

Trygt hjem: Rehabilitering etter hoftebrudd

– et samhandlingsprosjekt mellom Diakonhjemmet sykehus, sektorbydelene og Ullern helsehus for et kontinuerlig rehabiliteringsforløp og bedre overganger mellom sykehus, helsehus og hjemmet.

Prosjekteier:

Magne Flatlandsmo

Styringsgruppe:

Det vil bli etablert en styringsgruppe med representanter fra sengepost, helsehus og hver av bydelene.

Prosjektgruppe

Mette Martinsen (prosjektleder)	Rådgiver og sykepleier	Klinikk for anestesi og kirurgi, Diakonhjemmet sykehus
Sylvia Sunde	Rådgiver og fysioterapeut	Avdeling for klinisk aktivitet, Diakonhjemmet sykehus
Alcinda Rudolph	Fagsykepleier	Ortopedisk sengepost A, Diakonhjemmet sykepleier
Marit Müller-Nielsen	Seksjonsleder vurdering og mestring	Bydel Ullern
Elin Prøitz Hornseth	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Ullern
Ingri Marie Gjerding Østensen	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Vestre Aker
Kaia Martinsen Olsvold	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Frogner
Victoria Ingvaldsen	Leder mestringsteam	Bydel Frogner
Tone Trønnes Jevnaker	Seksjonsleder hverdagsmestring	Bydel Frogner
Emma Miriam Mathisen Gillot	Fagfysioterapeut	Ullern helsehus

Innhold

1.0 Bakgrunn og formål.....	3
2.0 Felles tjenesteutvikling.....	4
2.1 Strukturert oppfølging, dag-til-dag-program	4
2.2 Felles informasjonsmateriell	8
2.3 Digital støtte i rehabiliteringsprosessen.....	9

3.0 Prosjektgruppen	10
4.0 Brukermedvirkning	11
5.0 Arbeidsplan.....	11
6.0 Økonomi	13
7.0 Forventet virkning	14
Referanser	15

1.0 Bakgrunn og formål

Hoftebrudd hos eldre kan blant annet oppstå ved fall i eget hjem eller nærmiljø, for eksempel ved gange over dørstokk eller i trapp, ute i hagen, på butikken eller på steder med ujevne overflater.

Bruddet kan oppleves som et alvorlig traume og føre til redusert funksjon og livskvalitet [1].

Rapporterte funksjonsendringer angår både gange/mobilitet, personlig stell, smerter/ubehag og vanlige gjøremål som for eksempel husarbeid, familie- og fritidsaktiviteter [1]. Perioden etter bruddet og operasjonen kan være utfordrende, særlig for pasienter som blir redde for å falle igjen, har langvarige smerter og/eller bekymrer seg for å trenge mer hjelp fra andre i daglige aktiviteter [2]. Tilleggs sykdommer og geriatrike problemstillinger kan komplisere prosessen [3].

Flere pasienter trenger langvarig oppfølging fra helsepersonell og det er hensiktsmessig med en helhetlig tilnærming som ivaretar pasientens fysiske, psykiske, kognitive og sosiale funksjon.

Tverrfaglig samhandling på tvers av helsetjenestenivåer, involvering av pårørende og tilstrekkelig rehabilitering er derfor framhevet i nasjonale retningslinjer for tverrfaglig behandling av pasienter med hoftebrudd [3]. Til tross for retningslinjene, har det vist seg å være vanskelig å samhandle på tvers av tjenestenivåer og gi pasienten en følelse av et kontinuerlig forløp. I stedet har pasienter rapportert at oppfølging og rehabilitering føles mangelfull og fragmentert. Studier har vist at både pasienter og deres pårørende kan være engstelige og usikre i forbindelse med utskrivelse fra sykehus, enten det er til helsehus eller hjemmet [2, 4, 5].

Mangelfull behandling og forsinket oppstart av rehabilitering etter hoftebrudd kan føre til økt risiko for dødelighet, eller økt risiko for varig nedsatt gangfunksjon, infeksjoner eller andre komplikasjoner, økte smerter, nedsatt funksjon i dagliglivets aktiviteter, økt omsorgsbehov og reinnleggelser på sykehus [3]. Fragmenterte tjenester i overgangen fra sykehus til videre behandling og rehabilitering kan medføre at tegn på komplikasjoner eller forverring overses, at informasjon ikke blir formidlet eller ikke oppfattet korrekt, eller at anbefalte tiltak blir forsinket eller ikke fulgt opp i det hele tatt [3].

Det første formålet i dette prosjektet er å etablere en felles forståelse av anbefalt praksis for pasienter med hoftebrudd og samhandle om å levere tjenester som er i tråd med retningslinjene.

Målgruppen i denne delen av prosjektet er helsepersonell og ledere ved sykehuset og ved oppfølgende tjenestesteder, som tverrfaglige hjemmetjenester eller tverrfaglige team ved helsehus.

Den andre målgruppen i prosjektet er pasienter og pårørende. Formålet er å legge til rette for et sammenhengende pasientforløp som er forutsigbart og godt planlagt, og gi pasienten trygghet til å sette seg mål for å gjenvinne gangfunksjon og daglige aktiviteter (fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt), og delta aktivt i gjennomføring av egen behandlingsplan og rehabiliteringsplan.

Prosjektet «Trygt hjem: Rehabilitering etter hoftebrudd» er et tverrfaglig samhandlingsprosjekt mellom Klinikk for anestesi og kirurgi ved Diakonhjemmet sykehus, sektorbydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker og Ullern helsehus for å utvikle et kontinuerlig rehabiliteringsforløp og bedre overganger mellom sykehus, helsehus og hjemmet.

Prosjektet omfatter perioden fra sykehusinnleggelse på ortopedisk sengepost og de første 14 dagene etter utskrivelse fra sykehuset. Prosjektet inkluderer pasienter som skrives ut til rehabiliteringsplass ved Ullern helsehus eller til egen bolig med bostedsadresse i en av Diakonhjemmets sektorbydeler.

2.0 Felles tjenesteutvikling

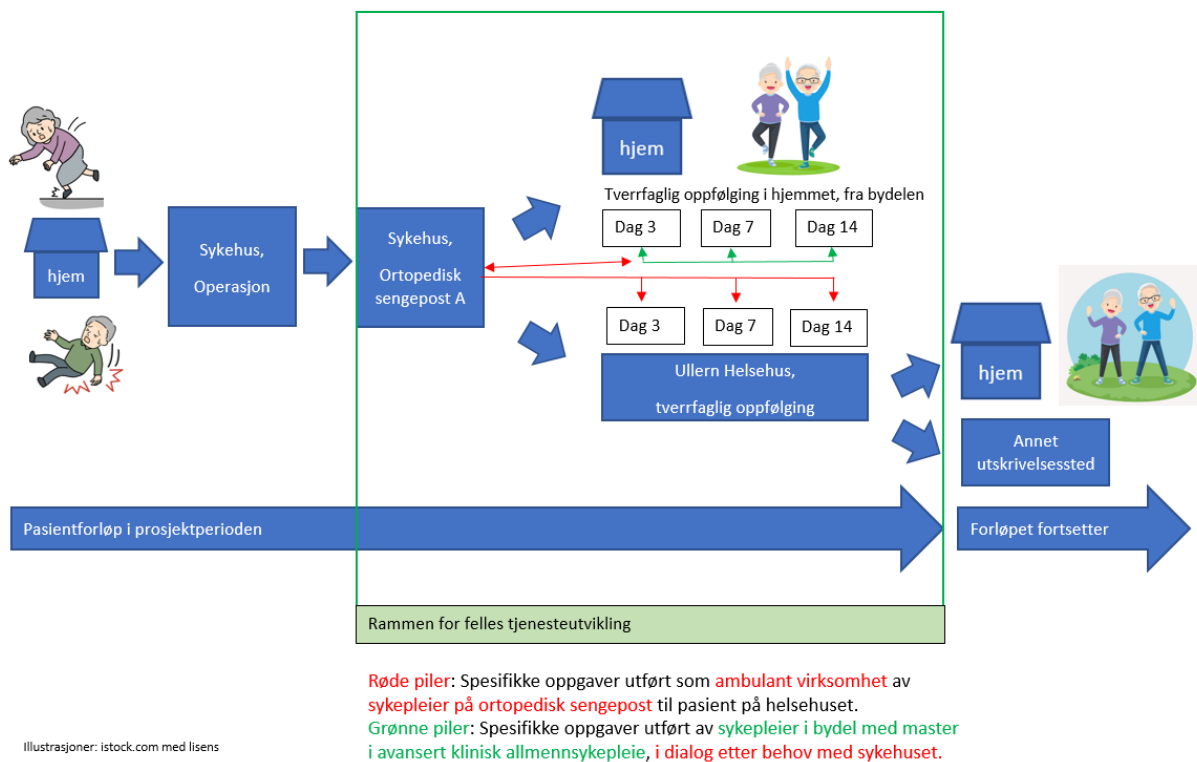
Prosjektet bygger på retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd [3] og den norske definisjonen av rehabilitering [6]. Umiddelbart etter hoftebruddet vil kirurgiske og medisinske behandlingsmål være dominante. Behandlerstyrte mål vil påvirke hele prosjektperioden for å sikre en god tilheling og unngå kirurgiske og medisinske komplikasjoner [3]. Gradvis utover i prosjektperioden vil behandlerstyrte mål kombineres med pasientens egne rehabiliteringsmål. I tråd med definisjonen skal rehabiliteringsprosessen ta utgangspunkt i pasientens livssituasjon og være en målrettet samarbeidsprosess mellom pasient, pårørende og involverte behandlere fra sykehuset, bydelene og/eller helsehuset [6]. Det inngår i prosjektet at man i fellesskap skal komme fram til hvordan tiltakene fra alle involverte parter skal være kunnskapsbaserte (forankret i retningslinjene for tverrfaglig behandling av hoftebrudd), sammenhengende og godt koordinerte [6]. Det overordnede målet er at pasienten skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne (fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt), selvstendighet og deltakelse [6].

Innholdet i programmet er basert på kunnskap fra danske studier med samme pasientgruppe og en kontekst som likner norsk kontekst [2, 7-9].

2.1 Strukturert oppfølging, dag-til-dag-program

Prosjektet er i planleggingsfasen og prosjektbeskrivelsen kan derfor ikke være detaljert på alle punkter.

Prosjektgruppen har en foreløpig skisse til to pasientforløp, der det ene forløpet er utskrivelse fra ortopedisk sengepost på sykehus til hjemmet. Det andre forløpet er utskrivelse til rehabiliteringsplass på Ullern helsehus (Figur 1). For økt gjennomførbarhet er dette prosjektet avgrenset til inneliggende tid på ortopedisk sengepost og de første 14 dagene etter utskrivelse fra sykehus.



Figur 1 Pasientforløp som inngår i prosjekt «Trygt hjem: Rehabilitering etter hoftebrudd», der ett forløp er utskrivelse til hjemmet etter sykehusinnleggelsen og det andre forløpet er utskrivelse til rehabiliteringsplass på helsehus. Prosjektperioden angår sykehusoppholdet på ortopedisk sengepost og de 14 første dagene etter utskrivelse fra sykehuset.

Den nye tjenesteleveringen som er under utvikling har flere sentrale elementer som skal bidra til et strukturert og kontinuerlig forløp:

- A. Felles forståelse av behandling og tidlig rehabilitering for pasienter med hoftebrudd:** Involverte behandlere ved alle tjenestestedene skal ha et felles fokus på pasientens mobilisering, både med fysioterapeut/pleiepersonell/andre faggrupper og på egenhånd med anbefalt ganghjelpemiddel, kartlegging og oppfølging av fallrisiko og fallforebygging, ernæring, smerte og smertebehandling, tidlig oppdagelse av komplikasjoner som infeksjoner, eliminasjonsproblematikk og eventuell vurdering av kognitiv funksjon ved behov. Pasienter som skrives ut til hjemmet eller rehabiliteringsplass på helsehuset får med seg et dag-til-dag-program for egen behandlingsplan og rehabilitering. Planen inkluderer anbefalte tiltak som pasienten kan gjøre selv, med nødvendig hjelp og veiledning, for å komme tilbake til sine daglige gjøremål: bevege seg, sitte oppe til måltidene, få i seg tilstrekkelig væske og næring, følge legens råd om bruk av smertestillende, gå regelmessig på toalettet, spise og drikke godt for å unngå å gå ned i vekt. På dag 3 etter utskrivelse fra sykehus skal programmet evalueres og justeres basert på tverrfaglige vurderinger og pasientens livssituasjon og inkludere en større vekt på pasientens egne rehabiliteringsmål.

Pasienten vil bli oppfordret til å fylle inn egne ting i dag-til-dag-programmet om hva som er planlagt og gjennomført. Det vil bli lagt vekt på pasientens læring og forståelse av anbefalte behandlingsprinsipper, trygghet og hans/hennes motivasjon for å ta aktivt del i det å gjenvinne funksjoner. Ny status i forhold til plan og behov for videre rehabilitering settes på dag 14 etter sykehusutskrivelsen.

- B. **Ambulant virksomhet fra sykehuset til helsehuset:** Sykepleier fra Ortopedisk sengepost A følger opp pasientene i samarbeid med det tverrfaglige teamet på helsehuset. Den ambulante sykepleieren har spesifikke oppgaver ved dag 3, 7 og 14, men kan også kontaktes av helsehuset utenom disse avtalene.
- C. **Tverrfaglig kompetanse i bydelene og kontaktpunkt til sykehuset:** Sykepleier med master i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS), fysioterapeut, og eventuelt ergoterapeut og/eller ernæringsfysiolog i hjemmetjenesten følger opp pasientene som er utskrevet til hjemmet. AKS-sykepleier har spesifikke oppgaver ved dag 3, 7 og 14, og kan kontakte sykepleier på sykehuset ved behov.
- D. **De tverrfaglige behandlingsanbefalingene for hoftebrudd kombineres med prinsippene fra hverdagsrehabilitering eller tilsvarende.**

En tettere samhandling mellom behandlere ved sykehuset, helsehuset og hjemmetjenesten vil bidra til en mer helhetlig oppfølging av pasienten. Hensikten med Trygt Hjem er å sikre en strukturert behandling og rehabilitering som gir pasientene en tryggere overgang mellom tjenestestedene, forebygger - eller gir tidlig oppdagelse- av komplikasjoner, forhindrer risikoen for reinnleggelse på sykehus eller unødvendig bruk av andre helsetjenester. Ved mistanke om infeksjon, for eksempel, kan en sykepleier ta prøver (CRP) av pasienten i hjemmet, avklare hva status er og kanskje spare pasienten for besøk på legevakten.

Detaljer i den felles tjenesteleveringen fra sykehus, helsehus og bydelene skal planlegges videre i prosjektfasen fra april til august. Drøftingene i prosjektgruppa skal baseres på den foreløpige skissen i Tabell 1, som blant annet inkluderer de spesifikke oppgavene på dag 3, 7 og 14 etter utskrivelse fra sykehus. Dag 3, 7 og 14 er en veiledende tidsangivelse av tiltakene, og vil bli justert i forhold til virkedager, turnusdager og helg. Hva som gjøres på hvilke dager kan bli justert videre i planleggingsperioden.

Oppfølging	Sykepleier	Fysioterapeut	Ernæringsfysiolog/ Ergoterapeut
Dag 3* etter utskrivelse fra sykehus	Pasientens mål for rehabiliteringen Vitale målinger (NEWS) CRP v/mistanke om infeksjon urinprøve, dyp neseprøve Operasjonssår: v/mistanke om infeksjon kontakt sykehus 4 AT v/mistanke om delir Smerteregime: Compliance, behov for justering Mobilisering: sitte oppe v/måltider, gange Ernæring: KMI. Inntak væske/ernæring Eliminasjon: Vannlatning/avføring	Pasientens mål for rehabiliteringen Mobilitet: EMS - SPPB ved EMS score >14 Smerter i ro og bevegelse NRS/VAS Fall: Bruke verktøy i ELISE Øvelser	Ved behov Ergo: Tilrettelegging i hjem/ ADL-vurdering Ernæring: Spesielle ernæringsbehov avdekket på sykehus
Dag 7* etter utskrivelse fra sykehus	Vitale målinger (NEWS) CRP v/mistanke om infeksjon urinprøve, dyp neseprøve Operasjonssår: v/mistanke om infeksjon kontakt sykehus 4 AT v/mistanke om delir Smerteregime: Compliance, behov for justering Mobilisering: sitte oppe v/måltider, gange Ernæring: Inntak væske/ernæring Eliminasjon: Vannlatning/avføring	Mobilitet: EMS - SPPB ved EMS score >14 Smerter i ro og bevegelse NRS/VAS Fall: Bruke verktøy i ELISE Øvelser	Ved behov Ergo: ADL trening Ernæring: Spesielle ernæringsbehov avdekket på sykehus
Dag 14* etter utskrivelse fra sykehus	Vitale målinger (NEWS) CRP v/mistanke om infeksjon urinprøve, dyp neseprøve Operasjonssår: v/mistanke om infeksjon kontakt sykehus 4 AT v/mistanke om delir Smerteregime: Compliance, behov for justering Mobilisering: sitte oppe v/måltider, gange Ernæring: KMI. Inntak væske/ernæring Eliminasjon: Vannlatning/avføring Evalueringsavsnitt for rehabiliteringen	Mobilitet: EMS -SPPB ved EMS score >14 Smerter i ro og bevegelse NRS/VAS Fall: Bruke verktøy i ELISE Øvelser Evalueringsavsnitt for rehabiliteringen	Ved behov Ergo: ADL trening Ernæring: Spesielle ernæringsbehov avdekket på sykehus
Skisse som strekker seg videre etter de første 14 dagene etter utskrivelse fra sykehus:			
Dag 3* etter utskrivelse fra helsehus (til hjemmet)	Videre mål for rehabilitering Vitale målinger (NEWS) CRP v/mistanke om infeksjon urinprøve, dyp neseprøve Operasjonssår: v/mistanke om infeksjon kontakt sykehus 4 AT v/mistanke om delir Smerteregime: Compliance, behov for justering Mobilisering: sitte oppe v/måltider, gange Ernæring: KMI. Inntak væske/ernæring Eliminasjon: Vannlatning/avføring	Videre mål for rehabilitering Mobilitet: EMS -SPPB ved EMS score >14 Smerter i ro og bevegelse NRS/VAS Fall: Bruke verktøy i ELISE Øvelser	Ved behov Ergo: Tilrettelegging i hjem Ernæring: Spesielle ernæringsbehov avdekket på sykehus/helsehus
<i>NEWS: skåringssystem for vitale funksjoner (national early warning score), EMS:Elderly Mobility scale, SPPB: Short physical performance battery, 4AT: screening for delirium og kognitiv svikt, CRP: C-reaktivt protein, KMI: kroppsmasseindeks, NRS:numeric rating scale, VAS: visual analogue scale. ELISE: digital samhandlingsløsning internt i Oslo kommune</i>			
<i>* Dag 3, 7 og 14 er en veiledende angivelse av tiltakene, og vil bli justert i forhold til virkedager, turnusdager og helg.</i>			

Tabell 1 Program for tverrfaglig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus etter hoftebrudd.

E. Underveis-evalueringer av pasientens mål og tverrfaglige tiltak

Det kommer fram av Tabell 1 at prosjektet inkluderer validerte kartleggingsskjema. I tillegg til å sikre pålitelige vurderinger, er de tatt med i prosjektet for å forsterke en felles forståelse og begrepsbruk i alle kartleggings- og evalueringsfaser, ved alle involverte tjenestesteder, gjennom hele pasientforløpet. Kartleggingsskjema som vurderes som felles inn i prosjektet er blant annet NEWS: skåringssystem for vitale funksjoner (national early warning score), vektendring, EMS: Elderly Mobility scale, SPPB: Short physical performance battery, og 4AT: screening for delirium og kognitiv svikt. Det kan også være at andre enn disse eller andre i tillegg til disse inngår i prosjektet, for eksempel Pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS) for å måle oppnåelse av pasientens rehabiliteringsmål. Det kan også bli aktuelt å vurdere bruk av et kvalitetsindikatorsett for rehabilitering som inkluderer indikatorer for rehabiliteringsmål, rehabiliteringsplan, involvering av pårørende og involvering av eksterne tjenester, men det er ikke tatt opp i prosjektgruppen enda.

Andre aktuelle utfallsmål er: reinnleggelse, komplikasjoner, nytt fall, død, antall pasienter som skrives ut fra helsehus til hjemmet. Logg på antall henvendelser fra AKS til sykehuset og fra behandlere på helsehuset til sykehuset er også aktuelt.

Dette inngår i den videre planleggingsfasen i prosjektet:

- å komme fram til felles måleverktøy
- å bli enige om evalueringstidspunkt
- å bli enige om gjensidig informasjonsutveksling for å unngå dobbelt-arbeid i kartleggings- og evalueringsfaser
- å finne gode strukturer for datadeling og deling av oppsummerende, felles journalnotater på tvers av tjenestestedene
- å finne gode strukturer for deling av pasientens rehabiliteringsplan og tiltak som skal koordineres for å dra i samme retning

2.2 Felles informasjonsmateriell

Prosjektgruppen skal utarbeide lokalt tilpasset informasjonsbrosjyrer til pasient og pårørende når utviklingen av den felles tjenestemodellen er ferdig. Brosjyrene skal være ferdig til oppstart av ny tjeneste fra 1.september 2025. Brosjyrene skal være lik både for dem som skrives ut til hjemmet og til helsehuset.

Brukermedvirkere skal gi innspill i denne fasen og bidra til lokal tilpasning og videreutvikling av materiell som skal baseres på kunnskapsbasert arbeid fra andre.

Hovedkildene for utarbeidelse av informasjonsmateriell vil være:

- a) Filmer og informasjonsmateriell som er utviklet i Østfold av representanter fra kommune, sykehus og brukerutvalg, og som finnes på Kompetansebroen.

<https://www.kompetansebroen.no/article/hvordan-folge-opp-etter-et-hoftebrudd>

- b) Filmer og informasjonsmateriell som er utviklet ved Sønderjylland sykehus i Danmark, <https://sygehussonderjylland.dk/komtrygthjem> og <https://sygehussonderjylland.dk/om-sygehuset/nyheder/nyhedsarkiv/2023/forste-patient-er-kommet-trygt-hjem>

2.3 Digital støtte i rehabiliteringsprosessen

I løpet av prosjektet vil det bli vurdert muligheter for bruk av digital støtte rehabiliteringsprosessen.

Det finnes noen løsninger som fungerer innen ett tjenestenivå og noen færre løsninger som fungerer på tvers av tjenestenivåene. Hensyn til datasikkerhet og personvern må tas med i denne delen av prosjektet.

Prosjektgruppen vil vurdere:

- Digitale løsninger for kommunikasjon mellom helsepersonell innad og på tvers av tjenestenivåer
 - Sending av sluttrapporter
 - Skal de være tverrfaglige eller særfaglige?
 - Skal man finne løsninger som både sykepleiere og fysioterapeuter/andre profesjoner kan bruke?
 - Hva er muligheter innen nåværende systemer for kommunikasjon innad og på tvers, slik som PLO-meldinger, meldinger i EDI-systemet, eller bruk av ELISE-systemet?
 - Kan man finne felles løsninger for kommunikasjon med hjemmetjeneste, fysio/ergo-tjeneste, og helsehus-behandlere?
 - Hva kan være en digital fortsettelse etter dag-til-dag-programmet? Kan digital hjemmesykepleie tas i bruk for forlengelse av støtte til motivasjon, måloppnåelse og trygghet for pasient og pårørende?
- Digitale løsninger for felles rehabiliteringsplan og kommunikasjon mellom behandlere og pasient/pårørende, innad og på tvers av tjenestenivåer
 - Hva kan rollen til Dignio-verktøyet være? Kan erfaringer fra Dignio i rehabiliteringsprosesser i bydeler eller på helsehus brukes for tilsvarende tiltak med støtte i samme verktøy på sykehuset? <https://dignio.com/no/>

- Hvilke andre verktøy kan brukes for digital deling av rehabiliteringsplan og tiltak som skal koordineres?
- Hva kan være digital støtte til profesjonsspesifikke tiltak, som for eksempel digitale versjoner av treningsprogram fra fysioterapeuter? Hva fremmer eller hindrer bruk av digitale verktøy, slik som ExorLive <https://www.exorlive.com/no/kommunepakken> eller Berntsen Beinlaus <https://berntsenbeinlaus.no/> ?

3.0 Prosjektgruppen

Prosjektgruppen er etablert og har hatt innledende møter månedlig, i januar, februar og mars 2025. Gruppen har med representanter fra tre bydeler (Frogner, Vestre Aker og Ullern), Ullern Helsehus, og Diakonhjemmet sykehus. Gruppens medlemmer representerer flere enn profesjonen de har selv, slik at prosjektet forankres hos alle aktuelle ansatte ved rehabiliteringsplassene på Ullern helsehus, AKS-sykepleiere i bydelene og tverrfaglige, hjemmebaserte rehabiliteringstjenester, samt sykehusansatte på ortopedisk sengepost A og tverrfaglige tjenester som er tilknyttet ortopedisk sengepost fra avdeling for klinisk aktivitet (AKA). AKA er en tverrfaglig avdeling med ergoterapeuter, fysioterapeuter, klinisk ernæringsfysiologer, logopeder, sosionomer og lærings- og mestringssenteret ved sykehuset.

I løpet av prosjektperioden vil prosjektgruppen konferere med ulike faggrupper etter behov, som for eksempel ortoped, geriater, fastlege, klinisk ernæringsfysiolog og ergoterapeut fra ett eller begge tjenestenivå.

Mette Martinsen (prosjektleder)	Rådgiver og sykepleier	Klinikk for anestesi og kirurgi, Diakonhjemmet sykehus
Sylvia Sunde	Rådgiver og fysioterapeut	Avdeling for klinisk aktivitet, Diakonhjemmet sykehus
Alcinda Rudolph	Fagsykepleier	Ortopedisk sengepost A, Diakonhjemmet sykepleier
Marit Müller-Nielsen	Seksjonsleder vurdering og mestring	Bydel Ullern
Elin Prøitz Hornseth	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Ullern
Ingri Marie Gjerding Østensen	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Vestre Aker
Kaia Martinsen Olsvold	Avansert klinisk sykepleier (AKS)	Bydel Frogner
Victoria Ingvaldsen	Leder mestringsteam	Bydel Frogner
Tone Trønnes Jevnaker	Seksjonsleder hverdagsmestring	Bydel Frogner
Emma Miriam Mathisen Gillot	Fagfysioterapeut	Ullern helsehus

Tabell 2 Prosjektgruppe for Trygt hjem: Rehabilitering etter hoftebrudd.

4.0 Brukermedvirkning

Brukerrepresentanter fra sykehus og bydelene blir inkludert i prosjektet fra våren 2025. En av oppgavene de blir involvert i er utarbeidelse av informasjonsmateriell.

Klinikk for anestesi og kirurgi skal sende en invitasjon til leder av Brukerutvalget ved Diakonhjemmet om deltakelse i prosjektet. Bydelene skal også involvere brukere, for eksempel ved å invitere Eldrerådet i bydelene til å komme med innspill til prosjektet.

5.0 Arbeidsplan

Januar-februar-mars 2025: Prosjektgruppen ble etablert og startet de første skissene for felles tjenesteutvikling.

April 2025: Prosjektgruppen planlegger resten av vårsemesteret, basert på endelig beslutning i Lokalt samarbeidsutvalg, Diakonhjemmet sektor angående samhandlingsmidler rehabilitering.

April-mai-juni-august 2025:

- Prosjektgruppen kommer fram til en felles plan for et kontinuerlig pasientforløp fra sykehus til hjemmet, eller fra sykehus til helsehus til hjemmet eller nytt omsorgsnivå.
- Pasientforløpet skal inkludere en felles tjenesteutvikling og felles forståelse av hva som skal skje når, hvordan og med hvem.
- Det blir utarbeidet felles brosjyrer om pasientforløpet som skal gi nødvendig informasjon til pasient og pårørende, og som samtidig kan være en sjekkliste eller aktivitetsplan for den pasientens individuelle dag-til-dag-program. Programmet skal inkludere egne rehabiliteringsmål og tiltak for å nå målene. Brosjyrene skal være ferdige innen 1.juli 2025.
- Det skal gjennomføres en vurdering av hvilke deler av prosjektet som eventuelt må drøftes eller få godkjenning fra personvernombud eller IT-sikkerhetsansvarlige.
- Når modell for felles tjenestelevering er beskrevet, skal den forankres på ledernivå på sykehus, i bydeler og på helsehuset. Nødvendige forberedelser skal gjøres ved alle tjenestesteder så man kan ha felles oppstart 1.september 2025.
- Når felles tjenestemodell er beskrevet, skal det gis nødvendig informasjon og opplæring av alle involverte behandlere ved alle tjenestestedene.

September-oktober-november-desember 2025:

- Tjenestelevering praktiseres etter «Trygt-hjem-modellen» ved sykehuset, bydelene og helsehuset fra 1.september 2025.

- Prosjektgruppen fortsetter med månedlige møter for å evaluere og gjøre justeringer av felles tjenestelevering i løpet av høsten 2025. Målet er at justeringer underveis skal føre fram til en fast modell for pasientforløpene som kan gjelde fra 2026.
- Eventuelle kostnader forbundet med overgang til ny modell blir også inkludert i evalueringene ved hvert tjenestested.
- Erfaringer med – eller behov for – digitale løsninger som støtter samhandlingen mellom tjenestestedene, og/eller støtter pasienter og pårørende, inngår i evalueringene i denne perioden. Dette handler om å vurdere digitale løsninger for å støtte informasjonsutveksling og datadeling mellom tjenestestedene, og digitale løsninger som kan støtte den individuelle rehabiliteringsprosessen for pasienter som kan tilegne seg bruk av digitale verktøy.

Januar-februar 2026:

- Prosjektgruppen samarbeider om en felles evaluering og sluttrapport som skal ferdigstilles innen 1.mars 2026.

6.0 Økonomi

Budsjett for prosjektet er satt opp i tabellen:

Lønnsmidler, 70 % vikar for sykepleier involvert som koordinator i prosjektet, 6 mnd	305.102
Lønnsmidler, 60 % vikar for avansert klinisk sykepleier involvert som koordinator i prosjektet, 6 mnd	404.040
Lønnsmidler, 60 % vikar for fysioterapeut involvert som koordinator i prosjektet, 6 mnd	384.800
Lønnsmidler, 30% vikar for fysioterapeut på helsehus involvert som koordinator på helsehuset, 6 mnd	192.400
Lønnsmidler, 30% koordinator for prosjektet kvalitetsrådgiver 6mnd +50% 1mnd til analyse og rapport skriving	224.360
Dignio lisens, utvikling og opplæring, brukerstøtte	210.995
Join skjerm og telefon sykehus	40.000
Leie av IPAD bydel 20stk	23.700
Aktivitetsmåler a kr 5000, 15 stk og dokkingstasjon/annet tilbehør	75.000
Utstyr til prøvetaking, målinger mm i bydelene og på helsehus	100.000
Informasjonsmateriell til pasienter og pårørende	3.000
Informasjonsmateriell til helsepersonell	3.000
3 Prosjektsamlinger for å utvikle felles tjeneste (8-10 personer med lunsj) a 250,- pr pers	6.000
3 Prosjektsamlinger for å utvikle informasjonsmateriell (8-10 personer med lunsj) a 250,- pr pers	6.000
2 Prosjektsamlinger for å evaluere og justere tjenesten (8-10 personer med lunsj) a 250,- pr pers	4.000
Brukermedvirkning, timesats 540,-, 5 timer	2.700
Fagseminar på tvers av tjenestenivåene, med honorar til foredragsholdere (med så mange involverte behandlere som mulig, i tillegg til prosjektledere)	10.000
Sum	1.995.097

Tabell 3 Budsjett for prosjekt Trygt hjem: Rehabilitering etter hoftebrudd.

7.0 Forventet virkning

Potensiell betydning av prosjektet:

Vi tror at prosjektet kan bidra til et mer helhetlig pasientforløp, trygge overganger mellom tjenestesteder og kunnskapsbasert tjenestelevering. Det er også forventet en mer samordnet ressursbruk og mer effektivt tverrfaglig samarbeid gjennom hele pasientforløpet.

Det er et mål for prosjektet at det kan være en modell for nye måter å samhandle på, med vekt på felles forståelse av kunnskapsbasert tjenestelevering og strukturert oppfølging på tvers av tjenestenivåene. Erfaringer med ambulante tjenester og felles tjenesteutvikling på tvers av sykehus, bydeler og helsehus vil også ha interesse for andre forløp med samhandlingsbehov.

En systematisk gjennomgang av muligheter og hindringer for digitale verktøy som støtte i samhandling og rehabilitering i vår sektor, har også klar nytteverdi for andre.

Forskning:

Diakonhjemmet sykehus har et kvalitetsregister for pasienter med hoftebrudd. Vi planlegger også å søke om godkjenning for registrering av data fra prosjektet for å kunne forske på og presentere resultater i publikasjoner. Det vil bli søkt godkjenning for dette etter gjeldene retningslinjer.

Referanser

1. Gjertsen, J. E., Baste, V., Fevang, J. M., Furnes, O., & Engesæter, L. B. (2016). Quality of life following hip fractures: results from the Norwegian hip fracture register. *BMC musculoskeletal disorders*, 17, 265. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1111-y>
2. Abrahamsen, C., Viberg, B., & Nørgaard, B. (2022). Patients' perspectives on everyday life after hip fracture: A longitudinal interview study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 44, 100918. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2021.100918>
3. Figved, W., Frihagen, F., Johnsen, L. G., Opheim, I., Aanderbakk, D. O., Eri-Montsma, A., ... & Sendstad, K. H. (2018). Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/11250/3030941/norske-retningslinjer-for-tverrfaglig-behandling-av-hoftebrudd%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2013). 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 16(3), 277–291. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>
5. Riksrevisjonen: Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Dokument 3:12 (2023-2024). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. (sist endret: 01.08.2022) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
7. Viberg, B., Erlandsen Claville, L. U., Andersen, L. R., Fredholm, L., Dall-Hansen, D., & Grejsen, H. (2022). Standardized, Coordinated Care in Nursing Homes Lowers Rehospitalization After Hip Fracture. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(4), 596–600. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.11.003>
8. Ipsen, J. A., Pedersen, L. T., Viberg, B., Nørgaard, B., Suetta, C., & Bruun, I. H. (2022). Rehabilitation for life: the effect on physical function of rehabilitation and care in older adults after hip fracture-study protocol for a cluster-randomised stepped-wedge trial. *Trials*, 23(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06321-w>
9. Ipsen, J. A., Viberg, B., Pedersen, L. T., Draborg, E., & Bruun, I. H. (2024). Informal care after hip fracture: prospective cohort. *BMC geriatrics*, 24(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05040-y>