LKT – Sammenhængende Hoftebrudsforløb +65

Projektbeskrivelse

Kolding Kommune og Sygehus Lillebælt – Kolding Sygehus

2024-2026

Indhold

Baggrund 5

Problemstilling 6

Målgruppe i projektet 6

Formålet 7

Dataindsamling 7

- Resultatindikatorer 7
- Procesindikatorer 9

Projektets tilrettelæggelse og gennemførsel 10

- Rammesætning og kortlægning af borgerforløbet 10
- Udvælgelse og udvikling af forbedringsinitiativer 11
- Afprøvning, evaluering og videreudvikling 11

Implementerede forbedringsindsatser 12

- Indlæggelse 14
  - Mobilisering 14
  - Præoperativ forbedring 15
  - Tidlig identifikation og tværsektoriel kommunikation om valg af LKT-forløb 16
- Udskrivelse 17
  - Standardtekster til plejeforløbsplanen og udskrivelsesrapporten 17
  - Geriatrisk vurdering/plan er udarbejdet, opdateret og sendt senest på udskrivelsesdagen 17
  - Øget opmærksomhed på individuelle smerteplaner 17
  - Tilpasset hjælpemidler ved udskrivelse 17
  - Udskrivelse med Sara Stedy, kun med lægeordination 17
  - Flowcharts med oversigt over kommunernes indsatser i forhold til hoftebrud 18
  - Generisk udskrivelsesvideo med tilhørende QR-kode 18
  - Skriftligt materiale til borgere og pårørende 19
  - Udlevering af 3 proteindrik 19
  - Laksantia medgives ved udskrivelse 19
  - Udskrivelseskoordinator opdaterer tilstandene i Nexus 19
- Forløbet efter udskrivelse 20
  - 14 dages udvidet behandlingsansvar 20
  - LKT-program 1 20
  - LKT-program 2 22

LKT-program 3 25
Tilpasning af LKT-program efter udskrivelse 28
Sammenhængen mellem nationale mål og indsatsområder og de lokale forbedringsinitiativer 29
Evaluering 30
Perspektivering og potentiale 30
Bilag 1 – Aktører efter udskrivelse 32
Bilag 2 - Workshops 33
Bilag 3 – Tjekliste Udskrivelseskoordinator (kommune) 34
Bilag 4 – Standardtekster ved udskrivelse 35
Bilag 5 – Flowchart over udskrivelsesforløb 36
Bilag 6 – Plakat med QR-kode til udskrivelsesvideo 39
Bilag 7 – Udskrivelsesmateriale LKT-program 1 40
Bilag 8 – Udskrivelsesmateriale LKT-program 2 og 3 49
Bilag 9 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 1 54
Bilag 10 – Observationsskema i Nexus 56
Bilag 11 – Selvobservationsskema 57
Bilag 12 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 1 59
Bilag 13 – Tjekliste Akutsygeplejen 61
Bilag 14 – Formål Rehabiliteringsterapeut 64
Bilag 15 – Tjekliste Rehabiliteringsterapeut 66
Bilag 16 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 2 67
Bilag 17 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 2 69
Bilag 18 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 3 72
Bilag 19 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 3 75
Bilag 20 – Dysfagiscreening 78
Bilag 21 – Flowchart Dysfagi 79
Bilag 22 – Tjekliste ændring af LKT-program 80

Forord

Et hoftebrud kan på kort tid ændre en ældre borgers hverdag og liv. For mange borgere er udskrivelsen fra sygehuset ikke afslutningen på et behandlingsforløb, men begyndelsen på en sårbar periode, hvor risikoen for komplikationer, genindlæggelse og tab af funktionsevne er betydelig.

Med LKT – Sammenhængende Hoftebrudsforløb 2024-2026 har Kolding Kommune og Sygehus Lillebælt arbejdet målrettet på at styrke sammenhængen i overgangen fra sygehus til eget hjem. Udgangspunktet har været et fælles ønske om at bruge data, faglig viden og erfaringer fra praksis til at udvikle et bedre og mere sammenhængende forløb for borgeren.

Projektet ligger samtidig i forlængelse af den retning, som sundhedsreformen sætter for det danske sundhedsvæsen. Et centralt fokus er at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet i sit forløb, og hvor kommuner, regioner og øvrige aktører samarbejder om den samlede indsats. Det stiller krav om, at vi ser på hele patient- og borgerforløbet og på, hvordan vi sammen kan skabe gode og trygge overgange.

Netop overgangen fra sygehus til eget hjem er et sted, hvor sammenhængen skal kunne mærkes af borgeren. Det er også her, projektets erfaringer har vist, at systematik, tydelig opgavefordeling og tværsektorielt samarbejde kan gøre en forskel.

Projektet har resulteret i en færdig og afprøvet model for en systematisk og differentieret indsats efter udskrivelse. Modellen tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau og kompleksitet og understøtter, at den enkelte borger får den indsats, der matcher behovet. Modellen er udviklet med afsæt i borgere med hoftebrud, men de grundlæggende arbejdsgange og principper kan anvendes bredere.

Denne projektbeskrivelse har til formål at gøre modellen tilgængelig for andre. Den beskriver modellens indhold, de konkrete arbejdsgange og erfaringerne fra udvikling til implementering og evaluering. Modellen kan anvendes som den er eller tilpasses lokale organiseringer, kompetencer og målgrupper.

Projektet er således et konkret eksempel på, hvordan tværsektorielt samarbejde, data og fælles faglighed kan omsættes til en model, der kan anvendes i praksis og skabe sammenhæng for borgeren.

På vegne af projektgruppen

Birgitte Daugaard, projektleder - Kolding Kommune
Louise Killick, projektleder - Sygehus Lillebælt

Organisering

Projektet er organiseret med en styregruppe bestående af ledelsesrepræsentanter fra Kolding Kommune og Sygehus Lillebælt. Styregruppen havde det overordnede ansvar for den strategiske retning og godkendelse af projektets indhold og fremdrift.

Derudover stod den kommunale og den regionale projektleder for den daglige projektledelse og koordination. En dedikeret projektgruppe med repræsentanter fra Hjælp i Hjemmet i Kolding Kommune og repræsentanter fra ortopædkirurgisk afdeling, Sygehus Lillebælt bidrog med faglig ekspertise og praktisk erfaring, hvilket var afgørende for projektets udvikling og implementering.

Organisering	**Medlemmer**
Projektleder	Birgitte Daugaard, Kolding kommune Louise Westphal Killick, Sygehus Lillebælt
Styregruppe	Kolding kommune: Birgitte Daugaard, projektleder; Dorte Karlskov, leder Faglig Kvalitet og Læring; Katrine Giese Hamann, leder træning. Sygehus Lillebælt: Louise Westphal Killick, projektleder; Heidi Grejsen, chefsygeplejerske; Anders Jordy, cheflæge; Aswine Rasmussen, chefterapeut.
Projektgruppe	Kolding Kommune: Johanne Juel Sørensen, akutsygeplejerske; Karina Myrtue, teamkoordinator; Anne-Marie From Frøns, fysioterapeut; Katrine Giese Hamann, leder træning; Christina Munkholm Christensen, ergoterapeut; Helle Eskelund Jepsen, distriktsleder; Camille Dalsgård, sygeplejerske; Maiken Lindstrøm, distriktsleder; Mathilde Pichardt, SSA; Anne-Mette Ross, udskrivningskoordinator. Sygehus Lillebælt: Lisa Pedersen, oversygeplejerske; Sara Klausen, sygeplejerske/souschef; Marc Møller Jensen, fysioterapeut; Lis Røhl Andersen, ledende overlæge.

Baggrund

Borgere over 65 år, der rammes af et hoftebrud, udgør en patientgruppe med høj morbiditet (sygdom) og mortalitet (dødelighed). Forløbene er ofte præget af genindlæggelser, behov for pleje og hjælpemidler samt risiko for tab af mobilitet. Når borgerne ikke genvinder deres funktionsevne, øges afhængigheden af kommunale ydelser markant, hvilket både belaster den enkelte borger og medfører højere samfundsøkonomiske udgifter.

For at imødegå disse udfordringer etablerede Kolding Kommune og Sygehus Lillebælt i perioden 2018-2020 et fælles initiativ – *Kom Trygt Hjem*. Indsatsen byggede på et dag til dag program, hvor der blev anvendt et struktureret observationsskema til vurdering af borgeres samlede helbredstilstand, der var faste opfølgende besøg af akutsygeplejen på dag 3, 6 og 14, der var aftalt

klare arbejdsgange mellem kommune og sygehus samt en udvidelse af behandlingsansvaret til 14 dage efter udskrivelse.

Resultaterne var markante. I plejeboligerne blev andelen af genindlæggelser reduceret fra 30% til 14% og 30 dages mortaliteten efter udskrivelse faldt fra 13% til 6%. Erfaringerne viste, at et tæt tværsektorielt samarbejde skaber højere livskvalitet for borgerne og mindsker presset på både sygehus og kommune.

I de efterfølgende år blev resultaterne fra *Kom Trygt Hjem* bredt anerkendt, og flere sundhedsklynger lod sig inspirere af erfaringerne. I Kolding Kommune var indsatsen oprindeligt målrettet borgere i plejeboliger, mens borgere i eget hjem ikke var inkluderet. For at imødekomme behovene i Hjælp i Hjemmet blev der derfor senere udviklet et særligt forløb – *Kom Trygt Hjem i eget hjem*.

Her bestod indsatsen af et opfølgende besøg af akutsygeplejen på tredje dagen efter udskrivelse, hvor borgeren vurderes med udgangspunkt i et observationsskema, herunder TOBS-målinger samt måling af Hgb og CRP. I modsætning til indsatsen i plejeboliger er der dog ikke etableret et dag til dag program, og der har ikke været systematisk fokus på mobilisering efter udskrivelse.

På denne baggrund opstartede Kolding Kommune og Sygehus Lillebælt i 2024 et nyt samarbejde med særligt fokus på borgere i eget hjem – *LKT - Sammenhængende hoftebrudsforløb 2024-2026.*

Problemstilling

Borgere over 65 år, som bor i eget hjem og rammes af hoftebrud, udgør en sårbar patientgruppe med øget risiko for genindlæggelse, mortalitet og funktionstab efter operation. Projektets baseline for perioden 2023-2025 viser en 30-dages genindlæggelsesrate på 16,9%, som ønskes reduceret til under 15 %, samt en 30-dages mortalitet på 10%, som ønskes reduceret til maksimalt 8 %.

Mange borgere genvinder ikke deres tidligere funktionsniveau efter hoftebrud og operation. Dette kan medføre et øget behov for kommunal pleje, rehabilitering og hjælpemidler samt have betydelige konsekvenser for borgerens livskvalitet, selvstændighed og mulighed for at klare hverdagen i eget hjem. Samtidig medfører det øgede behov for støtte et større pres på de kommunale ressourcer.

Målgruppe i projektet

Målgruppen er borgere over 65 år, der opereres for hoftefraktur, og som efter udskrivelse vender tilbage til eget hjem med behov for kommunal hjælp og støtte efter ældreloven eller serviceloven samt eventuelt sygepleje efter sundhedsloven.

Modellen er udviklet med udgangspunkt i den beskrevne målgruppe, men arbejdsgangene og principperne kan også være relevante for andre målgrupper, der har behov for en systematisk og målrettet indsats efter udskrivelse.

Formålet

Formålet med projektet er at styrke det sammenhængende forløb for borgere over 65 år, der bor i eget hjem og rammes af hoftebrud, med henblik på at reducere risikoen for genindlæggelse, dødelighed og funktionstab efter udskrivelse.

Dette skal ske gennem en systematisk og differentieret indsats, hvor målrettede sygeplejefaglige observationer understøtter tidlig opsporing af begyndende sygdom og komplikationer, og hvor systematisk mobilisering understøtter, at borgeren hurtigst muligt genvinder sit funktionsniveau efter hoftebruddet.

Indsatsen skal samtidig sikre, at borgeren oplever en sammenhængende og tryg overgang fra sygehus til eget hjem, og at den støtte, der gives efter udskrivelsen, er tilpasset den enkelte borgers funktionsniveau og kompleksitet.

Dataindsamling

For at kunne følge og evaluere effekten af projektet er der opstillet en række indikatorer, som tilsammen giver et nuanceret billede af projektets resultater og udvikling over tid. Indikatorerne er inddelt i tre kategorier:

- Resultatindikatorer, som viser de direkte effekter for borgerne, og som er fastsat af det nationale LKT-projekt.

- Procesindikatorer, som måler om de planlagte aktiviteter og indsatser faktisk bliver gennemført.

- Følgeindikatorer, som giver indsigt i de langsigtede og afledte effekter, der kan være påvirket af projektet, men som også afhænger af andre forhold.

Denne opdeling har bidraget til et solidt evalueringsgrundlag og gjort det muligt at justere og kvalificere indsatsen løbende. For en nærmere beskrivelse af evalueringen, henvises til evalueringsrapporten.

Resultatindikatorer

I projektet er der udvalgt en række resultatindikatorer, som er fastsat i det nationale LKT-projekt, og som danner grundlag for at vurdere effekten af indsatsen. Indikatorerne afspejler projektets centrale målsætninger om at reducere genindlæggelser og dødelighed samt understøtte, at borgerne genvinder deres funktionsniveau efter hoftebrud. Nedenfor ses en oversigt over målsætninger og de tilhørende resultatindikatorer.

Mål 1: Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud
Mål 2: Borgere med hoftebrud genvinder funktionsniveau som før bruddet
Mål 3: Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud

Mål 1: Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud

Måles ved resultatindikatoren – 1: Reduktion i genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelse

Målsætning: Andel af borgere der genindlægges akut – uanset årsag – indenfor 30 dage efter udskrivelse fra sygehuset med diagnosen hoftebrud, skal være mindre end 15%.

Data er trukket fra SundK-databasen.

Baseline (2023-2025) – SundK-data:16,9 %

Mål 2: Borgere med hoftebrud genvinder funktionsniveau som før brud

Måles ved resultatindikator - 2: CAS score efter endt genoptræningsforløb

Målsætning: 90 pct. af borgerne med hoftebrud har genvundet deres præfraktur CAS-score efter endt genoptræningsforløb

Måles ved resultatindikator - 3: New Mobility Score (NMS) efter endt genoptræningsforløb.

Målsætning: 60% af borgere med hoftebrud har genvundet deres præfraktur NMS efter endt genoptræningsforløb.

Data er trukket fra SundK-databasen, hvor fysioterapeuterne har registreret måleresultater efter afslutning af borgernes træningsforløb.

Baseline: Dataindsamling på NMS- og CAS-score efter afsluttet genoptræningsforløb blev påbegyndt i juli 2025. Der foreligger derfor ikke en tilstrækkelig datamængde til at etablere en valid baseline for borgernes funktionsniveau.

Mål 3: Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud

Måles ved resultatindikatoren - 4: Reduktion i 30 dages mortalitet

Målsætning: Andelen af borgere, som dør inden for 30 dage efter operationsdato, skal være max 8% inden 31 dec. 2026. (Ingen afdeling bør have højere end 9%)

Data er trukket fra SundK-databasen.

Baseline (2023-2025): 10 %

Procesindikatorer

Projektets implementering monitoreres løbende gennem en række procesindikatorer, som skal understøtte kvalitet, forankring og samarbejde på tværs af sektorer. Procesindikatorerne er knyttet til de centrale arbejdsgange i projektet og skal sikre, at indsatsen gennemføres som planlagt.

Projektets procesindikatorer er opgjort gennem systematisk journalgennemgang (audit) af alle relevante borgerforløb. Indikatorerne opgøres som andele i procent, medmindre andet er angivet. Nedenfor ses en oversigt over projektets procesindikatorer.

Procesindikator 1: Andel af distrikterne i Hjælp i Hjemmet (hjemmeplejen), hvor de nye arbejdsgange er introduceret og implementeret.

Procesindikator 2: Andel af borgere, der efter udskrivelse til eget hjem er fordelt på LKT-program 1, LKT-program 2 og LKT-program 3.

Procesindikator 3: Andel af borgere, hvor observationsskemaet efter udskrivelse til eget hjem er udfyldt fuldstændigt, delvist eller slet ikke i overensstemmelse med LKT-programmet.

Procesindikator 4: Andel af borgere, hvor TOBS-målinger efter udskrivelse til eget hjem er udført fuldstændigt, delvist eller slet ikke i overensstemmelse med LKT-programmet.

Procesindikator 5: Andel af borgere, som er mobiliseret inden for 24 timer efter udskrivelse til eget hjem, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 6: Andel af borgere, der oplever smerter efter udskrivelse til eget hjem, fordelt på ingen, lette, moderate eller svære smerter.

Procesindikator 7: Andel af borgere, der spiser som vanligt efter udskrivelse til eget hjem, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 8: Andel af borgere, der mobiliseres til alle måltider efter udskrivelse til eget hjem, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 9: Andel af borgere, der mobiliseres 8-10 timer i døgnet efter udskrivelse til eget hjem, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 10: Andel af borgere der efter udskrivelse til eget hjem har haft problemer med afføring, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 11: Andel af borgere, der efter udskrivelse til eget hjem har haft en sammenhængende nattesøvn på 3 timer eller derover, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 12: Andel af borgere, hvor udskrivelsen fra sygehuset blev udsat, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 13: Årsag til udsat udskrivelse fra sygehuset.

Procesindikator 14: Antal dage fra udskrivelse til eventuel genindlæggelse.

Procesindikator 15: Årsag til genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse til eget hjem.

Procesindikator 16: Andel af borgere, der efter udskrivelse til eget hjem har fået foretaget en sygeplejefaglig udredning inden for 24 timer efter udskrivelsen, opgjort som ja/nej.

Procesindikator 17: Andel af borgere i LKT-3-programmet, der har fået foretaget en dysfagiscreening efter udskrivelse til eget hjem.

Procesindikator 18: Andel af borgere i LKT-3-programmet, der har fået foretaget en synkevurdering efter udskrivelse til eget hjem.

Projektets tilrettelæggelse og gennemførsel

Rammesætning og kortlægning af borgerforløbet

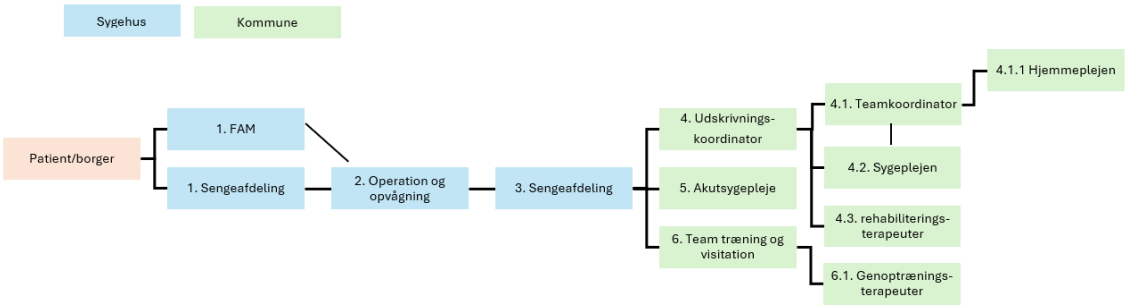
I projektets indledende fase blev de overordnede rammer fastlagt gennem en afklaring af projektets formål og forventede effekter samt en identifikation af de centrale udfordringer og behov, som projektet skulle adressere. Der blev desuden foretaget en præcisering af målgruppen og udvalgt de fokusområder i borgerforløbet, hvor indsatsen skulle prioriteres og udvikles.

Som led i organiseringen blev der etableret en styregruppe, en projektgruppe og en forbedringsgruppe med henblik på at sikre koordinering, beslutningskompetence og løbende kvalitetsudvikling.

Parallelt hermed blev borgerforløbet ved hoftebrud kortlagt på tværs af sektorer og involverede aktører. Kortlægningen viste, at mange forskellige faggrupper og funktioner indgår i borgerens forløb – fra den akutte indlæggelse og behandling på Sygehus Lillebælt til den efterfølgende indsats i kommunalt regi gennem akutsygeplejen, sygeplejen, hjemmeplejen, rehabiliteringsterapeuterne og genoptræningen.

De mange involverede aktører og overgange mellem sektorer og fagområder understregede kompleksiteten i borgerforløbet og behovet for at skabe en fælles forståelse af de eksisterende arbejdsgange og samarbejdsflader. Kortlægningen dannede grundlag for at identificere styrker, udfordringer og udviklingspotentialer i det samlede borgerforløb, af bilag 1 fremgår hvor mange forskellige aktører der er involveret i borgerens forløb efter udskrivelse.

Figuren nedenfor illustrerer borgerforløbet.



Udvælgelse og udvikling af forbedringsinitiativer

På baggrund af kortlægningen af borgerforløbet og erfaringerne fra de nationale læringsseminarer udvalgte projekt- og styregruppen de forbedringsområder, der skulle arbejdes videre med lokalt.

De udvalgte forbedringsområder dannede udgangspunkt for en række tværfaglige workshops, hvor medarbejdere og samarbejdspartnere arbejdede med at identificere konkrete løsninger og udvikle nye arbejdsgange. Workshopperne havde deltagelse af repræsentanter fra alle 12 distrikter i Hjælp i Hjemmet i Kolding Kommune, relevante aktører fra Senior, Sundhed og Fritid, Sygehus Lillebælt samt private aktører. I bilag 2 findes en oversigt over workshopsene der blev afholdt.

Som en del af workshopforløbet blev der planlagt undervisning med henblik på at opkvalificere medarbejderne og styrke deres faglige viden om hoftebrudsforløbet. Undervisningen blev tilrettelagt i to målrettede forløb: ét for ufaglærte medarbejdere og social- og sundhedshjælpere og ét for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. For at sikre, at undervisningen nåede bredt ud, blev den desuden gjort tilgængelig online for medarbejdere fra distrikter og plejehjem i Kolding Kommune, som ikke deltog i de fysiske workshops.

Workshopperne udgjorde således en central del af projektets arbejde med både at udvikle og kvalificere nye arbejdsgange samt at opkvalificere medarbejderne fagligt med henblik på at styrke indsatsen for borgere med hoftebrud.

Afprøvning, evaluering og videreudvikling

Efter udviklingen af de nye arbejdsgange blev disse afprøvet over en periode på seks måneder på i alt 50 borgerforløb. Efter afprøvningsperioden blev der gennemført en evaluering med henblik på at vurdere, hvordan de nye arbejdsgange fungerede i praksis, og hvilken betydning de havde for borgerforløbene.

Evalueringen byggede dels på kvantitative data fra projektets proces- og resultatindikatorer og dels på kvalitativ feedback fra medarbejderne. De kvantitative data bidrog med viden om, i hvilken grad de planlagte indsatser blev gennemført, og hvilke resultater der blev opnået, mens

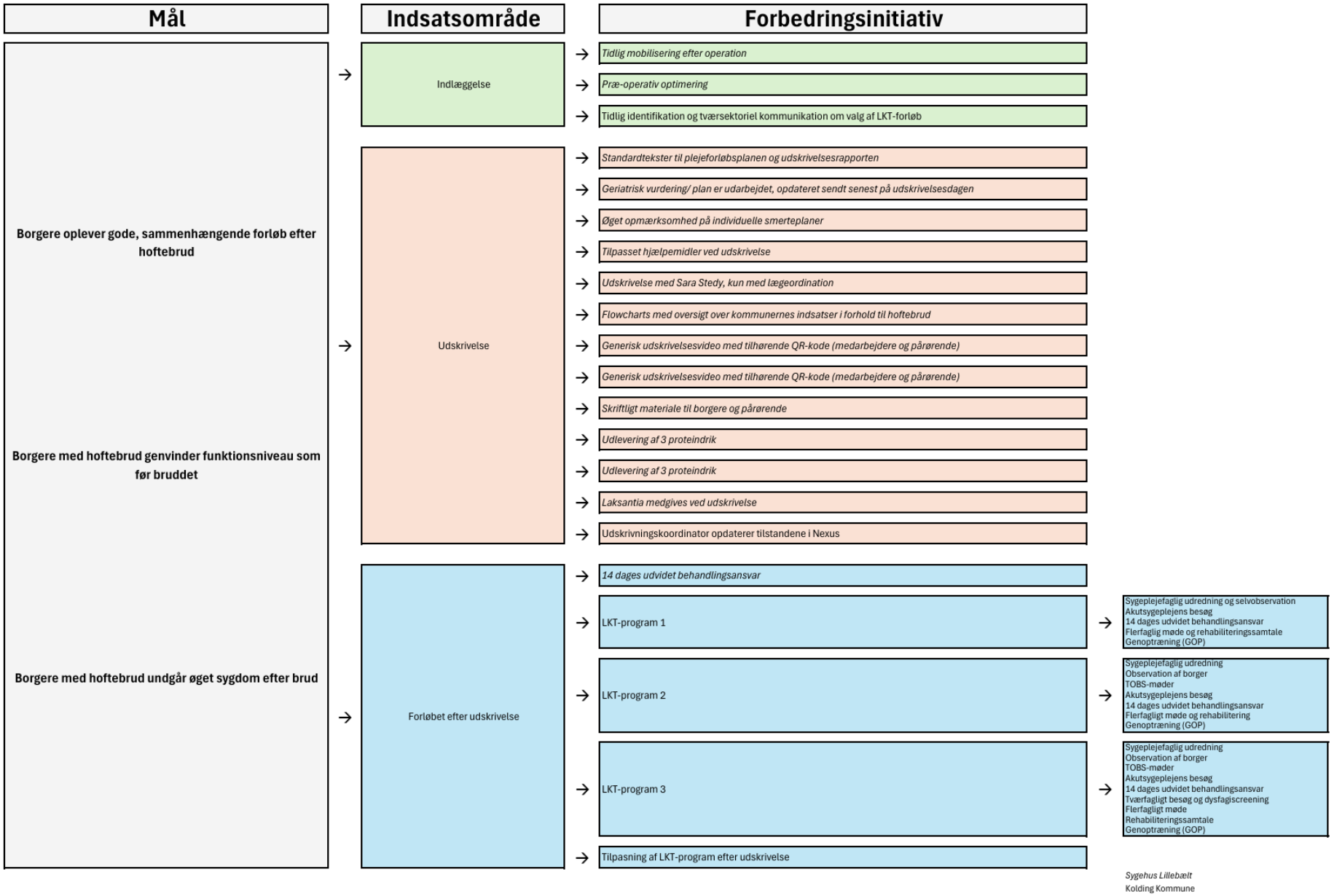
medarbejdernes tilbagemeldinger bidrog med erfaringer fra den daglige praksis og viden om, hvordan arbejdsgangene fungerede på tværs af sektorer og faggrupper.

Resultaterne fra evalueringen dannede grundlag for at justere de eksisterende arbejdsgange og udvikle yderligere forbedringstiltag. Projektet blev dermed tilrettelagt som en løbende forbedringsproces, hvor erfaringer og data fra afprøvningen blev anvendt aktivt til at kvalificere og videreudvikle indsatsen.

Implementerede forbedringsindsatser

I projektet blev der udviklet nye arbejdsgange og arbejdsredskaber på tværs af borgerforløbet og sektorerne – fra indlæggelsen over udskrivelsen til indsatsen efter udskrivelsen.

Nedenstående driverdiagram illustrerer de forbedringstiltag, der blev igangsat i de forskellige faser af borgerforløbet med henblik på at understøtte projektets overordnede mål.



Sygehus Lillebælt
Kolding Kommune

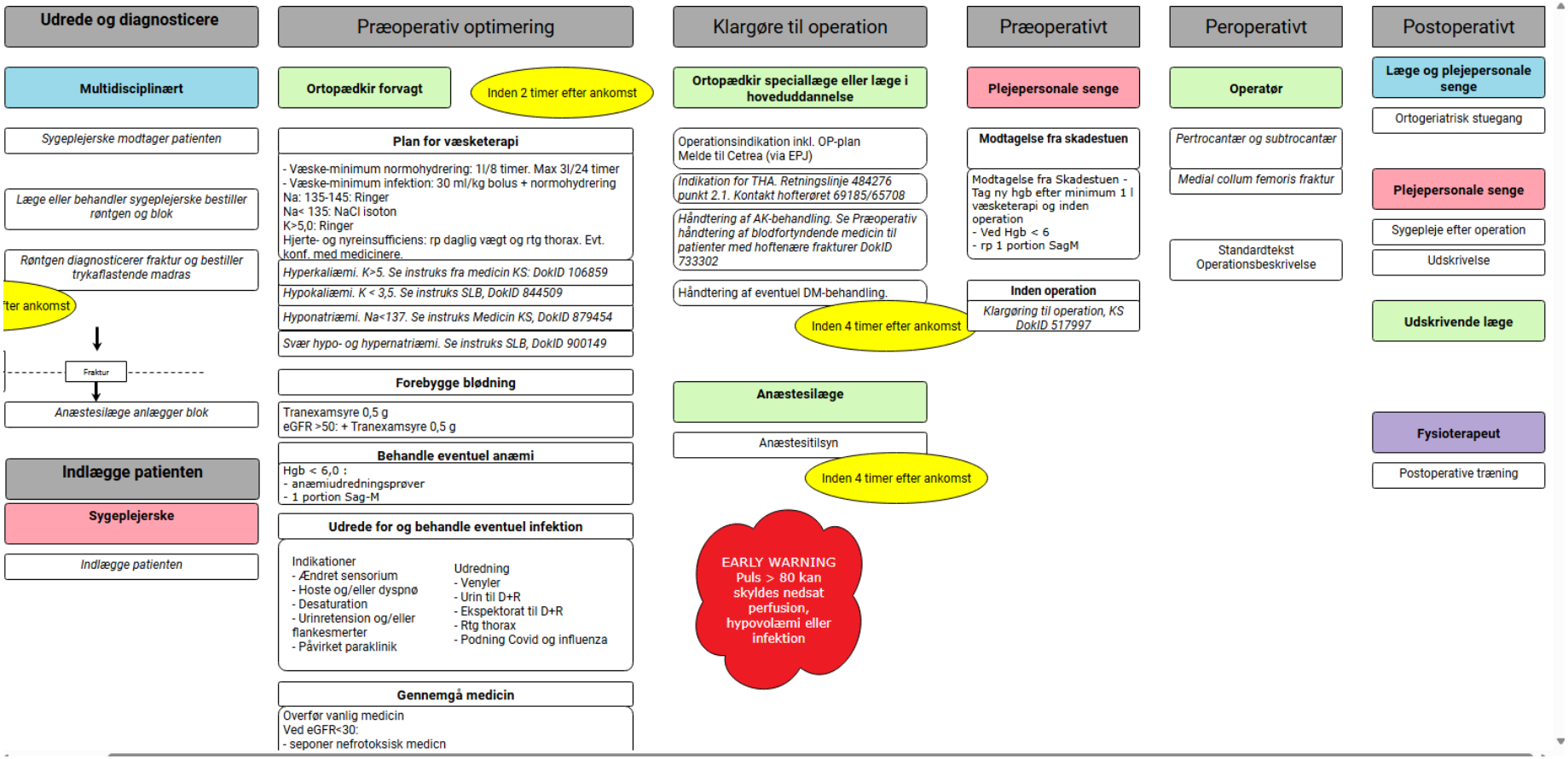
I det følgende uddybes de enkelte forbedringstiltag inden for hver af de tre faser i borgerforløbet: indlæggelse, udskrivelse og forløbet efter udskrivelse

Indlæggelse

Mobilisering

Afdelingen genintroducerede et fælles fokus på tidlig mobilisering efter operation. For borgere, der vendte tilbage til afdelingen inden kl. 18, var målet, at mobilisering skete inden natten. Sloganet *"Tilbage inden atten, mobiliseringen inden natten"* anvendtes som en fælles påmindelse i afdelingen. Derudover var det et mål, at borgerne mobiliseres i forbindelse med alle måltider. Indsatsen understøttede en ensartet opmærksomhed på mobilisering i det daglige arbejde.

Præoperativ forbedring



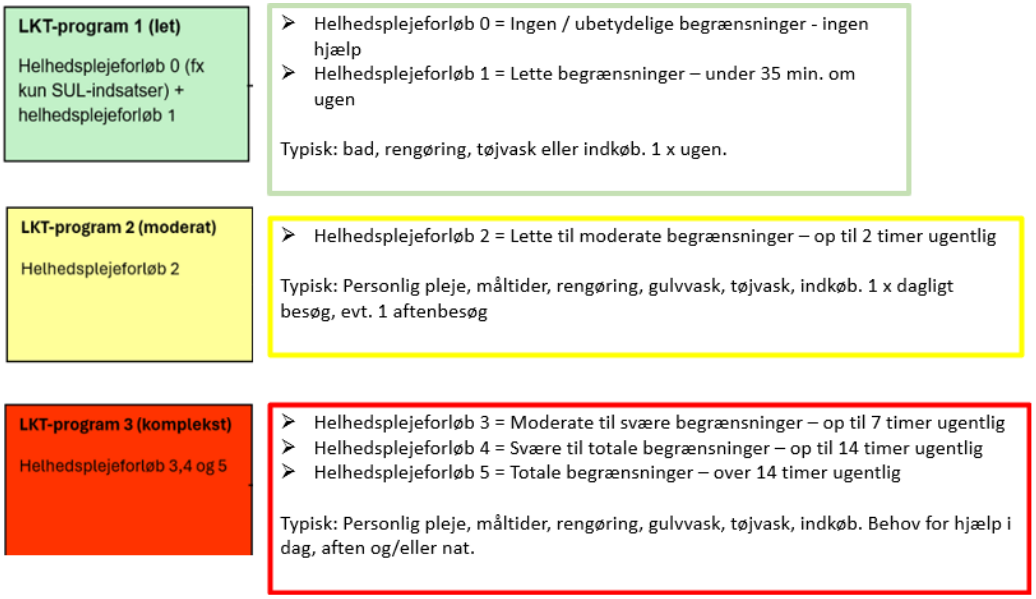
Vi har arbejdet med at optimere patientens modtagelse i skadestuen, så patienten er vurderet ift. evt. forudbestående infektion, som årsag til faldet, manglende væske med vurdering af hydreringsgrad og blodtab, som følge af brud og evt. forudbestående anæmi, samt tilpasning af patientens vanlige medicin ift. det operative indgreb. Ved at følge flowchart vil der være fokus på disse forhold og vejledning om, hvorledes patienten kan optimeres og ikke mindst hvem og hvor i forløbet disse tiltag skal initieres.

Tidlig identifikation og tværsektoriel kommunikation om valg af LKT-forløb

Når borgere udskrives efter et hoftebrud, kan deres funktionsniveau og behov for støtte og observation variere betydeligt. Nogle borgere har behov for en tæt opfølgning og særlig opmærksomhed, mens andre har et højere funktionsniveau og kan klare sig med en mindre omfattende indsats. Det er derfor vigtigt, at indsatsen efter udskrivelsen tilpasses den enkelte borgers funktionsniveau og behov.

Borgerens funktionsniveau vurderes af udskrivelseskoordinatorerne i kommunen med henblik på at fastlægge, hvilket helhedsforløb borgeren skal tilknyttes efter udskrivelsen, eller hvilke SEL-ydelser borgeren skal modtage. For borgere under 67 år, der modtager ydelser efter serviceloven (SEL), vurderes det, hvilket helhedsforløb borgeren ville være blevet tilknyttet, hvis vedkommende var over 67 år.

Det valgte helhedsforløb danner efterfølgende grundlag for, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes. På den måde fordeles borgerne på forskellige LKT-programmer afhængigt af deres vurderede funktionsniveau, så indsatsen efter udskrivelsen tilpasses deres behov.



Udskrivelseskoordinatoren sikrer, at de relevante aktører informeres om, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes efter udskrivelsen. Hvis borgerens tilstand ændrer sig under indlæggelsen, og det medfører, at borgeren skal udskrives til et andet helhedsforløb og dermed et andet LKT-program, orienterer udskrivelseskoordinatoren de relevante aktører om ændringen. Til understøttelse af opgaven er der udarbejdet en tjekliste, som udskrivelseskoordinatoren følger, disse fremstår af bilag 3.

Udskrivelse

Standardtekster til plejeforløbsplanen og udskrivelsesrapporten

For at sikre en systematisk og ensartet overlevering af oplysninger fra sygehus til kommune blev der udarbejdet standardiserede frasetekster til plejeforløbsplanen og udskrivelsesrapporten. Fraseteksterne skal gøre det lettere at formidle oplysninger om borgerens tilstand, behov og videre forløb tydeligt til kommunen og dermed understøtte overgangen til den kommunale indsats. Fraseteksterne fremgår af bilag 4.

Geriatrisk vurdering/plan er udarbejdet, opdateret og sendt senest på udskrivelsesdagen

Formålet med en geriatrisk vurdering er at skabe et samlet billede af en ældre persons helbred, funktionsevne og livssituation. Vurderingen omfatter både fysiske, psykiske og sociale forhold samt personens egne ønsker og mål. Den skal synliggøre ressourcer og udfordringer, som kan have betydning for hverdagen og forløbet i sundhedsvæsenet, og danne grundlag for en sammenhængende, individuelt tilpasset indsats på tværs af faggrupper og sektorer.

Øget opmærksomhed på individuelle smerteplaner

Tidlig mobilisering har stor betydning for patienternes videre forløb og funktionsevne efter et hoftebrud. Tilstrækkelig smertelindring efter udskrivelsen er derfor vigtig for, at borgeren kan mobiliseres og deltage i genoptræningen i eget hjem. Smerter og behov for smertestillende behandling bør derfor vurderes inden udskrivelsen med henblik på at udarbejde en individuel plan for det videre forløb.

For at øge opmærksomheden på muligheden for at anvende individuelle smerteplaner frem for den obligatoriske hoftepakke orienterede den ledende overlæge afdelingens læger via mail. Muligheden blev desuden drøftet på et lægemøde.

Tilpasset hjælpemidler ved udskrivelse

Ved udskrivelsen fik borgeren stillet hjælpemidler i form af badebænk og rollator til rådighed. Tidligere blev hjælpemidlerne ikke nødvendigvis indstillet og tilpasset den enkelte borgers behov, ligesom der var uklarhed om, hvem der havde ansvaret for at sikre den nødvendige tilpasning.

Som led i afprøvningen blev der derfor sat fokus på at tydeliggøre ansvarsfordelingen, så fysioterapeuten sikrede, at de relevante hjælpemidler blev indstillet og tilpasset den enkelte borger inden udskrivelsen.

Udskrivelse med Sara Stedy, kun med lægeordination

For at fremme borgernes mobilisering og funktionsevne efter udskrivelsen blev der sat fokus på at begrænse anvendelsen af Sara Stedy som hjælpemiddel ved udskrivelse. Baggrunden var, at borgere, der blev udskrevet med Sara Stedy, ofte havde et meget begrænset funktionsniveau,

hvilket kunne gøre det vanskeligt for dem at klare sig i eget hjem. Samtidig er anvendelsesmulighederne for Sara Stedy anderledes i borgerens eget hjem end på sygehuset, da hjælpemidlet i hjemmet alene anvendes til forflytning.

Som led i indsatsen blev der gennemført en faglig dialog om, i hvilke situationer Sara Stedy var et hensigtsmæssigt hjælpemiddel. Målet var at styrke borgernes funktionsevne inden udskrivelsen, så de i videst muligt omfang kunne klare sig med et andet ganghjælpemiddel. Der blev desuden sat fokus på at vurdere, om en kortere forlængelse af indlæggelsen kunne forbedre borgerens funktionsevne. Målet var at skabe bedre forudsætninger for, at borgeren kunne klare sig i eget hjem efter udskrivelsen. Udskrivelse med Sara Stedy skulle godkendes af den ledende overlæge.

Flowcharts med oversigt over kommunernes indsatser i forhold til hoftebrud

Afdelingen samarbejder med flere kommuner, med forskellige arbejdsgange, kontaktveje og ansvarsfordeling afhængig af borgerens bopæl. Derfor blev det vurderet hensigtsmæssigt at udarbejde et flowchart for at understøtte en sikker og sammenhængende udskrivelse. Flowchartet tydeliggør de enkelte arbejdsgange og samarbejdsflader samt gør det lettere for medarbejderne at navigere i de forskellige udskrivelsesforløb i forbindelse med hoftebrud. Det udarbejdede flowcharts for de forskellige udskrivelsesforløb fremgår af bilag 5.

Generisk udskrivelsesvideo med tilhørende QR-kode

For at understøtte en ensartet forståelse af, hvilke symptomer og ændringer i borgerens tilstand der er vigtige at være opmærksomme på efter udskrivelsen, blev det vurderet hensigtsmæssigt at udvikle en fælles udskrivelsesvideo målrettet borgere, pårørende og kommunale medarbejdere. Videoen skulle formidle relevante observationer og opmærksomhedspunkter efter udskrivelsen samt skabe en bedre forståelse for betydningen af mobilisering. For medarbejderne skulle videoen desuden bidrage til en forståelse af, hvorfor observationerne i det observationsskema, der anvendes efter udskrivelsen, er relevante, og hvilke forhold de særligt skal være opmærksomme på. Samtidig skulle videoen bidrage til, at borgere, pårørende og fagpersoner fik en fælles forståelse af indsatsen og arbejdede i samme retning for at understøtte borgerens videre forløb efter udskrivelsen.

Der blev valgt én generisk udskrivelsesvideo frem for flere forskellige videoer målrettet de enkelte udskrivelsesforløb. Det gjorde videoen lettere at anvende og gav mulighed for anvendelse også i forbindelse med andre typer af udskrivelser.

For at gøre videoen let tilgængelig blev der udarbejdet plakater med QR-kode, som blev hængt op i alle hjemmeplejedistrikter og på plejehjemmene. Der blev desuden oprettet et link, så medarbejderne nemt kunne printe plakaten og udlevere den til borgere og pårørende. Endelig blev QR-koden integreret i det udskrivelsesmateriale, som borgerne fik med hjem fra sygehuset. Plakaten med QR-kode fremgår af bilag 6.

Skriftligt materiale til borgere og pårørende

For at tydeliggøre over for borgerne, hvad de kunne forvente efter udskrivelsen, og understøtte deres tryghed i overgangen fra sygehus til hjem, blev det vurderet hensigtsmæssigt at udarbejde skriftligt informationsmateriale. Materialet skulle beskrive LKT-forløbet og baggrunden for indsatsen samt give borgerne og deres pårørende en bedre forståelse af, hvad der skulle ske efter udskrivelsen. Det skulle blandt andet tydeliggøre formålet med akutsygeplejens besøg og de observationer og målinger, der blev foretaget i hjemmet. Derudover skulle materialet understøtte borgernes ernæring efter udskrivelsen.

Der blev derfor udarbejdet et udskrivelsespapir med information om LKT-forløbet og baggrunden for indsatsen samt en beskrivelse af, hvad borgerne kunne forvente efter udskrivelsen. Papiret havde en plakat med QR-kode til udskrivelsesvideoen som forside. Derudover indeholdt materialet information om ernæring efter udskrivelsen, herunder opskrifter med fokus på et øget proteinindtag. Derudover fik borgere, der blev udskrevet i LKT-program 1, udleveret et selvobservationsskema, som de skulle anvende i de første dage efter udskrivelsen. I bilag 7 findes udskrivelsesmaterialet til borger i LKT-program 1, mens bilag 8 er udskrivelsesmateriale til borgere i LKT-program 2 eller 3.

Udlevering af 3 proteindrik

For at understøtte borgernes ernæring i den første tid efter udskrivelsen blev det vurderet hensigtsmæssigt at sikre, at borgere i LKT-program 3 havde proteindrikke til rådighed allerede ved hjemkomsten. Samtidig var der behov for at skabe større opmærksomhed blandt personalet på arbejdsgangene omkring grønne recepter og bestilling af proteindrikke, så den ernæringsmæssige støtte kunne iværksættes rettidigt og med mindst muligt besvær for borgerne og de pårørende.

Laksantia medgives ved udskrivelse

For at forebygge forstoppelse i dagene efter udskrivelsen blev det vurderet hensigtsmæssigt at sikre, at borgerne fik laksantia med hjem fra sygehuset. Herved skulle den forebyggende behandling kunne påbegyndes rettidigt uden at være afhængig af, at borgeren eller de pårørende fik hentet laksantia i forbindelse med udskrivelsen.

Som led i indsatsen får alle borgere, der udskrives efter et hoftebrud, laksantia med hjem til de første dage efter udskrivelsen.

Udskrivelseskoordinator opdaterer tilstandene i Nexus

For at sikre, at de kommunale medarbejdere var opdaterede på borgerens tilstand allerede ved første besøg i hjemmet, blev det besluttet, at udskrivelseskoordinatoren skulle opdatere borgerens tilstande i Nexus inden udskrivelsen. Det skulle blandt andet tydeliggøre, om der var særlige restriktioner i forbindelse med borgerens bevægelse, da flere medarbejdere havde oplevet usikkerhed omkring, hvilke bevægelser borgeren måtte udføre efter hoftebruddet. Herved skulle

medarbejderne have et bedre grundlag for at støtte borgeren i den videre mobilisering og rehabilitering.

Forløbet efter udskrivelse

14 dages udvidet behandlingsansvar

For at sikre, at de kommunale sygeplejersker havde adgang til læge- og sygeplejefaglig sparring samt sygehusets specialiserede viden i tiden efter udskrivelsen, blev det vurderet hensigtsmæssigt at etablere et udvidet behandlingsansvar i 14 dage efter udskrivelsen. Ordningen skulle give de kommunale sygeplejersker mulighed for at få rådgivning og sparring ved komplikationer eller bekymringer relateret til borgerens hoftebrudsforløb, herunder ved udfordringer med smertebehandlingen, bekymrende observationsfund eller tegn på forværring af borgerens tilstand.

Som led i indsatsen blev der indført 14 dages udvidet behandlingsansvar for alle borgere, der udskrives efter et hoftebrud. Akutsygeplejen og øvrige kommunale sygeplejersker fik dermed mulighed for at kontakte sygehusafdelingen med henblik på både læge- og sygeplejefaglig rådgivning ved komplikationer eller andre problemstillinger relateret til borgerens hoftebrudsforløb i op til 14 dage efter udskrivelsen.

LKT-program 1

For borgere tilknyttet LKT-program 1 er det vigtigt at sikre en systematisk opfølgning i dagene efter udskrivelsen, så mobilisering vedligeholdes og eventuelle ændringer i borgerens tilstand opdages, og der kan reageres ved behov. Da borgerne typisk er selvhjulpne og har et begrænset behov for hjælp, er forløbet tilrettelagt med fokus på tidlig opfølgning, observation og inddragelse af borgeren i egenomsorgen. Formålet er at understøtte borgerens videre forløb i eget hjem og sikre, at der er mulighed for faglig opfølgning, hvis der opstår behov for det.

LKT-program 1 omfatter borgere, der tilknyttes helhedsforløb 0 eller 1. Det drejer sig om borgere, der efter udskrivelsen alene har behov for sundhedsydelser/indsatser efter sundhedsloven (SUL) og/eller har et begrænset behov for hjælp. Borgerne er typisk meget selvhjulpne og har et højt funktionsniveau med lettere begrænsninger. I disse forløb kommer kommunen ikke i borgerens hjem dagligt.

Teamkoordinatoren har ansvar for at planlægge borgerens forløb. Til understøttelse af opgaven er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de relevante opgaver og arbejdsgange, fremgår af bilag 9.

Sygeplejefagligudredning og selvobservation

Inden for 24 timer efter udskrivelsen aflægges et besøg i hjemmet af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent (SSA). Ved besøget foretages en sygeplejefaglig udredning med udgangspunkt i den udarbejdede VAR-retningslinje. Der foretages desuden en TOBS-måling, og observationsskemaet i Nexus, udfyldes sammen med borgeren – observationsskema i Nexus

fremgår af bilag 10. Borgeren informeres om det videre forløb og introduceres til selvobservationsskemaet, som fremgår af bilag 11. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de opgaver, sygeplejersken eller SSA'en skal varetage, fremgår af bilag 12.

Akutsygeplejens besøg

I dagene efter det første besøg og frem til akutsygeplejens besøg på dag 4 udfylder borgeren selvobservationsskemaet. Ved tvivl eller observationer, der afviger fra det forventede og kræver opfølgning, skal borgeren kontakte sygeplejen.

På dag 4 efter udskrivelsen aflægges et besøg af akutsygeplejen, hvor borgerens tilstand vurderes. Der foretages en TOBS-måling, og der måles blandt andet hæmoglobin (Hgb) og CRP. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste til akutsygeplejen, fremgår af bilag 13.

14 dages udvidet behandlingsansvar

For at sikre, at sygeplejen og akutsygeplejen har mulighed for at få lægefaglig sparring og rådgivning i tiden efter borgerens udskrivelse, er der etableret 14 dages udvidet behandlingsansvar. Det betyder, at både sygeplejen og akutsygeplejen kan kontakte sygehusafdelingen ved spørgsmål, bekymringer eller problemstillinger relateret til borgerens hoftebrudsforløb i de første 14 dage efter udskrivelsen.

Det understøtter muligheden for at få relevant faglig sparring, hvis der f.eks. opstår bekymring for borgerens tilstand eller behov for opfølgning på observationer.

Flerfagligt møde og rehabiliteringssamtale

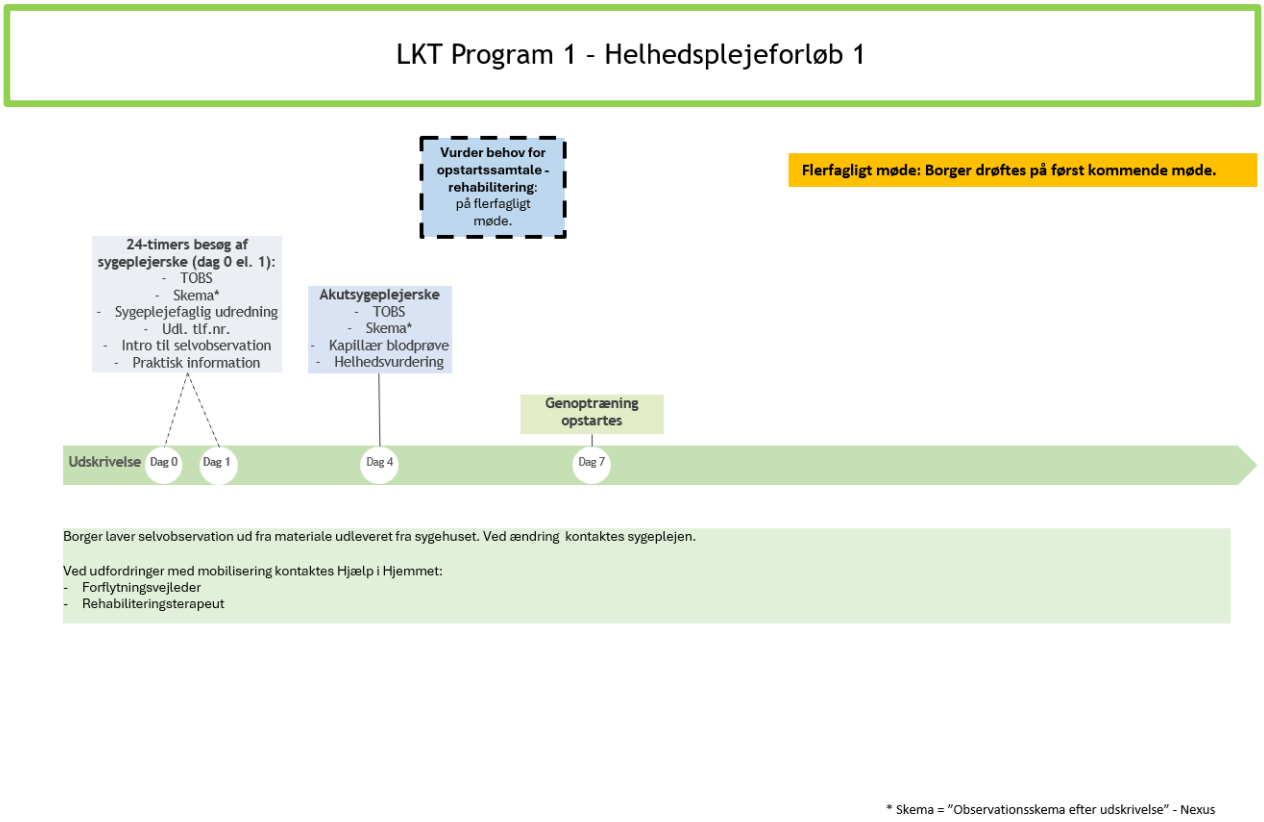
Der afholdes desuden ugentlige flerfaglige møder i distrikterne. Borgeren drøftes på det førstkommende møde efter udskrivelsen, hvor borgerens tilstand og eventuelle behov for en rehabiliterende samtale vurderes. Rehabiliteringsterapeuten har ansvar for at følge op på, om der er behov for en sådan rehabiliterende samtale. Formålet med rehabiliteringssamtalen er beskrevet i bilag 14, og der er desuden udarbejdet en tjekliste til rehabiliteringsterapeuten, fremgår af bilag 15. Hvis det vurderes, at borgeren har behov for en rehabiliterende samtale, aftales det, om samtalen med borgeren og eventuelt pårørende med fordel kan gennemføres tværfagligt, eller om rehabiliteringsterapeuten kan varetage den alene.

Genoptræning (GOP)

For at understøtte borgernes genoptræning og sikre, at træningen bidrager til at genopbygge deres muskelstyrke og funktionsevne, er der fokus på målrettet og intensiv styrketræning. Det er samtidig vigtigt, at træningen tilrettelægges og gennemføres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og fysiske formåen.

I forbindelse med opstart og afslutning af genoptræningsforløbet gennemfører fysioterapeuten en RSS-test med henblik på at vurdere borgerens funktionsevne. Alle borgere, der træner på et træningscenter, får desuden foretaget en RM-test i benpres for at sikre, at træningen kan tilrettelægges med tilstrækkelig belastning og fokus på tung styrketræning. Borgerne motiveres til at træne på træningscenter, da det giver adgang til styrketræningsmaskiner. Al træning varetages af en uddannet fysioterapeut, og der er generelt fokus på hård styrketræning gennem hele genoptræningsforløbet.

Nedenfor ses en flowoversigt over borgerforløbet for borgere tilknyttet LKT-program 1.



* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

LKT-program 2

For borgere tilknyttet LKT-program 2 er det vigtigt at sikre en systematisk opfølgning i dagene efter udskrivelsen, så eventuelle ændringer i borgerens tilstand opdages, og der kan reageres ved behov. Borgerne har typisk lette til moderate begrænsninger i funktionsniveauet og et vist behov for hjælp. Forløbet er derfor tilrettelagt med fokus på tidlig mobilisering, opfølgning, observation og inddragelse af borgeren i egenomsorgen. Formålet er at understøtte borgerens videre forløb i eget hjem og sikre mulighed for faglig opfølgning, hvis der opstår behov for det.

LKT-program 2 omfatter borgere, der tilknyttes helhedsforløb 2. Det drejer sig om borgere, der efter udskrivelsen har moderat behov for hjælp i dagligdagen, typisk med et dagligt besøg.

Teamkoordinatoren har ansvar for at planlægge borgerens forløb. Til understøttelse af opgaven er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de relevante opgaver og arbejdsgange, fremgår af bilag 16.

Sygeplejefagligudredning

Inden for 24 timer efter udskrivelsen aflægges et besøg i hjemmet af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent (SSA). Ved besøget foretages en sygeplejefaglig udredning med udgangspunkt i den udarbejdede VAR-retningslinje. Der foretages desuden en TOBS-måling, og observationsskemaet i Nexus, udfyldes sammen med borgeren – observationsskema i Nexus fremgår af bilag 10. Borgeren informeres om det videre forløb. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de opgaver, sygeplejersken eller SSA'en skal varetage, fremgår af bilag 17.

Observation af borger

Distriktet observerer borgerne i de første dage efter udskrivelse dvs. i dagvagten på dag 1,2 4 og 5, hvor der laves TOBS-måling og observationsskemaet i Nexus udfyldes sammen med borgeren. Det kan både være en SSH, SSA eller sygeplejerske som varetager observationerne.

TOBS-møder

Der afholdes dagligt TOBS-møder, og borgeren er sat på TOBS-møde de første 3 dage efter udskrivelsen, her tages stilling til TOBS-målinger og observationer fra observationsskemaet. Ved afvigelser planlægges den videre plan.

Akutsygeplejens besøg

På dag 3 og 6 efter udskrivelsen aflægger akutsygeplejen besøg hos borgeren, her vurderes borgerens tilstand, ved samtale med borgeren og udfra de foregående dages observationer i observationsskemaet. Der foretages endvidere en TOBS-måling, og der måles hæmoglobin (Hgb) og CRP. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste til akutsygeplejen, fremgår af bilag 12.

14 dages udvidet behandlingsansvar

For at sikre, at sygeplejen og akutsygeplejen har mulighed for at få lægefaglig sparring og rådgivning i tiden efter borgerens udskrivelse, er der etableret 14 dages udvidet behandlingsansvar. Det betyder, at både sygeplejen og akutsygeplejen kan kontakte sygehusafdelingen ved spørgsmål, bekymringer eller problemstillinger relateret til borgerens hoftebrudsforløb i de første 14 dage efter udskrivelsen.

Det understøtter muligheden for at få relevant faglig sparring, hvis der eksempelvis opstår bekymring for borgerens tilstand eller behov for opfølgning på observationer.

Flerfaglig møde og rehabiliteringssamtale

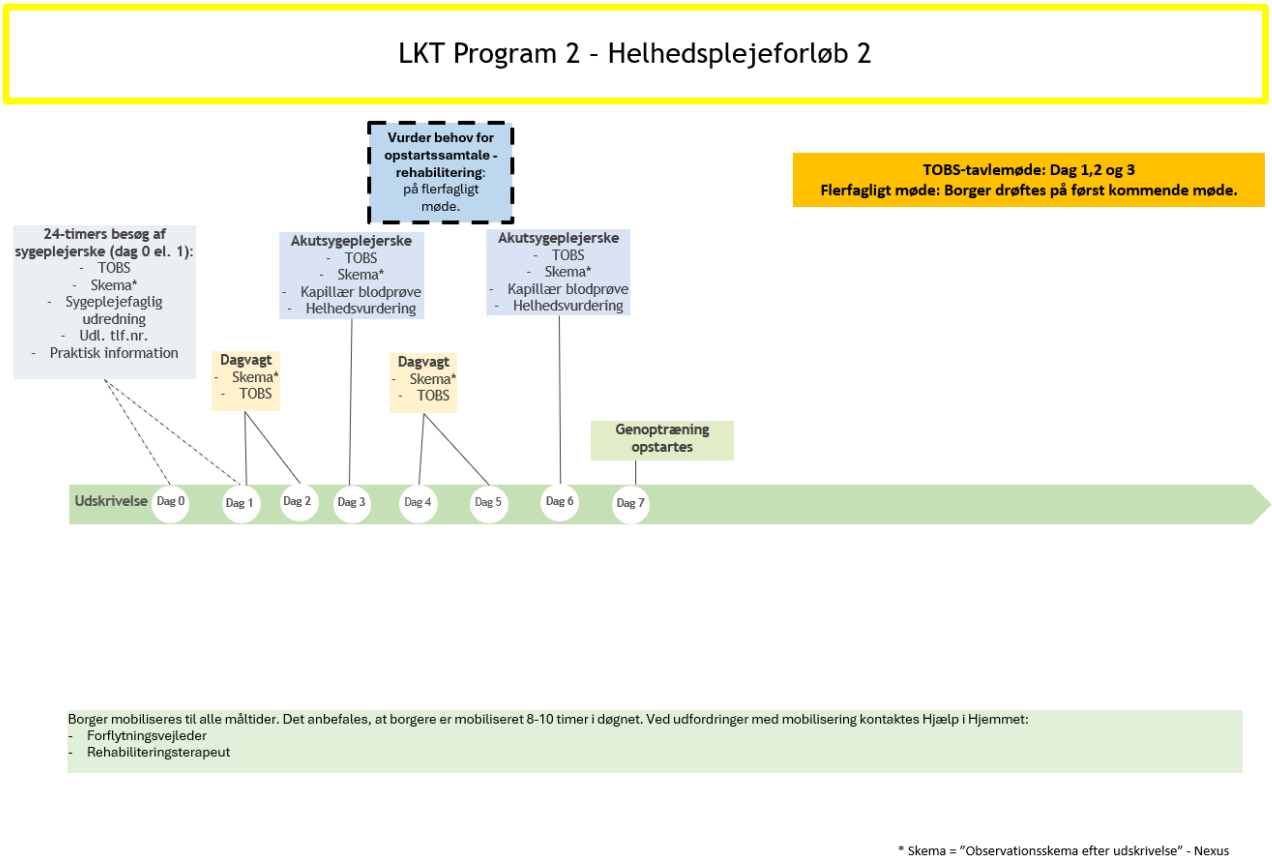
Der afholdes desuden ugentlige flerfaglige møder i distrikterne. Borgeren drøftes på det førstkommende møde efter udskrivelsen, hvor borgerens tilstand og eventuelle behov for en rehabiliterende samtale vurderes. Rehabiliteringsterapeuten har ansvar for at følge op på, om der er behov for en sådan rehabiliterende samtale. Formålet med rehabiliteringssamtalen er beskrevet i bilag 13, og der er desuden udarbejdet en tjekliste til rehabiliteringsterapeuten, fremgår af bilag 14. Hvis det vurderes, at borgeren har behov for en rehabiliterende samtale, aftales det, om samtalen med borgeren og eventuelt pårørende med fordel kan gennemføres tværfagligt, eller om rehabiliteringsterapeuten kan varetage den alene.

Genoptræning (GOP)

For at understøtte borgernes genoptræning og sikre, at træningen bidrager til at genopbygge deres muskelstyrke og funktionsevne, er der fokus på målrettet og intensiv styrketræning. Det er samtidig vigtigt, at træningen tilrettelægges og gennemføres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og fysiske formåen.

I forbindelse med opstart og afslutning af genoptræningsforløbet (GOP) gennemfører fysioterapeuten en RSS-test med henblik på at vurdere borgerens funktionsevne. Alle borgere, der træner på et træningscenter, får desuden foretaget en RM-test i benpres for at sikre, at træningen kan tilrettelægges med tilstrækkelig belastning og fokus på tung styrketræning. Borgerne motiveres til at træne på træningscenter, da det giver adgang til styrketræningsmaskiner. Al træning varetages af en uddannet fysioterapeut, og der er generelt fokus på hård styrketræning gennem hele genoptræningsforløbet.

Nedenfor ses en flowoversigt over borgerforløbet for borgere tilknyttet LKT-program 2.



LKT-program 3

For borgere tilknyttet LKT-program 3 er det vigtigt at sikre en systematisk opfølgning i dagene efter udskrivelsen, så eventuelle ændringer i borgerens tilstand opdages, og der kan reageres ved behov. Borgerne har typisk moderate til svære begrænsninger i funktionsniveauet og behov for hjælp flere gange i døgnet. Forløbet er derfor tilrettelagt med fokus på tidlig mobilisering, opfølgning, observation og inddragelse af borgeren i egenomsorgen. Formålet er at understøtte borgerens videre forløb i eget hjem og sikre mulighed for faglig opfølgning, hvis der opstår behov for det.

LKT-program 3 omfatter borgere, der tilknyttes helhedsforløb 3,4 eller 5. Det drejer sig om borgere, der efter udskrivelsen spænder fra at have moderate til totale begrænsninger. Borgeren har typisk brug for omfattende hjælp i hverdagen og har flere besøg i løbet af døgnet.

Teamkoordinatoren har ansvar for at planlægge borgerens forløb. Til understøttelse af opgaven er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de relevante opgaver og arbejdsgange, fremgår af bilag 18.

Sygeplejefagligudredning

Inden for 24 timer efter udskrivelsen aflægges et besøg i hjemmet af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent (SSA). Ved besøget foretages en sygeplejefaglig udredning med

udgangspunkt i den udarbejdede VAR-retningslinje. Der foretages desuden en TOBS-måling, og observationsskemaet i Nexus, udfyldes sammen med borgeren – observationsskema i Nexus fremgår af bilag 10. Borgeren informeres om det videre forløb. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste, som beskriver de opgaver, sygeplejersken eller SSA'en skal varetage, fremgår af bilag 19.

Observation af borger

Distriktet observerer borgerne i de første dage efter udskrivelse dvs. i dagvagten på dag 1,2 4 og 5, og i aftenvagten på dag 1,2,3,4,5 og 6. I dagvagten laves der TOBS-måling og observationsskemaet i Nexus udfyldes sammen med borgeren. I aftenvagten laves der observationsskema i Nexus sammen med borgeren. Det kan både være en SSH, SSA eller sygeplejerske som varetager observationerne.

TOBS-møder

Der afholdes dagligt TOBS-møder, og borgeren er sat på TOBS-møde de første 3 dage efter udskrivelsen, her tages stilling til TOBS-målinger og observationer fra observationsskemaet. Ved afvigelser planlægges den videre plan.

Akutsygeplejens besøg

På dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen aflægger akutsygeplejen besøg hos borgeren, her vurderes borgerens tilstand, ved samtale med borgeren og udfra de foregående dages observationer i observationsskemaet. Der foretages endvidere en TOBS-måling, og der måles hæmoglobin (Hgb) og CRP. Til understøttelse af besøget er der udarbejdet en tjekliste til akutsygeplejen, fremgår af bilag 12.

14 dages udvidet behandlingsansvar

For at sikre, at sygeplejen og akutsygeplejen har mulighed for at få lægefaglig sparring og rådgivning i tiden efter borgerens udskrivelse, er der etableret 14 dages udvidet behandlingsansvar. Det betyder, at både sygeplejen og akutsygeplejen kan kontakte sygehusafdelingen ved spørgsmål, bekymringer eller problemstillinger relateret til borgerens hoftebrudsforløb i de første 14 dage efter udskrivelsen.

Det understøtter muligheden for at få relevant faglig sparring, hvis der eksempelvis opstår bekymring for borgerens tilstand eller behov for opfølgning på observationer.

Tværfagligt besøg og dysfagiscreening

For at sikre en tidlig tværfaglig opfølgning efter udskrivelsen planlægges der et besøg i borgerens hjem inden for tre dage efter udskrivelsen. Det tilstræbes, at besøget finder sted allerede dagen efter udskrivelsen, så borgeren hurtigt får den nødvendige støtte til mobilisering i eget hjem. Formålet med besøget er at sikre, at borgeren har de nødvendige hjælpemidler til rådighed, og at de medarbejdere, der skal støtte borgeren i hverdagen, er klædt på til at varetage mobiliseringen.

Ved besøget deltager rehabiliteringsterapeuten sammen med den medarbejder, der er borgerens primære kontakt i hjemmet. Rehabiliteringsterapeuten sikrer, at borgeren har de fornødne hjælpemidler til mobilisering, og vejleder samtidig medarbejderen i, hvordan mobiliseringen skal varetages. Herved skal medarbejderen blive tryg ved at støtte borgeren i den videre mobilisering. Derudover gennemfører rehabiliteringsterapeuten en dysfagiscreening, fremgår af bilag 20 med henblik på at identificere eventuelle synkebesvær hos borgeren. Hvis borgeren screener positivt, foretages der en nærmere synkeudredning ved en terapeut med de relevante kompetencer. Til understøttelse af denne arbejdsgang er der udarbejdet et flowchart, som beskriver forløbet ved en positiv dysfagiscreening, fremgår af bilag 21. På dag 6 følger rehabiliteringsterapeuten og teamkoordinatoren op på, om mobiliseringen fungerer i borgerens hjem. Hvis der er behov for yderligere støtte eller vejledning, kan rehabiliteringsterapeuten efter behov deltage i endnu et besøg i borgerens hjem med henblik på at understøtte den videre mobilisering.

Flerfagligt møde

Der afholdes desuden ugentlige fler-faglige møder i distrikterne, hvor borgeren drøftes på det førstkommende møde efter udskrivelsen. Her drøftes borgerens tilstand og eventuelle udfordringer i forløbet. Rehabiliteringsterapeuten har ansvar for at følge op på, om borgeren mobiliseres, og om de nødvendige hjælpemidler er til rådighed i hjemmet. Sygeplejen har ansvar for at følge op på relevante observationer af borgerens tilstand.

Rehabiliteringssamtale

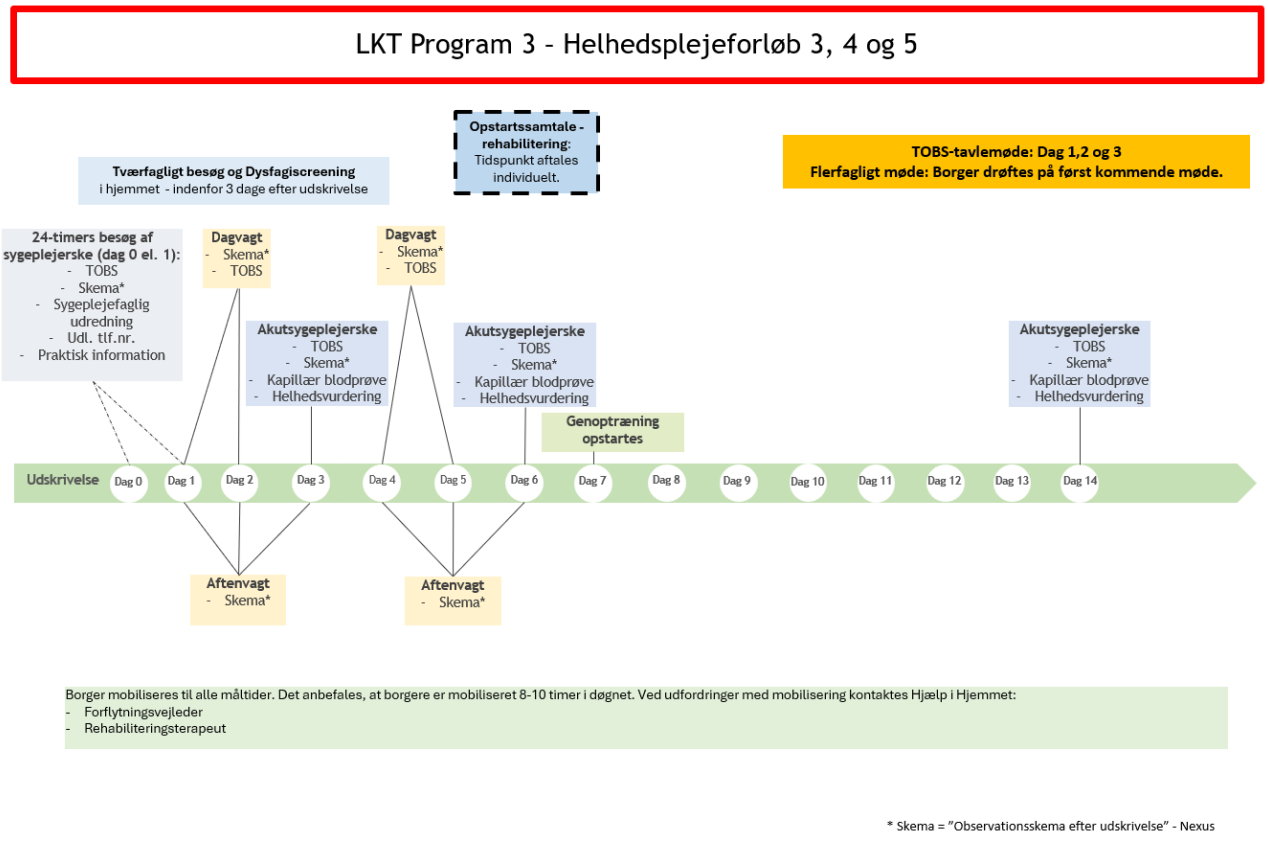
Ved alle borgere i LKT-program 3 planlægges en rehabiliteringssamtale i hjemmet, her deltager rehabiliteringsterapeuten samt den medarbejder der kommer i hjemmet. Samtalen afholdes sammen med borgeren og evt. pårørende. Formålet med rehabiliteringssamtalen er beskrevet i bilag 13, og der er desuden udarbejdet en tjekliste til rehabiliteringsterapeuten, fremgår af bilag 14.

Genoptræning (GOP)

For at understøtte borgernes genoptræning og sikre, at træningen bidrager til at genopbygge deres muskelstyrke og funktionsevne, er der fokus på målrettet og intensiv styrketræning. Det er samtidig vigtigt, at træningen tilrettelægges og gennemføres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og fysiske formåen.

I forbindelse med opstart og afslutning af genoptræningsforløbet (GOP) gennemfører fysioterapeuten en RSS-test med henblik på at vurdere borgerens funktionsevne. Alle borgere, der træner på et træningscenter, får desuden foretaget en RM-test i benpres for at sikre, at træningen kan tilrettelægges med tilstrækkelig belastning og fokus på tung styrketræning. Borgerne motiveres til at træne på træningscenter, da det giver adgang til styrketræningsmaskiner. Al træning varetages af en uddannet fysioterapeut, og der er generelt fokus på hård styrketræning gennem hele genoptræningsforløbet.

Nedenfor ses en flowoversigt over borgerforløbet for borgere tilknyttet LKT-program 3.



Tilpasning af LKT-program efter udskrivelse

Borgerens tilstand kan ændre sig hurtigt efter udskrivelsen, både i positiv og negativ retning. Det kan derfor blive nødvendigt at ændre det LKT-program, som borgeren er tilknyttet, hvis borgerens funktionsniveau eller behov for støtte ændrer sig. Det er således muligt at ændre borgerens LKT-program efter udskrivelsen på baggrund af en faglig vurdering og drøftelse mellem distriktet og akutsygeplejen.

Det er vigtigt, at distriktet og akutsygeplejen er enige om beslutningen om at ændre borgerens LKT-program. Der er derfor udarbejdet arbejdsgange, som beskriver, hvordan en ændring skal håndteres, fremgår af bilag 22.

Derudover har akutsygeplejen mulighed for at planlægge yderligere besøg hos borgere, der har behov for tættere opfølgning end det, der er beskrevet i det enkelte LKT-program.

Sammenhængen mellem nationale mål og indsatsområder og de lokale forbedringsinitiativer

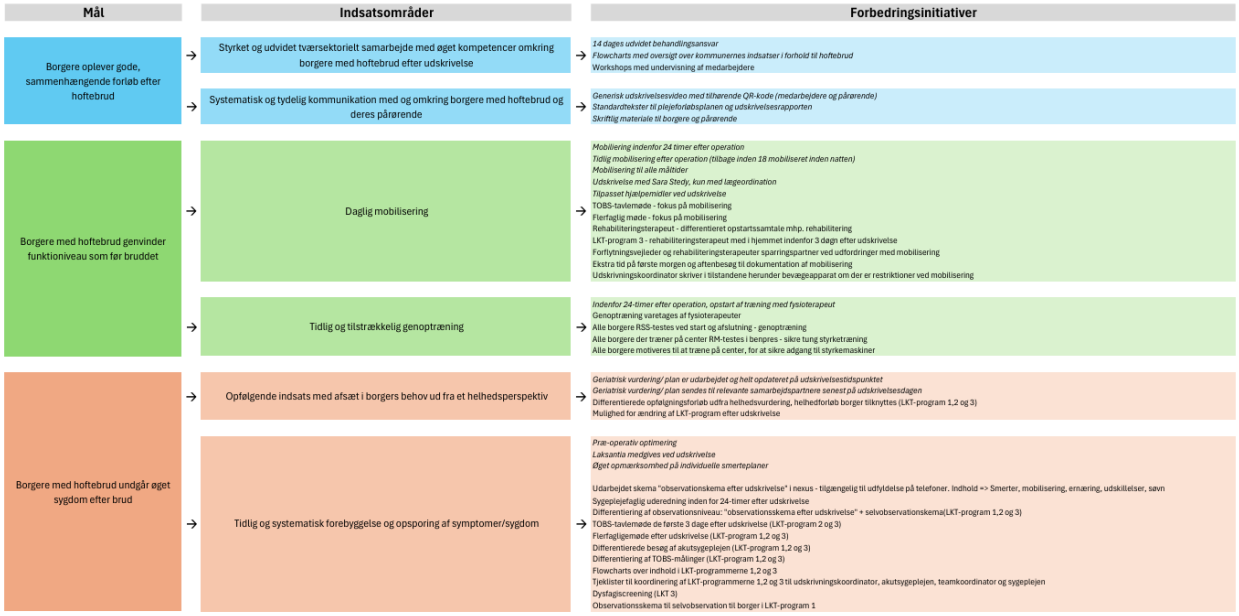
LKT-projektet mellem Sygehus Lillebælt og Kolding Kommune var en del af det nationale lærings- og kvalitetsteam (LKT) Sammenhængende hoftebrudsforløb for borgere over 65 år. Projektet samlede flere tværsektorielle klynger på tværs af landet med det fælles formål at forbedre kvaliteten og sammenhængen i forløbene for borgere med hoftebrud.

I det nationale LKT blev der defineret seks indsatsområder, som de deltagende klynger skulle arbejde målrettet med gennem projektperioden.

1. **Styrket tværsektorielt samarbejde** med øgede kompetencer i indsatsen for borgere med hoftebrud efter udskrivelse.
2. **Forbedret kommunikation** med og om borgere med hoftebrud og deres pårørende.
3. **Daglig mobilisering** for at understøtte borgernes funktionsevne.
4. **Tidlig og tilstrækkelig genoptræning** med fokus på at genvinde funktionsevnen.
5. **En helhedsorienteret indsats** med udgangspunkt i den enkelte borgers behov.
6. **Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing** af symptomer på sygdom og komplikationer.

Figuren nedenfor illustrerer sammenhængen mellem de nationale mål og indsatsområder i LKT – Sammenhængende hoftebrudsforløb og de lokale forbedringsinitiativer, som blev iværksat i samarbejdet mellem Sygehus Lillebælt og Kolding Kommune, som beskrevet i de foregående afsnit.

Driverdiagram for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb
Kolding Kommune & Sygehus Lillebælt



Evaluering

Der udarbejdes en national evalueringsrapport. Derudover udarbejdes der en rapport med vores lokale resultater. Når rapporterne ligger færdig opdateres projektbeskrivelsen. Rapporterne forventes færdige i primo 2027. Foreløbige resultater peger på at genindlæggelser og dødelighed efter 30 dage er faldet efter implementeringen af de nye arbejdsgange i 2026.

Perspektivering og potentiale

Projektet adresserer en central udfordring i sundhedsvæsenet: at sikre sammenhængende og trygge patientforløb i overgangen fra sygehus til kommune. Netop i perioden efter udskrivelse er tidlig opsporing af sygdomsforværring, hurtig reaktion og adgang til relevant behandling afgørende for borgerens videre forløb.

I tråd med sundhedsreformens ambitioner om et stærkere nært sundhedsvæsen og mere sammenhængende patientforløb bidrager projektet til at udvikle og styrke samarbejdet mellem sygehus og kommune. Gennem systematiske arbejdsgange for observation, tidlig opsporing og deling af relevante oplysninger skabes bedre forudsætninger for, at ændringer i borgerens helbredstilstand opdages og håndteres hurtigt. Det giver samtidig mulighed for, at sygehus og kommune i fællesskab kan iværksætte relevant behandling i borgerens eget hjem, så flere sundhedsfaglige indsatser kan gennemføres tæt på borgeren og med udgangspunkt i dennes behov.

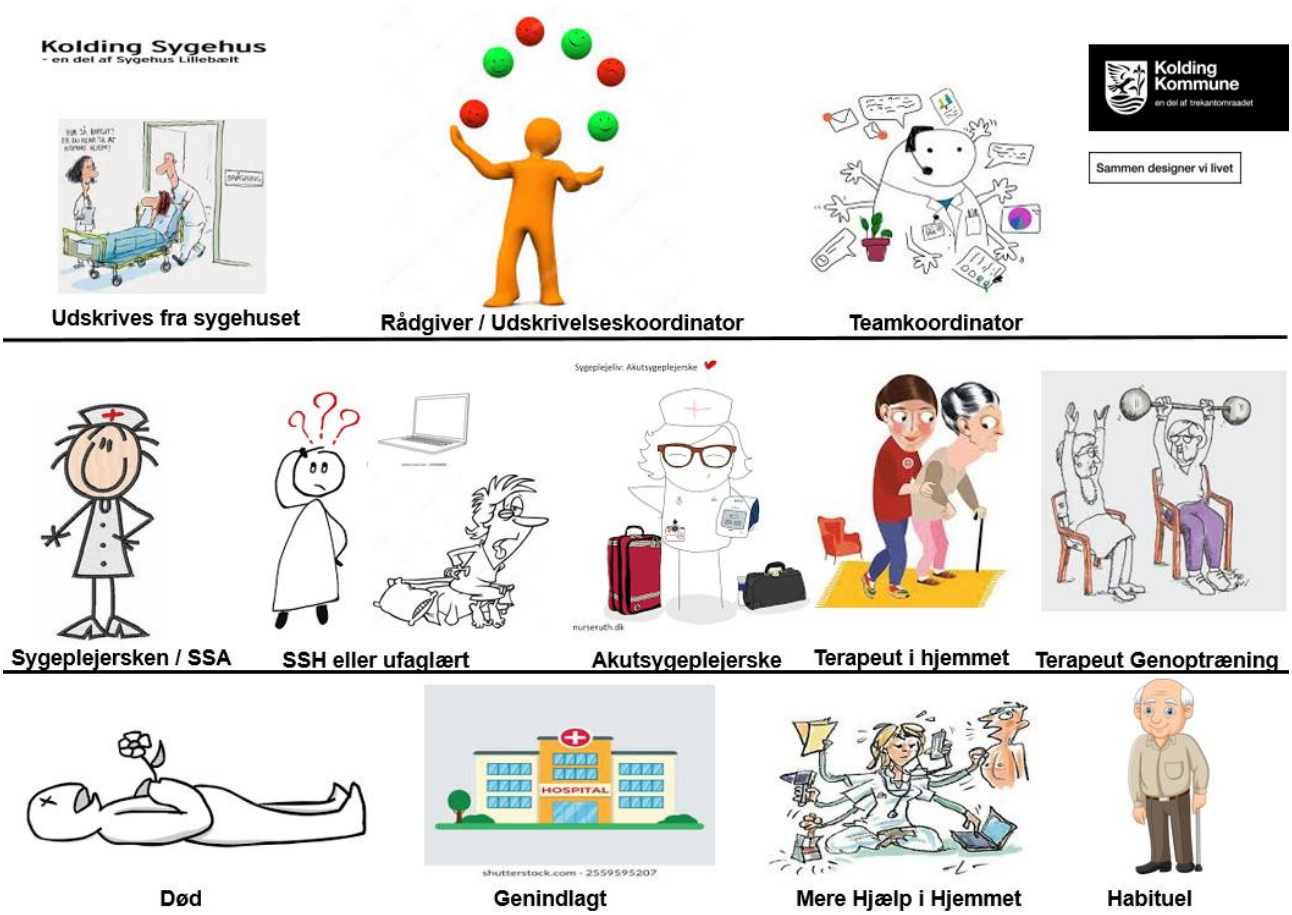
Projektets potentiale er dermed både at understøtte en hurtigere og mere målrettet behandling, forebygge sygdomsforværring og reducere behovet for genindlæggelse. På længere sigt er ambitionen at bidrage til at reducere både genindlæggelser og dødelighed inden for 30 dage efter udskrivelse og dermed skabe bedre sundhedsmæssige resultater for borgerne.

En væsentlig styrke ved projektet er, at arbejdsgangene og det understøttende materiale, herunder udskrivelsesvideoen, er udviklet med henblik på at kunne tilpasses og overføres til andre patientgrupper og udskrivelsesforløb. Projektet har derfor potentiale til at danne grundlag for en bredere implementering og understøtte en mere ensartet og systematisk tilgang til opfølgning på tværs af sektorer.

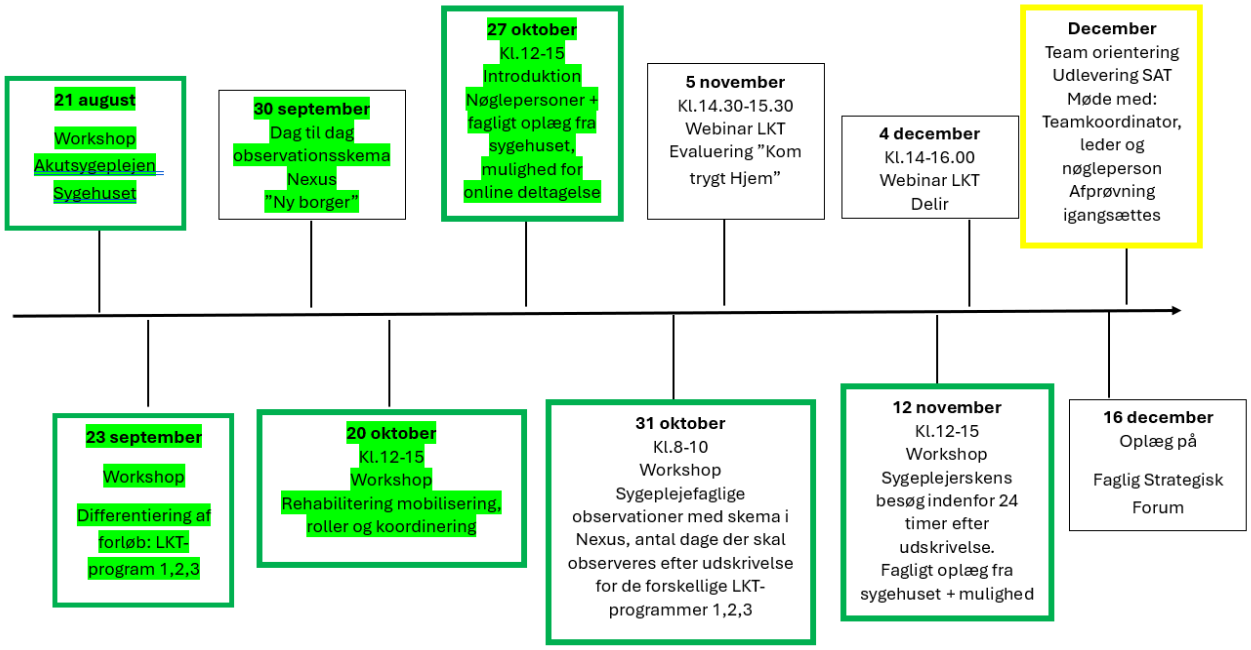
Samtidig giver den differentierede opfølgning mulighed for at tilpasse indsatsen til den enkelte borgers behov og risikoprofil. Det understøtter en målrettet anvendelse af de samlede sundhedsfaglige ressourcer, hvor indsatsen sættes ind dér, hvor den forventes at gøre størst gavn.

Samlet set rummer projektet potentiale til at styrke kvaliteten og trygheden i borgerens forløb, skabe bedre muligheder for behandling i eget hjem og forebygge alvorlige konsekvenser efter udskrivelse. Samtidig bidrager projektet til at omsætte sundhedsreformens ambitioner til konkrete arbejdsgange og et styrket tværsektorielt samarbejde.

Bilag 1 – Aktører efter udskrivelse



Bilag 2 - Workshops



Bilag 3 – Tjekliste Udskrivelseskoordinator (kommune)

Arbejdsgang
Vurdering og orientering om LKT-program

Ved modtagelse af første plejeforløbsplan

- Der foretages en første vurdering af:
  - Helhedsplejeforløb / ændrede SEL-indsatser

- På baggrund af vurderingen afklares hvilket LKT- program borgeren skal starte i:
  - LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
  - LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
  - LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 (evt. 5)

- For borgere under 67 år tildeles LKT-program svarende til helhedsplejeforløb ud fra SEL-indsatser.
- Borgeren vurderes **kontinuerligt** gennem hele udskrivningsforløbet.

Løbende vurdering i udskrivningsprocessen

- Der tages stilling til, om borgeren:

  - Skal fastholde nuværende helhedsplejeforløb og LKT-program
  - Eller om der er behov for **ændring/tilpasning**

- **Ved udskrivelsesdatoen, laves der en endelig vurdering af om helhedsplejeforløb og LKT-program fastholdes.**

Orientering og koordinering af relevante aktører

- Besvarelse til sygehuset af forløbsplan med orientering om hvilket LKT-program borger tilknyttes efter udskrivelse.

- Relevante organisationer tilknyttes i nexus.

- I notatfeltet skrives *"Obs. LKT-borger + hvilket LKT-program borger tilknyttes"*.
- I afgørelsen i henvendelsesskema:
  - Beskrives hvilket helhedsplejeforløb / SEL-indsatser samt hvilket LKT-program borgeren tildeles.

- Opgaver til driften der skal sendes efter ***<u>første plejeforløbsplan</u>***
  - Teamkoordinator HIH
    - *"Borger tildeles helhedsplejeforløb X / SEL-indsatser X og LKT-program X"*.

Forsættes på næste side

- Sygeplejen HIH + Private leverandør
  - Ved ukendte borgere: Opgaven sendes uden specifik tekst (henvendelsesskemaet er tilknyttet).
  - Ved kendte borgere: Orienteres via notatfeltet. *"Udskrives d.X/X-xx, til LKT-program X, helhedsplejeforløb X"*

- Rehabiliteringsterapeut - HIH
  - Overskrift *"Ny borger LKT"* sendes til hverdagstræning 1 eller hverdagstræning 2, uden specifik modtager på, i opgavefeltet skrives *"LKT-program, forventet udskrivelsesdato."*.

- Privat leverandør
  - Teamkoordinator, sendes opgaven med følgende tekst: *"Borger tildeles helhedsplejeforløb X / SEL-indsatser X og LKT-program X – orientere terapeuten omkring LKT"*.

- Christina Roland Berg Bertelsen - hverdagstræning 2
  - Overskrift *"LKT-borger"*, Organisation Hverdagstræning 2, modtager Christina Roland, opgavefeltet skrives *"udskrives d.X/X-XX"*.

- Mail til Birgitte Daugaard
  - *"LKT-borger, cpr.nr., udskrivelsesdato, leverandør/distrikt, LKT-program"*.

- **Opdatere tilstanden "Forflytte sig" med information om restriktioner ved mobilisering, samt plan for mobilisering.**

- Hvis helhedsplejeforløbet ændrer sig og LKT-programmet ændrer sig orienteres:
  - Sygehuset - via korrespondance / besvarelse af forløbsplan
  - Teamkoordinator, akutteam, sygeplejen - via notatfeltet
  - Rehabiliteringsterapeuterne - via en opgave

Bilag 4 – Standardtekster ved udskrivelse

Louise

Bilag 5 – Flowchart over udskrivelsesforløb

Kom Trygt Hjem - Plejehjem						
						
Kommune	**Kolding**	**Fredericia**	**Vejen**	**Middelfart**	**Vejle**	**Billund**
Status syplejehjem læplejehjem	Drift	Drift	Drift	Drift	Drift	Drift
Meldes via forløbsplan + udskriv.rap	+ telefon til akutsygeplejen 30 57 71 28	Kun via forløbsplan + udskriv.rap	+ telefon til akutsygeplejen 30 92 33 00	+ telefon til akutsygeplejen 20 27 32 84	+ telefon til akutsygeplejen 21 52 07 91	+ telefon til akutsygeplejen 25 55 77 16
Bog medsendes	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Medsend altid	6 proteindrik					

Kom Trygt Hjem - Eget hjem + LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb		
	LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb	

Kommune	Kolding	Fredericia	Vejen	Middelfart	Vejle	Billund
Status **syhjem** **læhjem**	Drift	Drift	Drift	Ikke med	Ikke med	Drift
Meldes via forløbsplan + udskriv.rap	Visitator afgør hvilket LKT-program borger kommer i (1, 2 eller 3) + telefon til akutsygeplejen 30 57 71 28 Husk: giv besked til akutsygeplejen om hvilket LKT-program borger er tildelt	Kun via forløbsplan + udskriv.rap	+ telefon til akutsygeplejen 30 92 33 00	Ikke med	Ikke med	+ telefon til akutsygeplejen 25 55 77 16
Bog medsendes	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
LKT aftaler ***(skriv i 1. forløbsplan at borger deltager i LKT, herefter beslutter kommunens visitator, hvilket program borgeren hører til)***	Brug standardtekst ift. hvilket LKT-program er borgeren tildelt (dette ses i forløbsplan fra visitator)					

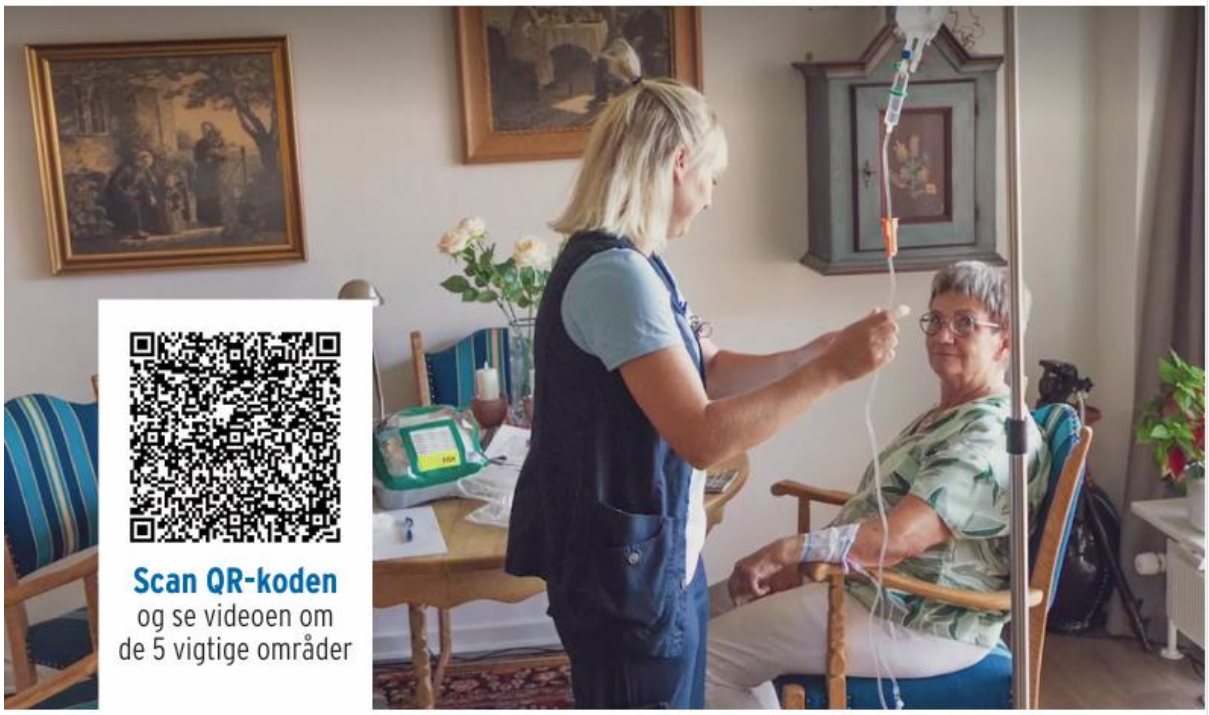
LKT-program 1	Borger skal selvobservere efter udskrivelse. Medsend observations-skema + pjece. Akutsygepleje kommer på dag 4 Husk laksantia	
LKT-program 2	Borger får besøg af akutsygeplejen på dag 3 og 6. Husk pjece. Husk laksantia	
LKT-program 3	Borger får besøg af akutsygeplejen på dag 3, 6 og 14. Husk pjece. Husk laksantia	

Bilag 6 – Plakat med QR-kode til udskrivelsesvideo



Bilag 7 – Udskrivelsesmateriale LKT-program 1

5 vigtige ting
at holde øje med efter udskrivelse





Region Syddanmark

Kolding Kommune

Sygehus Lillebælt

Skema til selvobservation

Dette skema er lavet til dig, som er blevet udskrevet efter et hoftebrud. Formålet er at støtte dig i at følge din egen udvikling og opdage tidlige tegn på problemer, så du kan få hjælp i tide. Ved at udfylde skemaet får du et overblik over dine smerter, ernæring, mobilisering, udskillelse og søvn – områder, som er vigtige for din bedring.

Skemaet hjælper også sygeplejen med at vurdere, om du har behov for støtte eller justering af behandlingen. Hvis du oplever forværring, eller hvis noget bekymrer dig, skal du altid kontakte sygeplejen. Skemaet er et supplement til din behandling og kan være en god støtte til at holde fokus på det, der fremmer din heling.

Skemaet skal udfyldes to dage i træk, begyndende dagen efter udskrivelsen.

Selvobservationsskema – Efter hoftebrud

Navn: _____
Dato: _____

Dag 1

Smerter

I hvile:
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Ved mobilisering (gang/øvelser):
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Det er normalt at have smerter efter en hofteoperation. Hvis du oplever moderate eller stærke smerter, kan du tage ekstra smertestillende medicin. Følg altid den vejledning, du har fået fra sygehuset. Din faste smertestillende medicin står på dit medicinkort, hvor du også kan se, hvilken ekstra smertestillende medicin du må tage, og i hvilke mængder. Hvis den ekstra smertestillende medicinen ikke virker tilstrækkeligt, skal du kontakte sygeplejen.

Ernæring

Spiser og drikker du som vanligt?

☐ Ja

☐ Nej

Det er vigtigt, at du spiser og drikker som vanligt. Det anbefales, at du drikker 1,5 liter væske i døgnet og spiser en proteinrig kost. Det kan fx være æg, kød, mælkeprodukter.

Mobilisering

Har du været oppe til alle måltider?

☐ Ja

☐ Nej

Hvor mange timer har du været ude af sengen i dag?
(Det anbefales minimum 8–10 timer i døgnet)
Timer: _____

Har du kunnet træne inkl. daglige gøremål?

☐ Ja

☐ Nej

Det er vigtigt, at du som minimum kommer op til alle måltider og toiletbesøg. At stå og gå fremmer helingen og mindsker risikoen for komplikationer. Det anbefales, at du er oppe minimum 8–10 timer i døgnet. Det er normalt at opleve smerter i forbindelse med bevægelse. Et middagshvil kan være en god ide, da benene kan hæve efter operationen.

Udskillelse

Har du haft afføring i dag?

☐ Ja

☐ Nej

Smertestillende medicin, mindre bevægelse og nedsat mad- og drikkeindtag kan give forstoppelse. Kontakt sygeplejen, hvis du ikke har haft afføring i tre dage.

Søvn

Hvor mange timer har du sovet i nat?

_____ timer

Det er vigtigt at opretholde en normal døgnrytme. Hvis du ikke kan sove grundet smerter eller rastløshed i benet kan du forsøge med ekstra smertestillende. Følg her den vejledning du har fået fra sygehuset.

*Hvis du sover **under 3 timer** i to nætter i træk, skal du kontakte sygeplejen.*

Dag 2

Smerter

I hvile:
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Ved mobilisering (gang/øvelser):
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Det er normalt at have smerter efter en hofteoperation. Hvis du oplever moderate eller stærke smerter, kan du tage ekstra smertestillende medicin. Følg altid den vejledning, du har fået fra sygehuset. Din faste smertestillende medicin står på dit medicinkort, hvor du også kan se, hvilken ekstra smertestillende medicin du må tage, og i hvilke mængder. Hvis den ekstra smertestillende medicinen ikke virker tilstrækkeligt, skal du kontakte sygeplejen.

Ernæring

Spiser og drikker du som vanligt?
☐ Ja
☐ Nej

Det er vigtigt, at du spiser og drikker som vanligt. Det anbefales, at du drikker 1,5 liter væske i døgnet og spiser en proteinrig kost. Det kan fx være æg, kød, mælkeprodukter.

Mobilisering

Har du været oppe til alle måltider?
☐ Ja
☐ Nej

Hvor mange timer har du været ude af sengen i dag?
(Det anbefales minimum 8–10 timer i døgnet)
Timer: _____

Har du kunnet træne inkl. daglige gøremål?
☐ Ja
☐ Nej

Det er vigtigt, at du som minimum kommer op til alle måltider og toiletbesøg. At stå og gå fremmer helingen og mindsker risikoen for komplikationer. Det anbefales, at du er oppe minimum 8–10 timer i døgnet. Det er normalt at opleve smerter i forbindelse med bevægelse. Et middagshvil kan være en god ide, da benene kan hæve efter operationen.

Udskillelse

Har du haft afføring i dag?

☐ Ja

☐ Nej

Smertestillende medicin, mindre bevægelse og nedsat mad- og drikkeindtag kan give forstoppelse. Kontakt sygeplejen, hvis du ikke har haft afføring i tre dage.

Søvn

Hvor mange timer har du sovet i nat?

_____ timer

Det er vigtigt at opretholde en normal døgnrytme. Hvis du ikke kan sove grundet smerter eller rastløshed i benet kan du forsøge med ekstra smertestillende. Følg her den vejledning du har fået fra sygehuset.

*Hvis du sover **under 3 timer** i to nætter i træk, skal du kontakte sygeplejen.*

Hjemme igen efter operation for hoftebrud

Du har været indlagt efter operation for hoftebrud. Når du bliver udskrevet fra sygehuset, skal du hjem og have hjælp fra Kolding Kommune.

Der kan være meget at huske efter en indlæggelse. Derfor kan det være en god idé at læse denne information sammen med dine pårørende. De kan være en vigtig hjælp og støtte for dig i tiden efter din udskrivelse.

Når du kommer hjem

Kolding Kommune og akutsygeplejen har sammen med sygehuset planlagt et særligt forløb for dig.

Sundhedspersonale vil komme på besøg og følge op på, hvordan du har det. Formålet er at opdage eventuelle problemer tidligt, så du kan få den hjælp, du har brug for.

Ved besøgene vil sundhedspersonalet blandt andet:

- måle dit blodtryk og din puls
- spørge, hvordan du har det
- tale med dig om dine smerter
- spørge, om du får nok at spise og drikke
- tale med dig om, hvordan det går med at bevæge dig
- spørge til toiletbesøg og vandladning
- spørge, hvordan du sover.

Fortæl, hvad du oplever

Det kan for nogle være en stor omvæltning at komme hjem efter et hoftebrud. Det er helt normalt, hvis du føler dig usikker eller har spørgsmål.

Fortæl derfor sundhedspersonalet, hvis du får det anderledes, oplever nye problemer eller er bekymret for noget.

Mad og drikke

Det er almindeligt at have mindre appetit, når du har været indlagt. Hvis du spiser og drikker for lidt, kan du tabe dig og miste kræfter. Derfor er det vigtigt, at du får nok mad og drikke, så kroppen kan komme sig.

Hold øje med din appetit og dine kræfter

Vær opmærksom på, om du:

- spiser mindre end normalt
- ikke spiser den mad, du får serveret
- taber dig
- tøj, bælte eller dine ringe bliver løsere
- bliver mere træt eller får færre kræfter
- har problemer med at tygge eller synke
- har kvalme, smerter, forstoppelse eller diarré.

Det kan være tegn på, at du ikke får nok mad og drikke.

Hvis du oplever ét eller flere af disse tegn, skal du sige det sundhedspersonalet, der kommer hos dig. Du kan også kontakte din egen læge.

Gode råd om kost

Kroppen har brug for energirig mad og protein til at komme sig efter en operation. Din appetit kan dog være mindre end normalt efter sygdom.

Spis små måltider ofte

Hvis du ikke kan spise store portioner, kan du i stedet spise små måltider flere gange om dagen – gerne 6-8 gange. Du kan fx spise noget hver 2.-3. time.

Det vigtigste er, at du får noget at spise, også selvom det kun er lidt ad gangen. Du kan fx vælge:

- yoghurt
- koldskål
- drikkeyoghurt
- en ostemad
- en æggemad
- en leverpostejmad
- lidt nødder
- kiks med smør eller ost
- en lille dessert såsom is, budding eller kage.



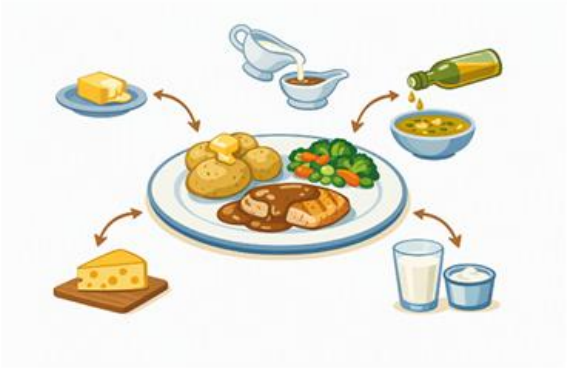
Gør maden mere energirig

Når appetitten er lille, er det en fordel at vælge mad og drikke, der giver mest mulig energi og protein. Du kan fx:

- bruge et godt lag smør eller margarine på brødet og i kartoflerne
- tilsætte fløde eller olie til supper, sovs og grød
- vælge fuldfede mælkeprodukter og ost.

Sørg for at få protein hver dag – fx ved at spise:

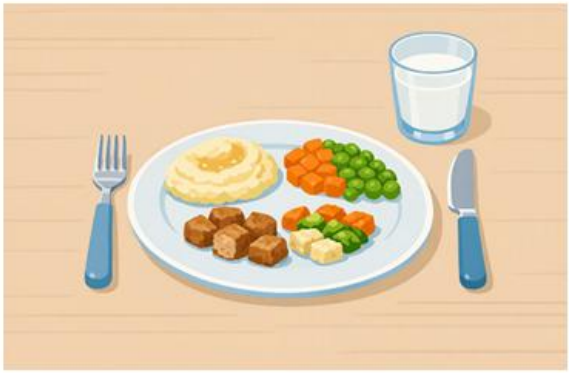
- æg
- fisk
- kød eller fjerkræ
- mejeriprodukter såsom mælk, ost eller yoghurt.



Gør måltider lettere at spise

Tilpas maden efter, hvad du har kræfter til. Det kan for eksempel hjælpe at skære maden i mindre stykker eller vælge blød mad, hvis det er svært at tygge. Giv dig god tid til at spise, og sørg gerne for, at maden er anrettet enkelt og overskueligt.

Hvis du har svært ved at synke, skal du tale med din egen læge eller det sundhedspersonale, der kommer hos dig.



Vælg energirige drikkevarer

Fordel gerne dine drikkevarer over dagen. Ud over vand kan du vælge drikke, der også giver energi, for eksempel mælk, kakaomælk, drikkeyoghurt, juice eller saft. Hvis du har meget lille appetit, kan energirige drikke være en hjælp til at få mere energi i løbet af dagen.



Opskrifter til inspiration

Her er nogle opskrifter, så du får mad med mest mulig energi og protein.

Kakaomælk

Ingredienser:

- 75 ml Fresubin Chokolade Proteindrik
- 75 ml Thise Kakao mælk
- Flødeskum

Fremgangsmåde: Tag folien af proteindrikken, og varm drikken op i mikroovnen. Bland proteindrikken med den almindelige kakao. Tilføj flødeskum på toppen.

Indeholder 275 kalorier og 12 gram protein.

Æbledrink

Ingredienser:

- 75 ml danskvand
- 75 ml Ressource Ultra Fruit æble
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland det hele sammen i et glad og tilføj evt. citronskiver og mynte.

Indeholder 150 kalorier og 7,5 gram protein.

Kaffe med kakao

Ingredienser:

- 75 ml sort kaffe
- 25 ml Fresubin Chokolade Proteindrik

Fremgangsmåde: Tag folie af proteindrik og varm den op i mikroovnen. Bland med den sort kaffe.

Indeholder 200 kalorier og 10 gram protein.

Ananas-sodavand

Ingredienser:

- 75 ml danskvand
- 75 Ressource Ultra Fruit Ananas
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland sammen i et glas og nyd afkølet. Smager også godt med postevand

Indeholder 150 kalorier og 7,5 gram protein.

Iskaffe

- 1 kop sort kaffe
- 25 ml Fresubin Cappuccino proteindrik
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland sammen i et glas og nyd afkølet.

Indeholder 75 kalorier og 2,5 gram protein.

Mere viden

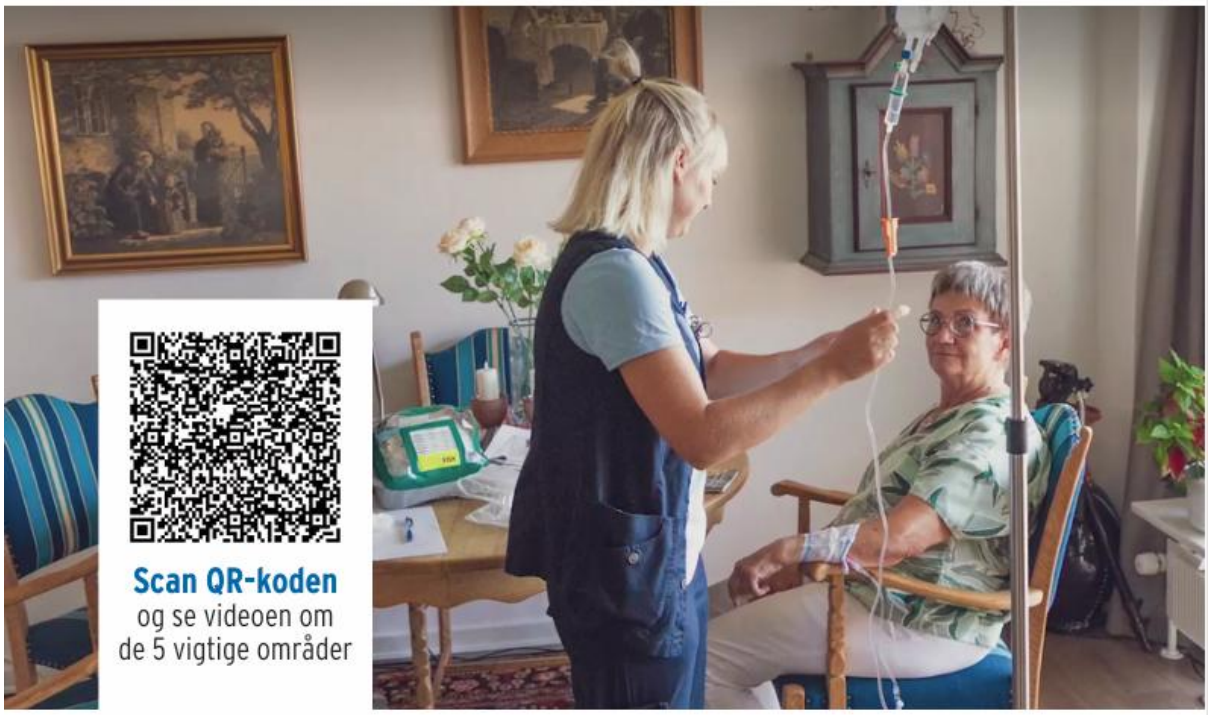
Vi anbefaler, at du ser vores video om 5 vigtige ting at holde øje med i tiden efter, at du er blevet udskrevet efter indlæggelsen.

Scan QR-koden og se videoen:

Kontakt
Ortopædkirurgi
Sygehusvej 24
6000 Kolding
76 36 34 00

Bilag 8 – Udskrivelsesmateriale LKT-program 2 og 3

5 vigtige ting
at holde øje med efter udskrivelse



Smerte | Forstoppelse | Mobilisering | Ernæring | Søvn

Region Syddanmark | Kolding Kommune | Sygehus Lillebælt

Hjemme igen efter operation for hoftebrud

Du har været indlagt efter operation for hoftebrud. Når du bliver udskrevet fra sygehuset, skal du hjem og have hjælp fra Kolding Kommune.

Der kan være meget at huske efter en indlæggelse. Derfor kan det være en god idé at læse denne information sammen med dine pårørende. De kan være en vigtig hjælp og støtte for dig i tiden efter din udskrivelse.

Når du kommer hjem

Kolding Kommune og akutsygeplejen har sammen med sygehuset planlagt et særligt forløb for dig.

Sundhedspersonale vil komme på besøg og følge op på, hvordan du har det. Formålet er at opdage eventuelle problemer tidligt, så du kan få den hjælp, du har brug for.

Ved besøgene vil sundhedspersonalet blandt andet:

- måle dit blodtryk og din puls
- spørge, hvordan du har det
- tale med dig om dine smerter
- spørge, om du får nok at spise og drikke
- tale med dig om, hvordan det går med at bevæge dig
- spørge til toiletbesøg og vandladning
- spørge, hvordan du sover.

Fortæl, hvad du oplever

Det kan for nogle være en stor omvæltning at komme hjem efter et hoftebrud. Det er helt normalt, hvis du føler dig usikker eller har spørgsmål.

Fortæl derfor sundhedspersonalet, hvis du får det anderledes, oplever nye problemer eller er bekymret for noget.

Mad og drikke

Det er almindeligt at have mindre appetit, når du har været indlagt. Hvis du spiser og drikker for lidt, kan du tabe dig og miste kræfter. Derfor er det vigtigt, at du får nok mad og drikke, så kroppen kan komme sig.

Hold øje med din appetit og dine kræfter

Vær opmærksom på, om du:

- spiser mindre end normalt
- ikke spiser den mad, du får serveret
- taber dig
- tøj, bælte eller dine ringe bliver løsere
- bliver mere træt eller får færre kræfter
- har problemer med at tygge eller synke
- har kvalme, smerter, forstoppelse eller diarré.

Det kan være tegn på, at du ikke får nok mad og drikke.

Hvis du oplever ét eller flere af disse tegn, skal du sige det sundhedspersonalet, der kommer hos dig. Du kan også kontakte din egen læge.

Gode råd om kost

Kroppen har brug for energirig mad og protein til at komme sig efter en operation. Din appetit kan dog være mindre end normalt efter sygdom.

Spis små måltider ofte

Hvis du ikke kan spise store portioner, kan du i stedet spise små måltider flere gange om dagen – gerne 6-8 gange. Du kan fx spise noget hver 2.-3. time.

Det vigtigste er, at du får noget at spise, også selvom det kun er lidt ad gangen. Du kan fx vælge:

- yoghurt
- koldskål
- drikkeyoghurt
- en ostemad
- en æggemad
- en leverpostejmad
- lidt nødder
- kiks med smør eller ost
- en lille dessert såsom is, budding eller kage.



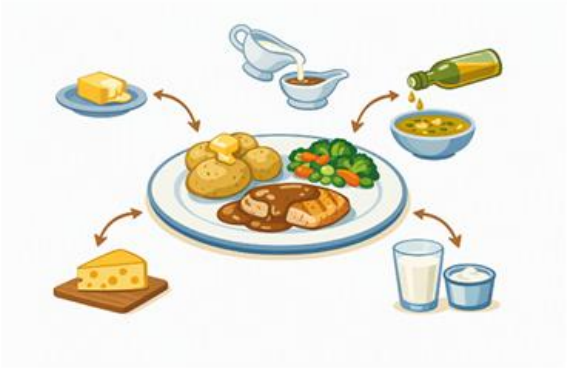
Gør maden mere energirig

Når appetitten er lille, er det en fordel at vælge mad og drikke, der giver mest mulig energi og protein. Du kan fx:

- bruge et godt lag smør eller margarine på brødet og i kartoflerne
- tilsætte fløde eller olie til supper, sovs og grød
- vælge fuldfede mælkeprodukter og ost.

Sørg for at få protein hver dag – fx ved at spise:

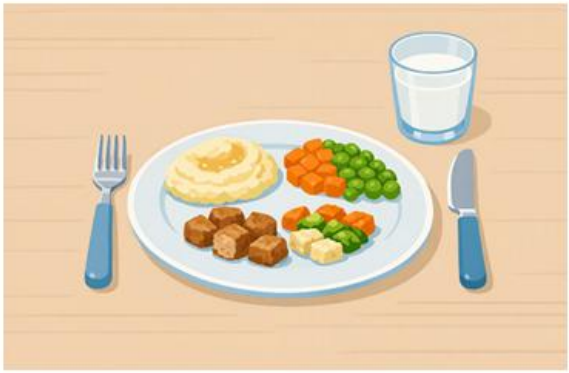
- æg
- fisk
- kød eller fjerkræ
- mejeriprodukter såsom mælk, ost eller yoghurt.



Gør måltider lettere at spise

Tilpas maden efter, hvad du har kræfter til. Det kan for eksempel hjælpe at skære maden i mindre stykker eller vælge blød mad, hvis det er svært at tygge. Giv dig god tid til at spise, og sørg gerne for, at maden er anrettet enkelt og overskueligt.

Hvis du har svært ved at synke, skal du tale med din egen læge eller det sundhedspersonale, der kommer hos dig.



Vælg energirige drikkevarer

Fordel gerne dine drikkevarer over dagen. Ud over vand kan du vælge drikke, der også giver energi, for eksempel mælk, kakaomælk, drikkeyoghurt, juice eller saft. Hvis du har meget lille appetit, kan energirige drikke være en hjælp til at få mere energi i løbet af dagen.



Opskrifter til inspiration

Her er nogle opskrifter, så du får mad med mest mulig energi og protein.

Kakaomælk
Ingredienser:
- 75 ml Fresubin Chokolade Proteindrik
- 75 ml Thise Kakao mælk
- Flødeskum

Fremgangsmåde: Tag folien af proteindrikken, og varm drikken op i mikroovnen. Bland proteindrikken med den almindelige kakao. Tilføj flødeskum på toppen.

Indeholder 275 kalorier og 12 gram protein.

Æbledrink
Ingredienser:
- 75 ml danskvand
- 75 ml Ressource Ultra Fruit æble
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland det hele sammen i et glad og tilføj evt. citronskiver og mynte.

Indeholder 150 kalorier og 7,5 gram protein.

Kaffe med kakao
Ingredienser:
- 75 ml sort kaffe
- 25 ml Fresubin Chokolade Proteindrik

Fremgangsmåde: Tag folie af proteindrik og varm den op i mikroovnen. Bland med den sort kaffe.

Indeholder 200 kalorier og 10 gram protein.

Ananas-sodavand
Ingredienser:
- 75 ml danskvand
- 75 Ressource Ultra Fruit Ananas
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland sammen i et glas og nyd afkølet. Smager også godt med postevand

Indeholder 150 kalorier og 7,5 gram protein.

Iskaffe
- 1 kop sort kaffe
- 25 ml Fresubin Cappuccino proteindrik
- Isterninger

Fremgangsmåde: Bland sammen i et glas og nyd afkølet.

Indeholder 75 kalorier og 2,5 gram protein.

Mere viden

Vi anbefaler, at du ser vores video om 5 vigtige ting at holde øje med i tiden efter, at du er blevet udskrevet efter indlæggelsen.

Scan QR-koden og se videoen:

Kontakt
Ortopædkirurgi
Sygehusvej 24
6000 Kolding
76 36 34 00

Bilag 9 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 1

LKT-Program 1
Tjekliste for Teamkoordinator LKT-borger

Formål

Tjeklisten skal sikre en systematisk og tryg opstart for borgere i LKT-programmer ved udskrivelse. Teamkoordinatoren koordinerer de første indsatser, orienterer relevante fagpersoner og understøtter kvalitet og patientsikkerhed i overgangen fra hospital til hjem.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

☐ Teamkoordinator modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
- LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
- LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
- LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5

☐ Orientere/dialog med sygeplejerske om, at der er en LKT-borger der kommer hjem, der er tjekliste til sygeplejerskerne de skal følge.
☐ Orientere/dialog med nøgleperson om, at der er en LKT-borger der kommer hjem.

Senest den dag borger udskrives

☐ Opret handlingsanvisningen: "Borgerens plan" og kopiere nedenstående tekst (gul tekst) og uddybe relevante informationer om borgeren.
- Mobilitet: Beskriv mobilisering og om der er restriktioner i forbindelse med mobilisering. Kontakt til forflytningsvejleder eller rehabiliteringsterapeut, ved udfordringer med mobilisering.
- Beskriv døgnrytme, hvil og mobilisering i forbindelse med måltider.
- Smertestillende, pn.
- Ernæring, hvordan spiser borger, sikre drikkevarer inden for rækkevidde, kvalme
- Udskillelse

☐ Skriv i bemærkningsfeltet på besøget "LKT-borger"
☐ Sætte borger på først kommende flerfaglige møde.

Hvis borger ikke har tilknyttet SUL-indsatser skal der ikke laves en sygeplejefaglig udredning
Hvis koordinering af forløbet delegeres til en sygeplejerske, skal teamkoordinator gøre sygeplejerske opmærksom på at de skal følge denne arbejdsgang samt arbejdsgang for sygeplejersken.

Ved førstkommende flerfagligmøde efter udskrivelse

☐ Drøft med rehabiliteringsterapeuten i teamet
- ☐ Om det giver mening at have opstartssamtale hos borgeren, og i så fald aftale dato og

tid.

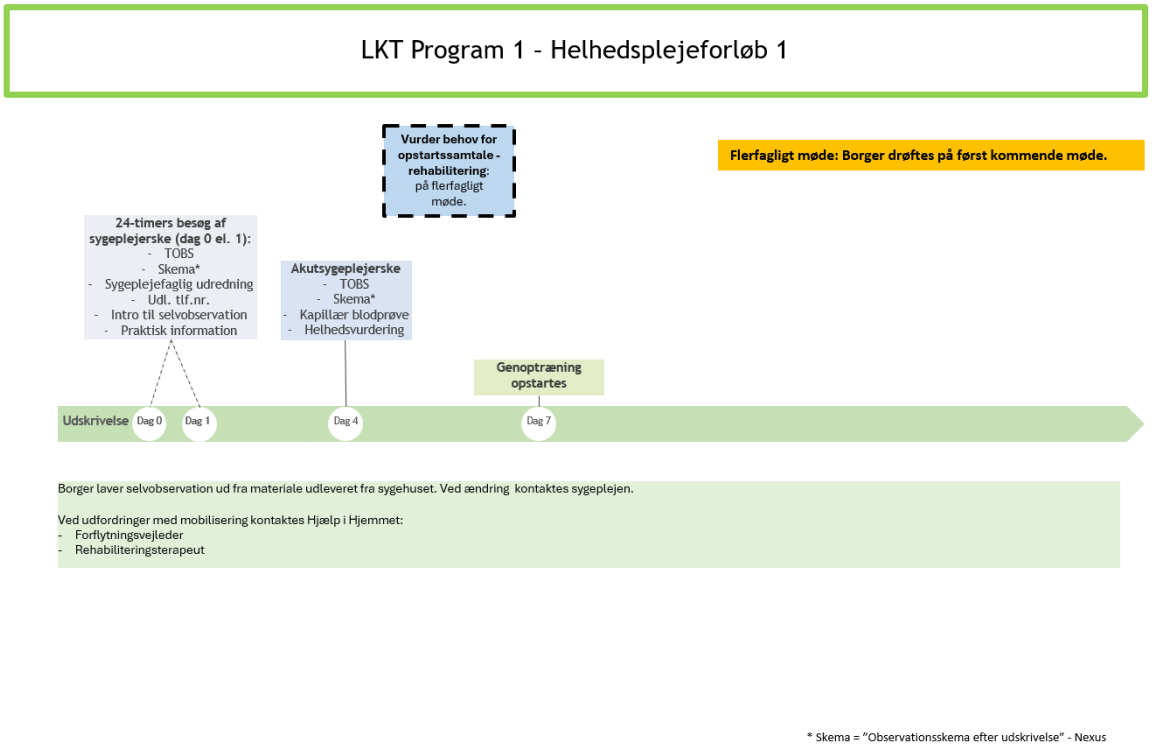
- [ ] Afklare om borgeren er i gang med at blive mobiliseret eller om der er behov for hjælp fra rehabiliteringsterapeuten.

Print evt. Flowskema nedenfor i A3-format, hæng det op, og orientér kollegaerne om, at borgeren kommer hjem. Skriv evt. navn og dato for dag 0 på oversigten.

På den måde kan alle se, hvad der skal ske hos borgeren de forskellige dage efter udskrivelsen.

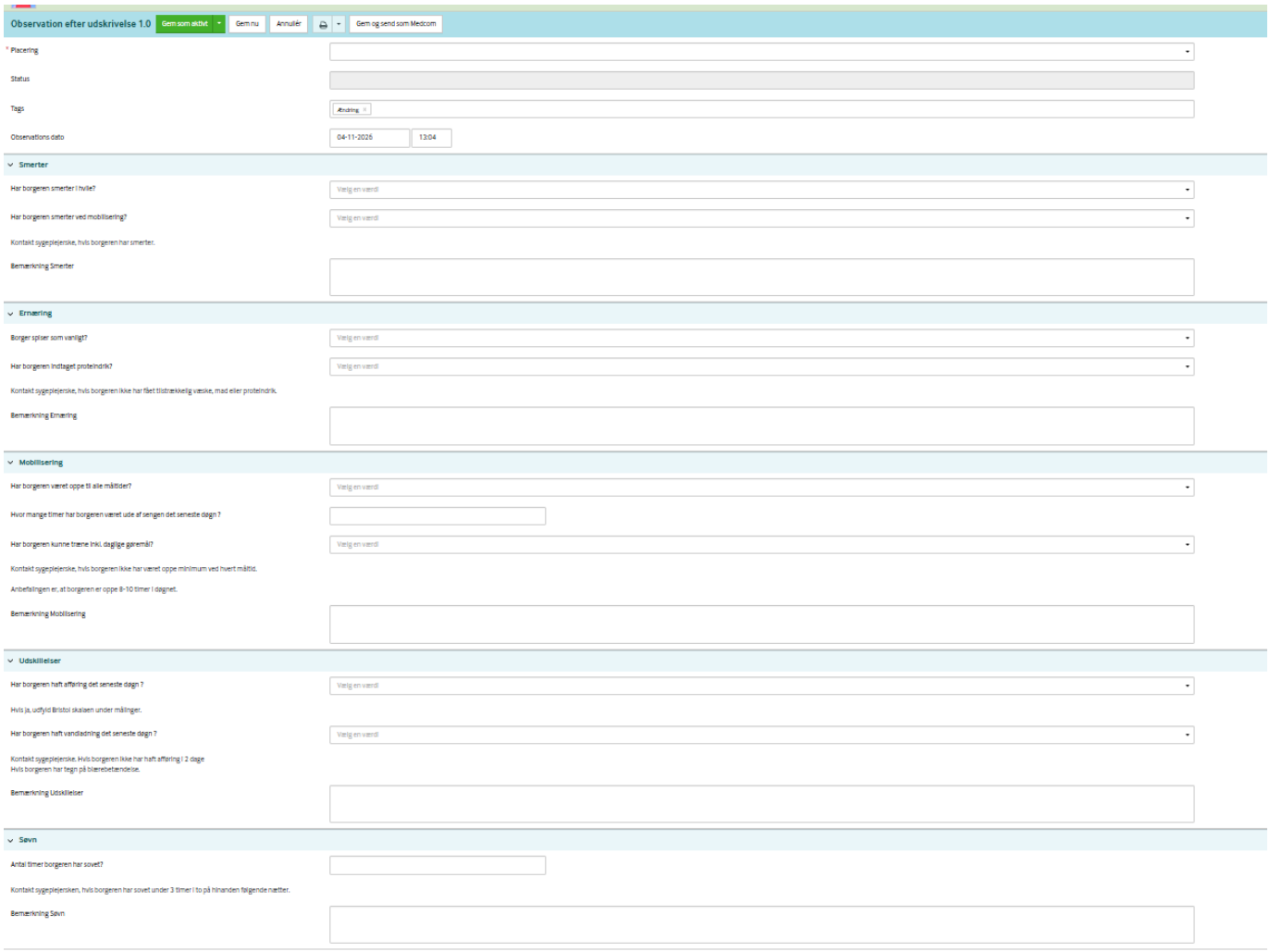
Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 1



* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

Bilag 10 – Observationsskema i Nexus



Bilag 11 – Selvobservationsskema

Skema til selvobservation

Dette skema er lavet til dig, som er blevet udskrevet efter et hoftebrud. Formålet er at støtte dig i at følge din egen udvikling og opdage tidlige tegn på problemer, så du kan få hjælp i tide. Ved at udfylde skemaet får du et overblik over dine smerter, ernæring, mobilisering, udskillelse og søvn – områder, som er vigtige for din bedring.

Skemaet hjælper også sygeplejen med at vurdere, om du har behov for støtte eller justering af behandlingen. Hvis du oplever forværring, eller hvis noget bekymrer dig, skal du altid kontakte sygeplejen. Skemaet er et supplement til din behandling og kan være en god støtte til at holde fokus på det, der fremmer din heling.

Skemaet skal udfyldes to dage i træk, begyndende dagen efter udskrivelsen.

Selvobservationsskema – Efter hoftebrud

Navn: _____
Dato: _____

Smerter

I hvile:
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Ved mobilisering (gang/øvelser):
☐ Ingen
☐ Let
☐ Moderat
☐ Svære

Det er normalt at have smerter efter en hofteoperation. Hvis du oplever moderate eller stærke smerter, kan du tage ekstra smertestillende medicin. Følg altid den vejledning, du har fået fra sygehuset. Din faste smertestillende medicin står på dit medicinkort, hvor du også kan se, hvilken ekstra smertestillende medicin du må tage, og i hvilke mængder. Hvis den ekstra smertestillende medicinen ikke virker tilstrækkeligt, skal du kontakte sygeplejen.

Ernæring

Spiser og drikker du som vanligt?

☐ Ja

☐ Nej

Det er vigtigt, at du spiser og drikker som vanligt. Det anbefales, at du drikker 1,5 liter væske i døgnet og spiser en proteinrig kost. Det kan fx være æg, kød, mælkeprodukter.

Mobilisering

Har du været oppe til alle måltider?

☐ Ja

☐ Nej

Hvor mange timer har du været ude af sengen i dag?
(Det anbefales minimum 8–10 timer i døgnet)
Timer: _____

Har du kunnet træne inkl. daglige gøremål?

☐ Ja

☐ Nej

Det er vigtigt, at du som minimum kommer op til alle måltider og toiletbesøg. At stå og gå fremmer helingen og mindsker risikoen for komplikationer. Det anbefales, at du er oppe minimum 8–10 timer i døgnet. Det er normalt at opleve smerter i forbindelse med bevægelse. Et middagshvil kan være en god ide, da benene kan hæve efter operationen.

Udskillelse

Har du haft afføring i dag?

☐ Ja

☐ Nej

Smertestillende medicin, mindre bevægelse og nedsat mad- og drikkeindtag kan give forstoppelse. Kontakt sygeplejen, hvis du ikke har haft afføring i tre dage.

Søvn

Hvor mange timer har du sovet i nat?

_____ timer

Det er vigtigt at opretholde en normal døgnrytme. Hvis du ikke kan sove grundet smerter eller rastløshed i benet kan du forsøge med ekstra smertestillende. Følg her den vejledning du har fået fra sygehuset.

*Hvis du sover **under 3 timer** i to nætter i træk, skal du kontakte sygeplejen.*

Bilag 12 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 1

LKT-Program 1
Tjekliste for Sygeplejerske/SSA LKT-borger

Formål

At sikre en systematisk og sammenhængende sygeplejefaglig opfølgning for borgere i LKT-program 1 efter udskrivelse, så ændringer i borgerens tilstand opdages tidligt og den rette indsats iværksættes.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

☐ Sygeplejerske modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
- LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
- LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
- LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5

- Hvis borger IKKE har SUL-indsatser udelades sygeplejefagligudredning.

Senest den dag borger udskrives

☐ Planlægge besøg hos borgeren "indenfor 24 timer" efter udskrivelse, det anbefales at lægge besøget i dagvagten.
☐ Tjekliste "Ny borger" eller "borger ændrer sig" fra Nexus anvendes (Nexus navigationssedler/VAR)
- VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning" anvendes inden besøg hos borger.

Besøg hos borger "indenfor 24 timer"

☐ Sygeplejefaglig udredning laves i dialog med borger og pårørende under besøget. Indholdet i den sygeplejefaglige udredning findes i VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning"
☐ Informere borger om at Akutsygeplejen kommer på dag 4
☐ Informere borger om, at mobilisering er vigtigt også selvom der er smerter, det er normalt efter et hoftebrud.
☐ Introducere borger til "selvobservation".(materiale vil blive udleveret af sygehuset i forbindelse med udskrivelse, findes også på Hercules)
☐ Udlevere og introducere udskrivelsesvideo til borger og evt. pårørende - QR-kode. (find på hercules)
☐ Opret og udfyld observationsnotat: Observation efter udskrivelse" under SUL-tilstanden "Problemer med Mobilitet og Bevægelse".
☐ TOBS-måling inklusiv SAT-måling.
☐ Udlevere telefonnummer til distriktet.
☐ Tjek at hjælpemidler er i hjemmet til mobilisering og daglige gøremål.
☐ Tjek at borger har medicin, ved problemer med medicin kan ortopædkirurgisk afdeling kontaktes indenfor 14 dage efter udskrivelse. Hverdag 7-15 tlf. 76 36 23 40, Aften, nat,

weekend tlf. 76 36 22 65 eller tlf. 76 36 22 66

Ved evt. udfordringer om borgerens somatiske tilstand kan akutsygeplejen kontaktes, de kan herfra kontakte ortopædkirurgisk afdelingen op til 14 dage efter udskrivelse

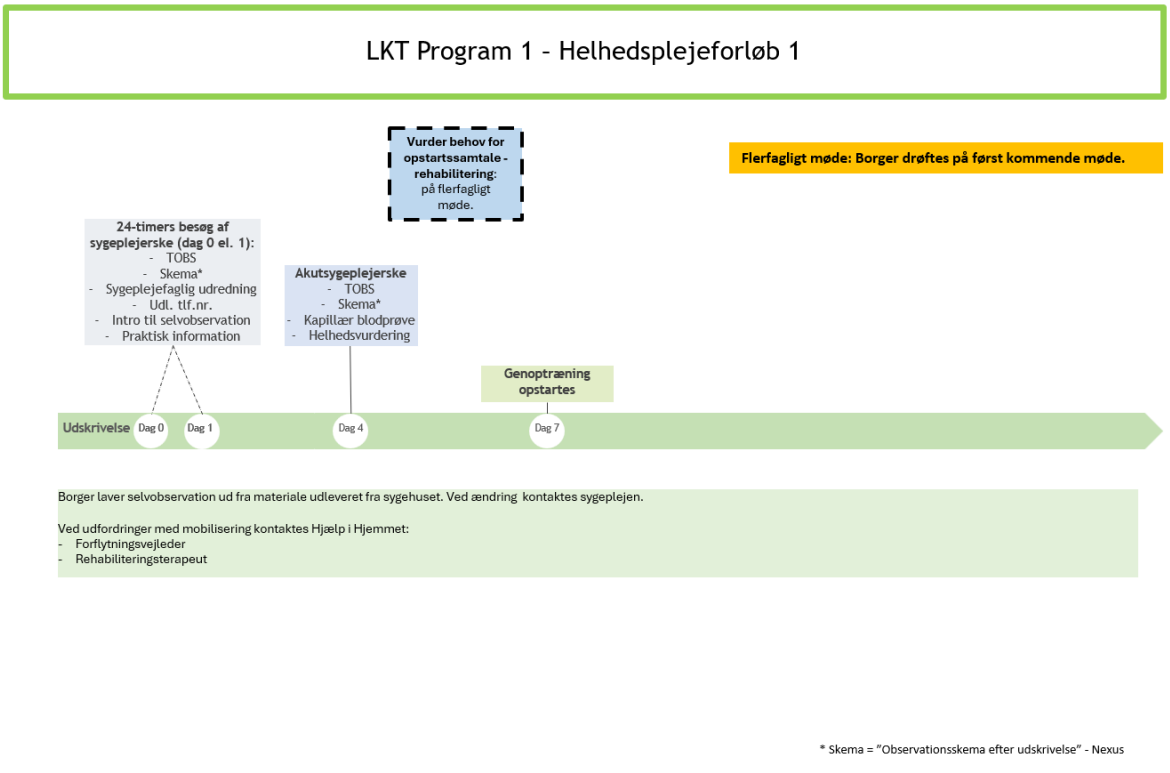
Hvis der vurderes at borgere skal flyttes til et andet LKT-program, følges "Arbejdsgang for ændring af LKT" (se hercules)

Flerfaglig møde

☐ Sikre tværfaglig opfølgning på mødet herunder
- Aktuelle emner drøftes
- Observationsskema "observation efter udskrivelse" er der udfordringer
- Mobilisering, bliver borger mobiliseret og i hvilken grad er der udfordringer
- Skal borger have en rehabiliteringssamtale med rehabiliteringsterapeuten

Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 1



* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

Bilag 13 – Tjekliste Akutsygeplejen

Arbejdsgangsbeskrivelse: LKT-borgere – Akutsygeplejen

Modtagelse af LKT-borger

- Modtagelse af korrespondance inde i overblikket under MedCom notater til sygeplejen Notat fra udskrivningskoordinator indeholder:
    - At borgeren er en LKT-borger
    - Hvilket LKT-program 1, 2 eller 3 borgeren er tilknyttet
- Sygehuset ringer på dagen til Akut1-koordinator og melder borger hjem
- Akut1-koordinator varetager de administrative opgaver

Administrative opgaver – Akut1-koordinator

- Planlæg besøg i borgerens kalender ud fra LKT-program:
    - **LKT-program 1:** Besøg på dag 4
    - **LKT-program 2:** Besøg på dag 3 og dag 6
    - **LKT-program 3:** Besøg på dag 3, dag 6 og dag 14

*Besøgene må ikke afvige fra de aftalte dage

Besøg hos borger – Akutsygeplejen

- Akutsygeplejen gennemfører besøg efter det tildelte LKT-program
- Observationer og sygeplejefaglige handlinger er de samme, uanset om besøg er på dag 3, 4, 6 eller 14

Observationer og målinger der laves i hjemmet

- TOBS-målinger
    - Opret TOBS-målinger i Nexus
    - Dokumenter måleværdier direkte i *TOBS-målinger*
    - TOBS 2 eller mere: kontakt Ortogeriatrisk afsnit
    - GUL eller RØD TOBS: udføres ABCDE-vurdering
- Kapillærblodprøver (CRP og Hgb)
    - Opret *målingerne CRP og Hgb* under tilstanden *"Problemer med mobilitet og bevægelse"*
    - Dokumenter værdierne direkte i målingerne
    - Hgb < 5,5 – kontakt Ortogeriatrisk afsnit
    - CRP > 50 – kontakt Ortogeriatrisk afsnit
    - CRP 20-49 – CRP gentages efter 2 døgn

Overordnet helhedsvurdering

- Opret *observationsnotat* under *Observationer*
- Beskriv helhedsvurdering af borgerens tilstand, inkludere: (se uddybning næste side)
    - Smerter
    - Ernæring
    - Mobilisering
    - Medicin generelt
    - Udskillelser
    - Søvn
    - Hud og slimhinde (Cikatrice)
    - Konklusion på besøg

- Plan for det videre forløb

Ortogeriatrisk afdeling:
Hverdag 7-15 tlf. 76 36 23 40. Aften, nat, weekend tlf. 76 36 22 65 eller tlf. 76 36 22 66.

OBS!
Genindlægges borger, følger borgeren sit LKT-program efter udskrivelse.
Borgere i LKT-program 2 – udgår hvis deres udskrivelse efter genindlæggelse er efter dag 10.
Borgere i LKT-program 3 – udgår hvis deres udskrivelse efter genindlæggelse er efter dag 14.
Hvis der vurderes behov for at følge borgere efter udskrivelse udover de 10 og 14 dage, tages kontakt til ortopædkirurgisk afdeling og der aftales her en individuel plan for opfølgning. Ved tvivl om opfølgning kontaktes ortopædkirurgisk afdeling.

Overordnet helhedsvurdering

Smerter (Ingen, lette, moderate, svære)

- Smerter i hvile?
- Smerte ved mobilisering?
- Passende smertebehandling?
- Bør øges eller reduceres?

Kontakt Ortogeriatrisk afsnit ved moderat til svære smerter som ikke afhjælpes med pn smertestillende

Ernæring

- Drikker borger sufficient – når de væskemål?
  - Får de proteindrik? Hvor meget drikker de?
- Har borger et sufficient ernæringsindtag?

Mobilisering

- Er borger oppe til alle måltider?
- Antal timer ude af sengen i døgnet? (anbefales 8-11 timer i døgnet)
- Har borger de rigtige og nødvendige hjælpemidler? – hvis nej kontakt Ortogeriatrisk afsnit
- Gangredskab?
- Er borger faldtruet?
- Har borger haft fald efter udskrivelse?

Medicin generelt

- Indtager borger sin medicin korrekt?

Udskillelser

- Har borger gang i maven? Seneste afføring?
- Vandladning?

Søvn

- Får borger dækket sit søvnbehov?

Hud og slimhinde (Cikatrice)

- Hvordan ser forbinding/cikatrise ud?
- Er der tegn på infektion?
- Er der ødem?
- Er der hæmatom?

14 dages udvidet behandlingsansvar på alle borgere uanset LKT-program.

Vurderes det at borger kan komme i et lavere LKT-program - orienteres distriktet herom, de kan også ændre LKT-program i samråd med jer, hvis borgerens funktionsniveau er højere end forventet ved udskrivelse. Herefter justeres besøgene efter det nye LKT-program.

Bilag 14 – Formål Rehabiliteringsterapeut

Rehabiliteringsterapeutens opgaver gennem LKT-forløbet

Information om borgere i LKT-forløb: (gældende for alle LKT-forløb)

- Udskrivelseskoordinator sender opgave til hverdagstræning 1 eller 2, med overskriften "Ny borger LKT", i opgavefeltet står hvilket LKT-program borger tilknyttes samt forventet udskrivelsesdato.
- Der aftales lokalt med teamkoordinator, at rehabiliteringsterapeuten informeres ved opstart af nye LKT-forløb.

Tværfaglig besøg: (kun gældende for LKT-3)

Formål: At understøtte plejepersonalet, så de føler sig trygge og sikre i mobiliseringen af borgeren. Besøget skal sikre, at mobiliseringen igangsættes hurtigt, at eventuelle bekymringer afklares, og at der findes fælles løsninger på udfordringer. Samtidig er formålet at skabe ro og tryghed for borgeren gennem en koordineret tværfaglig indsats.

Der laves tværfaglig besøg i hjemmet for borgere der er tilknyttet LKT-program 3, *indenfor 3 dage* efter udskrivelse.

Deltager: Rehabiliteringsterapeut og plejepersonale der kommer i hjemmet.

Flerfaglig møde: (gældende for alle LKT-forløb)

Formål: At sikre, at mobiliseringen er kommet godt i gang, og at eventuelle behov for sparring eller tværfagligt besøg afdækkes i samarbejde med plejepersonalet. Derudover vurderes det, om der er behov for en rehabiliteringssamtale i LKT-1 og LKT-2. Mødet bruges også til at følge op på tidligere tværfaglige besøg og vurdere udviklingen siden sidst samt afklare, om der er behov for yderligere indsatser.

Opstartssamtale rehabilitering: (gældende alle LKT-forløb)

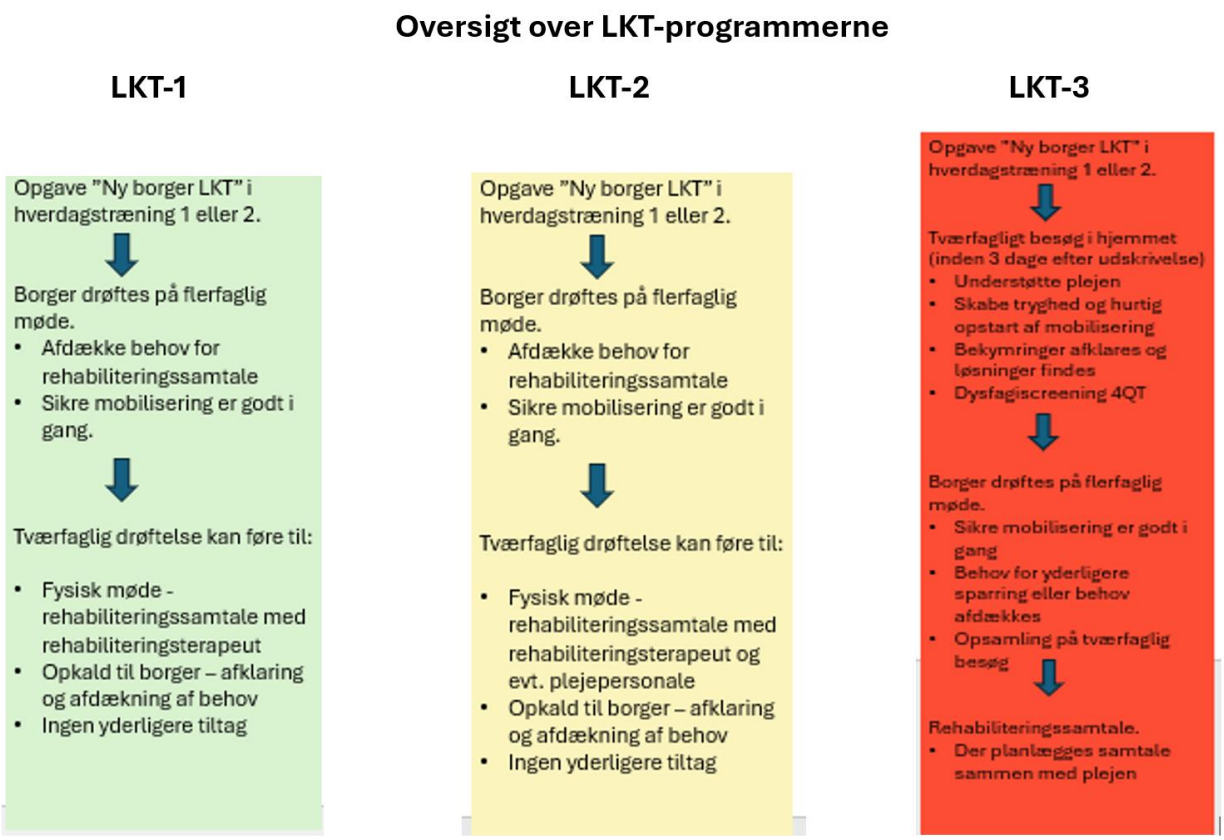
Formål: At understøtte at HIH arbejder rehabiliterende ud fra borgers mål og at borger vender tilbage til habituel tilstand

LKT-1:
Behovet for en rehabiliteringssamtale vurderes på det flerfaglige møde. Den tværfaglige drøftelse kan føre til et telefonopkald til borgeren, et fysisk besøg eller, at der ikke iværksættes yderligere tiltag. Fysiske besøg varetages oftest af rehabiliteringsterapeuten alene.

LKT-2:
Behovet for en rehabiliteringssamtale vurderes på det flerfaglige møde. Den tværfaglige drøftelse kan føre til et telefonopkald til borgeren, et fysisk besøg eller, at der ikke iværksættes yderligere tiltag. Ved eventuelt besøg tilstræbes det, at plejepersonalet deltager.

LKT-3:
Der planlægges altid en rehabiliteringssamtale. Det tilstræbes, at plejepersonalet deltager i samtalen.

Bilag 15 – Tjekliste Rehabiliteringsterapeut



Bilag 16 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 2

LKT-Program 2
Tjekliste for Teamkoordinator LKT-borger

Formål

Tjeklisten skal sikre en systematisk og tryg opstart for borgere i LKT-programmer ved udskrivelse. Teamkoordinatoren koordinerer de første indsatser, orienterer relevante fagpersoner og understøtter kvalitet og patientsikkerhed i overgangen fra hospital til hjem.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

☐ Teamkoordinator modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
- LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
- LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
- LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5

☐ Orientere/dialog med sygeplejerske om, at der er en LKT-borger der kommer hjem, der er tjekliste til sygeplejerskerne de skal følge.

☐ Orientere/dialog med nøgleperson om, at der er en LKT-borger der kommer hjem.

Senest den dag borger udskrives

☐ Opret handlingsanvisningen: "Borgerens plan" og kopiere nedenstående tekst (gul tekst) og uddyb relevante informationer om borgeren.
- Opret og udfyld skemaet "Observation efter udskrivelse" på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten.
- Mobilitet: Beskriv mobilisering og om der er restriktioner i forbindelse med mobilisering. Kontakt til forflytningsvejleder eller rehabiliteringsterapeut, ved udfordringer med mobilisering.
- Beskriv døgnrytme, hvil og mobilisering i forbindelse med måltider.
- Smertestillende, pn.
- Ernæring, hvordan spiser borger, sikre drikkevarer inden for rækkevidde, kvalme
- Udskillelse

☐ Skriv i bemærkningsfeltet på besøgene: "LKT-borger" og specifikt på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten: "LKT-borger, husk at oprette og udfylde observationsnotat: Observation efter udskrivelse" under SUL-tilstanden "Problemer med Mobilitet og Bevægelse".

☐ Sætte borger på først kommende flerfagligt møde.

☐ Triagér borger rød i TOBS i minimum 3 dage.

☐ Planlæg ekstra tid til første morgenbesøg til opdatering af "borgerens plan". Særlig opmærksomhed på beskrivelse af mobilisering.

☐ Planlæg 10 min. ekstra på besøgene til oprettelse og udfyldelse af skemaet "Observation efter udskrivelse" på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten.

☐ Planlæg TOBS-måling inkl. SAT, på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten.

Hvis koordinering af forløbet delegeres til en sygeplejerske, skal teamkoordinator gøre sygeplejerske opmærksom på at de skal følge denne arbejdsgang samt arbejdsgang for sygeplejersken.

Ved førstkommende flerfagligmøde efter udskrivelse

☐ Drøft med rehabiliteringsterapeuten i teamet

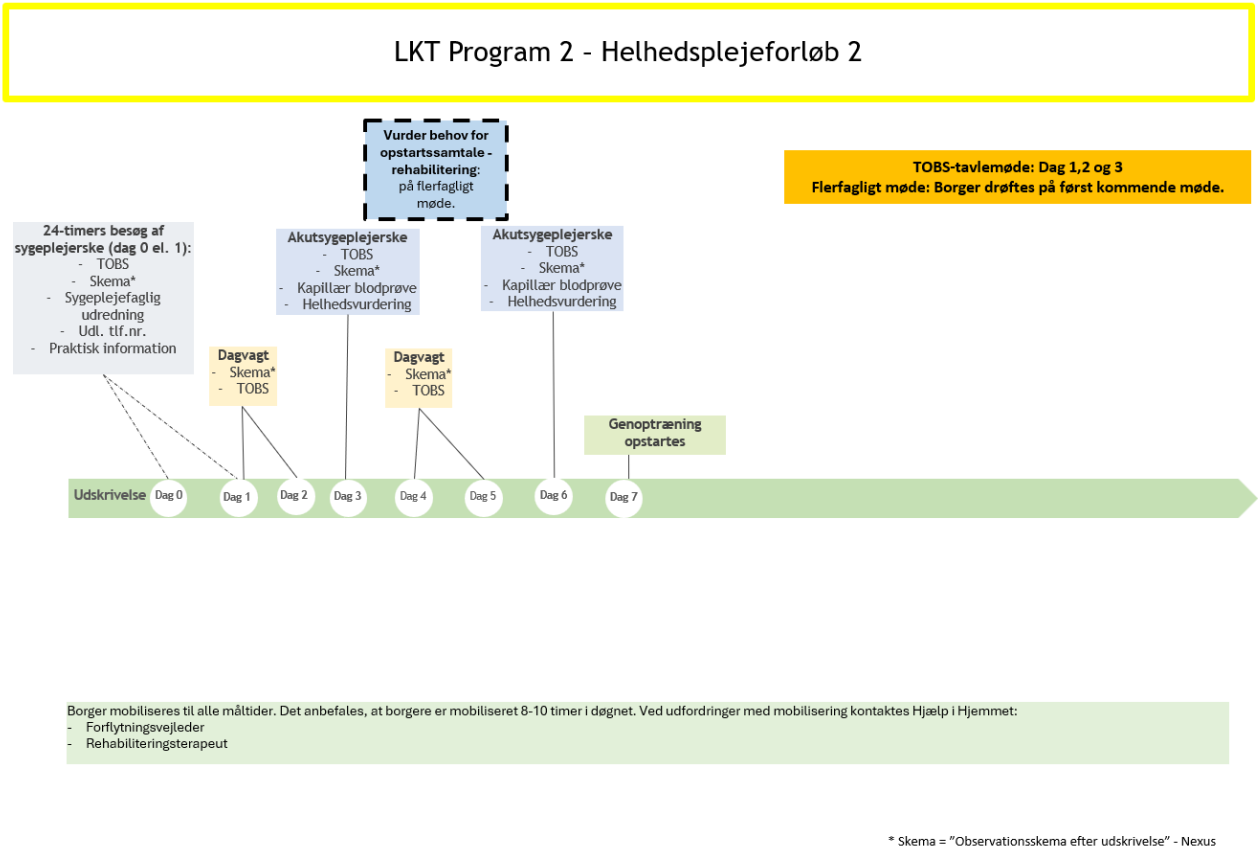
- ☐ Om det giver mening at have opstartssamtale hos borgeren, og i så fald aftale dato og tid.
- ☐ Afklare om borgeren er i gang med at blive mobiliseret eller om der er behov for hjælp fra rehabiliteringsterapeuten.

Print evt. Flowskema nedenfor i A3-format, hæng det op, og orientér kollegaerne om, at borgeren kommer hjem. Skriv evt. navn og dato for dag 0 på oversigten.

På den måde kan alle se, hvad der skal ske hos borgeren de forskellige dage efter udskrivelsen.

Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 2



Bilag 17 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 2

LKT-Program 2
Tjekliste for Sygeplejerske/SSA LKT-borger

Formål
At sikre en systematisk og sammenhængende sygeplejefaglig opfølgning for borgere i LKT-program 2 efter udskrivelse, så ændringer i borgerens tilstand opdages tidligt og den rette indsats iværksættes.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

☐ Sygeplejerske modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
- LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
- LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
- LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5

Senest den dag borger udskrives

☐ Planlægge besøg hos borgeren "indenfor 24 timer" efter udskrivelse, det anbefales at lægge besøget i dagvagten.
☐ Tjekliste "Ny borger" eller "borger ændre sig" fra Nexus anvendes.
☐ VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning" anvendes inden besøg hos borger.
☐ Aftal med teamkoordinator hvem der planlægger forløbet, hvis sygeplejen står for koordinering skal "Teamkoordinator – tjekliste" følges. (se hercules)

Besøg hos borger "indenfor 24 timer"

☐ Sygeplejefaglig udredning laves i dialog med borger og pårørende under besøget. Indholdet i den sygeplejefaglige udredning findes i VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning".
☐ Informere borger om at Akutsygeplejen kommer på dag 3 og 6.
☐ Informere borger om, at mobilisering er vigtigt også selvom der er smerter, det er normalt efter et hoftebrud.
☐ Opret og udfyld observationsnotat: "Observation efter udskrivelse" under SUL-tilstanden "Problemer med Mobilitet og Bevægelse".
☐ Udlevere og introducere udskrivelsesvideo til borger og evt. pårørende - QR-kode. (find på hercules)
☐ TOBS-måling inklusiv SAT-måling. .
☐ Udlevere telefonnummer til distriktet.
☐ Tjek at hjælpemidler er i hjemmet til mobilisering og daglige gøremål.
☐ Tjek at borger har medicin, ved problemer med medicin kan ortopædkirurgisk afdeling kontaktes indenfor 14 dage efter udskrivelse. Hverdag 7-15 tlf. 76 36 23 40, Aften, nat, weekend tlf. 76 36 22 65 eller tlf. 76 36 22 66

Ved evt. udfordringer om borgerens somatiske tilstand kan akutsygeplejen kontaktes, de kan herfra kontakte ortopædkirurgisk afdelingen op til 14 dage efter udskrivelse

Hvis der vurderes at borgere skal flyttes til et andet LKT-program, følges "Arbejdsgang for ændring af LKT" (se hercules)

Hvis TOBS og/eller observationsskema delegeres til kollega

- Har sygeplejerske ansvar for opfølgning og vurdering
    - Aftal med kollega, at de skal melde værdier og observationer tilbage til jer. Læg evt. et administrativ besøg i kalender hvor der følges op på værdier og observationsskema.

TOBS-tavlemøde

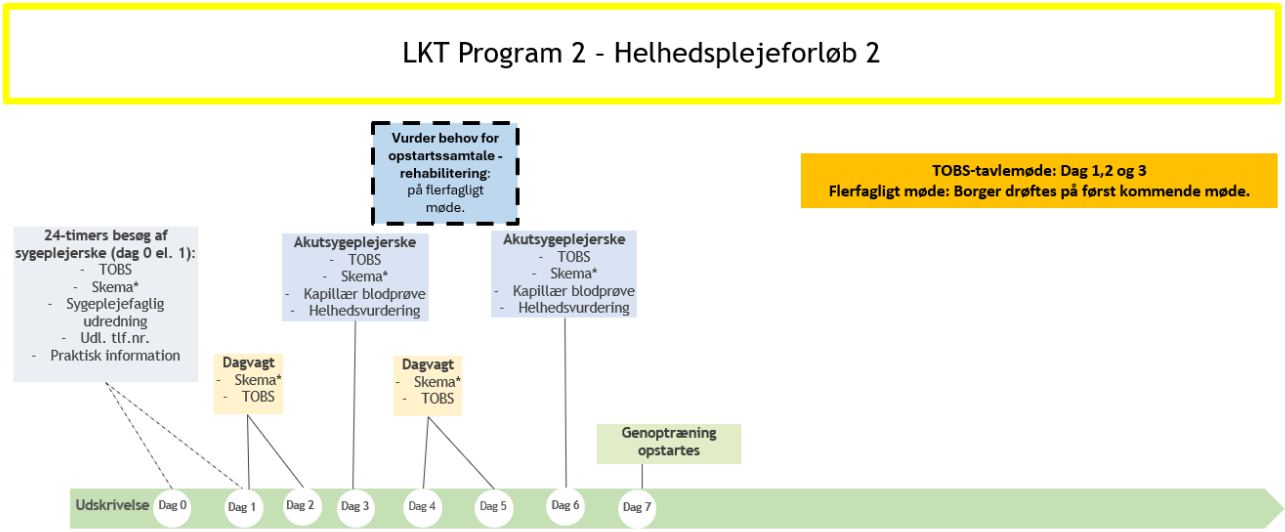
☐ Sikre opfølgning på borger ved tavlemøde de første 3 dage efter udskrivelse, herunder:
    - TOBS-målinger inklusiv SAT (opmærksom på referenceværdier for SAT – se udskrivelsesrapport)
    - "Observationsskema efter udskrivelse"
    - Bliver borger mobiliseret (hvis ikke kontakt til forflytningsvejleder eller rehabiliteringsterapeut)
- Ved evt. udfordringer om borgerens somatiske tilstand kan akutsygeplejen kontaktes, de kan herfra kontakte ortopædkirurgisk afdelingen op til 14 dage efter udskrivelse.

Flerfaglig møde

☐ Sikre tværfaglig opfølgning på mødet herunder
    - Aktuelle emner drøftes
    - Observationsskema "observation efter udskrivelse" er der udfordringer
    - Mobilisering, bliver borger mobiliseret og i hvilken grad er der udfordringer

Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 2



Borger mobiliseres til alle måltider. Det anbefales, at borgere er mobiliseret 8-10 timer i døgnet. Ved udfordringer med mobilisering kontaktes Hjælp i Hjemmet:
- Forflytningsvejleder
- Rehabiliteringsterapeut

* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

Bilag 18 – Tjekliste Teamkoordinator LKT-program 3

LKT-Program 3
Tjekliste for Teamkoordinator LKT-borger

Formål
Tjeklisten skal sikre en systematisk og tryg opstart for borgere i LKT-programmer ved udskrivelse. Teamkoordinatoren koordinerer de første indsatser, orienterer relevante fagpersoner og understøtter kvalitet og patientsikkerhed i overgangen fra hospital til hjem.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

- ☐ Teamkoordinator modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
    - LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
    - LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
    - LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5
- ☐ Orientere/dialog med sygeplejerske om, at der er en LKT-borger der kommer hjem, der er tjekliste til sygeplejerskerne de skal følge.
- ☐ Orientere/dialog med nøgleperson om, at der er en LKT-borger der kommer hjem.

Senest den dag borger udskrives

- ☐ Opret handlingsanvisningen: "Borgerens plan" og kopiere nedenstående tekst (gul tekst) og uddyb relevante informationer om borgeren.
    - Opret og udfyld skemaet "Observation efter udskrivelse" på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten, og på dag 1,2,3 4,5 og 6 i aftenvagten.
    - Mobilitet: Beskriv mobilisering og om der er restriktioner i forbindelse med mobilisering. Kontakt til forflytningsvejleder eller rehabiliteringsterapeut, ved udfordringer med mobilisering.
    - Beskriv døgnrytme, hvil og mobilisering i forbindelse med måltider.
    - Smertestillende, pn.
    - Ernæring, hvordan spiser borger, sikre drikkevarer inden for rækkevidde, kvalme
    - Udskillelse
- ☐ Skriv i bemærkningsfeltet på besøgene: "LKT-borger" og specifikt på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten og på dag 1,2,3 4,5 og 6 i aftenvagten: "LKT-borger, husk at oprette og udfylde observationsnotat: Observation efter udskrivelse" under SUL-tilstanden "Problemer med Mobilitet og Bevægelse".
- ☐ Sætte borger på først kommende flerfagligt møde.
- ☐ Triagér borger rød i TOBS i minimum 3 dage.
- ☐ Planlæg ekstra tid til første morgen- og aftenbesøg til opdatering af "borgerens plan". Særlig opmærksomhed på beskrivelse af mobilisering.
- ☐ Planlæg 10 min. ekstra på besøgene til oprettelse og udfyldelse af skemaet "Observation efter udskrivelse" på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten og på dag 1,2,3 4,5 og 6 i aftenvagten.
- ☐ Planlæg TOBS-måling inkl. SAT, på dag 1,2,4 og 5 i dagvagten.
- ☐ Planlæg tværfagligt besøg med rehabiliteringsterapeuten og den medarbejder der er primært i

hjemmet, mødes afholdes inden for 3 dage efter udskrivelse.

Hvis koordinering af forløbet delegeres til en sygeplejerske, skal teamkoordinator gøre sygeplejerske opmærksom på at de skal følge denne arbejdsgang samt arbejdsgang for sygeplejersken.

Indenfor 2 hverdage efter udskrivelse

☐ Kontakt rehabiliteringsterapeuten i teamet

- ☐ Aftal hvornår det giver mening at have opstartssamtale hos borgeren, dato og tid aftales med rehabiliteringsterapeut og borger. Planlæg besøg i borgerens kalender, for en af de medarbejdere der primært kommer i hjemmet.
- ☐ Afklare om borgere er i gang med at blive mobiliseret evt. behov for hjælp fra rehabiliteringsterapeuten.

Ved førstkommende flerfagligmøde efter udskrivelse

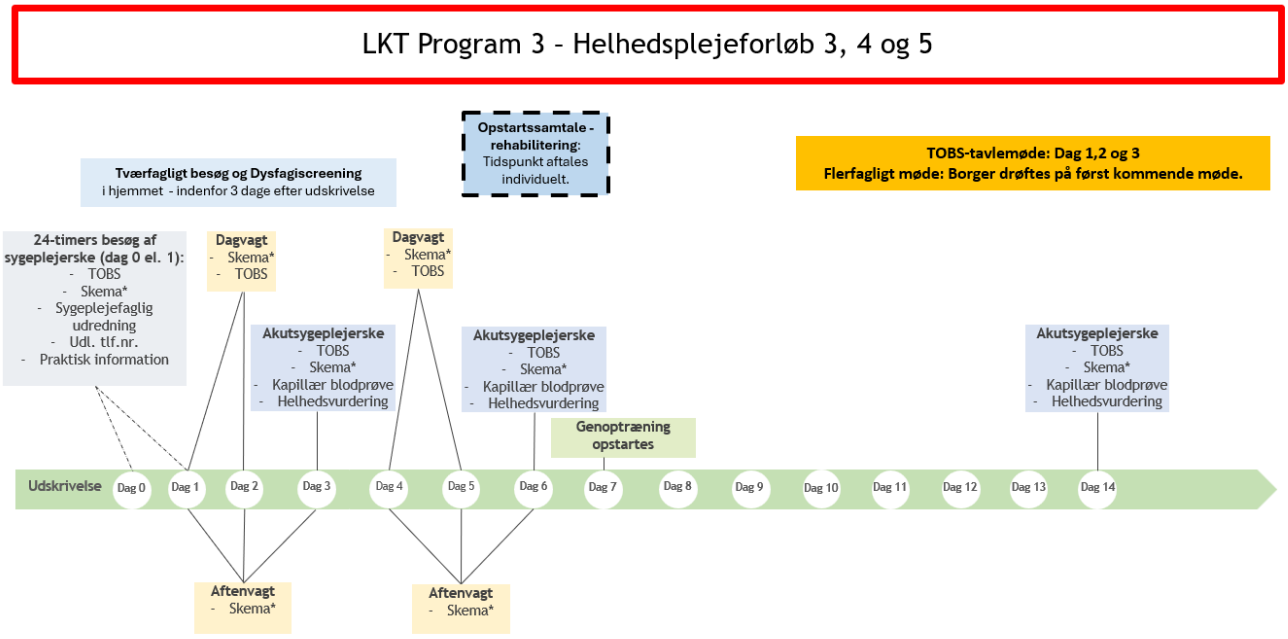
☐ Drøft med teamet og rehabiliteringsterapeuten om der er behov for yderligere sparring eller opfølgning efter tværfagligt besøg.

Print evt. Flowskema nedenfor i A3-format, hæng det op, og orientér kollegaerne om, at borgeren kommer hjem. Skriv evt. navn og dato for dag 0 på oversigten.

På den måde kan alle se, hvad der skal ske hos borgeren de forskellige dage efter udskrivelsen.

Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 3



Borger mobiliseres til alle måltider. Det anbefales, at borgere er mobiliseret 8-10 timer i døgnet. Ved udfordringer med mobilisering kontaktes Hjælp i Hjemmet:
- Forflytningsvejleder
- Rehabiliteringsterapeut

* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

Bilag 19 – Tjekliste Sygeplejerske og SSA LKT-program 3

LKT-Program 3
Tjekliste for Sygeplejerske/SSA LKT-borger

Formål
At sikre en systematisk og sammenhængende sygeplejefaglig opfølgning for borgere i LKT-program 3 efter udskrivelse, så ændringer i borgerens tilstand opdages tidligt og den rette indsats iværksættes.

Ved modtagelse af opgave fra udskrivningskoordinator

☐ Sygeplejerske modtager en *"opgave"* hvori der står, hvilket LKT-program borgeren tilknyttes.
- LKT-program 1 → Helhedsplejeforløb 0 + 1
- LKT-program 2 → Helhedsplejeforløb 2
- LKT-program 3 → Helhedsplejeforløb 3 + 4 +5

Senest den dag borger udskrives

☐ Planlægge besøg hos borgeren "indenfor 24 timer" efter udskrivelse, det anbefales at lægge besøget i dagvagten.
☐ Tjekliste "Ny borger" eller "borger ændre sig" fra Nexus anvendes.
☐ VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning" anvendes inden besøg hos borger.
☐ Aftal med teamkoordinator hvem der planlægger forløbet, hvis sygeplejen står for koordinering skal "Teamkoordinator – tjekliste" følges. (se hercules)

Besøg hos borger "indenfor 24 timer"

☐ Sygeplejefaglig udredning laves i dialog med borger og pårørende under besøget. Indholdet i den sygeplejefaglige udredning findes i VAR-retningslinjen "Sygeplejefaglig udredning".
☐ Informere borger om at Akutsygeplejen kommer på dag 3, 6 og 14.
☐ Informere borger om, at mobilisering er vigtigt også selvom der er smerter, det er normalt efter et hoftebrud.
☐ Opret og udfyld observationsnotat: "Observation efter udskrivelse" under SUL-tilstanden "Problemer med Mobilitet og Bevægelse".
☐ Udlevere og introducere udskrivelsesvideo til borger og evt. pårørende - QR-kode. (find på hercules)
☐ TOBS-måling inklusiv SAT-måling. .
☐ Udlevere telefonnummer til distriktet.
☐ Tjek at hjælpemidler er i hjemmet til mobilisering og daglige gøremål.
☐ Tjek at borger har medicin, ved problemer med medicin kan ortopædkirurgisk afdeling kontaktes indenfor 14 dage efter udskrivelse. Hverdag 7-15 tlf. 76 36 23 40, Aften, nat, weekend tlf. 76 36 22 65 eller tlf. 76 36 22 66

Ved evt. udfordringer om borgerens somatiske tilstand kan akutsygeplejen kontaktes, de kan herfra kontakte ortopædkirurgisk afdelingen op til 14 dage efter udskrivelse

Hvis der vurderes at borgere skal flyttes til et andet LKT-program, følges "Arbejdsgang for ændring af LKT" (se hercules)

Hvis TOBS og/eller observationsskema delegeres til kollega

- Har sygeplejerske ansvar for opfølgning og vurdering
    - Aftal med kollega, at de skal melde værdier og observationer tilbage til jer. Læg evt. et administrativ besøg i kalender hvor der følges op på værdier og observationsskema.

TOBS-tavlemøde

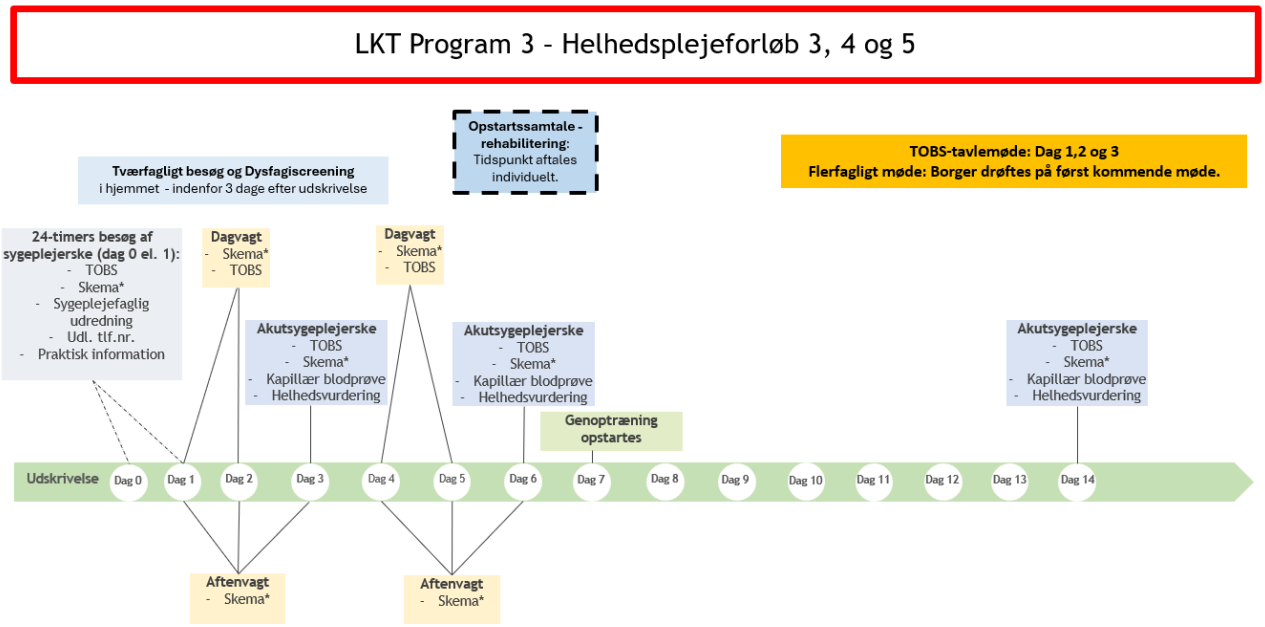
☐ Sikre opfølgning på borger ved tavlemøde de første 3 dage efter udskrivelse, herunder:
    - TOBS-målinger inklusiv SAT (opmærksom på referenceværdier for SAT – se udskrivelsesrapport)
    - "Observationsskema efter udskrivelse"
    - Bliver borger mobiliseret (hvis ikke kontakt til forflytningsvejleder eller rehabiliteringsterapeut)
- Ved evt. udfordringer om borgerens somatiske tilstand kan akutsygeplejen kontaktes, de kan herfra kontakte ortopædkirurgisk afdelingen op til 14 dage efter udskrivelse.

Flerfagligt møde

☐ Sikre tværfaglig opfølgning på mødet herunder
    - Aktuelle emner drøftes
    - Observationsskema "observation efter udskrivelse" er der udfordringer
    - Mobilisering, bliver borger mobiliseret og i hvilken grad er der udfordringer

Ved spørgsmål kan Birgitte Daugaard, projektleder kontaktes på tlf. 20 20 38 68

Flowskema LKT-program 3



Borger mobiliseres til alle måltider. Det anbefales, at borgere er mobiliseret 8-10 timer i døgnet. Ved udfordringer med mobilisering kontaktes Hjælp i Hjemmet:
- Forflytningsvejleder
- Rehabiliteringsterapeut

* Skema = "Observationsskema efter udskrivelse" - Nexus

Bilag 20 – Dysfagiscreening

4 Question Test – Dansk (4QT-DK)

Navn

4QT-DK er et patientrapporterende redskab til screening for dysfagi. Det består af fire spørgsmål, som stilles af den sundhedsprofessionelle.

Et "ja" til hvilket som helst af de 4 items, indikerer behov for yderligere vurdering.

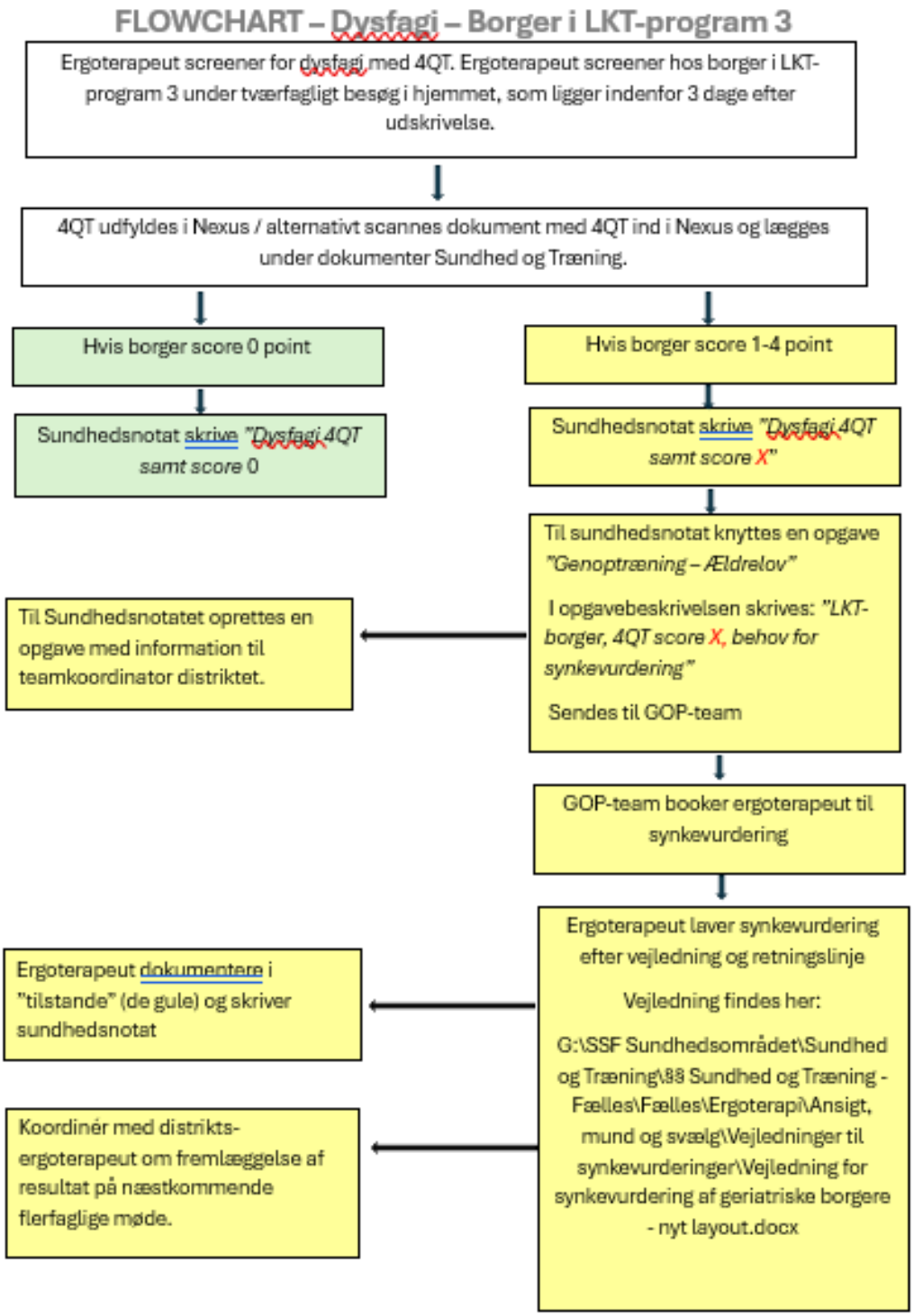
4 Question Test – Dansk (4QT-DK)	Ja (1 point)	Nej (0 point)
Hoster du og får mad galt i halsen, når du spiser og drikker?		
Tager det længere tid at spise dine måltider, end det plejer at tage?		
Har du ændret den type mad, du spiser?		
Skifter din stemme efter at have spist/drukket?		
Total score for "Ja"	/4	
Score 0: Ingen selvrapporterede tegn på dysfagi. Score 1-4: Selvrapporterede tegn på dysfagi – Behov for henvisning til vurdering for dysfagi.		

4QT er oversat til dansk og valideret på foranledning af Dorte Melgaard og Sabina M. Staal.

Dansk udgave af 4QT: Artikel publiceres inden længe

Engelsk udgave af 4QT:Tsang, K., Lau, E. S., Shazra, M., Eyres, R., Hansjee, D., & Smithard, D. G. (2020). A New Simple Screening Tool-4QT: Can It Identify Those with Swallowing Problems? A Pilot Study. Geriatrics, 5(1), 27.

Bilag 21 – Flowchart Dysfagi



Bilag 22 – Tjekliste ændring af LKT-program

Arbejdsgang for ændring af LKT-program (distriktet)

På baggrund af en faglig vurdering er det muligt at ændre LKT-programmet op eller ned. Hvis teamet vurderer at en borger skal have ændret LKT-programmet, skal det drøftes med teamets sygeplejerske og teamkoordinator, som indbyrdes aftaler hvem der gør følgende:

- Kontakter akutsygeplejen telefonisk:
    - Informere om Faglig begrundelse for ønske om ændring af LKT-program
    - Der laves en fælles konklusion på om LKT-program kan ændres

- Hvis program ændres:
    - Følges arbejdsgange for det nye LKT-program
    - Beskriv faglig begrundelse for ændring af LKT-program, og hvilket program der ændres til, i et observationsnotat under SUL-tilstanden ”Problemer med Mobilitet og Bevægelse” og fjern ”ændrings” tag.
    - Informere rehabiliteringsterapeuten, teamkoordinator og sygeplejerske om ændring af LKT-programmet.

Arbejdsgang for ændring af LKT-program (akutteamet)

Såfremt det vurderes at borgeren er bedre end først antaget LKT-program, og kan komme i et lavere LKT program skal det konfereres på tværs af Akutteam og distriktet.

Det sker ved en opringning mellem Akutteamet og distriktet

- Konferer faglig begrundelse for ønske om ændring af LKT-programmet.
- Der laves en fælles konklusion på om LKT-programmet kan ændres.

Hvis programmet ændres:

- Følges arbejdsgange for det nye LKT-program
- Beskriv faglig begrundelse for ændring af LKT-program, og hvilket program der ændres til, i et observationsnotat under SUL-tilstanden ”Problemer med Mobilitet og Bevægelse” og fjern ”ændrings” tag.