

VERSION af 15.01.2018

Med henblik på godkendelse i Styregruppen for Lærings- og kvalitetsteams

Projektbeskrivelse
for det nationale
lærings- og kvalitetsteam
vedr.

”Den +65-årige patient med
hoftenært lårbensbrud”
(LKT Hoftenære lårbensbrud)

National tovholder: Region Syddanmark

Indholdsfortegnelse

1. Generel baggrund for etablering af lærings- og kvalitetsteams	3
2. Opdrag ift. LKT hoftenære lårbensbrud	3
3. Problemstilling	3
4. Projektets målsætninger	4
Mål 1: Reducere mortalitet. Nedbringe 30-dages mortaliteten med 20 %	5
Mål 2: Reducere morbiditet. Forbedre patienternes generelle sundhed efter hoftebrud	6
5. Visualisering af sammenhæng mellem mål, delmål og forslag til tiltag	7
6. Projektets indsatsområder (delmål og forslag til konkrete tiltag).....	7
1. Optimering af modtagelse af patienten.....	9
2. Optimering af patientens forløb under indlæggelse.....	11
3. Anbefalinger til træning og genoptræning efter udskrivelse	13
6. Generelle forslag til tiltag for at opnå målene	14
7. Organisering af LKT Hoftebrud	15
Deltagende afdelinger	15
Forbedringsteams	15
Kommunernes deltagelse i forbedringsarbejdet	15
8. Ledelses- og læringsseminarer	16
9. Data i projektet og IT-understøttelse	16
10. Tidsplan	16
11. Evaluering og spredning	17
Bilag 1 - Medlemmer af ekspertgruppen	18
Bilag 2 - Litteraturliste	19

1. Generel baggrund for etablering af lærings- og kvalitetsteams

I det nationale kvalitetsprogram indgår forbedringsprojekter med brug af lærings- og kvalitetsteams (LKT). Formålet med LKT er at understøtte det klinisknære forbedringsarbejde og sikre læring på tværs af landsdele. Arbejdet i lærings- og kvalitetsteams skal medvirke til at opbygge en forbedringskultur, hvor arbejdet med kontinuerligt at løfte kvaliteten er en integreret del af det daglige arbejde.

De konkrete mål og det kliniske indhold i forbedringsarbejdet defineres af en ekspertgruppe bestående af kliniske eksperter og eksperter i forbedringsmetode. Ekspertgruppen giver også forslag til mulige tiltag og procesmål i arbejdet med implementeringen af det kliniske indhold.

Deltagende enheder etablerer lokale forbedringsteams, der fokuserer på at opfylde målene ved at samle data og teste forandringer hurtigt i lille skala og deltager i de nationale læringsseminarer.

Beskrivelse af de øvrige LKT'ere fremgår af www.kvalitetsteams.dk

2. Opdrag ift. LKT hoftenære lårbensbrud

Dette nationale Lærings- og Kvalitetsteam omhandler **den + 65-årige patient med hoftenært lårbensbrud** (LKT hoftenære lårbensbrud). Region Syddanmark varetager den nationale projektlederrolle for dette LKT.

Første udkast til projektbeskrivelse for LKT hoftenære lårbensbrud blev fremlagt for Styregruppen for lærings- og kvalitetsteams den 25. oktober 2017.

Nærværende version forelægges for Styregruppen den 23. januar 2018.

3. Problemstilling

Der er tale om et sygdomsområde med stor morbiditet og mortalitet, samtidig med at belastningen af sundhedsvæsenet af denne gruppe patienter er stor.

Der er uønsket variation i behandlingskvaliteten mellem afdelinger - f.eks. målt på indlæggelsestid, genindlæggelsesfrekvens og 30-dages overlevelse efter operation.

Kvalitetsdata på området findes i den kliniske kvalitetsdatabase Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud.

Der blev i regi af Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud afholdt en Udviklingsdag for Databasen den 15/9 2016 – konklusionerne var bl.a.:

- At man formentlig kan påvirke mortaliteten ved præoperativ optimering
- Geriaterinvolvering er meget varierende sygehusenhederne imellem
- Der er stor variation i forløbende (+/- FAM, overflytninger og overgange)
- Det er vigtigt at have fokus på de svageste

Der foreligger et referenceprogram med anbefalinger til patientforløbet:

Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, 2008 (Udarbejdet af Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab)[1].

Begrundelser for at etablere LKT hoftenære frakturer:

- Der er tale om et sygdomsområde med stor morbiditet og mortalitet
- Der er en uhensigtsmæssig variation i behandlingskvaliteten bl.a. i forhold til 30-dages overlevelse efter operation
- Området vil have betydning for flere af de nationale kvalitetsmål: Primært kvalitetsmål 1. Bedre sammenhængende forløb og kvalitetsmål 4. Behandling af høj kvalitet.
- Det er muligt at tage afsæt i eksisterende data fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud.

4. Projektets målsætninger

*Projektets overordnede mål er at sikre **patienter på tværs af landet et ensartet højt kvalitetsniveau i behandlingen.***

De overordnede målbare mål for projektet er:

Overordnede mål med projektet

Målene er at:

Målsætning 1: Reducere mortalitet. At nedbringe 30-dages mortaliteten med 20 %.

Resultatmål: Andelen af patienter, som er i live 30 dage efter operationsdato skal stige fra det nuværende landsgennemsnit på 90 % til 92 %. Ingen afdeling bør have en overlevelse lavere end 91 %.

Målsætning 2: Reducere morbiditet. At forbedre patienternes generelle sundhed efter hoftebrud.

Resultatmål: Patienternes generelle sundhed belyses ved at monitorere 1 års dødeligheden. Der er således tale om et proxy-mål.

Målet er en 10 %'s reduktion i 1-års dødeligheden. Andelen af patienter, som er døde 1 år efter operationsdato skal falde fra det nuværende landsgennemsnit på 28 % til 25 %. Ingen afdeling bør have en 1-års dødelighed højere end 28 %.

Mål 1: Reducere mortalitet. Nedbringe 30-dages mortaliteten med 20 %

Resultatindikator 1

Målsætning: Andelen af patienter, som er i live 30 dage efter operationsdato skal på landsgennemsnittet være mindst 92 % opnået inden 01.04.2020. Ingen afdeling bør have en højere dødelighed end 9 %.

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Op

Tæller: Patienter registrerede i CPR-registeret som værende i live 30 dage efter operationsdato

Nævner: Studiepopulationen baseret på operationsdato (opdto) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Datakilder: Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud

Argumentation

I seneste årsrapport fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud [2] ses en regional variation fra 88 % i Region Nordjylland til 90 % i Region Syddanmark og Hovedstaden. Standarden på 90 % er opfyldt i to regioner i modsætningen til fire regioner sidste år. Standarden er ikke opfyldt på 9 afdelinger ud af 25. På 7 afdelinger leves op til en overlevelse på 92 %, i stedet for det aktuelle mål på 90 %. Styregruppen mener derfor at målet på 90 %'s overlevelse fremover kan skærpes til 91 eller på sigt 92 %, idet internationale studier peger i den retning.

Ekspertgruppen bemærker at der skal tages højde for udfordringer ved sammenligninger af registrenes resultater over landegrænse, primært grundet forskelle i inklusionskriterierne (Varierende aldersgrænser, medtagelse af ikke-opererede, Comorbiditet mv.) og risiko for suboptimal opfølgning (manglende CPR-numre). Ekspertgruppen vurderer, at det er realistisk i løbet af projektperioden at opnå en stigning i andelen af patienter, som er i live 30 dage efter operationsdato fra et landsgennemsnit på 90 % til et landsgennemsnit på 92 %.

Supplerende resultatindikator

I forbindelse med afrapportering af resultater til den nationale Styregruppe for LKT kan¹ der desuden afrapporteres på:

- Andelen af patienter, der har genvundet deres præ-fraktur basis mobilitetsniveau vurderet ved Cumulated Ambulation Score (CAS, 0-6 point) ved udskrivelsen. Målsætning på landsplan mindst 50 %.

I seneste årsrapport fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud viser supplerende analyser til indikator 4A og 4B (side 141-142) at hele 81 % af alle patienter på landsplan for aktuelle fraktur havde et selvstændigt basismobilitetsniveau (CAS=6), hvilket blev reduceret til kun 29 % udskrivning. Ligeledes ses at der på landsplan blandt patienter med vurderet basismobilitet for aktuelle fraktur og ved

¹ Dette kræver dog at der laves supplerende beregninger på baggrund af data fra Dansk Register for Hoftenære lårbensbrud.

udskrivning, kun var 38 % der havde opnået samme eller højere niveau ved udskrivning (CAS \geq for fraktur). På regionsniveau dækker dette over en variation fra 29 % i Region Midtjylland til 45 % i Region Sjælland, mens der på hospitalsniveau ses en større variation fra 16 % til 61 %. På landsplan er association mellem bevaret CAS og henholdsvis overlevelse og genindlæggelse, således at raten af 30-dages overlevende var 97,66 % i "CAS \geq før fraktur" gruppen mod 92,76 % i "CAS < før fraktur" gruppen, ligesom raten af genindlagte var 14.45 % versus 17.76 %.

Der er efterfølgende lavet analyser justeret for køn, alder, Charlson mm, hvor CAS < før fraktur ved udskrivning fortsat viser markant højere 30-dages dødelighed.

Vi kan ikke fastslå kausalitet, men fokus på at en større andel af patienterne genvinder CAS niveau på hospitalet eller hurtigst muligt efter udskrivning (hvis ikke opnået), synes samlet set at kunne have betydning i forhold til resultatindikator 1 med målsætningen om en 20 %'s reduktion.

Mål 2: Reducere morbiditet. Forbedre patienternes generelle sundhed efter hoftebrud

Resultatindikator 2

Målsætning: Patienternes generelle sundhed belyses ved at monitorere 1 års mortaliteten. Andelen af patienter, som er døde 1 år efter operationsdato skal på landsgennemsnittet være maksimalt 25 % opnået inden 01.04.2020. Ingen afdeling bør have en højere dødelighed end 28 %.

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Patienter registrerede i CPR-registeret som døde 1 år efter operationsdato

Nævner: Studiepopulationen baseret på operationsdato (opdto) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

Datakilder: Dansk Tværfagligt Register for Hofte- og Lårbrud

Argumentation

Det vurderes at 1-års dødeligheden er det mål, der bedst belyser den generelle sundhed for patienter med hofte- og lårbrud på længere sigt.

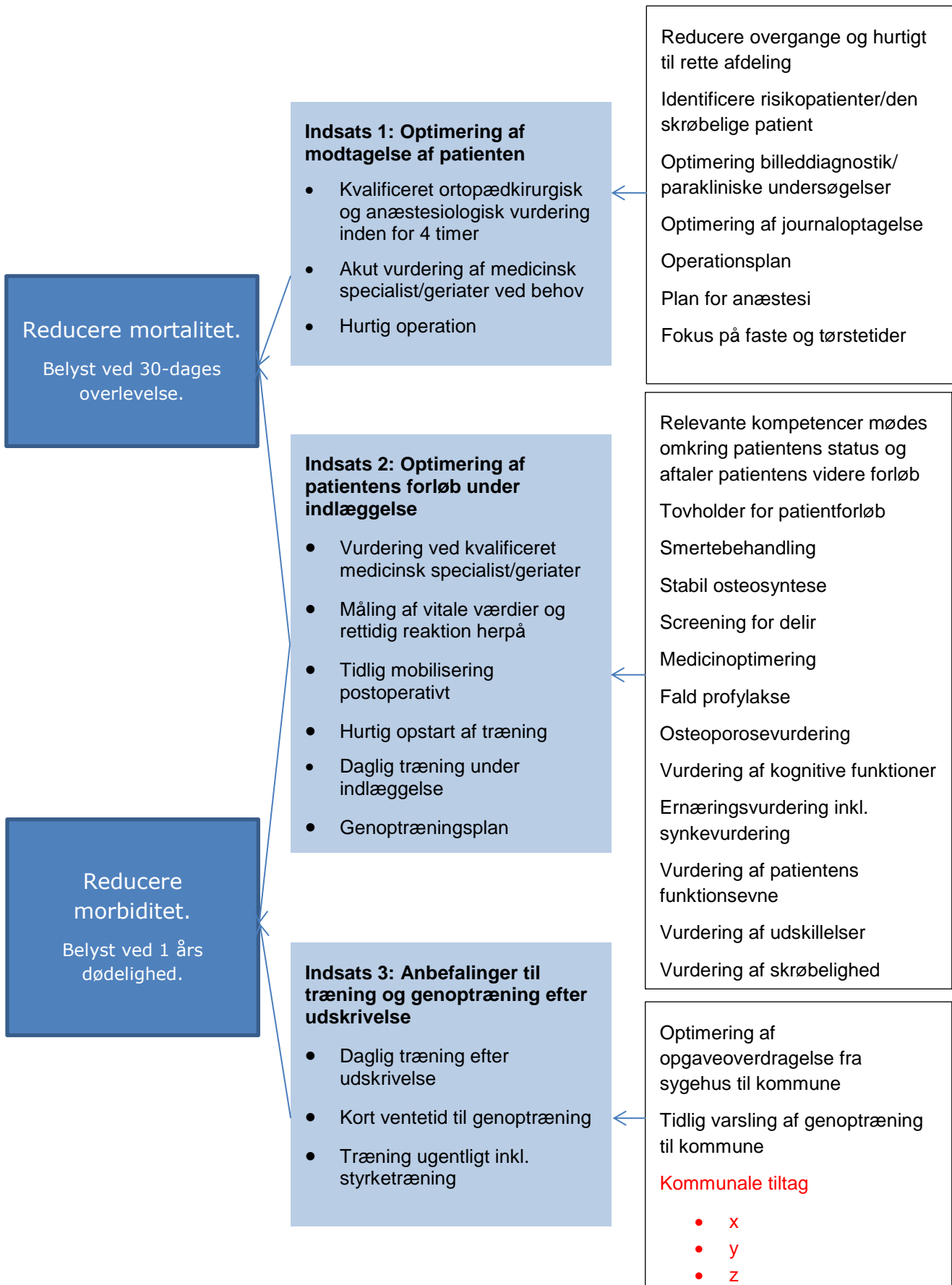
I en opgørelse af 1 års mortaliteten for patienter i Dansk Tværfagligt Register for Hofte- og Lårbrud (opereret i perioden 1.12.2015-30.11.2016) er den samlede 1 års dødelighed på landsplan 28 %. Dette gennemsnit dækker over en regional variation fra 26 % i Region Sjælland og Region Syddanmark til 30 % i Region Nordjylland – med en variation mellem afdelingerne fra 17 % til 36 %.

Det vurderes at en 1-års dødelighed på maksimalt 25 % bør være opnåelig for hovedparten af enhederne. Det er dog vigtigt at være opmærksom på landets store udsving i patient-comorbiditeten ved indlæggelse (det vil sige forskelligt udgangspunkt), ligesom der nu gøres i registrets justerede analyser vha. Charlson. Derfor er anbefalingen, at ingen afdeling bør have en højere 1-års dødelighed end 28 %.

En reduktion i 1-års dødeligheden kræver et samarbejde internt mellem relevante faggrupper på hospitalerne, et godt samarbejde med kommunerne i optageområdet og et væsentligt kommunalt bidrag efter udskrivelsen i forhold til disse patienter.

Det kunne eventuelt være interessant at udarbejde supplerende analyser på patienter/borgere fra de kommuner, der indgår i projektet for at se om forbedringen er større her end hos patienter/borgere i øvrige kommuner.

5. Visualisering af sammenhæng mellem mål, delmål og forslag til tiltag



6. Projektets indsatsområder (delmål og forslag til konkrete tiltag)

Der er følgende indsatsområder for forbedringsprojektet:

- 1. Optimering af modtagelse af patienten**
- 2. Optimering af patientens forløb under indlæggelse**
- 3. Anbefalinger til træning og genoptræning efter udskrivelse**

Læsevejledning - for hvert indsatsområde er beskrevet:

- **Hvad skal sikres (delmål)**

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale forbedringsteams skal implementere.

- **Procesindikatorer**

Der er en forventning om at alle delmål følges lokal. Implementering af nye arbejdsgange skal således understøttes af tidstro og relevante data. De tidstro data knytter sig til de arbejdsgange, man ønsker at forbedre med indsatsen, dvs. de er procesindikatorer. De konkrete indikatorer knyttes til de tre indsatsområder.

Nogle data indsamles lokalt ved små daglige stikprøver, f.eks. data fra EPJ eller ved journalaudit, ved daglige tavlemøder, "håndtælling" eller andet. Andre data indsamles i forvejen til brug for indberetning til Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud.

Resultaterne kan f.eks. drøftes dagligt på behandlingstavlemøde og opgøres ugentligt til kvalitetstavlemøder afhængigt af lokale forhold og hvilken indikator, der er tale om.

- **Forslag til tiltag**

Forslag til tiltag fokuserer på hvordan det kliniske indhold kan implementeres. Det er de lokaleforbedringsteams der arbejder med hvordan det kliniske indhold kan implementeres. Ekspertgruppen kommer med en række forslag til, hvad de lokale teams kan fokusere på.

- **Eventuelt grundlæggende materiale**

Dette er materiale, som vil blive udarbejdet i forbindelse med læringsseminarer og som de lokale forbedringsteams kan bruge som inspiration.

1. Optimering af modtagelse af patienten

Hvad skal sikres (delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale forbedringsteams skal implementere.

- Kvalificeret ortopædkirurgisk og anæstesiologisk vurdering inden for 4 timer efter ankomst til sygehus.
I den ortopædkirurgiske vurdering indgår specifik beskrivelse af 1) Diagnose og indikation, 2) Valg af operatør og operation og 3) Plan for indgreb og postoperativt forløb.
I den anæstesiologiske vurdering indgår specifik beskrivelse af 1) Diagnose og indikation, 2) Valg af anæstesiform og 3) Plan for smertestillende/blok m.v.
- Mulighed for akut vurdering ved kvalificeret medicinsk specialist/geriater umiddelbart efter ortopædkirurgisk og anæstesiologisk vurdering, hvis indiceret.
- Hurtig operation efter ankomst til sygehus ved kvalificeret kirurg, inkl. postoperativ plan.
 - Andel af patienter der opereres senest 24 timer efter ankomsttidspunkt på sygehuset skal være mindst 75 %.
 - Andel af patienter der opereres senest 36 timer efter ankomsttidspunkt på sygehuset skal være mindst 90 %.

Procesindikatorer

Der er en forventning om at alle delmål følges lokalt via indsamling af lokale data.

I forbindelse med afrapportering af data til den nationale Styregruppe for lærings- og kvalitetsteams afrapporteres der dog alene på de delmål, hvor der i forvejen findes nationale data i Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære lårbensbrud. Disse procesindikatorer er markeret med en stjerne (*).

- Andel af patienter med ortopædkirurgisk vurdering inden for 4 timer efter ankomsttidspunkt på sygehus. Målsætning: Mindst 90 %.
- Andel af patienter med anæstesiologisk vurdering inden for 4 timer efter ankomsttidspunkt på sygehus. Målsætning: Mindst 90 %.
- Andel af patienter der opereres senest 24 timer efter ankomsttidspunkt på sygehuset skal være mindst 75 % (*)
- Andel af patienter der opereres senest 36 timer efter ankomsttidspunkt på sygehuset skal være mindst 90 % (*)

Delmålet: *Mulighed for akut vurdering ved kvalificeret medicinsk specialist/geriater* er et organisatorisk tiltag. Det er derfor et spørgsmål om dette organisatoriske tiltag er implementeret eller ej på de enkelte enheder. Der følges op herpå i forbindelse med afrapportering til den nationale Styregruppe for LKT.

De lokale forbedringsteams kan desuden vælge at opstille yderligere procesindikatorer for at følge de tiltag, der igangsættes lokalt.

Forslag til tiltag

- Reducere antallet af overgange i patientforløbet. Patienter med hoftenære lårbensbrud bør kun modtages på sygehuse, der opererer hoftenære lårbensbrud. Hvis patienten modtages i en fælles akutmodtagelse er det desuden vigtigt at patienten hurtigst muligt indlægges på rette afdeling.
- Identificere risikopatienter / den skrøbelige patient.
- Optimering af billeddiagnostik og parakliniske undersøgelser (Skal være hurtigt til rådighed og altid tilgængelig).
- Optimering af journaloptagelse.
- Der skal laves en operationsplan som følges.
- Der skal lægges en plan for anæstesi som følges.
- Fokus på faste- og tørstetider (kortest mulig faste).

Eventuelt grundlæggende materiale

Ekspertgruppen forfatter en beskrivelse af anbefalinger til optimering af modtagelse af patienten og procesbeskrivelser, der beskriver opgaverne for hhv. ortopædkirurgi, anæstesiolog, mediciner/geriater og plejepersonale. Disse beskrivelser bringes ind i forbindelse med læringsseminarer undervejs og som inspiration til arbejdet lokalt.

2. Optimering af patientens forløb under indlæggelse

Hvad skal sikres (delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale forbedringsteams skal implementere.

- Vurdering ved kvalificeret medicinsk specialist/geriater inden for 36 timer efter ankomst til sygehus.
I vurderingen indgår 1) Vurdering af medicinsk udløsende årsag til fald, inklusiv eventuel infektion, 2) Kritisk medicingennemgang, 3) vurdering af medicinske komplikationer.
- Måling af vitale værdier og rettidig reaktion herpå.
- Tidlig mobilisering postoperativt inden for 24 timer efter operation.
- Hurtig opstart af træning senest 24 timer efter operation.
- Systematisk daglig træning under indlæggelse ved fysioterapeut med henblik på generhvervelse af basale funktioner.
- Genoptræningsplan, dvs. at patienter inden udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan, inklusive vurdering af ADL forud for knoglebruddet og før udskrivelsen.

Procesindikatorer

Der er en forventning om at alle delmål følges lokalt via indsamling af lokale data.

I forbindelse med afrapportering af data til den nationale Styregruppe for lærings- og kvalitetsteams afrapporteres der dog alene på de delmål, hvor der i forvejen findes nationale data i Dansk Tværfagligt Register for Hoftenerære lårbensbrud. Disse procesindikatorer er markeret med en stjerne (*).

- Andel af patienter der vurderes af kvalificeret medicinsk specialist/geriater. Målsætning: 100 % og som minimum bør 75 % være vurderet inden for 36 timer.
- Andel af patienter som dagligt får målt vitale værdier samt rettidig reaktion herpå. Målsætning: Mindst 95 %.
- Andelen af patienter, der efter operationen mobiliseres inden for 24 timer efter operation skal være mindst 90 %. (*)
- Andel af patienter med hurtig opstart af træning senest 24 timer efter operation. Målsætning: 100 %, forudsat dette ikke er decideret kontraindiceret.
- Andel af patienter der tilbydes systematisk daglig træning under indlæggelse ved fysioterapeut med henblik på generhvervelse af basale funktioner. Målsætning: 100 %, forudsat dette ikke er decideret kontraindiceret.
- Andel af patienter der inden udskrivelsen får udarbejdet en genoptræningsplan, inklusiv vurdering af ADL forud for knoglebruddet og før udskrivelsen skal være mindst 90 %. (*)

De lokale forbedringsteams kan desuden vælge at opstille yderligere procesindikatorer for at følge de tiltag, der igangsættes lokalt. Forslag til yderligere procesindikatorer:

- Andel af patienter som screenes med Hindsø score skal være mindst 90 %.
- Andel af patienter med en Hindsø score under 6, som screenes for delir med CAM score skal være mindst 90 %.

Forslag til tiltag

- Etablering af tværfaglig "stuegang" således at patienten ses af ortopæd, mediciner/geriater, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut og andre relevante specialer ved behov. Det afgørende er, at de relevante kompetencer mødes omkring patientens status og aftaler patientens videre forløb. Dette kan eksempelvis ske ved tavlemøder.
- Der skal være en tovholder for patientens forløb (Patient ansvarlig læge (PAL)).
- Optimere smertebehandling.
- Stabil osteosyntese der tillader hurtig mobilisering.
- Screening for delir og tidlig opsporing heraf.
- Medicinoptimering.
- Fald profylakse.
- Osteoporosevurdering.
- Vurdering af kognitive funktioner.
- Ernæringsvurdering inkl. evt. synkevurdering.
- Vurdering af patientens funktionsevne.
- Vurdering af udskillelser.
- Vurdering af skrøbelighed (frailty).

Eventuelt grundlæggende materiale

Der skal udarbejdes en beskrivelse af patientforløbet lokalt på den pågældende enhed, som indeholder en beskrivelse af proces og en beskrivelse af alle faggruppers rolle i processen inklusiv ansvarsfordeling.

Ekspertgruppen forfatter en beskrivelse af anbefalinger til patientforløb og proceskort, som bringes ind i forbindelse med læringsseminarer undervejs, som inspiration til arbejdet lokalt og til udarbejdelse af lokale beskrivelser af patientforløbet.

3. Anbefalinger til træning og genoptræning efter udskrivelse

Ekspertgruppen foreslår, at der etableres samarbejdsflader med kommunerne som sikrer (delmål):

- Daglig træning af basale færdigheder efter udskrivelse (eksempelvis at borgeren kommer "ud af sengen" dagligt).
- Kort ventetid til genoptræning.
- Struktureret træning ugentligt inkl. styrketræning.

Tilbuddene i det kommunale regi efter en hoftefraktur er af meget forskelligartet varighed og karakter [3]. Dette til trods for at det er vist at forlænget træningsforløb, specielt i out-patient regi er fordelagtigt [4, 5]. Endvidere er det vist at forløbet bør være struktureret og indeholde styrketræning som den vigtigste komponent i rehabiliteringstilbuddet. Tidlig opstart af progressiv styrketræning efter udskrivelsen fra hospitalet kan lade sig gøre uden adverse events [6]. Formålet med den samlede genoptræningsindsats bør som minimum være at den enkelte patient genvinder det præfrakturrelle funktionsniveau vurderet ved New Mobility Score.

Det er vigtigt for ekspertgruppen at understrege at fortsat mobilisering og rehabilitering efter udskrivelse er essentielt.

New Mobility Score er enkel at anvende og pålidelig [7]. New Mobility Score (NMS) [8] anvendes allerede i såvel hospitals [9-11] som i kommunalt regi[3], og er bevist velegnet til at følge danske patienter med hoftebrud over tid [6, 12-14]. Anvendelse i hospitalsregi er endvidere dokumenteret i en international spørgeskemaundersøgelse lavet i regi af Fragility Fracture Network. Derudover er en afgørende fordel ved NMS at den også omfatter udendørs gang og gang i forbindelse med indkøb. Dette er netop nogen af de færdigheder som patienter med hoftebrud har sværeste ved at genvinde, hvorfor de er vigtige at monitorere i efterforløbet (Godkendt dansk oversættelse med FAQ er frit tilgængelig).

Forslag til procesindikatorer

- Anbefaling til kommunerne om at andelen af patienter/borgere, der har genvundet deres præfraktur mobilitetsniveau vurderet ved New Mobility Score (NMS) tilstræbes at være mindst 50 % efter 3 måneder og 75 % efter 6 måneder.

Forslag til tiltag

- Optimering af opgaveoverdragelse fra sygehus til kommune
- Tidlig varsling af genoptræning til kommune
- Kommunale tiltag (defineres i samarbejde med deltagende kommuner)

Indsatsområde 3 beskrives nærmere i samarbejde med de deltagende kommuner.

6. Generelle forslag til tiltag for at opnå målene

Forslag til elementer i "hvordan": Indsatsområderne understøttes ved brug af nedenstående generelle tiltag.

Forslag til generelle tiltag:

- A. Ledelsesopbakning.
 - Forpligtigelse på ledelsesniveau og vedvarende ledelsesfokus på området.
 - Fokus på arbejdstilrettelæggelse og kapacitet.
- B. Patientens forløb og organisering af arbejdet.
 - Lokal forløbsbeskrivelse. Der skal udarbejdes en beskrivelse af patientforløbet lokalt på den pågældende enhed, som indeholder en beskrivelse af proces og en beskrivelse af alle faggruppers rolle i processen inklusiv ansvarsfordeling.
 - Tæt samarbejde med samarbejdende specialer/ relevante parakliniske specialer.
 - Etablering af en koordinationsgruppe lokalt på hospitalet med repræsentation af: Fysioterapi, pleje, ortopædkirurg, anæstesiolog og mediciner/geriater samt deltagelse fra direktion eller afdelingsledelse.
 - Systematisere arbejdsgange.
- C. Sikre systematisk information til og dialog med patienter og pårørende løbende.
- D. Undervisning.
- E. Feed-back og dataunderstøttelse.
 - Anvendelse af tidstro data til feedback til relevante medarbejdergrupper.
 - Drøfte behandling af patienter med hoftenært lårbensbrud i afsnittet på regelmæssige møder/tavlemøder.
 - Tjekliste til tavlemøder vedr. patienter med hoftenært lårbensbrud.
 - Kvalitetsmonitorering f.eks.
 - Analyse af årsager til at de anbefalede tider ikke overholdes når dette sker (gennemgå egne data)
 - Analyse af dødsfald/årsagsanalyse når dette sker (hvad gik galt i forløbet?)

På læringsseminarer i løbet af de to år, som LKT Hoftenerære lårbensbrud løber over, vil deltagerne blive præsenteret for redskaber til forbedringsarbejdet og samtidig vil der på tværs af deltagende teams være mulighed for at dele konkrete tiltag, som kan iværksættes lokalt. Grundlæggende viden om forbedringsmetoder kan erhverves ved at følge e-læringskurset: <http://forbedringsmodellen.dk/>

7. Organisering af LKT Hoftenære lårbensbrud

Deltagende afdelinger

Alle regioner deltager i projektet.

Ekspertgruppen anbefaler, at indsatsen afgrænses til de sygehuse, der opererer på patienter med hoftenært lårbensbrud.

Forbedringsteams

Lokalt organiseres tværfaglige lokale forbedringsteams på hver af de deltagende sygehusenheder. Forbedringsteamet har det praktiske lokale ansvar for forbedringsarbejdet og for at sikre, at de aftalte indsatser sker. Lokale forbedringsteams sammensættes efter karakteren af indsatserne og således at alle relevante faggrupper så vidt muligt indgår. Daglige ledere/kliniske beslutningstagere indgår i (eller har en tæt tilknytning til) forbedringsteamet. Deltagelse i forbedringsteams kan evt. justeres undervejs, hvis der findes behov for at supplere med andre deltagere.

Det anbefales at følgende kompetencer er repræsenteret i de lokale forbedringsteams: Ortopædkirurgisk læge, anæstesiologisk læge, medicinsk/geriatrik læge, sygeplejerske fra plejeafdelingen (geriatrik eller ortopædkirurgisk afdeling), fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejersker fra anæstesi/op og eventuel deltagelse fra fælles akutmodtagelse.

Inden første læringsseminar har de deltagende afdelinger følgende opgaver:

- Sammensætte de lokale forbedringsteams med ovennævnte repræsentation.
- Udvalge en "delegation" på 5-6 personer fra forbedringsteamet som deltager i alle 3 læringsseminarer i forløbet – både med det sigte at bidrage aktivt i forhold til at dele viden og erfaringer på læringsseminarer og med det sigte at "bære information hjem" til de kolleger, der ikke er med på læringsseminarer.
- Igangsætte lokale arbejdsgangsanalyser.
- Igangsætte eventuelle baselinemålinger i forhold til målene.
- Følge e-læringskurset mhp. grundlæggende viden om forbedringsmetoder: <http://forbedringsmodellen.dk/>

Kommunernes deltagelse i forbedringsarbejdet

Ekspertgruppen har med valg af overordnede mål og delmål lagt stor fokus på patientens mobilitetsniveau efter brud og dette omhandler bl.a. træning og genoptræning efter udskrivelse. Ekspertgruppen anbefaler kommunerne at arbejde med indsatser i forbindelse med borgerens træning i eget hjem og i kommunale genoptrænings enheder ("ambulante" træningscentre, 24-timers rehabiliterings/aflastningsenheder og plejehjem). Det vil derfor være yderst relevant, hvis der deltager 1-2 kommuner fra hver region i projektet. Kommunernes Landsforening er i øjeblikket i gang med at udpege kommuner til LKT Hoftenære Lårbensbrud.

8. Ledelses- og læringsseminarer

Som del af den nationale LKT afholdes nationale læringsseminarer mhp. opnåelse af nødvendige forbedrings- og datakompetencer, deling af erfaringer samt at lære af hinanden. De lokale forbedringsteams udvælger en "delegation" på 5-6 personer fra forbedringsteamet som deltager i de 3 nationale læringsseminarer i forløbet.

Der forventes afholdt et ledelsesseminar og tre læringsseminarer undervejs i projektet. Ledelsesseminar og første læringsseminar forventes afholdt i foråret 2018.

Seminarer

04.04.2018 Ledelsesseminar

17.05.2018 Læringsseminar

21.11.2018 Læringsseminar

23.05.2019 Læringsseminar

Ca. 2 år efter første læringsseminar holdes et afslutningsevent.

9. Data i projektet og IT-understøttelse

Det er væsentligt, at anvende tidstro og relevante data til understøttelse af forbedringsarbejdet i de lokale forbedringsteams.

I aktuelle LKT anvendes Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud til beregning af projektets overordnede resultatmål:

<http://www.rkkp.dk/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/hoftenaere-laerbensbrud/>

10. Tidsplan

Idet LKT som udgangspunkt etableres for to år, forventes LKT Hoftenære lårbensbrud at løbe i kalenderårene 2018, 2019 samt 1. kvartal 2020. De ønskede kvalitetsforbedringer forudsættes derfor realiseret indenfor denne tidsramme.

	2017				2018				2019				2020	
	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2
Projektbeskrivelse og klinisk indhold			X	X										
Baseline				X										
Ledelsesseminar						X								
Læringsseminar						X		X		X				
Afslutningsevent														X
Evaluering														X

11. Evaluering og spredning

Der afrapporteres to gange årligt til Styregruppen for LKT. Tovholderen i Region Syddanmark er ansvarlig for dette.

Som udgangspunkt løber projektet over to år. Efter halvandet år vurderer Styregruppen for LKT den samlede fremdrift i projektet og resultater af indsatsen.

Bilag 1 - Medlemmer af ekspertgruppen

Sammensætning pr. 10. 01 2018

Formand

Frank Damborg, overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus

Medlemmer

Region Nordjylland

Christian Berre Eriksen, overlæge, Ortopædkirurgisk Område, Aalborg Universitetshospital

Marianne Metz Mørch, overlæge, Ældre medicinsk afsnit, Regionshospital Nordjylland

Region Midtjylland

Frank Farsø, overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Karin Gade Kafaie-Yahyavi, specialeansvarlig anæstesi-sygeplejerske, Anæstesi- og operationsafdelingen, Hospitalsenheden Midt

Region Syddanmark

Heidi Grejsen, afdelingssygeplejerske, Ortogeriatrisk afsnit, Kolding Sygehus

Tonny Jæger Pedersen, udviklingsterapeut, Rehabiliteringsafdelingen, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Region Sjælland

Ninna Rose Holm, ledende overlæge, Anæstesiologisk afdeling, Nykøbing Falster Sygehus

Hans-Ulrik Ahler-Toftehøj, overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Holbæk Sygehus

Region Hovedstaden

Henrik Palm, overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

Trine Sander Pedersen, overlæge, Medicinsk afdeling, Herlev og Gentofte Hospital

Morten Tange Kristensen, seniorforsker, fysioterapeut, Fysioterapien og Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

Databasen: Dansk Tværfagligt Register for Hoftensære Lårbensbrud

Niels Dieter Röck, ledende overlæge, Ortopædkirurgisk afdeling, Odense Universitet og Svendborg Sygehus

Databasen: Landsdækkende Database for Geriatri

Kirsten Vinding, overlæge, Medicinsk Afdeling, Kolding Sygehus

Kommunale repræsentanter

Jan Arnholtz Overgaard, udviklingsterapeut, Ældre og Sundhed (Team Træning), Lollands Kommune

National tovholder

Region Syddanmark v. Maria Frank, Specialkonsulent, Kvalitet og Forskning

Forbedringsekspert: Marie Hamming, Overlæge og Forbedringsekspert, Sydvestjysk Sygehus, Region Syddanmark

Statistisk ekspertise (SPC): Stine Kappel Jensen, AC-fuldmægtig, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus, Region Syddanmark

Bilag 2 – Litteraturliste

Reference List

- [1] Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab: Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, 2008.
- [2] Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud, National årsrapport 2017, 1. december 2015 – 30. november 2016. Version 3, 15. maj 2017: https://www.sundhed.dk/content/cms/62/4662_hofte-fraktur-årsrapport_2017.pdf
- [3] Kronborg L, Bandholm T, Kehlet H, Kristensen MT. Municipality-based physical rehabilitation after acute hip fracture surgery in Denmark. *Dan Med J* 2015 Apr;62(4):A5023.
- [4] Auais MA, Eilayyan O, Mayo NE. Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther.* 2012 Nov;92(11):1437-51. doi: 10.2522/ptj.20110274. Epub 2012 Jul 19. Review
- [5] Diong J, Allen N, Sherrington C. Structured exercise improves mobility after hip fracture: a meta-analysis with meta-regression. *Br J Sports Med.* 2016 Mar;50(6):346-55. doi: 10.1136/bjsports-2014-094465. Epub 2015 Jun 2. Review. Erratum in: *Br J Sports Med.* 2016 Aug;50(15):e3.
- [6] Overgaard J, Kristensen MT. Feasibility of progressive strength training shortly after hip fracture surgery. *World J Orthop* 2013;4(4):248-58.
- [7] Kristensen M T, Bandholm T, Foss N B, Ekdahl C, Kehlet H. High inter-tester reliability of the New Mobility Score in patients with hip fracture. *J Rehabil Med* 2008;40:589-91.
- [8] Parker MJ, Palmer CR. A new mobility score for predicting mortality after hip fracture. *J Bone Joint Surg Br* 1993 Sep;75(5):797-8.
- [9] Hulsbaek S, Larsen RF, Troelsen A. Predictors of not regaining basic mobility after hip fracture surgery. *Disabil Rehabil* 2014 Oct 28;1-6.
- [10] Kristensen MT, Foss NB, Ekdahl C, Kehlet H. Prefracture functional level evaluated by the New Mobility Score predicts in-hospital outcome after hip fracture surgery. *Acta Orthop* 2010 Jun;81(3):296-302.
- [11] Kristensen MT, Kehlet H. Most patients regain prefracture basic mobility after hip fracture surgery in a fast-track programme. *Dan Med J* 2012 Jun;59(6):A4447.
- [12] Jellesmark A, Herling SF, Egerod I, Beyer N. Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study. *Disabil Rehabil* 2012;34(25):2124-31.
- [13] Pedersen TJ, Lauritsen JM. Routine functional assessment for hip fracture patients. *Acta Orthop* 2016 Aug;87(4):374-9.
- [14] Kristensen MT, Foss NB, Kehlet H. [Timed Up and Go and New Mobility Score as predictors of function six months after hip fracture]. *Ugeskr Laeger* 2005 Aug 29;167(35):3297-300.