

# LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Visualisering af sammenhæng mellem mål, indsatsområder og delmål

| MÅL   | INDSATSOMRÅDER   | DELMÅL   |
|---|--|--|
| <b>1</b><br><br>Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud     | Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse | Alle deltagende forbedringsteams udarbejder en lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde om forløbet for borgere efter hoftebrud                                 |
|   |  | Øget kompetenceniveau hos sundhedspersonale omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse  |
|   |  | Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede faglige kompetencer fra kommunale akutsygeplejersker og akutteams efter udskrivelse                                       |
|   | Systematisk og tydelig kommunikation med og omkring borgere med hoftebrud og deres pårørende                       | Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede kompetencer fra sygehuset efter udskrivelse   |
|   |  | Skriftlig informationsmateriale til borger og pårørende  |
|   |  | Fyldestgørende information fra primær sektor til sygehus ved indlæggelse   |
|   |  | Fyldestgørende information til alle samarbejdspartnere omkring borgeren ved udskrivelse  |
| <b>2</b><br><br>Borgere med hoftebrud genvinder funktionsniveau som før bruddet | Daglig mobilisering  | Mobilisering inden for 24 timer efter operation  |
|   |  | Hurtig opstart på basismobilisering efter udskrivelse  |
|   |  | Fortsat daglig mobilisering til alle hovedmåltider (både på sygehus og i kommunalt regi) til de borgere som ikke kan klare sig selv (f.eks. CAS < 6 eller andre årsager) |
|   | Tidlig og tilstrækkelig genoptræning   | Hurtig opstart af træning under indlæggelse  |
|   |  | Hurtig opstart af genoptræning efter udskrivelse   |
|   |  | Progressiv styrketræning indgår som centralt element i genoptræning  |
| <b>3</b><br><br>Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud             | Opfølgende indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv   | Geriatrisk vurdering/plan er udarbejdet og helt opdateret på udskrivelsestidspunktet   |
|   |  | Geriatrisk vurdering/plan sendes til relevante samarbejdspartnere senest på udskrivelsesdagen  |
|   |  | Ved behov opfølgning hos egen læge   |
|   | Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom  | Systematisk måling af værdier på baggrund af samarbejdsaftale samt relevant opfølgning herpå   |
|   |  | Sikre tilstrækkelig væske  |
|   |  | Observation af og opfølgning på udskillelser   |
|   |  | Sikre tilstrækkelig smertelindring/dækning inkl. udtrappingsplan   |