Formål:

Minimere risikoen for delir.

Sikre kontinuitet i forløbet.

Sikre høj faglig standard.

Focus på rehabilitering.

Nedenstående beskrivelse af forløbet under indlæggelse er bygget omkring ovenstående fokusområder og ud fra det faktiske forløb under indlæggelse på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder. Desuden indeholder afsnittet en beskrivelse af øvrige anbefalinger på området:

- Forebyggelse af trykskader (bilag 3.13)
- Forebyggelse af fald (bilag 3.19)
- Delir (bilag 3.15)

Tværfaglighed

Behandling af patienter med hoftebrud er baseret på viden om den akutte fase såvel som den videre rehabilitering. Anæstesiolog og geriater har derfor en vigtig rolle i

samarbejdet med ortopædkirurgen, plejegruppen og terapeuterne om det optimerede patientforløb.

Kommunikation omkring patientbehandling mellem samarbejdspartnere er en vigtig brik i det tværfaglige arbejde. Ved mundtlig information er det vigtigt, at modtageren får informationen i en rækkefølge, som han forventer, og som han kan sætte handling på. Forløbsprogrammet anbefaler derfor kommunikationsmodellen fra Operation Life Projektet ISBAR (bilag 2.1), som har følgende formål:

- Sikker mundtlig kommunikation.
- Styrkelse af patientsikkerheden.
- Styrkelse af samarbejdet mellem sundhedsmedarbejderne.

ISBAR modellen anvendes som redskab til at sikre mundtlig kommunikation ved kontakt til samarbejdspartner. Modellen kan ligeledes anvendes i rapportssituationer.

- I Identifikation:
Sig dit navn, din funktion og afdeling eller afsnit.
Sig patientens navn, CPR.-nr, og afdeling.
- S Situation:
Jeg ringer fordi ...(beskriv)
Jeg har målt følgende værdier:
BT__/_ Puls__ RF__ SAT__ Temp__ eller
Jeg har observeret væsentlige ændringer i
BT/Puls/RF/bevidsthedsniveau/Sat/hudfarve/EKG/sår
- B Baggrund:
Indlæggelsesdiagnose og -dato
Kort referat af sygehistorie indtil nu
- A Analyse:
Jeg mener, at problemet er (beskriv)
Problemet er nok kardielt/respiratorisk/neurologisk.
Jeg kender ikke problemet, men pt. har fået det værre.
Patienten er ustabil. Vi må gøre noget
Jeg er bekymret
- R Råd:
Skal vi ikke(beskriv)
Hvad synes du, at jeg skal gøre
Hvilke undersøgelser vil du foreslå?
Hvad mener du, at jeg skal observere og hvor ofte?
Hvornår skal vi tales ved igen?

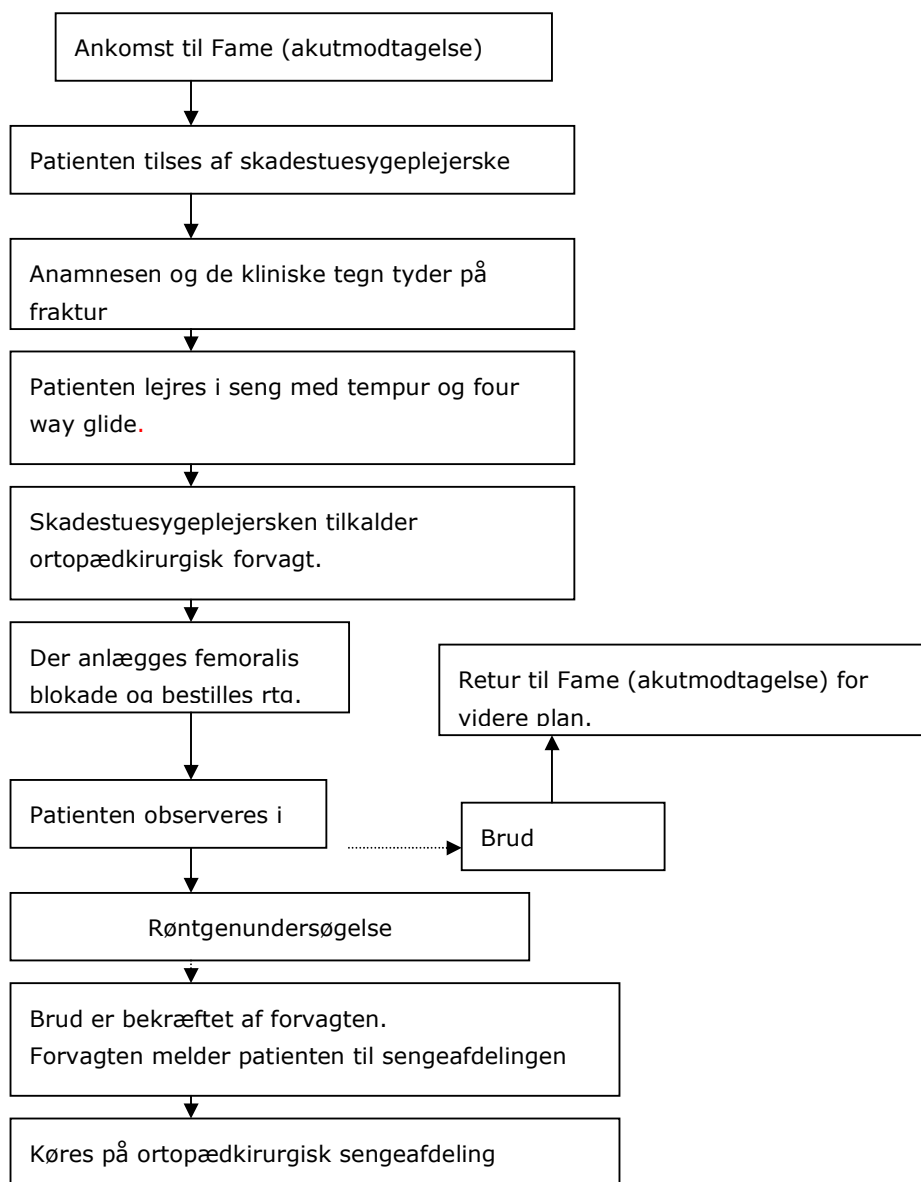
Tværfagligt samarbejde indbefatter også de afdelinger, som patienten kommer i berøring med under indlæggelse såsom skadestuen, røntgenafdelingen, opvågningen, operationsgangen, terapiafdelingen og sengeafdelingen.

Patienter med hoftebrud er som følge af deres høje alder og ofte dårlige almentilstand særligt udsat for, at der udvikles komplikationer i forbindelse med den præ-, per- og postoperative pleje og behandling³. Optimering af behandling og pleje ud fra principperne om det accelererede operationsforløb kan potentielt nedsætte morbiditet og mortalitet hos denne patientgruppe⁴.

Der er derfor lavet en retningslinje for modtagelse og diagnosticering i FAME af patienten med hoftebrud (bilag 3.1).

Patientens vej gennem hospitalet

Nedenstående flowdiagram beskriver vejen fra ankomst til skadestuen og til ortopædkirurgisk sengeafdeling for patienter med mistanke om hoftebrud (se næste side):



Flowdiagrammet er inspireret af optimeret modtagelsesprocedure fra Hvidovre Hospital

Som hjælp til at udføre ovenstående vejledning er der følgende instrukser (jf. bilag) til rådighed:

Instruks for smertebehandling (bilag 3.10).

Instruks for billeddiagnostisk afdelings opgaver (bilag 3.2).

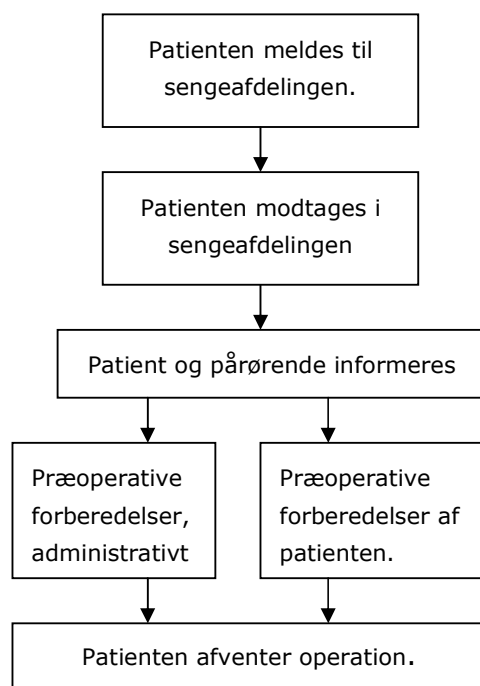
Patienten i sengeafdelingen:

Pr. 1/2-09 modtages patienter med hoftebrud i et nyetableret geri-orto afsnit.

Behandling og pleje varetages af et tværfagligt team bestående af ortopædkirurg, anæstesiolog, plejepersonale, terapeuter og geriater.

Modtagelse af patienten på sengeafdelingen er beskrevet i instruksen plejepersonalets opgaver og ansvar i forbindelse med modtagelse af patienten i sengeafdelingen før operationen (bilag 3.3).

Instruksen omhandler tiden fra patienten modtages i sengeafdelingen, og til patienten kører til operation. Den beskriver de sygeplejefaglige opgaver, der er forbundet med modtagelse af patienten i sengeafdelingen og klargøring til operation. Nedenstående flowdiagram beskriver arbejdsgangen:



I tilknytning til denne instruks er der udarbejdet en instruks for fastetid (bilag 3.4).

Den beskriver anbefalinger for fastetider, og hvordan patienten sikres ernæring- og væskeindtagelse indtil fastens indledning.

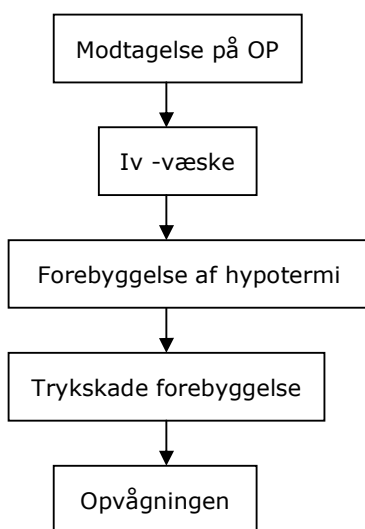
Der er udarbejdet instruks til modtagende læge for diagnosticering og journaloptagelse (bilag 3.5)

I forbindelse med det operative indgreb er der udarbejdet en retningslinje for den ortopædkirurgiske behandling (bilag 3.7)

Retningslinjen beskriver, hvordan hoftebrud klassificeres, og hvilken osteosyntese der skal anvendes. Derudover omhandler den anbefalinger om infektionsprofylakse, forebyggelse af blodpropper og kriterier for blodtransfusion.

Desuden er der udarbejdet en instruks for operationspersonalets opgaver og ansvar i forbindelse hermed (bilag 3.6).

Instruksen, "operationspersonalets opgaver og ansvar i forbindelse med operation af en patient med hoftebrud" er en beskrivelse af personalets arbejdsopgaver på operationsafdelingen (OP), som er illustreret ved nedenstående flowdiagram:



Når operationen er overstået køres patienten på opvågningsafsnittet. Der er udarbejdet en instruks for opvågningssygeplejerskens opgaver og ansvar i forbindelse med overvågning af patienter med hoftebrud i opvågningsafsnittet og kriterierne for overflytning til sengeafdelingen (bilag 3.8).

Patienten modtages i sengeafdelingen. Der er udarbejdet en instruks for plejepersonalets opgaver og ansvar i forbindelse med postoperativ behandling og pleje af patienter med hoftebrud (bilag 3.9). Den omhandler en beskrivelse af plejegruppens observationer og handlinger i det første døgn. Derudover beskriver den sygeplejerskens handlinger i forbindelse med lægeordinationer indenfor kirurgisk behandling herunder infektionsprofylakse, hypoxaemi, tromboseprofylakse og blodtransfusion.

I de efterfølgende afsnit er der angivet retningslinjer og instrukser for de sundhedsfaglige ydelser postoperativt, som indsatsen over for 65+ årige med hoftebrud bør baseres på. Fokusområderne er optimeret smertebehandling, kort

ventetid på operation, patientinformation, optimeret ernæring, tidlig og intensiv mobilisering og planlægning af tidlig udskrivelse. For sidst nævnte gælder, at den er beskrevet under samarbejde med primær sundhedstjeneste.

Optimeret smertebehandling

Patienter med hoftebrud har moderate til svære smerter⁵, og 50-70% har svære til meget svære smerter⁶. Smerter hos ældre kan underbehandles grundet risiko for bivirkninger af morfin såsom forstoppelse, delirium og kvalme.

Undersøgelser viser også, at ældre med hoftebrud ofte underbehandles smertemæssigt. Underbehandlet smerte kan øge risikoen for delirium hos patienter med hoftebrud⁷. Smertebehandling er derfor en vigtig hjørnesteen i sundhedsfaglige indsats under indlæggelse, som har betydning for de øvrige fokusområder.

Der er derfor udarbejdet en retningslinje for smertebehandling og smertevurdering af patienter indlagt med hoftebrud (bilag 3.10). Retningslinjen giver vejledning omkring smertevurdering og smertebehandling af patienter med hoftebrud i den præoperative og postoperative fase.

Kort ventetid på operation

Et større studie i England som vedrører 129.522 patienter med hoftebrud viser en øget mortalitet både ved operation efter 24 timer og endnu mere markant ved operation efter 48 timer⁸. I Det Nationale Referenceprogram findes der ikke evidens for at præoperativ, ikke-anæstesiologisk intervention og optimering har nogen gavnlig effekt i forhold til morbiditet og mortalitet⁹.

Forløbsprogrammet anbefaler derfor, at patienter skal ses af anæstesilæge, når der foreligger journaloptag m.h.p. præoperativ optimering. Det anbefales desuden, at operationen ikke udsættes udover 24 timer af kapacitetsmæssige grunde (jf. bilag 3.3 retningslinje for modtagelse af patienter med hoftebrud i sengeafdelingen, før operationen).

Patientinformation

En vellykket information afhænger blandt andet af sundhedspersonalets evne til at opfange og fortolke patientens adfærd, tanker og følelser samt deres evne til at forstå og reagere på informationer. Det er nødvendigt at give patienten viden og forståelse til at træffe valg eller til at indgå aktivt i behandling og pleje ved f.eks. mobilisering. God information er derfor ikke en given størrelse på forhånd, men afhænger af den enkle patient¹⁰. Det anbefales derfor, at sundhedspersonalet udforsker patientens synspunkt, og udviser en adfærd, som fremmer patientens lyst til og mulighed for at udtrykke sig, stille spørgsmål og tale frit, således at patienten opnår en forståelse, som muliggør, at patienten kan indgå aktivt i behandlingen og plejen. Denne patientgruppe kan som oftest profilere af at pårørende inddrages, da de er den nære relation til patienten og følger patienten før, under og efter indlæggelsen. Information gives derfor til patient og pårørende efter patientens ønske.

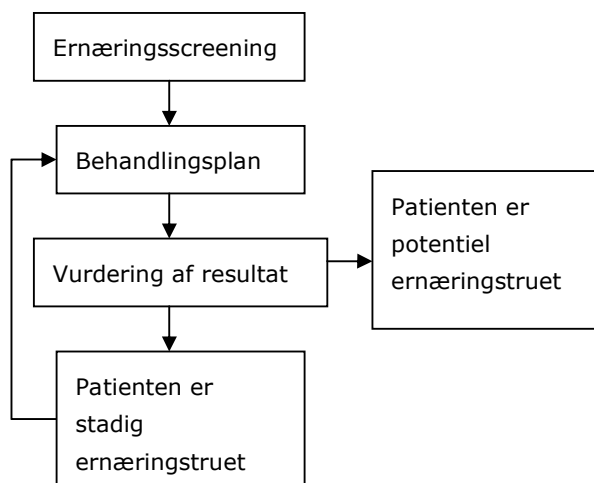
Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud angiver, at der skal gives mundtlig såvel som skriftlig information om bruddets natur, forventede operation og risici, herunder specifikke komplikationer, der relateres til den enkle fraktur og operationstype¹¹. Afdelingens informationsmateriale om hoftebrud udleveres (bilag 3.3). Den mundtlige information vil som beskrevet være tilpasset den enkle patient og gives løbende under indlæggelsen og vil indgå i de forskellige retningslinjer for forløbet.

Optimeret ernæring.

Ved indlæggelse er op til 65% af patienter med hoftebrud underernæret. Af en Cochrane analyse fra 2006 fremgår det, at øget ernæringsindtagelse hos 65+årige med hoftebrud halverer dødeligheden og komplikationsfrekvensen op til et år efter operationen¹².

Der er derfor udarbejdet en retningslinje for ernæringscreening og ernæringsindsats for patienter med hoftebrud (bilag 3.12).

Retningslinjen beskriver behandlingsplan, monitorering af patientens ernæringsindtag, således at svær underernæring hurtigt identificeres, og der sker en revidering af behandlingsplanen, så underernæringen behandles. Fremgangsmåden er illustreret ved nedenstående flowdiagram:



Flowdiagrammet er inspireret af flowdiagram til screening, behandling og journalisering af patienter i ernæringsmæssig risiko¹³

En del af behandlingsplanen er at vurdere årsagerne til den manglende fødeindtagelse og iværksætte tiltag i relation til dette, f. eks stimulation til øget kostindtagelse ved at medindrage patienter/borgere i egen kost¹⁴.

Til hjælp til dette kan anvendes følgende:

- Retningslinje for mundpleje til indlagte patienter
- Instruks for pleje og behandling af udskillelsesproblematikker ved patienter med hoftebrud (bilag 3.11).

Tidlig og intensiv mobilisering

Der er ikke fundet sikker evidens for den optimale dosering af mobilisering, fysioterapi og ergoterapi under indlæggelse, men der er vist signifikant sammenhæng mellem forsinket mobilisering og udvikling af pneumoni, nyopstået delir og forlænget hospitalsindlæggelse¹⁵. Forløbsprogrammet anbefaler derfor en rehabiliteringsindsats, som er baseret på tidlig og intensiv mobilisering.

65+ årige som indlægges med hoftebrud er en uhomogen gruppe, der spænder fra kognitivt velfungerede og selvhjulpne ældre til sårbare og svækkede ældre med komplekse helbredsproblemer.

Rehabiliteringen har følgende formål:

- At patienten genvinder sin habituelle funktionsevne i forhold til:
 - Mobilitet
 - Genoptagelse af sin dagligdag i egen bolig

Rehabilitering starter ved indlæggelse, men eftersom en væsentlig del af det samlede rehabiliteringsforløb foregår i primærsektor vil rehabiliteringsmålene ikke nås under indlæggelse. Beskrivelse af rehabilitering under indlæggelse vil derfor være et skridt på vejen til at opnå målene.

Rehabilitering under indlæggelse er beskrevet i henholdsvis den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske indsats.

Formålet med ergo- og fysioterapi til patienter med hoftenær fraktur er at patienten genvinder funktionsevne i forhold til at kunne mestre sædvanlige aktiviteter og deltagelse i dagligdagen.

Ergoterapeutisk behandling og genoptræning er rettet mod aktiviteterne i patientens almindelige hverdag. Ergoterapeuten undersøger ressourcer og begrænsninger i kroppens funktioner, aktivitetsudførelse eller patientens omgivelser.

Ergoterapeuten sætter i samarbejde med patienten individuelle mål for den ergoterapeutiske behandling og genoptræning under indlæggelsen. Ergoterapeuten træner patienten og / eller tilrettelægger omgivelserne, så patienten bliver i stand til at klare så meget som muligt af dagligdagen på trods af funktionsevnenedsættelse. Dette sker oftest ved træning af selve aktiviteten (f.eks. at vaske sig og tage tøj på). Ergoterapeuten udlåner, instruerer og træner patienten i anvendelse af relevante hjælpemidler.

Træningen er individuel og tager altid udgangspunkt i den enkelte patients særlige problemer (bilag 3.17).

Fysioterapeutisk behandling og genoptræning er rettet mod kroppens funktioner. Fysioterapeuten undersøger ressourcer og begrænsninger i kroppens funktioner, aktivitetsudførelse eller patientens omgivelser (3.16).

Fysioterapeuten sætter i samarbejde med patienten individuelle mål for den fysioterapeutiske behandling og genoptræning under indlæggelsen. Fysioterapeuten træner og behandler både kroppens funktioner (f.eks. smertelindring, styrke og stabilitet omkring hoften) og aktiviteter (f.eks. at gå på trapper). Træningen er individuel og tager altid udgangspunkt i den enkelte patients særlige problemer. Træning kan også foregå i grupper, men med fokus på den enkelte patients særlige problemer.

Inden udskrivning tager ergo- og fysioterapeuten i samarbejde med lægen stilling til, om der skal udarbejdes en genoptræningsplan.

Der er udarbejdet retningslinjer for den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske indsats under indlæggelse som bl.a. beskriver den tidlige og intensive mobilisering.

Derudover er der udarbejdet en instruks for plejepersonalets rolle og ansvar i forbindelse med den daglige rehabilitering af patienter med hoftebrud (bilag 3.14). Instruksen beskriver den daglige mobilisering, hvor patienten informeres, instrueres, motiveres og trænes ud fra terapeuternes retningslinjer.

Tidlig planlægning af udskrivelsen

Det sidste fokusområde er den tidlige planlægning af udskrivelse. Beskrivelse af dette fremgår af afsnittet om samarbejdet mellem hospital og primær sektor.

Baggrunden for at tale om accelererede forløb til patienter med hoftebrud bygger blandt andet på et Review fra 2005, der belyser effekten af et multidisciplinært specialist team (geriater, anæstesi og, ortopædkirurg, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut) med ekspertise i den akutte og videre rehabilitering i forhold til en konventionel ortopædkirurgisk afdeling.

Tre studier viste bedre mobilitet og ADL. En metaanalyse af fire studier viste signifikant flere udskrevet til egen bolig med reduktion i indlæggelsestiden på ni dage. Derimod fandtes der ikke nogen sikker effekt af behandling for patienter udskrevet til rehabiliteringsenhed¹⁶.

Undersøgelser viser, at man kan reducere indlæggelsestiden uden samtidig at øge komplikationsraten ved at anvende kliniske retningslinjer med specifikke forløbsbeskrivelser med målrettet udskrivelsesplanlægning¹⁷.

Det anbefales derfor, at planlægning af udskrivelse starter ved indlæggelse gennem indsamling af målrettede data om patientens hjemlige forhold. Daglig vurdering af patientens funktionsevne ud fra opstillede rehabiliteringsmål, som har afsæt i

tidligere funktionsevne, har vist sig at kunne nedsætte indlæggelsestiden signifikant uden at øge genindlæggelsesraten eller mortalitet¹⁸.

Forløbsprogrammet anbefaler derfor at der hurtigt opstilles konkrete og realistiske mål for genoptræningen, som evalueres dagligt af teamet omkring patienten og medtages i koordineringen og information af pårørende og primær sektor.

Som supplement til aftalerne jf. sundhedsaftalerne er der lavet særlige aftaler for borgere/patienter, som er demente, som bor på plejehjem og som udvikler delir (bilag 2.2 og 3.15).

Øvrige anbefalinger

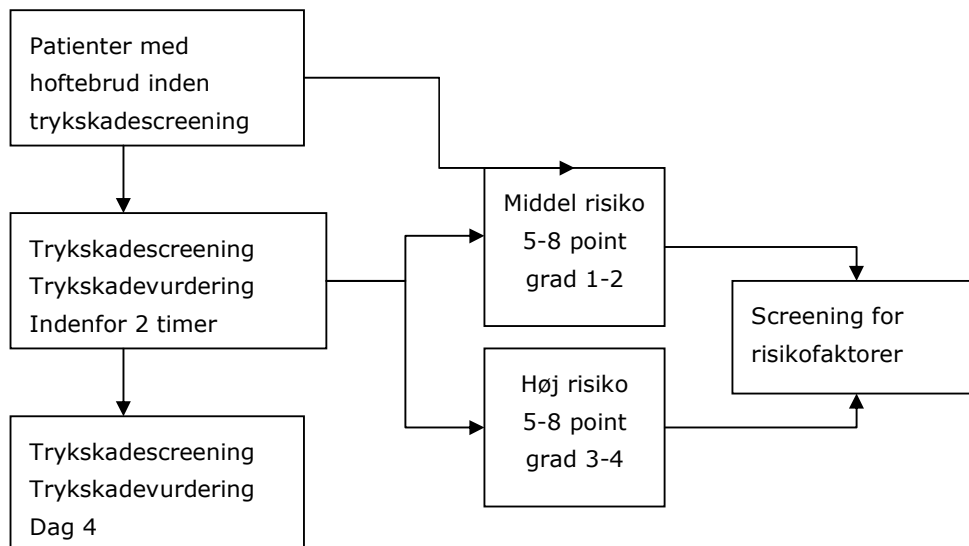
Foruden fokusområderne er der 3 områder indenfor forebyggelse som er relateret til hoftebrudsforløbet. Næmlig forebyggelse af trykskader, delir og nye fald, som forløbsprogrammet også har valgt at komme med anbefalinger til.

Forebyggelse af trykskader

Prævalens og incidens for trykskader hos patienter med hoftebrud er beskrevet i et dansk studie. 5,3% af patienterne havde tryksår ved indlæggelse, mens 2,4% havde trykspor, som var opstået i forbindelse med traumatet. Under indlæggelse udviklede 21,5 % af patienterne tryksår¹⁹ Forløbsprogrammet har derfor valgt at beskrive dette område.

Der foreligger allerede en retningslinje for forebyggelse af trykskader, som er godkendt i Clearinghouse for sygepleje, og der er derfor lavet en instruks til denne retningslinje (bilag 3.13)

Nedenstående flowdiagram beskriver screening af risiko for trykskade samt handlinger i relation hertil:



Instruksen beskriver hvordan trykskadescreeningen foretages og hvilke handlinger der knytter sig til middel risiko og høj risiko (bilag 3.13).

Forebyggelse af fald

Undersøgelser viser, at fald indenfor det sidste år er forbundet med en stærk forøget risiko for at falde²⁰. Af andre risikofaktorer kan nævnes nedsat muskelstyrke, gangproblemer, nedsat balance, brug af ganghjælpemidler, nedsat syn, artrose, begrænsninger i ADL funktioner, depression, kognitiv dysfunktion og alder > 80år. Rapporten "faldpatienter i den kliniske hverdag" angiver, at hos personer med ingen eller en risikofaktor er andelen, der falder opgivet til 10-27%, mens andelen er opgivet til 69-100% ved tilstedeværelsen af mindst tre til fire risikofaktorer²¹. Rapporten

angiver desuden, at fald kan reduceres væsentligt ved en multifaktoriel intervention overfor højrisikogruppe²². Ældre med hoftebrud vil oftest have flere af risikofaktorerne, og forløbsprogrammet mener derfor, at forebyggelsen skal indgå i beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats under indlæggelsen.

Forebyggelse af fald er beskrevet i retningslinjen "identifikation af 65+ årige med risiko for fald og faldudredning" (bilag 3.18). Retningslinjen gælder både for de patienter, som bringes ind på skadestuen efter et fald, hvor der ikke er konstateret brud, og for de patienter, som har pådraget sig et brud. Det er kun 1% af alle fald, som medfører et hoftebrud, men 95% af alle hoftebrud skyldes et fald. Det er derfor relevant at sætte forebyggende ind ved alle, som henvender sig på skadestuen grundet et fald.

Som hjælp til at udføre ovenstående vejledning er der udarbejdet følgende instrukser:

Instruks for lægens opgaver og ansvar i forbindelse med faldudredning (bilag 3.19).
Instruks for sygeplejersken på sengeafdelingens opgaver og ansvar i forbindelse med faldudredningen (bilag 3.20
).

Delir

Delirium er et hyppigt forekommende problem blandt patienter med hoftebrud. Prævalensen er dokumenteret i referenceprogrammet til at ligge mellem 20 – 62 %. Undersøgelser viser desuden, at patienter der udvikler delirium har en længere indlæggelsestid, opnår et dårligere resultat af genoptræningen og indstilles hyppigere til plejehjem²³.

Derfor er det besluttet, at der udarbejdes en særlig aftale for denne patientgruppe – dette arbejdet foretages i en arbejdsgruppe i regi af den faglige følgegruppe for Sundhedsaftalerne i Horsensklyngen – skrives ind i forløbsprogrammet, når arbejdet er færdiggjort.

Retningslinjer for samarbejdet mellem hospital og primær sektor

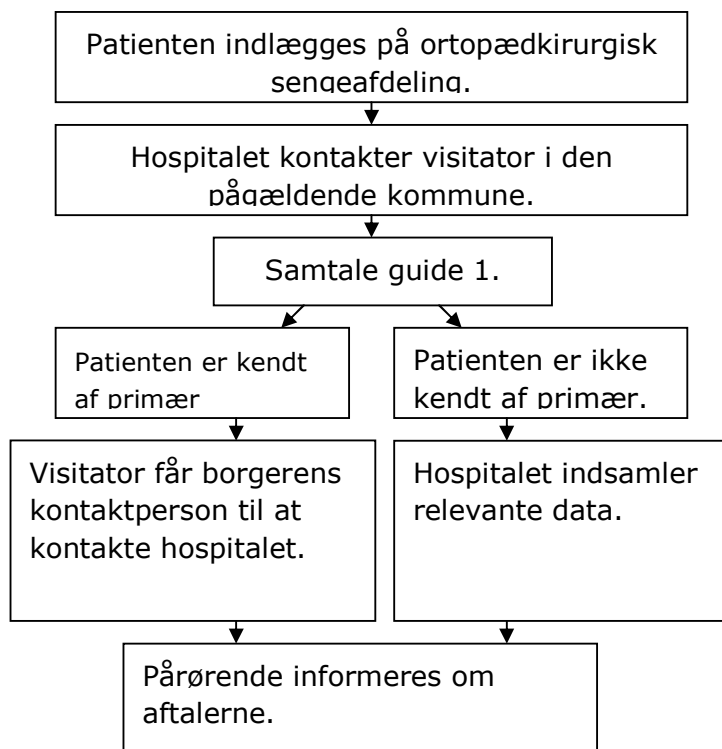
Fælles værdier for samarbejdet:

- Vi vil sætte patienten i centrum.
- Vi vil være gode samarbejdspartnere, der udviser gensidig respekt og tillid.
- Vi vil påtage os initiativpligten ved at handle og tage initiativet, der hvor patienten befinder sig.

Retningslinjerne for samarbejdet om udskrivelsen beskriver ansvars- og opgavefordelingen mellem Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder og primær sektor i forhold til indlæggelse og udskrivelse af patienter med hoftebrud (bilag 2.2).

Forløbsprogrammet for patienter med hoftebrud skal ses som en konkretisering af sundhedsaftalerne for denne specifikke målgruppe, og samarbejdet foregår som udgangspunkt ud fra disse aftaler.

Skematisk fremstilling af arbejdsgangen:



Formålet er:

- At sikre en glidende og velkoordineret overgang for borgeren /patienten, der har været indlagt med en et hoftebrud og skal tilbage til eget hjem/ midlertidig hjem (aflastningsplads eller lignende).
- At sikre borgerne/patienterne et sammenhængende og optimalt forløb.
- At sikre fælles forståelse for opgavefordelingen, koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.
- At konkretisere sundhedsaftalen (indlæggelse, udskrivelse, træning, hjælpemidler og sundhedsfremme/forebyggelse) ifht til diagnosegruppen hoftenære frakturer.

Anbefalinger til hospitalet

Anbefalingerne til hospitalet er at inddrage primær sektor allerede ved indlæggelsestidspunktet og sikre en tæt dialog med primær sektor under hele indlæggelsesforløbet.

De konkrete handlinger som hospitalet skal udføre samarbejdet med primær sektor omhandler tiltag/opgaver, som hospitalet skal udføre ved indlæggelsen, umiddelbart efter operation, under indlæggelse og ved udskrivelsen

Som hjælp til at udføre ovenstående er der udarbejdet retningslinjer og instrukser:

- Instruks for sygeplejereport – bilag 2.1
- Retningslinjer for samarbejdet mellem sygehus og primær sektor - bilag 2.2
- Udskrivningskriterier - bilag 2.3
- samtaleguide I og II - bilag 2.4

Formålet med udskrivningskriterier er at sikre en fælles forståelse mellem alle involverede parter i forhold til niveauet for den generhvervede funktionsevne ved udskrivelse af en patient med et hoftebrud, samt at sikre en fælles forståelse for indhold og form af en udskrivningskonference.

Desuden udarbejdes der på sigt særlige aftaler for borgere/patienter der bor på plejehjem, der er demente eller er delirøse.

Disse særlige aftaler kan ligge udenfor de aftaler partnerne har forpligtet sig på via Sundhedsaftalerne.

Anbefalinger til kommunerne

Anbefalingerne til kommunerne er, at kommunerne under hele indlæggelsesforløbet skal være proaktive ifht. at trække patienterne hjem - dette vil sige at begynde at forberede sig på at hjemtage borgeren/patienten - allerede ved indlæggelsen.

Kommunerne skal desuden sikre en tæt dialog med hospitalet under hele indlæggelsesforløbet

Detaljerne/udbygning er beskrevet i bilag 2.2 og 2.3.

Der er desuden udarbejdet en instruks for samtaleguide – bilag 2.4

Anbefalinger til de praktiserende læger

Anbefalingerne til de praktiserende læger er, at de følger op, med udgangspunkt i epikrisen - på diverse behandlingstiltag mv., der er iværksat på hospitalet.

Detaljerne/udbygning er beskrevet i bilag 2.2.

Efter indlæggelsen

Nedenstående skal ses som en ramme, som naturligvis skal/kan tilpasses lokale forhold.

Anbefalinger til kommune

Kommunens første kontakt til borgeren efter udskrivelse

Kommunen besøger ALLE borgere med et hoftebrud efter udskrivelsen.

Kommunerne beslutter selv, hvornår besøget skal ligge (eksempelvis 1-10 dage efter udskrivelse).

Kommunerne beslutter selv, hvem der kan foretage besøget (eksempelvis terapeuter, visitatorer, hjemmehjælpere eller andre).

Borgere der er kendt af kommunen, og som har fået visiteret hjælp til personlig pleje mv. besøges af deres hjemmehjælpere. Hjemmehjælperne er alle instrueret i de "røde alarm knapper" (bilag 1.3) og nedenstående stikord for observationer, således at de hurtigt kan kontakte hjemmesygeplejen.

Borgere der ikke har fået visiteret hjælp/ eller kun visiteret til rengøring hver 14. dag besøges alle af en visitator første hverdag efter udskrivelsen. Dette besøg er en erstatning for fremtidsmøderne på hospitalerne, som kun skal afholdes ved komplicerede udskrivelser.

Det er en udvidelse af det normale tilbud i forhold til de borgere der ikke skal modtage kommunale ydelse – her skal besøget ses som en del af at forebygge fald/genindlæggelser og som en del af den samlede rehabilitering.

Kommunernes besøg hos borgerne, der er udskrevet efter et hoftebrud, skal ses ud fra et forebyggelsesperspektiv samt en måde at medvirke til at sikre det sammenhængende sundhedsvæsen i Horsensklyngen (jf. sundhedsaftalerne). Indhold for første kontakt – se bilag 1.7

Indholdet af første kontakt (for hjemmehjælpere og visitatorer)

Ved første besøg efter udskrivelse foretages der blandt andet følgende:

- Opfølgning på handleplan fra hospitalet herunder sygeplejerapport, faldudredning, ernæringsudredning, geriatrisk udredning, fysioterapi/ergoterapi mv.
- Opfølgning på hjælpemiddelsituationen/boligens indretning
- Opfølgning på egenomsorgstilbud og andre tilbud indenfor aktivitet/deltagelse (jf. bilag 1.12).
- Opfølgning på genoptræningsplan
- Generelt indtænke de "røde alarmknapper" (bilag 1.3) og nedenstående stikord for relevante observationer.

Forebyggelse af nyt fald /genindlæggelse

Retningslinjerne for faldforebyggelse/faldudredning (jf. bilag 1.1, 1.2, 1.4) træder i kraft umiddelbart efter udskrivelsen.

Det samme gælder for opmærksomhedspunkterne fra "de røde alarmknapper" (jf. bilag 1.3).

Opfølgning på udskrivelse

For borgere der modtager regelmæssig hjælp fra kommunen forgår der en løbende opfølgning (se ovenstående beskrivelser).

For borgere der ikke modtager hjælp fra kommunen vurderes der ved første besøg, om det er nødvendigt med et opfølgende besøg eksempelvis 3 måneder efter udskrivelsen, hvorefter borgeren overgår til gældende procedurer om et forbyggende hjemmebesøg i gang om året.

Indholdet for besøget efter 3 mdr. kan svare til indholdet for første kontakt efter udskrivelsen (se ovenstående).

Opfølgning på udskrivelse er en af anbefalingerne i ⁸DSI rapporten "Uhensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne". I anbefalingen står der, at der i kommunerne skal arbejdes på en målrettet og systematisk indsats i forhold opfølgning efter indlæggelse.

Desuden anbefaler rapporten en implementering af "Glostrupmodellen" med opfølgende tværfaglige og tværsektorielle hjemmebesøg. Dette implementeres i øjeblikket i Vestklyngen og kan på sigt blive en aktuel intervention i Horsensklyngen og hermed også et tilbud til patienter med hoftebrud.

Stikord for relevante observationer i forhold til opfølgning efter indlæggelse med et hoftebrud:

- Mobilitet
- Nedsat balance
- Brug af hjælpemidler
- Forflytning
- Angst/ Depression – herunder frygt for at falde
- Høj alder
- Tidligere fald
- Fysiske aktiviteter eller mangel på samme

⁸ Sidsel Vinge og Martin Sandberg, 2007. Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne. DSI – Institut for Sundhedsvæsen

- Smerter
- Begrænsninger i ADL
- Kognitiv dysfunktion/ Demens
- Svimmelhed
- Medicin
- U hensigtsmæssigt fodtøj
- Ernæringsstilstand
- Syn/briller
- Boligindretning
- Alkoholforbrug
- Rygning
- Netværk

Se bilag 1.7 i bilagsmappe 1

Anbefalinger til de praktiserende læger

Generel opfølgning i forhold til følgende:

- Epikrise
- Geriatrisk udredning
- Faldudredning

Hospitalspersonalet vurderer, om patienten kan profitere af et opfølgende besøg hos praktiserende læge, hvis dette er tilfældet er hospitalet behjælpelig med bestilling af tid og planlægning af besøget (kørsel mv.).

Se bilag 1.7 i bilagsmappe 1

Organisering af indsatsen – opgave/ansvarsfordeling

For at sikre det optimale, koordinerede og sammenhængende patientforløb for patienter med hoftebrud resumeres værdierne fra Sundhedsaftalerne i forløbsprogrammet:

- Vi vil **samarbejde med patienten/brugeren og sætte dem i centrum** ved at involvere dem aktivt i de enkelte sundhedsindsatser og patientforløb.
- Vi vil **være gode samarbejdspartnere**, der **udviser gensidig respekt og tillid** ved at anvende parternes kompetencer bedst muligt og overholde de indgående aftaler.
- Vi vil **påtages os initiativpligten** ved at handle og tage initiativet, der hvor patienten/borgeren befinder sig.

Forløbsprogrammet beskriver konkret hvem der gør hvad i hvilke situationer og hvorfor – altså konkretiserer stratificeringstankerne: den rette behandling på rette tidspunkt, på rette sted og af de rette fagpersoner. Dette betyder, at forløbsprogrammet vil sikre, at de ydelser borgerne/patienterne modtager, gives på det rette specialiseringsniveau ifht de konkrete behov.

Den overordnede ramme for organisering af indsatsen – før-, under- og efter indlæggelsen er sundhedsaftalerne, der er indgået mellem Region Midtjylland (herunder almen praksis), Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder og kommunerne Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder.

Ansvar for patientforløbet er således fordelt svarende til beskrivelsen af ansvarsfordelingen i sundhedsaftalerne.

Desuden sikrer forløbsprogrammet, at organiseringen og ansvarsfordelingen er fleksibelt, således at den enkelte patient får den bedst mulige individuelle behandling. Dette kan i nogle tilfælde (eks. for borgerne/patienter der udvikler delir) medføre, at hvis det fagligt vurderes, at en given løsning vil gavne patientens/borgerens fremtidige funktionsevne og hverdagsliv kan man se bort fra aftaler, der er indgået i sundhedsaftalen (eksempelvis varslingsfristerne).

Overordnet skal forløbsbeskrivelsen sikre koordinering og kommunikation mellem de involverede parter således at patienter/borger der pådrager sig et hoftebrud oplever et sammenhængende forløb.

Opgavefordeling

Der er udarbejdet retningslinjer og instrukser (bilagsmappe 1-3), der beskriver den sundhedsfaglige indsats og den konkrete opgave- og ansvarsfordeling imellem kommuner, praktiserende læger og hospital.

Kommunerne varetager den forebyggende indsats herunder primær og sekundær forebyggelse af fald og hoftebrud (bilagsmappe 1). Desuden er kommunerne aktive samarbejdspartnere ifht. at hjemtage borgere/patienter hurtigst muligt efter indlæggelse samt at følge op på behandling, genoptræning og rehabilitering (bilagsmappe 1 og 2).

Kommunerne er under hele indlæggelsen aktive/proaktive ifht at være klar til at modtage patienterne/borgerne i hjemmene.

Kommunerne er i tæt samarbejde med praktiserende læge ansvarlige for at forebygge nye fald, der vil medføre genindlæggelser.

Praktiserende læger er tovholdere på den lægefaglige del af faldudredning og faldforebyggelse. De varetager den lægefaglige del af basal faldudredning (jf. instruks for faldudredning) og de følger op på indlæggelserne ud fra indholdet af epikriserne (udskrivningsbrevene) fra ortopædkirurger og geriatere.

De praktiserende læger udfører deres opgaver i tæt samarbejde med hjemmesygeplejerskerne og hjemmeplejen (bilagsmappe 1 og 2).

Hospitalet varetager udredning, behandling, pleje og påbegynder rehabiliteringen ud fra retningslinjer og instrukser, der bygger på anbefalinger fra Referenceprogrammet for Hofteneærefrakturet (bilagsmappe 3). Indsatsen foregår under hele indlæggelsens i et tæt samarbejde på tværs af de involverede afdelinger og på tværs af faggrupper.

Hospitalet skal arbejde tæt sammen med primær sektor ved indlæggelse under indlæggelse og i forbindelse med udskrivelsen. Personalet skal sikre en tæt dialog og højt informationsniveau med primær sektor, således at denne kan følge borgerens tilstand under indlæggelsen. Derved optimerer man kommunernes muligheder for at være klar i forhold til pleje, praktisk bistand, hjælpemidler mv. og derved være klar til at modtage borgerne, så snart de er færdigbehandlede i hospitalsregi.

Patienterne/ borgerne er i alle henseender medspillere, der skal støttes til egenomsorg og til at tage medansvar i forløbet. Der er under hele forløbet på tværs af sektorgrænsen et højt niveau af bruger – og pårørende inddragelse.

Monitorering

Forløb for patienter med Hoftebrud er en del af Det Nationale Indikator Projekt (NIP) og indgår også som en del af den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Standarden for Hoftebrud i DDKMs' høringsudgave indeholder således indikatorer for kvalitetsmonitorering ud fra NIP indikatorerne for Hoftebrud. Der foregår allerede kvalitetsmonitorering for hoftebrud i hospitalssektoren, og derfor er der med afsæt i de eksisterende indikatorer fra NIP og DDKM suppleret med indikatorer, der tager udgangspunkt i nærværende forløbsprogram for hoftebrud.

For at sikre indsatsens kvalitet og effekt anbefales der i Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud, at der monitoreres ud fra fælles indikatorer og standarder på tværs af sektorgrænsen.

Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud anbefaler således nedenstående model for tværsektoriel monitorering af indsatsen for patienter med hoftebrud:

Journalgennemgang/ audit er en metode til at yde kvalitetskontrol af et patientforløb ud fra standarder og indikatorer. Derudover er tanken bag audit også at opnå læring via dialog med henblik på forbedring af de fremtidige patientforløb.

Journalauditten skal foregå ved, at der udvælges 20 tilfældige patientforløb. Kommunerne, hospitalet og almen praksis gennemgår hver især de indikatorer, der tilhører den del af forløbet, de er ansvarlige for. Herefter mødes repræsentanter for kommunerne, hospitalet og almen praksis for sammen at gennemgå 5 udvalgte patientforløb. Med denne organisering, vil det være muligt dels at opnå de kvantitative statistiske data og dels opnå en tværsektoriel og tværfaglig dialog med henblik på de kvalitative data.

Der skal regnes med et tidsforbrug på 5-6 timer i gennemgangen af 20 journaler for hospital og kommuner, mens almen praksis skal regne med 1 time. Mødet hvor kommuner, hospital og almen praksis hver især præsenterer 5 forløb beregnes til 5 timer.

Det tilstræbes, at der afholdes audit 1. gang i januar 2010 og i august 2010. Herefter tages der stilling til hyppigheden af auditafholdelsen. På møderne evalueres indikatorernes relevans.

Indikatorer kan beskrives med kriterium og standard hvor⁹,

- Kriterium er en fastlæggelse af god kvalitet i relation til en given ydelse,
- Standard refererer til graden af målopfyldelse for et givent kriterium og
- Indikator er en målbar variabel der anvendes til at belyse, i hvilken grad standarden er blevet opfyldt

⁹ Haugaard. 2001. Vejle Amt. Kvalitetsudvikling i praksis. 2001

I vedlagte bilag skematiseres kriterium med den konkrete retningslinje / instruks indikatoren tager udgangspunkt i. Standard er ubeskrevet, men arbejdsgruppen anbefaler i første omgang at undlade at fastsætte disse med henblik på en basisvurdering. Herefter kan der eventuelt fastsættes standarder i henhold til målopfyldelse..

Indikatorerne er systematiseret i forhold til:

- De kommunale faldforebyggende indsatser,
- Hospitalets behandling af 65+årige patienter med hoftebrud og
- Den kommunale og almen praktiserende opfølgning hos 65+årige borgere udskrevet efter hoftebrud

Disse skemaer ligger som bilag 1.11 og 3.21

Som arbejdsredskab er der udarbejdet 3 auditskemaer for henholdsvis:

- de kommunale faldforebyggende indsatser,
- hospitalets behandling af 65+årige patienter med hoftebrud samt
- den kommunale og almen praksis opfølgning hos 65+årige borgere udskrevet efter hoftebrud.

Disse skemaer ligger som bilag 2.5

Beskrivelsen af struktur, proces og resultat kan foretages i de enkelte kommuner, hvis der er behov for dette. Dette sker naturligvis under rammerne af forløbsbeskrivelsen, hvor struktur handler om organiseringen heraf jf. definitionerne:

Struktur: hvad skal vi have til rådighed for at levere den nødvendige kvalitet?

Proces: hvordan skal vi gøre for at levere den nødvendige kvalitet?

Resultat: hvilket resultat skal vi opnå?

Implementeringsplan for forløbsprogrammet

Ansvar for implementering af forløbsprogrammet ligger hos ledelserne såvel i primær sektor som i hospitalsregi.

Den faglige følgegruppe i regi af sundhedsaftalerne vil få det overordnede ansvar for at sikre fremdrift i implementeringen af forløbsprogrammet. Desuden vil den faglige følgegruppe have ansvaret for at koordinere og planlægge "uddannelse på tværs" blandt andet i forhold til kompetenceudvikling af hjemmeplejen ifht. den forebyggende indsats.

Arbejdsgruppen for Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud skal understøtte Den Faglige Følgegruppe i form af at sikre den udførende del. Den enkelte deltager i arbejdsgruppen skal aktivt medvirke til at udbrede kendskabet til Forløbsprogrammet og vil dermed fungere som "overordnet ressourceperson" indenfor Hoftebrud i deres respektive organisation.

Metode

Forløbsprogrammet for Hoftebrud anbefaler, at metoden til implementering af forløbsprogrammet bliver inspireret af arbejdet i Hedensted Kommune vedr. implementering af forløbsprogrammet for borgere/patienter med KOL.

Processen er følgende:

- Nøglepersoner udpeges i kommunerne og på Hospitalerne som ressourcepersoner for implementering af Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud. Nøglepersonerne er eksempelvis SOSU-assistenten, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter mv.
- Nøglepersonerne informeres/undervises om forløbsprogrammet gennem Klyngearbejdet (den faglige følgegruppe).
- Nøglepersoner står for planlægningen- og undervisningen af forløbsprogrammet i kommunerne.
- Nøglepersonerne medvirker til at indsamle data (journaluddrag) til audit.

Implementeringsplan for Hospitalet

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder er klar pr. 1/2 2009 til at implementere det reviderede forløbsprogram for patienter med Hoftebrud.

Hospitalet har fulgt ovenstående og har gjort således:

- Udpegning af Tovholder –Specialeansvalig sygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling.
- Udpegning af nøglepersoner – sygeplejerske ortopædkirurgisk afdeling.
- Personale tilknyttet geri-orto afsnittet.

- Rotationsordning – skal ses som mulighed for kompetenceudvikling af medarbejderne.
- Opfølgning i klinikken ved specialeansvarlig sygeplejerske Mai Sommer.
- Fast punkt på dagsorden til afsnitsmøder i startfasen og opfølgingsfasen.
- EPJ, e-dok – forløbsprogrammet er integreret i EPJ, og det er tilgængeligt elektronisk for alle på hospitalets e-dok: www.e-dok.rm.dk
- Temadag for plejepersonalet 5/1 + 20/1 + 26/1 2009 – undervisning i forløbsprogrammet.
- Orienterende møde for lægegruppen d. 8/1 2009.
- Orientering til de afdelinger vi samarbejder med 13/1 2009. Desuden har de samarbejdende afdelinger deltaget i at udarbejde instrukser og retningslinjer samt i implementeringen af disse i egne afsnit.

Implementeringsplan for kommunerne

Kommunerne har tilsluttet sig "Hedensted-modellen" (s 38), men detaljerne er endnu ikke udarbejdet.

Hospitalet varetager undervisningen af de fremtidige nøglepersoner i kommunerne for patienter med Hoftebrud.

Undervisningen gennemføres den 7. og den 21. september 2009.

Implementeringen forventes at være gennemført i kommunerne, således at anbefalingerne i forløbsprogrammet træder i kraft 1. januar 2010.

Evaluering og revision af forløbsprogrammet

Det skal sikres, at der foregår en løbende evaluering og opfølgning af forløbsprogrammet.

Revision

Arbejdsgruppedeltagere samt nøglepersonerne i kommunen og på hospitalet er ansvarlige for at gøre den faglige følgegruppe opmærksom på, hvis dele af forløbsprogrammet skal ændres/opdateres.

Det er den faglige følgegruppes ansvar, mindst 1 gang om året at vurdere, om der er behov for at forløbsprogrammet skal opdateres. Desuden er den faglige følgegruppes ansvar at tage initiativ til samt at afholde audit på forløbsprogrammet 1 gang årligt. I den forbindelse skal nøglepersonerne indhente de fornødne data til auditten (se afsnit om monitorering).

En eventuel ændring af indholdet af forløbsprogrammet ud fra audit resultater varetages i regi af den faglige følgegruppe.

Evaluering

Evalueringen afholdes i forlængelse af den årlige audit.

I 2010 afholdes der to audits, således at der hurtigt kan rettes på eventuelle uhensigtsmæssigheder /iværksætte nye tiltag.

Referenceliste

- ¹ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud. 2008. s. 55
- ² Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud s. 5
- ³ Rasmussen S., Christensen BB, Foldager S et al. Accelererede operationsforløb efter hoftefraktur. Ugeskr Læger 2003. 165.s.s. 29-33
- ⁴ Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003.362. s.s. 1921-1928
- ⁵ Morrison, R.S. & Siu, A.L. A comparison of pain and its treatment ind advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. J. Pain Synptom Manage. 19. s.s. 240-248
- ⁶ Orosz, G.M. et al. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. JAMA 291. 2004. s.s.1738-1743
- ⁷ Morrison, R.S et. Al. Relationship between pain and opioid analgesics on deveelopment of delirium following hip fracture. J.Gerontol. A Biol. Sci. 58. 2003. s.s 76-81
- ⁸ Bottle, A & Aylin, P. Motality associated with delay in operation after hip fracture: observational study. BMJ 332 2006. s.s. 219-225
- ⁹ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud s. 38.
- ¹⁰ Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.2003. s.s.39-54
- ¹¹ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud s. 7
- ¹² Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud. 2008. s. 55
- ¹³ Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen. 2008 s. 9
- ¹⁴ Pedersen Preben Ulrich, Stimulation til øget kostindtagelse, Forskning i klinisk Sygepleje 1 - teori og praksis, 2002.
- ¹⁵ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud. 2008. s.90
- ¹⁶ Cameron ID. Coordinated multidisciplinary rehabilitation after hip fracture. Disabil Rehabil. 2005. (27). S.s. 1081-1090.
- ¹⁷ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud. 2008.s.104
- ¹⁸ Olsson L, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. J Adv Nurs 2006; 58 (2). s.s. 116-125
- ¹⁹ ¹⁹ Nielsen AM. Forebyggelse af trykspor og –sår. SÅR 2006 (14). S.s. 5-10
- ²⁰ Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 2001, 49 (5). S.s. 664-672
- ²¹ Faldpatienter i den kliniske hverdag –Rådgivning fra Sundhedsstyrrelsen. 2006. s. 64

-
- ²² Faldpatienter i den kliniske hverdag –Rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. 2006. s. 5
- ²³ Referenceprogrammet for Patienter med Hoftebrud. 2008. s.78