



Statusrapport februar 2005

Prosjekt nye behandlingskjede for eldre pasienter med brudd

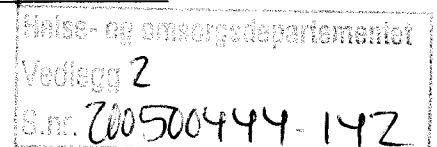
Den 1 mars i år 2004 åpnet det en ny enhet på ortopedisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus (UUS); "**Eldre pasienter med brudd**". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Medisinsk divisjon og Ortopedisk senter for å bedre behandlingen og oppfølgingen av eldre pasienter som innlegges sykehuset på grunn av brudd.

Et høyt antall eldre pasienter med brudd – ca 900, innlegges Ullevål universitetssykehus hvert år. Dette er en pasientgruppe som tradisjonelt ikke har vært høyest prioritert i akutt sykehus nasjonalt og internasjonalt. Av de 900 innleggelsene viser beregninger at **ca 500 årlig** vil ha behov for både ortopedisk- og geriatrik spesialistkompetanse for å oppnå et kvalitativt godt og effektivt behandlingsforløp. Erfaringene fra hoftebruddsprosjektet (HOBRUS 1997 - 2001) ved sykehuset viser økt kvalitet og effektivitet ved samarbeid mellom Ortopedisk senter og Geriatrik avdeling, Medisinsk divisjon.

Våren 2004 var ledelsen ved Medisinsk divisjon og Ortopedisk senter, Ullevål universitetssykehus enige om at behandlingskjeden for eldre pasienter med brudd burde reorganiseres og at reorganiseringen skulle gjennomføres som et samarbeidsprosjekt. En optimal organisering av en behandlingskjede for eldre pasienter med brudd innebærer at pasienten til enhver tid blir ivaretatt av riktig personell til riktig tidspunkt, og at pasienten forholder seg til færrest mulig personer. Pasientenes alder, deres multimorbiditet og rehabiliteringsbehov nødvendiggjør nærhet mellom Ortopedisk senter og Geriatrik avdeling, Medisinsk divisjon i sykehuset og en tverrfaglig personellgruppe i de 5 bydelene i Oslo kommune som utgjør sykehusets opptaksområde.

Ledelsen besluttet at samarbeidsprosjektet skulle starte den 1. mars 2004 for alle eldre pasienter med brudd med et integrert spesialisert utrednings-, diagnostiserings-, behandlings- og rehabiliteringsopplegg i samarbeid mellom Ortopedisk- og Geriatrik spesialistkompetanse i sykehuset og tverrfaglig personellgruppe i de 5 bydelene. Samarbeidsprosjektet har følgende målsetting:

1. Effektive og gode kvalitative behandlingsforløp hvor nødvendige tiltak ytes til riktig tid og på rett sted i kjeden fra hjem til hjem
2. Best mulig ressursutnyttelse med hensyn til bruk av:
 - a. Øyeblikkelig hjelp senger
 - b. Rehabiliteringssenger ved Ullevål universitetssykehus (UUS)
 - c. Ressursene i de 5 bydelene som utgjør sykehusets opptaksområde
3. Utviklet modell for økt samarbeid, kompetanseoverføring og kompetansestøtte mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten



Enheten for eldre pasienter med brudd

Enheten er etablert med 8 senger i post 10311, Ortopedisk senter, UUS. Vakhavende ortoped har ansvaret for å inkludere pasientene allerede i Mottagelsesavdelingen og pasientene innlegges enheten både før og etter behandling/operasjon. Det er etablert et tverrfaglig geriatrik ressursteam bestående av geriater, kardiolog, sykepleier og fysioterapeut med geriatrik spesialistkompetanse som har det medisinske ansvaret for pasientene. Ortopedisk senter har ansvaret for behandlingen/operasjonen og oppfølgingen av bruddet. Vakhavende ortoped har det medisinske ansvaret på kveld, natt, helg og helligdager.

Det geriatrike ressursteamet har følgende oppgaver og funksjoner; (1) Arbeide tverrfaglig klinisk med pasientene med ansvar for enheten med 10 senger i post 10311, Ortopedisk senter; (2) Utarbeidelse av individuelle rehabiliteringsplaner; (3) Gradere behandlingsforløpene; (4) Tidlig avklaring av videre behandlingsforløp; (5) Bidra og motivere til kompetanseutvikling i forhold til resten av personalgruppen; (6) Undervise og bidra i kompetanseoverføring internt i sykehuset og eksternt til bydelene; (7) Ressursgruppe mot alle ledd i behandlingsskjeden.

Nettverksgruppe

Det ble etablert nettverksgruppe mellom Ortopedisk senter, Medisinsk divisjon og de 5 bydelene med representanter fra bydelene. Nettverksgruppen er sammensatt av ressursteamet og bydelsoverlege, bestillerenhet, terapeuter og hjemmetjenesten fra hver av de 5 bydelene i Oslo kommune. Målsettingen for nettverksgruppe er å; (1) Videreutvikle samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten; (2) Øke kvaliteten på behandlingsforløpet mellom sykehuset og bydelene; (3) Planlegge og gjennomføre tiltak med tanke på kompetanseoverføring. Nettverksgruppen møtes 2 ganger pr halvår.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene:

Inklusjon / eksklusjon av pasienter gjøres i Mottagelsesavdelingen av ortoped. Inklusjonskriteriene:

1. Bruddpasienter > 75 år tilhørende UUS opptaksområde med lavenergi brudd.
2. Hjemmeboende eller med korttidsplass på sykehjem.
3. Bruddpasienter > 70 år tilhørende UUS opptaksområde med lavenergi brudd og følgende medisinske tilleggproblemer; (a) Multisykdom/multifarmasi; (b) Lett mentalsvikt/behov for kognitiv utredning; (c) Falltendens
4. Kontusjon

Eksklusjonskriteriene:

1. Alle brudd pasienter < 70 år.
2. Høyenergiskader.
3. Multiple skader.
4. Brudd som krever spesiell postoperativ / ortopedisk oppfølging, for eksempel åpne frakturer.
5. Spontane brudd pga metastaser og myelomatose.
6. Pasienter med aldersdemens diagnose ved innkomst.
7. Pasienter med fast plass i sykehjem.

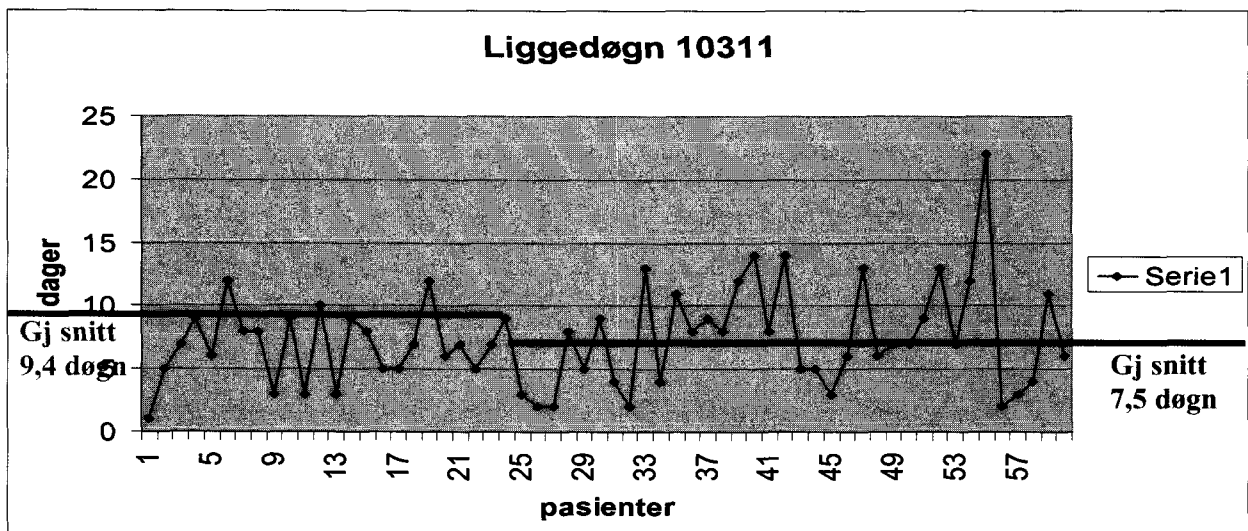
Plan for behandlingsforløp

Pasienter som blir inkludert i prosjektet, direkte fra Mottagelsesavdelingen og kommer til Enheten for eldre med brudd i påvente av behandling og utredning. For at enheten skal utgjøre en kvalitativ forbedring for pasientene, blir mest mulig av pasientens totale situasjon før bruddet kartlagt og dokumentert så raskt som mulig etter ankomst til avdelingen. I løpet av 24 timer skal hjemmeforhold / boforhold kartlegges og det opprettes en kontakt med pårørende og bydelen. Pasientens rehabiliteringspotensial og pasienten ønsker om videre tiltak sammen med den medisinske tilstanden utgjør basis for utarbeidelse av en plan for videre rehabilitering. Dette besluttes i samarbeid mellom det tverrfaglige teamet og bydelenes bestillerkontor. Planen skal innholde; (1) Mål for rehabiliteringen; (2) Hvilke profesjoner skal inngå i den videre rehabiliteringen; (3) Hvor rehabiliteringen skal finne sted.

Resultat

1. Inklusjon av:
 - a. Alle eldre pasienter med brudd > 75 år, og
 - b. Alle eldre pasienter med brudd > 70 år med behov for geriatrisk spesialistkompetanse
2. Alle pasientene er utredet i løpet av 3 døgn med individuelle rehabiliteringsplan
 - a. Kognitiv status
 - b. ADL status
3. Bydelene er kontaktet innen 24 timer etter innleggelsen
4. Pårørende er kontaktet innen 24 timer etter innleggelsen
5. Det er gjennomført tverrfaglig undervisning og veiledning både internt i sykehuset og eksternt til de 5 bydelene
6. Det er utviklet en nettverksgruppe sammensatt av tverrfaglig personell fra sykehuset og hver av de 5 bydelene

Resultatene viser at alle inkluderte pasienter er tverrfaglig utredet og avklart for videre behandlingsforløp innen 3 døgn etter innleggelse Ullevål universitetssykehus. Behandlingsforløpene har så langt vært effektive med hensyn på liggetid i enheten. Den gjennomsnittlige liggetiden i enheten for de 86 pasientene er ferdig registrert er 7,5 døgn. Den totale liggetiden for de pasientene som får videre utredning ved Geriatrisk avdeling er 11,1 døgn.



Inkluderte pasienter:

- **Pr februar 2005 er 141 pasienter inkludert.**
- Det har vært forskjellige typer brudd for eksempel, collumfrakturer, radius fraktur, kompresjonsfrakturer i rygg og humerus frakturer.

Behandlingsforløp:

Det er etablert 5 ulike behandlingsforløp. Overordnet målsetting er at pasienten skal få mulighet til så raskt som mulig å komme tilbake til sitt kjente miljø.

- A. 12 % har fulgt behandlingsforløp 1. Fra sykehus til eget hjem (10 %) eller opptreningscenter (2 %)
Eldre pasienter med brudd som forventes rehabilitert tilbake til (I) Eget hjem eller (II) Opptrenings/rehabiliteringsinstitusjon fra post 10311:
 - I. Direkte hjem; (a) Godt sosialt nettverk; (b) God premorbid funksjon; (c) Forventet liggetid inntil 7 døgn
 - II: Rehab/opptreningssenter; (a) Forventet ukomplisert forløp; (b) God premorbid funksjon; (c) Ingen mentalsvikt / postoperativ konfusjon; (d) Tilbakeføring til hjemmet; (e) Selvhjulpen
- B. 4 % har fulgt behandlingsforløp 2. Fra Enheten eldre med brudd til Pasienthotellet

Eldre pasienter med brudd som overflyttes fra 10311 til pasient hotellet UUS.

- C. **44 % har fulgt behandlingsforløp 3. Fra enheten med brudd til Geriatrik avd. 41011**
Eldre pasienter med brudd som forventes rehabilitert tilbake til eget hjem med behov for videre geriatrik utredning overflyttes fra 10311 til 41011 innen **3 døgn**; (a) Fall; (b) Multisykdom; (c) Multifarmasi; (d) Lett mental svikt/behov for kognitiv utredning; (e) Forventet liggetid inntil 14 dager. Data om premorbid funksjon skal foreligge før overflytting.
- D. **4 % har fulgt behandlingsforløp 4. Fra Enheten for eldre med brudd til Fysikalsk medisin avdeling**
Yngste aldergruppen av eldre med brudd med behov for rehabilitering kan overflyttes post 43013, Fysikalsk medisin innen **3 døgn etter innkomst sykehuset**; (a) Yngste aldersgruppen av eldre pasienter med brudd som forventes rehabilitert tilbake til eget hjem uten videre utredning bortsett fra fallutredning; (b) Pasienter med god premorbid funksjon; (c) Ingen mental svikt / post operativ konfusjon; (d) Forventet liggetid 7 – 10 døgn. Data om premorbid fysisk og mental funksjon skal foreligge før overflytting.
- E. **36 % har fulgt behandlingsforløp 5. Fra Enheten for eldre med brudd til Bydelen**
Eldre pasienter med brudd B-meldes og overflyttes fra 10311 til bydelen innen **7 dager**; (a) Redusert funksjonsevne; (b) Samtal med bydelen i løpet av første 24- timer; (c) Møte med bydelen innen tre døgn etter at B-melding er sendt

Nettverksgruppen

Det har vært arrangert 5 nettverksmøter. Nettverksgruppen har planlagt miniseminar i hver av de 5 bydelene for tverrfaglig personell. Undervisningen skjer i samarbeide med sykepleier og fysioterapeuter fra Ortopedisk senter og Geriatrik avdeling, UUS og bydelene. Undervisningen foregår i bydelene og omfatter diagnoser, mobiliseringsregimer og sykepleie til ortopediske pasienter. Målgruppen for undervisningen har vært hjelpepleier, sykepleier, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ansatte ved private fysikalske institutt og ufaglærte. Intensjonen med undervisningen er å; (1) Utvikle et tetter samarbeide med bydelene; (2) Formidle kunnskap og erfaringer med denne pasientgruppen; (3) Utvikle kunnskap og prosedyrer i forhold til fallforebygging. Undervisningen er blitt godt evaluert og bidratt til diskusjoner om felles erfaringer og problemer i forhold til denne pasientgruppen.

Kompetanseoverføring langs 3 akser:

- Modell for kompetanseutvikling langs 3 akser:
 1. Systematisk kompetanseoppbygging
 - a. Tverrfaglig oppstartseminar x 3 for ansatte ved sykehuset og de 5 bydelene med totalt 107 deltagere
 - b. Undervisning internt ved Ortopedisk senter, UUS
 - c. Miniseminar i hver av de 5 bydelene i Oslo kommune med 25-35 deltagere i hver av bydelene
 - d. Fall og fallforebyggingsseminar for ansatte ved sykehuset og de 5 bydelene med 64 deltagere
 2. Gjensidig kompetanseoverføring som følger pasientforløpene
 - a. Samarbeid mellom sykehus og pårørende; (i) Telefonkontakt i løpet av de første 24 timene etter innleggelse
 - b. Samhandling mellom sykehus og bydel; (i) Telefonkontakt i løpet av de første 24 timene etter innleggelse; (ii) Telefonkontakt i løpet av de første 3 døgn etter behandling/operasjon med tanke på videre rehabilitering; (iii) Brev til bestillerkontorene i bydelene for å følge pasientforløpet etter fullført rehabilitering; (iv) Ved avtalt undervisning
 - c. Samhandling internt i sykehuset; bydel; (i) Telefonkontakt til Geriatrik avdeling for videre utredning ift fall, kognitiv utredning, multisykdom og multifarmasi; (ii) Telefonkontakt til Fysikalskmedisinsk avdeling for videre spesialisert rehabilitering i sykehus

3. Standardprosedyrer
 - a. Planlegging av standardprosedyre for fallforebygging

Samarbeid med andre

Det er etablert et samarbeid med:

- St Olavs Hospital i Trondheim ved professor Olav Slettvold og post doc Jorunn Helbostad
- Universitetet i Umeå, Sverige ved professor Yngve Gustafson

Evaluering

Samarbeidsprosjektet skal evalueres august 2005 med påfølgende anbefaling om videre satsning.

Ullevål universitetssykehus 28.02.2005

Sigrud J. Askum
Divisjonsdirektør
Medisinsk divisjon
Ullevål universitetssykehus

Olav Røise
Ass divisjonsdirektør
Ortopedisk senter

Vidar Kårikstad
Prosjektleder
Medisinsk divisjon