

FAGLIG SUNDHEDSKLYNGE BYEN

MØDETIDSPUNKT

11-03-2024 kl. 14-16

MØDESTED

Københavns Rådhus, Udvalgsværelse D, 1. sal, vær. 103

MEDLEMMER

Kristian Antonsen, Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Sille Arildsen, Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital **Afbud**

Helen Bernt Andersen, Konstitueret vicedirektør, Rigshospitalet **Afbud**

Irene Harboe Brandt, Enhedschef, Rigshospitalet

Hallur Thorsteinsson, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Line Duelund Nielsen, Centerchef, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Lotte Pihl Paulsen, Specialkonsulent, Region Hovedstadens Psykiatri **Afbud**

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Region Hovedstadens Akutberedskab

Winnie Brandt, Chefkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Nicolai Kjems, Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune **Afbud**

Louise Basse Friediger, Leder for tværsektorielt samarbejde, Frederiksberg Kommune

Heidi Næsted Stuhau, Leder af hjemmepleje og hjemmesygepleje, Frederiksberg Kommune

Mette Marie Kyed Jensen, Politisk konsulent, Frederiksberg Kommune

Morten Holm, praktiserende læge, PLO-H repræsentant **Afbud**

Torben Larsen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant

Markus Hahn, Chefkonsulent, PLO-H-sekretariatet **Afbud**

Vibeke Hlin Vestereng, Hospitalspraksiskonsulent, KAP-H

Marianne Karstensen, Patientinddragelsesudvalget

Otto Herskind Jørgensen, Bruger- og pårørenderepræsentant

Tommy Brock, Bruger- og pårørenderepræsentant

Per Bennetsen, Adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Sine Mutanu Jungersted, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Stine Mieth-Waldorff, Afdelingsleder, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune

Katrine Ring, Direktør, Socialforvaltningen, Københavns Kommune **Afbud**

Britt Bergstedt, Borgercenterchef, Socialforvaltningen, Københavns Kommune **Afbud**

Signe Grauslund, Områdechef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Sekretariat

Sandra Rahel Makonnen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Melissa Holmes, Københavns Kommune

Ada Printzlau, Københavns Kommune (ref.)

GÆSTER

Steen Andersen, cheflæge, Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 2)

Thomas Saxild, Almen praksis, (deltog under pkt. 2)

Charlotte Glümer, centerchef i Center for Diabetes og Hjertesygdomme samt konstitueret centerchef i Center for Lungesygdomme, Københavns Kommune (deltog under pkt. 2)

Ida Gustafsson, cheflæge, Hjerterafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 2 og 5)

Camilla Steemann Rudolph, chefsygeplejerske, Hjerterafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 2 og 5)

Eckart Pressel, cheflæge, Geriatrisk og Palliativ afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 3)

Mette Mønster Westergaard, afdelingsleder, Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen, Københavns Kommune (deltog under pkt. 3)

Johan Reventlow, Chefkonsulent, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 4)

Tine Bjerregaard Kryger, Specialkonsulent, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune (deltog under pkt. 4)

Helena Dominguez, overlæge, Hjerterafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (deltog under pkt. 5)

DAGSORDEN

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN
2. BESLUTNING: TVÆRSEKTORIELLE INDSATSER ELLER METODER FOR SAMARBEJDE OM BORGERE MED KRONISK SYGDOM
3. BESLUTNING: FÆLLES INDSATS FOR FALDTRUEDE ÆLDRE
4. DRØFTELSE: DATA VEDR. ÆLDRES INDLÆGGELSER PÅ MEDICINSKE AFDELINGER
5. BESLUTNING: CATCH - SAMARBEJDE OM SKRØBELIGE BORGERE MED HJERTESVIGT
6. BESLUTNING: SUNDHEDSKLYNGE BYENS PRIORITERING I PULJER OG DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM
7. BESLUTNING: DELTAGELSE I LÆRINGS- OG KVALITETSTEAMS (LKT) SAMMENHÆNGENDE HOFTEBRUDSFORLØB
8. EVENTUELT
9. SKRIFTLIG ORIENTERING: ÅRSHJUL SUNDHEDSKLYNGE BYEN 2024
10. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ DOSISDISPENSERET MEDICIN
11. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDLÆGGELSER FRA PLEJEHJEM

1. VELKOMST OG GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

-

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen godkendte dagsordenen som grundlag for mødets afvikling.

SAGSFREMSTILLING

Per Bennetsen byder velkommen på vegne af formandskabet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

-

2. BESLUTNING: TVÆRSEKTORIELLE INDSATSER ELLER METODER FOR SAMARBEJDE OM BORGERE MED KRONISK SYGDOM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Mange patienter og borgere med kronisk sygdom har komplekse behandlingsforløb med gentagne kontakter og forskellige møder på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Sektorerne varetager egne, specialiserede opgaver, men mennesker med kronisk sygdom kan opleve manglende sammenhæng, og at deres forløb består af mange parallelle kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Den manglende koordinering og sammenhæng har betydning både for den enkelte patient og for ressourceanvendelsen i sundhedsvæsenet. Der er behov for at finde fælles løsninger, der bidrager til bedre tværsektoriel sammenhæng, til gavn for patienter med kronisk sygdom.

Tal fra Sundhedsprofilen 2021 viser antallet af borgere i Sundhedsklynge Byens område, der lever med sygdommene diabetes, hjertesygdom eller KOL:

Sundhedsklynge Byen	Diabetes (type 1 og 2)	Hjerte-kar-sygdom	KOL
Prævalens (andel/antal)	4,0 % /15.400 pers	2,8 %/11.000 pers	3,4 %/13.000 pers
Incidens (andel/antal)	Ikke opgjort	0,4 %/1.300 pers	0,5 % /1.800 pers

(Prævalens pr. 1. jan 2021, Incidens i 2021. Kilde: Sundhedsprofilen)

En del af borgerne har en eller flere samtidige kroniske sygdomme, i Københavns Kommune har 16 % af borgerne med type 2-diabetes også hjertesygdom og 11 % har KOL. Blandt borgere med hjerte-kar-sygdom har 25 % også diabetes og 18 % har KOL, mens 14 % af borgerne med KOL også har hjertesygdom og 13 % har diabetes (Kilde: Københavnerstatistik, Sundhedsprofilen 2021).

For at imødekomme behovet for styrket fælles populationsansvar og samarbejde omkring disse patientgrupper er der siden 2018 etableret tværsektorielle netværk for alle tre sygdomsområder (se bilag 1). Samarbejderne bidrager til at optimere patientforløb samt styrke relationer og kendskabet på tværs af sektorer, men belyser samtidig nogle af de strukturelle udfordringer, som ikke kan løses af de enkelte aktører alene.

Politisk sundhedsklynge Byen godkendte på mødet den 28. november 2023, at den faglige sundhedsklynge i 2024 drøfter eksisterende samarbejde samt udbredelse af metoder og erfaringer fra igangværende projekter, herunder hvorvidt TværSam som metode kan anvendes i samarbejdet om andre kronikergrupper.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe bestående af relevante repræsentanter fra parterne, som får til opgave at udarbejde forslag til tværsektorielle indsatser eller metoder for samarbejde om borgere med kronisk sygdom. Modellen præsenteres for faglig sundhedsklynge Byen i løbet af 2024.

REFERAT

Punktet blev indledt med oplæg ved Steen Andersen, cheflæge, Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Thomas Saxild, almen praksis og Charlotte Glümer, centerchef i Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Københavns Kommune.

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede tværsektorielle indsatser eller metoder for samarbejde om borgere med kroniske sygdom.

Indstillingen blev godkendt og der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal forelægge forslag til initiativer for faglige sundhedsklynge Byen senere i 2024.

Arbejdsgruppen skal have en særlig opmærksomhed på ressourcetrækket i de forskellige sektorer. Arbejdsgruppen skal desuden have et blik for arbejdet i 'CATCH - Samarbejde om skrøbelige borgere med hjertesvigt', som er lagt ind under indsatsen 'Den sidste tid' (dagsordenspunkt 5). Desuden skal arbejdsgruppen have fokus på brugerperspektivet og sikre brugerinddragelse. Akutberedskabet kan med fordel indtænkes i arbejdet.

SAGSFREMSTILLING

Behov og udfordringer i det nuværende set-up

De tværsektorielle samarbejder, som siden 2018 er etableret i Sundhedsklynge Byens område, er organiseret som praksisnære fællesskaber, der fungerer 'bottom-up' og tager udgangspunkt i fælles forløb på tværs af sektorgrænser. Samarbejderne giver hver væsentlige resultater og erfaringer (se bilag 1) men tydeliggør samtidig nogle af de udfordringer, som opleves i de enkelte sektorer:

- *Almen praksis* oplever værdi i at deltage og nyder gavn af specialistrådgivning fra endokrinologer og kardiologer. Det er dog en udfordring at afsætte ressourcer til tværsektorielle aktiviteter i en travl hverdag. Den nuværende økonomimodel understøtter ikke behovet for og ønsket blandt de nuværende deltagere om adgang til tværsektoriel sparring og specialistrådgivning.
- *Hospitalet* vil gerne understøtte vidensdeling og specialistrådgivning og har fokus på hvordan det kan gøres mest hensigtsmæssigt ift. Ressourcer og udbytte. I diabetes-netværket (tidligere TværSam) har der i en længere periode ikke været sygeplejersker fra hospitalet repræsenteret. De endokrinologer og kardiologer, der har deltaget i dette netværk og oplever, at undervisning, faglige drøftelser og adgang til specialistrådgivning imødekommer et behov.
- *Kommunerne* har et stærkt incitament til at samarbejde men har i perioder, og særligt i efter covid-19 pandemien, oplevet at modtage færre henvisninger til kommunal rehabilitering. 'Samarbejds møder på tværs' på herteområdet har resulteret i flere henvisninger til kommunal rehabilitering fra hospitalet. Ligeledes har TværSam projektet resulteret i flere henvisninger til kommunal rehabilitering fra de deltagende praksis.

Erfaringer med tværsektorielt samarbejde fra TværSam og andre dele af landet

I TværSam-projektet opgjorde almen praksis hvert år patientdata på en række kliniske parametre. Resultaterne viste bl.a. at:

- Andelen af patienter, der kom til årskontrol, steg fra 50% til knap 80%
- Andelen af patienter, der modtog kolesterolsænkende medicin, steg til knap 80%
- Andelen af patienter, der blev henvist til kommunal rehabilitering, steg fra 10% til knap 30%

I andre dele af landet er der, i regi af sundhedsklyngerne, igangsat strategiske samarbejder indenfor det tværsektorielle felt, særligt på herteområdet:

- *I Region Midt* arbejder hospital og kommuner tæt sammen med udgangspunkt i forløbsprogrammet og har sat fælles mål om, at flere patienter tilbydes og gennemfører hjerterehabilitering. Dette har resulteret i at fase II rehabilitering (perioden fra udskrivelsen indtil

patienten er i stand til at klare hverdagens aktiviteter), for en stor del af patienternes vedkommende foregår i kommunerne. De formelle aftaler suppleres af tværsektorielle temamøder og erfagrunder, der drøfter konkrete forløb og problemstillinger i forbindelse med sektorovergange.

- I Region Syd fungerer HjerterFyn som en tværsektoriel samarbejdsplatform mellem Odense Universitetshospital og ni fynske kommuner. HjerterFyn ledes af et delt tværsektorielt formandskab og der afholdes lederforum to gange årligt (virtuelt) og stormøde hver andet år med fysisk fremmøde. I det daglige afholdes jævnlige sparringsmøder med deltagelse af hospital og kommuner. Her deles case-baseret viden og afholdes undervisning i relevante kliniske emner.

Det tættere samarbejde bidrager i begge regioner til at skabe trygge og patientsikre sektorovergange i hjerterehabiliteringen, samtidig med en effektiv ressourceudnyttelse, hvor flere patienter henvises til kommunal rehabilitering tidligere i forløbet. Klinikerne peger på, at den vigtigste opgave i det tværsektorielle samarbejde er, at deltagerne sammen får beskrevet det, som giver mening for patienter/borgere i de konkrete forløb. Samt at det er essentielt, at forandringsprocessen igangsættes på strategisk ledelsesniveau, så klinikerne har en tydelig ramme at arbejde indenfor.

Hvordan omsættes behov og erfaringer til nye løsninger?

Erfaringerne både fra Sundhedsklynge Byen og andre dele af landet peger på behovet for at igangsætte en proces, hvor ledelseslaget fra de tre sektorer sammen udarbejder forslag til en Tværsektoriel model for samarbejde om borgere med kronisk sygdom. Ledelsesrepræsentanter fra hospitalet vil sammen med udvalgte almen praksis/PLO og Centerchefer fra København og Frederiksberg Kommuner kunne igangsætte modelarbejdet for sundhedsklynge Byen.

Processen forventes at kunne adressere spørgsmål som omhandler tilrettelæggelse og udformning af tværsektorielle aktiviteter i klyngens område:

- Hvilke data er relevante og nødvendige for at understøtte fælles populationsansvar på ledelsesniveau?
- Hvilken ledelsesopbakning kan understøtte udviklingen og afprøvning af en tværsektoriel indsats i sundhedsklynge Byen?
- Hvad er behovet for løbende kontakt mellem klinikere i de tre sektorer, fx sygdomsspecifikke virtuelle konferencer, tilgængelig specialistrådgivning, workshops og møder på diabetes-, hjerte- og KOL-området?
- Imødekommes at almen praksis' behov for specialistrådgivning i dag eller er der behov for ændringer, så der er adgang for deltagerne på en fleksibel måde, der passer i hverdagen? Hvordan sikres der en model, som tager højde for, at tid er en knap ressource for de praktiserende læger?

Ledetråden i processen vil være at finde fælles løsninger om fælles patienter, hvor klinikerne er med til at pege på løsninger i overgangene

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i faglig sundhedsklynge vil formandskabet nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe, der udarbejder forslag til tværsektorielle indsatser eller metoder for samarbejde om borgere med kronisk sygdom. Forslag til indsatserne præsenteres for faglig sundhedsklynge Byen i løbet af 2024.

Til at understøtte vidensdeling og andre aktiviteter i udviklingsfasen planlægges det at søge om midler fra Byg Bro puljen.

BILAG

- Bilag 1: Resultater og erfaringer fra tværsektorielle samarbejder i Sundhedsklynge Byen 2018-2024

3. BESLUTNING: FÆLLES INDSATS FOR FALDTRUEDE ÆLDRE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen aftalte på mødet den 18. december 2023, at der skal sættes et særligt fokus på den skrøbelige ældre patient i 2024, samt at der herunder skal drøftes en fælles indsats for den faldtruede patient på faglig sundhedsklynge Byens møde den 11. marts 2024.

Repræsentanter fra Frederiksberg Kommune, fra Geriatrik og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og fra Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning har på et møde den 21. februar 2024, drøftet emnet og udarbejdet nærværende sagsfremstilling.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen godkender, at der nedsættes en arbejdsgruppe med temaet "Fælles indsats for den faldtruede, skrøbelige ældre patient" med deltagere fra region, kommuner og almen praksis.
- At den nedsatte arbejdsgruppe udarbejder et kommissorium samt forslag til prøvehandling, herunder økonomi til godkendelse i formandskabet evt. i skriftlig votering.

REFERAT

Punktet blev indledt med oplæg ved Eckart Pressel, cheflæge, Geriatrik og Palliativ afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Mette Mønster Westergaard, afdelingsleder, Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen, Københavns Kommune.

Indstillingen blev godkendt og der nedsættes en arbejdsgruppe med temaet "Fælles indsats for den faldtruede, skrøbelige ældre patient" med deltagere fra region, kommuner, almen praksis og brugerrepræsentant. Arbejdsgruppen skal udarbejde et kommissorium samt forslag til prøvehandling, som godkendes af formandskabet.

Arbejdsgruppen skal have fokus på brugerperspektivet og data samt eksisterende viden og procedure. Akutområdet kan med fordel indtænkes i arbejdet.

SAGSFREMSTILLING

Fald er den hyppigste ulykkesform blandt ældre. Hver tredje ældre i Danmark over 65 år og hver anden over 80 år falder én gang om året. De ældres faldulykker medfører mange akutte kontakter til kommunen, almen praksis samt hospital, hvor både konsekvenser og årsager til faldulykken håndteres. Det forventes, at behovet for faldrelaterede kontakter og indsatser vil stige grundet den demografiske udvikling. Især borgergruppen af skrøbelige, faldtruede borgere over 75 år er kendetegnet ved mange samtidige sygdomme og stor dødelighed, hvis livsforløb er præget af gentagne indlæggelser og gentagne genoptræning/rehabiliteringstiltag i det kommunale sundhedsvæsen. Der er både på den regionale og den kommunale side en oplevelse af, at ressourceanvendelsen og forløbene kan forbedres, især for de mest skrøbelige ældre.

Forebyggelse af fald er muligt, men kræver, at der sættes ind allerede, når borger er i risikozonen. Sygdom bliver behandlet, men de afledte konsekvenser i form af muskeltab bliver ofte ikke håndteret tilstrækkeligt.

For at skabe sammenhængende forløb for skrøbelige faldtruede ældre er der behov for indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet og på tværs af sektorgrænsen. Disse indsatser bør dække over både udrednings-, trænings- og behandlingstiltag. Dette gælder tidlig i det ambulante forløb, men lige så høj grad med en fælles indsats ved behov for behandling ifm. akut sygdom, indlæggelse og genoptræning.

Det er arbejdsgruppens overbevisning, at dette kan opnås ved at etablere nye og udbygge eksisterende tværsektorielle samarbejdsformer ift. tidlig opsporing og screening, målrettede, tværfaglige indsatser, kompetenceudvikling samt videns- og datadeling. Med denne sagsfremstilling ønsker arbejdsgruppen mandat til at arbejde videre med udformningen af nedenstående delelementer, der kan styrke og løfte populationsansvaret for den faldtruede skrøbelige ældre.

1. Afdækning af population

Der er behov for at afklare og beskrive populationen, som skal være målgruppe for den tidlige opsporing og indsatser.

2. Screening og data

Der skal peges på et (screenings)redskab, som kan opspore patienter i risikozonen. Tilsvarende skal der beslattes, hvilke data, som er fagligt relevant at dele. Det skal ligeledes afklares, om datagruppen skal inddrages med henblik på nærmere dataanalyse af populationen.

3. Planlægning af prøvehandling

Det forventes, at der planlægges prøvehandling i både hospitals- og kommunalt regi. Prøvehandling vil omfatte screening af patienter, deling af data og målrettede tværfaglige tilbud.

Bruger- og pårørendeperspektivet

En tidlig, faldforebyggende indsats kan have betydning for ældres livskvalitet. Fald kan have en række alvorlige konsekvenser, fra forbigående smerte til knoglebrud og ca. 1/3 vil ikke være i stand til at gå selvstændigt efter et fald. Angst for nye fald kan tilsvarende føre til inaktivitet og social isolation.

Arbejdsgruppen ønsker at blive klogere på bruger- og pårørendeperspektivet i forhold til tidlig opsporing af faldende funktionsniveau og faldrisiko, og søger derfor inddragelse af brugerrepræsentant eller pårørenderepræsentant i arbejdsgruppen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af drøftelsen i faglig sundhedsklynge Byen vil arbejdsgruppen konkretisere forslagene yderligere. Der udarbejdes kommissorium samt forslag til prøvehandling og herunder økonomi til godkendelse i det faglige formandskab. Endelig beslutning om anvendelse af klyngemidler godkendes af den politiske sundhedsklynge evt. i skriftlig votering.

Arbejdsgruppen giver status på indsatsen ved et senere møde i faglig sundhedsklynge Byen i 2024.

BILAG

-

4. DRØFTELSE: DATA VEDR. ÆLDRES INDLÆGGELSER PÅ MEDICINSKE AFDELINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet benchmarkrapporten "Ældres indlæggelser på medicinske afdelinger" for at tilvejebringe viden om de ældre (+65 år) borgers indlæggelsesaktivitet på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger og blandt andet undersøge sammenhænge mellem antal indlæggelsesdage og kommunale og regionale forhold.

Rapporten blev drøftet i Tværsektoriel strategisk styregruppe (STT) den 3. november 2023, hvor der var enighed om, at rapportens resultater kan tænkes ind i sundhedsklyngernes arbejde med ældres

ind- og genindlæggelser. Formandskabet har på baggrund af drøftelsen i TSS bedt Sundhedsklynge Byens dataarbejdsgruppe om at se på rapporten og komme med bud på evt. yderligere data og analyser, der kan være relevante at arbejde videre med i den faglig sundhedsklynge.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen orienteres om dataarbejdsgruppens drøftelse af mulige forklaringer ift. resultater samt gruppens anbefalinger til yderligere analyser/data, der kan arbejdes videre med.
- At faglig sundhedsklynge Byen drøfter den videre proces for benchmarkrapporten i Klynge Byen.

REFERAT

Punktet blev indledt med oplæg ved Johan Reventlow, chefkonsulent, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Tine Bjerregaard Kryger, specialkonsulent, Center for Sundhed og Rehabilitering, Københavns Kommune.

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede den videre proces for benchmarkrapporten i Klynge Byen og de tre temaer, som datagruppen havde valgt at fremhæve.

Indstillingen blev godkendt og faglig sundhedsklynge Byen besluttede at, dataarbejdsgruppen skal arbejde videre med tema nr. 1 *'Hvilken betydning har kontakten med sundhedsvæsnets op til en indlæggelse (herunder 1813's rolle)?'* og tema nr. 2 *'Hvilke diagnoser indlægges borgerne med i Klynge Byen og kan vi forebygge nogle af dem?'* Arbejdsgruppen kan bl.a. have fokus på urinvejsinfektioner.

Der skal være en opmærksomhed på at inddrage Akutberedskabet i analysen af kontakten med sundhedsvæsnets op til en indlæggelse.

Det blev besluttet at inddrage arbejdsgruppen vedr. 'Indlæggelser fra plejehjem' i det videre arbejde med forebyggelige indlæggelser.

Der arbejdes for nu ikke videre med tema nr. 3 *'Er patienterne i Klynge Byen mere tilfredse med den sygehusbehandling de modtager sammenlignet med resten af landet?'* Det blev foreslået, at Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) kan overveje at tage det op på tværs af sundhedsklyngerne.

SAGSFREMSTILLING

Dataarbejdsgruppen har gennemgået benchmarkrapportens resultater for Klynge Byen, der er beskrevet i Bilag 1.

Derudover er nogle metodiske aspekter ved benchmarkrapporten blevet drøftet af dataarbejdsgruppen, der også har været i dialog med Mette Kramer Pedersen, analytiker fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkenhed.

Overordnet vurderer dataarbejdsgruppen, at benchmarkrapporten er en gennemarbejdet analyse om end der her fremhæves et par opmærksomhedspunkter.

- En indlæggelse defineres som en række kontakter i forlængelse af hinanden, der har varet mere end 12 timer. Der vil i nogle tilfælde være tale om hospitalskontakter (fx akutambulante kontakter) og ikke hvad vi normalt forstår ved en indlæggelse.
- Kontakt til almen praksis og kommunal sygepleje opgøres på ugebasis, men den akutte kontakt lige op til en indlæggelse (op til en uge forinden) er ikke nødvendigvis inkluderet i opgørelsen af kontakter.
- Derudover en opmærksomhed på, at analysen ikke er baseret på de nyeste data vi har (indlæggelser i 2021) og der er sket en del i organiseringen af sundhedsvæsenet siden da. Derfor har dataarbejdsgruppen, de steder det har været muligt, set på data i perioden 2021-2023.

Dataarbejdsgruppen kan genfinde rapportens resultater ift. at der er mange kontakter til hospitalet i Klynge Byen. Dette kan vi se i *Sundhedsdata på Tværs*, hvor Klynge Byens borgere har flere kontakter til hospital pr. 1.000 borgere (over 65 år / 80 år) sammenlignet med landsgennemsnittet. Det gælder indlæggelser såvel som ambulante ophold, både de akutte og de planlagte.

Dataarbejdsgruppen har drøftet en række hypoteser og forklaringer på, hvorfor der er relativt mange indlæggelsesdage og kontakter til hospitalet blandt ældre i Klynge Byen. Nogle hypoteser/ forklaringer kunne afvises af egne eller eksterne data/analyser. Derudover har dataarbejdsgruppen været i dialog med Mette Kramer Pedersen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkenhed, der også har bidraget med perspektiver og supplerende informationer for at identificere temaer, der er relevante at arbejde videre med.

Spørgsmål, der er drøftet i dataarbejdsgruppen, er blandt andre:

1. Er der flere indlæggelsesdage i Klynge Byen fordi der er flere senge til rådighed ("stærekasseeffekten")?
2. Er patienterne indlagt længere tid fordi der er ventetid til hjemtagning til de kommunale pladser?
3. Hvilken betydning har kontakterne op til en indlæggelse (herunder 1813's rolle)?
4. Adskiller de ældre borgere i Klynge Byen sig fra ældre borgere i andre sundhedsklynger?
5. Er patienter i Klynge Byen mere tilfredse med den hospitalsbehandling de modtager sammenlignet med resten?
6. Er der kulturelle eller organisatoriske forskelle i brugen af sundhedsvæsenet blandt borgere eller sundhedsprofessionelle i land- og byområder?
7. Hvilke diagnoser indlægges borgerne med i Klynge Byen og kan vi forebygge nogle af dem?
8. Hvordan ser udviklingen ud ift. indlæggelsesdage i Klynge Byen siden 2021?

For hver af de ovenstående spørgsmål har dataarbejdsgruppen søgt data (egne og eksterne kilder), der kunne hjælpe med at nuancere resultatet af benchmarkrapporten. Fx er nationale data fra Sundhedsprofilen blevet brugt ift. at vurdere om borgere fra København og Frederiksberg kommune adskiller sig fra øvrige kommuner (4). Borgerne i København og Frederiksberg er ikke mere syge end borgere andre steder, men vi ser en høj andel af borgere med tegn på social isolation i København, som primært findes blandt de ældre aldersgrupper.

Derudover har dataarbejdsgruppen afsøgt international litteratur ift. at afdække temaet om kulturelle og organisatoriske forskelle i brugen af sundhedsvæsenet mellem land- og byområder (6), hvilket vurderes at være en væsentlig faktor ift. forskellen i indlæggelser mellem Vest- og Østdanmark. I litteraturen findes, at der i vestlige I-lande ses et generelt mønster af mere ulighed i sundhedstilstande hos den landlige befolkning, hvortil der særligt i USA også kan påvises, at der på trods af et større behov for sundhedsydelse hos denne befolkning, oftest bliver brugt færre sundhedsydelser sammenlignet med befolkningen der bor i byen - formegentligt grundet sociodemografiske uligheder, lavere grad af adgang og tilgængelighed af sundhedsydelser på landet, samt landlige borgeres lavere grad af sundhedskompetencer.

Herefter blev tre spørgsmål valgt ud som dataarbejdsgruppens anbefaling til, hvilke temaer, der er mest relevante at arbejde videre med i Klynge Byen (3, 5 og 7). I udvælgelsen er der blevet lagt vægt på, at det har tværsektoriel relevans. Samtidig vurderes det, at det er temaer med forebyggelses- og forbedringspotentiale. De tre udvalgte spørgsmål udfoldes herunder.

Hvilken betydning har kontakterne op til en indlæggelse (herunder 1813's rolle)?

Andelen af kontakter til almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje fremlægges i benchmarkrapporten, men det er en kompleks målsætning for hvad er den rette andel med kontakt? En succesfuld kontakt med almen praksis eller kommunal sygepleje vil forebygge en indlæggelse, hvorfor det ikke er entydigt positivt at have en meget høj andel borgere med kontakt til almen praksis eller kommunal sygepleje i ugerne op til en indlæggelse. Omvendt bør den ej heller være meget lav. Det kan med fordel undersøges, hvorfor relativt mange borgere fra Klynge Byen indlægges uden at have været i kontakt med almen praksis eller kommunal sygepleje i ugerne op til indlæggelsen. En antagelse er, at 1813 har en betydningsfuld rolle. Fx ser vi, at der stort set ingen aftenbesøg er i Region H siden 1813/akutmodtagelsen erstattede vagtlægeordningen i 2014. 1813 laver aftenhjemmebesøg, men ikke i samme omfang som før. Borgerne visiteres derfor i højere grad direkte til et akutambulant besøg på hospitalet af 1813. Der er flere aspekter i kontaktmønstre og 1813's rolle ifm. indlæggelser som vi kunne blive klogere på.

Er patienter i Klynge Byen mere tilfredse med den hospitalsbehandling de modtager?

Der tages ikke højde for kvalitetsmål i benchmarkrapporten, men det er relevant at undersøge, hvorvidt kvaliteten af behandlingen er bedre, hvor patienterne har flere indlæggelsesdage. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) viser, at patienter i Vestdanmark er mere tilfredse efter kontakt til sygehus sammenlignet med patienter i Østdanmark. De gennemsnitlige flere indlæggelsesdage, der er i øst kan altså ikke direkte spores i en øget patientoplevet kvalitet. Når vi ser på patienttilfredshed målt på de medicinske afdelinger på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i 2021 afviger resultaterne for de fleste af spørgsmålene ikke fra landsgennemsnittet, men en del spørgsmål ligger også under landsgennemsnittet. Vi har derfor ikke datamæssigt belæg for, at borgeroplevet kvalitet er højere på de medicinske afdelinger i Klynge Byen sammenlignet med i resten af landet. Når det er sagt, så er patientoplevet kvalitet ikke et entydigt mål for kvalitet fordi borgerens vurdering af kvaliteten uundgåeligt vurderes ud fra patienternes forventninger til kvaliteten, hvilket fx kan variere på tværs af landsdele og aldersgrupper.

Det er muligt at spørge Center for Patientinddragelse, der står bag LUP, om de kan hjælpe os med at dykke ned i patientoplevet kvalitet inden for Klynge Byen og specifikt kigge på fx de ældre aldersgrupper.

Hvilke diagnoser indlægges borgerne med i Klynge Byen og kan vi forebygge nogle af dem?

I benchmarkrapporten undersøges det på nationalt plan antal indlæggelser og antal indlæggelsesdage fordelt på forskellige sygdomme fra 2008-2021. Det ses at antal indlæggelser med diagnosen blærebetændelse (forebyggelig indlæggelse) er steget mens antal indlæggelsesdage er faldet. Analysen er ikke lavet på regions-, kommune- eller klyngeniveau. Dataarbejdsgruppen har identificeret samme tendens for indlæggelser med blærebetændelse på Bispebjerg og

Frederiksberg Hospital. Antallet af kontakter med blærebetændelse er steget fra under 200 i kvartalet før 2019 til omkring det dobbelte fra 2020 og frem til 2023. Samtidig er antallet af kontaktdage dog faldet fra ca. 2,0 til 1,5 dag.

Vi ved fra *Sundhedsdata på Tværs* at Klynge Byen generelt har flere forebyggelige sygehusophold blandt de +80-årige sammenlignet med resten af landet opgjort per 1.000 ældre. Data viser også at der er den største forskel mellem Sundhedsklynge Byen og resten af landet når vi kigger på de borgere, som bor på plejehjem. Yderligere ved vi at Klynge Byen har et højt antal borgere som bor på plejehjem sammenlignet med resten af landet. Dertil viser "dataanalysen af indlæggelser fra plejehjem" at indlæggelser fra plejehjem ofte burde kunne undgås. Sundhedsklynge Byen har således allerede fokus på plejhjemsbeboerne og der er forslået en række tværfaglige initiativer. Det kunne være interessant at undersøge, hvilke specifikke forebyggelige diagnoser (udover blærebetændelse) der fører til mange indlæggelsesdage blandt ældre borgere i Klynge Byen – også udover målgruppen plejhjemsbeboere.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

BILAG

- Bilag 1: Benchmarkrapportens resultater for Klynge Byen (jf. Benchmarkrapportens Bilag 6: Sundheds-klyngespecifikke nøgletal)

5. BESLUTNING: CATCH - SAMARBEJDE OM SKRØBELIGE BORGERE MED HJERTESVIGT

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I forbindelse med igangsættelse af indsatser for borgere med svær KOL under fokusområdet 'Den sidste tid' blev det aftalt, at erfaringerne fra sigt skulle udbredes til andre grupper af kronikere fx hjertesvigtpatienter.

CATCH er et igangværende projekt for skrøbelige borgere med hjertesvigt som har modtaget støtte fra Innovationsfonden. Målgruppen for projektet vil også have stort potentiale til en indsats i den sidste tid.

Sagens fremlægges med henblik på, at Faglig sundhedsklynge Byen skal drøfte et muligt samarbejde om skrøbelige borgere med hjertesvigt med udgangspunkt i projektet CATCH og med inddragelse af de foreløbige erfaringer fra indsatserne under fokusområdet 'Den sidste tid'.

Punktet indledes med oplæg fra Hjerterafdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At Faglig sundhedsklynge Byen drøfter forslag til samarbejde om patienter med hjertesvigt med udgangspunkt i projektet CATCH.
- At Faglig sundhedsklynge Byen godkender, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal komme med et forslag til konkrete indsatser.

REFERAT

Punktet blev indledt med oplæg ved Helena Dominguez, overlæge, Hjerterafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede forslag til samarbejde om patienter med hjertesvigt med udgangspunkt i projektet CATCH.

Indstillingen blev godkendt, og det blev besluttet, at indsatsen lægges ind under fokusområdet 'Den sidste tid'. En arbejdsgruppe skal arbejde videre med forslag til samarbejde om patienter med hjertesvigt med udgangspunkt i projektet CATCH.

Arbejdsgruppen skal desuden sikre en sammenhæng til indsatsen og arbejdsgruppen, der blev nedsat vedr. 'Tværsektorielle indsatser eller metoder for samarbejde om borgere med kronisk sygdom' (dagsordenspunkt 2) samt arbejdsgruppen vedr. 'Træning før eller i stedet for operation'.

SAGSFREMSTILLING

Hjertesvigt er forbundet med en betydelig reduktion i levetid, hyppige hospitalsindlæggelser og nedsat livskvalitet. Hyppigheden af genindlæggelser efter indlæggelse med hjertesvigt er 25-50 % inden for de følgende 6 måneder.

Sundhedsklynge Byen har en igangværende indsats for borgere med svær KOL i den sidste tid, hvor det er aftalt at gode erfaringer skal spredes og videreudvikles til andre sygdomsgrupper. Den hyppige kontakt til sundhedsvæsenet og oplevelse af en væsentligt forringet livskvalitet i de sidste leveår, som gør sig gældende for borgere med svær KOL, karakteriserer ligeledes gruppen af borgere med hjertesvigt. Det vurderes derfor, at der er et stort potentiale for at kunne forbedre den sidste tid for denne gruppe.

Bruger- og pårørendepektivet

Hjemmemonitorering giver borgere, som har svært ved at møde op i hospitalets ambulatorier, mulighed for at blive i eget hjem og samtidigt modtage optimal behandling og rådgivning ift. at håndtere sygdommen. Endvidere forventes det, at indlæggelser kan forebygges.

Arbejdsgruppen vil i udvikling af tilbuddet inddrage de erfaringer, der allerede foreligger om brugerperspektivet fra tidligere projektfaser i CATCH samt undersøge hvilken betydningen et øget samarbejde med kommunerne om hjemmemonitoring kan have for patientoplevelsen.

CATCH-projektet - Første fase

CATCH-projektet (The Cardio-share Model for Cross-sectoral Ambulatory Treatment of Congestive Heart Disease based on Personal Health Technology) er et samarbejde mellem Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Slagelse Hospital, DTU Sundhedsteknologi og den danske virksomhed Cortrium der har udviklet et EKG device med navnet C3+ Holter Monitor, til registrering af hjerterytmeforstyrrelser.

CATCH-projektet bygger videre på erfaringer fra et tidligere projekt (REAFEL), hvor en tværsektoriel samarbejdsmodel "cardiostafet" blev afprøvet. Almen Praksis modtog fjernstøtte fra HjerTEAMbulatoriet på BFH til udredning af 350 patienter med mistanke om hjerterytmeforstyrrelsen atrieflimren (forkammerflimren)

Ved afslutning af REAFEL projektet var cardiostafet-modellen blevet udbredt til 58 praktiserende læger, samt hjertelæger fra flere hospitaler. Interviews med patienter og workshops med læger og sygeplejersker i almen praksis viste, at der var stor tilfredshed med cardiostafet-modellen.

Målgruppen for CATCH-projektet er patienter med hjertesvigt med fokus på de mest skrøbelige, der har høj risiko for genindlæggelser. Målet med projektet er at nedbringe antallet af genindlæggelser for patienter med hjertesvigt og samtidig give patienten den behandling, som giver bedst mulig livskvalitet.

Med cardiostafet-modellen kan patientens egen læge og en hjertelæge samarbejde via deling af målinger og videokonsultationer med patienten og pårørende. Målinger af parametre, der er af betydning for behandlingen (f.eks. blodtryk og vægt) foregår som hjemmemonitorering. Det gør det muligt at finjustere behandlingen, herunder undlade medicin, som ikke længere er nyttig og giver for mange bivirkninger.

Med brug af MinSP assistent er det muligt at få løbende tilbagemeldinger om symptomer og nøglemålinger (blodtryk, puls, vægt) og kommunikere med patienter i hjemmet.

I projektet anvendes MedCom standarder, hvor almen praksis kan stille spørgsmål - typisk om optimering af medicin - til en hjertelæge i hjerTEAMbulatorium.

CATCH-projektet er implementeringsforskning, hvor behandling og rehabilitering af hjertesvigtspatienter tilpasses og afprøves for at opnå en succesfuld implementering.

Forslag til samarbejde om skrøbelige borgere med hjertesvigt – Anden fase

CATCH-projektet har i sin første fase fået etableret et godt samarbejde mellem hospital og almen praksis, men der er et uudnyttet potentiale i forhold til samarbejdet med kommunerne, særligt om borgere som også modtager kommunale sundhedsydelser. Særligt de skrøbelige borgere, som kan have udfordringer det digitale redskab MinSP, vil have behov for hjælp med at få foretaget disse målinger og til at kommunikere med hospitalets hjertesvigtsteam.

Derfor foreslås et samarbejde med kommunerne om at understøtte de skrøbelige borgere der i forvejen modtager kommunal hjemmesygepleje i hjemmet eller som bor på plejehjem, i at foretage

målinger og besvarer spørgsmål i MinSP. Sundhedspersonalet i kommunen vil kunne få afklaret eventuelle spørgsmål vha. korrespondance meddelelser og der vil være mulighed for at holde videomøde med kardiolog/kardiologteam sammen med patienten og pårørende.

Et andet væsentligt element i en kommende samarbejdsmodel vil være at identificere de borgere som skønnes at være i terminal fase af hjertesvigt, og få etableret et samarbejde om en palliativ indsats for borgerne i primærsektoren med specialistrådgivning fra hospitalet. Erfaringerne fra indsatsen 'Den sidste tid' med identifikation af borgerens palliative behov og ønsker til behandling, skal inddrages.

En tværsektoriel samarbejdsmodel vil ligeledes kunne afprøves i en lille skala og med en mindre medarbejdergruppe. Dette vil både understøtte, at personalet får mulighed for at styrke og fastholde deres nye kompetencer og at indsatsen kan justeres undervejs mhp. at anvende de arbejdsgange, som virker og afvikle dem, som ikke gør.

Der er midler i projektet til at understøtte udvikling af den tværsektorielle samarbejdsmodel til f.eks. frikøb af kommunale sygeplejersker svarende til 150.000 kr. i 2024 og evt. yderligere midler i 2025.

Det forslås, at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe som skal definere målgruppe og konkretisere indsatsen yderligere.

Telemedicin til mennesker med hjertesvigt

Med økonomaftalerne for 2021 har regeringen, KL og Danske Regioner indgået aftale om national udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt.

Dette program har ikke særskilt fokus på de skrøbelige patienter, men forudsætter, at patienten skal kunne forstå instrukser om telemedicinsk udstyr og kunne anvende det i henhold til aftaler med fagpersoner. Nærværende projekt kan med sin forskningsbaserede tilgang være med til at understøtte implementering af det landsdækkende program

"Telemedicin til mennesker med hjertesvigt" med særligt fokus på de mest skrøbelige borgere, som er afhængige af kommunale sygeplejeydelser.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Såfremt indstillingen godkendes, koordineres udpegning til arbejdsgruppen af sekretariatet.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe sekretariatsbetjenes af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Arbejdsgruppens giver status på arbejdet til faglig sundhedsklynge på et senere møde i 2024.

BILAG

-

6. BESLUTNING: SUNDHEDSKLYNGE BYENS PRIORITERING I PULJER OG DET NATIONALE LEDELSESPROGRAM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen skal i løbet af foråret 2024 indstille hold til Det Nationale Ledelsesprogram samt prioritere ansøgninger til Byg-Bro puljen. Derudover er der mulighed for at søge midler via Tværspuljen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At faglig sundhedsklynge Byen drøfter strategisk anvendelse af Byg-Bro puljen, Tværspuljen og Det nationale ledelsesprogram.
- At faglig sundhedsklynge Byen godkender kriterier for udvælgelse og prioritering af ansøgninger til Byg-Bro puljen og Det Nationale Ledelsesprogram.
- At faglig sundhedsklynge Byen godkender, at formandskabet ud fra kriterierne prioriterer ansøgninger til Byg-Bro puljen.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede strategisk anvendelse af Byg-Bro puljen, Tværspuljen og Det nationale ledelsesprogram.

Der blev fremsat et ønske om, at der sendes et hold afsted på Det Nationale Ledelsesprogram med fokus på

Børne- og unge psykiatrien og socialpsykiatrien, sammensat af bl.a. Region Hovedstadens Psykiatri og Socialforvaltningen i Københavns Kommune. Dette afklares nærmere mellem psykiatrien og Socialforvaltningen.

Der blev også fremsat et ønske om, at det prioriteres at bygge videre på de gode erfaringer fra samarbejdet om styrket sammenhæng på kræftområdet fra det nuværende forbedringsinitiativ i Byen på ledelsesprogrammet med en ansøgning til Byg-Bro puljen.

Indstillingen blev godkendt og faglig sundhedsklynge Byen godkendte kriterier for udvælgelse og prioritering af ansøgninger til Byg-Bro puljen og Det Nationale Ledelsesprogram. Faglig sundhedsklynge Byen godkendte, at formandskabet ud fra kriterierne prioriterer ansøgninger til Byg-Bro puljen. Sekretariatet indhenter forslag via skriftlig proces til godkendelse i formandskabet.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsklynge Byen har i løbet af 2023 igangsat indsatser for de ca. 12,4 mio. kr., som udgør klyngens andel af de centrale midler til sundhedsklyngerne 2022 og 2023, heraf er ca. 1 mio.kr reserveret til kommende indsatser. Modellen med fælles klyngemidler videreføres imidlertid ikke i 2024, hvorfor klyngens indsatser skal afholdes indenfor den eksisterende ramme og de allerede tildelte klyngemidler.

En mulighed for at understøtte de fælles indsatser med både midler og kompetencer er en strategiske anvendelse af Det Nationale Ledelsesprogram, Byg-Bro puljen og Tværspuljen. Faglig sundhedsklynge valgte i 2023 at prioritere ansøgninger, der understøttede sundhedsklyngens fokusområde. Sekretariatet foreslår, at dette også gør sig gældende fremadrettet.

Det Nationale Ledelsesprogram

Det Nationale Ledelsesprogram på Sundhedsområdet er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram. Formålet med programmet er at klæde ledere fra sundhedsområdet på til

datainformeret ledelse af forbedringsarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis med patient og borger i fokus.

Der er plads til 200 deltagere per hold per år, dvs. i gennemsnit 12 deltagere per klynge i hovedstadsområdet. Målgruppen er chefer og mellemledere samt repræsentanter fra almen praksis.

Det er gratis for deltagerne at deltage på programmet (inkl. overnatning og forplejning). Afledte effekter i deltagernes hjemmeorganisationer finansieres lokalt. Almen praksis kan frikøbes for tabt arbejdsfortjeneste, enten som deltager på programmet eller ved frikøb ad hoc lokalt.

Det er sundhedsklyngen, som er sponsor for holdene til Det Nationale Ledelsesprogram, og det forventes, at forbedringsinitiativerne følges i den faglige sundhedsklynge.

I 2023 har Sundhedsklynge Byen tilmeldt følgende to forbedringsinitiativer til Det Nationale Ledelsesprogram, hold 2:

1. Styrket indsats for KOL-borgere i den sidste tid.
2. Styrket sammenhæng på kræftområdet – senfølger og lighed i henvisning til kommunale rehabiliteringsforløb.

Forbedringsinitiativer og deltagere til hold 3 skal indsendes senest 30. april 2024.

Byg-Bro puljen

Byg-Bro puljen giver midler til tværsektoriel kompetenceudvikling, hvor samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne styrkes. Det kan f.eks. være en fælles temadag, et studiebesøg, en tværsektoriel audit eller noget helt andet. Der er mulighed for at søge op til 75.000 kr. pr. ansøgning.

Faglig sundhedsklynge Byen søgte og fik støtte til tre indsatser via Byg-Bro puljen i 2023:

1. KOL på tværs – studiebesøg og læringstræf for sygeplejersker i kommuner, almen praksis og på hospitalet. Indsatsen blev støttet med 30.000 kr.
2. Kommunal kræftrehabilitering oversat til hverdagssprog – en fælles kommunikationsopgave på tværs af sektorer. Indsatsen blev støttet med 35.000 kr.
3. Workshop og telefonisk specialistrådgivning til almen praksis om alkoholbehandling. Indsatsen blev støttet med 75.000 kr.

Ansøgningsfrist for dette års Byg Bro-pulje er den 5. april 2024. Det er den enkelte sundhedsklynge, der prioriterer mellem ansøgningerne. Dog med undtagelse af Rigshospitalet og Region Hovedstadens Psykiatri, som ansøger på andre vilkår. Center for HR og Uddannelse i Region Hovedstaden vælger herefter hvilke ansøgninger, der modtaget støtte.

Tværspuljen

Tværspuljen uddeler årligt 4 mio. kr. til forskningsprojekter og til udarbejdelse af projektbeskrivelser til forskningsprojekter, der forbedrer det sammenhængende patientforløb i Region Hovedstaden, der har som mål systematisk at undersøge og evaluere nye:

- organisationsformer
- sundhedsindsatser
- forebyggelses-, behandlings- eller rehabiliteringstilbud

Tværspuljen yder kun støtte til lønmidler.

Tværspuljen har ansøgningsfrist den 1. maj og den 1. oktober hvert år. Ansøgningsprocessen er åben for alle og det er derfor ikke sundhedsklyngen, der kan prioritere ansøgninger fra klynge Byens parter. Derfor vil en strategiske anvendelse af puljen være at opfordre arbejdsgrupperne under sundhedsklyngen igangværende indsatser til at ansøge i det omfang, det er relevant.

Kriterier for udvælgelse og prioritering af forbedringsinitiativer og ansøgninger

For at understøtte sundhedsklyngens fokusområder og fælles indsatser med både midler og kompetencer foreslår sekretariatet følgende kriterier for udvælgelse forbedringsinitiativer og prioritering af ansøgninger for Det Nationale Ledelsesprogram og Byg-Bro puljen:

- At forbedringsinitiativet/ansøgningen understøtter igangværende indsatser under sundhedsklyngens fokusområder.
- At forbedringsinitiativet/ansøgningen understøtter øvrige nuværende eller kommende temaer i faglig sundhedsklynge (fx 72-timers behandlingsansvar, skrøbelige ældre, behandling i hjemmet mv.)

Sekretariatet foreslår, at der udsendes orientering til tovholderne for sundhedsklyngens igangværende indsatser, hvor de opfordres til at ansøge i det omfang, det er relevant. Heri opfordres også til at søge midler fra Tværspuljen.

VIDERE PROCES

Sekretariatet udsender orientering til tovholdere for sundhedsklyngens indsatser med en intern deadline.

Ansøgningsfrist til BygBro-puljen er den 5. april 2024. Forinden skal ansøgningerne være indsendt til sekretariatet og godkendt af formandskabet.

Formandskabet for faglig sundhedsklynge foretager prioritering mellem ansøgning til BygBro-puljen på baggrund af ovenstående kriterier.

Deadline for indmeldelse af indsatser og deltagere til Det Nationale Ledelsesprogram er den 30. april 2024 og vil derfor køre i skriftlig proces på tværs af relevante parter.

Sundhedsklyngens arbejdsgrupper opfordres til at ansøge Tværspuljen i det omfang, det er relevant.

BILAG

- Bilag 1: Ansøgningsskema til Byg Bro-puljen
- Bilag 2: Orientering om Det Nationale Ledelsesprogram
- Bilag 3: Orientering om Tværspuljen

7. BESLUTNING: DELTAGELSE I LÆRINGS- OG KVALITETSTEAMS (LKT) SAMMENHÆNGENDE HOFTEBRUDSFORLØB

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Den nationale styregruppe for Lærings- og kvalitetsteams (LKT) indstillede i december 2021 LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb som tema for det næste LKT. LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb bygger på initiativet 'Kom Trygt Hjem' og på erfaringerne fra det tidligere LKT Hoftebrudsforløb fra 2018-20.

Et kerneelement i LKT'et er tidlig opsporing af komplikationer gennem et tæt og forpligtende samarbejde mellem hospitaler og kommuner, hvilket forudsætter, at der koordineret og i fællesskab arbejdes med forbedringer både i hospitalets og kommunens arbejdsgange og med forbedringer på tværs af organisationer.

Den nationale tovholdergruppe har derfor anmodet om, at sundhedsklyngerne tager stilling til deltagelse i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen drøfter deltagelse i Lærings- og kvalitetsteams (LKT) Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

REFERAT

Faglig sundhedsklynge Byen drøftede deltagelse i Lærings- og kvalitetsteams (LKT) Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

Der var opbakning til deltagelse i LKT om sammenhængende Hoftebrudsforløb, men der skal være en opmærksomhed på sammenhængen til implementeringen af 'Kom trygt hjem' og rammerne skal give plads til lokale tilpasninger, herunder at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har en anden model, som konkluderet i TSS.

Faglig sundhedsklynge Byen besluttede, at alle parter hver især undersøger muligheden for at deltage i LKT'et. Der var enighed om, at det vil give bedst mening med deltagelse fra alle sektorer i sundhedsklynge Byen.

SAGSFREMSTILLING

Et Lærings- og Kvalitetsteams er en del af Det National Kvalitetsprogram, som er aftalt mellem Regeringen, Danske Regioner og KL. Målet med at etablere et LKT er at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet samt oplevelsen af behandling, pleje og forløb for borgere og pårørende. Et LKT er et læringsnetværk, hvor tværfaglige lokale forbedringsteams arbejder med forbedringer med afsæt i en projektbeskrivelse, som er udarbejdet af en national ekspertgruppe med kliniske eksperter.

Den nationale ekspertgruppe for LKT'et har i arbejdet med vedlagte projektbeskrivelse (bilag 2) været bevidste om, at udgangspunktet for det kommende LKT er forskelligt på tværs af aktører og sundhedsklynger. Der er således muligt lokalt at tilpasse forbedringsarbejdet til de lokale behov inden for de faglige rammer af projektets indsatsområder og LKT-koncept.

Deltagelse i LKT Sammenhængende Hoftebrud

En nødvendig forudsætning for succesfuldt at kunne indgå i LKT er, at mindst en kommune i en sundhedsklynge sammen med hospitalet indgår i et forpligtigende samarbejde om det lokale

forbedringsarbejde. I forbindelse med organisering af de lokale tværsektorielle forbedringsteams er det ekspertgruppens anbefaling, at projektledelsen for hvert tværsektorielle forbedringsteam bør være delt og varetages i fællesskab af en repræsentant fra hospitalet og en repræsentant fra en kommune. For de respektive projektledere fra hospital og kommune vil det være en fordel med teoretisk og evt. praktisk erfaring med forbedringsarbejde.

For at skabe de bedste vilkår for forbedringsarbejdet i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb er det essentielt, at den deltagende kommune har en tilstrækkelig patientvolumen. Det er også muligt for to kommuner med en mindre patientvolumen at indgå sammen eller for en stor kommune at indgå med en målgruppe afgrænset til eksempelvis plejehjem eller eget hjem.

Sammenhæng til 'Kom trygt hjem'

Parallelt med LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb har Danske Regioner opfordreret alle fem regioner til at udbrede 'Kom Trygt Hjem' i samarbejde med kommunerne. Tværsektoriel Strategisk Styregruppe drøftede den 26. januar 2024, om der med fordel kan ske en koordineret implementering af erfaringerne fra 'Kom trygt hjem'. Der var her enighed om, at det vil give mening at arbejde med en fælles understøttelse og koordinering af implementering af erfaringerne, fremfor at de enkelte sundhedsklynger skal løfte opgaven alene. Dog skal der tages hensyn til, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital allerede har en lokal model. Denne model omfatter bl.a. et hospitalsbaseret udkørende hofte team, der besøger borgeren på dag 2 og 9 efter udskrivelse med fokus på både postoperative kirurgiske og medicinske problemstillinger. Derudover tilbydes afsluttende besøg i Fælles Medicinsk Ambulatorium med henblik på faldudredning, osteoporoseudredning og postoperativ opfølgning. Derfor vil det ikke være relevant til implementere alle indsatser i LKT'et i Sundhedsklynge Byen. Såfremt klyngens parter bliver enige om deltagelse skal det vurderes, hvilke dele af indsatsen, der kan supplere den eksisterende model.

Der kan evt. ses på sammenhæng og snitflader fra arbejdet i ny arbejdsgruppe med temaet "Fælles indsats for faldtruede skrøbelige ældre".

Sundhedssamarbejdsudvalget drøftede 'Kom Trygt Hjem' på møde den 1. marts 2024 og tiltrådte at der bliver udarbejdet en implementeringsmodel for 'Kom trygt hjem' med henblik på forelæggelse for Kommunekontaktrådet og Sundhedssamarbejdsudvalget. Der vil her være opmærksomhed på at få skabt synergi og sammenhæng til LKT-arbejdet.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsklyngerne skal give tilbagemelding om eventuel deltagelse senest den 26. april 2024. Herefter udpeger de deltagende organisationer senest den 28. maj ledere fra såvel hospital og kommune, der forventes at følge den lokale forbedringsindsats samt at deltage i udvalgte aktiviteter i regi af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb, herunder ledelsesseminar.

Herefter udpeger de deltagende organisationer senest den 28. maj i alt to repræsentanter til at udgøre den delte projektledelse af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

BILAG

- Bilag 1: Kort om LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb
- Bilag 2: Projektbeskrivelsen for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb
- Bilag 3: Data om genindlæggelser og dødelighed blandt borgere, som er opereret for hoftebrud
- Bilag 4: Visualisering af sammenhæng mellem indsatser og mål (driverdiagram)

8. EVENTUELT

REFERAT

Der blev orienteret om, at Sundhedsaftalen 2024-2027 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

9. SKRIFTLIG ORIENTERING: ÅRSHJUL SUNDHEDSKLYNGE BYEN 2024

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Politisk og Faglig sundhedsklynge Byen drøftede hhv. den 28. november og den 18. december ønsker i forhold til samarbejdet og fokus for 2024. Sekretariatet har på baggrund af drøftelserne udarbejdet forslag til årshjul som formandskabet har godkendt.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

- At Faglig sundhedsklynge Byen tager årshjul for sundhedsklynge Byen 2024 til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Det er besluttet i Politisk sundhedsklynge Byen, at der i 2024 ikke vedtages nye fokusområder. Der arbejdes videre med de aftalte indsatser, optimering af eksisterende samarbejder, udbredelse af metoder og erfaringer samt drøftelser af den kommende sundhedsaftale og sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. På baggrund af de afholdte møder i Politisk og Faglig sundhedsklynge Byen, har sekretariatet udarbejdet et forslag til et foreløbigt årshjul for drøftelserne i sundhedsklyngen i 2024. Årshjul er godkendt af formandskabet. Årshjulet vil løbende blive tilpasset efter behov.

Det er en høj prioritet for sundhedsklynge Byen løbende at sikre bruger- og pårørendeperspektivet i sundhedsklyngens arbejde. Derfor vil bruger- og pårørendeperspektivet blive inddraget i arbejdet med alle sundhedsklynge Byens fokusområder. Principperne for brugerinddragelse i sundhedsklynge Byen bygger bl.a. på metodefrihed, derfor vil brugerperspektivet blive arbejdet med på forskellige måder i udvikling af indsatserne. Det er vigtigt at bruger- og pårørendeperspektivet er tydeligt, når der gives status og afrapporteres fra sundhedsklynge Byens fokusområder.

De nedsatte arbejdsgrupper under sundhedsklynge Byen vil alle afgive endelig afrapportering til Politisk sundhedsklynge Byen i 2024. De endelige afrapporteringer kan give anledning til drøftelser og beslutninger om det videre arbejde med fokusområdet. I det omfang, det er relevant, vil arbejdsgrupperne forud for endelig afrapportering til Politisk sundhedsklynge Byen give en status til Faglig sundhedsklynge Byen. Disse vil i nogle tilfælde være skriftlige.

Årshjul for sundhedsklynge Byen 2024

Faglig sundhedsklynge Byen den 11. marts 2024

Nye temaer og emner:

- Tværsektorielle indsatser eller metoder for samarbejde om borgere med kronisk sygdom.
- Fælles indsats for faldtruede ældre.
- Data vedr. ældres indlæggelser på medicinske afdelinger.
- CATCH – Samarbejde om skrøbelige borgere med hjertesvigt.
- Sundhedsklynge Byens prioritering i puljer og det nationale ledelsesprogram.
- Deltagelse i Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) sammenhængende hoftebrudsforløb.
- Årshjul sundhedsklynge Byen 2024 (**skriftlig**).

Status på fokusområder:

- Status på Dosisdispenseret medicin (**skriftlig**).
- Status på Indlæggelser fra plejehjem (**skriftlig**).

Politisk sundhedsklynge Byen den 26. april 2024

Nye temaer og emner:

- Sundhedsaftale 2024-2027.
- Data vedr. ældres indlæggelser på medicinske afdelinger.

Status og afrapportering fra fokusområder:

- Status fra indsatser vedr. Børn og unge i mistrivsel.
- Afrapportering fra indsatser vedr. Dosisdispenseret medicin.
- Afrapportering fra indsatser vedr. Indlæggelser fra plejehjem.

Faglig sundhedsklynge Byen den 17. juni 2024

Nye temaer og emner:

- Sundhedsaftale 2024-2027.
- Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL).
- Opsamling på afprøvning af 72 timers behandlingsansvar på akut ambulante patienter i Ældremodtagelsen.
- Anvendelsen af de 1. mio. reservede midler til eksisterende fokusområder/samarbejder eller udbredelse af metoder.

Status på fokusområder:

- Status på Fødeområdet **(skriftlig)**.
- Status på indsatser vedr. Den sidste tid.

Faglig sundhedsklynge Byen den 20. september 2024

Nye temaer og emner:

- Anvendelsen af IV-aftalen og herunder samarbejdet om korttarmspatienter.
- Behandling i hjemmet med inddragelse af Videntcenter for Specialiseret Hjemmebehandling på Rigshospitalet.
- Hjemmeindlæggelser.
- Præsentationer fra hold 2 på Det Nationale Ledelsesprogram (eventuelt).

Afrapportering fra fokusområder:

- Status på indsatser vedr. Børn og unge i mistrivsel.
- Status på indsatser vedr. Træning før/i stedet for operation **(skriftlig)**.
- Status på indsatser vedr. Udsatte borgers somatiske sygdom.

Temamøde i Politisk sundhedsklynge Byen den 27. september 2024

- Den overordnede retning for sundhedsklynge samarbejde, herunder:
 - Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.
 - Opgaveflytning på tværs af sektorer.

Politisk sundhedsklynge Byen kan tage ud og se resultater af sundhedsklyngens indsatser.

Politisk sundhedsklynge Byen den 8. november 2024

Nye temaer og emner:

- Opsamling på sundhedsklynge Byens fokusområder 2023-24 og ønsker til 2025.

Afrapportering fra fokusområder:

- Afrapportering fra indsatser vedr. Børn og unge i mistrivsel.
- Afrapportering på indsatser vedr. Den sidste tid.
- Afrapportering på indsatser vedr. Træning før/i stedet for operation.
- Afrapportering på indsatser vedr. Udsatte borgeres somatiske sygdom.
- Afrapportering på Fødeområdet.

Faglig sundhedsklynge Byen den 11. december 2024

Nye temaer og emner:

- Opsamling på politisk sundhedsklynge Byens ønsker til fokusområder for 2025.
- Drøftelse af selvstændigt virksomhedsområde til sygeplejersker.
- Evaluering af bruger- og pårørendeinddragelse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet vil, med inddragelse af formandskabet, løbende tilpasse årshjulet i takt med aktuelle behov.

BILAG

-

10. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ DOSISDISPENSERET MEDICIN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Faglig sundhedsklynge Byen har anmodet den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. dosisdispenseret medicin under Sundhedsklynge Byen om status for indsatsen om dosisdispenseret medicin

INDSTILLING

Det indstilles:

- At faglig sundhedsklynge Byen tager status for dosisdispenseret medicin til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Politisk sundhedsklynge Byen besluttede den 10. januar 2023 at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Rigshospitalet, almen praksis, Apotekerforeningen samt Frederiksberg og Københavns Kommune.

Efterfølgende blev det i april 2023 i politisk sundhedsklynge Byen besluttet at afsætte 1,8 mio. kr. til at udbrede anvendelsen af dosisdispenseret medicin i sundhedsklynge Byen. Midlerne skal anvendes inden for følgende områder:

- *Kommunikation og information (1,3 mio. kr.)*
Der er behov for at sætte massivt ind ift. at øge viden og kendskab til dosispakket medicin blandt de praktiserende læger, hospitalspersonalet samt det kommunale personale. Det kræver planlægning og en lang række kommunikationsindsatser, undervisning af læger, mulighed for rådgivning mv. Under forslaget ligger derfor etablering af en midlertidig hotline for en 1-årig periode målrettet personalet på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne, midler til frikøb af praktiserende læger i forbindelse med undervisning samt udarbejdelse af kommunikationsmateriale, herunder film, e-learning, lommekort til medarbejdere og informationsmateriale til borgere/patienter.
- *Afprøvning af arbejdsgange (0,5 mio. kr.)*
Der er brug for at kende hinandens arbejdsgange og betingelser ifm. borgerens forløb og situation, når det gælder den dosispakke medicin. Der skal tilrettelægges og udvikles arbejdsgange, der kan medvirke til at styrke sektorens kendskab og til at undgå, at borgere tages af dosispakket medicin ved sektorovergange. Når borgerens indlægges, skal medicinen medbringes og anvendes på hospitalet. Under forslaget ligger derfor indsatser om afprøvning af tiltag til øget medicinsikkerhed ifm. sektorovergange samt frikøb af almen praksis og personale på hospital og i kommune til deltagelse i arbejdsgrupper, udarbejdelse og kvalitetssikring af materiale, afprøvning af arbejdsgange mm. samt frikøb af personale på hospitalerne til undervisning.

Status for implementering af borgere på dosisdispenseret medicin

I Frederiksberg Kommune var 430 borgere på dosispakket medicin i december måned 2023. I Københavns Kommune var cirka 2000 borgere på dosispakket medicin i januar måned 2024.

Status på indsatser

Hotline

Der er etableret en hotline, der betjenes af Sønderbro Apotek. Hotline har åbent for henvendelser alle dage i tidsrummet 06-24. Gennemsnitlig modtager man et par opkald om ugen. Henvendelserne kommer fra sygehusafdelinger, almen praksis samt fra hjemmeplejen. På

førstkommende møde i den tværsektorielle arbejdsgruppe drøftes, hvordan aktivitet ift. hotline kan øges.

Udarbejdelse af film

Der er indgået aftale med Fagus film ift. udarbejdelse af kort tværsektoriel film målrettet hospital, kommune og almen praksis. Det forventes, at filmen er færdig i 2024.

Udarbejdelse af lommekort mv. målrettet personale på hospital

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har udarbejde lommekort og hotline til medarbejderne.

Frikøb af medarbejdere i Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune har frikøbt to farmakonomer til at understøtte indsatsen i Frederiksberg Kommune.

Prøvehandlinger på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Prøvehandlingerne har til hensigt at sikre, at patienter ved indlæggelse ikke tages af dosispakket medicin. Der er gennemført prøvehandlinger på Ortopædkirurgisk, Hjertemedicinsk og Neurologisk Afdeling. Der igangsættes lignende prøvehandlinger på Endokrinologisk og Lungemedicinsk Afdeling i starten af 2024. Endvidere er der igangsat forsøg, hvor borgerne medbringer deres dosispakke medicin ved indlæggelse.

Der har været cirka 100 borgere igennem prøvehandlingerne på de tre afdelinger, der har gennemført prøvehandlingerne.

Herudover kan der orienteres om, at Lægemiddelstyrelsen inviteres med på kommende arbejdsgruppemøder for herigennem at have fokus på tekniske udfordringer ift. de enkelte sektors fagsystemer

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

De besluttede indsatser fortsætter i 2024 og der gives endelig afrapportering til politisk sundhedsklynge Byen den 26. april 2024.

BILAG

-

11. SKRIFTLIG ORIENTERING: STATUS PÅ INDLÆGGELSER FRA PLEJEHJEM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Arbejdsgruppen for indlæggelser fra plejehjem er blevet bedt om at forelægge en skriftlig orientering om status på arbejdet med at forebygge undgåelige indlæggelser fra plejehjem for Faglig Sundhedsklynge Byen. Status afgives også forventeligt på mødet i Politisk Sundhedsklynge Byen til april.

INDSTILLING

Det indstilles:

- at Faglig Sundhedsklynge Byen tager status fra arbejdsgruppen for indlæggelser fra plejehjem til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

Faglig Sundhedsklynge Byen besluttede på mødet den 5. december 2022 at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe, der på baggrund af en dataanalyse for indlæggelser fra plejehjem skulle komme med forslag til konkrete indsatser. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, almen praksis og akutberedskabet.

På mødet den 10. januar 2023 i Politisk Sundhedsklynge Byen fremlagde og fik arbejdsgruppen godkendt forslag til konkrete tværsektorielle og -faglig indsatser omhandlende følgende borgergrupper:

1. Borgere, der efter lægefaglig vurdering ikke bør indlægges
2. Borgere, hvor indlæggelse kan forebygges
3. Borgere, som skal indlægges pga. akut forværring og skade.

Politisk Sundhedsklynge Byen har afsat 1,5 mio. kr. i sundhedsklyngemidler til indsatser vedrørende indlæggelser fra plejehjem.

Status på igangsatte indsatser

For at imødekomme manglende lægelige behandlingsplaner og akutte lægehenvendelser fra plejehjem, som ofte ender med, at lægen indlægger borgeren, er der iværksat følgende afprøvninger. Arbejdsgruppen vil i løbet af 2024 supplere med yderligere afprøvninger på området.

Afdækning af eksisterende kommunikationsveje

Arbejdsgruppen har fokuseret på at få afdækket og kvalificeret eksisterende kommunikationsveje mellem plejehjem, akutteam, hospital og almen praksis. Dette har blandt andet ført til fremsendelse af gul epikrise fra hospital til almen praksis ved fastsættelse af nyt behandlingsniveau samt at almen praksis kontakter hospital ved uenighed. Herudover er der udarbejdet en fælles arbejdsgangsbeskrivelse for kommunikationen mellem Ældremodtagelsen og plejehjem.

Samarbejde mellem plejehjem og Ældremodtagelse

Det er aftalt, at indlæggelseskrævende borgere fra de fire plejehjem i dagtid køres til Ældremodtagelsen, og at plejehjemmet ringer til Ældremodtagelsen og videregiver information om borgers situation, habituel funktionsniveau og kognitivt niveau samt øvrige særlige hensyn. Denne procedure er midlertidig, indtil det nye advis i Kommunikationsaftalen træder i kraft ved udgangen af året, som vil muliggøre kommunikation i det akutambulante spor.

Systematisk triagering ved daglig tavlegennemgang

De fire udvalgte pilotplejehjem afprøver systematisk triagering af borgernes helbredsstatus ved daglig tavlegennemgang. Praksis er blevet beskrevet i en ny arbejdsgang. Arbejdsgangen beskriver, hvordan personalet systematisk opsporer forandringer i borgernes tilstand, samt hvilken samarbejdspartner, herunder fx akutteam og praktiserende læge, der kontaktes, hvis en borgers tilstand forværres. I nogle tilfælde kan behandling opstartes på plejehjemmet, så en eventuel indlæggelse kan forebygges.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

De igangsatte afprøvninger evalueres og tilpasses løbende. Der er blandt andet aftalt en række procesindikatorer for opfølgning på den systematiske triagering ved daglig tavlegennemgang såsom træk af antal indlæggelser og observationer for 'kontakt til læge' og 'anmodning om akutteam'. Disse datatræk vil foregå løbende og kan give en indikation af den iværksatte indsats' effekt. Resultaterne heraf vil indgå i og blive præsenteret i en evalueringsrapport ved projektets afslutning. Der arbejdes derudover på at identificere og igangsætte nye afprøvninger.

BILAG

-

BILAG 1: Erfaringer med tværsektorielt samarbejde om personer med kronisk sygdom i Sundhedsklynge Byen

For at styrke det tværsektorielle samarbejde er der siden 2018 etableret samarbejdsfora for hver af de tre store kroniske sygdomme: type 2-diabetes, hjertesygdom og KOL i Sundhedsklynge Byens område. Samarbejderne er organiseret som praksisnære fællesskaber, der tager udgangspunkt i fælles forløb på tværs af sektorgrænser. Sygdomsforløb og sundhedsfaglige indsatser for mennesker med kronisk sygdom ser forskellige ud, dette afspejles i, hvem der deltager i samarbejds møderne.

Erfaringerne fra de tværsektorielle fora peger på en række organisatoriske fællestræk på tværs af sygdomsområder. Når sundhedsprofessionelle mødes jævnligt og udveksler viden og spørgsmål i relation til fælles patienter opbygges tillid og relationer på personligt niveau. Den fælles læring, der opstår når kollegaer mødes på tværs af sektorgrænser, giver en oplevelse af i fællesskab at kunne bidrage til sammenhængende patientforløb via 'rette indsats til rette patient på rette tidspunkt.'

Samtidig er erfaringen, at der er brug for et ledelsesmæssigt 'ophæng' og anerkendelse af tværsektorielle aktiviteter som en del af kerneopgaven i en travl hverdag.

Erfaringer fra de sygdomsspecifikke netværk beskrives nedenfor.

Diabetes

I 2018 etableredes TværSam, som ud fra visionen om fælles populationsansvar og styrket kvalitet af behandling og rehabilitering for mennesker med type 2-diabetes, gennem samarbejde og problemløsende dialog på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Deltagerne i netværket er læger og personaler fra almen praksis i København og på Frederiksberg, endokrinologer fra Bispebjerg-Frederiksberg Hospital og sundhedsprofessionelle fra København og Frederiksberg Kommuner.

Projektet blev støttet af Sundhedsstyrelsen gennem to bevillinger (fra 2018-2022) og i evalueringen publiceret juni 2022 konkluderede VIVE:

- TværSam er kommet langt med at etablere en tværsektoriel samarbejdsmodel, der er fleksibel og robust i forhold til løbende at udvikle og optage nye initiativer
- Der er gjort erfaringer med at sprede TværSam-modellen til et andet tværsektorielt netværk, hvor der opleves et sammenligneligt positivt udbytte
- VIVE anbefaler, at der arbejdes videre med TværSams resultater med henblik på at afdekke mulighederne for udbredelse og videreudvikling, fx i regi af de kommende sundhedsklynger, der skal oprettes omkring de 21 akuthospitaler.

Samarbejdet er fortsat efter projektperiodens ophør i starten af 2022 og kører nu på 6. år. Der afholdes virtuelle møder hver anden uge med cases, vidensdeling og faglige oplæg/undervisning ved endokrinologer eller kardiologer i netværket. Der er behov for at udvikle samarbejdsformen, så det bliver relevant og giver mening for flere almen praksis at deltage og der findes midler til dette.

Hjertesygdom

Med opstart i 2019 er der etableret et tværsektorielt forum (Samarbejds møder 'på tværs' – Byen), der mødes virtuelt hver tredje uge. Deltagerne er sygeplejersker og fysioterapeuter og andre relevante fagpersoner, fx diætist ved behov, fra Bispebjerg-Frederiksberg HjerTEAMbulatorium, og sundhedsprofessionelle fra København og Frederiksberg Kommuner.

Formål med samarbejds møderne er at:

- Skabe sammenhæng i patientforløbet med inddragelse af patientens hverdagsperspektiv

- Understøtte forløb for patienter i sårbar situation ved at sikre tilstrækkelig opfølgning mellem sundhedsprofessionelle i kommune og på hospital
- Øge kendskabet til hinanden som samarbejdspartnere samt indblik og brug af hinandens kompetencer

På møderne gennemgås cases som deltagerne melder ind. Der anvendes en fast skabelon (IS-BAR) som oplæg, og fokus er på at finde fælles løsninger på den sundhedsfaglige problemstilling som bringes op.

For at styrke kendskabet til sundhedsindsatser i kommune og på hospital har der været besøgsdage til de respektive matrikler. To gange årligt arrangeres en vidensdelings-eftermiddag, hvor der er fokus på et fagligt tema, fx ny Hvidbog om Rehabilitering eller hjertesvigt. På disse møder inviteres deltagerne til at komme med ideer til nye og forbedrede måder at samarbejde på. Dette har fx ført til, at der laves en lille film om kommunal rehabilitering, som vises til patienten i ambulatoriet i forbindelse med overgangen fra hospital til kommune.

KOL

Siden 2020 er der oprettet et tværsektorielt forum på tværs af Bispebjerg-Frederiksberg Hospitals KOL-ambulatorium samt København og Frederiksberg kommuner. Formålet med netværket er at styrke og udvikle det tværsektorielle samarbejde til gavn for borgerne/patienterne og skabe mere sammenhængende borger/patientforløb.

Deltagerne er relevante fagpersoner, fx sygeplejersker og fysioterapeuter samt ledere fra de respektive områder. Ligesom i de øvrige netværk er der fokus på videndeling, deltagerne fremlægger cases for hinanden mhp. læring og udveksler ny viden på området fra ex. forskning, udvikling og nye initiativer og indsatser.

I 2023 har der været særlig fokus på implementering af forløbsprogram for KOL, hvilket er mundet ud i en opdatering af forløbsbeskrivelsen, som beskriver de sundhedsfaglige indsatser og ansvarsfordeling mellem kommuner og hospital.

BILAG 1: BENCHMARKRAPPORTENS RESULTATER FOR KLYNGE BYEN (JF. BENCHMARKRAPPORTENS BILAG 6: SUNDHEDSKLYNGESPECIFIKKE NØGLETAL)

- Klynge Byen har flere indlæggelsesdage på medicinske afdelinger pr. 1.000 ældre sammenlignet med flertallet af landets sundhedsklynger. Klynge Byen har en benchmarkindikator på 111, hvilket svarer til at antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre på medicinske afdelinger for Klynge Byen er 11% højere, end man kunne forvente på baggrund af sammensætningen af gruppen af ældre i Klynge Byen. Klynge Byen har den højeste benchmarkindikator i Region H og det fjerde højeste blandt landets 22 sundhedsklynger.
- Niveauet i Klynge Byen trækkes formegentligt op af indlæggelser blandt borgere fra Københavns Kommune eftersom København og Frederiksberg har hhv. 1.049 og 927 indlæggelsesdage pr. 1.000 ældre.
- Klynge Byen placerer sig højt både ift. antal indlæggelsesdage, antal indlæggelser og for begge angivne aldersgrupper (65-79 år og 80+)
- Andelen af ældre med kontakt til almen praksis i ugerne før- og efter en indlæggelse er lav sammenlignet med de øvrige sundhedsklynger (kun Bornholms Klynge ligger lavere eller på niveau med Klynge Byen).
- Andelen af ældre med kontakt til kommunal sygepleje i ugerne før- og efter en indlæggelse er *meget lav* sammenlignet med de øvrige sundhedsklynger (Klynge Byen skiller sig ud fra øvrige sundhedsklynger).

ANSØGNINGSSKEMA TIL BYG BRO-PULJEN - 2024

– STØTTE TIL TVÆRSEKTORIEL KOMPETENCEUDVIKLING I REGION HOVEDSTADENS PLANOMRÅDER

Kompetenceudviklingens titel	Hvad er titlen på jeres indsats?	
Baggrund og formål for ansøgning	Her svarer I på; - Hvad handler jeres tværsektorielle problem om? - Hvordan påvirker problemet jeres arbejde? - Hvornår oplever I problemer? - Hvad betyder problemet for patienterne?	
Målgruppen for kompetenceudvikling	Her svarer I på; - Hvilke faggrupper deltager i kompetenceudviklingen? - Hvor mange deltager i kompetenceudviklingen? - Hvilke sektorer kommer de forskellige medarbejdere fra? (fx hvilken afdeling på hvilket hospital, hvilken kommune, plejehjem eller plejecenter, hvilken forvaltning eller almen praksis?)	
Mål	Her svarer I på; Hvad ved/kan I og jeres kolleger efter kompetenceudviklingen, som gør jeres problem mindre?	
Beskrivelse af kompetenceudvikling	Her svarer I på; - Hvilken metode bruger I til kompetenceudviklingen? (fx kursus, temadag, studiebesøg) - Skriv gerne et par af jeres læringsmål (Vi har brug for viden om... Vi har brug for at kunne...)	
Implementering af nye kompetencer	Her svarer I på; Hvad gør I, der understøtter, at jeres nye kompetencer kommer til at leve i praksis i organisationen/afdelingen?	
Tidsplan	Her svarer I på; Hvornår planlægger I at gennemføre kompetenceudviklingen?	
Ønsker I konsulentbistand? Det er muligt at få konsulentbistand i op til 10 timer til: - at identificere behov for kompetenceudvikling - sparring ift. metodeudvikling og planlægning - vidensdeling ift. lignende indsatser	Nej	
	Ja	Hvis Ja - Hvad ønsker I konsulentbistand til?
Kontaktoplysninger på kontaktperson(er). Bemærk, at der skal oplyses kontaktpersoner fra mindst to sektorer	Navn:	
	E-mail:	
	Telefonnummer:	
	Navn:	
	E-mail:	
	Telefonnummer:	

Faglig Sundhedsklynge	Her svarer du på; Hvilken Faglig Sundhedsklynge, der behandler ansøgningen (Se info om de Faglige Sundhedsklynger i vejledningen nedenfor)
Beløb – hvor meget ansøges der om? (bemærk max. 75.000 pr projekt)	Her svarer du på; Det samlede ansøgte beløb Hvordan/til hvad midlerne forventes anvendt (fx 10.000 til materialer, 10.000 til underviser)
Øvrig information:	

VEJLEDNING TIL UDFYLDELSE AF SKEMA

Formål: Puljen til tværsektoriel kompetenceudvikling i planområderne støtter kompetenceudvikling, der har til formål at skabe sammenhængende patient-/borgerforløb på tværs af sektorer.

Puljemidler: Max beløb pr. ansøgning er 75.000 kr. i 2024. Det er ikke et krav, at der fremsendes et egentligt budget. I skal blot skrive *de forventede* beløb på enkeltdelene i indsatsen. Fx 20.000 til underviser, 5.000 til lokaler og forplejning, 10.000 til udvikling af undervisningsmateriale. Det giver os et godt grundlag for at vurdere, hvordan vi evt. kan støtte enkeltdele af indsatsen, hvis det ikke er muligt at støtte alle ansøgere med max-beløbet.

Ved tildeling af midler forpligter repræsentanter fra indsatsen sig til at:

- Deltage i en fælles vidensdeling efter aftale med Center for HR og Uddannelse i Region Hovedstaden (CHRU)
- Dele læringspointer undervejs i forløbet
- Rapportere om indsatsens løbende status og fremdrift (første gang d.1.11. 2024)

Vær opmærksom på, at det ikke er muligt for CHRU at overføre midler fra år til år. Derfor bevilliger og udbetaler vi alene til 2024 i denne ansøgningsrunde.

Krav til ansøgningen

- Der skal indgå mindst to sektorer i forløbet. Der skal være etableret kontakt mellem de to sektorer, inden I indsender ansøgningen.
- Der skal være tale om kompetenceudviklende aktiviteter, der medvirker til at løse en konkret problemstilling. Det kan fx være et kursus, en fælles temadag, et studiebesøg, en tværsektoriel audit eller noget helt andet.
- Kompetenceudviklingen kan indgå som en del af et større udviklingsprojekt, men det skal fremgå tydeligt, hvilken type kompetenceudvikling, der er tale om. Der kan fx ikke søges midler til at evaluere på et tidligere projekt.
- Ansøgningen skal gå igennem det lokale faglig sundhedsklynge. Se yderligere info længere nede.

Udvælgelseskriterier for ansøgningerne er, at de:

- Bidrager til at løse konkrete problemstillinger omkring samarbejdet i praksis.
- Har repræsentation fra mindst to sektorer
- Udvikler netværk og dialog mellem hospital, kommune og almen praksis i Region Hovedstaden
- Understøtter implementering af [Region Hovedstadens Sundhedsaftale](#)
- Samlet set har en bred repræsentation set i forhold til det samlede ansøgerfelt. Vi sigter bl.a. efter at opnå bredde i fokusområder, målgrupper for kompetenceudviklingen og patientgrupper, der nyder godt af indsatsen.
- Spredt sig geografisk over regionens Planområder

Ansøger/Faglig Sundhedsklynge: Vær opmærksom på, at ansøgninger skal behandles i de *faglige sundhedsklynger*.

Ansøgningsfrist: *Faglige Sundhedsklynger (Somatik) skal have ansøgningen senest den 15. marts 2024*

De Faglige Sundhedsklynger koordinerer på tværs af de enkelte planområder og vil i de somatiske planområder også prioritere mellem ansøgningerne samt indsende ansøgningerne samlet til Center for HR. Derfor skal ansøgninger til BYG BRO-puljen sendes til sekretæren for den pågældende Faglige Sundhedsklynge. Gælder dog ikke Rigshospitalet.

Kontaktoplysninger til faglige sundhedsklynger:

Planområde Byen; Sandra Rahel Makonnen sandra.rahel.makonnen.01@regionh.dk 23 71 83 65

Planområde midt; Mette Nørgaard mette.noergaard.01@regionh.dk 38673015

Planområde Nord; Maj-Britt Laursen Steenstrup maj-britt.laursen.steenstrup.01@regionh.dk 2055 5305

Planområde Bornholm; Sidsel Kofoed Andersen sidsel.kofoed.andersen@regionh.dk 38671905

Planområde Syd; Thit Hjortskov Jensen ahh-fp-regionalsundhedsklyngesynd@regionh.dk 24441757

Planområde Psykiatri; Lotte Pihl Paulsen lotte.pihl.paulsen@regionh.dk 38 64 00 20

Rigshospitalet; Irene Harboe Brandt irene.harboe.brandt@regionh.dk 21389927

Bemærk: Rigshospitalet har særstatus i forhold til de øvrige hospitaler og skal derfor ikke behandle ansøgninger i de faglige klynger. Ansøgninger herfra skal i stedet godkendes af relevante ledelser.

Ansøgere fra **Rigshospitalet** og **Psykiatri** sender ansøgninger direkte til kontaktpersonen i Center for HR og Uddannelse **senest d. 5. april 2024**:

Udviklingskonsulent Marianne Wille Christoffersen marianne.wille.christoffersen@regionh.dk. Hertil kan spørgsmål vedr. ansøgningen også rettes.

Hvem står bag?

Center for HR og Uddannelse, Region Hovedstaden finansieret med midler fra Program for Tværsektoriel Kompetenceudvikling.

Mere information om programmet findes på: <https://www.regionh.dk/kompetencer-paa-tvaers>



Det Nationale Ledelsesprogram på Sundhedsområdet 2.0

Vejledning til sundhedsklyngernes udpegning af
forbedringsinitiativer og deltagere til Hold 3

2024-2025





Programmets formål

- at klæde ledere på tværs af sundhedsområdet, dvs. kommuner, regioner (både somatik og psykiatri) og almen praksis på til datainformeret ledelse af forbedringsarbejde med borgeren i fokus



Fakta om programmet i øvrigt

- Programmet starter september 2024 og afsluttes juni 2025
- Deltagerne er afsted ni dage i alt: fire internater a' to dage og et eksternat
- Deltagerne leder deres forbedringsinitiativ *mellem* læringstræffene, og der er et særligt fokus på afprøvning og implementering på tværs og i egne organisationer.
- Afprøvningsfasen foregår fra januar til og med ultimo maj 2025
- Deltagerens ledelsesarbejde af forbedringsindsatsen bliver understøttet af kompetencetilbud i Afprøvningsfasen og en sparringspartner i hele programmets længde
- Deltagerne skal – udover deltagelse på træffene – forvente et tidsforbrug på møder, elæring og generel forberedelse, som ikke nødvendigvis ligger udover det ledelsesarbejde man alligevel ville have gjort sig
- Programmet udvikles og drives af parterne selv på sundhedsområdet

Programmets ambition – at skabe en national ”VI” bevægelse på sundhedsområdet

Tværasektorielle/tværgående borger/patientforløb bliver styrket og forbedret

Deltagerne opnår en større kapacitet til at lede forbedringer på tværs af sektorer og i egen organisation

Styrkelse af kompetencer og tilgang for i fællesskab at arbejde med fremtidens velfærdsudfordringer

Deltagerne bliver spydspidser for udbredelsen af en forbedringskultur, der skaber værdi for borgere/patienter og mere trivsel for personalet

Opmærksomhed på, at sundhed i bred forstand omfatter det fysiske, psykiske og sociale, det forebyggende og det sundhedsfremmende

”Det Nationale Ledelsesprogram er helt centralt i kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. Ledelsesprogrammet understøtter forbedringsarbejdet, bygger videre på det eksisterende samarbejde på tværs af sektorer, og er en fælles ramme, som både understøtter kvalitet og sammenhæng.”

Daværende Sundhedsminister Magnus Heunicke

”Som deltager i ledelsesprogrammet får du kompetencer til at drive forbedringer af det samlede – og sammenhængende – patientforløb”

Christina Krzyrosiak Hansen
Daværende Formand for Sundheds- og Ældreudvalget, KL

”Med ledelsesprogrammet skaber vi en bevægelse for ledelse af løbende forbedringsarbejde og læring til gavn for borgerne”

Anders Kühnau
Formand for Danske Regioner

Finansiering af programmet

- Et budget på 10 mio. kr. pr. år over en 4-årig periode i 2022 – 2026 er aftalt i økonomiforhandlingerne
- Budgettet finansierer drift af programmet med op til 200 deltagere pr. år
- Det er gratis for deltagerne at deltage på programmet (inkl. overnatning og forplejning)
 - Ledelse af forbedringsarbejdet i hjemmeorganisationen finansieres lokalt
- Almen praksis kan frikøbes for tabt arbejdsfortjeneste
 - Enten som deltager på programmet
 - eller ved frikøb ad hoc lokalt



Det Nationale Ledelsesprogram

- et 10-måneders forløb med fokus på ledelse af forbedringer i praksis

Februar-juni

September

Oktober

November

Januar

Marts

Juni

Forberedelse

Dialog mellem programmet og sundhedsklyngerne

Udpegning af initiativer og deltagere i sundhedsklyngerne

Indledende møder mellem deltagere og sparringspartner

Skab fundamentet!

Sammenhæng på tværs af organisationer

Organisatorisk modenhed

Smart mål

Ledelse af tvær-sektorielt samarbejde

Sæt holdet!

Ledelse på tværs

Identificering af centrale arbejdsgange

'The smaller Why'

Organisering af initiativet

Stil skarpt!

Ledelse af struktur og kultur

Faglige workshops - værktøjer og debat

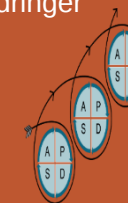
Arbejdsplan

Organisatorisk sammenhængskraft

Stop op!

Ledelse af forbedringsarbejdet i lokal praksis

Faglige workshops – få løst konkrete udfordringer



Spræng rammerne!

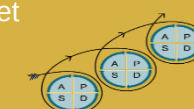
Resultater, inspiration og dialog

Opskalering, spredning og fastholdelse

National bevægelse

Afprøvningsfasen

Ledelse af forbedringsarbejdet i lokal praksis



Kalenderoversigt

2024

3. - 4. september Læringstræf 1 – **Skab fundamentet!**

Internat – Nyborg Strand Hotel, 5800 Nyborg

1. - 2. oktober Læringstræf 2 – **Sæt holdet!**

Internat – Nyborg Strand Hotel, 5800 Nyborg

27. - 28. november Læringstræf 3 – **Stil skarpt!**

Internat – Radisson Blu, 8000 Aarhus C

2025

1. januar - 1. juni **Afprøvningsfasen**

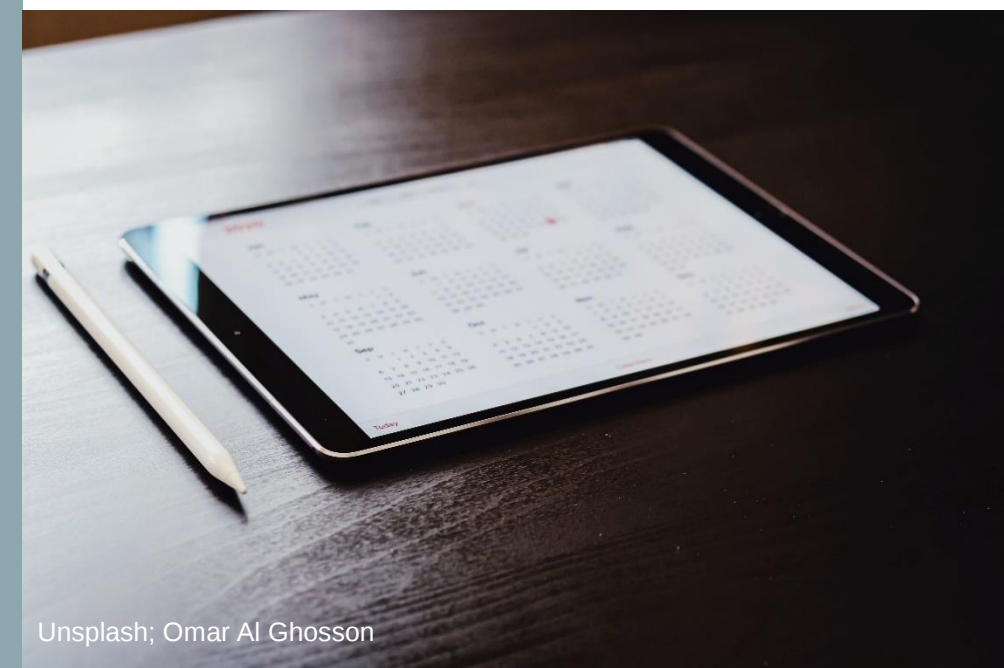
Ledelse af forbedringsarbejdet i hjemmeorganisationen

5. - 6. marts Læringstræf 4 – **Stop op!**

Internat – Radisson Blu, 8000 Aarhus C

12. juni **Spræng rammerne!**

Eksternat – Horsens FÆNGSLET, 8700 Horsens



Unsplash; Omar Al Ghosson

Sundhedsklyngernes opgave:

1. At udvælge forbedringsinitiativer, der skal arbejdes med på programmet
2. At udpeger deltagere-ledere, der skal samarbejde om forbedringsinitiativet
3. At sundhedsklyngen følger forbedringsinitiativernes fremdrift

Vi sætter gang i den lille 'vi'-bevægelse lokalt i sundhedsklyngerne

Vi sætte gang i den store 'vi'-bevægelse i de geografiske regioner i Danmark

Deadline 30. april 2024

1. Udvælg 1-3 relevante forbedringsinitiativer pr. sundhedsklynge

- Et forbedringsinitiativ i programmets sammenhæng er en tværgående, praksisnær og lokal indsats med en intention om at skabe værdi for borgere
- Indsatsen har allerede - eller vil i nærmeste fremtid få - tværgående ledelsesfokus
- Der skal kunne etableres fælles mål for indsatsen, som involverer medarbejdere og data på tværs. Målet sigter på forbedring af drift og samarbejde
- Det skal være muligt at foretage løbende, systematiske afprøvninger og fælles dataindsamling i deltagernes organisationer

2. Udpeg deltagere til programmet

- Sundhedsklyngens medlemmer koordinerer udpegning af deltagere fra egne hjemmeorganisationer, som tilsammen har erfaring, kompetence og motivation til at samarbejde på tværs om et forbedringsinitiativ
- Deltagerne organiseres i teams per forbedringsinitiativ med følgende anbefalinger:
 - et team bør bestå af mindst to deltagere
 - et team på 4 - 6 er ideelt
 - et team på over 6 kræver opmærksomhed på koordinering og samarbejdsflader
 - et team bør have medlemmer på tværs af sektorer/organisationer
 - et team, der kun har deltagere fra én sektor, bør have ledelsesfokus på at etablere samarbejdsrelationer til repræsentanter fra de andre sektorer/organisationer, hvor det giver mening
 - et team skal have kontakt til almen praksis i programmets løbetid



Målgruppe

- Chefer/ledere af ledere fra kommuner og regioner
- Mellemledere fra samme ledelseskæde med direkte tilknytning til daglig drift
- Administrative ledere fra relevante stabe og forvaltninger
- Repræsentanter fra Almen Praksis

3. Følg forbedringsinitiativernes fremdrift

Programmet anbefaler:

1. Udpeg en repræsentant fra sundhedsklyngen til at være kontaktperson for deltagerne
 - Løbende spørge: Hvordan går det? Hvad kan jeg hjælpe med?
 - Flytte barrierer/udfordringer i egne organisationer
 - ”Brande” initiativet i relevante sammenhænge
 - Bidrage til, at erfaringer, data og resultater bliver delt
2. Sæt forbedringsinitiativerne på sundhedsklyngens dagsorden et par gange i program-perioden
 - Hvad var det, vi ville med forbedringsinitiativet?
 - Hvordan går det med proces og resultater?
 - Hvad siger borgene/patienterne?
 - Hvordan har deltagerne det?

Indmelding af forbedringsinitiativer og deltagere til programmet: - Tydelig beskrivelse er vigtig

- Når forbedringsinitiativer og deltagere er udpeget, hjælpes sundhedsklyngernes medlemmer med at udfylde det fremsendte skema til beskrivelse af forbedringsinitiativet og data om deltagerne. Skemaet sikrer, at vi får beskrevet forbedringsinitiativerne ensartet på tværs af holdet, og at deltagerne får et godt afsæt for deres arbejde

Skema - Oplysninger om forbedringsinitiativ og deltagere

Tilmelding til Det Nationale Ledelsesprogram Hold 3 2024 - 2025

UDFYLD KUN ÉT SKEMA PER FORBEDRINGSINITIATIV – I BEDES UDFYLDE ALLE FELTER					
Navn på ansvarlig sundhedsklynge					
Overskrift på forbedringsinitiativ					
Kort beskrivelse af formålet med forbedringsinitiativet					
Kontaktperson i sundhedsklyngens sekretariat (navn, telefon nr. og e-mail adresse)					
Navne på de deltagere, der skal danne et team om et forbedringsinitiativ					
Navne på deltagere	Fuld stillingsbetegnelse	Enhed (hospital, forvaltning mv.)	Kommune/region/almen praksis	E-mail adresse	Arbejdstelefon

KUN ét forbedringsinitiativ per skema

- Når Sundhedsklyngens medlemmer har udfyldt et skema for hvert forbedringsinitiativ, bedes alle skemaer sendes til programmets funktionspostkasse NLPS2.0@stab.rm.dk.
- Deadline for valg af forbedringsinitiativer og udpegning af deltagere er 30. april 2024

Ved spørgsmål til indmeldings- og tilmeldingspraktik:
Kontakt Tina Thomsen fra program-sekretariatet på
tel. 2475 9069 eller e-mail NLPS2.0@stab.rm.dk

Fordelingsnøgle

Fordelingsnøglen er udregnet ud fra de geografiske regioner ud fra bloktilskudsnøglen med afsæt i de max 200 deltagere per år fra kommuner, regioner og almen praksis:

- Hovedstadsområdet har 62 pladser
- Nordjyllandsområdet har 21 pladser
- Sjællandsområdet har 31 pladser
- Syddjyllandsområdet har 43 pladser
- Midtjyllandsområdet har 43 pladser

Fordelingsnøgle i Hovedstadsområdet

Hovedstadsområdet har 62 pladser på programmet

- Vi tilstræber en forholdsmæssig tildeling af pladser mellem Hovedstadsområdets fem sundhedsklynger, men erfaring har vist os, at en vis fleksibilitet er mulig
- Ud af de 62 pladser afsættes min. en og max. fem pladser til almen praksis. Almen praksis deltagere udvælges ligesom de andre deltagere gennem sundhedsklyngerne
- Kontakt Tina Fischer tina.fischer@regionh.dk, 21 43 13 51, hvis du er i tvivl om deltagerudvælgelse, team-sammensætning, fordelingsnøglen mv.

Bilag: Programledelsen

Formand Nanna Skovgaard, Kontorchef, KL

Næstformand fra Danske Regioner afventer

Regioner

- Anne-Mette Bang Termansen, Chef for Ledelse og Organisation, Region Hovedstaden
- Dorthe Vilstrup Thomsen, Programchef, Region Sjælland
- Bente Høyer, HR-chef, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark
- Jens Ravnholt, Udviklingschef, Region Nordjylland
- Ditte Hughes, Vicedirektør, Koncern HR, Uddannelse, Udvikling og Arbejdsmiljø, Region Midtjylland

SUM

- Eva Jensen, Kontorchef
- Frida Langgaard Jensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Kommuner

- Sten Kock-Hansen, Programchef for Velfærdsaftalen, Middelfart Kommune
- Bente Back Poulsen, Sundheds- og myndighedschef, Vesthimmerlands Kommune
- Jeanette Rokbøl, Ældrechef, Favrskov Kommune
- Martin Nordentoft Rasmussen, Chef for center for sundhed og pleje, Greve Kommune
- Trine Alstrup, Helsingør Kommune

Jonatan Schloss, Direktør, Komponent:, KL

Lise Holten, KL

Ditte Hughes, Programleder, Region Midtjylland

Louise Harringe, Programansvarlig, Region Midtjylland

Lars Bo Stenderup, Programansvarlig, Region Syddanmark

Nina Rud Rasmussen, Danske Regioner

Programansvarlige

Lars Bo Stenderup, Region Syddjylland

Lars.Bo.Jespersen.Stenderup@rsyd.dk

Tel. 29 20 17 30

Louise Harringe, Region Midtjylland

loharr@rm.dk

Tel. 61 61 47 34

Programsekretariat

Kontakt vedr. tilmelding og alt det praktiske

nlps2.0@stab.rm.dk

Tina Thomsen, Region Midtjylland

Tel. 24 75 90 69

Følg programmet på [LinkedIn](#)

<https://www.linkedin.com/company/85937321/admin/>

Tværspuljen – Vejledning til ansøgning om lønmidler til udarbejdelse af projektbeskrivelse

Tværspuljens formål

At yde støtte til tværsektorielle forskningsprojekter i Region Hovedstaden, der har som mål at undersøge og evaluere nye organisationsformer, sundhedsindsatser, forebyggelses-, behandlings- eller rehabiliteringstilbud.

Hvad gives der støtte til?

Der ydes støtte til lønmidler i maksimalt to måneder til udarbejdelse af projektbeskrivelse.

Ansøgningsfrist

Der er ingen ansøgningsfrist – puljen kan løbende ansøges.

Svar på ansøgning

Afgørelse på ansøgningen forventes inden for fire uger efter indsendelse.

Sektion for Tværsektoriel Forskning yder sparring

Sektion for Tværsektoriel Forskning tilbyder op til tre sparringssessioner med henblik på at drøfte projektidé og skærpe fokus forud for ansøgningen. Sektion for Tværsektoriel Forskning kan kontaktes på tfe@regionh.dk.

Beslutning om støtte

Indsendte ansøgninger forbedømmes af forskere fra Sektion for Tværsektoriel Forskning. Den endelige beslutning om bevilling af midler til udarbejdelse af projektbeskrivelse foretages af et selvstændigt bedømmelsesudvalg.

Krav til ansøgninger om lønmidler til udarbejdelse af projektbeskrivelse

- Projektideen skal falde inden for Tværspuljens formål
- Minimum to af følgende parter skal indgå i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen:
 - Én eller flere kommuner
 - Ét eller flere hospitaler (herunder psykiatriske centre)
 - Én eller flere almen praksis (herunder andre sundhedsprofessionelle med regional overenskomst)
 - Den Præhospitale Virksomhed
- Projekter, der involverer flere hospitaler, kommuner og/eller almen praksis, vil blive foretrukket.
- Tværspuljen støtter udelukkende praksisnære tværsektorielle projekter, hvor forskningen bidrager til udvikling af det tværsektorielle samarbejde, eller hvor indsatser afprøves i praksis. Projekter, der udelukkende består af fx tværsektorielle litteraturstudier eller registerstudier, støttes ikke.
- Projekter, hvor Den Præhospitale Virksomhed samarbejder med almen praksis, kommune eller hospital, vil blive betragtet som tværsektorielle.
- Projekter, hvor alle sektorer/parter bidrager med egenfinansiering, vil blive foretrukket.

- Ansatte i Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse kan søge Tværspuljen, men ikke som hovedansøger. Ansatte i Sektion for Tværsektoriel Forskning kan ikke søge Tværspuljen.
- Personen, der ansøges om lønmidler til, skal være fra samme organisation som hovedansøger. Hvis der ansøges om lønmidler til flere personer, skal minimum én af disse være fra hovedansøgers organisation.

En ansøgning om lønmidler til udarbejdelse af projektbeskrivelse skal indeholde følgende:

- **Et udfyldt ansøgningsskema.** Ansøgningsskemaet kan downloades på www.tferegionh.dk. Ansøgningen skal være underskrevet på ledelsesniveau i de sektorer, der indgår. For hospitaler/psykiatriske centre er det afdelingsledelsen, som skal underskrive. For kommuner er det øverste ledelsesniveau i det område, hvor projektet skal foregå. For almen praksis gælder, at underskriveren skal have en status, der sandsynliggør bred deltagelse fra de praktiserende læger i de relevante områder, der skal indgå. Underskriften skal forstås som en interessetilkendegivelse og ikke nødvendigvis en godkendelse af deltagelse i projektet. Underskrifter skal være indhentet maksimalt fire måneder før ansøgningsfrist.
På Sektion for Tværsektoriel Forsknings hjemmeside kan der downloades separate sider for de forskellige sektorer til udfyldelse og underskrift. Disse sider kan anvendes, når et projekt har deltagelse af f.eks. flere kommuner.
- **CV for den person, som skal udarbejde projektbeskrivelsen.** Der skal vedlægges CV (max. to sider) for den person, der skal udarbejde projektbeskrivelsen. CV'et skal som minimum indeholde personlige data (navn, adresse mv.), uddannelse, nuværende og seneste ansættelser samt forskningsmæssig erfaring.
- **En beskrivelse af projektidéen.** Følg vejledningen nedenfor.

Ansøgningen må **ikke** indeholde bilag eller fodnoter. Ovennævnte dokumenter samles i ét PDF-dokument og sendes til tfe@regionh.dk med emnet "Ansøgning til Tværspuljen – projektbeskrivelse".

Når ansøgning er indsendt, vil der inden for 48 timer blive sendt en bekræftelse på, at vi har modtaget ansøgningen. Hvis ikke denne bekræftelse modtages, bedes man kontakte Sektion for Tværsektoriel Forskning.

Beskrivelse af projektidé

En beskrivelse (på dansk eller engelsk) af den projektidé, der søges midler til, skal som minimum indeholde:

- Projekttitel
- Formål/forskningsspørgsmål
- Tværsektoriel forankring og relevans
 - Beskriv det tværsektorielle set-up og samarbejdspartnerne. Det skal beskrives, hvordan de deltagende sektorer indgår i planlægning, udvikling og gennemførsel af projektet
 - Beskriv hvilke tværsektorielle problemstillinger, projektet søger at afhjælpe/afdække
- Design, materiale og metoder
 - Beskriv projektets **overordnede** design, eksempelvis udviklings-, pilot-, implementerings- eller eksperimentelt projekt.
 - Beskriv **kort** målgruppe og dataindsamlingsmetode
- Brugerinddragelse

- Beskriv, hvordan brugernes perspektiv inddrages i projektet. Hvis projektet ikke indeholder brugerinddragelse eller inddragelse af brugernes perspektiv, skal dette begrundes.
- Gennemførlighed
 - Beskriv projektgruppen og medlemmernes kompetencer, herunder forskningskompetencer
- Det skal fremgå, hvem der skal skrive projektbeskrivelsen**
- Angiv antal tegn i beskrivelsen. Den må fylde max. **10.000 tegn** inklusive mellemrum, figurer og tabeller, men eksklusive referenceliste.

Offentliggørelse

Ansøgere, projekttitel og bevilliget beløb vil blive lagt på Sektion for Tværsektoriel Forsknings hjemmeside, såfremt der modtages midler til udarbejdelse af en projektbeskrivelse.

Endvidere skal alle ansøgere af Tværspuljen være opmærksomme på, at ansøgere og projekttitel vil blive offentliggjort ved anmodning herom.

Det nationale lærings- og kvalitetsteam (LKT) om Sammenhængende Hoftebrudsforløb – en kort introduktion

I december 2021 besluttede den nationale Styregruppe for LKT, som bl.a. består af repræsentanter fra staten, PLO, patienter, KL, kommuner og regioner, at etablere et LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb med fokus på forløbet for borgere 65+ med hoftebrud og særligt på optimering af samspillet mellem regioner og kommuner. Ønsket fra Styregruppen var, at LKT'et fra start til slut baseres på et tværsektorielt samarbejde, bl.a. gennem delt formandskab i ekspertgruppen og fælles projektledelse.

Projektbeskrivelsen til LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb er udarbejdet af en tværfaglig og tværsektoriel national ekspertgruppe og godkendt af LKT Styregruppen i november 2022. Projektet er baseret på "Kom Trygt Hjem" konceptet fra Sygehus Lillebælt kombineret med indsatser med fokus på mobilisering og genoptræning. Udgangspunktet er, at LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb skal være tværsektorielt for at det kan lykkes at forbedre det samlede patientforløb. De lokale forbedringsteams vil derfor bestå af et hospital OG en eller flere af de kommuner, som ligger i hospitalets optageområde.

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb forløber over en toårig periode, og forventes igangsat med fælles ledelsesseminar i august 2024 og lokale kick-offs for lokale tværsektorielle forbedringsteams i september.

Om Lærings og kvalitetsteams

Hvad er et lærings- og kvalitetsteam?

Et lærings- og kvalitetsteam (LKT) er et nationalt netværk, som arbejder med forbedringer inden for et konkret område. Et lærings- og kvalitetsteam består af:

- Tværfaglige (evt. tværsektorielle) lokale forbedringsteams med fagpersoner og ledere fra relevante afdelinger og enheder
- En ekspertgruppe med kliniske eksperter m.fl. der formulerer målene for forbedringerne på det valgte område

Ekspertgruppen og de lokale forbedringsteams danner tilsammen det netværk, der udgør et lærings- og kvalitetsteam.

Det er regionerne, som er ansvarlige for projektledelsen af lærings- og kvalitetsteams. Konkret vil én region påtage sig det overordnede driftsansvar for et givent LKT – eventuelt i samarbejde med en kommunal samarbejdspart, når det er relevant. Region Syddanmark er, i samarbejde med KL som repræsentant for kommunerne, national tovholder for LKT'et.

Valg af afdelinger og enheder til at deltage i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb træffes af sundhedsklyngerne, mens de enkelte regioner/sygehuse og kommuner selv understøtter de afdelinger, som deltager i et LKT. Ekspertgruppen anbefaler, at den lokale projektledelse varetages i fællesskab af en repræsentant for sygehus og en repræsentant fra kommunen/erne.

Hvordan arbejder et lærings- og kvalitetsteam?

Et lærings- og kvalitetsteam vil som udgangspunkt fungere og arbejde med forbedringerne i to år med afsæt i mål og projektbeskrivelse udarbejdet af ekspertgruppen. I løbet af de to år mødes de teams, som indgår i lærings- og kvalitetsteamet, ca. tre gange til læringsseminarer. Imellem læringsseminarerne arbejder de enkelte teams med at skabe forbedringer lokalt. Teamene arbejder altså med, hvilke lokale kliniske- og organisatoriske processer og arbejdsgange, der skal forbedres for at opfylde målene for det enkelte LKT. Teamene anvender de metoder til at skabe forbedringer, som er besluttet lokalt eksempelvis Forbedringsmodellen (Institute for Healthcare Improvement), Virginia Mason Production System, Lean osv.

Hvad er baggrund og formål for LKT?

De nationale lærings- og kvalitetsteams udgør en af grundpillerne i det nationale kvalitetsprogram. Formålet med et lærings- og kvalitetsteam er, at

- løfte områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation
- bidrage til opfyldelse af nationale mål
- skabe tværregionale læringsfællesskaber
- skabe klinisk ejerskab til og understøtte det kliniknære forbedringsarbejde

Hvad er ekspertgruppens opgaver?

I ekspertgruppen indgår der relevante sundhedsfaglige eksperter fra relevante sektorer, patient- og pårørenderepræsentanter, forbedringseksperter og peer-eksperter (klinikere/ledere som har demonstreret resultater med forbedringer på området). Der kan også indgå dataeksperter i gruppen, eksempelvis fra en klinisk kvalitetsdatabase, hvis arbejdet i et lærings- og kvalitetsteam tager afsæt i en klinisk kvalitetsdatabase. Ekspertgruppen har som sine primære opgaver, at:

- Fastlægge det faglige, kliniske indhold i LKT (projektbeskrivelsen)
- Fastsætte mål for forbedringerne for LKT
- Fastlægge indikatorer og hvordan man får/indsamler data som kan vise udvikling
- Understøtte og vejlede de lokale teams i at implementere det kliniske indhold og nå forbedringsmålene.

Hvad er opgaven for de lokale forbedringsteams?

De lokale tværfaglige, og i LKT Sammenhængende Hoftebruds tilfælde, tværsektorielle forbedringsteams består typisk af en mindre gruppe bestående af sundhedsprofessionelle og evt. andre faggrupper, der lokalt fokuserer på at opfylde målene, samle data og teste forandringer og derved medvirke til at nå målsætningerne for det samlede lærings- og kvalitetsteam.

De lokale forbedringsteams er gensidigt forpligtede til åbenhed om resultater, deling af viden og erfaringer samt at lære af hinanden. Samarbejdsprocessen mellem de lokale forbedringsteams indebærer en række strukturerede aktiviteter inden for en given tidsramme, f.eks. deltagelse i læringsseminarer.

Hvor kan jeg læse mere?

På hjemmesiden <http://www.kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams> findes mere materiale om de nationale lærings- og kvalitetsteams

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Projektbeskrivelse

Godkendt af LKT Styregruppen 22. november 2023

FORORD

Projektbeskrivelse for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb er udarbejdet af en bredt sammensat gruppe af eksperter fra kommuner, sygehuse og almen praksis.

Ekspertgruppens ambition med arbejdet har været at inspirere til og skabe et solidt fagligt grundlag for lokalt forbedringsarbejde på tværs af sektorer til gavn for ældre borgere med hoftebrud.

Projektbeskrivelsen skal derfor opfattes som en invitation til lokalt at sætte det tværsektorielle samarbejde i fokus og sammen tilpasse og integrere det faglige indhold i de rammer, man har.

I et længere perspektiv ser ekspertgruppen de erfaringer og det samarbejde, der skabes i regi af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb, som et godt afsæt for et styrket samarbejde omkring en bredere målgruppe af skrøbelige borgere.

LÆSEVEJLEDNING

I selve projektbeskrivelsen (s. 2-31) beskrives indholdet i og rammerne for projektet med henblik på at give et samlet overblik over projektets elementer.

I bilag 1 og 2 (s.33-51) findes uddybende beskrivelser af det faglige indhold, som operationaliserer ekspertgruppens anbefalinger yderligere og kan anvendes som det konkrete afsæt for det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

Herudover vil de lokale tværsektorielle forbedringsteams forud for projektstart få adgang til en materialesamling, der til inspiration indeholder konkrete eksempler på lokalt udarbejdede værktøjer og arbejdsgangbeskrivelser.

INDHOLD

Resumé	1
1. Baggrund	2
1.1 Generel baggrund: Lærings- og kvalitetsteams	2
1.2 Opdrag til LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb	3
2. Problemstilling	3
3. Erfaringsgrundlag	4
4. Målgruppe	7
4.1 Målgruppen for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb	7
4.2 Skrøbelighed	7
4.3 Lokale overvejelser om målgruppen for forbedringsarbejdet	8
4.4 Definition	8
5. Formål, mål og resultatindikatorer	8
5.1 Mål	9
5.2 Resultatindikatorer	9
5.3 Følgeindikator	12
6. Indsatsområder og delmål	13
6.1 Delmål og procesindikatorer	13
6.2 Visualisering af sammenhæng mellem mål, indsatsområder og delmål	15
6.3 Beskrivelse af indsatsområder	16
7. Organisering af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb	28
7.1 Deltagende sundhedsklynger	28
7.2 Forbedringsteams	28
8. Ledelses- og læringsseminarer	28
9. Monitorering af data i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb	29
10. Tidsplan	30
11. Evaluering og spredning	31
12. Bilag	32
Bilag 1: Clinical Frailty Score	33
Bilag 2: Uddybende beskrivelse af delmål og forbedringsideer	34
Bilag 3: Medlemmer af ekspertgruppen	51
Bilag 4. Litteratur	52

RESUMÉ – LKT SAMMENHÆNGENDE HOFTEBRUDSFORLØB

Formål

Det specifikke formål med dette lærings- og kvalitetsteam (LKT) er på tværs af landet at sikre et sammenhængende forløb for borgere på 65+ år med hoftebrud ved at forbedre samspillet mellem primær og sekundær sektorer.

Mål og resultatindikatorer

- **Mål 1: Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud**
 - Resultatindikator 1: Reduktion i genindlæggelse
- **Mål 2: Borgere med hoftebrud genvinder funktionsniveau som før bruddet**
 - Resultatindikator 2.1: Andel med genvundet CAS score efter endt genoptræning
 - Resultatindikator 2.2: Andel med genvundet NMS score efter endt genoptræning
- **Mål 3: Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud**
 - Resultatindikator 3: Reduktion i 30 dages mortalitet

Indsatsområder

- **Indsatsområde 1:** Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse
- **Indsatsområde 2:** Systematisk og tydelig kommunikation med og omkring borgere med hoftebrud og deres pårørende
- **Indsatsområde 3:** Daglig mobilisering
- **Indsatsområde 4:** Tidlig og tilstrækkelig genoptræning
- **Indsatsområde 5:** Indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv
- **Indsatsområde 6:** Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom

Obligatoriske procesindikatorer

- Indikator 1.1.1: Alle teams dokumenterer, at der er udarbejdet en lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde om borgere med hoftebrud, hvor et tværsektorielt standardforløb med opgavefordelinger, aftaler om kontaktmuligheder m.m. er beskrevet.
- Indikator 1.1.2: Alle teams dokumenterer, at den lokale aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde følges, forudsat at det ikke er kontraindiceret.

Ekspertgruppe for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Ekspertgruppen har ansvaret for projektbeskrivelsen og det faglige indhold. Medlemmerne af ekspertgruppen kan ses i bilag 2. Region Syddanmark og Kommunernes Landsforening (KL) står for den nationale projektledelse.

Deltagelse i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Deltagelse sker i et partnerskab mellem et sygehus og en eller flere omkringliggende kommuner. Beslutningen om at deltage i LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb træffes i hver af de 21 sundhedsklynger.

Vidensdeling og læring på tværs og forbedringskultur

Der afholdes nationale ledelses- og læringsseminarer med henblik på videns-/erfaringsudveksling og for at understøtte opbygning af nødvendige forbedringskompetencer og -kultur. De lokale forbedringsteams og evt. repræsentanter fra kvalitetsorganisationen deltager heri.

1. BAGGRUND

1.1 Generel baggrund: Lærings- og kvalitetsteams

I det nationale kvalitetsprogram på sundhedsområdet indgår der forbedringsprojekter med brug af nationale lærings- og kvalitetsteams (herefter benævnt LKT), som skal bidrage til det nationale kvalitetsprogram fokus på resultater til gavn for den enkelte borger.

Formålet med LKT er at forbedre kvaliteten på et konkret sundhedsfagligt og/eller klinisk område, at understøtte det lokale forbedringsarbejde og at sikre læring på tværs af landsdele. LKT skal bidrage til at styrke det lokale ejerskab og fremme en kultur, hvor ledelse og medarbejdere skaber kvalitetsforbedringer som en del af det daglige kliniske og sundhedsfaglige arbejde.

De nationale lærings- og kvalitetsteam nedsættes for en 2-årig periode på områder hvor: 1) kvaliteten er utilfredsstillende og/eller der er stor uønsket variation i behandlingskvaliteten, 2) der foreligger en løsningsmodel med fagligt/ kliniske indhold, som der er/kan skabes national konsensus om, og 3) der er et eksisterende datagrundlag, som det er muligt at tage afsæt i og evt. tilpasse til behovene i LKT.

Et LKT består af en ekspertgruppe med repræsentation af relevante fagligheder fra hele landet og på tværs af sektorer samt de deltagende afdelinger og enheders lokale forbedringsteams. Ekspertgruppen definerer de konkrete mål og det kliniske og sundhedsfaglige indhold i forbedringsarbejdet samt giver forslag til mulige tiltag og procesmål, der kan arbejdes med i det konkrete LKT. De deltagende enheders lokale forbedringsteams er tværfaglige teams, der fokuserer på at opfylde klare, målbare mål. De indsamler løbende data og implementerer ved at teste forandringer i en lille skala. De lokale forbedringsteams deltager i nationale læringsseminarer, typisk 2-3 seminarer i løbet af den to-årige projektperiode.

Den nationale styregruppe for LKT (herefter benævnt styregruppen for LKT eller styregruppen) træffer de overordnede beslutninger om at sætte et nyt LKT i gang, ligesom den følger udviklingen i allerede igangsatte LKT'er. Styregruppen er bredt sammensat af repræsentanter fra bl.a. regioner, kommuner, Sundhedsministeriet, Styrelsen for patientsikkerhed, Danske Patienter (repræsenteret ved Kræftens Bekæmpelse), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Yderligere beskrivelse af LKT, herunder den nationale og regionale organisering samt beskrivelse af tidligere og aktuelle LKT'er fremgår af www.kvalitetsteams.dk.

1.2 Opdrag til LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

I december 2021 besluttede styregruppen for LKT at igangsætte et LKT med fokus på hoftebrud og lårbensbrud (herefter benævnt hoftebrud). LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb vil have fokus på hele forløbet for borgere på 65+ år med hoftebrud og særligt på optimering af samspillet mellem regioner og kommuner.

Indstillingen til LKT'et kom fra Region Syddanmark og bygger på et lokalt, succesfuldt projekt 'Kom Trygt Hjem'. Det nye LKT skal desuden tage afsæt i erfaringerne fra det tidligere LKT Hoftebrud og lårbensbrud fra 2018-20.

Styregruppen for LKT ønskede en højere grad af kommunal involvering i hele LKT-projektet, bl.a. gennem delt formandskab i ekspertgruppen for LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb (benævnt ekspertgruppen) og fælles tværsektoriel projektledelse. Region Syddanmark er, i samarbejde med KL, national tovholder for LKT'et.

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb strækker sig over en to-årig periode, og forventes igangsat med afholdelse af ledelses- og læringsseminar medio 2024.

2. PROBLEMSTILLING

Borgere over 65 år, der får et hoftebrud, er en gruppe med stor morbiditet og mortalitet. Gruppens belastning af sundhedsvæsenet er stor, bl.a. med mange genindlæggelser og store udgifter i kommunerne til fx pleje og hjælpemidler, hvis borgeren ikke genvinder mobiliteten. For borgere, der er opereret for et hoftebrud, er der altid en overgang mellem primær- og sekundær sektor. Sygehusene varetager operationen, den akutte postoperative pleje og mobilisering samt indledende genoptræning, mens kommunerne ofte efter ca. 4-6 dages indlæggelse overtager pleje og rehabilitering.

Ifølge årsrapporten 2022 fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud og lårbensbrud er der tale om et sygdomsområde, hvor der fortsat kan konstateres en uønsket variation i behandlingskvalitet og outcome på tværs af landet (DRHOFTE, 2023). I Danmark er resultaterne generelt set lidt dårligere, end hvad der opnås i andre lande. Men der er steder i Danmark, hvor resultaterne er på højde med eller bedre end de internationale resultater. Det vil sige, at der eksisterer viden på området, som kan danne udgangspunkt for læring og forbedring (DRHOFTE, 2022).

3. ERFARINGSGRUNDLAG

Forløbet for borgere med hoftebrud var emne for det tidligere LKT Hofteneære lårbensbrud 2018-2020. Her var der allerede opstillet målsætninger for indsatsen i såvel primær som sekundærsektoren - med fokus på optimering af indlæggelsesforløbet samt på genoptræning og mobilisering. Den kommunale deltagelse var dog lille og blev etableret sent i projektet.

Det antages som udgangspunkt, at organisationer (primært sygehuse), som deltog i det tidligere LKT, har implementeret anbefalinger og forbedringsforslag herfra og fortsat lever op til standarderne. Hvis der lokalt fortsat er behov for implementering af anbefalinger fra LKT Hofteneære Lårbensbrud og opfølgning herpå, anbefaler ekspertgruppen at dette sikres, ligesom anbefalingerne i et vist omfang er tænkt med ind i det nye LKT-arbejde for at imødekomme deltagende organisationer, som ikke deltog i det tidligere LKT.

I det tidligere LKT blev der udarbejdet anbefalinger om genoptræning og mobilisering for primærsektoren, men aktuelt findes der ikke nationale anbefalinger for samarbejdet mellem sektorerne eller for plejeindsatsen i kommunerne. Dette er bl.a. nogle af indsatserne i 'Kom Trygt Hjem', som vil være nye elementer i LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb.

Ekspertgruppen ser styrken ved LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb i det at forbedringsindsatsen omfatter hele forløbet for borgeren med hoftebrud.

Nedenfor skitseres kort indsatser og erfaringer fra 'Kom Trygt Hjem' og LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb (2018-2020):

FAKTABOKS: Kort om 'Kom Trygt Hjem' (2018-2020)

- Samarbejde mellem Kolding Sygehus samt Kolding og Fredericia Kommuner
- **Målgruppe:** Borgere 65+ år indlagt med hoftebrud og udskrevet til plejecenter el. aflastningsplads. (N = 252)
- **Intervention:**
 1. Systematisk tidlig opsporing og forebyggelse af begyndende sygdom ved hjælp af et dag-til-dag program
 2. Et øget kompetenceniveau ved kommunale akutsygeplejersker der på faste besøg dag 3,6 og 14 efter udskrivelse udførte en systematisk vurdering. Endvidere akutte besøg efter fastsatte kaldekriterier.
 3. Et styrket samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus og de kommunale akutsygeplejersker, hvor afdelingen var behandlingsansvarlig. Der var åben indlæggelse af borgeren 14 dage efter udskrivelsen, samt øgede rammeordinationer til de kommunale akutsygeplejersker.
- **Resultater:** (sammenlignet med kontrolgruppe)
 - Overlevelsen øget fra 87% til 94% ($p < 0.068$)
 - Genindlæggelser reduceret fra 30% til 14% ($p < 0.004$)
 - Livskvaliteten signifikant øget ($p < 0.045$)
- **Kilde:** 'Kom Trygt Hjem' Resultater (Grejsen et al. 2020)

FAKTABOKS: Kort om LKT Hoftenære Lårbensbrud (2018-2020)

- Nationalt Lærings og Kvalitetsteam (LKT) med deltagelse af alle 5 regioner (alle 21 sygehuse, der opererer borgere med hoftebrud) samt 8 kommuner
- **Indsatser:**
 - *Indsats 1: Optimering af modtagelse af borgeren*
 - Kvalificeret ortopædkirurgisk og anæstesiologisk vurdering inden for 4 timer
 - Akut vurdering ved behov af speciallæge i geriatri/andet medicinsk speciale
 - Hurtig operation
 - *Indsats 2: Optimering af borgerens forløb under indlæggelse*
 - Vurdering ved kvalificeret speciallæge i geriatri/ andet medicinsk speciale
 - Måling af vitale værdier og rettidig reaktion herpå
 - Tidlig mobilisering postoperativt
 - Hurtig opstart af træning
 - Daglig træning under indlæggelse
 - Genoptræningsplan
 - *Indsats 3: Anbefalinger til genoptræning efter udskrivelse*
 - Kort ventetid til genoptræning
 - Daglig træning efter udskrivelse
 - Træning x2 ugentligt inkl. progressiv styrketræning
- **Resultater:**
 - Landsgennemsnittet for overlevelse steg fra 90,0% til 90,5 % i perioden 2017-18 til 2018-19.
 - Ikke forbedringer i 1 års dødeligheden
 - Forbedringer på flere procesindikatorer:
 - Operationsdelay (<24 timer)
 - Operationsdelay (<36 timer)
 - Tidlig mobilisering
 - Rehabilitering
- **Kilde:** Afsluttende rapport for LKT Hoftenære Lårbensbrud (2021)
<https://kvalitetsteams.dk/media/14883/afsluttende-rapport-for-lkt-hoftenaere-laarbensbrud.pdf>

4. MÅLGRUPPE

Ifølge årsrapporten 2022 fra Dansk Tværsektorielt Register for Hoftenære Lårbensbrud (DRHOFTE, 2023) blev godt 7.100 ældre borgere indlagt med hoftebrud i perioden 1. december 2021 til 30. november 2022. Gennemsnitsalderen for disse borgere var høj (82-83 år), og data viser, at det hyppigst var kvinder, der pådrog sig et hoftebrud. De fleste borgere med hoftebrud kommer fra eget hjem – om end med ret stor forskel på tværs af regionerne (48-73 pct.). 12-21 pct. er underernærede på bruddetidspunktet (BMI<19). 84-89 pct. havde en Cumulated Ambulation Score (CAS) score på 6 inden bruddet, og denne score er væsentlig reduceret på udskrivningstidspunktet, dog med stor variation (8-33 pct.) (DRHOFTE, 2023).

4.1 Målgruppen for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Målgruppen for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb er borgere over 65 år, som opereres for et hoftebrud – med særligt fokus på borgere, som er skrøbelige og bor i eget hjem eller på plejehjem/døgnpleje (eller lignende tilbud med tilsvarende plejeniveau).

4.2 Skrøbelighed

Forskning har vist, at borgere, som er skrøbelige før deres hoftebrud, har en øget risiko for komplikationer og dårligere outcomes efter operationen. En metaanalyse fra 2022 viser, at skrøbelige ældre med hoftebrud har en højere risiko for blandt andet dødelighed (både inden for 30 dage, 6 måneder og et år), perioperative- og postoperative komplikationer samt forlænget opholdstid på hospitalet sammenlignet med ikke-skrøbelige ældre (Song et al. 2022). En anden undersøgelse rapporterer, at ca. 50 pct. af de skrøbelige ældre dør inden for to år efter et hoftebrud (Jorissen et al. 2021).

Forskning viser endvidere, at 24-40 pct. af alle patienter med hoftebrud har tegn på kognitiv svækkelse, ligesom forskning peger på, at manglende tilbagevenden til et uafhængigt liv ses blandt de mest skrøbelige patienter (ca. 10 pct.) (Hall et al. 2017; Hall et al. 2020; Ariza-Vega 2017; Frandsen et al. 2023).

På baggrund af ovenstående anbefaler ekspertgruppen, at man i det lokale forbedringsarbejde har særligt fokus på de skrøbelige ældre med hoftebrud, og påpeger at indsatsen kan differentieres på baggrund af borgens skrøbelighed. Til at identificere sårbare borgere anbefaler ekspertgruppen anvendelse af Clinical Frailty Score (CFS), som er en 9-trins skala baseret på den ældres aktivitets- og funktionsniveau (Se bilag 1). CFS giver en ensartet målestok for, hvad skrøbelighed er og kan derved understøtte sundhedspersonalet i at identificere og kommunikere om graden af skrøbelighed hos den ældre (Nissen et al. 2020).

For mobilisering og genoptræningsindsatser kan alternativt differentieres på baggrund af funktionsniveau (målt ved Cumulated Ambulation Score). Forslag til differentiering fremgår under den uddybende beskrivelse af de konkrete indsatser i bilag 2.

4.3 Lokale overvejelser om målgruppen for forbedringsarbejdet

Ekspertgruppen er bekendt med, at der flere steder i landet allerede er aktive indsatser og gode erfaringer med forløb for borgere med hoftebrud, bl.a. fordi der tidligere på nationalt niveau er gennemført et LKT med fokus på samme målgruppe. Det er derfor relevant, at den enkelte sundhedsklynge afdækker og drøfter, om og hvordan målgruppen evt. kan afgrænses og identificeres i det konkrete samarbejde. Ekspertgruppen anbefaler, at der er fokus på at etablere et godt lokalt tværsektorielt samarbejde om forbedring på området, hvor aktørerne samarbejder om tværsektorielle indsatser for målgruppen eller afgrænsede dele heraf. I forbedringsarbejde anbefales det som regel at starte småt og senere brede de gode erfaringer ud der fra.

Øvrige parametre, som kan indgå i beslutning om en evt. lokal afgrænsning af målgruppen, er; allerede igangsatte indsatser, lokale afdækninger af oplevede udfordringer i forløbet med borgere med hoftebrud, lokal manglende målpopfyldelse samt antallet af borgere med hoftebrud.

4.4 Definition

I projektbeskrivelsen benyttes betegnelsen "borgere" om målgruppen. De fleste af projektets indsatser foregår i samarbejde mellem sygehus og kommune og enkelte alene i primærsektoren, og der er tidsmæssigt fokus på borgerens forløb ud over indlæggelsen. Der er derfor valgt en betegnelse for målgruppen, som signalerer, at indsatsen går ud over den egentlige behandlingsperiode.

5. FORMÅL, MÅL OG RESULTATINDIKATORER

Styregruppen for LKT godkendte etableringen af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb ud fra det overordnede formål at arbejde med optimering af samspillet mellem regioner og kommuner i behandlingen af borgere med hoftebrud, der er 65 år eller ældre.

Det specifikke formål i dette LKT er således på tværs af landet at sikre et sammenhængende forløb for borgere 65+ år med hoftebrud ved at forbedre samspillet mellem primær og sekundær sektor.

5.1 Mål

Målene for projektet er:

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

5.2 Resultatindikatorer

Mål 1: Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud

Resultatindikator 1.1: Genindlæggelser inden for 30 dage

Målsætning: Andelen af borgere, der genindlægges akut – uanset årsag – inden for 30 dage efter udskrivelse fra sygehuse med diagnosen hoftebrud, skal på landsgennemsnittet være mindre end 15 pct.

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Borgere registreret i Landspatientregisteret (LPR) med mindst en indlæggelsesdato mellem 2 og 30 dage efter at være udskrevet i live uanset diagnosen (obs).

Nævner: Studiepopulationen baseret på udskrivningsdato (uddto) registreret i aktuelle opgørelsesperiode

Datakilder: Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbrud (indikator 10)

Bemærkninger: Målsætningen for indikatoren vil følge den til en hver tid gældende målsætning, der er sat for indikatoren i regi af databasen.

Argumentation: Ekspertgruppen har valgt at bruge data vedr. genindlæggelser som indikator på, at borgere med hoftebrud oplever gode sammenhængende forløb, idet et sammenhængende forløb med fokus på de anbefalede indsatser kan reducere antallet af unødvendige genindlæggelser, hvilket er demonstreret i 'Kom Trygt Hjem'. Ekspertgruppen vurderer generelt, at målgruppen har bedre udbytte af så vidt muligt at undgå genindlæggelser og heraf følgende risiko for infektion mm. Meget behandling, som f.eks. væskebehandling, kan varetages uden for sygehuset. I enkelte tilfælde kan genindlæggelse dog være hensigtsmæssig. I den seneste årsrapport fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbrud (DRHOFT, 2023) fremgår det, at i alt 15,2 pct. af borgerne blev genindlagt de første 30 dage efter

udskrivelse. Standarden er således ikke opfyldt på landsplan. Mellem regionerne svinger standarden mellem 12,1 - 18,6 pct. Regionalt opfyldes standarden af de tre vstdanske regioner.

Mål 2: Borgere med hoftebrud genvinder bedst mulige funktionsniveau

Resultatindikator 2.1: CAS score efter endt genoptræningsforløb

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

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Op

Tæller: Antal borgere, der efter endt genoptræningsforløb har genvundet præfraktur CAS (sammenlignet med præfraktur CAS score angivet i GOP)

Nævner: Alle borgere med genoptræningsplan

Datakilder: Lokal dataindsamling i kommunen

Argumentation: Ekspertgruppen har valgt at anvende data på andel med genvundet CAS som indikator på, at borgere med hoftebrud genvinder bedst mulige funktionsniveau. CAS (Foss et al. 2006) anvendes til daglig vurdering af udviklingen i basismobilitet, indtil selvstændig mobilitet (ambulering) er opnået. CAS scoren vurderer evnen til at komme i og ud af seng, rejse-sætte-sig fra stol med armlæn og gangfunktion. Aktiviteterne er valgt, fordi de er særligt vigtige for borgerens mobilitet og uafhængighed af hjælp. Scoringen udføres på en nem og tredelt skala, som visualiserer borgerens funktionsniveau. Scoren fra de tre delaktiviteter summeres til en samlet daglig totalscore. Hver aktivitet scores på en skala fra 0-2, hvilket medfører en daglig score fra 0-6.

Resultatindikator 2.2: New Mobility Score (NMS) efter endt genoptræningsforløb

Målsætning: 60 pct. af borgerne med hoftebrud har genvundet deres præfraktur NMS efter endt genoptræningsforløb

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal borgere, der efter endt genoptræningsforløb har genvundet præfraktur NMS (baseret på præfraktur NMS angivet i GOP)

Nævner: Alle borgere, som starter genoptræning, og hvor præfraktur NMS er angivet i GOP

Datakilder: Lokal dataindsamling i kommunen

Argumentation: Ekspertgruppen har valgt også at benytte NMS som indikator på, at borgere med hoftebrud genvinder bedst mulige funktionsniveau efter hoftebrud. NMS kan anvendes til at beskrive funktionsevnen, før skaden/sygdommen indtræffer (præ-fraktur NMS) og efter genoptræning, hvor ovennævnte CAS-score primært anvendes til at beskrive udviklingen i basismobilitet og funktionsevnen efter hoftebrud. Med NMS bedømmes gangfunktionen indendørs, udendørs og under indkøb, og giver således et billede af funktionsniveauet inden for såvel aktivitets - som deltagelsesniveau (ICF), uden at fokusere på underliggende årsager (fx svækket hukommelse) til en eventuel funktionsevne-nedsættelse hos borgere med hoftefraktur (Kristensen og Kehlet, 2012). Scoringen er baseret på interview med patienten (evt. per telefon), en pårørende eller sundhedspersonale, som kender borgeren. NMS angives som en score 0 - 9: Fra ingen gangfunktion til selvstændig gangfunktion uden hjælpemidler i alle 3 aktiviteter.

Mål 3: Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud

Resultatindikator 3.1: Reduktion i 30 dages mortalitet

Målsætning: Andelen af borgere, som er i live 30 dage efter operationsdato, skal på landsgennemsnittet være mindst 92 pct. opnået inden 31. december 2026. Ingen afdeling bør have en overlevelse lavere end 91 pct.

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Op

Tæller: Borgere registrerede i CPR-registeret som værende i live 30 dage efter operationsdato (opdto)

Nævner: Studiepopulationen baseret på opdto registeret i aktuelle opgørelsesperiode.

Datakilder: Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbensbrud (indikator 11a)

Bemærkninger: Målsætningen for indikatoren vil følge den til enhver tid gældende målsætning, der er sat for indikatoren i regi af databasen.

Argumentation: Ekspertgruppen har valgt at benytte reduktion i 30 dages mortalitet som indikator på, at borgere undgår øget sygdom efter hoftebrud. I seneste årsrapport fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbensbrud (RKKP, 2023) fremgår det, at i alt 11,2 pct. af borgerne døde inden for 30 dage efter operationen. Dette er en stigning sammenlignet med sidste årsrapportsperiode (10,9 pct.). Indikatoren er ikke opfyldt på landsplan, og ingen regioner opfylder indikatoren. Standarden for regionerne svinger mellem 9,6 og 12,5 pct. Kun to sygehuse overholder standarden: AUH og Slagelse Sygehus. Der er

ikke signifikante forskelle i dødeligheden på tværs af regioner, men der ses en forskel på 2,9 procentpoint mellem Region Sjælland (9,6 pct.) og Region Syddanmark (12,5 pct.). Der er nogle få sygehusafdelinger, som ligger over 14 pct. Det er Kolding, Gødstrup og Aalborg Thisted.

5.3 Følgeindikator

Følge indikator: 1 års mortalitet

Målsætning: Andelen af borgere, som er i live 1 år efter operationsdato (opdto), skal på landsgennemsnittet være mindst 75 pct.

Type: Følgeindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Borgere registrerede i CPR-registeret som værende i live 1 år efter operationsdato

Nævner: Studiepopulationen baseret på opdto registeret i aktuelle opgørelsesperiode.

Datakilder: Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (indikator 11b)

Bemærkninger: Målsætningen for indikatoren vil følge den til en hver tid gældende målsætning, der er sat for indikatoren i regi af databasen.

Argumentation: 1 års overlevelse er en relevant indikator på, om LKT'ets arbejde med gode, sammenhængende forløb også resulterer i de ønskede mål. 1 års mortalitet kan dog ikke på en meningsfuld måde bidrage til at kvalificere forbedringsarbejdet løbende, da opgørelsen pr. definition først kan laves efter 1 års forløb. Derfor medtages 1 års overlevelse som en følgeindikator, der rapporteres på i forbindelse med statusrapporter og afrapportering til styregruppen for LKT.

I seneste årsrapport fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (RKKP, 2023) fremgår det, at på landsplan døde 28,4 pct. af patienterne inden for 1 år efter operationen i perioden december 2021 til november 2022. Dødeligheden er højere end sidste årsrapportsperiode (27,8 pct.). På regionsniveau svinger 1 års dødeligheden mellem 26,7 og 29,8 pct. Standarden for indikatoren (≤ 25 pct.) er således ikke opfyldt på landsplan eller for de enkelte regioner.

6. Indsatsområder og delmål

Forbedringsprojektet tager udgangspunkt i det lokale forbedringsprojekt 'Kom Trygt Hjem', det tidligere LKT Hoftensære Lårbensbrud 2018-2020 og ekspertgruppens anbefalinger.

Der er følgende indsatsområder for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb:

1. Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse
2. Forbedret kommunikation med og om borgere med hoftebrud og deres pårørende
3. Daglig mobilisering
4. Tidlig og tilstrækkelig genoptræning
5. Indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv
6. Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom

I projektbeskrivelsens følgende afsnit beskrives indholdet i indsatsområderne kort med henblik på at give et samlet overblik over projektets elementer. I bilag 2 findes uddybende og mere detaljerede beskrivelser af det faglige indhold i de enkelte delmål samt konkrete forbedringsideer/forslag.

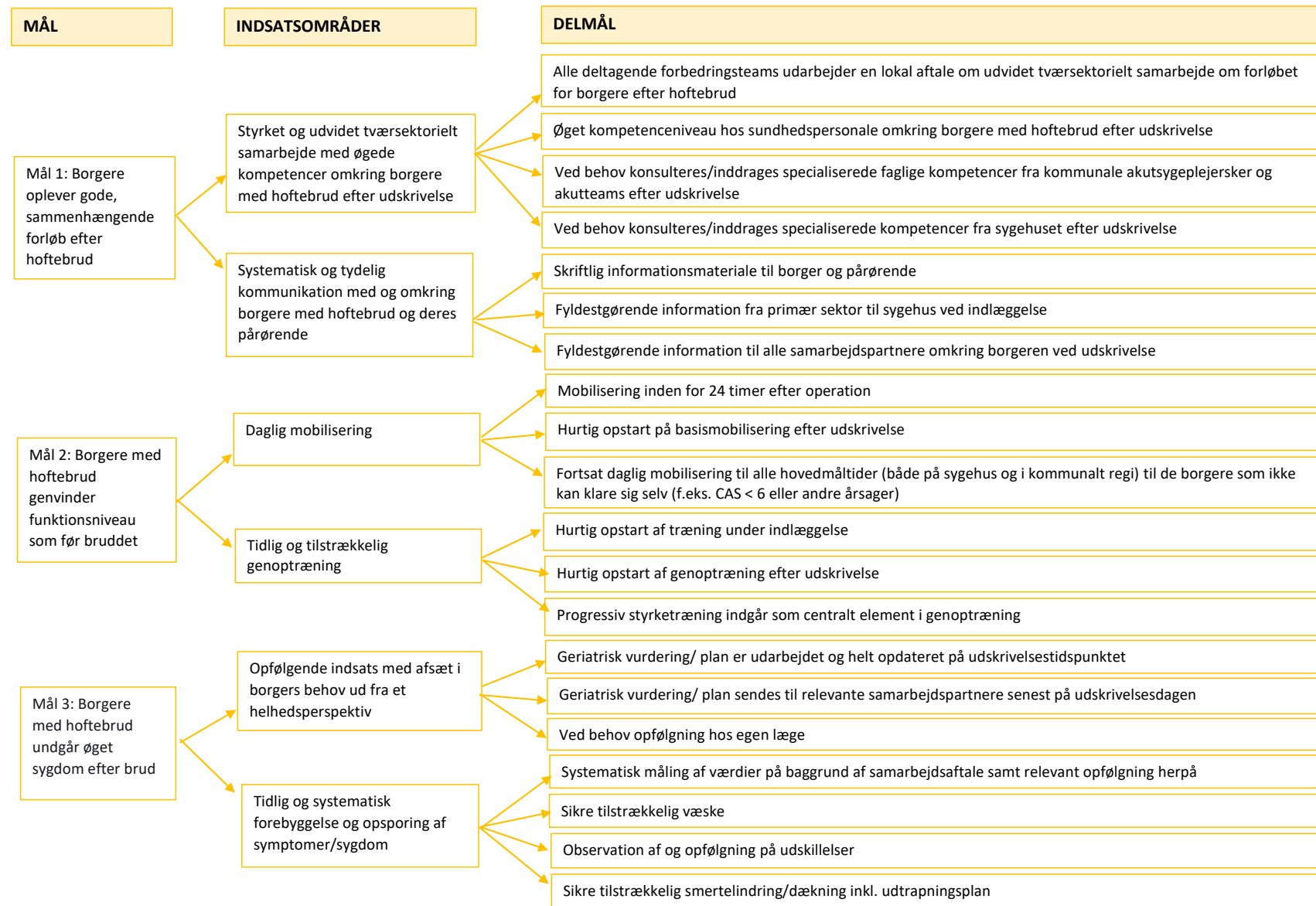
6.1 Delmål og procesindikatorer

Implementering af nye arbejdsgange understøttes af tidstro og relevante data. For hvert indsatsområde kan opsættes et/flere delmål med tilhørende procesindikator. Delmål og procesindikatorer knytter sig til de arbejdsgange, man ønsker at forbedre med indsatsen. Procesindikatorer egner sig derfor ikke til sammenligning på tværs af enheder, da de afhænger af konkrete arbejdsgange, og derfor i definitionen skal tilpasses lokale forhold.

Ekspertgruppen vurderer, at det udvidede tværsektorielle samarbejde omkring borgere med hoftebrud er en afgørende forudsætning for at lykkes med at skabe gode, sammenhængende forløb og for at lykkes med projektets formål og mål. Ekspertgruppen har derfor opsat to obligatoriske procesindikatorer for indsatsområde 1, som de lokale forbedringsteams vil blive bedt om at afrapportere på 3-5 gange i løbet af projektperioden i forbindelse med læringsseminarer samt fælles statusrapporter og slutrapportering til styregruppen for LKT.

For de øvrige indsatser og delmål er der i projektbeskrivelsen givet forslag til mulige procesindikatorer ved forbedringsarbejdet. For en del procesindikatorer er der ligeledes givet forslag til målsætning, men i andre tilfælde anbefales det at målsætning for procesindikatorer fastsættes lokalt. De foreslåede procesindikatorer kan drøftes og tilpasses i det enkelte tværsektorielle forbedringsteam i sundhedsklyngen, så de passer til lokale forhold.

6.2 Visualisering af sammenhæng mellem mål, indsatsområder og delmål



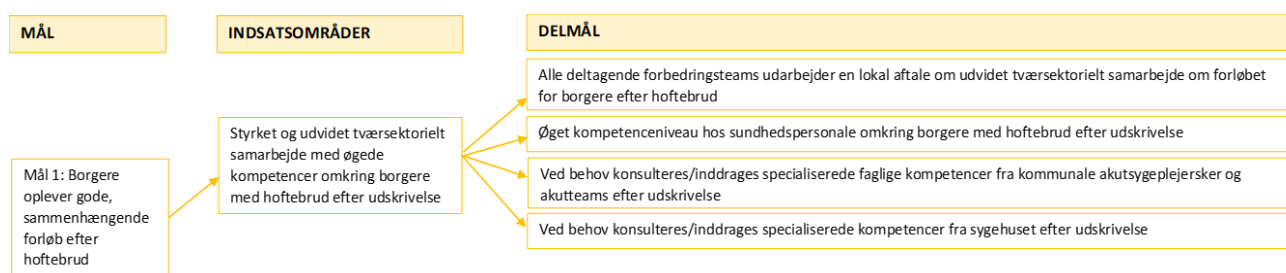
6.3 Beskrivelse af indsatsområder

Indsatsområde 1: Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler på baggrund af erfaringer og resultater fra 'Kom Trygt Hjem' et styrket og udvidet samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelsen.

Uafhængigt af LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb indføres 72 timers udvidet behandlingsansvar i alle regioner som et led i den aftalte akutplan, som er indgået mellem regeringen og regionerne i februar 2023. Data fra evalueringen af 'Kom Trygt Hjem' viste imidlertid, at tiden fra udskrivelse til genindlæggelse hos kontrolgruppen (uden udvidet samarbejde) var på 10 dage i gennemsnit, mens den var signifikant lavere i interventionsgruppen med 5 dage. (Grejsen et al. 2020). Ekspertgruppen mener derfor ikke, at det udvidede 72 timers behandlingsansvar i tilstrækkelig grad imødekommer behovet for denne målgruppe, men det vil være relevant for de lokale forbedringsteams at tænke i evt. synergi med eller afgrænsning i forhold til den lokale aftale om 72 timers behandlingsansvar.

Borgere med hoftebrud er ofte skrøbelige, og det er afgørende, at der tidligt efter bruddet sættes ind med mobilisering og genoptræning, og at der arbejdes med systematisk opsporing og forebyggelse af komplikationer i den første kritiske tid efter operation og efter udskrivelse. Ekspertgruppen anbefaler, at dette understøttes af et gensidigt styrket samarbejde mellem relevante aktører. Det betyder bl.a., at sygehuset stiller sig til rådighed til sparring på og evt. behandling af komplikationer i den første tid (6-10 dage) efter udskrivelsen. En forudsætning for at sygehuset kan varetage denne opgave er, at kommunen med afsæt i en standard observerer på relevante parametre og videregiver relevante informationer ved behov.



<u>Hvad skal sikres (Delmål)</u> Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere. Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 2.	
Hvad	Hvem
1.1 Alle deltagende forbedringsteams udarbejder en lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde om forløbet for borgere efter hoftebrud	Fælles
1.2 Øget kompetenceniveau hos sundhedspersonale omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse	Fælles
1.3 Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede faglige kompetencer fra kommunale akutsygeplejersker og akutteams efter udskrivelse	Kommunen
1.4 Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede kompetencer fra sygehuset efter udskrivelse	Sygehuset

Obligatoriske procesindikatorer

De lokale forbedringsteams vil blive bedt om at afrapportere på disse indikatorer 3-5 gange i løbet af projektperioden i forbindelse med læringsseminarer samt fælles statusrapporter og slutrapportering til styregruppen for LKT.

- Indikator 1.1.1: Alle teams dokumenterer, at der er udarbejdet en lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde om borgere med hoftebrud, hvor et standardforløb med opgavefordelinger, aftaler om kontaktmuligheder m.m. er beskrevet.
- Indikator 1.1.2: Alle teams dokumenterer at den lokale aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde følges i alle tilfælde, hvor det ikke er kontraindiceret (regelmæssig journalaudit - timing afhængigt af antal borgere pr. måned/år)

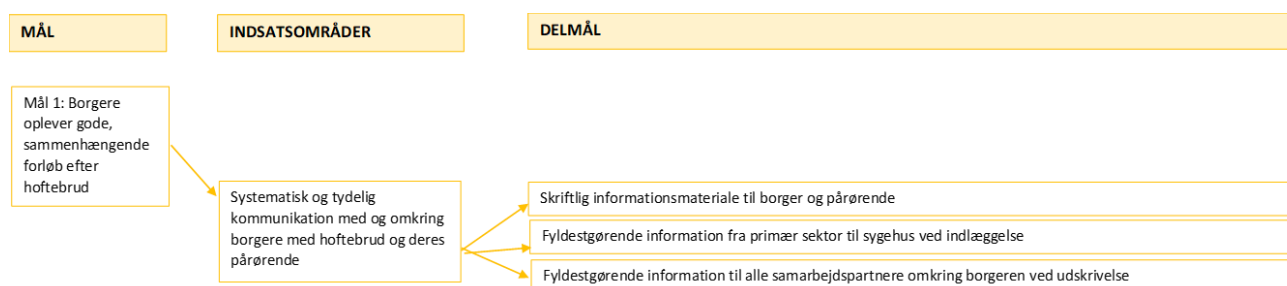
Forslag til procesindikatorer

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

- Indikator 1.2: Relevant sundhedspersonale i kommunen dokumenterer, at måling af værdier og relevant opfølgning herpå foretages (som beskrevet i indsatsområde 6)
- Indikator 1.3: Sundhedspersonale i kommunen dokumenterer inddragelse af kommunale akutsygeplejersker/teams
- Indikator 1.4: Sundhedspersonale på sygehuset dokumenterer henvendelser vedr. udskrevne borgere

Indsatsområde 2: Systematisk og tydelig kommunikation med og omkring borgere med hoftebrud og deres pårørende

Ekspertgruppen ser systematisk og tydelig kommunikation som en forudsætning for et godt sammenhængende for borgere med hoftebrud. Ekspertgruppen anbefaler derfor, at det sikres, at såvel sundhedsfaglige som borgere og pårørende har den nødvendige viden om det forventede forløb efter et hoftebrud, og at det sikres, at alle relevante oplysninger videregives.



<u>Hvad skal sikres (Delmål)</u> Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere. Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 2.	
Hvad	Hvem
2.1 Alle deltagende forbedringsteams har skriftligt materiale som udleveres til borgere med hoftebrud og deres pårørende	Fælles
2.2 Fyldestgørende information fra kommune til sygehus ved indlæggelse	Kommunen
2.3 Fyldestgørende information til alle samarbejdspartnere omkring borgeren ved udskrivelse.	Sygehus

Forslag til procesindikatorer

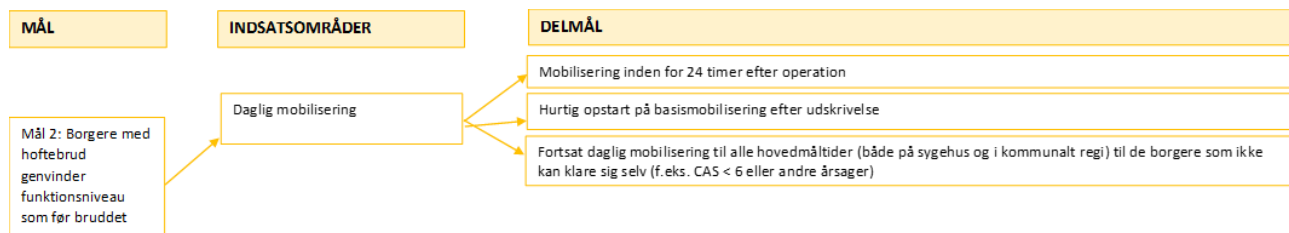
Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

- Indikator 2.1 Alle forbedringsteams har skriftligt materiale til udlevering til borgere og deres pårørende.
- Indikator 2.2 Opdateret funktionsniveausbeskrivelse foreligger på indlæggelsestidspunktet.

- Indikator 2.3.1 Genoptræningsplan (GOP) inkl. CAS-score (både præ-fraktur- og ved udskrivelse) og præ-fraktur NMS-score er sendt til kommunen senest på udskrivelsesdagen.
- Indikator 2.3.2 Vurdering af skrøbelighed (med Clinical Frailty Scale) er sendt til kommunen senest på udskrivelsesdagen.

Indsatsområde 3: Daglig mobilisering

Ekspertgruppen anbefaler tidlig og fortsat daglig mobilisering efter operationen, idet flere studier viser sammenhæng mellem det tidlige mobiliseringsniveau og et positivt resultat, ift. gangfunktion, udskrivelsesdestination, indlæggelsesvarighed, komplikationer og mortalitet (Kristensen et al. 2016; Su et al. 2018; Sheehan et al. 2021; Ferris et al. 2020).



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 2.

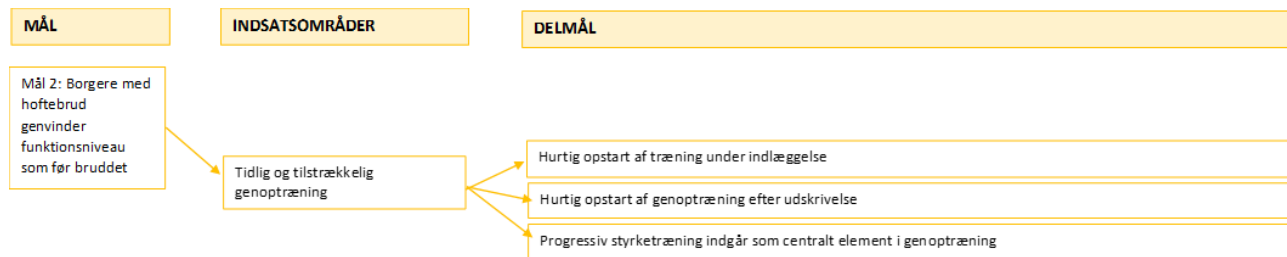
Hvad	Hvem
3.1 Mobilisering inden for 24 timer efter operation	Sygehus
3.2 Hurtig opstart på basismobilisering efter udskrivelse	Kommunen
3.3 Fortsat daglig mobilisering til alle hovedmåltider (både på sygehus og i kommunalt regi) til de borgere, som ikke kan klare sig selv (f.eks. CAS < 6 eller andre årsager)	Fælles

Forslag til procesindikatorer

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

- Indikator 3.1 Mobilisering inden for 24 timer efter operation
Målsætning: 90 pct. skal være mobiliseret senest 24 timer efter start på operation
Datakilde: RKKP Indikator
- Indikator 3.2: Andelen af borgere, der modtager pleje i kommunalt regi, som opstarter basismobilisering senest 24 timer efter udskrivelse. Målsætning: Mindst 95 pct., forudsat det ikke er kontraindiceret.
Datakilde: Lokal dataindsamling
- Indikator 3.3: Andelen af borgere, der modtager pleje i kommunalt regi, der dagligt modtager støtte til mobilisering. Målsætning: Mindst 95 pct. forudsat det ikke er kontraindiceret.
Se ovenstående ift. mål og datakilder.

Indsatsområde 4: Tidlig og tilstrækkelig genoptræning



<u>Hvad skal sikres (Delmål)</u> Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere. Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 2.	
Hvad	Hvem
4.1 Hurtig opstart af genoptræning med terapeuter under indlæggelse	Sygehus
4.2 Hurtig opstart af genoptræning efter udskrivelse	Kommune
4.3 Progressiv styrketræning indgår som centralt element i genoptræning	Kommune

Forslag til procesindikatorer

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

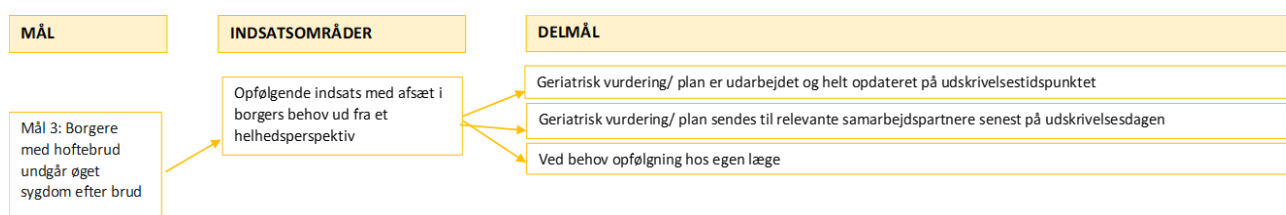
- Indikator 4.1.1: Andel af borgere med hurtig opstart af genoptræning efter operation (på sygehuset) senest 24 timer efter. Målsætning: 100 pct.%, forudsat dette ikke er decideret kontraindiceret. Der er en forventning om, at delmålet følges lokalt via indsamling af lokale data.
- Indikator 4.1.2: Andel af borgere, der tilbydes systematisk daglig genoptræning under indlæggelse ved fysioterapeut med henblik på generhvervelse af basale funktioner. Målsætning: 100 pct. (Således alle, forudsat dette ikke er decideret kontraindiceret).
- Indikator 4.2: Andelen af borgere udskrevet med en genoptræningsplan, som tilbydes start af genoptræning hurtigst muligt (defineres lokalt) efter udskrivningsdato. Målsætning: 100 pct. forudsat at dette ikke er kontraindiceret.

- Indikator 4.3: Andelen af borgere med genoptræningsplan, der som minimum modtager genoptræning to gange ugentligt (indeholdende progressiv styrketræning) i
 - Minimum 8 uger. Målsætning: Mindst 80 pct.
 - Mellem 8-12 uger. Målsætning: Mindst 50 pct.

Indsatsområde 5: Indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv

For borgere med hoftebrud er det ofte en medicinsk faktor, som er årsag til fald, og dermed resulterer i hoftebrud. Der kan derfor være behov for en helhedsorienteret indsats og/eller opfølgning hos egen læge for at behandle evt. komorbiditet og forebygge forværring af eller øget sygdom.

Ekspertgruppen anbefaler, at det sikres, at der foretages en helhedsorienteret vurdering af borgeren, og at der i den efterfølgende indsats sikres relevant opfølgning på evt. opmærksomhedspunkter.



<u>Hvad skal sikres (Delmål)</u> Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere. Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 2.	
Hvad	Hvem
5.1 Geriatrik vurdering/plan udarbejdes og er helt opdateret inden udskrivelse (hvis der ikke er ansat/adgang til geriater, udføres medicinsk tilsyn af anden medicinsk læge)	Sygehus
5.2 Geriatrik vurdering/plan sendes til relevante samarbejdspartnere senest på udskrivelsesdagen	Sygehus
5.3 Ved behov opfølgning hos egen læge (Gul epikrise skal benyttes ved sårbare patienter, mens almindelig opfølgning er grøn epikrise.)	Almen praktiserende læge

Forslag til procesindikatorer

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale tværsektorielle forbedringsarbejde.

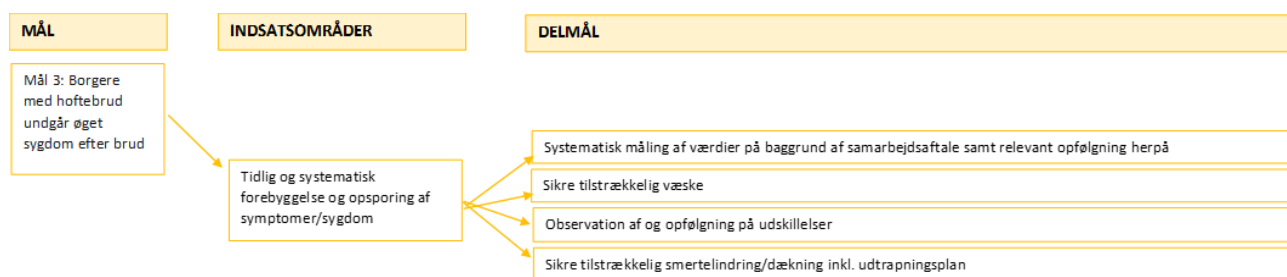
- Indikator 5.1.1: Sundhedspersonale på sygehuset dokumenterer, at geriatrisk vurdering/plan (eller tilsvarende) er udarbejdet for alle borgere med hoftebrud
- Indikator 5.1.2: Sundhedspersonale på sygehuset laver udtræk på 5-10 journaler hver måned med henblik på at kontrollere, om geriatrisk plan/vurdering omfatter den relevante information.
- Indikator 5.2: Alle forbedringsteams laver journalaudit for at dokumentere, at geriatrisk plan er afsendt/modtaget senest på dagen for udskrivelse (timing afhængigt af antal borgere pr. måned/år).
- Indikator 5.3: Alle forbedringsteams laver journalaudit for at dokumentere, at der er fulgt relevant op på den geriatriske plan (timing afhængigt af antal borgere pr. måned/år).

Indsatsområde 6: Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom

Mange borgere, som udskrives efter et hoftebrud, er skrøbelige og har en væsentlig risiko for komplikationer, genindlæggelse og død efter hoftebrud (Kristensen et al. 2019; Vesterager et al. 2021). Komplikationer og genindlæggelser hos målgruppen kan bl.a. skyldes infektioner, dehydrering, manglende kostindtag og fald (Grejsen et al., 2020).

Ekspertgruppen anbefaler, at der efter udskrivelse er stort fokus på tidlig og systematisk forebyggelse af komplikationer i form af infektioner, fald, obstipation og dehydrering gennem en systematisk, optimeret og målrettet plejeindsats. Ekspertgruppen anbefaler i den forbindelse, at såvel primær som sekundær sundhedssektor forholder sig til de 12 sygeplejefaglige problemområder.

Ekspertgruppen påpeger, at der kan arbejdes med en differentieret indsats på baggrund af geriatrisk plan og skrøbelighedsvurdering (vurderet ved Clinical Frailty Score). Model for dette bør beskrives som en del af aftalen om udvidet samarbejde (indsatsområde 1). Ekspertgruppens forslag hertil fremgår af den uddybende faglige beskrivelse af indsatsområde 6 i bilag 2.



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

Uddybende beskrivelse af det faglige indhold i delmålene kan findes i bilag 1.

Hvad	Hvem
6.1 Systematisk måling af værdier og relevant opfølgning herpå på baggrund af aftale om udvidet samarbejde	Kommunen/Fælles

6.2 Sikre tilstrækkelig væske	Kommunen
6.3 Observation af og opfølgning på udskillelser	Kommunen
6.4 Sikre tilstrækkelig smertelindring/dækning inkl. udtrapningsplan	Kommunen

Forslag til procesindikatorer

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale forbedringsarbejde.

- Indikator 6.1: Systematisk måling af værdier: Sundhedspersonale i kommunen dokumenterer, at relevant monitorering af værdier foretages i overensstemmelse med (evt. model for differentieret indsats i) lokal aftale om udvidet samarbejdet for alle borgere, som modtager pleje fra kommunen (f.eks. i registreringsskemaer eller i omsorgssystem)
- Indikator 6.2 Sikre tilstrækkelig væske: Sundhedspersonale i kommunen dokumenterer, at der føres væskeskema for alle borgere, som modtager pleje fra kommunen (f.eks. i registreringsskemaer eller i omsorgssystem)
- Indikator 6.3 Observation og opfølgning på udskillelser: Sundhedspersonale i kommunen dokumenterer, at der observeres og følges op på udskillelser for alle borgere, som modtager pleje fra kommunen (f.eks. i registreringsskemaer eller i omsorgssystem)
- Indikator 6.4 Sikre smertelindring/dækning: Sundhedspersonale i kommunen dokumenterer, at der observeres systematisk på smerter hos alle borgere udskrevet efter hoftebrud, som modtager pleje fra kommunen

7. ORGANISERING AF LKT SAMMENHÆNGENDE HOFTEBRUDSFORLØB

Specielt for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb gælder, at forbedringsarbejdet skal foregå i tværsektorielle forbedringsteams for, at det kan lykkes at forbedre det samlede forløb. De lokale tværsektorielle forbedringsteams vil derfor bestå af et sygehus og en eller flere af de kommuner, som ligger i sygehusets optageområde.

7.1 Deltagende sundhedsklynger

Beslutningen om at deltage i LKT Sammenhængende hoftebrudsforløb træffes af de 21 sundhedsklynger og hviler på en fælles tværsektoriel prioritering og tilslutning forud for nedsættelse af tværsektorielle forbedringsteams.

7.2 Forbedringsteams

I de deltagende sundhedsklynger organiseres der tværfaglige lokale forbedringsteams på tværs af sygehus og kommune(r). Forbedringsteamet har det praktiske, lokale ansvar for forbedringsarbejdet og ansvaret for at sikre, at de aftalte indsatser sker.

Ekspertgruppen anbefaler, at de lokale tværsektorielle forbedringsteams organiseres med fælles projektledelse, bestående af en repræsentant fra kommune og en repræsentant fra sygehuset. Det anbefales, at de lokale forbedringsteams sammensættes således, at gruppen som helhed dækker det samlede forløb for borgere med hoftebrud, at alle relevante faggrupper så vidt muligt indgår og at der indgår personer med kendskab til og erfaring med forbedringsarbejde. Det anbefales at daglige ledere/ faglige beslutningstagere indgår i (eller har en tæt tilknytning til) forbedringsteamet. Deltagerkredsen i de lokale forbedringsteams kan evt. justeres undervejs, hvis der findes behov for at supplere med andre deltagere.

8. LEDELSES- OG LÆRINGSSEMINARER

Som del af det nationale LKT afholdes nationale læringsseminarer mhp. faglig inspiration, vidensdeling samt etablering af netværk. Det forudsættes at kendskab til forbedringsarbejde haves eller tilegnes inden opstart, men på læringsseminarer gives introduktioner til/brush ups på forbedringsarbejde.

De lokale tværsektorielle forbedringsteams og evt. repræsentanter fra kvalitetsorganisationen/området deltager i de nationale læringsseminarer. Der forventes afholdt et ledelsesseminar og tre læringsseminarer undervejs i projektet. Med forbehold for at høringen af projektbeskrivelsen godkendes ultimo 2023, forventes ledelsesseminar og første læringsseminar afholdt i hhv. 3. og 4. kvartal 2024.

9. MONITORERING AF DATA I LKT SAMMENHÆNGENDE HOFTEBRUDSFORLØB

I LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb er deltagende tværsektorielle forbedringsteams som minimum forpligtet til at fremskaffe løbende og tidstro data til at kunne følge de 3 mål (4 resultatindikatorer) samt 2 obligatoriske procesindikatorer.

Mål 1 og 3 monitoreres med data fra RKKP ved resultatindikatorerne 'genindlæggelser inden for 30 dage' samt 'mortalitet inden for 30 dage'. Der leveres data via den eksisterende Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA-leverancer) til regionernes ledelsesinformationssystemer, som de kliniske afdelinger og relevante kvalitetsmedarbejdere på sygehusene har adgang til. Det aftales i de lokale tværsektorielle forbedringsteams, hvordan og hvornår data for resultatmålene deles med de kommunale deltagere i teamet.

Mål 2 monitoreres med manuelt indsamlede data fra kommunerne vedr. resultatindikatorerne 'CAS-score' og 'NMS-score'. Det aftales i de lokale tværsektorielle forbedringsteams, hvordan og hvornår data for resultatmålene deles med de deltagere i teamet, som kommer fra sygehuset.

Vedr. indsatsområde 1 har ekspertgruppen som tidligere nævnt fastsat to obligatoriske procesindikatorer, der skal monitoreres med data lokalt.

Tovholdergruppen for LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb udarbejder en halvårlig afrapportering til styregruppen for LKT på resultatmålene og de to obligatoriske procesindikatorer. De lokale forbedringsteams er forpligtet til at levere data til brug herfor i det omfang, det efterspørges.

For de øvrige indsatsområder og delmål monitoreres indsatsen lokalt med procesindikatorer og data indsamlet lokalt. De lokale tværsektorielle forbedringsteams har til opgave at afdække hvilke datakilder, der er til rådighed, og med hvilket tidsinterval data skal leveres til de øvrige teammedlemmer. Det bør

tilstræbes, at data så vidt muligt kan følges tidstro, idet data hermed kan understøtte og motivere det lokale forbedringsarbejde. Hvilke datakilder, der er til rådighed, vil være forskelligt fra team til team og fra delmål til delmål. Derfor kan der ikke på tværs af landet udarbejdes en fælles skabelon for dataindsamling på alle procesmål, men der er i projektbeskrivelsens afsnit 6 forslag til eventuelle procesindikatorer og datakilder.

10. TIDSPLAN

Idet LKT som udgangspunkt etableres for to år, forventes LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb at løbe til og med 2026. De ønskede kvalitetsforbedringer forudsættes derfor realiseret inden for denne tidsramme.

	2023		2024				2025				2026			
	K1-K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Projektbeskrivelse udarbejdes af ekspertgruppe	x													
Projektbeskrivelse forelægges LKT styregruppe		x												
Beslutning om deltagelse i 21 sundhedsklynger (mindst et sygehus og mindst 1 kommune)			x	x										
Etablering af lokale tværsektorielle teams i deltagende partnerskab				x										
Evt. ledelsesseminar (fysisk eller video)					x									
Lokalt kick-off for tværsektorielle forbedringsteams					x									
Læringsseminar						x				x			x	
Af rapportering								x		x		x		
Evt. afslutningsevent														
Evaluering														x

11. Evaluering og spredning

Der afrapporteres to gange årligt til styregruppen for LKT. Den nationale tovholdergruppe med deltagelse af repræsentanter fra Region Syddanmark og KL er ansvarlig for dette.

Som udgangspunkt løber projektet over to år, hvorefter det overgår til drift. Efter halvandet år vurderer Styregruppen for LKT den samlede fremdrift i projektet og resultater af indsatsen. Styregruppen vurderer herefter, om projektet afsluttes inden for planlagt tidsramme, forlænges, overdrages til andet regi eller andet. Inden projektafslutning kan der indgås aftale om 1 års opfølgning på projektet, helt eller delvist på alle resultatindikatorer.

12. Bilag

Bilag 1: Clinical Frailty Score

Bilag 2: Uddybende beskrivelse af indsatsområder og delmål

Bilag 2: Medlemmer af ekspertgruppen

Bilag 3: Litteraturliste

Bilag 1: Clinical Frailty Score

Til at identificere skrøbelige/sårbare borgere anbefaler ekspertgruppen anvendelse af Clinical Frailty Score (CFS), som er en 9-trins skala baseret på den ældres aktivitets- og funktionsniveau. CFS giver en ensartet målestok for, hvad skrøbelighed er og kan derved understøtte sundhedspersonalet i at identificere og kommunikere om graden af skrøbelighed hos den ældre (Nissen et al. 2020). Clinical Frailty Score er oversat til og valideret på dansk. Et dansk studie har endvidere vist at sundhedspersonale på tværs af fagligheder og sektorer scorer 15 cases ensartet med CFS. Det konkluderes, at CFS har potentiale som fælles redskab til vurdering af skrøbelighed på tværs af faggrupper og sektorer. (Nissen et al. 2020)

I perioden 2022-2024 etableres Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRAIL), hvor CFS anvendes som indikator for skrøbelighed. (DANFRAIL, 2023) Forslag til indikatorer har været i høring 3. kvartal 23, og det forventes at CFS udrulles som et led i etableringen af databasen. CFS vil således blive et velkendt redskab i sygehusene i de kommende år

Clinical Frailty Score – dansk oversættelse

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.

	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmere sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SVG	Mennesker der nærmere sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.

DALHOUSIE
UNIVERSITY

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-495. Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournais and Søren Kæbeli Nissen, University of Southern Denmark



DALHOUSIE
UNIVERSITY

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.
Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kibell Nissen, University of Southern Denmark.

Bilag 2: Uddybende beskrivelse af delmål og forbedringsideer

I dette bilag uddybes for hvert indsatsområde det faglige indhold i ekspertgruppens anbefalinger – de kommende afsnit uddyber altså den korte beskrivelse af hvert indsatsområde, som findes i projektbeskrivelsens afsnit 6.3. For hvert indsatsområde er nedenstående beskrevet:

Uddybende beskrivelse af indsatsområde

Visualisering af sammenhæng mellem det konkrete mål, indsatsområde og delmål

For at synliggøre det beskrevnes sammenhæng med projektets helhed og skabe synligt konneks til den korte beskrivelse af indsatsområdet i afsnit 6.3 gengives her igen udsnit af driverdiagram.

Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

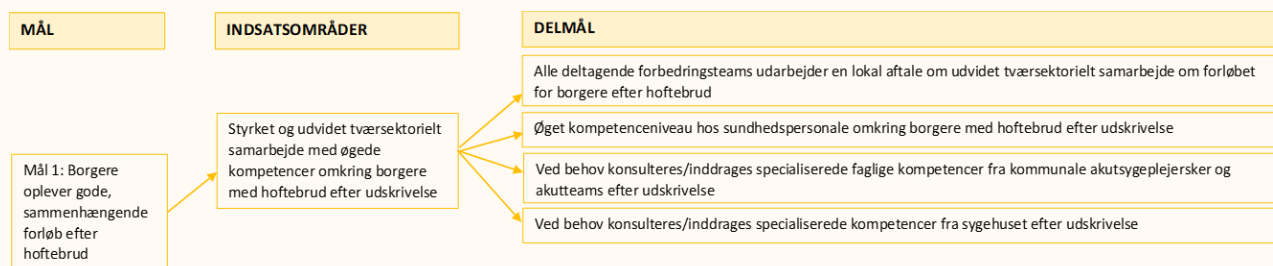
Forslag til tiltag

Forslag til tiltag fokuserer på, hvordan det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold kan implementeres.

Eventuelt grundlæggende materiale

Dette er materiale, som forudsættes for at kunne gennemføre forbedringsarbejdet – og indeholder basis for afsnittet "hvad" (fx regional vejledning, kliniske pakker)

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 1: Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

1.1 Alle deltagende forbedringsteams udarbejder en aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde om forløbet for borgere efter hoftebrud (obligatorisk delmål)

Ekspertgruppen anbefaler, at alle deltagende forbedringsteams med afsæt i/inspiration fra projektbeskrivelsen udarbejder en lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde (kommune-sygehus- evt. egen læge) om forløbet for borgere med hoftebrud. Formålet er at sikre fælles vidensgrundlag, klar opgavefordeling samt systematisk indsats og mulighed for rettidig håndtering af komplikationer hos borgeren.

Den lokale aftale anbefales at omfatte:

1. Aftale om varighed af udvidet tværsektorielt samarbejde inkl.:
 - konkrete aftaler om opgave/rollefordelinger
 - aftaler om/guidelines for kontakt mellem faggrupper internt i kommunen og for kontakt til sygehus og evt. egen læge
2. Beskrivelse af et standard forløb (gerne dag-til-dag program/plan) for borgere efter hoftebrud, inklusiv:
 - guidelines for mobilisering og genoptræning (for anbefalinger til fagligt indhold se indsatsområde 3 og 4)

- guidelines for sygepleje, herunder målinger, observationer og interventioner (for anbefalinger til fagligt indhold se indsatsområde 6)
- guidelines for kontakt mellem faggrupper internt i kommunen og for kontakt til sygehus og evt. egen læge.

Det faglige indhold i ovenstående anbefales at være i overensstemmelse med de faglige anbefalinger under de øvrige nedenstående indsatsområder og delmål.

1.2 Øget kompetenceniveau hos sundhedspersonale omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at det sikres, at sundhedspersonalet i kommunen, som er omkring borgeren efter et hoftebrud:

- har kendskab til det generelle forløb for borgere med hoftebrud, og hvornår det afviger, samt kendskab til pleje, behandling, mobilisering og genoptræning af borgere med hoftebrud (alle omkring borgeren – inkl. plejepersonale, sygeplejersker, ergo - og fysioterapeuter – alle har særligt fokus på det, som er relevant for den konkrete faglighed)
- har kendskab til indhold i lokalaftalen om udvidet tværsektorielt samarbejde (alle omkring borgeren – særligt fokus på det, som er relevant for den konkrete faglighed)
- er i stand til at varetage de konkrete handlinger, der er aftalt for deres faglighed/funktion (i lokal aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde), kan udføre dem samt vurdere og reagere på afvigelser fra det beskrevne normalforløb.
- har tilstrækkelig viden til at varetage mobilisering og genoptræning (plejepersonale, ergo - og fysioterapeuter m.m.)

1.3 Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede faglige kompetencer fra kommunale

akutsygeplejersker og akutteams efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at medarbejdere/sygeplejersker/akutteams i kommunen varetager systematisk måling og opsporing af komplikationer/symptomer (som beskrevet i delmål 1.1 og indsatsområde 6), og ved behov kontakter relevante specialiserede fagligheder (kommunale akutsygeplejersker/akutteams, sygehuset, egen læge).

I den lokale aftale (delmål 1.1) beskrives hvilke funktioner/sundhedspersonale i kommunen, der varetager ovenstående.

1.4 Ved behov konsulteres/inddrages specialiserede kompetencer fra sygehuset efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at sygehuset handler på komplikationer til hoftebruddet/operationen på baggrund af observationer fra kommunen (som beskrevet under andre delmål: infektioner, dehydrering, udskillelser, smerter, vitale værdier).

I den lokale aftale (delmål 1.1) beskrives, hvordan sygehuset står til rådighed, herunder:

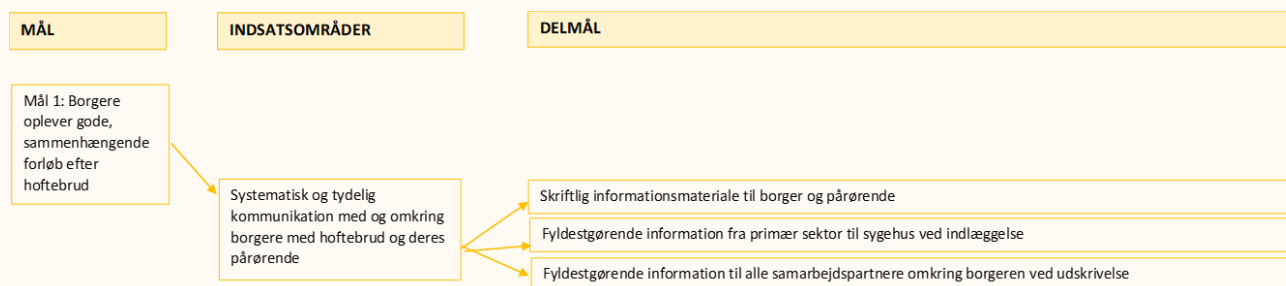
Hvem kan kontaktes? Hvornår?

Forbedringsideer / Forslag til tiltag

Forbedringsideer /forslag til tiltag fokuserer på, hvordan det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold kan implementeres.

- Sygehuset har ansvaret for at behandle komplikationer på den konkrete operation/indlæggelse i perioden efter indlæggelse (inspireret af b.la. 'Kom Trygt Hjem')
- Informationsmateriale til kommunalt sundhedspersonale indeholdende telefon nr. på kontaktperson på sygehuset (gerne læge)
- Udekørende teams fra sygehus (inspiration fra Bispebjerg Hospital og AUH)
- Kommunal akutsygeplejerske på planlagte og akutte besøg
- Videomateriale om hoftebrud til plejepersonale
- Undervisning til kommunalt plejepersonale og akutsygeplejersker (inspiration fra 'Kom Trygt Hjem')

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 2: Systematisk og tydelig kommunikation med og omkring borgere med hoftebrud og deres pårørende



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

2.1 Alle deltagende forbedringsteams har skriftligt materiale, som udleveres til borgere med hoftebrud og deres pårørende

Ekspertgruppen anbefaler, at borger og pårørende får information om, hvad der kan forventes i forløbet efter et hoftebrud, bl.a. i forhold til behandling, smerter, funktionsniveau efter operationen, vigtigheden af mobilisering og genoptræning m.m. Typisk får borger og pårørende megen mundtlig information under indlæggelse. Ekspertgruppen anbefaler, at dette understøttes af et kort skriftligt informationsmateriale, der kan udleveres senest på tidspunktet for udskrivelse. Såvel borger som pårørende kan være påvirket af situationen, og det kan derfor være en fordel at have informationen tilgængelig i skriftligt format, så det kan genbesøges senere i forløbet. De pårørende er desuden ofte en central støtte for borgeren, og det er derfor hensigtsmæssigt, at de har et skriftligt materiale, som de kan støtte sig til, når de skal hjælpe borgeren igennem forløbet.

2.2 Fyldestgørende information fra kommune til sygehuset ved indlæggelse

Ekspertgruppen anbefaler, at kommunen sikrer, at information omkring borgeren er opdateret og fyldestgørende på indlæggelsestidspunktet/i indlæggelsesdøgnet – f.eks. via manuel opdatering af automatiske indlæggelsesrapporter.

Ekspertgruppen anbefaler, at nedenstående information formidles til sygehuset (for borgere, som er kendt af kommunen ved indlæggelsestidspunktet):

- Funktionsniveau før brud, inklusiv ganghjælpemidler

- Medicin/opdateret FMK
- Aktuelle/afprøvede relevante indsatser (f.eks. ernæringsindsats, udredning/behandling af infektion m.m.)
- Aktuel hjælp?
- Skrøbelighed
- Sociale forhold af betydning
- Andet (f.eks. aktuelt kognitivt niveau, gangniveau før fald, kendt faldtendens, faldprofylaktiske tiltag m.m.)

2.3 Fyldestgørende information til alle samarbejdspartnere omkring borgeren ved udskrivelse:

Ekspertgruppen anbefaler, at sygehuset sikrer, at borgerens status er helt opdateret på udskrivelsestidspunktet, idet det er centralt for kommunens og egen læges mulighed for at forberede og iværksætte relevante indsatser efter udskrivelse, uanset om borgeren udskrives til eget hjem eller til kommunal døgnpleje/plejehjem eller lign.

Ekspertgruppen anbefaler, at nedenstående information formidles til kommunen og egen læge:

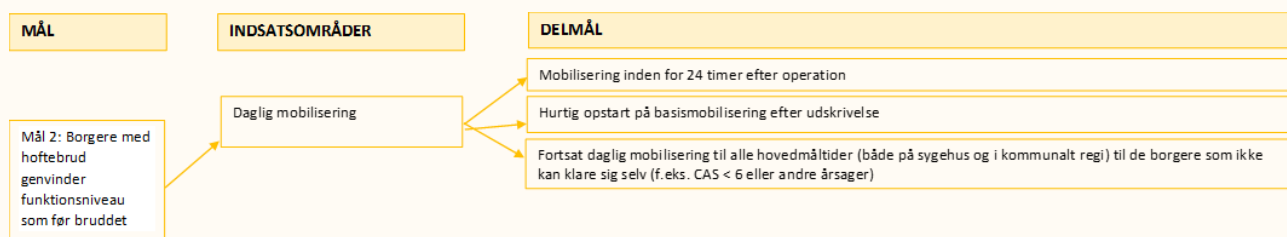
- Faldudredning herunder stillingtagen til behov for evt. specialiseret faldudredning - del af epikrisen
- Dysfagiscreening, samt evt. ernæringsscreening og ernæringsplan - del af plejeforløbsplan
- Osteoporoseudredning, herunder evt. behandling og opfølgning herpå
- Basismobilitet før brud (præ-fraktur CAS-score) og ved udskrivelse (udskrivelse CAS-score)
- Hjælpemidler
- Funktionsniveau før brud (præ-fraktur NMS-score)
- Sociale forhold af betydning
- Skrøbelighed (vurderet ved Clinical Frailty Score (CFS))
- Vigtige opmærksomhedspunkter fremhæves i geriatrisk vurdering/plan
- Medicinændring, herunder smertedækkende medicin, laksantia, m.m. samt plan for seponering
- Komplikationer under indlæggelse
- Henvisninger til andre specialer eller øvrige undersøgelser

Forbedringsidéer/forslag til tiltag

Forbedringsidéer/forslag til tiltag fokuserer på, hvordan det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold kan implementeres.

- Trykt informationsfolder til borger og/eller pårørende i forbindelse med udskrivelsen. Se bilagssamling for inspiration
- Trykt informationsfolder '*godt at vide og gøre*' til kommunale sundhedspersonale omhandlende emner som bevægelse, operationssåret, smerter og mad. Se bilagssamling for inspiration
- Videokonference i tilfælde af særligt komplicerede forløb
- Digital sengestue (videosamtaler under indlæggelse omhandlende mål, bl.a. borgerens funktionsniveau) inspireret af erfaringer fra Afdeling for Ældresygdomme, Århus Universitetshospital

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 3: Daglig mobilisering



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

3.1 Mobilisering inden for 24 timer efter operation

Ekspertgruppen anbefaler tidlig og fortsat mobilisering efter operationen, idet flere studier viser sammenhæng mellem det tidlige mobiliseringsniveau og et positivt resultat, ift. gangfunktion, udskrivelsesdestination, indlæggelsesvarighed, komplikationer og mortalitet (Kristensen et al. 2016; Su et al. 2018; Sheehan et al. 2021; Ferris et al. 2020). Tilsvarende har lavt mobilitetsniveau ved udskrivning vist sig sammenhængende med øget risiko for genindlæggelse, infektion og mortalitet ((Kristensen et al. 2019; Vesterager et al. 2021)

Tidlig mobilisering defineres som: Mobilisering inden for 24 timer efter operationen, hvor borgeren enten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang, afhængigt af borgerens almene tilstand (Kilde: Datadefinitioner for indikatoren Tidlig mobilisering, Dansk Tværfagligt Register for Hoftelårbrud)

Ekspertgruppen anbefaler følgende:

- Fokus på at borgeren mobiliseres så hurtigt som muligt og gerne allerede på operationsdagen.
- Tilstræbe at borgeren sidder op i stol og spiser den første morgen efter operation og fortsat derefter ved alle måltider.
- Mobilisering under indlæggelsen kan ske ved såvel plejepersonale som fysioterapeut. Det er en fælles opgave.
- Smertebehandling skal optimeres (herunder vurdere muligheder for epidural m.v.) og justeres løbende for at sikre et smerteniveau, som tillader mobilisering. Smertevurdering kan f.eks. ske med

Verbal Rang Skala (VRS) (Bech et al. 2015) eller Abbey Pain Score (som er særligt relevant ved demente).

- Vurdering af borgerens funktionsevne inkl. habituelle funktionsniveau for at have et billede af, hvad man kan forvente, at borgeren kan præstere i mobiliseringsøjemed. Det er bl.a. vigtigt at kende borgerens forudgående funktionsniveau. Dette gøres ved at stille 3 enkelte spørgsmål relateret til basismobilitet (CAS-score) (Kristensen et al. 2009) og gangfunktion (NMS-score) (Kristensen et al. 2008) – skal indgå i journal og formidles til primær sektor i GOP.
- Stabil operation. Der tilstræbes en fuldt belastningsstabil operation, således borgeren kan mobiliseres med fuld støtte umiddelbart postoperativt. Afvigende mobiliseringsregime skal beskrives af operatøren i operationsnotatet.
- Vurdering af svimmelhed/træthed/delir/kognitiv formåen. Det er vigtigt i det postoperative forløb at være opmærksom på ernæringstilstand, væske, postoperativ anæmi m.v. (OBS. Vurdering af svimmelhed, træthed og kognition i akut præ/postoperativ fase kan ikke tages som udtryk for det habituelle niveau, men kan tidligst vurderes 3 måneder efter udskrivelse.)

3.2 Hurtig opstart på basismobilisering efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at borgerne, der modtager pleje i kommunalt regi, opstarter basismobilisering senest 24 timer efter udskrivelse med fokus på fastholdelse/hurtig generhvervelse af selvstændighed i funktioner. Der er således tale om hjælp til selvhjælp. Borgeren skal så vidt muligt flytte sig ved egen hjælp. Basismobilitet indeholder følgende tre elementer:

- Ud af seng; Ude af sengen mest muligt, evt. med middagshvil ved behov.
- Rejse sig og sætte sig i stol; I forbindelse med måltid, toilet, personlig pleje m.v.
- Gang med aktuelt gangredskab; Gang til køkken, gang til toilet m.v.

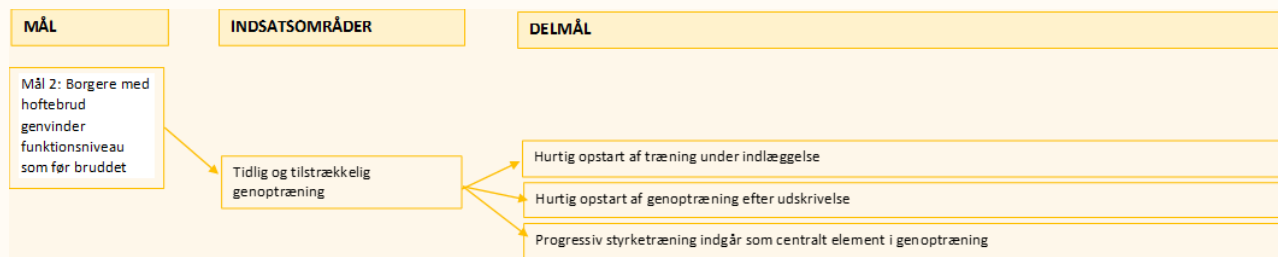
3.3 Fortsat daglig mobilisering til alle hovedmåltider (både på sygehus og i kommunalt regi) til de borgere som ikke kan klare sig selv (f.eks. CAS < 6 eller andre årsager)

Ekspertgruppen påpeger, at det er væsentligt, at borgere, som ikke kan klare sig selv (fx med en CAS < 6 eller andre årsager), systematisk bliver mobiliseret flere gange om dagen, og at det hensigtsmæssigt bl.a. kan ske i forbindelse med alle hovedmåltider og toiletbesøg og dermed også indgå i de vanlige daglige aktiviteter. Støtte til de daglige hverdagssituationer kan udføres af personale tæt på borgeren, det vil sige plejepersonale. Fysio - og ergoterapeut er sparringspartner i forhold til den basale mobilisering.

Forbedringsideer/ Forslag til tiltag

- Smerteplan (som skal foreligge ved udskrivelsen) skal implementeres, dvs. sikre fast smertestillende eller ekstra smertestillende p.n. i forbindelse med genoptræning hvis nødvendigt. Obs også på udtrapningsplan.
- Man bør i de enkelte kommuner overveje, hvordan man sikrer monitorering af smerte + behandling, f.eks. systematisk screening af smerteniveau ved Verbal Rang Skala (VRS) eller Abbey Pain Score
- Det anbefales, at der i kommunalt regi udarbejdes en vejledning angående mobilisering til brug i hjemmepleje/på plejecenter.
- Øve færdigheder i mobilisering. Anvendelse af Servicelovens § 83a til træning i dagligdagsfærdigheder (af/påklædning, færden i eget hjem, personlig hygiejne, rengøring, madlavning).
- Pårørende/netværk kan tænkes ind som supplement til den professionelle hjælp i hjemmet i forbindelse med mobilisering, via afdækning af, hvem der er en ressource for borgeren.

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 4: Tidlig og tilstrækkelig genoptræning



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

4.1 Hurtig opstart af genoptræning med terapeuter under indlæggelse

Ekspertgruppen anbefaler fokus på en hurtig opstart af genoptræning under indlæggelse. Flere studier har vist sammenhæng mellem omfanget af/tidlig fysioterapi og et positivt resultat, herunder det under mobilisering nævnte studie med tidlig versus forsinket mobilisering, ved fysioterapeut. Et nyere randomiseret klinisk studie med intensiv fysioterapi (3 gange dagligt) i den første postoperative uge viste markant kortere tid til selvstændighed i funktionelle udskrivningskriterier (ud/ind af seng, rejse/sætte sig i stol, gang med gangredskab og hvis relevant trappegang i forhold til sikkert at kunne komme ind og ud af egen bolig) og kortere indlæggelsesvarighed (Kimmel et al. 2016). Et nyere engelsk studie har vist positiv sammenhæng mellem øget omfang af træning ved fysioterapeut i den første uge efter operation og udendørs mobilitet, udskrivning til eget hjem, genindlæggelser og mortalitet (Almilaji et al. 2023). Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, udarbejdet af Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter og Dansk Ortopædisk Selskab, anbefaler at borgerne tilbydes fysioterapi alle ugens syv dage, at styrketræningsøvelser indgår i dette, og at borgerne introduceres til en guide med selvtræningsøvelser (Rapport: Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, 2008). Tilsvarende anbefales for patienter med hoftebrud i en amerikansk guideline for klinisk praksis (McDonough et al. 2021) og en tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse fra Region Hovedstaden (Kristensen et al. 2022).

4.2 Hurtig opstart af genoptræning efter udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at borgere med hoftebrud hurtigst muligt efter udskrivelsen starter genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen, da dette sammen med daglig mobilisering er afgørende for borgernes fastholdelse og generhvervelse af funktionsniveau, herunder selvstændighed i

basismobilitet og i dagligdags aktiviteter (ADL). Opstart defineres som første møde med en ergo- og/eller fysioterapeut, der skal varetage hele eller dele af borgerens genoptræning.

4.3 Progressiv styrketræning indgår som centralt element i genoptræning

Ekspertgruppen anbefaler, at progressiv styrketræning indgår som et centralt element i genoptræning, således at der trænes med belastning svarende til et defineret antal repetitioner, og at belastninger løbende justeres så den ønskede intensitet fastholdes. Det er vist, at et forlænget træningsforløb med mere end 8 ugers varighed i kommunalt regi er fordelagtigt i forhold til opnåelse af højere funktionsniveau for borgere med hoftebrud (målt på knæ-ekstensionsstyrke og fysisk funktionsstyrke) (Auais et al. 2012; Diong et al. 2016). En metaanalyse af borgere med hoftebrud viser, at genoptræning, der indeholder styrketræning, er mere effektiv end indsatser uden styrketræning, hvorfor styrketræning er en vigtig komponent i indsatsen i det kommunale tilbud (Diong et al. 2016). Danske studier finder, at tidlig opstart af progressiv styrketræning – opsartet få dage efter operation på hospitalet og efter udskrivelsen fra sygehuset – kan gennemføres relativt ukompliceret (Kronborg et al. 2014; Kronborg et al. 2017; Overgaard & Kristensen, 2013; Overgaard et al. 2022). Dog skal man være opmærksom på forekomsten af knægener, især ved knæextension øvelsen. Hvor dette er tilfældet, anbefales kun anvendelsen af benpres i styrketræningsøjemed.

Forbedringsideer / Forslag til tiltag

Forbedringsideer /forslag til tiltag fokuserer på, hvordan det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold kan implementeres.

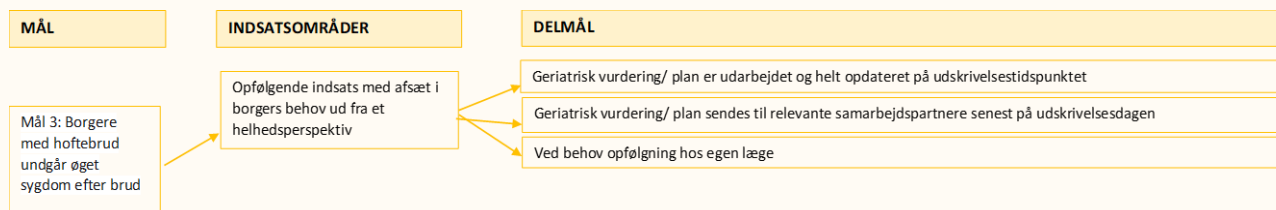
- Tilbyde relevant træningsindsats på baggrund af CAS-score gennemført i forbindelse med udskrivelsen fra sygehus/eller ved opstart af genoptræning i kommunen
- Stratificeringen af genoptræningstilbuddet i kommunerne til borgere med hoftebrud kan gennemføres med baggrund i nedenstående algoritme:
 - Ved CAS ≥ 4 anbefales det, at borgeren tilbydes genoptræning på genoptræningscenter, og at "Protokol for superviseret kommunal genoptræning efter hoftefraktur på genoptræningscenter" følges (se materialesamling)
 - Ved CAS < 4 anbefales det, at borgeren tilbydes superviseret hjemmetræning minimum 2 gange om ugen, og at "Protokol for superviseret genoptræning i borgerens hjem" følges (se materialesamling).
- Det kan være en udfordring, at alle borgere ikke kan indgå i genoptræningstilbud på grund af deres kognitive niveau. Træningstilbuddet skal derfor altid tilpasses den enkelte borgers kognitive niveau.

Eventuelt grundlæggende materiale

Dette er materiale, som forudsættes for at kunne gennemføre forbedringsarbejdet, og indeholder basis for afsnittet "hvad" (fx regional vejledning, kliniske pakker)

- Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud
- Genoptræningsforløbsbeskrivelse for patienter med hoftenært brud, Region Hovedstaden (Kristensen et al. 2022).
- Protokoller for kommunal genoptræning på træningscenter fra tidligere LKT (findes i materialesamling)
- Protokoller for kommunal genoptræning i borgerens hjem fra tidligere LKT (findes i materialesamling)

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 5: Indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

5.1 Geriatrisk vurdering/plan udarbejdes og er helt opdateret inden udskrivelse

Ekspertgruppen anbefaler, at geriater udarbejder vurdering/plan. I tilfælde af at der ikke er ansat/adgang til geriater, foretages medicinsk tilsyn.

Vurderingen/planen bør omfatte:

- Vurdering af evt. medicinsk udløsende årsag til fald, inkl. evt. infektion
- Indledende faldudredning, herunder stillingtagen til behov for evt. specialiseret faldudredning
- Vurdering af akutte komplikationer, herunder bl.a. infektion, anæmi og obstipation
- Vurdering af komorbiditet og skrøbelighed (CFS)
- Kritisk medicingennemgang

Ekspertgruppen fremhæver, at der også kan være sociale forhold, som med fordel kan oplyses til kommunen.

5.2 Geriatrisk vurdering/plan sendes til relevante samarbejdspartnere senest på udskrivelsesdagen

Den geriatrike vurdering/plan sendes til alle relevante samarbejdspartnere senest på udskrivelsesdagen.

Ekspertgruppen anbefaler, at en geriater markerer vigtige opmærksomhedspunkter, og at disse medsendes ved udskrivelse. Behov for opfølgning hos egen læge markeres ved at sende gul epikrise.

Ekspertgruppen anbefaler, at kommunen sikrer, at relevant sundhedspersonale får kendskab til fremsendte vurderinger/planer.

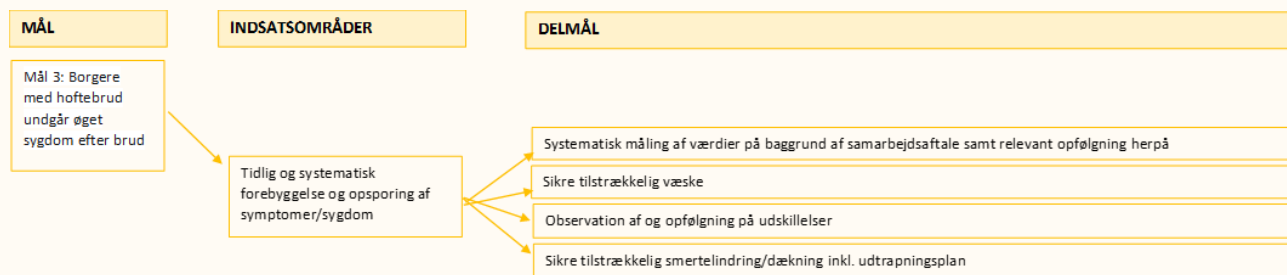
5.3 Ved behov opfølgning hos egen læge

Ekspertgruppen anbefaler, at borgere med særligt behov for opfølgning hos egen læge identificeres ved gul epikrise. (Gul epikrise skal benyttes ved sårbare patienter, mens almindelig opfølgning er grøn epikrise.) Kategoriseringen kan ske på baggrund af den geriatrike vurdering/plan, særligt ved aktiv komorbiditet og/eller skrøbelighed. Der kan også være ortopædkirurgiske grunde til, at egen læge med fordel kan følge op.

Forbedringsideer / Forslag til tiltag

- Geriatrisk opfølgning i hjemmet ved behov, inspiration fra Århus Universitetshospital (AUH)
- Opfølgende hjemmebesøg fra egen læge ved behov
- Kommunal sygeplejerske ser borger første dag efter udskrivelse
- Opfølgning på medicinsk/geriatrisk ambulatorie

Uddybende beskrivelse af indsatsområde 6: Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom



Hvad skal sikres (Delmål)

Afsnittet beskriver det kliniske og/eller sundhedsfaglige indhold i indsatsen, dvs. hvad de lokale tværsektorielle forbedringsteams anbefales at implementere.

6.1 Systematisk måling af værdier på baggrund af lokal aftale om udvidet samarbejde samt relevant opfølgning herpå

Ekspertgruppen anbefaler, at der systematisk måles vitale værdier (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS)) og CRP (C-Reaktivt Protein) hos borgere udskrevet efter hoftebrud, der modtager pleje fra kommunen med henblik på tidligt at opdage komplikationer og begyndende infektioner.

Forslag til differentieret model for måling af vitale værdier på baggrund af skrøbelighed:

- For borgere med Clinical Frailty Score ≥ 6 måles vitale værdier dagligt i en uge og CRP måles 2 gange i ugen efterudskrivelse (inspireret af 'Kom Trygt Hjem')
- For borgere med CFS < 6 måles vitale værdier og evt. CRP 2-4 dage efter udskrivelsen.

Ekspertgruppen anbefaler, at der som en del af den lokale aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde (delmål 1.1) udarbejdes en vejledning om, hvornår der reageres på afvigende målinger, og hvem der kontaktes (f.eks. kommunal sygeplejerske, egen læge og/eller sygehus).

6.2 Sikre tilstrækkelig væske og ernæring

Ekspertgruppen anbefaler, at der observeres væskeindtag og ernæring hos alle borgere, som udskrives efter hoftebrud og modtager pleje fra kommunen. Endvidere anbefales det, at der benyttes væskeskema hos borgere, som er udskrevet efter hoftebrud med CSF score ≥ 6 .

Ekspertgruppen anbefaler, at der i den lokale aftale om udvidet tværsektorielt samarbejde (delmål 1.1.) laves en vejledning om, hvem kommunalt plejepersonale kontakter ved mangelfuldt væskeindtag (f.eks. kommunal sygeplejerske, egen læge eller sygehus) med henblik på væskebehandling. Ekspertgruppen påpeger, at væskebehandling kan foregå i eget hjem, enten subkutant eller intravenøst.

6.3 Observation af og opfølgning på udskillelser

Ekspertgruppen anbefaler, at der observeres systematisk på udskillelser hos alle borgere udskrevet efter hoftebrud, som modtager pleje fra kommunen.

Ekspertgruppen anbefaler, at der i lokalaftalen om udvidet tværsektorielt samarbejde (delmål 1.1.) laves en vejledning om, hvem plejepersonalet kontakter ved manglende vandladning og/eller afføring (f.eks. kommunal sygeplejerske/egen læge/sygehuset).

6.4 Sikre tilstrækkelig smertelindring/dækning inkl. udtrapningsplan

Ekspertgruppen anbefaler, at der observeres systematisk på smerter (for eksempel med VRS eller Abbey Pain scale) hos alle borgere udskrevet efter hoftebrud, som modtager pleje fra kommunen.

Ekspertgruppen anbefaler, at der i lokalaftalen om udvidet tværsektorielt samarbejde (delmål 1.1.) laves en vejledning om, hvem plejepersonalet kontakter ved moderate til svære smerter, som ikke kan afhjælpes med den ordinerede smertebehandling (f.eks. kommunal sygeplejerske/egen læge/sygehuset).

Ekspertgruppen anbefaler desuden, at der er fokus på at trappe ud af smertestillende medicin, når dette er muligt.

Forbedringsideer / Forslag til tiltag:

- Dag-til-dag program for pleje (inspireret af 'Kom Trygt Hjem' – se eksempel materialesamling)
- Registreringsskema/hofteprotokol (fysiske skemaer) så kommunale sundhedspersonale kan registrere borgerens centrale parametre i den første kritiske tid efter operation. Inspiration fra 'Kom Trygt Hjem' fremgår af materialesamling.
- Registreringsskema/hofteprotokol, ligeledes til brug for registrering af centrale parametre, men i en elektronisk udgave, som anvendes i et kommunalt omsorgssystem (fx NEXUS), implementeret under 'Kom Trygt Hjem'. Se bilag for konkret inspiration til tre integrerede skemaer

Bilag 3: Medlemmer af ekspertgruppen

Birte Urup, Sygeplejerske, kvalitetskoordinator og ansvarlig for LKT på Sjællands Universitetshospital, Køge

Bjarke Viberg, Overlæge, Ph.d., lektor, Ortopædkirurgisk Afdeling O, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Heidi Grejsen (Medformand for ekspertgruppen) Chefsygeplejerske, ortopædkirurgisk afd., Sygehus Lillebælt

Henrik Palm, Cheflæge Dr. Med, Ortopædkirurgisk Afdeling M, Bispebjerg Hospital

Jan Arnholtz Overgaard, Udviklingsfysioterapeut, cand.scient.fys., Ph.d. studerende, Team Træning, Lolland Kommune samt Forsknings- og Implementeringsenheden PROgrez, Næstved-Slagelse-Ringsted sygehuse, Region Sjælland

Jane Andreasen, Forsknings- og uddannelsesansvarlig, Aalborg Sundhedscenter og Genoptræning *

June Nielsen, Akutsygeplejerske, Sygeplejen S3, Kolding Kommune

Kamilla Rost, Praktiserende læge Kolding, Praksiskonsulent Sygehus Lillebælt

Kirsten Marie Buus, Oversygeplejerske, Klinik for Ældresygdomme og Faldklinikken, Aarhus Universitetshospital

Louise Weikop (Medformand for ekspertgruppen), Kontorchef, Kvalitets- og innovationsenheden, Senior og Omsorg, Aalborg Kommune

Mai Heilskov, Klinisk afsnitskoordinerende sygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling O1, Aalborg Universitetshospital

Mette Kjærulf, Gruppeleder for træning og genoptræning, Sundhedscenter Limfjord, Morsø Kommune

Morten Tange Kristensen, Fysioterapeut, professor, Ph.D, Fysio- og ergoterapiafd. Bispebjerg-Frederiksbjerg Hospital

Niels Dieter Röck, Medformand og medlem af bestyrelsen for Dansk Tværfagligt Register for Hoftens Lårbrud, Specialeansvarlig overlæge, MPM, Odense Universitetshospital

Nuria Gonzalez Bofill, Overlæge, Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital

Oskar Valdorsson, Ældre medicinsk afsnit og afsnit for Lindrende Behandling, Regionshospitalet Nordjylland

Pernille Brodthagen Thomsen, Risikomanager og sundhedsfaglig konsulent, Slagelse Kommune (herudover også deltidsansat som kvalitetskoordinator på Slagelse Sygehus)

Rebekka Sofie Skau Vincentzen, Ergoterapeut, Genoptræningen, Allerød Kommune

Rikke Thorninger, Overlæge Ph.d., lektor, Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers

Stine Mølgaard Kristoffersen, Udviklingsergoterapeut, cand.scient.san.publ, Fysio- og Ergoterapien, Regionshospitalet Horsens

Therese Borris Sørensen, Faglig Leder i Servicelov, Master i Klinisk Sygepleje, Københavns Kommune

Ulla Parby, Sygeplejerske, Akutafdelingen, Slagelse Sygehus

Wenche Maibritt Nykjær Hallstrøm, Områdeleder, Sygeplejen, Syddjurs Kommune (udtrådt undervejs.)

National tovholdergruppe: Trine Helverskov og Susanne Søndergaard (begge Region Syddanmark) samt Lise Holten(KL)

Bilag 4. Litteratur

Afsluttende rapport for lærings- og kvalitetsteam vdr. den 65+-årige patient med hoftenært lårbensbrud.

(2021). Region Syddanmark. [afsluttende-rapport-for-lkt-hoftenaere-laarbensbrud.pdf \(kvalitetsteams.dk\)](#)

Almilaji, O., Ayis, S., Goubar, A., Beaupre, L., Cameron, L. D., Milton-Cole, R., Gregson, C. L., Johansen, A., Kristensen, T. M., Magaziner, J., Martin, C. F., Sackley, C., Salder, E., Smith, O. T., Sobolev, B. & Sheehan, K. J. (2023). Frequency, duration, and type of physiotherapy in the week after hip fracture surgery – analysis of implications for discharge home, readmission, survival, and recovery of mobility. *Physiotherapy*. Vol. 120, pp. 47-59.

Ariza-Vega, P., Lozano-Lozano, M., Olmedo-Requena, R., Martín-Martín, L. & Jiménez-Moleón, J.J. (2017). Influence of Cognitive Impairment on Mobility Recovery of Patients With Hip Fracture. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. Vol. 96(2), pp. 109-115.

Auais, M.A. Eilayyan, O. & Mayo, N.E. (2012). Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. *Physical therapy*. Vol. 91(11), pp. 1437-1451.

Bech, R. D. Lauritsen, J., Ovesen, O., Overgaard, S. (2015). The Verbal Rating Scale is Reliable for Assessment of Postoperative Pain in Hip Fracture Patients. *Pain Research and Treatment*. Vol. 2015, pp. 1-7.

Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab: Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud, 2008.

Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (DRHOFTE). (2023), Årsrapport 2022, 4662_drhofte2023aarsrapportoffentliggrelse-version04220523.pdf (sundhed.dk)

Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (DRHOFTE). (2022), Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud: Resumé af årsrapport 2021, (Microsoft Word - OP Dansk Tv\346rfagligt Register for Hoften\346re L\345rbensbrud 2021.docx) (rkkp.dk)

Diong, J., Allen, N. & Sherrington, C. 2016. Structured exercise improves mobility after hip fracture: A meta-analysis with meta-regression. *British Journal of Sports Medicine*. Vol. 50(6), p. 346-355.

Ferris, H., Brent, L. & Coughlan, T. (2020). Early mobilisation reduces the risk of in-hospital mortality following hip fracture. *European Geriatric Medicine*. Vol. 11, pp. 527-533.

- Foss, N. B., Kristensen, M. T. & Kehlet, H. (2006). Prediction of postoperative morbidity, mortality and rehabilitation in hip fracture patients: the cumulated ambulation score. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 20(8), pp. 701-8.
- Frandsen, C.F., Stilling, M., Glassou, E.N. & Hansen, T.B., (2023). The majority of community-dwelling hip fracture patients return to independent living with minor increase in care needs: a prospective cohort study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. Vol. 143(5), pp. 2475-2484.
- González-Zabaleta, J., Pita-Fernandez, S., Seoane-Pillado, T., López-Calvino & Gonzalez-Zabaleta, J. L. (2016). Comorbidity as a predictor of mortality and mobility after hip fracture. *Geriatrics & Gerontology International*. Vol. 16(5), pp. 561-9.
- Grejsen, H., Andersen, R. L., Fredholm, L., Hansen, D. D. & Viberg, B. (2020). 'Kom Trygt Hjem' projektet 2018-2020 – resultater. Region Syddanmark.
- Hall, A.J, Fullam, J., Lang, I.A., Endacott, R. & Goodwin, V.A. (2020). Community physiotherapy for people with dementia following hip fracture: Fact or fiction? A qualitative study. *Dementia*. Vol. 19(8), pp. 2750-2760.
- Hall, A.J, Lang, I.A, Endacott, R., Hall, A. & Goodwin, V.A. (2017). Physiotherapy interventions for people with dementia and a hip fracture-a scoping review of the literature. *Physiotherapy*. Vol. 103(4), pp. 361-368.
- Jorissen, R.N., Inacio, M.C., Cations, M., Lang, C., Caughey, G.E. & Crotty, M. (2021). Effect of Dementia on Outcomes After Surgically Treated Hip Fracture in Older Adults. *The Journal of Arthroplasty*. Vol. 36(9), pp. 3181-3186.
- Kristensen, M. T. & Foss, B. N. (2020). Danish version of Verbal Rating Scale (VRS 0-4 points) – Verbal Rang Skala (VRS). <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19739.41769/2>
- Kristensen, M. T. & Foss, B. N. (2020). The Cumulated Ambulation Score (CAS) – Dansk Scoringsnøgle og skema – med udvalgte referencer. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.19681.94567>
- Kristensen, M. T. & Kehlet, H. (2012). Most patients regain prefracture basic mobility after hip fracture surgery in a fast-track programme. *Danish Medical Journal*. Vol 59(6), pp. A4447
- Kristensen, M. T., Røpke, A., Hulsbæk, S., Møller, T. T., Christensen, J., Warming, S. & Damkjær, L. (2022). Genoptræningsforløbsbeskrivelse for hoftebrud. Udviklingsgruppen for Genoptræning, Region Hovedstaden, pp. 1-68.

Kristensen, M.T, Andersen, L., Bech-Jensen, R., Moos, M., Hovmand, B., Ekdahl, C. & Kehlet, H. (2009). High intertester reliability of the Cumulated Ambulation Score for the evaluation of basic mobility in patients with hip fracture. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 23(12), pp. 1116-1123.

Kristensen, M.T., Bandholm, T., Foss N.B., Ekdahl, C. & Kehlet, H. (2008). High inter-tester reliability of the New Mobility Score in patients with hip fracture. *Journal of rehabilitation medicine*. Vol. 40(7), pp. 589-591.

Kristensen, P. K., Thillemann, T. M., Søballe, K. & Johnsen, P. S. (2016). Are process performance measures associated with clinical outcome among patients with hip fractures? A population-based cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 28(6), pp. 678-708.

Kristensen, T. M., Öztürk, B., Röck, N. D., Ingeman, A., Palm, H. & Pedersen, A. B. (2019). Regaining pre-fracture basic mobility status after hip fracture and association with post-discharge mortality and readmission – a nationwide register study in Denmark. *Age and Ageing*. Vol. 48(2), pp. 278-284.

Kronborg, L., Bandholm, T., Palm, H., Kehlet, H. & Kristensen, M. T. (2014). Feasibility of progressive strength training implemented in the acute ward after hip fracture surgery. *PLOS One*. Vol. 9(4), pp. 1-10.

Kronborg, L., Bandholm, T., Palm, H., Kehlet, H. & Kristensen, M. T. (2017). Effectiveness of acute in – hospital physiotherapy with knee extension strengt training in reducing strenght deficits in patients with a hip fracture: A randomised controlled trial. *PLPS One*. Vol. 12(6), pp. 1-18

McDonough, C. M., Harris-Hayes, M., Kristensen, M. T., Overgaard, J. A., Herring, T. B., Kenny, A. M., Mangione, K. K. (2021). Physical Therapy Management of Older Adults with Hip Fracture. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. Vol. 51(2), pp. CPG1-CPG81

Nissen S.K, Fournaise A., Lauridsen J.T., Ryg, J.; Nickel C.H., Gudex C., Brabrand M., Andersen-Randberg K (2020) Cross-sectoral inter-rater reliability of the clinical frailty scale – a Danish translation and validation study, *BMJ Geriatrics* (2020), 20:443 <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01850-y>

Overgaard, J. & Kristensen, M.T. (2013). Feasibility of progressive strength training shortly after hip fracture surgery. *World Journal of orthopedics*. Vol 4(4), pp. 248-258.

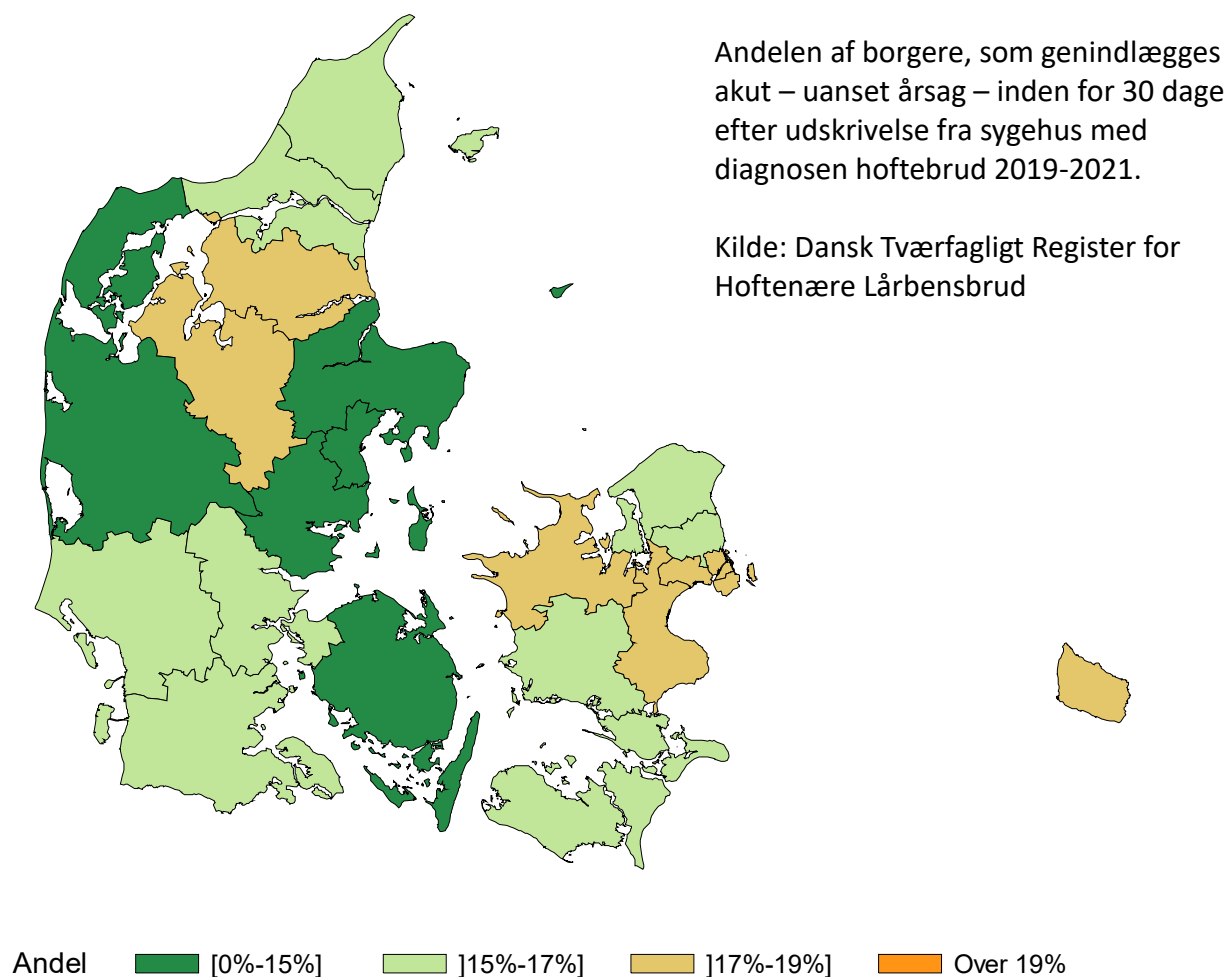
Overgaard, J. A., Kallemose, T., Mangione, K. K. & Kristensen, M. T. (2022). Six Versus 12 Weeks of Outpatient Physical Therapy Including Progressive Resistance Training in Cognitively Intact Older Adults After Hip Fracture: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. Vol. 77(7), pp. 1455-1462

DANFRAIL, 2023, [Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed - RKKP](#)

- Sheehan, K. J., Goubar, A., Almilaji, O., Martin, F. C., Potter, C., Jones, G. D., Sackley, C. & Aysis, S. (2021). Discharge after hip fracture surgery by mobilization timing: secondary analysis of the UK National Hip Fracture Database. *Age and Ageing*. Vol. 50(2), pp. 415-422.
- Song, Y., Wu, Z. Huo, H. & Zhao, P. (2022). The Impact of Frailty on Adverse Outcomes in Geriatric Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Orthopaedics*. Vol. 46, pp. 2939-2952.
- Steihaug, O. M., Gjesdal, C. G., Bogen B., Kristoffersen, M. H., Lien, G., Hufthammer, K. O. & Ranhoff, A. H. (2018). Does sarcopenia predict change in mobility after hip fracture? A multicenter observational study with one-year follow-up. *BMC Geriatrics*. Vol. 18(65), pp. 1-10
- Su, B., Newson, R., Soljak, H. & Soljak, M. (2018). Associations between post-operative rehabilitation of hip fracture and outcomes: national database analysis (90 characters). *BMC Musculoskeletal Disorders*. Vol. 19(1) pp. 211
- Vesterager, J., Kristensen, M. T. & Pedersen, A. B. (2021). Loss of pre-fracture basic mobility status at hospital discharge for hip fracture is associated with 30-day post – discharge risk of infections – a four-year nationwide cohort study of 23,309 Danish patients. *Injury*. Vol. 52(7), pp. 1833-1840.

Bilag 3: Data om genindlæggelser og dødelighed efter hoftebrud hos borgere over 65 år

Genindlæggelser indenfor 30 dage 2019-2021

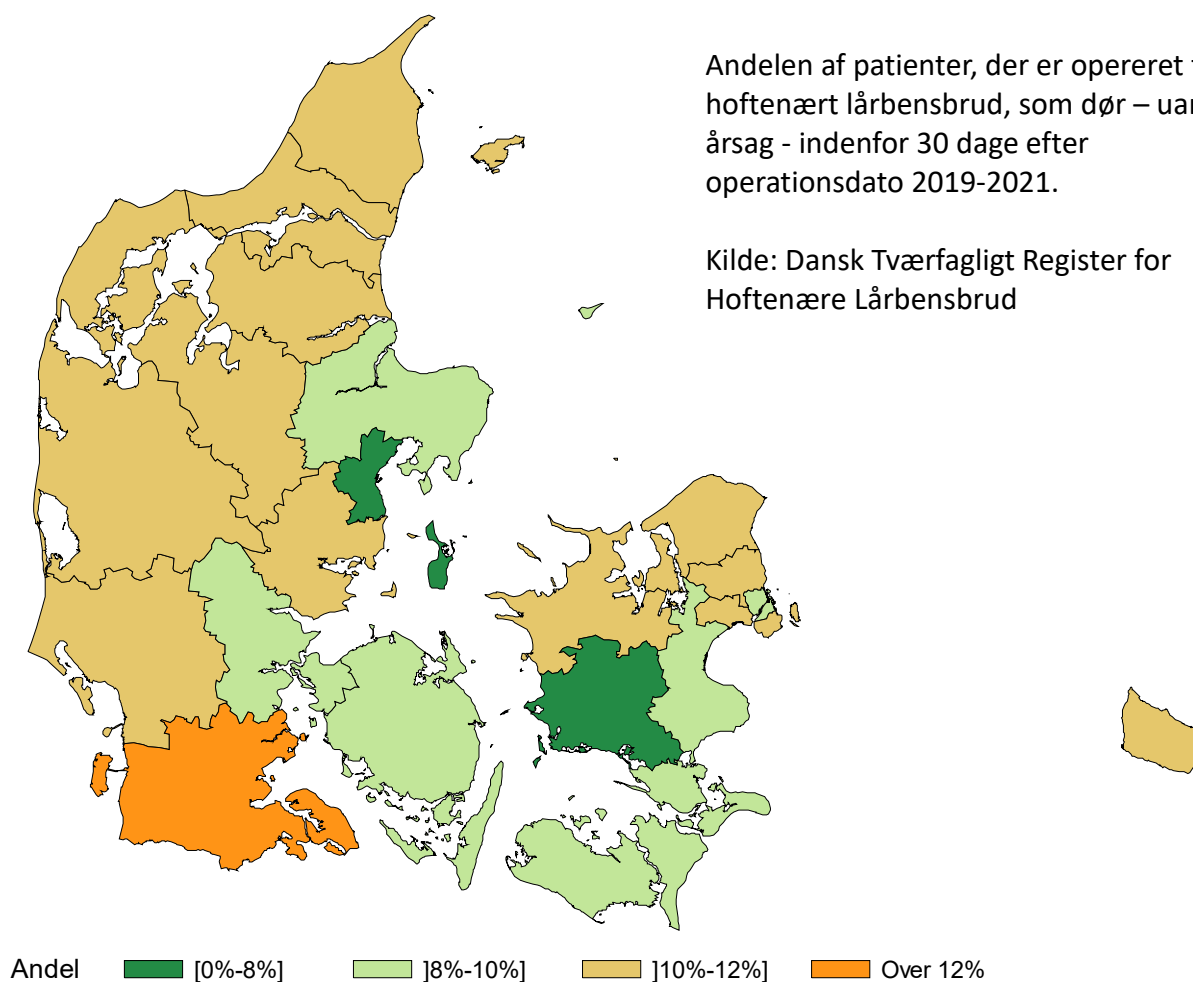


Indeholder data fra Geodatastyrelsen UTM32/EURFF89 n

Dødelighed indenfor 30 dage 2019-2021

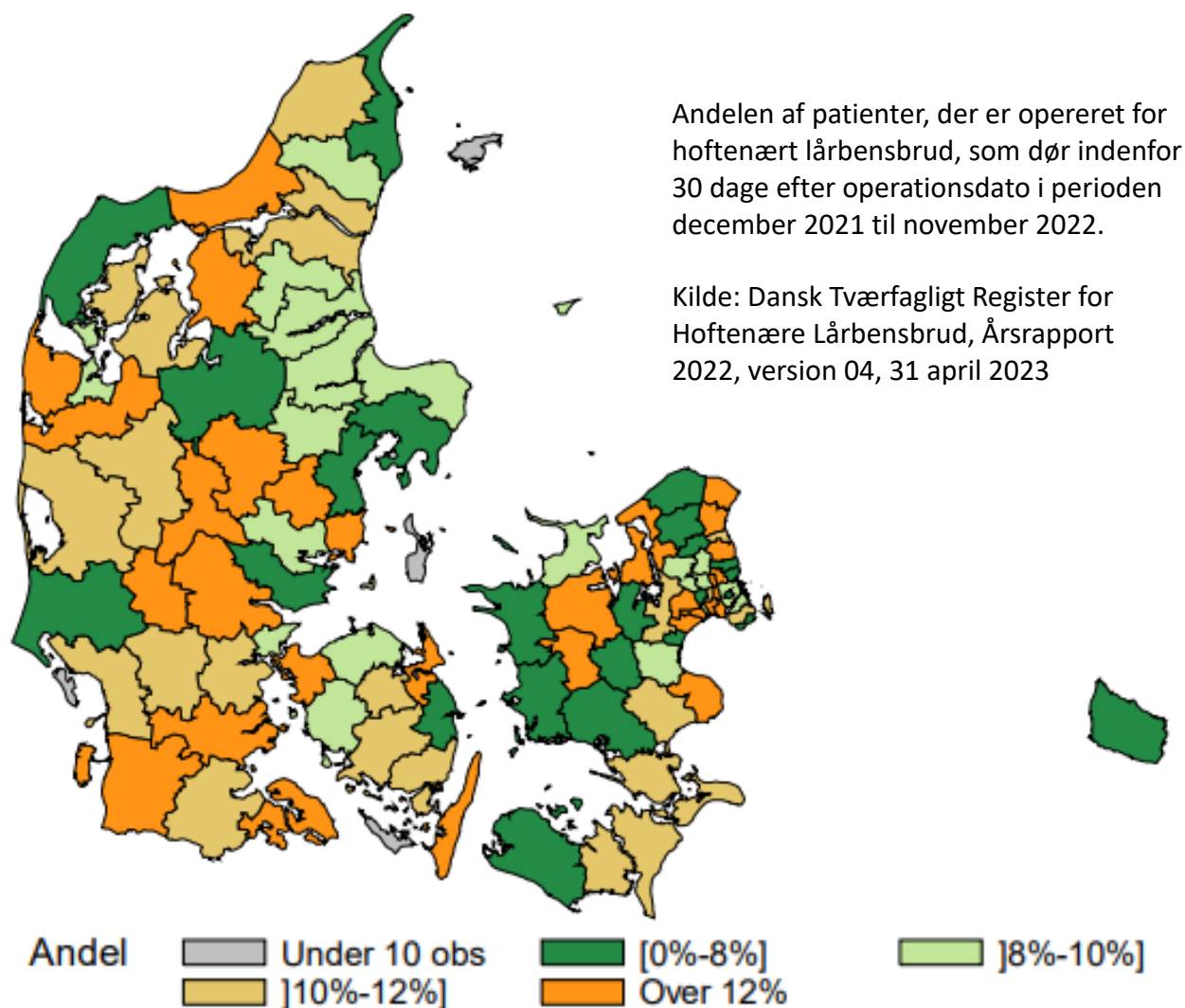
Andelen af patienter, der er opereret for
hoftenært lårbensbrud, som dør – uanset
årsag - indenfor 30 dage efter
operationsdato 2019-2021.

Kilde: Dansk Tværfagligt Register for
Hofte- og Lårbensbrud



Indeholder data fra Geodatastyrelsen, UTM32/EUREF89, maj 2015

30-dages dødelighed fordelt på de enkelte kommuner, december 2021 til november 2022



Indeholder data fra Geodatastyrelsen, UTM32/EUREF89, maj 2015

30-dages dødelighed fordelt på de enkelte kommuner, 2018 - 2021

Kilde:

Dansk Tværfagligt Register for Hofte- og Lårbrud

Årsrapport 2021

1. december 2020 – 30. november 2021

**Offentlig version
23. maj 2022**

30-dages mortalitet fordelt på de enkelte kommuner

Denne analyse kortlægger forskelle i dødelighed på tværs af kommuner. Der ses variation imellem kommunerne (0-43 %). Estimerne skal imidlertid fortolkes med forsigtighed grundet ganske få events i ofte små populationer.

Indikator 8a: Andelen af patienter der er opereret for hoftenært lårbensbrud, der dør indenfor 30 dage efter operationsdato

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 8%			01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20		2018/19
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
999 - Uoplyst kommune	Nej	32 / 110	0 (0)	29,1	(20,8-38,5)	22 / 56	39,3	35,9
Danmark	Nej	747 / 6.910	0 (0)	10,8	(10,1-11,6)	712 / 6.694	10,6	9,6
Hovedstaden	Nej	210 / 1.881	0 (0)	11,2	(9,8-12,7)	193 / 1.813	10,6	10,9
Sjælland	Nej	110 / 1.144	0 (0)	9,6	(8,0-11,5)	115 / 1.141	10,1	7,1
Syddanmark	Nej	185 / 1.605	0 (0)	11,5	(10,0-13,2)	161 / 1.570	10,3	8,6
Midtjylland	Nej	149 / 1.454	0 (0)	10,2	(8,7-11,9)	146 / 1.392	10,5	9,7
Nordjylland	Nej	77 / 771	0 (0)	10,0	(8,0-12,3)	86 / 750	11,5	10,5
Hovedstaden	Nej	210 / 1.881	0 (0)	11,2	(9,8-12,7)	193 / 1.813	10,6	10,9
101 - København	Nej	35 / 391	0 (0)	9,0	(6,3-12,2)	28 / 366	7,7	9,5
147 - Frederiksberg	Nej	11 / 107	0 (0)	10,3	(5,2-17,7)	21 / 110	19,1	7,4
151 - Ballerup	Ja	3 / 70	0 (0)	4,3	(0,9-12,0)	5 / 71	7,0	13,9
153 - Brøndby	Nej	5 / 52	0 (0)	9,6	(3,2-21,0)	3 / 39	7,7	6,8
155 - Dragør	Nej	6 / 30	0 (0)	20,0	(7,7-38,6)	#/#	7,1	13,6
157 - Gentofte	Nej	10 / 82	0 (0)	12,2	(6,0-21,3)	10 / 86	11,6	9,1
159 - Gladsaxe	Nej	7 / 62	0 (0)	11,3	(4,7-21,9)	7 / 77	9,1	7,0
161 - Glostrup	Nej	4 / 28	0 (0)	14,3	(4,0-32,7)	#/#	4,5	3,2
163 - Herlev	Nej	4 / 30	0 (0)	13,3	(3,8-30,7)	3 / 35	8,6	7,1
165 - Albertslund	Nej	3 / 29	0 (0)	10,3	(2,2-27,4)	0 / 18	0,0	8,0
167 - Hvidovre	Nej	6 / 56	0 (0)	10,7	(4,0-21,9)	5 / 42	11,9	13,5
169 - Høje-Taastrup	Nej	6 / 42	0 (0)	14,3	(5,4-28,5)	5 / 50	10,0	14,3
173 - Lyngby-Taarbæk	Nej	11 / 76	0 (0)	14,5	(7,5-24,4)	9 / 69	13,0	14,5
175 - Rødovre	Nej	5 / 52	0 (0)	9,6	(3,2-21,0)	7 / 47	14,9	20,7
183 - Ishøj	Ja	0 / 20	0 (0)	0,0	(0,0-16,8)	#/#	7,4	6,3
185 - Tårnby	Nej	4 / 36	0 (0)	11,1	(3,1-26,1)	7 / 57	12,3	15,0
187 - Vallensbæk	Nej	#/#	0 (0)	25,0	(3,2-65,1)	3 / 14	21,4	0,0
190 - Furesø	Nej	10 / 57	0 (0)	17,5	(8,7-29,9)	4 / 48	8,3	3,6
201 - Allerød	Nej	3 / 32	0 (0)	9,4	(2,0-25,0)	4 / 29	13,8	3,7
210 - Fredensborg	Nej	5 / 45	0 (0)	11,1	(3,7-24,1)	6 / 42	14,3	10,3



	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 8%	Tæller/	antal	01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20		2018/19
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
217 - Helsingør	Nej	10 / 101	0 (0)	9,9	(4,9-17,5)	9 / 99	9,1	14,3
219 - Hillerød	Nej	9 / 60	0 (0)	15,0	(7,1-26,6)	7 / 51	13,7	8,5
223 - Hørsholm	Nej	3 / 37	0 (0)	8,1	(1,7-21,9)	3 / 46	6,5	18,6
230 - Rudersdal	Nej	11 / 88	0 (0)	12,5	(6,4-21,3)	16 / 81	19,8	7,9
240 - Egedal	Nej	4 / 36	0 (0)	11,1	(3,1-26,1)	5 / 48	10,4	18,2
250 - Frederikssund	Nej	12 / 61	0 (0)	19,7	(10,6-31,8)	6 / 49	12,2	6,3
260 - Halsnæs	Nej	5 / 44	0 (0)	11,4	(3,8-24,6)	#/#	2,4	19,6
270 - Gribskov	Nej	7 / 74	0 (0)	9,5	(3,9-18,5)	9 / 58	15,5	14,8
400 - Bornholm	Nej	9 / 75	0 (0)	12,0	(5,6-21,6)	5 / 63	7,9	15,5
Sjælland	Nej	110 / 1.144	0 (0)	9,6	(8,0-11,5)	115 / 1.141	10,1	7,1
253 - Greve	Nej	6 / 57	0 (0)	10,5	(4,0-21,5)	7 / 57	12,3	6,7
259 - Køge	Nej	7 / 70	0 (0)	10,0	(4,1-19,5)	8 / 78	10,3	3,2
265 - Roskilde	Nej	9 / 82	0 (0)	11,0	(5,1-19,8)	14 / 107	13,1	6,5
269 - Solrød	Nej	#/#	0 (0)	8,3	(1,0-27,0)	#/#	3,7	5,9
306 - Odsherred	Nej	8 / 63	0 (0)	12,7	(5,6-23,5)	10 / 64	15,6	7,7
316 - Holbæk	Nej	13 / 89	0 (0)	14,6	(8,0-23,7)	8 / 75	10,7	4,7
320 - Faxe	Nej	4 / 40	0 (0)	10,0	(2,8-23,7)	#/#	2,5	10,6
326 - Kalundborg	Nej	10 / 86	0 (0)	11,6	(5,7-20,3)	7 / 68	10,3	13,2
329 - Ringsted	Ja	3 / 44	0 (0)	6,8	(1,4-18,7)	4 / 28	14,3	11,8
330 - Slagelse	Ja	7 / 105	0 (0)	6,7	(2,7-13,3)	16 / 108	14,8	2,7
336 - Stevn	Ja	#/#	0 (0)	6,7	(0,8-22,1)	#/#	5,7	4,2
340 - Sorø	Nej	5 / 46	0 (0)	10,9	(3,6-23,6)	#/#	6,3	16,1
350 - Lejre	Ja	#/#	0 (0)	5,4	(0,7-18,2)	4 / 37	10,8	6,7
360 - Lolland	Nej	12 / 74	0 (0)	16,2	(8,7-26,6)	5 / 73	6,8	7,6
370 - Næstved	Ja	4 / 117	0 (0)	3,4	(0,9-8,5)	10 / 119	8,4	5,4
376 - Guldborgsund	Nej	10 / 115	0 (0)	8,7	(4,2-15,4)	8 / 107	7,5	6,4
390 - Vordingborg	Nej	6 / 65	0 (0)	9,2	(3,5-19,0)	8 / 86	9,3	11,9
Syddanmark	Nej	185 / 1.605	0 (0)	11,5	(10,0-13,2)	161 / 1.570	10,3	8,6
410 - Middelfart	Nej	5 / 44	0 (0)	11,4	(3,8-24,6)	#/#	1,9	8,0
420 - Assens	Ja	#/#	0 (0)	4,5	(0,6-15,5)	5 / 52	9,6	10,8
430 - Faaborg-Midtfyn	Nej	8 / 82	0 (0)	9,8	(4,3-18,3)	7 / 80	8,8	8,8
440 - Kerteminde	Ja	3 / 43	0 (0)	7,0	(1,5-19,1)	5 / 34	14,7	0,0
450 - Nyborg	Nej	5 / 41	0 (0)	12,2	(4,1-26,2)	3 / 36	8,3	11,1

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 8%	Tæller/	antal	01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20		2018/19
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
461 - Odense	Nej	25 / 217	0 (0)	11,5	(7,6-16,5)	24 / 219	11,0	8,8
479 - Svendborg	Nej	13 / 89	0 (0)	14,6	(8,0-23,7)	6 / 82	7,3	7,6
480 - Nordfyns	Nej	6 / 49	0 (0)	12,2	(4,6-24,8)	4 / 34	11,8	7,5
482 - Langeland	Ja	#/#	0 (0)	4,2	(0,1-21,1)	#/#	6,7	7,7
492 - Ærø	Nej	#/#	0 (0)	15,4	(1,9-45,4)	#/#	12,5	10,0
510 - Haderslev	Nej	10 / 83	0 (0)	12,0	(5,9-21,0)	10 / 98	10,2	10,1
530 - Billund	Nej	6 / 35	0 (0)	17,1	(6,6-33,6)	4 / 29	13,8	8,3
540 - Sønderborg	Nej	15 / 109	0 (0)	13,8	(7,9-21,7)	16 / 101	15,8	8,5
550 - Tønder	Nej	8 / 64	0 (0)	12,5	(5,6-23,2)	8 / 57	14,0	16,0
561 - Esbjerg	Nej	24 / 154	0 (0)	15,6	(10,2-22,3)	18 / 143	12,6	8,8
563 - Fanø	Nej	3 / 7	0 (0)	42,9	(9,9-81,6)	#/#	9,1	0,0
573 - Varde	Nej	10 / 80	0 (0)	12,5	(6,2-21,8)	9 / 68	13,2	10,9
575 - Vejen	Nej	6 / 58	0 (0)	10,3	(3,9-21,2)	#/#	2,4	6,1
580 - Aabenraa	Nej	7 / 72	0 (0)	9,7	(4,0-19,0)	9 / 74	12,2	11,9
607 - Fredericia	Nej	5 / 54	0 (0)	9,3	(3,1-20,3)	5 / 75	6,7	7,1
621 - Kolding	Ja	6 / 100	0 (0)	6,0	(2,2-12,6)	11 / 108	10,2	6,5
630 - Vejle	Nej	15 / 143	0 (0)	10,5	(6,0-16,7)	10 / 129	7,8	6,3
Midtjylland	Nej	149 / 1.454	0 (0)	10,2	(8,7-11,9)	146 / 1.392	10,5	9,7
615 - Horsens	Nej	9 / 108	0 (0)	8,3	(3,9-15,2)	7 / 99	7,1	9,8
657 - Herning	Nej	10 / 103	0 (0)	9,7	(4,8-17,1)	13 / 92	14,1	10,6
661 - Holstebro	Nej	12 / 81	0 (0)	14,8	(7,9-24,4)	9 / 82	11,0	10,0
665 - Lemvig	Nej	4 / 43	0 (0)	9,3	(2,6-22,1)	#/#	5,9	6,3
671 - Struer	Nej	5 / 34	0 (0)	14,7	(5,0-31,1)	4 / 33	12,1	8,0
706 - Syddjurs	Ja	4 / 54	0 (0)	7,4	(2,1-17,9)	4 / 51	7,8	8,2
707 - Norddjurs	Nej	5 / 56	0 (0)	8,9	(3,0-19,6)	5 / 44	11,4	3,8
710 - Favrskov	Nej	4 / 47	0 (0)	8,5	(2,4-20,4)	6 / 60	10,0	7,8
727 - Odder	Nej	6 / 29	0 (0)	20,7	(8,0-39,7)	4 / 26	15,4	6,7
730 - Randers	Nej	15 / 121	0 (0)	12,4	(7,1-19,6)	9 / 116	7,8	10,1
740 - Silkeborg	Nej	9 / 103	0 (0)	8,7	(4,1-15,9)	9 / 91	9,9	8,9
741 - Samsø	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	#/#	16,7	20,0
746 - Skanderborg	Nej	6 / 59	0 (0)	10,2	(3,8-20,8)	7 / 47	14,9	15,1
751 - Aarhus	Ja	20 / 277	0 (0)	7,2	(4,5-10,9)	18 / 248	7,3	8,1
756 - Ikast-Brande	Ja	4 / 53	0 (0)	7,5	(2,1-18,2)	4 / 46	8,7	9,3

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 8%			01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20		2018/19
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
760 - Ringkøbing-Skjern	Nej	7 / 67	0 (0)	10,4	(4,3-20,3)	16 / 77	20,8	11,5
766 - Hedensted	Nej	7 / 49	0 (0)	14,3	(5,9-27,2)	5 / 48	10,4	13,2
779 - Skive	Nej	6 / 57	0 (0)	10,5	(4,0-21,5)	10 / 76	13,2	7,7
791 - Viborg	Nej	16 / 110	0 (0)	14,5	(8,5-22,5)	13 / 116	11,2	14,2
Nordjylland	Nej	77 / 771	0 (0)	10,0	(8,0-12,3)	86 / 750	11,5	10,5
773 - Morsø	Ja	3 / 47	0 (0)	6,4	(1,3-17,5)	#/#	5,6	22,2
787 - Thisted	Ja	4 / 63	0 (0)	6,3	(1,8-15,5)	7 / 66	10,6	15,5
810 - Brønderslev	Ja	4 / 54	0 (0)	7,4	(2,1-17,9)	8 / 61	13,1	11,3
813 - Frederikshavn	Nej	10 / 108	0 (0)	9,3	(4,5-16,4)	6 / 95	6,3	5,9
820 - Vesthimmerlands	Nej	7 / 60	0 (0)	11,7	(4,8-22,6)	3 / 42	7,1	17,0
825 - Læsø	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	#/#	50,0	0,0
840 - Rebild	Nej	5 / 35	0 (0)	14,3	(4,8-30,3)	5 / 32	15,6	6,1
846 - Mariagerfjord	Nej	5 / 40	0 (0)	12,5	(4,2-26,8)	3 / 62	4,8	9,8
849 - Jammerbugt	Nej	6 / 55	0 (0)	10,9	(4,1-22,2)	4 / 50	8,0	5,3
851 - Aalborg	Nej	18 / 214	0 (0)	8,4	(5,1-13,0)	35 / 216	16,2	10,7
860 - Hjørring	Nej	15 / 92	0 (0)	16,3	(9,4-25,5)	12 / 88	13,6	6,9

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Visualisering af sammenhæng mellem mål, indsatsområder og delmål

MÅL	INDSATSOMRÅDER	DELMÅL
1 Borgere oplever gode, sammenhængende forløb efter hoftebrud	* Styrket og udvidet tværsektorielt samarbejde med øgede kompetencer omkring borgere med hoftebrud efter udskrivelse - Systematisk og tydelig kommunikation med og omkring borgere med hoftebrud og deres pårørende	- 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 - 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
2 Borgere med hoftebrud genvinder funktionsniveau som før bruddet	- Daglig mobilisering - Tidlig og tilstrækkelig genoptræning	- 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) - Hurtig opstart af træning under indlæggelse - Hurtig opstart af genoptræning efter udskrivelse - Progressiv styrketræning indgår som centralt element i genoptræning
3 Borgere med hoftebrud undgår øget sygdom efter brud	- Opfølgende indsats med afsæt i borgers behov ud fra et helhedsperspektiv * Tidlig og systematisk forebyggelse og opsporing af symptomer/sygdom	- 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 - 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

*Indsats baseret på 'Kom Trygt Hjem'