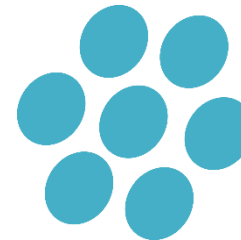
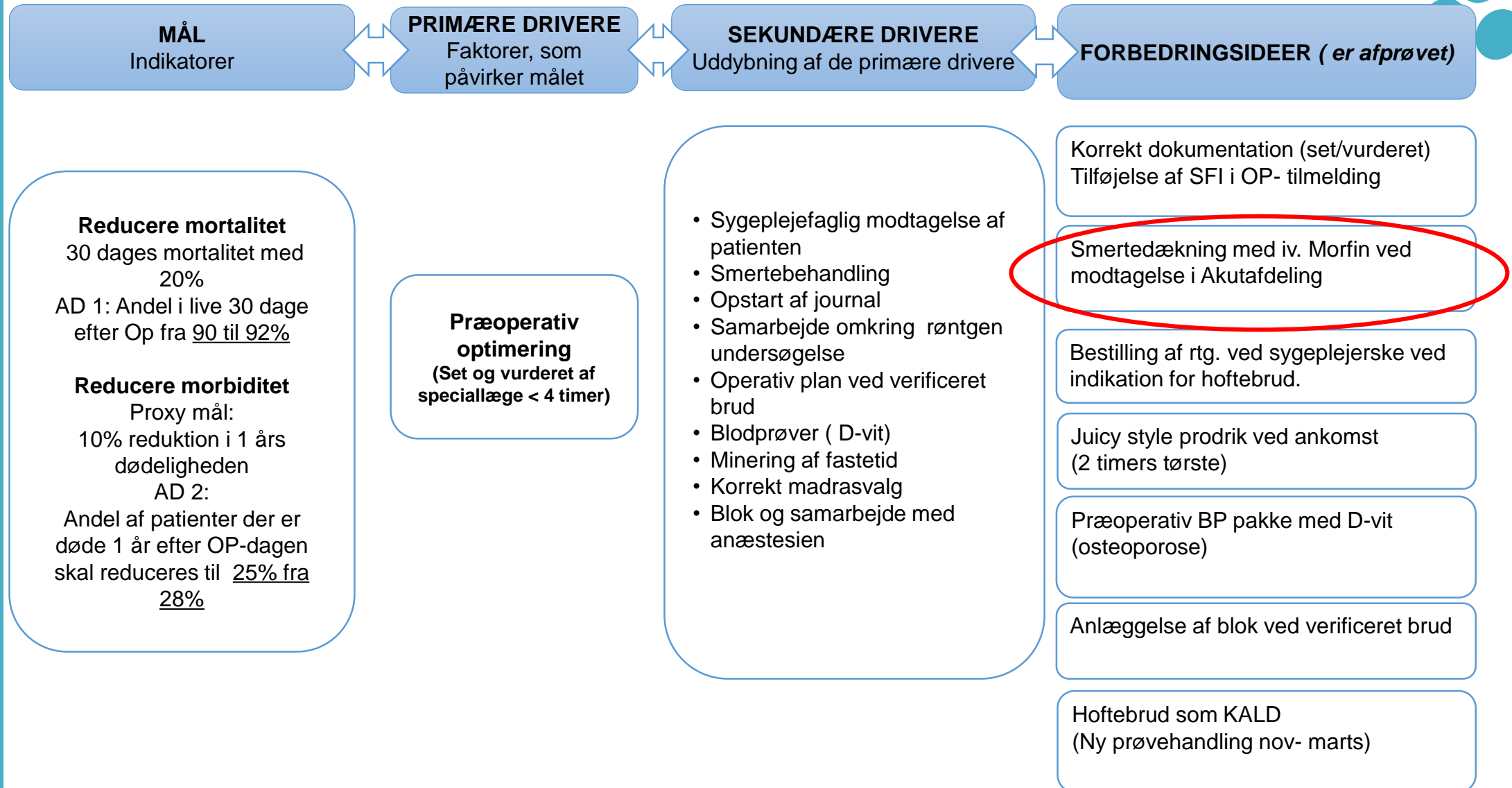
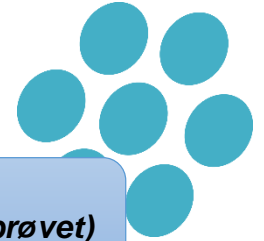


Regionshospitalet Horsens

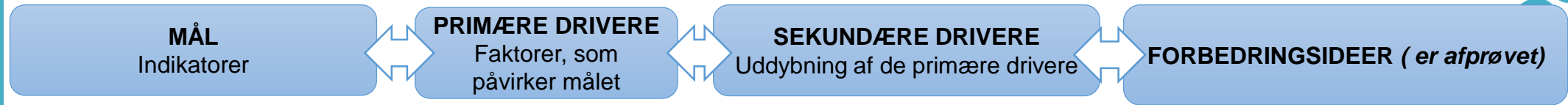
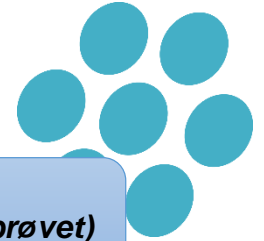


Præoperative forløb			
Kronologisk forløb + placering	Sundhedsydelse	Tidspunkt og ansvarlig faggruppe	Indikator og monitorering
Akut afdelingen	Indlægger og registrer patientens ankomst tidspunkt til akut afd.	Lægeseekretær ved ankomst Sygeplejerske i NV	Ankomst tidspunktet anvendes til indikator 1 + 2
	Triage – minimum orange på diagnose DEPT Vitalparametre og kontakårsagskort	< 15 min efter ankomst v. sygeplejerske	
	Rekvirering: "rtg hofte + bækken" ved mistanke om hoftefraktur	< 15 min efter ankomst v. nærmeste læge eller sygeplejerske	
	Patienten modtages jf. Hoftebrud i Akutafdelingen - Direkte på luftmadras – "tryksårstruet" - Smertelindring "OBS-hoftefraktur-pakke" ordineres i EPJ til smertebehandling ved unders. - Bp + EKG (type + BAC test) – "Hoftebrud" - IV væske og Saftbaseret drik - Forbered til røntgen	Sygeplejerske	
Røntgen&Skanning	Røntgen af hofte Bækken + hofte	< 1 timer efter ankomst v. Radiograf	
Akut afdelingen	Ved verificeret hoftefraktur v. Røntgen: - Bestiller anæstesi til anlæggelse af femoralis-blokade + tilsyn - Journal optages i ventetiden til blokade anlæggelse - Operationsstrategi lægges i sammenråd med Ortopæd vagthavende. - Udfyld SFI OP- tilmelding og kryds <i>Set/vurderet af speciallæge</i> - Patienten flyttes på stamafsnit eller direkte på OP. - Medicinpakken "Hoftebrud præ-OP" ordineres	< 4 timer efter ankomst v. Orto læge	Indikator 1: 90 % af patienterne skal være set og vurderet af speciallæge < 4 timer efter ankomst til RHH Ansvarlig: Orto. læge tilføjer SFI <i>set og vurderet af speciallæge</i> til OP-tilmeldingen
	Ved negativ røntgen fund: - Patienten forsøges mobiliseret i akutafdelingen. Ved succes kan pt udskrives fra akutafdelingen. Alternativt indlægges pt. til mobilisering og smertebehandling.	Akut/ Orto læge	
	UL-vejledt femoralis-blok til hoftefraktur efter verificeret hoftefraktur anlægges hurtigst muligt. Pt. skal være monitoreret og have i.v.-adgang, der behøver ikke at være journal eller blodprøver. Hvis journal er skrevet-så Anæstesitilsyn så vidt muligt i samme ombæring	< 4 timer efter ankomst v. Anæstesiolog	
Ortopædkirurgisk sengeafsnit	Modtagelse og klargøring af elektiv eller akut patient	Ankomst til sengeafsnit v. plejepersonale	
	Patienten lejres på trykafastende madras, hvis patienten ikke har fået i akut afd. Forebyggelse af tryksår		
	Ernæringscreening og Ernæringsplan og opfølgning . Overvej behov Dysfagi	< 24 timer efter ankomst til RHH v. plejepersonale	Indikator 5: 90 % af patienterne skal have udarbejdet ernæringsplan. Ansvarlig: kvalitetskoord.

Driverdiagram (Præoperativ optimering)



Driverdiagram (Præoperativ optimering)



Reducere mortalitet
30 dages mortalitet med 20%
AD 1: Andel i live 30 dage efter Op fra 90 til 92%

Reducere morbiditet
Proxy mål:
10% reduktion i 1 års dødeligheden
AD 2:
Andel af patienter der er døde 1 år efter OP-dagen skal reduceres til 25% fra 28%

Præoperativ optimering
(Set og vurderet af speciallæge < 4 timer)

- Sygeplejefaglig modtagelse af patienten
- Smertebehandling
- Opstart af journal
- Samarbejde omkring røntgen undersøgelse
- Operativ plan ved verificeret brud
- Blodprøver (D-vit)
- Minering af fastetid
- Korrekt madrasvalg
- Blok og samarbejde med anæstesen

Korrekt dokumentation (set/vurderet)
Tilføjelse af SFI i OP- tilmelding

Smertedækning med iv. Morfin ved modtagelse i Akutafdeling

Bestilling af rtg. ved sygeplejerske ved indikation for hoftebrud.

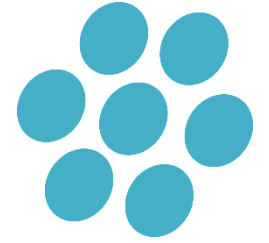
Juicy style prodrik ved ankomst (2 timers tørste)

Præoperativ BP pakke med D-vit (osteoporose)

Anlæggelse af blok ved verificeret brud

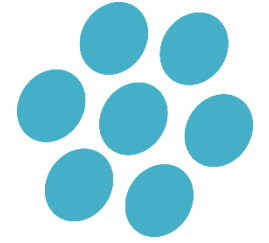
Hoftebrud som KALD
(Ny prøvehandling nov- marts)

Vores største succes



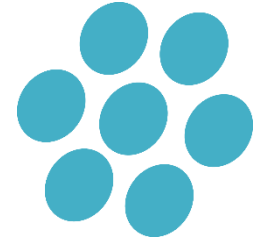
- Fået forløbet for patienten med hoftebrud mere udbredt
- Forløbet er i højere grad blevet implementeret i det tværorganisatoriske og tværfaglige samarbejde
- Patienterne får lavet en plan ved speciallæge < 4 timer efter modtagelse i Akutafdelingen
- Strømlinet forløb- fokus på arbejdsgangene i det tværfaglige og tværorganisatoriske forløb
- De rette patienter modtager blok (sparer unødige indlæggelse)

Succes i det samlede forløb



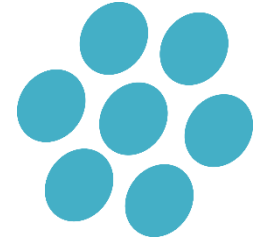
- Større samarbejde og ansvar for forløbet på tværs af organisationer, faggrupper og sektorer
- Systematisk samarbejde med kommunerne omkring patienten med hoftebrud (fælles mål)
- Systematisk geriatrik indsats med daglig stuegang under indlæggelsen
- Øget tværfaglig fokus mellem Fysioterapien og plejepersonalet på mobilisering < 24 timer efter knivtid start

Vores plan for fastholdelse og eventuel udbygning af resultater



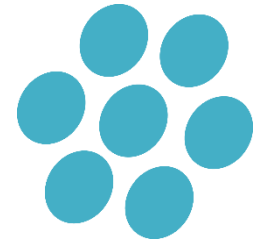
- Forsætter netværksmøde i forbedringsteamet hver 3.mdr.
- Tæt kontakt omkring forløbet mellem medlemmerne
- Medlemmerne af forbedringsteamet skal forsat motivere og være ildsjæl for at understøtte forankringen af forløbet i klinisk praksis
- Nye prøvehandlinger skal iværksættes for at understøtte den kontinuerlige forbedring af forløbet efterhånden skal organisationerne forandres

Nye prøvehandlinger



- Hoftebrud som et "KALD" i den præoperative optimering
- Systematisk kommunal indsats i efterforløbet for at forebygge genindlæggelse og forbedre indikationen for mortalitet

Forbedringsteamet fra RHH



- Ortopædkirurgien
- Akutafdelingen
- Røntgen og Skanning
- Bedøvelse, Opvågning og Intensiv
- Medicinsk Afdeling
- Fysio- og Ergoterapien