

Appendiks 2

Fokusgruppeinterview på 8 afdelinger i 2005

Indholdsfortegnelse

1. Sammenskrivning af områder som medvirker til kort PGI	3
2. Fokusgruppeinterview med afd. X	23
3. Fokusgruppeinterview med afd. Y	27
4. Fokusgruppeinterview med afd. S	32
5. Fokusgruppeinterview med afd. O	42
6. Fokusgruppeinterview med afd. T	48
7. Fokusgruppeinterview med afd. Z	56
8. Fokusgruppeinterview med afd. Q	65

1. Sammenskrivning af områder som medvirker til kort PGI

Områder som medvirker til kort PGI

De interviewede på afdelinger med kort PGI fremhævede følgende områder, som havde været væsentlige fokuspunkter i bestræbelserne på at nedbringe indlæggelsestiden:

- 1.1 Bedre information af patienter
- 1.2 Tidlig mobilisering
- 1.3 Bedre smertebehandling
- 1.4 Fokus på udskrivelse
- 1.5 Tværfagligt samarbejde, fleksibilitet, uformel koordinering og kontinuitet

1.1 Bedre information til patienterne

Faggrupper på afdelinger med kort hhv. mellemlang PGI lagde vægt på hurtig mobilisering. Denne viden blev videregivet til patienterne før indlæggelsen, og personalet sikrer under indlæggelsen, at patienterne forstår og fastholdes i betydningen af tidlig mobilisering.

- *'Patienterne er mentalt forberedte på, hvad der skal ske'.*
- *Jo mere information patienterne får inden operationen, jo mere tolererer de også undervejs – så f.eks. smerter på tredjedagen ikke kommer som en overraskelse.*

Udover den almindelige information ved det første ambulante besøg afholdes et patientseminar på afd. X, S og O, hvor patienter og pårørende orienteres om deres medansvar for forløbet. Den forventningsjustering har betydet en ændring hos patienterne, som bl.a. kan eksemplificeres ved følgende udsagn fra afd. S:

- *'Før i tiden lå patienterne i sengen og spurgte - hvornår kommer fysioterapeuten og bøjer mit knæ? Nu ved patienterne, at de selv skal bøje benet, mens fysioterapeutens rolle i dag er at guide patienten, så de gør tingene rigtigt!'*

Afd. X udformede nærmest en kontrakt med patienten. Patienterne ved inden de blev indlagt, at de har et medansvar for forløbet. Der stilles krav til patienten:

- *'Vi indgår en 'kontrakt' med patienterne. De stiller naturligvis krav til os - men vi stiller også krav til dem. De skal tage aktivt del i efterforløbet. Og vi forventer, at de er udskrevet inden for maksimalt 5 dage.'*

Tidligere orienterede afd. Y patienterne om, at indlæggelsesvarigheden var 8-10 dage, men i dag får patienterne at vide, at de kan udskrives efter 4-5 dage - men med mulighed for individuelle variationer, idet nogle kan være hurtigere udskrevet, mens andre kan være indlagt i lidt længere tid. Patienterne orienteres om, at de skal mobiliseres hurtigt.

- *'Vi giver patienterne en god og grundig information, før de indlægges. De får at vide, at de skal ud af sengen samme dag, som de opereres - og dette lykkes også i langt de fleste tilfælde'.*
- *'Vi lægger ikke pres på patienterne, om at de skal være udskrevet på en bestemt dag. Vi opstiller de mål, som skal være nået for, at patienten kan udskrives, idet vi siger, at nogle patienter kan opnå disse mål lidt hurtigere, mens andre kan være lidt længere tid om det.'*

På afd. O's informationsmøde for patienter og deres pårørende ca. 3 uger før operationen er alle faggrupper til stede. Mødet tager næsten en hel dag. Lægen gennemgår indgrebet og evt. komplikationer, fysioterapeuterne gennemgår regimet, ergoterapeuterne gennemgår hjælpemidler. På dette formøde skrives også journal og sygeplejekardex påbegyndes, anæstesilægetilsyn gennemføres m.m. Patienterne instrueres endvidere i brugen af hjælpemidler, så patienterne kan træne anvendelsen af disse før indlæggelsen samt foretage de nødvendige hensigtsmæssige forberedelser i hjemmet (sengeforhøjer m.m.). En forventet indlæggelsesvarighed på en uge bliver udmeldt, og patienterne informeres om udskrivningskriterierne.

- *Vi forbereder dem meget på, at vi anser dem for raske, og at de skal op og ud af sengen og hurtig i gang.*
- *Der står ikke konkret nogen indlæggelsestid i papirer til patienterne. Ved fælles informationsmødet før operationen siger vi, at indlæggelsestiden er sådan ca. en uge – for nogen noget mere og for nogle få lidt mindre.*
- *Vi bruger mødet - før patienterne bliver indlagt - til at informere dem om udskrivningskriterier.*

Omfanget af patientinformation forud for indlæggelsen var mindst på afd. Q, hvor patienten reelt kun havde ca. 20 minutters samtale med speciallæge, der indstillede til operation, samt få minutters samtale med ambulatoriesygeplejersken, før patienten blev indlagt dagen før operationen (ofte efter en ventetid på 6-8 måneder i 2004). Afd. Q var ved fokusgruppeinterviewet i 2005 ikke blevet bedre til at informere patienterne – snarere tværtimod pga. en stor personaleudskiftning, som havde afstedkommet mange nye uerfarne sygeplejersker:

- *Dem der er her nu er nyuddannet, og de har ikke så meget erfaring omkring specialet. Kommunikationen med patienterne var bedre før, og vi havde en mere afklaret holdning om, hvad vi forventede der skulle til mht. f.eks. genoptræning. Det var mere fokus på mobiliseringen og nu – lige nu – er folk ved at finde deres fodfæste igen, så de har fokus på så mange andre ting, så vi er måske en lille smule langsommere lige for tiden med at få patienterne ud af sengene. Lige nu arbejder vi meget på oplæring af de nye.*

Afd. Z havde set ift. afd. Q indsat et ekstra ambulant fremmøde, hvor patienten fik skrevet journal ved en reservelæge/speciallæge, blev informeret af en ambulatoriesygeplejerske samt talt med en anæstesilæge, før indlæggelse til operation. Afd. Z har i 2005 ændret på dette, så patienten nu indkaldes til formøde med fysioterapeuter og i stedet for fremmødet til journalskrivning i ambulatoriet indkaldes patienten til journalskrivning på sengeafdelingen, hvor en sygeplejerske fra sengeafdelingen informerer patienten om forløbet:

- *Fysioterapeuterne er i 2005 begyndt på at tilbyde alle alloplastik patienterne at komme ind til en samtale. Når patienten bliver skrevet op til en operation, så bliver de tilbudt instruktion. Derved kan vi lige - bl.a. for at minimere indlæggelsestiden – se om vi kan forbedre en patient, så de hurtigere kan komme igennem. Alle indkaldte bliver nu instrueret i at optræne deres muskulatur.*
- *Siden 1. februar tager en sygeplejerske fra sengeafdelingen sig af de forambulante patienter. Det gør, at en sygeplejerske som er kendt med afdelingen har tid til informere patienterne lidt mere om sengeafdelingens procedurer. Der går snildt en time pr. patient. Patienterne er i afdelingen fra kl. 9 - 14. De møder typisk kl. 9 om morgenen og får taget journal, blodprøver samt får narkosetilsyn. Ergoterapien udleverer hjælpemidler og instruerer i brugen af disse samme dag.*

På afd. T var der kun ét møde før patienten indlagdes dagen før operationen. På dette ene formøde indstillede en speciallæge patienten til operation, skrev journal og informerede om indgrebet og bagefter informerede en sygeplejerske fra afdelingen patienten om forløbet. Afd. T har netop i sommer 2005 indført et ekstra møde - et fælles informationsmøde før operationen med deltagelse af alle faggrupper, hvor patienter og deres pårørende deltager.

Afslutningsvis kan det bemærkes, at tre afdelinger løbende undersøgte patienternes tilfredshed med forløbet via spørgeskemaer. De tre afdelinger var alle fra gruppen med kort PGI (afd. X, Y og S), som derved principielt havde lettere ved at forbedre informationen iht. patient tilfredshedsundersøgelserne.

1.2 Tidlig mobilisering

Afd. X og Y - kort PGI - var de eneste afdelinger, som mobiliserede alloplastik patienterne på operationsdagen. De interviewede fremhævede, at det er vigtigt, at alle faggrupper har ens holdning til tidlig mobilisering trods patientens evt. fysiske ubehag.

- *'Det vigtigste er, at alle siger det samme'.*
- *'Opstår der vaklen – f.eks. hvis nogen lader en patient være i sin seng pga. kvalme fordi man synes at det er synd for patienten – så kan det hele skride'.*
- *'Det er personalets tro på, at det er det rigtige vi gør, som er den afgørende faktor for, at patienter kan udskrives tidligt. Det er det der flytter - for så er vi gode til at mobilisere patienterne'.*

Det nytter ikke noget, såfremt nogle i personalegruppen udtrykker følgende, som man tidligere kunne høre blive sagt til patienten:

- *'Nå, har du så ondt i dag, så må vi hellere tage det stille og roligt og se, om det ikke bliver bedre i morgen'.*

Patienterne skal hjælpes med gode argumenter om, hvorfor det er godt at komme hurtig ud af sengen trods kvalme og ubehag, og hvorfor det er godt, at de selv klarer deres personlige fornødenheder. Hjelpekulturen skal erstattes af hjælp til selvhjælp.

- *'Hjælperrollen skal væk. Vi er tidligere blevet oplært til at skulle hjælpe og servicere patienterne, men nu er det hjælp til selvhjælp, som er nøgleordet'.*
- *'Vi er der til at hjælpe dem, såfremt de har problemer, men ellers er det patientens opgave at klare tingene selv.'*
- *'Man får ikke mindre kvalme af at blive i sin seng'.*
- *'Kvalme og opkastning kan være et problem, men det er ikke noget som forlænger indlæggelsestiden, idet man normalt henter det tabte ind før udskrivelsen'.*

Afd. S - kort PGI (knæ) - mobiliseredes JC patienterne dagen efter operationen. Før JC-forløbet blev indført i 2003, fik patienterne passive øvelser i kinetec-maskiner og var ofte først mobiliseret efter to dage.

- *'Nu er vi gået fra passive øvelser i kinetec maskiner til aktive øvelser og samtidig mobiliseres patienterne hurtigere. Før indførelsen af JC lå patienter normalt i sengen dagen efter operationen og blev først mobiliseret to dage efter operationen. Nu mobiliseres alle patienter dagen efter operationen'.*

Afd. S havde ingen aktuelle overvejelser om at mobilisere patienter på selve operationsdagen, idet man mente, at en stor del af patienterne har for dårlig kontrol over deres ben efter at have fået spinal/epidural analgesi til operationen.

Afd. O - *mellemlang PGI (hofter)* – havde i forbindelse med et MIS (minimal invasive surgery) projekt mobiliseret patienterne i MIS-projektet med stokke allerede fra dag 1 frem for mobilisering med 'talerstol'. Samtidig blev der opsat nogle skærpede mål for mobilisering, så patienterne kunne gå med stokke og på trapper dag 4 (operationsdagen = dag 1). Aktiviteterne 'smittede' efterhånden af på de øvrige hoftealloplastik patienter, som ligeledes blev mobiliseret hurtigt.

Afd. O havde endvidere øget fokus på indlæggelsesvarigheden ved bl.a. at have indført tværfaglige morgenmøder, hvor planer for udskrivelse bliver lagt for patienterne. Endvidere har tværfaglige forløbsprogrammer – indført i 2000 – været med til at give en struktur, hvor der sættes fokus på, at patienterne skal mobiliseres hurtigt. Det samlede resultat har været, at de fleste patienter mobiliseres langt hurtigere end tidligere, hvilket forklarer faldet i PGI (var udvalgt pga. en af landets længste PGI i 4. kvartal 2003).

- *Der er flere ting som er årsag til kortere indlæggelsestid. Noget af det - der betyder meget - er en holdningsændring blandt personalet. Før i tiden var det jo sådan, at patienterne rent faktisk lå her i 14 dage, og alle var ligesom indstillet på, at det skulle de. Men så prøvede man at se på, om de behøvede det og om man ikke kunne tage dem op noget før.*
- *Vi arbejder mere målrettet. Vi har ligesom sat en dagsorden for at komme op af sengen – måske endda allerede på operationsdagen eller dagen efter operation. Så vi er blevet mere målrettet på at det er 'op'.*
- *Forløbsprogrammerne har eksisteret siden 2000. De beskriver hvordan patientforløbet er for de forskellige patientkategorier. Helt fra forundersøgelse til indlæggelsesforløb og efterbehandling og alle faggrupper er involveret i det – så de ved hvad de gør på hvilken dag – det er helt uspecificeret.*
- *Vi har gjort meget for at fokusere på målet – altså indlæggelsestiden - hvor langt er de og hvor meget kan de?*
- *De tværfaglige konferencer blev indført for at målrette tingene, og vi havde et fælles ønske om at koordinere tingene mellem faggrupperne, så informationerne er til stede, når beslutninger skal tages.*

Afd. T - *lang PGI (knæ)* - var på tidspunktet for fokusgruppeinterviewet i juni 2005 begyndt at tage patienterne op på operationsdagen, og personalet kunne opremse en række gode resultater - bl.a.:

- Færre tilfælde af kvalme og færre tilfælde af obstipation i de første dage.
- Få patienter har behov for blærekateterisering, idet de selv kan komme på toilettet.
- Patienterne er i gang med gangstativ dagen efter operationen og er hurtigt i gang med stokke.

Afd. T havde derudover også indført andre tiltag (efter studiebesøg på afdelinger med kort PGI) som medvirkede til en hurtigere mobilisering:

- Patienterne indtager frokost og middagsmad i dagligstuen - ikke i deres senge hhv. på stuen.
- Sengene er ikke længere et opholdssted. Efter frokost skal patienterne anvende nogle specielt indkøbte stole, som står i en anden stue.

Følgende udsagn fra personalet på afd. T viser eksempler på rutiner hhv. barrierer, som før hindrede en tidlig mobilisering:

- *Før kom patienten op dagen efter operationen. De var måske oppe to gange - maks. De kom op med fysioterapeuten om formiddagen, og hvis de fortsat havde det rimeligt, så kom de op til aften. 'Komme op' betød, at de kom op og gik en lille tur eller kom op og sadde på sengen eller trippede lidt rundt og så ned i sengen igen.*

- Nu bliver de mobiliseret på operationsdagen af plejen. Det måtte vi simpelthen ikke tidligere, før de have været i røntgen. Røntgen billeder skulle godkendes af en læge, før man måtte mobilisere. Det gjorde så, at patienter lå i sengen indtil om formiddagen den følgende dag, og hvis nu lægen ikke havde nået at komme til stuegang, så kunne de risikere at lægge til om eftermiddagen.
- Før blev de sengebadet som rutine dag 1 (operationsdag = dag 0), men nu tager vi dem der kan i bad. Patienterne kom før på badeværelse dag 2 med gangstativ.
- Nu bliver dag 1 anderledes, idet de kommer op om morgenen og får et bad. Patienterne skal stadigvæk i røntgen, men man skal ikke afvente en clearing, før patienten må komme op. Nu skal de også i dagligstuen og spise frokost, hvor de før i tiden altid fik frokost på stuen. Efter frokost skal de ned i de nye hvilestuer, der bliver etableret med specielle hvilestole. Før lå de i sengen efter frokost, men sengen skal kun bruges til at sove i nu.
- Jeg synes også, at de er mindre bange dagen efter, når de skal op. Nu har de prøvet det. Og det har også betydning på kvalmen og obstipationen – mindre kvalme og mindre obstipation i og med at de kommer i gang.
- Det giver rigtig meget at få dem op på operationsdagen. Vi kan virkelig se, at de er hurtigere i gang dagene derefter. Før i tiden lagde vi for eksempel mange engangskatetre. Nu lægger vi næsten ikke engangskatetre, fordi de selv kan komme op på en bækkenstol eller kan måske selv gå ud på toilettet.
- Før (dvs. 4-5 måneder siden) var der træning på stuen dag 2 (siddende og liggende øvelser) og i visse tilfælde stående øvelser til skammel, hvor patienten støttede til sengen. Der var ikke mange patienter, der havde stående øvelser på 2. dagen.
- Tidligere har vi jo ikke haft noget pres på os sådan rent tidsmæssigt, så havde folk kvalme, så har vi nok været lidt gode ved dem og sagt – nå fint nok så bliv liggende og havde de det så også skidt om eftermiddagen, så kunne der gå en hel dag uden at der skete noget.

Afd. Q - lang PGI - mobiliseres normalt ikke patienterne på operationsdagen. Fysioterapeuterne mobiliserer patienterne om formiddagen dagen efter operationen og plejen følger op på det mobiliseringsniveau, som fysioterapeuterne har opnået med patienten. Mange patienter bliver svimle og utilpasse ved mobiliseringen dagen efter operationen og kommer derfor tilbage i sengen. Hoftealloplastik patienterne tilstræbes mobiliseret med stokke 3. dag, mens knæalloplastik patienter tilstræbes mobiliseret 3.-4. dagen. Journal audit tydede på, at patienterne typisk blev mobiliseret en dag senere end tilstræbt.

- Det sker sjældent, at patienterne sidder op på sengekanten på operationsdagen eller måske kommer op på bækkenstol.
- Dagen efter operationen så mobiliseres patienterne som hovedregel først, når fysioterapeuterne kommer i løbet af formiddagen. Såfremt det går godt, så bliver patienten oppe. Og så er der dem der bliver utilpasse og svimle – og dem er der mange af – de kommer så tilbage i sengen. Men det betyder ikke, at de bliver liggende til næste dag, så går plejen ind og får dem op eller prøver at finde årsagen til at de er utilpasse eller svimle.
- Hvis vi kan se, at fysioterapeuterne har gået tur på gangen med patienten om formiddagen, så betyder det, at vi kan gå med patienten ud til toilettet senere. Men hvis vi har kunnet se, at det ikke gik så godt, så nøjes vi med at sætte dem på en bækkenstol. Så vi går ind og vurderer hver gang, hvor meget de kunne med fysioterapeuterne.
- Tredje dagen skal patienter gå med stokke, når det er hofter, og 3-4. dagen når det er knæ - det er hvad vi tilstræber i dag. Det kan godt være, at det først har været 4-5. dagen med knæene, som audit har vist. Knæene går meget med gangbuk, når de går alene.

- *Stokke betyder, at der er en fysioterapeut klar til at gribe dem. Det betyder ikke, at de kan gå alene første dag de prøver stokke. Jeg ville ikke turde sætte stokkene ind til patienterne fra dag 1.*

Afd. Z - lang PGI – tog (2004) normalt ikke patienter (både knæ- og hoftealloplastikker) op på operationsdagen. Patienterne blev sengebadet og mobiliseret - typisk kun til en stol - den første dag og gik med gangstativ de første 4-5 dage efter operationen. Først 4-5 dage efter operationen startede patienter med stokke træning, idet hofte patienter som regel var en dag hurtigere end knæ patienter.

Ifølge de interviewede er man aktuelt begyndt at mobilisere patienterne hurtigere, idet man bl.a. har fået øget normeringen om aftenen. Patienter tages nu op på selve operationsdagen – dog efter en individuel vurdering. Plejens 'køreplaner' er netop revideret. I de nye 'køreplaner' står, at hoftealloplastik patienter mobiliseres 1. gang om aftenen på operationsdagen eller senest næste dag i dagvagten, men derudover er der ingen angivelser af planer for mobilisering dag for dag. For knæalloplastik patienter findes der i de nye 'køreplaner' ingen angivelse af noget mobiliseringsregime.

- *Før (2004) var det typisk, at vi gav sengebåd den første dag, og så kom de op til middag eller over middag. Dvs. at patienten var oppe af sengen en ekstra gang og lige gå nogle skridt og ellers oppe at sidde i en stol, hvis patienten ellers kunne holde ud til dette. Og så var de måske oppe igen til aftensmaden. Det er ikke nemt at huske et år tilbage. Jeg tror faktisk, at de kun var oppe og trippe lidt, og ellers sad de i en stol noget af tiden. Dette gjaldt både for hofte og knæ patienter.*
- *Dag 2 (operationsdag = 0) var patienterne oppe i brusebad og så oppe og sidde. Når vi siger oppe at sidde, så går de jo også med gangstativ, men det er ikke sådan, at vi bevist gangtræner.*
- *Vi tilstræber nu, at de kommer op på operationsdagen – før lå de i deres senge på operationsdagen. Det er individuelt, om patienter kommer op på operationsdagen.*
- *Hvis benene kan tåle det, så må de komme op lige med det samme. Det er kun hvis de alment er meget dårlige f.eks. meget forkvalmet, så tager man dem ikke op. Når vi (fyssen) ser dem dagen efter operationen, så prøver vi at tage dem op.*
- *Vi (plejen) er blevet flere om aftenen. Vi har fået øget normeringen, og dette gør, at vi har større mulighed for at tage dem op til aftensmaden, hvor man skal være to om det.*

1.3 Bedre smertebehandling

Afdeling X og Y (korte PGI) var de eneste afdelinger, der ved journal audit konsekvent anvendte NSAID i smertebehandlingen fra operationsdagen og frem (afd. R anvendte først NSAID fra dag 4 (operationsdagen = dag 0)). Afd. X og Y anvendte samtidig væsentlig mindre morfika end afdelinger med mellemlange hhv. lange PGI. Især afdeling Y gav markant mindre morfika til sine hoftealloplastik patienter end nogen anden afdeling. Afd. Y var den eneste afdeling, som anvendte epidural kateter i det første postoperative døgn til hoftealloplastik patienter.

Afdelinger med lange PGI anvendte meget morfika og til trods for lange PGI, så havde især TKA patienterne ved udskrivelsen fortsat et stort morfika forbrug, der jævnligt krævede, at patienten fik en aftrapningsplan med hjem ved udskrivelsen. Forskelle i smertebehandling mellem afdelinger med kort, mellem og lang PGI var således ret markante ved journalaudit. Ved fokusgruppeinterviewene gav samtlige afdelinger med lang PGI udtryk for nylige ændringer i smertebehandlingen. F.eks. havde afd. T netop indført fast NSAID i smertebehandlingen fra dag 1. Rutiner og holdninger præsenteres i det følgende.

Afdeling X (Knæ- og hoftealloplastik, kort PGI)

På afd. X får alle alloplastikpatienter (knæ og hofter) NSAID (Tilcotil 1g x 2) i fem dage iht. afdelingens smerteinstruks. Knæalloplastik patienter får epidural smertebehandling i 2-3 dage. Anæstesi- og sygeplejersker fra smerteenheden håndterer den epidurale smertebehandling. Patienterne fik rutinemæssigt Oxynorm 5 eller 10 mg x 4, som kunne suppleres med Oxynorm eller Ketogan 5 mg p.n. Ved udskrivelsen 4-5 dag fik patienterne fem stk. Oxynorm med hjem til p.n. forbrug.

Afdeling Y (Knæ- og hoftealloplastik, kort PGI)

På afd. Y får alle alloplastikpatienter (knæ og hofter) NSAID (Relifex 1g x 2) i fem dage iht. afdelingens smerteinstruks. Hoftealloplastik patienter får epidural smertebehandling i det første døgn, og knæalloplastik patienter får epidural smertebehandling i 2-3 dage. Sygeplejerskerne håndterer selv den epidurale smertebehandling ud fra anæstesi-lægens anvisninger og ved smertegennembrud gives som hovedregel en bolus i epiduralkateteret svarende til den halve dosis, som gives pr. time i epiduralkateteret. Den epidurale smertebehandling nedtrappes indtil kateteret seponeres, og der gives som regel ikke yderligere morfika præparater, selvom patienterne kan få morfika præparat p.n. per os:

- *'Vi har altid stor fokus på patientens smerteniveau og planlægger pleje og mobiliseringen ud fra patientens smerteniveau'.*
- *'Vores holdning er, at jo mindre centralvirkende (morfika) vi giver patienterne, jo friskere er de til at træne. Selvfølgelig skal patienten ikke have ondt, men der er ingen grund til at overbehandle patienten'.*
- *'Hoftepatienterne har meget lidt ondt. Det er faktisk helt utroligt, så lidt ondt de har efter tre dage. Det kan hænge sammen med det lille indgreb der foretages (minimal invasive surgery). Men knæene har mere ondt og har derfor også epiduralkateter i flere dage og må jævnligt have morfika med ved udskrivelsen'.*

Afdeling S (Knæalloplastik patienter, kort PGI)

Bedre smertedækning med epiduralkateter er indført til alle JC-knæalloplastik patienter. Før JC-indførtes var patienter ofte ikke smertedækket med epidural kateter, men ved indførelse af JC blev en anæstesiolog tilknyttet og har i dag ansvaret for smertebehandlingen. Dette giver sig også udtryk ved, at patienter nu hurtigt får genindlagt et kateter, såfremt dette glider ud:

- *Kommandovejene er blevet mere smidige og mindre hierarkiske, så anæstesen assisterer nu ved akut behov, hvor det tidligere kunne tage lang tid, før patienten kunne få lagt et kateter og så var behandlingen ofte ikke relevant længere.*

Patienterne kan nu i høj grad selv styre deres smertebehandling ved at 'trykke på en knap' og derved få en ekstra bolus i epiduralkateteret ved smerter eller forud for en træningsseance. Afdelingen giver nu Oxycontin (depot morfika), før man nedtrapper den epidurale smertebehandling, som normalt afsluttes to dage efter operationen. Således har man fået bedre smertekontrol:

- *Patienten kontrollerer og styrer i højere grad selv sin smertebehandling.*

Afdeling R (Hoftealloplastik patienter, mellemlang PGI)

Patienterne anvender normalt kun morfika fast i de første tre døgn, hvorefter de overgår til NSAID og ved udskrivelsen anvender de ikke morfika. Nogle af de interviewede mente, at smertebehandlingen burde gøres mere individuel, idet patienterne ellers risikerer at få for meget morfika:

- *De får ikke morfika ved udskrivelsen. Ptt. har NSAID og Panodil ved udskrivelsen, men ikke noget morfika. Ofte er de ude af morfika forbruget 4. dagen (operationsdagen = dag 1) - i alt 3 døgn på fast morfika og derefter får de morfika pn.. dog højst til udskrivelsen.*
- *Medicinering – specielt smertebehandlingen - burde gøres mere individuel. Men det er næppe muligt, når der kun er to læger i huset efter kl. 15, og nogle aftener er der kun én sygeplejerske i vagt sammen med 2-3 SSA'er. Nogen patienter har man indtryk af lægger og 'kvabber' i Oxycontin.*

Afdeling Z (Knæ- og hoftealloplastik patienter, lange PGI)

Afdelingen har ændret på den per orale smertebehandling i efteråret 2004, hvor der skete et skift i præparatvalg (NSAID anvendes dog ikke systematisk). Den samlede dosis morfika er formentlig ikke blevet ændret:

- *Smertebehandlingen er blevet bedre. Standarden er nu Oxycontin depot 10 mg x 2 (større dosis ved høj vægt) hvis det er hofter, og 20 mg x 2 hvis det er knæ. Oxynorm 5 mg p.n. og Pinex 1 g x 4. Der gives også Ibumetin uanset om proteser er cementeret eller ucementeret. Det er ikke ret lang tid siden, at vi ændrede på smertebehandlingen.*
- *Vi har ændret på smertebehandlingen – men vi giver ikke mindre – tror jeg nok.*

Udover den per orale smertebehandling får knæ patienter epidural smertebehandling i rutinemæssigt fire dage. Der var ingen speciel begrundelse for, at knæ patienter har epiduralkateter i fire dage udover, at patienterne skal smertedækkes så godt som muligt. Samtidig med epiduralkateteret får patienterne rutinemæssigt anlagt KAD for at undgå blæretention. Sygeplejerskerne på afdelingen kan selv skrue op og ned for den epidurale smertebehandling. Der fremkom bemærkninger om, at plejepersonalet måske har en varierende indstilling til den individuelle smertebehandling.

- *Knæalloplastik patienter har epiduralkateter i fire dage. De har for ondt til at træne uden epiduralkateter. Der kræves meget af dem til træning.*
- *Knæ patienter har epidural kateter i fire dage, og hvis de får Marcain, så bibeholder de KAD i fire dage. Når man har oplevet flere tilfælde med urinretentioner, så bibeholder man KAD. Vi har aldrig prøvet at fjerne KAD, før den epidurale behandling er afsluttet.*
- *Det sker tit, at epidural kateteret giver nedsat følelse i det andet ben, hvilket gør det sværere at mobilisere. Men sygeplejersken på sengeafdelingen kan skrue op og ned for den epidurale smertebehandling. Det er rigtig, at det er meget individuelt med styringen af den epidurale behandling. Det er ofte sygeplejersken, der har gruppen, som afgør, om det er tid til at trappe ned eller ikke.*
- *Det er meget individuelt, hvor villigt personalet er til at give smertestillende – altså hvor villig personalet er til at spørge ind til, om patienten har ondt.*
- *Knæene er ikke selvhjulpne, så længe de har smertekateter. Det tager endvidere nogle dage at indstille den per orale medicin, når der slukkes for kateteret.*
- *Der skal skæres ned på den epidurale behandling, såfremt vi skal kunne sende vores knæ patienter hjem dag 5. Så skal vores smertebehandling revideres.*

De interviewede mente, at deres patienter formentlig var bedre smertedækket end patienter på andre sygehuse, og understregede samtidig, at patienter havde behov for en individuel smertebehandling. Bl.a. kan behovet for smertestillende medicin være større hos patienter, som har ventet længe på at blive opereret.

- *Hofterne får meget individuel smertebehandling, fordi det er meget forskelligt, hvor ondt de har. Jeg synes, at det har meget at gøre med, hvor ondt de har haft det før, de blev opereret. Nogle hofteallo-*

plastik patienter kan klare sig på Pinex alene, mens andre har et stort behov for smertestillende medicin.

- *Har vores patienter meget ondt? Det tror jeg slet ikke, at det hænger sådan sammen. Når vi får patienter andre steder fra, så hører jeg dem meget tit sige, at de slet ikke kan forstå, at man kan få et nyt knæ og så ikke været igennem et smertehelvede. Folk tror, at det skal gøre så voldsomt ondt, men vi har hele tiden været på forkant og sagt, at skal de træne, så skal det ikke være så forfærdeligt at træne knæet op.*

Ved audit fik hovedparten af patienterne ved udskrivelsen udleveret et udtrapningsskema, idet flertallet havde behov for Oxycontin ved udskrivelsen.

Afdeling T (knæalloplastik patienter, lang PGI)

Patienterne har fast femoraliskateter anlagt i tre dage efter operationen, som suppleres med paracetamol 1g x 4, Oxycontin depot 10-20 mg (vægtafhængigt) x 2 samt Oxynorm 5 mg p.n.

Patienterne har hidtil tidligst påbegyndt nedtrapning af Oxycontin fra dag 5, idet der generelt sker en individuel vurdering af patienten. Patienterne havde ved journalaudit ofte et opioid forbrug ved udskrivelsen (også når patienterne var indlagt 10-12 dage), og patienterne fik jævnlige aftrapningsskema, som de skulle følge hjemme.

Afdelingens rutiner mht. smertebehandling havde ved fokusgruppe interviewet i juni 2005 netop undergået tre ændringer:

1. For det første anvendes nu NSAID i en fast dosering i de første 3-5 dage, hvilket har betydet, at patienterne har mindre ondt.
2. For det andet har klinikken valgt en opblødning i ordinationsretten, så bl.a. sygeplejersken fra opvågningen kan regulere op og ned for femoraliskateteret, i stedet for at man skal vente på, at en læge kommer og giver tilladelse til dette.
3. For det tredje har man givet patienterne lov til at selvadministrere p.n. smertestillende medicin, i stedet for at de først skal spørge personalet om lov.

Nedenstående citater giver et indtryk af de interviewedes holdninger til bl.a. NSAID, femoraliskateter og udtrapning af smertestillende.

- *Det største problem vi har haft mht. at mobilisere patienterne, det er smerterne.*
- *Noget nyt, som vi er startet på, er at give NSAID i en fast dosering efter operationen. Tidligere gav man det mere individuelt efter behov, og det kunne være lidt svært ind i mellem at få det effektueret rimeligt hurtigt. Men nu er det en fast ordination de første 3-5 dage (Brufen 4-600 mg x 3 – vægtafhængigt).*
- *Tidligere har det været sådan, at pga. af frygt for manglende knogledannelse så har lægerne været tilbageholdende med NSAID, men når man står og ser på et inflammeret og hævet knæ, så er det bedst at anvende NSAID. Det er jeg enormt glad for, at det er blevet indført. Det vil hjælpe os godt på vej i mobiliseringen. Det er inden for den sidste måned, at dette er sket.*
- *Tidligere var det sådan, at skulle der skrues ned for et femoraliskateter, så skulle vi have fat på en læge, men det kan sygeplejersken få lov til at gøre nu. Man er ikke så aggressiv efter at få patienten ud af sengen, når benet kan svinge under dem.*
- *Femoraliskateteret dækker ikke altid bagsiden af knæet. Så der kan patienterne godt opbygge et behov for Oxycontin i større og større mængder. De får en høj dosis Oxycontin samtidig med, at de får femoraliskateter – det er ikke så smart. Det kan være, at epiduralkateter er en bedre løsning, eftersom det tager hele knæet. Måske skulle de bare have epiduralkateter i et døgn eller to og så gå over på tabletbehandling.*

- Tidligere (sidste år) skulle patienter bede om ekstra smertestillende, men nu kan patienterne selv administrere den smertestillende p.n. medicin. Man starter tidligst på nedtrapning af medicin 5. dag – ikke før – det er en individuel vurdering, hvornår man starter på udtrapning. Det er ikke standard, at 5. dag der starter vi med at trappe ned. Det er den, der er der, som tager en individuel vurdering. Vi kan se på deres p.n. forbrug, at hvis de stadigvæk bruger en del Oxynorm, så er de ikke klar til nedtrapning.
- Nogen patienter er ikke trappet ud ved udskrivelsen og fortsætter derfor med smertestillende opioider hjemme. De får et udtrapningsskema med hjem.

Afd. Q (Knæ- og hoftealloplastik, lange PGI)

Smertebehandling er markant ændret i 2005. Tidligere fik patienterne morfin gange 6, men nu er man gået over til Oxycontin doser (10 eller 20 mg x 2 efter vægt - over/under 50 kg), Oxynorm 5 mg p.n. samt paracetamol 1g x 4. Patienter får ikke lov til selv at administrere p.n. medicin. Afdelingen anvender ikke NSAID pga. dårlige erfaringer med mavesår.

- Smertebehandlingen blev fuldstændig ændret her for et halvt år siden. Vi skiftede over til Oxycontin i stedet for morfin. Morfin skal gives gange 6 og reelt fik patienterne det kun fire gange, så de var ikke ordentlig smertedækket. Det er bedre nu.
- Vi håber på, at vores nye Oxycontin doser (10 eller 20 mg x 2 efter vægt – over/under 50 kg) samt Oxynorm 5 mg p.n. kan give en god smertebehandling. Vi arbejder på, at fyssen skal kunne give patienterne Oxynorm, før de starter på træningen. Plejen må gerne supplere med Oxynorm, men de udleverer ikke medicin til patienternes egen administration – det er der dog nogle der gør, men det er ikke rutinen.
- Vi bruger ikke NSAID. Vi havde en masse mavesår sandsynligvis fordi vi både har akutte og elektive - det var måske de akutte patienter som fik mavesår. Vi har fjernet NSAID fra vores standardsmerteinstruks. Der er vist heller ikke nogen, der har bevist, at det hjælper.

Oxycontin behandlingen gives til knæ patienter uanset om de har blokadebehandling eller ikke. Sygeplejerskerne på afdelingen skruer nu (i 2005) selv op og ned for blokadebehandling, men tidligere var det anæstesiaafdelingen, der styrede behandlingen. Der gav jævnligt problemer, eftersom man ofte skulle vente på anæstesen, såfremt der var problemer. Et trombolyseprojekt i 2004 betød, at epiduralblokade ikke kunne anvendes til knæ patienter, som indgik i projektet. Således fik kun få knæ patienter blokade behandling i 2004. Afdelingen har endvidere et problem med opvågningen, som ikke giver tilstrækkeligt høje doser smertestillende.

- Det var anæstesen, der styrede og regulerede blokaderne indtil 2005. Plejen har ikke selv måtte regulere op og ned. Men aktuelt er der kommet en ny overlæge på anæstesen, som siger, at det er plejens eget ansvar. Anæstesen har ikke længere ressourcer til at komme så meget. Når pumper ikke virker, så bliver patienterne tit dårligt smertebehandlet, eftersom man afventer anæstesen. Mange gange er det ordnet inden for et døgn, men det koster så patienterne et døgn, hvor de er dårligt smertedækket. Det har været et problem.
- Der bliver lagt en masse blok, men jeg har noget uenighed med anæstesen om hvad vi skal gøre. Der er ofte patienter med femoralis blokade, der ligger i to dage i deres senge, fordi de ikke kan få aktiveret deres muskelaktivitet. Det er ikke noget, der optimerer forløbet. Blokader – også epidural blokader – er ikke en hurtig måde at få folk ud af sengen på.
- Der har også været et problem, når man har taget epipumpe ned, så har der været et døgn tid, hvor patienten har skullet skifte til per oral behandling og det har også skabt problemer. Og der har vi nok lavet en lille fejl, idet det er samtidig med, at vi går ind og taler udskrivelse med patienterne, hvor den nye smertedækning ikke virker tilstrækkelig.

- *Der går vi faktisk ind nu og gør det anderledes, idet vi giver dem det faste smertestillende samtidigt med epipumperne. Før i tiden startede vi morfinen op, når vi stoppede pumperne, men nu giver Oxycontinen med det samme uanset om de har blok eller ej.*
- *Vi kørte et projekt med tromboseforskning i 2004 og derfor måtte patienterne ikke få epidural blokade. Derfor var der ikke så mange knæ patienter, der fik epidural i 2004.*
- *Vi har et slagsmål med vores opvågning, som ikke tør give de doser som vi ønsker – de giver meget små doser. Det er først når de kommer ned på afdelingen 6 timer efter at de begynder at få det de skal have. Vi har sagt det til dem flere gange og de kender vores ordinationer, men de bliver ved med de lave doser. Det duer ikke til hofte og knæ for de patienter har ondt. Og det første døgn har de rigtigt ondt.*

Patienterne får ved udskrivelsen typisk recept med på Oxycontin x 2 i 14 dage.

- *De fleste patienter udskrives normalt med 14 dages Oxycontin x 2. De fleste får recepter, når de går hjem herfra. Vi kan også skifte dem over på Dolol x fire.*

1.4 Fokus på udskrivelse

Nogle af de interviewede på afdelinger med kort PGI erindrer en vis skepsis mod den tidlige udskrivelse, da de accelererede forløb blev indført.

- *'Men det har vist sig, at det sagtens kan lade sig gøre at udskrive patienterne tidligt uden at man presser dem og uden at den faglige kvalitet forringes – formentlig snarere tværtimod'.*

Afd. X - kort PGI - har sat vejledende standard mål op for, hvad patienten skal kunne dag for dag, og patienterne er klar over, at de maksimalt skal være indlagt i fem dage. Der er opsat klare udskrivningskriterier (jf. 6.1.22 samt bilag 9 og 10), som alle følger. Der hænger skemaer på alle stuer samt i træningslokalet med en oversigt over mål dag for dag. Patienter udskrives i weekender.

'Standardforløb hindrer os ikke i at udskrive patienterne tidligere, såfremt de opnår udskrivningskriterierne inden fem dage'.

Afd. Y - kort PGI - har ikke præcise mål op for, hvad patienten skal dag for dag, idet man i stedet arbejder mod mål formuleret i udskrivningskriterierne (jf. 6.1.22 samt bilag 9 og 10). Patienter informeres om, at de er indlagt i 4-5 dage med plads til individuelle variationer.

- *'Vi havde en målbeskrivelse dag for dag for patienterne i begyndelsen ved indførelse af accelererede forløb, men det har vist sig ikke at være nødvendigt at have disse mål. Det vil sætte alt for snævre rammer op for patienterne, og nogle vil være kede af – eller stressede over - ikke at have nået dagens mål, mens andre vil kunne begrænses i dagens træning, når de har nået dagens program. Derfor sætter vi ikke mål op for hver dag, men arbejder mod udskrivningskriterierne i stedet. Der tages individuelle hensyn på denne måde.'*

Fysioterapeuterne på afd. Y træner med patienterne både lørdag og søndag, og patienter udskrives i weekender.

- *'Patienterne skal ikke miste nogen træningsdage bare fordi det er weekend og ofte udskrives vi også patienterne en lørdag eller en søndag, såfremt de har opnået udskrivningskriterierne på dette tidspunkt'.*

Afd. Y har en opfølgning på patienterne 2-3 dage efter udskrivelsen, hvor én fra plejen eller en fysioterapeut ringer til patienten og sikre sig, at patienterne har det godt. Ved opringningen stilles fortrinsvis åbne spørgsmål, og såfremt der er specielle problemstillinger ved udskrivelsen (f.eks. lidt

siven fra cikatrise) udspørges der specifikt hertil. Ved udskrivelsen understreger fysioterapeuterne og lægerne, at patienterne skal ringe til dem, såfremt de har problemer eller spørgsmål.

- *'Vi udleverer et telefonnr. som de kan ringe til. Som regel benytter patienterne det sjældent, men det giver dem formentlig en vis tryghed at vide, at de til enhver tid kan ringe ind, såfremt der er problemer eller spørgsmål inden de kommer til den ambulante efterkontrol'.*

Afd. S - kort PGI - har sat standard mål op for, hvad patienten skal kunne dag for dag. JC-patienterne informeres om, at de er indlagt i fem dage. Tjeklister for målene dag for dag er lagt ind på patienternes bord, så de i fællesskab med personalet kan følge om de lever op til standarderne, idet tjeklisterne dagligt afkrydses i fællesskab.

- *'Målene dag for dag er nu så indarbejdede, at vi i stedet kun fokuserer på afvigelser fra standarden.'*

Udskrivningskriteriet kan 'lidt frisk' betegnes som 'fredag'. Alle patienter i JC-forløbet opereres mandag og udskrives som hovedregel fredag, idet de her skal være selvhjulpne, kunne gå med stokke og på trapper og flektre 90 grader (ikke et absolut mål for udskrivelse). Det sker sjældent, at patienter udskrives før fredag, hvilket skyldes at JC-gruppen behandles som en enhed, der skal følges ad og støtte hinanden i hele forløbet. Dog kan nogle patienter af og til være indlagt i lidt længere tid, såfremt de ikke har nået udskrivningskriterierne eller måske har smerteproblemer.

- *'Det sker at patienter er klar til udskrivelse allerede torsdag, men vi vil hellere have at de bliver til fredag, så gruppen fungerer som en enhed'.*

Afd. R - mellemlang PGI, hofter - havde oplevet, at PGI var blevet noget længere på tidspunktet for den eksterne audit. De interviewede mente, at en kombination af større travlhed end sædvanligt (og dermed mindre fokus på de elektive patienter) og en større udskiftning end normalt af plejepersonalet (og dermed usikkerhed om rutiner) var årsagen til at PGI var øget.

- *Der har været meget travlt efter sommerferien. Jo mere travlt man har, jo mere går det ud over de elektive patienter.*
- *En forklaring på at det er skredet kan være stor udskiftning af personale. Der er en del nye, som f.eks. kan spørge, om de må tage en patient op, før de skal i røntgen og sådanne ting. Vi ved, at det ikke behøves (røntgen), men det kan måske forlænge indlæggelsen. Der har også været et andet indtag af patienter i efteråret med mange tunge akutte patienter. Det er formentlig en kombination af nyt personale og meget travlhed, som kan forklare, at indlæggelsestiden er skredet noget.*
- *Nogen gange bliver det ikke planlagt tidligt nok med udskrivelsen, og så går der let en dag ekstra. Fysioterapeuten melder, når patienten er klar til udskrivelse, men det er jo i et samråd med plejen og lægen. Det er ikke lagt i et fast forløb, men det foregår løbende igennem forløbet, hvor man tænker på, om det er én som kan klare sig selv eller om man skal have fat i hjemmeplejen eller i familien. Hvis man ikke lige får ordnet det, så går der hurtigt et par ekstra dage.*

Afd. R har ikke opstillet dag til dag mål for, hvad patienterne skal kunne. Patienterne orienteres mundtligt om udskrivelseskriterier, herunder at de kan forvente at være indlagt i 5-8 dage.

- *Vi siger, at når de har været på trapper, kan gå sikkert, kan komme ind/ud af sengen og kan klare sig selv med personlig hygiejne, så er de klar til udskrivelse. Endvidere skal de kende restriktionerne og kunne deres øvelsesprogram (udleveres skriftligt). Det er mundtligt udmeldte kriterier (bortset fra øvelsesprogrammet).*

Afd. O - mellemlang PGI, hofter - har ikke opstillet dag til dag mål for, hvad patienterne skal kunne. Udskrivningskriterier (jf. 6.1.22 samt bilag 9 og 10) er i øjeblikket under revision. Patienterne orienteres mundtlig om at indlæggelsesvarigheden er ca. en uge.

- *Vi er i gang med at sætte mål op, hvor vi specificerer helt ud dag for dag, hvad patienterne skal kunne. Vi sætter ikke dage på, hvornår de skal udskrives. Vi skriver, hvad vi forventer de skal de første tre dage efter operationen og tredjedagen (fjerde dag, såfremt operationsdagen er dag 1), da forventer vi rent faktisk, at de kan det de skal kunne. Det er faktisk det vi lægger op til. Så med den nye pjece, da kører vi efter udskrivningskriterierne.*
- *Det er dybt individuelt, hvor mange dage patienterne skal være indlagt. Men størstedelen der opereres mandag vil kunne komme hjem fredag/lørdag.*
- *Jeg synes, at det er problematisk overhovedet at opstille en grænse. Jeg synes, at det optimale må være at individualisere det ift. den enkelte patient og sige, at når patienten er mobiliseret tilstrækkeligt, så skal patienten hjem. Er patienten klar til at tage hjem på 3. eller 4 dag, så skal patienten hjem. Det er således udskrivningskriterierne, der burde være afgørende.*
- *Vi har udskrivningskriterier – f.eks. at patienten skal kunne komme ind/ud af sengen selv og skal kunne gå 50 meter med et gangredskab og gå på trapper. Endvidere skal de have en god forståelse for regimet (bl.a. restriktioner) og kunne bruge de hjælpemidler, som de får udleveret. De udskrivningskriterier bruger vi i dag.*

En del patienter på afd. O opnår tilsyneladende afdelingens udskrivningskriterier uden at blive udskrevet. De interviewede fremkom med følgende mulige forklaringer på dette:

- *I perioder har røntgen været en forsinkende faktor – især hen over weekenden kan det være et problem, fordi der sker meget lørdag og søndag. Hvis patienten f.eks. fredag ikke er klar til at blive udskrevet, men så lørdag eller søndag egentlig er klar, så mangler vi af og til røntgen.*
- *Det er problematisk, at vi har så stort et akut indtag på sygehuset. Man kan ikke forvente, at der kommer en læge til en udskrivelse 'nu' – især i weekenderne, hvor bemanningen er lav.*

Afd. T - lang PGI, knæ - havde ved fokusgruppeinterviewet i juni 2005 indført de mest markante ændringer siden den eksterne journal audit tidligt på året i 2005. Personalet blev spurgt, hvorfor man ikke tidligere havde overvejet at revurdere sine rutiner i patientforløbet. Forklaringen var, at man egentlig gjorde, som man altid havde gjort, da man i sin tid startede op, samt at man nok 'hyggede' mere om patienterne. Ingen havde haft behov for at sætte spørgsmålstejn ved de daglige rutiner.

- *Hvorfor vi gjorde, som vi gjorde før? Det var bare kulturen. Det var sådan vi gjorde.*
- *Vi gjorde bare tingene på samme måde, som da vi i sin tid startede op.*
- *Grunden til at vi har haft en lang indlæggelsestid er, at vi ikke er en storby. Man hygger mere om folk herude. Jeg kommer fra et lille sygehus, og der var patienterne også indlagt de her 10-14 dage, og det var da hyggeligt. Man går mere og nusser om dem.*
- *Over i fys. har vi måske holdt dem en dag længere for lige at være sikre på, at de kan gå ordentlig på trappe eller kan cykle ('kondicykel').*

De interviewede understregede, at der ikke ville blive ændret på udskrivelseskriterierne, når de accelererede optimerede forløb indførtes. Udskrivelseskriterierne var de samme, men man ville blot opnå dem hurtigere. Fysioterapeuterne lagde som udskrivelseskriterier vægt på:

- at der skal være en fremadskridende proces i knæleddets fleksion.
- at fleksionen skal være minimum 70 og helst 90 grader.

- at der højst er en ekstensionsdefekt på 10 grader.
- at patienten kan gå vha. relevante hjælpemidler herunder klare trappegang.

Derudover var det et mål - ikke et udskrivningskriterium – at patienten kunne cykle på en kondicykel.

Tidligere (2004) fik patienter mundtlig oplyst, at de ville være indlagt en uges tid, mens informationsfolderen angav indlæggelsesvarigheden til 8-14 dage:

- *Det nye ved informationen er bl.a., at personalet nu vil betone, at patienten er rask, og det er patienten, som har et medansvar for forløbet. Man vil sige til patienterne, at de er indlagt 3-6 dage, hvor de tidligere i ambulatoriet fik at vide, at de ville være indlagt i en uges tid, mens der i patient brochuren står, at indlæggelsestiden er 8-14 dage.*

Plejen omtalte ikke nye specielle udskrivningskriterier i forbindelse med opstarten af de nye accelererede optimerede patientforløb. Plejen havde ikke noget andet udskrivningskriterium end, at patienterne skulle kunne klare sig selv, hvilket let blev opnået i løbet af de ti dage de tidligere typisk havde været indlagt. Så udskrivningskriteriet for plejen havde indtil videre været: ”Når fyssen havde sagt god for patienten”.

- *Udskrivelseskriterierne med det nye forløb bliver vel ikke anderledes end de altid har været.*
- *Det var før i tiden sådan, at fyssen styrede, hvornår patienten skulle hjem. Problemet var nok, at der ikke var et fælles mål for, hvornår patienten skulle hjem, som var helt tydeligt mellem læger og plejen samt fysioterapien. Der var ikke klare mål. Det var en meget individuel vurdering af, hvornår patienten var klar til udskrivelse.*
- *Udskrivelseskriterierne det må være, når patienterne kan klare sig. Hvis de ikke kan klare sig, så skal de ikke hjem. Sådan er det bare.*
- *Vi vil godt sikre os, at patienterne har noget bevægelighed i begge retninger, så det ikke kun er den ene vej det går godt. Tidligere har vi i brochure haft et mål på 60 graders bøjning, mens vi i fyssen nok har kørt efter 90 grader.*

Afd. Q - lang PGI - har ikke opstillet dag til dag mål for, hvad patienterne skal kunne. Udskrivelseskriterium er, at 'patienten skal kunne klare sig'. Tidligere (2004) var der et krav til, at knæpatienter skulle kunne bøje 90 grader, men i dag forventer man, at patienten får den tilstrækkelige fleksion af knæet ved den ambulante optræning hos fysioterapeuterne efter udskrivelsen. Den aktuelle patientinformationsfolder til THA patienter angiver ikke nogen PGI, mens knæfolderen angiver 5-6 dage. Personale angiver mundtligt ca. en uge til både hofte- og knæpatienter, men journalaudit og LPR-data tydede på længere PGI.

Både hofte- og knæalloplastik patienter skal som udskrivningskriterium kunne gå med et egnet hjælpemiddel, som de har derhjemme (som regel stokke), og de skal have været på trapper. De skal være instrueret i hjemmeprogram, og de skal selv kunne klare alle forflytninger. Hjemmehjælp kan være af betydning mht. udskrivelsen, eftersom de skal have tre dages 'notits'.

- *Udskrivningskriteriet for hoftepatienter er 'Når de kan klare sig'.*
- *Knæmæssigt har det været et gammelt dogme, at patienten skulle kunne bøje 90 grader, før de kunne komme hjem. Før blev de lagt i kinetec maskine, såfremt de ikke kunne bøje 90 grader i knæet på 5. dagen, men nu hvor de holdtrænes efter udskrivelsen, så har vi mulighed for at følge dem, og derfor bliver det ikke så vigtigt, om de kan bøje 90 grader ved udskrivelsen.*
- *Set ud fra et fysioterapeutisk synspunkt, så er det når de kan gå med et egnet hjælpemiddel, som de har derhjemme (som regel stokke), og de skal have været på trapper. De skal være instrueret i vores hjemmeprogram, og de skal selv kunne klare alle forflytninger. Dette gælder for både knæ og hofter.*

Vi har ikke været så 'hippe' på de 90 grader på knæene. Hvis vi har kunnet se, at der var problemer, så har vi kaldt dem ind hurtigt.

- Hjemmehjælp kan også være af betydning mht. udskrivelsen, eftersom de skal have tre dages 'notits'. De skal varsles tre dage før udskrivelsen og nogle gange fire dage før. Det glipper nogle gange at planlægge varslingen af hjemmehjælp i tide, hvilket kan forlænge indlæggelsestiden. Patienterne skal også være så klare, at vi kan få et realistisk billede af, hvor meget hjemmehjælp de har brug for. De fleste går dog hjem uden behov for hjemmehjælp.*

Ved fokusgruppeinterviewene fremkom der bemærkninger fra enkelte medarbejdere på afdelinger med lange PGI, der udtrykte skepsis over for 'udtalt' korte PGI. Her er et udpluk fra afd. Q:

- Jeg tror, at det der udtalt forceret forløb (hjem 5. dag) man snakker om, ikke dur. Man kan selvfølgelig godt tvinge patienterne til det - ved at sige det - men mange patienter vil blive utrygge. Man kan godt sende dem hjem, men hvad så med genoptræningen. Jeg tror, at der er for tidligt.*
- Vi har ikke tænkt os at skulle smide patienterne ud efter fem dage, fordi vi skal konkurrere med nogle centre, som laver elektive operationer for hele landet. Patienterne skal komme trygt hjem og gode hjem.*
- Jeg tror, at den faglige kvalitet påvirkes, hvis man skal udskrive patienterne 5. dag. Man skal i så fald gå på kompromis nogen gange. Hvis man smider dem ud på 5. dag - da kan de godt være på krykkestokke, men de er ikke ordentlig smertereguleret. Vores patienter plejer at blive reduceret i smertebehandling den dag de går hjem.*
- Hvis folk skal kravle hjem dag 5 og græde, så er det ikke optimal smertebehandling. Det kan godt være, at forløbet så er accelereret, men det er ikke optimalt.*

På afd. Z - lang PGI - havde de interviewede bl.a. følgende mulige forklaringer på, at afsnittets patienter havde lang PGI postoperativt:

- Høje kvalitetskrav til bevægelighed af specielt knæ (100 grader fleksion hhv. fuld ekstension), før disse patienter udskrives. Kravene til hoftepatienter er, at de skal være 'så godt som muligt i gang', før de udskrives.
 - Vi har lange indlæggelser, fordi vi primært satser på kvalitet her i huset i modsætning til så mange andre steder. Man har ikke de samme krav andre steder som her i huset.*
 - Kravene til f.eks. knæalloplastik er, at vi minimum kræver 100 grader fleksion, og de skal helst kunne strække helt ud – specielt under gang. Der kan selvfølgelig være forløb, hvor de ikke kan nå dette inden de kommer hjem, såfremt de har gået og ventet flere år på operationen. Kravene til at skulle komme ind og ud af senge og gå på trapper er ikke nok hos os, men det er kravene andre steder. Så vi sætter kvalitet meget i højsædet.*
 - Knæ patienterne skal også have fat i muskulaturen, så de kan bruge deres quadricepsmuskler. Hvis patienterne kommer hjem med ti graders ekstensionsdefekt eller mere, så har de ikke fat i deres quadricepsmuskler.*
 - For hofter er der ikke på samme måde som til knæ krav til bevægelighed, men det er meget op til os (fyssen) at vurdere, hvornår vi synes, at en patient er klar til at komme hjem. Er der f.eks. ingen abduktion eller ingen ekstension i en hofte, så mener jeg ikke, at en person skal hjem og selv træne det op. De skal nogenlunde kunne finde de muskler de skal bruge, og de skal også kunne færdes med to stokke, så du ikke afskærer dem fra at gå på f.eks. trapper.*
- Afsnittet har mange 'tunge' patienter, som er svære at mobilisere – f.eks. hjerte/lungesygte patienter, patienter med høj vægt og/eller patienter som har ventet længe på operationen.
 - Jeg ved godt, at de kører projekter andre steder – f.eks. Silkeborg – hvor hoftepatienter opereres om mandagen og kommer hjem om fredagen. Sådan kører vi ikke her – hverken med hofte- eller knæ-*

alloplastik patienter. Det er meget individuelt. Hoftepatienter er typisk indlagt 7-10 dage her, og knæ er indlagt 10-11 dage. Mange af vores patienter er i ASA gruppe 3-4 eller har en stor vægt, hvilket gør at de ikke kan springe rundt allerede første eller anden dag.

- Patienter med hjertelunge problemer kan ikke holde ud at træne i nær så lang tid som raske patienter – hjertelunge patienter bliver mere trætte. Vi har også mange patienter med en rimelig høj vægt. Det hele gør måske, at de er lidt tungere at mobilisere.*
- Jeg har indtryk af, at vi ligesom er samlingssted for de patienter, som man ikke rigtig vil operere andre steder. Så er der problemer, så kan de komme på vores sygehus, så vi har nogle tunge patienter ind imellem.*
- Dem der har gået og humpet igennem de sidste år inden de bliver opereret – de er tunge at få igennem.*

3. Et stort indtag af akutte patienter gør det svært at holde fokus på alloplastik patienters mobilisering.

- Jeg har svært ved at skelne de primære alloplastik patienter fra de øvrige patienter. De primære alloplastik patienter 'drukner' lidt i de øvrige patienter på afdelingen. Jeg tror måske, at det er en lidt dårlig vane, fordi man ikke har tilstrækkeligt fokus på disse patienter.*

4. Stor udskiftning af personale betyder ofte længere indlæggelsesforløb pga. nye uerfarne medarbejdere.

- Nyt personale på en afdeling har også betydning for indlæggelsesforløbet – det bliver længere. De nyansatte er måske ikke så hurtige til at få patienter ud af sengen som os, der har været der længere tid. De er for nervøse og stressede over at skulle have vagten over en hel gruppe patienter og vægter nogle andre ting frem for at få patienterne op.*

Afd. Z har ikke opstillet dag til dag mål for, hvad patienterne skal kunne. Afdelingen anvender ikke tjeklister. Det er primært fysioterapeuterne som vurderer, hvornår patienter kan udskrives, idet det normalt er opnåelse af krav til bevægelighed, som afgør, hvornår en patient kan udskrives. Knæ patienter er normalt selvhjulpne efter ca. 5 dage, mens hofte patienter - som ofte er ældre - er lidt længere om at være selvhjulpne - ca. én uge. Da indlæggelsesvarigheden for TKA patienter typisk er 10-12 dage, så er det i praksis venten på at opnå en tilstrækkelig god bevægelighed af knæet, som afgør indlæggelsesvarigheden. Afdelingen benytter rutinemæssigt kinetec maskiner til knæ patienter to gange en halv time dagligt under indlæggelsen for derved at øge bevægeligheden af knæet.

- Ift. patienterne siger vi ikke noget om, hvor meget de skal kunne de forskellige dage. Vi siger, at de skal op så hurtigt som muligt. Hvis de nu kaster op – mange af dem har det ikke specielt godt - så får de noget kvalmestillende, og så forsøger vi at 'lokke' dem op. De kommer som regel altid op at sidde i en stol. Vi tilstræber meget, at de skal komme op til måltiderne.*
- Fysioterapeuterne vurderer, hvornår patienterne er klar til at træne med stokke. Det er rigtigt - som audit har vist - at mange af patienterne først får stokke 5. dag efter operationen. Det passer meget godt. Jeg synes, det er meget svært, idet der ikke er to patienter som er ens. Knæ patienter får nok gennemgående stokkene lidt senere, fordi de har femoraliskateter og derfor ofte ikke har den fulde førlighed i benene, og derfor er det noget sværere at gå med stokke end at gå med stativ.*
- Hofte patienter tager længere tid før de er selvhjulpne – de er også ældre end knæpatienter. Hofte patienter har også nogle flere retningslinier og regimer de skal sætte sig ind i. Jeg tror, at der går en uge før de er selvhjulpne – altså kan tage bad og selv komme ind og ud af sengen.*
- Knæ patienter er indlagt i 10-12 dage for at lære at bøje og strække ordentlig i det opererede knæ. De er selvhjulpne lang tid før. De er således indlagt i venten på at opnå en tilstrækkelig god bøjning.*

Fysioterapeuterne angav, at de nu har afsat mere tid til træning, så knæ patienter får nu træning to gange dagligt. Alloplastik (både knæ og hofter) patienter bliver ikke trænet i weekender bortset fra lørdagstræning af patienter opereret 1-2 dagen forinden. Det er i høj grad fysioterapeuterne, som bestemmer, hvornår patienter er klar til stokketræning, og plejepersonalet afventer fysioterapeuternes vurdering, hvilket formentlig betyder forsinkelser i mobiliseringen for patienter, når weekenden kommer imellem.

- *Fysioterapeuterne ser patienten dagen efter operationen. Knæ patienter får træning to gange om dagen. Hoftepatienter får træning én gang om dagen.*
- *Hvis patienten bliver opereret en torsdag eller en fredag, så ser fysioterapeuterne ikke patienten i weekenden. Så disse patienter begynder først træning om mandagen. Patienter kommer dog op, men vi træner dem ikke med øvelser, og de får i hvert fald ikke andet end et gangstativ. Det er først, når fysioterapeuten dukker op, at patienterne kan få stokke. Logisk set må torsdag og fredags patienter således være indlagt længere.*

De interviewede var positive overfor muligheden af at afkorte patienters PGI, men det måtte ikke gå ud over kvaliteten. De interviewede havde dog svært ved at se, at patienter kan udskrives 5. dag efter operationen.

- *Jeg tror ikke, at vores patienter kan komme hjem på femte dag. Vi holder i hævd, at patienterne gerne skal kunne fungere godt, når de kommer hjem.*
- *Knæ patienterne kender målet for udskrivelse. De er informeret om kravet til bøjning samt ekstension af knæet, før de kan udskrives. Men spørgsmålet er, om målet skal opnås, mens patienter er indlagt eller om dette mål kan opnås under et ambulant forløb.*
- *Der skal skæres ned på den epidurale behandling, såfremt vi skal kunne sende vores knæ patienter hjem dag 5. Så skal vores smertebehandling revideres.*
- *Mange af vores knæ patienter er ret unge og skal ud og være erhvervsaktive igen. Derfor er det jo vigtigt, at de bliver så gode som muligt så hurtigt som muligt. Dette kan ikke gøres ambulant, eftersom vi (fysioterapeuterne) ikke har ressourcer til at tage patienterne ind ambulant.*
- *Hvis man nedsætter indlæggelsestiden, så skal patienterne gå længere tid ambulant. Vi skal have flere igennem ambulant, såfremt vi nedsætter indlæggelsestiden. Får vi ressourcer til dette, så kan det lade sig gøre.*
- *Knæ patienter skal gå i længere tid ambulant, fordi vi kun kan give dem 1-2 gange ambulant træning om ugen. Så det skal være nogen, som er flittige til at træne selv, såfremt knæet er stramt - mere end halvdelen af knæ patienterne har jo ekstensionsdefekt. Det er disse patienter, som er svære at få i gang, fordi det er svært selv at træne. Det er patienter med ekstensionsdefekt, som vi skal have fat i, og de er sværere at have på hold for der skal du have fingrene på, såfremt det er en ekstensionsdefekt.*
- *Der tager længere tid at tage en patient ind ambulant end det tager at gå op at træne med en patient, som er på sengeafdelingen. Og de ambulante får ikke træning hver dag.*

1.5 Tværfagligt samarbejde, fleksibilitet, uformel koordinering og kontinuitet

På alle afdelinger fandtes forskellige grader af uformel koordinering, fleksibilitet og tværfagligt samarbejde, men auditørerne har ikke i samme grad genfundet det meget positive indtryk, som man fik på de tre afdelinger med kortest PGI (afd. X, Y og S).

Afd. X og Y havde en meget høj kontinuitet, idet medarbejderne i samtlige faggrupper havde været tilknyttet afdelingen igennem flere år og i det daglige dag til dag arbejde lykkedes det ligeledes de to afdelinger at opretholde en meget høj kontinuitet i alle faggrupper. Dette sammenholdt med en

meget lav sygelighed blandt plejens personale styrkede yderligere det positive klima på de to afdelinger. De to afdelinger har ikke akutte patienter, og da afd. X udelukkende har alloplastik patienter samt elektive ryg patienter, må afdelingens personale kunne betegnes som specielt dedikeret til de berørte diagnoser.

Den uformelle koordinering og fleksibilitet kan illustreres ved følgende eksempler fra afd. X:

- De to læger, som udfører fleste alloplastikoperationer, kommer - udover stuegang om morgenen – op i afdelingen flere gange i løbet af dagen. Dette gør det muligt løbende at få afklaret problemstillinger hos patienterne. Plejepersonalet føler, at det er let at få adgang til lægerne, og lægerne føler, at det er let at finde den relevante sygeplejerske, idet de normalt altid er i nærheden af deres patienter.
- Fysioterapeuterne (to fast tilknyttet afdelingen) og plejen guider hinanden, såfremt der er ting, som kan gøres bedre. *'Man er lydhør overfor at kunne gøre ting bedre'*.
- I weekender overtager plejen fysioterapeuternes opgaver, idet fysioterapeuternes instruktioner følges. Plejen kan f.eks. godt starte med at træne stokke med patienter om lørdagen, selvom fysioterapeuterne ikke har startet denne træning (fysioterapeuter træner kun patienter om lørdagen, som er blevet opereret dagen før), og patienter kan derved godt blive udskrevet allerede søndag frem for at skulle vente til efter weekenden. Tidligere var normen den, at man ventede med at træne med f.eks. stokke til fysioterapeuten kom tilbage om mandagen.
- Om aftenen fortsætter plejepersonalet træningen af patienter, og der kan ligefrem gå 'lidt sport i' at have været i træningslokalet med en patient, før fysioterapeuten har været der.
- Fysioterapeuterne står ikke og venter på, at en patient først skal have morgenmad eller skal vaskes før træningen kan komme i gang. Man tager derimod og vender situationen om til en fordel og bruger argumenter såsom: *'Det er da også bedre at få trænet før morgenmaden, så man ikke skal træne på en fuld mave'* eller *'Det er da fint først at få badet efter træningen, såfremt man går hen og sveder lidt'*. Fysioterapeuterne følger gerne en patient på toilettet uden at skulle bede plejen om dette.
- Via uformelle samtaler mellem de fagpersoner, som har patienten, taler man sammen om en patient opfylder udskrivningskriterierne i dagene op til udskrivelsen.

Den uformelle koordinering og fleksibilitet kan ligeledes genfindes på afd. Y, som næsten bliver en gentagelse af afd. X:

- Der er et tæt tværfagligt samarbejde om patienterne. Plejen, de to fysioterapeuterne og de to ortopædkirurgiske læger har deres daglige gang i afdelingen og via uformelle samtaler koordinerer man planerne for de enkelte patienter – herunder f.eks. tidspunktet for udskrivelse. *'Det er et lille hus, så det er altid let at få fat i lægerne enten når de kommer på afdelingen eller ved at fange dem på telefonen'*.
- Der er en velfungerende teamfunktion og en høj grad af tværfaglighed. *'Vi har f.eks. ingen portører og om aften træner aftenvagten (plejen) med patienterne'*. Fysioterapeuterne træner med patienterne i afdelingen i stedet for at tage dem op i fysioterapiens træningslokaler, som befinder sig et andet sted i huset. *'Det er spild af tid at gå op i terapien. Man udnytter tiden bedre ved ikke at skulle transportere patienterne op og ned'*.
- Det tværfaglige samarbejde kommer også til udtryk ved at plejen og fysioterapeuterne sørger for hele tiden at bruge de muligheder, der er for at træne patienterne. *'F.eks. når vi (plejen) skal have en patient i røntgen, så ringer vi lige for at høre om vi kan komme, og da vi ikke har nogen portører, så går vi selv ned med patienten – evt. tager fysioterapeuten patienten og træner med patienten på trappen på vej til røntgen. Sådan udnytter vi tiden så optimalt som muligt det meste af tiden'*.

På afd. S - (*kort PGI, TKA*) - kunne den uformelle koordinering og fleksibilitet ligeledes findes for JC-patienter, idet tværfagligheden var styrket dels via den fælles standardbeskrivelse i 'Joint Care Program', dels ved det fælles patientinformationsmøde forud for indlæggelsen og dels ved at alle faggrupper er mere tilstede i gruppen med JC-patienter. Dette kom bl.a. til udtryk ved:

- at fysioterapeuterne (to fast tilknyttet afdelingen) i dag har deres aktiviteter på afdelingen og ikke tager patienterne over i fysioterapiens lokaler.
- at en mindre gruppe sygeplejersker hhv. erfarne SSA'er tager sig af JC-patienterne.
- at en gruppe på fire speciallæger tager sig af JC-patienterne og ofte lægger deres vej forbi afdelingen.
- at anæstesi-lægen styrer smertebehandlingen og anæstesi-en (placeret lige ved siden af JC-stuerne) er blevet hurtigere til at gribe ind ved smerteproblemer (f.eks. når et kateter er gledet ud).
- at sygeplejersker og fysioterapeuter sammen følger JC-patienterne ved agraftjernelse efter 14 dage på afdelingen.
- at fysioterapeuter og læger sammen kontrollerer status i ambulatoriet efter to måneder.

De to fysioterapeuter på afd. S kan tilbyde patienterne en høj grad af kontinuitet under indlæggelsen, men plejepersonalet har rundepleje og kontinuiteten ift. JC-patienter led noget af skiftende arbejdstider pga. vagter. Lægernes kontinuitet holdes ved at fire 'knælæger', som er meget ens i deres vurdering, går stuegang. Men generelt har afdelingen vanskeligheder ved at opretholde den lægelige kontinuitet overfor den enkelte patient igennem hele forløbet (ambulatorium, operation og stuegang samt ved kontroller). Den lægelige normering er beregnet ud fra at der foretages mellem 100 og 130 alloplastik operationer årligt, men produktionen er blevet fordoblet, hvorfor lægerne er blevet tvunget til at finde den øgede lægetid ad hoc, når der opstår pauser i det øvrige arbejde.

På afd. R - (*mellemlang PGI, THA*) - blev det tværfaglige samarbejde betegnet som meget velfungerende med en uformel koordinering mellem plejen og fysioterapeuterne. Men der er løbende en stor udskiftning af plejepersonalet og en stor gruppe fysioterapeuter (8-10 personer) er tilknyttet den ortopædkirurgiske afdeling. Plejen savnede, at lægerne var noget mere på afdelingen, men med tre vakante speciallægestillinger var det svært for de resterende læger at dække alle funktioner lige tilfredsstillende.

- *Der er en stor udskiftning af plejepersonale. Det er jo en tung afdeling, så folk flytter jo væk. Og der er konstant to eller tre, som er på barsel. Mange i plejen er der ikke lang tid. Det er lige før, at vi to er nogle af de ældste og vi har kun været der i 1-2 år.*
- *Lægerne kommer for lidt. Det er frustrerende, hvis man har samlet en hel del, som skal tages op på stuegang, og så kommer lægen og siger, at han har 12 min. til at gå stuegang til hele afdelingen.*

På afd. O - (*mellemlang PGI, THA*) - kunne organiseringen af samarbejdet mellem plejen og fysioterapeuterne formentlig optimeres, så de to faggrupper i højere grad supplerer hinanden i arbejdsprocesserne omkring den enkelte patient. Fire fysioterapeuter dækker alle patienter på afsnittet på deltid (dvs. fysioterapeuterne har opgaver andre steder i huset foruden på det ortopædkirurgiske afsnit). Der går formentlig ressourcer til spilte, når plejen og fysioterapeuterne skal koordinere samarbejdet.

- *Jeg synes ikke altid, at samarbejdet er så godt, hvis jeg skal tage tyren ved hornene. Det kunne være rart at få nedbrudt nogle flere barrierer. Jeg kunne godt tænke mig noget mere samarbejde, hvor man siger, at nu går jeg ind og tager denne patient op og med ud på toilettet, hvorefter I tager over derfra, i stedet for at jeg bruger al patientens energi på personlig hygiejne og så er vedkommende helt færdig bagefter.*

- *Jeg er helt enig i, at vi kan slå to fluer med et smæk, når vi følger patienten på toilettet, men jeg vil ikke tørre patienten bagefter (fysioterapeuten).*
- *Vi tilstræber at arbejde meget tværfagligt, men organisationen er således, at fysioterapeuterne er organiseret et andet sted ude, mens plejen er her. Jeg tror, at det er konstellationen, der er med til at vores samarbejde ikke er det bedste. Det har noget med organisation at gøre.*
- *Jeg synes bare, at samarbejdet godt kunne blive bedre, og sådan må I vel også have den anden vej rundt. Jeg bruger meget tid på at finde ud af f.eks., hvem har hvilken stue. Tit så er det svært at finde ud af, hvis patient det er – det er jo en stor afdeling, hvor man ofte går rundt og leder efter hinanden.*

Afd. Q - (lang PGI, THA og TKA) - omtalte det tværfaglige samarbejde i positive vendinger, men de interviewede bemærkede, at en afdeling vel har nogle problemer, når halvdelen af plejepersonalet udskiftes på kort tid. Som tidligere omtalt havde plejen problemer i det daglige, når personalet var meget nyt og uerfarent.

- *Samarbejdet mellem faggrupper fungerer godt. Vi snakker sammen uformelt og lægerne kommer automatisk – det har de altid gjort. Vi har været privilegeret ift. de andre sengeafdelinger, idet vi har akut funktionen, så lægerne går altid stuegang tidligt på vores afsnit. De læger, som har haft elektive patienter, har som regel altid kommet selv og informeret patienterne om operationen samt kommer og spørger til patienterne, hvordan det går.*
- *Vi kan roligt sige, at vi har det godt sammen. Der har været en kæmpe udskiftning sidste år, og det har også været fordi, der har været så mange ændringer.*
- *Rent kollegialt har det været godt nok, men vi har været presset. Vi har døjet med at følge med.*
- *Når man udskifter halvdelen af sit personale, så er det fordi det ikke går godt nok. Dem der er tilbage synes sikkert, at det går godt nok.*

Afd. T - (lang PGI, TKA) - gav udtryk for at have et godt tværfagligt samarbejde mellem plejen og fysioterapeuterne, som havde arbejdet sammen igennem flere år. Skiftende læger gik stuegang, hvilket skyldtes organiseringen af afdelingen som bestod af flere afsnit med stor geografisk afstand samt læger som roterede mellem de enkelte afsnit – på nær klinikchefen, som så tog de fleste stuegange.

- *Vi har et rigtigt godt arbejdsklima.*
- *Vi er et godt team. Der er faste terapeuter, som har været her i mange år, og som kender plejegruppen godt. Så vi kender hinanden bedre og bedre og ved hvad vi står for. Det er et lille sygehus, og vi kender hinanden godt. Står man og mangler en, så kan man selv lige gå over og finde vedkommende. Det gælder også ved lægerne, så man hurtigt kan få ordnet nogle ting.*

Fra afd. Z er der ikke indhentet oplysningen om ovenstående.

2. Afd. X Fokusgruppeinterview - 20. april 2005

Indledning

Det ortopædkirurgiske afsnit har udelukkende elektive patienter. Afsnittet har rygkirurgi samt hofte- og knæalloplastik. Plejepersonalet består af 12 personer. To fysioterapeuter er fast tilknyttet afsnittet i hverdagen. Fire ortopædkirurgiske speciallæger opererer de ortopædkirurgiske patienter. Afdelingen foretager både primære og sekundære hofte- og knæalloplastik operationer.

Implementeringen af accelererede forløb påbegyndtes for 3-4 år siden under inspiration af afdelingsledelsen, og indlæggelsestiden har været støt faldende lige siden. Aktuelt er patienter typisk indlagt i 4-5 dage uanset om der er knæ- eller hoftealloplastik.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 5,1 dage for primære THA og 4,2 dage for TKA. Dette var på daværende tidspunkt landets næstkorteste indlæggelsestid for THA og landets korteste indlæggelsestid for TKA, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 25 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 25 THA patienter 5,0 dage (median 4 dage) og for de 25 TKA patienter imidlertid 5,8 dage (median 5 dage).

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to SoSu, to fysioterapeuter og én overlæge

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har så korte indlæggelsestider?

Ildsjæle har været 'primus motor' for indførelsen af accelererede forløb

To ildsjæle – afsnitsledelsen – har gået foran i processen og har fortsat stor betydning for den fortsatte udvikling af kvaliteten på afdelingen.

Afsnittet er elektivt og har kun knæ- og hoftealloplastik patienter samt rygge.

Standarder for alle relevante aktiviteter

'Der er opsat standarder for alt hvad vi gør'. Der anvendes tjeklister, som benyttes af alle faggrupper til sikring af at aktiviteter udføres og forløbet følger standarderne. Der lægges stor vægt på at tjeklister udfyldes. *'Alt skal udfyldes – papirerne skal være i orden'.*

Grundig patient information før indlæggelse. Kontrakt med patienten.

Der er indgået en aftale – en kontrakt – med patienterne, som bliver grundig informeret om forløbet forud for indlæggelsen. Patienterne ved inden de indlægges, at de har et medansvar for forløbet. Der stilles krav til patienten. *'Vi indgår en kontrakt med patienterne. De stiller naturligvis krav til os - men vi stiller også krav til dem. De skal tage aktivt del i efterforløbet. Og vi forventer, at de er udskrevet inden for maksimalt 5 dage.'*

Klare mål opsat for forløbet og klare udskrivningskriterier, som kendes af alle.

Der er sat vejledende standard mål op for, hvad patienten skal kunne dag for dag, og patienterne er klar over, at de maksimalt skal være indlagt i fem dage. Der er opsat klare udskrivningskriterier, som alle følger. Der hænger skemaer på alle stuer samt i træningslokalet med en oversigt over mål dag for dag. *'Standardforløb hindrer os ikke i at udskrive patienterne tidligere, såfremt de opnår udskrivningskriterierne inden fem dage.'*

Faggrupper - ens holdninger til patientforløb. Hjelpekultur erstattet af 'hjælp til selvhjælp'.

Ens holdninger blandt alle faggrupper har stor betydning. *'Opstår der vaklen – f.eks. hvis nogen lader en patient være i sin seng pga. kvalme fordi man synes at det er synd for patienten – så kan det hele skride'.* Det er vigtigt, at hele gruppen har en ens holdning til vigtigheden af tidlig mobilisering trods patientens evt. fysiske ubehag. *'Man får f.eks. ikke mindre kvalme af at blive i sin seng'.* Personalet holdninger til forløbet er vigtigt. *'Hjelperrollen skal væk. Vi er tidligere blevet oplært til at skulle hjælpe og servicere patienterne, men nu er det hjælp til selvhjælp som er nøgleordet'.* Patienterne skal hjælpes med gode argumenter om, hvorfor det er

godt at komme hurtig ud af sengen trods kvalme og ubehag og hvorfor det er godt, at de selv klarer deres personlige fornødenheder. På informationsmødet er patienterne blevet informeret om at risici for komplikationer nedsættes, når de kommer hurtig ud af sengen og i gang. *'Vi er der til at hjælpe dem, såfremt de har problemer, men ellers er det patientens opgave at klare tingene selv.'*

Teamet skal fungere.

Det som er vigtigt i personalegruppen er, at man støtter hinanden og at teamet fungerer sammen. *Sammen-sætningen af teamet er også vigtig, idet man nogle gange kan køre lidt fast i sine argumenter overfor en patient, som er svær at mobilisere, men så kan andre i teamet træde til og måske bedre håndtere patienten. Det er også vigtigt, at man ved ansættelser sikrer, at de nye passer til teamet. 'Alle vil ikke passe ind her'.*

Stor tværfaglig fleksibilitet og uformel koordinering.

Der er en stor fleksibilitet mellem faggrupper, som ligeledes har en uformel koordinering i det daglige. Faggrupperne (læger, sygeplejersker og fysioterapeuter) har hver deres arbejdsområder, men der er stor tværfaglighed i beslutningsprocesser. F.eks. taler man sammen om en patient opfylder udskrivningskriterierne i dagene op til udskrivelsen via en uformel samtale mellem de fagpersoner, som har patienten. Den uformelle koordinering og fleksibilitet kan illustreres ved følgende eksempler:

- De to læger, som udfører fleste alloplastikoperationer, kommer - udover stuegang om morgenen – op i afdelingen flere gange i løbet af dagen. Dette gør det muligt løbende at få afklaret problemstillinger hos patienterne.
- Fysioterapeuterne og plejen guider hinanden, såfremt der er ting, som kan gøres bedre. *'Man er lydhør overfor at kunne gøre ting bedre'.*
- I weekender overtager plejen fysioterapeuternes opgaver, idet fysioterapeuternes instruktioner følges. Plejen kan f.eks. godt starte med at træne stokke med patienter om lørdagen, selvom fysioterapeuterne ikke har startet denne træning (fysioterapeuter træner kun patienter om lørdagen, som er blevet opereret dagen før), og patienter kan derved godt blive udskrevet allerede søndag frem for at skulle vente til efter weekenden. Tidligere var normen som regel den, at man ventede med at træne med f.eks. stokke til fysioterapeuten kom tilbage om mandagen.
- Om aftenen fortsætter plejepersonalet træningen af patienter, og der kan ligefrem gå 'lidt sport i' at have været i træningslokalet med en patient, før fysioterapeuten har været der.
- Fysioterapeuterne står ikke og venter på, at en patient først skal have morgenmad eller skal vaskes før træningen kan komme i gang. Man tager derimod og vender situationen om til en fordel og bruger argumenter såsom: *'Det er da også bedre at få trænet før morgenmaden, så man ikke skal træne på en fuld mave'* eller *'Det er da fint først at få badet efter træningen, såfremt man går hen og sveder lidt'*. Fysioterapeuterne følger gerne en patient på toilettet uden at skulle bede plejen om dette. Den holdningsændring, der er sket i forhold til patienterne, kan beskrives således: *'Tidligere kunne man godt acceptere at en patient ikke ønskede at træne f.eks. pga. kvalme, idet man samtidig sagde til sig selv: Det var dejligt, så kan jeg hurtigere nå at blive færdig med de andre patienter'*.

Høj grad af kontinuitet i alle faggrupper.

Der er høj grad af kontinuitet under indlæggelsen. Der er kun to fysioterapeuter tilknyttet afsnittet og plejepersonalet har – for nyligt – fået indført tildelt patientpleje, hvor man typisk har en stue med fire patienter. Lægerne går stuegang på de patienter, som de har opereret, og ligeledes ser lægerne deres egne patienter ved kontroller efter udskrivelsen.

Stuegange afvikles om morgenen og nye problemer/oplysninger afhandles løbende igennem dagen.

Stuegange afholdes om morgenen og lægerne kommer forbi afdelingen flere gange i løbet af dagen for at følge op på evt. problemer eller for f.eks. at informere patienten om et røntgenbillede. Plejepersonalet føler, at det er let at få adgang til lægerne, og lægerne føler, at det er let at finde den relevante sygeplejerske, idet de normalt altid er i nærheden af deres patienter.

Ikke nye operationsmetoder eller teknikker der er årsag til kort indlæggelse

Det er ikke nye operationsmetoder eller teknikker, som er årsagen til de kortere indlæggelsesforløb, men det er alle de andre 'udenoms ting' som har haft betydning for at afkorte forløbet.

2. Hvordan er patienttilfredsheden?

Afdelingen følger løbende patienttilfredsheden via spørgeskemaer. Resultaterne viser en meget høj tilfredshed ved samtlige adspurgte parameter.

3. Hvilke positive hhv. negative sider har accelererede patientforløb for personalet?

Lav sygelighed, høj ansvarsfølelse og stolthed over resultater

Sygeligheden på afsnittet er formentlig den laveste på hele sygehuset, hvilket ifølge de interviewede bl.a. skyldes:

- At man kan lide at være her
- Ansvarsfølelse overfor teamet og sine kolleger
- Stolthed over at se tingene lykkes – *'man bliver lidt høj'*
- Selvom der kan være stor travlhed, så føler man ikke et højt stressniveau, når man har gode kolleger til at arbejde sammen med. *'Stress føles ikke, når ånden er fed'*.

De interviewede havde ingen negative bemærkninger om accelererede patientforløb.

4. Hvordan har reaktionerne været fra primærsektoren?

De praktiserende læger reagerede i starten negativt

De praktiserende læger reagerede i starten negativt på den hurtige udskrivelse, idet de ringede ind og beklagede sig over den hurtige hjemsendelse. Bl.a. var der et problem med fjernelse af agraffer som krævede en specieltang. Men i dag er der stort set ingen der ringer ind.

Behov for hjemmehjælp mindsket - støttestrømper anvendes ikke

Rapporter til hjemmeplejen er i dag standardiserede og der er ikke noget problem mht. at skaffe hjemmehjælp, som bestilles dagen før udskrivelsen – typisk til patienter med behov for mad indkøb eller rengøring. Der er ikke det samme behov for hjemmehjælp efter at rutinerne med støttestrømper blev afskaffet (hjælp til af- og påtagning af strømper i hjemmet).

Der mangler viden om patienters smertebehandling efter udskrivelsen

Afdelingen har ikke noget kendskab til hvordan det går med patienterne i dagene efter udskrivelsen. Blandt andet kunne det være interessant at se på hvordan de egentlig klarer deres smertebehandling efter hjemsendelsen, hvor de er gået fra oxynorm x 4 til NSAID, idet de kun får fem stk. oxynorm med hjem samt besked om at henvende sig til den praktiserende læge ved behov for mere smertestillende. Holdningen var, at der er vigtigt, at smertebehandlingen styres et sted – i dette tilfælde af den praktiserende læge. Afdelingen har planer om at køre et projekt, hvor der følges telefonisk op på patienterne efter udskrivelsen samt overvejelser om, at patienterne kan komme på afdelingen og få fjernet agraffer af plejen.

5. Andre oplysninger i forbindelse med fokusgruppe interviewet

Ift. de andre afsnit på afdelingen har der været lidt utilfredshed, idet de andre afsnit har følt at alloplastik afsnittet fik for gode forhold. Plejenormeringerne er de samme, men om formiddagen - før de nyopererede patienter kommer tilbage - går personalet jævnlige over og hjælper til på de andre afsnit, som har akutte patienter. Og i en del tilfælde har personalet på alloplastik afsnittet hjulpet til på de andre afsnit når de manglede personale pga. sygdom.

Ved udskrivelsen udleverer fysioterapeuterne et kort med fysioterapeutens navn og telefonnr., så patienten kan ringe ind med spørgsmål eller problemer. De fleste patienter anvender det ikke ret meget, men fysiotera-

peuten mener, at patienter formentlig ville ringe meget mere ind, såfremt de ikke havde fået denne mulighed. Foldere med træningsprogram samt øvelser er udleveret allerede ved patientseminaret.

6. Råd til andre der står overfor at indføre accelererede patientforløb

- Det er vigtigt, at den øverste ledelse bakker op samt at der er 'ildsjæle'.
- Der skal være enighed om mål faggrupperne imellem.
- Man skal sætte en gruppe sammen som beskriver forløbet.
- Der skal sættes standarder op for aktiviteter.
- Der skal laves afkrydsningsjournaler/tjeklister for aktiviteter.
- Det skal være et elektiv afsnit uden forstyrrende indblanding af akutte patienter.
- Der skal opbygges et velfungerende team, som har de samme holdninger på tværs af faggrupper.

3. Afd. Y Fokusgruppeinterview - 2. maj 2005

Indledning

Afdelingen – som er på et privat hospital - har næsten udelukkende elektive patienter. Afdelingen har forskellige patienttyper, som omfatter gynækologi, ØNS, abdominal kirurgi, plastikirurgi, ryggkirurgi samt ortopædkirurgi. Plejepersonalet på ca. 19 personer er alle sygeplejersker. To fysioterapeuter er fast tilknyttet afsnittet i hverdagen og i weekender arbejder vikarierende fysioterapeuter både lørdag og søndag. To ortopædkirurgiske speciallæger har ansvaret for alle de ortopædkirurgiske patienter – dvs. præoperativ information, operation, stuegange samt postoperativ opfølgning og kontrol. Én anæstesiologisk speciallæge tager sig af alle de ortopædkirurgiske patienter både med hensyn til orientering inden bedøvelsen, selve bedøvelsen under operationen samt den postoperative smertebehandling med epiduralkateter. Afdelingen foretager både hofte- og knæalloplastik operationer.

Accelererede forløb blev indført for ca. 6 år siden under inspiration af to læger, hvoraf den ene var ekstern og havde erfaring med at accelerere andre patientforløb – disse to læger har ikke længere nogen tilknytning til afdelingen. Flere af deltagerne ved fokusgruppeinterviewet var ansat på afdelingen, da de accelererede forløb blev indført.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 5,0 dage for primære THA og 5,3 dage for TKA. Dette var på daværende tidspunkt landets korteste indlæggelsestid for THA og landets næstkorteste indlæggelsestid for TKA, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 25 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 25 THA patienter imidlertid 6,1 dage (median 6 dage) og for de 25 TKA patienter 6,6 dage (median 6 dage).

Deltagere i interview

Fire sygeplejersker, én fysioterapeut samt én overlæge.

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har så korte indlæggelsestider?

De interviewede fremhævede først og fremmest følgende fire hovedforklaringer på, at afdelingen har kunnet nedbringe indlæggelsestiden til de nuværende godt 6 dage i 2003 og 2004 (og ifølge afdelingens seneste tal til ca. 5,5 dag for hoftepatienter), er:

- Ændret information til patienter
- Personalets holdning til tidlig udskrivelse
- Bedre smertebehandling
- Tidlig mobilisering

Af øvrige forklaringer er følgende medtaget:

- Tjeklister
- Tværfagligt samarbejdet og uformel koordinering
- Høj kontinuitet
- Minimal invasive surgery

Ændret information til patienter – udskrivelseskriterier er klart formuleret

Tidligere orienterede man patienterne om, at indlæggelsesvarigheden var 8-10 dage, men i dag får patienterne at vide, at de kan udskrives efter 4-5 dage – men med mulighed for individuelle variationer, idet nogle kan være hurtigere udskrevet, mens andre kan være indlagt i lidt længere tid. Patienterne orienteres om at de skal mobiliseres hurtigt. *'Vi giver patienterne en god og grundig information før de indlægges. De får at vide, at de skal ud af sengen samme dag, som de opereres – og dette lykkes også i langt de fleste tilfælde'.* *'Vi lægger ikke pres på patienterne, om at de skal være udskrevet på en bestemt dag. Vi opstiller de mål, som skal være nået for at patienten kan udskrives, idet vi siger, at nogle patienter kan opnå disse mål lidt hurtigere, mens andre kan være lidt længere tid om det.'*

Målet for udskrivelse er: *'De skal kunne komme ind og ud af Deres seng, klare af- og påklædning, gå med stokke og klare trapper inden udskrivelsen'*. Afdelingen tilstræber, at knæpatienter kan bøje 90 grader før udskrivelsen. Dette er ikke et formuleret målkrav, men de fleste patienter kan bøje 90 grader i knæet ved udskrivelsen. *'Sammenligner vi knæpatienterne i dag med patienterne for 10 år siden, så kunne knæpatienter først bøje 90 grader efter ca. en måned, mens de i dag stort set alle sammen kan bøje knæet 90 grader ved udskrivelsen. Det er smertebehandling med epiduralkateter som har betydet meget for at holde patienterne smertefrie og derfor kan de bøje i knæet langt tidligere end for 10 år siden'*.

Lægen, som indstiller til operation, anvender op til en time i ambulatoriet på at tale med patienten, så patienten får en omhyggelig information. Ved informationen fortælles om det operative indgreb, indlæggelsesforløbet, genoptræningen samt hvad patienten kan forvente sig af resultatet herunder risici og komplikationer.

Før de accelererede forløb indførtes blev patienten først informeret af fysioterapeuten (samt anæstesilægen) ved indlæggelsen dagen før operationen. Nu tilkaldes fysioterapeuten til ambulatoriet umiddelbart efter at lægen har talt med patienten, og der gennemføres en samtale af ca. 1/2 times varighed. Hoftevalloplastik patienter orienteres om de specielle hjælpemidler, som bl.a. udleveres ved udskrivelsen. Knæ- og hoftepatienter orienteres endvidere og indlæggelsesforløbet – herunder at patienterne mobiliseres allerede samme dag som de opereres – samt om udskrivelsesmål og genoptræningen, som i mange tilfælde vil være selvtræning ud fra et øvelsesprogram og i andre tilfælde vil kunne varetages det lokale sygehus eller af 'en mobil fysioterapeut', som kommer til patientens hjem, og som patienterne selv betaler for.

I de fleste tilfælde vil anæstesilægen ved samme lejlighed informere patienterne om bedøvelsen samt den postoperative smertebehandling, hvor både hofte- og knæalloplastik patienter får epidural smertebehandling (hoftepatienter dog kun i et døgn mens knæpatienter kan have epiduralkateter som smertebehandling i 2-3 døgn). I nogle tilfælde kan anæstesilægen ikke give informationen ved dette første møde, hvorfor informationen først vil blive givet på selve operationsdagen.

Patienterne får i ambulatoriet udleveret en kortfattet patientinformation af lægen samt et øvelsesprogram af fysioterapeuten. Patienterne får ikke yderligere information, før indlæggelsen dagen før informationen, hvor plejen (aftenvagten) taler forløbet godt igennem med patienten, idet man tager sig god tid til at besvare spørgsmål.

Personalets holdning til tidlig udskrivelse

Ens holdning til tidlig udskrivelse blandt alle personalegrupper er vigtig: *'Det vigtigste er, at alle siger det samme'*. Nogle af de interviewede erindrer en vis skepsis mod den tidlige udskrivelse, da de accelererede forløb blev indført. *'Men det har vist sig, at det sagtens kan lade sig gøre at udskrive patienterne tidligt uden at man presser dem og uden at den faglige kvalitet forringes – formentlig snarere tværtimod'*. En af de interviewede udtrykte det således: *'Det er personalets tro på, at det er det rigtige vi gør, som er den afgørende faktor for, at patienter kan udskrives tidligt. Det er det der flytter - for så er vi gode til at mobilisere patienterne'*.

For personalet – og for patienterne - er det også betryggende, at man har en opfølgning på patienterne 2-3 dage efter udskrivelsen, hvor én fra plejen eller en fysioterapeut ringer til patienten og sikre sig, at patienterne har det godt. Ved opringningen stilles fortrinsvis åbne spørgsmål, og såfremt der er specielle problemstillinger ved udskrivelsen (f.eks. lidt siven fra cikatrise) udspørges der specifikt hertil. Ved udskrivelsen understreger fysioterapeuterne og lægerne, at patienterne skal ringe til dem, såfremt de har problemer eller spørgsmål. *'Vi udleverer et telefonnr. som de kan ringe til. Som regel benytter patienterne det sjældent, men det giver dem formentlig en vis tryghed at vide, at de til enhver tid kan ringe ind, såfremt der er problemer eller spørgsmål inden de kommer til den ambulante efterkontrol'*.

Bedre smertebehandling

Alle alloplastikpatienter (knæ og hofte) får Pinex 1g x 4 samt NSAID (Relifex 1g x 2) i fem dage iht. afdelingens smerteinstruks. Hoftevalloplastik patienter får epidural smertebehandling i det første døgn og knæallo-

plastik patienter får epidural smertebehandling i 2-3 dage. VAS anvendes ikke systematisk, men det anvendes som et redskab i tilfælde, hvor der skønnes at være behov. Sygeplejerskerne håndterer selv den epidurale smertebehandling ud fra anæstesilægens anvisninger og ved smertegennembrud gives som hovedregel en bolus i epiduralkateteret svarende til den halve dosis, som gives pr. time i epiduralkateteret. *'Vi har altid stor fokus på patientens smerteniveau og planlægger pleje og mobiliseringen ud fra patientens smerteniveau'*. Den epidurale smertebehandling nedtrappes indtil kateteret seponeres og der gives som regel ikke yderligere morfika præparater, selvom patienterne kan få morfika præparat p.n. per os. *'Vores holdning er, at jo mindre centralvirkende (morfika) vi giver patienterne, jo friskere er de til at træne. Selvfølgelig skal patienten ikke have ondt, men der er ingen grund til at overbehandle patienten'*.

'Hoftepatienterne har meget lidt ondt. Det er faktisk helt utroligt, så lidt ondt de har efter tre dage. Det kan hænge sammen med det lille indgreb der foretages (minimal invasive surgery). Men knæene har mere ondt og har derfor også epiduralkateter i flere dage og må jævnligt have morfika med ved udskrivelsen'.

Afdelingen har haft en del problemer med, at epiduralkateteret glider ud for tidligt, hvilket muligvis skyldes at patienterne er mere bevægelige pga. de er godt smertedækket (men det kan også skyldes en dårlig fiksering af kateteret, hvilket afdelingen vil undersøge).

Afdelingens læger er vidende om den teoretiske diskussion vedrørende en evt. risiko for, at NSAID præparater kan forårsage en mindre god fastholdelse af ucementerede proteser. Men afdelingens meget lave forbrug af morfika p.n. tyder på, at der opnås en meget tilfredsstillende smertedækning med et NSAID præparat i det postoperative forløb og afdelingen har ikke observeret problemer med løsnede proteser.

Tidlig mobilisering

Aftenvagten (plejen) tilstræber at mobilisere patienterne på operationsdagen. Og i modsætning til tidligere overlades så mange opgaver som muligt til patienterne, idet personalet tilstræber kun at assistere ved specielle opgaver som patienten ikke kan udføre. Kvalme og opkastning kan være et problem, men det er normalt ikke noget som forlænger indlæggelsestiden, idet man normalt henter det tabte ind før udskrivelsen.

Det er ikke sat præcise mål op for, hvad patienten skal kunne dag for dag, idet man i stedet arbejder mod målene formuleret i udskrivningskriterierne. *'Vi havde en målbeskrivelse dag for dag for patienterne i begyndelsen ved indførelse af accelererede forløb, men det har vist sig ikke at være nødvendigt at have disse mål. Det vil sætte alt for snævre rammer op for patienterne og nogle vil være kede af – eller stressede over – ikke at have nået dagens mål, mens andre vil kunne begrænses i dagens træning, når de har nået dagens program. Derfor sætter vi ikke mål op for hver dag, men arbejder mod udskrivningskriterierne i stedet. Der tages individuelle hensyn på denne måde.'*

Fysioterapeuterne (vikarer) træner med patienterne både lørdag og søndag. *'Patienterne skal ikke miste nogen træningsdage bare fordi det er weekend og ofte udskrives vi også patienterne en lørdag eller en søndag, såfremt de har opnået udskrivningskriterierne på dette tidspunkt'*.

Ved interviewet blev der givet udtryk for, at patientinformationsmøder samt holdtræning formentlig ville være en optimal måde at genoptræne patienter på, men dette var ikke muligt, idet afdelingen har en ekstrem kort ventetid fra patientens fremmøde i ambulatoriet og til indlæggelse, hvorfor det ikke er muligt at planlægge med patientinformationsmøder og holdtræning.

En tjekliste danner grundlaget for afdelingens 'plejestandarder'

Afdelingen har en række instrukser for relevante opgaver, men har ikke udarbejdet egentlige standardplejeplaner. Derimod anvender afdelingen nogle meget brugbare tjeklister for hhv. hofte- og knæalloplastik patienterne i det daglige. Tjeklisterne er i princippet et resumé af standardplejeplanerne, såfremt de var nedskrevet. Afdelingen har planer om snart at udarbejde standardplejeplaner, men afventer p.t. at en ny afdelings-sygeplejerske skal tiltræde.

Tæt tværfagligt samarbejde – korte beslutningsveje – uformel koordinering - kort til 'toppen'

Der er et tæt tværfagligt samarbejde om patienterne. Plejen, de to fysioterapeuter og de to ortopædkirurgiske læger har deres daglige gang i afdelingen og via uformelle samtaler koordinerer man planerne for de enkelte patienter – herunder f.eks. tidspunktet for udskrivelse. *'Det er et lille hus, så det er altid let at få fat i lægerne enten når de kommer på afdelingen eller ved at fange dem på telefonen'*. Der er en velfungerende teamfunktion og en høj grad af tværfaglighed. *'Vi har f.eks. ingen portører og om aften træner aftenvagten (plejen) med patienterne'*. Fysioterapeuterne træner med patienterne i afdelingen i stedet for at tage dem op i fysioterapiens træningslokaler, som befinder sig et andet sted i huset. *'Det er spild af tid at gå op i terapien. Man udnytter tiden bedre ved ikke at skulle transportere patienterne op og ned'*. Det tværfaglige samarbejde kommer også til udtryk ved at plejen og fysioterapeuterne sørger for hele tiden at bruge de muligheder, der er for at træne patienterne. *'F.eks. når vi (plejen) skal have en patient i røntgen, så ringer vi lige for at høre om vi kan komme, og da vi ikke har nogen portører, så går vi selv ned med patienten – evt. tager fysioterapeuten patienten og træner med patienten på trappen på vej til røntgen. Sådan udnytter vi tiden så optimalt som muligt det meste af tiden'*.

Høj grad af kontinuitet i alle faggrupper

Der er høj grad af kontinuitet under indlæggelsen. Der er kun to fysioterapeuter tilknyttet afsnittet (der er dog vikarer i weekenden) og plejen tilstræber en høj kontinuitet, som dog kan vanskeliggøres ved at plejen udviser en meget stor fleksibilitet i fremmødet. *'Nattevagten planlægger arbejdet for den efterfølgende dag og sikrer - så vidt det er muligt - at det er de samme patienter, som plejen følger'*. De to læger går stuegang på alle patienter og ser alle patienterne ved kontroller efter udskrivelsen.

MIS anvendes som operationsmetode på hoftepatienter

På alle hoftepatienter udføres indgrebet via en åbning der kun er 7-10 cm lang og der anvendes specielle kirurgiske instrumenter til at udføre minimal invasive surgery. Dette kan have en betydning for et kortere indlæggelsesforløb for hoftepatienterne. *'Om ikke andet så har det måske en psykologisk betydning for patienterne, at de kun har et 7 cm langt operationssår'*.

2. Hvordan er patienttilfredsheden?

Afdelingen følger løbende patienttilfredsheden via spørgeskemaer. Resultaterne viser en høj patienttilfredshed.

3. Hvilke positive hhv. negative sider har accelererede patientforløb haft for personalet?

Lav sygelighed, høj ansvarsfølelse og stolthed over resultater

- Sygeligheden blandt plejen er meget lav (2-3%)
- Der er en stor ansvarsfølelse i teamet
- Personalet udviser stolthed over resultater. *'Selvom vi udskriver patienterne hurtigt, så siger de ofte: "Tak for et dejligt hotelophold". Det viser, at vi ikke sender patienterne hjem for hurtigt og det viser at vi giver patienterne så god en behandling, at de opfatter indlæggelsesforløbet som et hotelophold'*.

De interviewede havde ingen negative bemærkninger om accelererede patientforløb.

4. Øvrige kommentarer

Plejen udviser meget stor fleksibilitet i sit fremmøde. Afdelingen scorer sine patienter ud fra et specielt system. F.eks. svarer en sygeplejerske i dagvagts til 12 point og en sygeplejerske i aftenvagts til 17 point (idet opgaverne om aften er anderledes). En nyopereret alloplastik patient sættes til en score på 5 point pr. vagt i

det første døgn og når en alloplastik patient har været indlagt i nogle dage så falder scoren gradvist til 2 point ved udskrivelsen. Næste dagligt vurderer personalet behovet for fremmøde den følgende dag ud fra patienternes samlede score og derved afgøres det relevante fremmøde den efterfølgende dag. Personalet udviser i den forbindelse stor fleksibilitet ved enten at afspadsere eller også møde ind afhængig af belastningen på afdelingen. *'Der bliver tit lavet om i fremmødet fra dag til dag – det kræver at vi er lidt fleksible – ja vi er faktisk meget fleksible. Vi vil gerne være fleksible fordi vi i øvrigt har så stor indflydelse på vores arbejds-tilrettelæggelse og derfor er vi parate til at give den 'en skalle', når det kræves'.*

5. Råd til andre der står overfor at indføre accelererede patientforløb

- *'Det er holdningen blandt personalet som har den helt store og afgørende betydning'. Der skal opbygges et velfungerende team, som har de samme holdninger på tværs af faggrupper. 'Personalet skal rykkes fra deres gamle holdninger og udvise omstillingsparathed'. 'Start med at lave en prøveperiode – så vil personalet ændre fastlåste holdninger'.*
- *'Informationsdelen til patienterne er også vigtig og her er forberedelsen af patienten før operationen meget vigtig'.*
- Patienterne skal samles i en enhed.

Rettet iht. kommentarer 17. juli 2005.

4. Afd.S Fokusgruppeinterview – 28. april 2005

Indledning – kort præsentation af afdelingen og JC-forløbet

Afdelingen har både akutte og elektive patienter. Afdelingen foretager kun knæalloplastik operationer, idet hoftealloplastik operationer udføres et andet sted i amtet. Afdelingen har siden september 2003 indført 'Joint Care (JC)' forløb, men der foretages en selektering af patienter, så kun 60-70% af patienterne, som skal have foretaget en primær knæalloplastik tilbydes et JC-forløb. Der er siden indførelsen af JC blevet slækket en del på kravene for at indgå i JC, så en del patienter med DM (Diabetes Mellitus) og forhøjet blodtryk nu tilbydes et JC-forløb ligesom alderskriteriet er blevet mere flydende. JC har betydet, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet markant fra tidligere knap 12 dage til nu ca. 6 dage (operationsdagen regnes som dag 1) for alle knæalloplastik patienter. Således har indlæggelsestiden ligeledes været faldende for patienter i konventionelle forløb, idet JC-patienters forløb har påvirket holdningen til alle knæalloplastik patienter på afdelingen.

JC-patienter har et fem-døgns forløb, hvor en gruppe på fire patienter opereres om mandagen og udskrives om fredagen. Principielt indlægges patienterne allerede fredagen inden, hvor de bl.a. spiser frokost med de JC-patienter som skal udskrives denne dag, taler med personalet og tilses af en læge fra knæteamet. Patienterne går hjem igen samme dag (fredagen) og møder først på afdelingen søndag aften (dagen før operationen). JC-patienter har deres egen fire-sengsstue (mænd og kvinder er på samme stue) og har yderligere en stue tilknyttet, hvor specielle stole er til rådighed, idet JC patienterne allerede fra dagen efter operationen forlader deres senge i dagtiden og i stedet opholder sig i stolene om dagen. Med til JC konceptet hører endvidere, at patienter har deres eget tøj på under indlæggelsen, og at gruppen som en enhed skal støtte og opmuntre hinanden til at nå de mål der er sat for hver dag indtil udskrivelse.

Der afholdes et patientinformationsmøde 2-3 uger før operationen, hvor patienter og deres pårørende forberedes og forklares ideen med JC og fordelene ved tidlig mobilisering. Ved udskrivelsen vil de fleste patienter normalt være instrueret, så de kan selvtræne. Som noget specielt har afdelingen indført en agraf fjernelse dag 14, hvor patienterne (JC-gruppen) møder op på sengeafdelingen og en sygeplejerske fjerner agrafferne samtidig med at en fysioterapeut vurderer patientens mobilisering og bevægeligheden af knæet mhp. evt. opfølgende ambulant træning. Patienterne er endvidere informeret om, at de ved sårrodme eller andre problemer kan henvende sig til afdelingen (og ikke til den praktiserende læge), idet afdelingen hurtigt vil kunne tage dem ind i ambulatoriet, hvor en speciallæge indenfor knækirurgi kan vurdere problemet og tage relevante prøver inden evt. start af behandling. Efter to måneder har JC-patient gruppen yderligere en tværfaglig kontrol, idet fysioterapeuten og læge (såfremt denne er til stede) sammen vurderer status.

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to SoSu, To fysioterapeuter og en overlæge.

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har så korte indlæggelsestider?

Én ildsjæl har været 'primus motor' for indførelsen af accelererede forløb.

Én ildsjæl – lægen med det lægefaglige ansvar for knæalloplastik patienter – er gået foran i processen.

Joint Care (JC) princippet er indført. JC-patienter har egne lokaler og gruppen fungerer som en selvstændig enhed i afsnittet.

Der er indført faste rutiner og standarder iht. JC-princippet. Fire JC patienter opereres hver mandag, indlægges på samme firemandsstue (mænd og kvinder i samme rum) og har deres egen 'dagligstue' med fire specialstole (en stol til hver) i rummet ved siden, hvor JC-patienterne opholder sig om dagen fra første dag efter operationen. JC-patienter er således en samlet gruppe, som fungerer som en selvstændig enhed i afsnittet. Personalet som tager sig af JC-patienter har også deres daglige aktiviteter i resten af afdelingen, men omvendt er ikke alt personalet tilknyttet JC-patienter.

Standarder for alle relevante aktiviteter.

Patientforløbet - beskrevet i mappen - er afdelingens beskrivelse af de tværfaglige standarder. Mappen indeholder endvidere tjeklister med mål for hver dag i patientforløbet. Mappen - som siden starten for ca. 1,5 år siden er blevet justeret flere gange - er tilgængelig for alle faggrupper og er dermed den standard, som alle følger og er enige om. Nogle af de væsentligste omlægninger af standarder, som har haft betydning for nedsettelse af indlæggelsestiden er ifølge de interviewede:

- **Bedre smertedækning**

Bedre smertedækning med epiduralkateter er indført til alle JC-patienter. Før JC-indførtes var patienter ofte ikke smertedækket med epidural kateter, men ved indførelse af JC blev en anæstesiolog tilknyttet og har i dag ansvaret for smertebehandlingen. Dette giver sig også udtryk ved, at patienter nu hurtigt får genindlagt et kateter, såfremt dette glider ud. Kommandovejene er blevet mere smidige og mindre hierarkiske, så anæstesen assisterer nu ved akut behov, hvor det tidligere kunne tage lang tid, før patienten kunne få lagt et kateter og så var behandlingen ofte ikke relevant længere.

Patienterne kan nu i høj grad selv styre deres smertebehandling ved at tage 'trykke på en knap' og derved få en ekstra bolus i epiduralkateteret ved smerter eller forud for en træningsseance. Og afdelingen starter med depot oxycontin, før man nedtrapper den epidurale smertebehandling, som normalt afsluttes to dage efter operationen. Således har man fået bedre smertekontrol og patienten kontrollerer og styrer i højere grad selv sin smertebehandling. De nye og mere smidige rutiner har endvidere 'smittet af' på de konventionelle patient forløb.

- **Hurtigere mobilisering**

I dag bliver alle patienterne i JC mobiliseret dagen efter operationen, idet de er bedre smertedækket. Patienter har ikke længere kinetec maskine til passiv bevægelse af knæet (ca. 3 timer dagligt). *'Nu er vi gået fra passive øvelser i kinetec maskiner til aktive øvelser og samtidig mobiliseres patienterne hurtigere. Før indførelsen af JC lå patienter normalt i sengen dagen efter operationen og blev først mobiliseret to dage efter operationen. Nu mobiliseres alle patienter dagen efter operation'.* Fysioterapeuterne træner patienterne på afdelingen, hvor de før i tiden skulle køres over til fysioterapien. Dette har betydet, at man har sparet en del besvær med at skulle finde kørestole til patienterne og få dem transporteret til og fra fysioterapien.

Afdelingen har ingen overvejelser om at mobilisere patienter på selve operationsdagen, idet man mener, at en stor del af patienterne har for dårlig kontrol over deres ben efter at have fået den spinal/epidurale analgesi til operationen.

- Det blev samtidig understreget, at det ikke er det operationstekniske, som er årsagen til den kortere indlæggelse, idet man teknisk hele tiden har haft indfriet de muligheder som findes. Den eneste tekniske ændring, der har været indført for nylig er, at man ikke længere anlægger dræn, men dette menes ikke at have nogen praktisk indflydelse på indlæggelsestiden.

Grundig patient information før indlæggelse.

Det nye i JC-forløbet er, at patienterne bliver meget grundig informeret om forløbet forud for indlæggelsen. *'Patienterne er mentalt forberedte på, hvad der skal ske'.* Udover den almindelige information ved det første ambulante besøg afholdes et patientseminar, hvor patienterne og deres pårørende orienteres om deres medansvar for forløbet¹. Den forventningsjustering har betydet en ændring hos patienterne, som bl.a. kan eksemplificeres ved efterfølgende: *'Før i tiden lå patienterne i sengen og spurgte - hvornår kommer fysioterapeuten og bøjer mit knæ? Nu ved patienterne, at de selv skal bøje benet, mens fysioterapeutens rolle i dag er at guide patienten, så de gør tingene rigtigt!'*

¹ Det skal dog bemærkes, at den skriftlige patientinformation er meget mangelfuld til JC-patienter, idet afdelingen kun har den konventionelle patient information fra før indførelsen af JC-forløb. En ny patientinformation er under udarbejdelse, men det har indtil i praksis vist sig, at patienterne alligevel er velforberedte på JC-forløbet til trods for den noget mangelfulde patientinformation.

Klare mål opsat for forløbet og klart udskrivningskriterium.

Der er sat standard mål op for, hvad patienten skal kunne dag for dag, og patienterne er klar over, at de skal være indlagt i fem dage. *'Målene dag for dag er nu så indarbejdede, at vi i stedet kun fokuserer på afvigelser fra standarden.'* Tjeklister for målene dag for dag er lagt ind på patienternes bord, så de i fællesskab med personalet kan følge om de lever op til standarderne, idet tjeklisterne dagligt afkrydses i fællesskab.

Udskrivningskriteriet kan 'lidt frisk' betegnes som 'fredag'. Alle patienter i JC-forløbet opereres mandag og udskrives som hovedregel fredag, idet de her skal være selvhjulpne, kunne gå med stokke og på trapper (såfremt de kunne dette før indlæggelsen) og flektre 90 grader – dog hjemsendes en del patienter selvom de ikke er i stand til at bøje 90 grader, så dette kriterium er ikke et absolut mål for udskrivelse.

Det sker kun sjældent, at patienter udskrives før fredag, hvilket skyldes at man i JC-forløbet behandler gruppen som en enhed, der skal følges ad og støtte hinanden i hele forløbet. *'Det sker at patienter er klar til udskrivelse allerede torsdag, men vi vil hellere have at de bliver til fredag, så gruppen fungerer som en enhed.'* Omvendt kan nogle patienter af og til dog være indlagt i lidt længere tid, såfremt de ikke har nået udskrivningskriterierne eller måske har smerteproblemer.

Personalet har ændret holdninger til patientforløb.

Personalet har ændret holdninger til patientforløb og nu bakker alle faggrupper op om 'det forcerede patientforløb'. Før i tiden kunne personalets holdning udtrykkes ved følgende (sagt til patienten): *'Nå, har du så ondt i dag, så må vi hellere tage det stille og roligt og se om det ikke bliver bedre i morgen'*. I dag er alle faggrupper enige om betydningen af hurtig mobilisering og en god smertedækning. Denne viden er videregivet til patienterne før indlæggelsen, og personalet sikrer under indlæggelsen, at patienterne forstår og fastholdes i betydningen af tidlig mobilisering og god smertebehandling.

Kontinuitet – herunder afvikling af stuegange.

De to fysioterapeuter kan tilbyde patienterne en høj grad af kontinuitet under indlæggelsen samt ved kontrollerne 14 dage hhv. to måneder efter operationen.

Plejepersonalet har rundepleje og kontinuiteten ift. JC-patienter lider noget af skiftende arbejdstider pga. vagter.

Lægernes kontinuitet holdes ved at i alt fire 'knælæger', som er meget ens i deres vurdering, går stuegang. Nogle af kirurgerne er gode til selv at informere deres egne patienter om det operative resultat dagen efter operationen, hvilket patienterne sætter stor pris på. Der er i øvrigt flere uformelle kontakter mellem lægerne og patienterne under indlæggelsen, som ikke noteres i journaler. Men generelt har afdelingen vanskeligheder ved at opretholde den lægelige kontinuitet overfor den enkelte patient igennem hele forløbet (ambulatorium, operation og stuegange samt ved kontroller). Den lægelige normering er beregnet ud fra at der foretages mellem 100 og 130 alloplastik operationer årligt, men produktionen er blevet fordoblet, hvorfor lægerne er blevet tvunget til at finde den øgede lægetid ad hoc, når der opstår pauser i det øvrige arbejde.

Tværfagligheden er styrket.

Tværfagligheden er blevet styrket ved indførelse af JC. Dette skyldes dels den fælles standardbeskrivelse i 'Joint Care Program', dels det fælles patientinformationsmøde forud for indlæggelsen og dels at alle faggrupper er mere tilstede i gruppen med JC-patienter. Dette kommer bl.a. til udtryk ved:

- at fysioterapeuterne i dag har deres aktiviteter på afdelingen og ikke tager patienterne over i fysioterapiens lokaler.
- at anæstesilægen styrer smertebehandlingen og anæstesen er blevet hurtigere til at gribe ind ved smerteproblemer (f.eks. når et kateter er gledet ud)

- at sygeplejersker og fysioterapeuter sammen følger JC-patienterne ved agraftjernelse efter 14 dage på afdelingen
- at fysioterapeuter og læger sammen kontrollerer status i ambulatoriet efter to måneder.

2. Hvordan er patienttilfredsheden?

Afdelingen følger løbende patienttilfredsheden hos JC-patienter via spørgeskemaer. Resultaterne blev ikke kommenteret ved interviewet. Men det er de interviewedes indtryk, at JC-patienter - når de møder de nye patienter til fælles spisning om fredagen - virker glade og stolte over forløbet. Derimod kan det være lidt sværere for patienterne at bevare det gode humør, når de kommer hjem og er overladt til dem selv. Således giver 14 dages kontrollen en kærdkommen lejlighed for JC-holdet at møde hinanden og i flere tilfælde viser det sig også, at patienterne bevarer kontakten til hinanden og derved støtter hinanden efter udskrivelsen.

3. Hvilke positive hhv. negative sider har accelererede patientforløb haft for personalet?

Man sparer tid, øget kompetence og større arbejdsglæde

- De standardiserede forløb betyder, at man er blevet hurtigere og bedre til sit arbejde. Man er ikke længere i tvivl om hvad man skal gøre og man skal ikke slå op i instrukser. Man sparer også tid ved god forberedelse af fire patienter på en gang. Der var i starten afsat flere ressourcer til JC-forløbet, men de er atter blevet fjernet i forbindelse med nogle nedskæringer. Der var lidt tvivl om man sammenlagt bruger mindre tid på JC-patienten, men de interviewede mente ikke, at man i dag brugte mere tid på JC-patienter sammenlignet med konventionelle forløb.
- Kompetencerne er øget og der er også kommet øget arbejdsglæde - *'Man kan stadigvæk blive imponeret over, at patienterne går hjem dag 5'*.
- Kvaliteten af patientforløbet er formentlig blevet bedre om end det ikke er vist, at det er signifikant bedre.

Der var nogen modvilje i starten – bl.a. frygt for at patienter blev opdelt i A og B patienter

- Der var blandt plejens personale noget modvilje mod JC-konceptet, idet det kun blev tilbudt de mest raske patienter, som derved fik en række privilegier, som ikke blev tilbudt de øvrige patienter. Men i dag er modviljen væk og i stedet har de konventionelle patienter fået afkorte deres indlæggelsestider og derved nydt nogle af de fordele, som JC-forløbet har bragt med ind i afdelingen.
- Der var blandt personalet i starten en del tvivl om det virkelig kunne lade sig gøre at hjemsende patienterne allerede efter 5 dage, men den tvivl er helt borte i dag.

4. Hvordan har reaktionerne været fra primærsektoren?

De praktiserende læger har fået fjernet nogle arbejdsopgaver

De praktiserende læger har reelt fået fjernet en del af deres arbejdsopgaver, når sygehuset har påtaget sig fjernelse af agraft samt hurtig ambulant kontrol ved problemer, idet patienterne får besked på straks at ringe til sygehuset og få en tid frem for at gå til den praktiserende læge. De interviewede kendte ikke til nogen specielle reaktioner fra de praktiserende læger.

Behov for hjemmehjælp uændret.

Det er det samme behov for hjemmehjælp idet rutinerne med støttestrømper er bibeholdt efter udskrivelsen (hjælp til af- og påtagning af strømper i hjemmet). Men langt de fleste patienter får hjælp af en pårørende, hvorfor hjemmehjælp kun anvendes i et begrænset omfang.

Der mangler viden om patienters smerter efter udskrivelsen

Afdelingen har ikke noget kendskab til, hvordan det går med patienterne i dagene efter udskrivelsen. Men patienterne får som smertebehandling Pinex 1 gram gange fire og Tradolan 20 tabletter til ca. 5 dage (én tablet fire gange dagligt i fem dage). Afdelingen giver ikke NSAID ved udskrivelsen, idet der er en teoretisk frygt for, at dette kan kompromittere

protesens fastgørelse pga. nedsat knoglenydannelse. Ved 14 dages kontrollen har personalet ikke bemærket specielle klager over smertebehandlingen.

5. Råd til andre der står overfor at indføre accelererede patientforløb

Forud for indførelsen af et 'forceret' Joint Care (JC) patientforløb for knæalloplastik patienter i september 2003:

- Nedsattes en tværfaglig arbejdsgruppe som beskrev patientforløbet i en mappe, der blev uddelt til personalet.
- Gennemførtes et tværfagligt studiebesøg på bl.a. en afdeling i Danmark, som havde indført JC.
- Gennemførtes en temadag, hvor det nye forløb blev præsenteret for en stor del af personalet (det viste sig siden hen, at det var et problem at en del af personalet ikke var undervist forud for indførelsen af forløbet).

De interviewede havde følgende gode råd til andre afdelinger:

- Der skal være en projektbeskrivelse med standarder og der skal være enighed om behandlingen.
- Alle skal deltage ved temamøder eller undervisning, hvor de nye standarder præsenteres, før start for at undgå situationer, hvor nogle medarbejdere er informeret og andre ikke.
- En forudsætning for at kunne gennemføre et forceret patientforløb er, at der er et fast personale til rådighed, som er gode til at samarbejde tværfagligt og som kender til forløbet. Det nytter ikke noget, hvis der indsættes vikarer, som ikke kender til forløbene.

28. april 2005 – rettet 15. juli 2005.

5. Afd. R Fokusgruppeinterview – 18. maj 2005

Indledning – kort præsentation af afdelingen

Den ortopædkirurgiske afdeling består af to afsnit med plads til 24 ptt. på hvert afsnit. Afdelingen modtager både akutte og elektive patienter. Der udføres både hofte- og knæalloplastik operationer på afdelingen ligesom der foretages både primære og sekundære alloplastik operationer.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på ca. 6 dage for primære hoftealloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt landets tredje korteste indlæggelsestid, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 25 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 25 patienter imidlertid 7 dage.

Nærværende fokusgruppeinterview vedrører alene patienter, som får foretaget en primær hoftealloplastik, og har ikke fokus på aktiviteter i perioden efter 2004.

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to fysioterapeuter samt én læge. Alle havde været ansat på afdelingen i 2004.

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har så korte indlæggelsestider?

En ildsjæl har været 'krumtap' for indførelsen af accelererede forløb.

En ildsjæl – speciallægen med det lægefaglige ansvar for hoftealloplastik patienter (idet følgende kaldet 'K') – er gået foran i processen.

- K har stået for udarbejdelse og vedligeholdelse af en 'proceduremappe' (se nedenfor).
- K går foran i det daglige arbejde, hvilket bl.a. viser sig ved at speciallægen regelmæssig går stuegang på samtlige hofteopererede patienter. Endvidere opererer K de fleste hoftealloplastik patienter og står for oplæringen af de yngre kirurger.
- K sikrer, at plejepersonalet og fysioterapeuterne bibeholder et fokus på korte indlæggelsestider.

Det er K, som kommer og går stuegang på de hofteopererede de dage hvor han ikke opererer. Det er der vi laver en plan for smertestillende medicin, såfremt det ikke fungerer, og vi laver en plan for udskrivelse, og fysioterapeuterne er også med til stuegangen. Tit er det sådan, at dem vi opererer tirsdag dem skriver vi ud lørdag formiddag. Vi har hørt, at indlæggelsestiden er på 5,7 dage, men at den er skredet lidt på det sidste.

Det er K, som går stuegang på hoftealloplastik patienterne og de andre læger, som går stuegang på patienterne, er der kun hvis der sker noget uforudset. K trækker os (fyssen) med til sin stuegang, og der siger han, hvad han synes om forløbet. Det påvirker én, når man hører, at patienterne skal hurtigt ud.

Standarder for alle relevante aktiviteter.

Siden 2000 har der været en 'proceduremappe' for hoftealloplastik, som løbende er forbedret, opdateret og vedligeholdt af K. Ringmappen er produceret i 20 eksemplarer, som er fordelt på relevante steder i afdelingen. Mappen giver et omhyggelig beskrivelse af retningslinier/instrukser for alle relevante aktiviteter i patientforløbet. De interviewede pegede på at netop denne mappe, som var kendt og læst af alle, var en væsentlig årsag til de korte indlæggelsesforløb.

Forklaringen (på de korte indlæggelsestider) ligger her på bordet (proceduremappen). Der står patientforløbet helt minutiøst beskrevet – fra indikationen er stillet til forundersøgelsen 14 dagen før operationen – alt er gjort klart, medicinen er ordineret – og dagen inden får de gennemgået de sidste ting og så kører toget. Det er meget planlagt. Og så har vi kirurger en krumtap (K), som interesserer sig meget for disse patienter og lærer de unge kirurger op. Det vil være usandsynligt, at der opstår forsinkelser ved udskrivelsen pga. praktiske ting såsom hjælpemidler, træning eller medicinering.

Forsinkelser andre steder skyldes tit praktiske ting, som man her forudser pga. det planlagte forløb.

Alle kender procedurebogen. Alle der bliver ansat på afdelingen bliver bedt om at læse mappen igennem og kan den udenad, så de ved, hvad for nogle ting de skal være opmærksom på under forløbet, hvornår vi skal tage de prøver, og hvornår der bliver trappet ned i smertestillende. Smertestillende, laksantia kvalmestillende – det hele er lagt fast. Mappen bliver hele tiden opdateret i takt med at der sker ændringer. Punktet om, at støttestrømper ikke skal anvendes mere, er dog ikke nået at blive rettet endnu.

Der er lavet et godt stykke forarbejdet, som gør det nemt at forholde sig til standardforløbet, så man kender ressourceforbruget på forhånd.

Fysioterapeuterne træner mere med patienterne, og plejen har fokus på at ptt. kommer hurtigt op.

Fysioterapeuterne har fået tilført flere ressourcer, så de kan træne to gange dagligt med patienterne i sammenlagt ca. 1 time hver dag inkl. weekender (både lørdag og søndag). Plejen har derimod ikke fået tilført ekstra ressourcer, men plejen har fokus på, at patienterne skal hurtigt op.

Vi (fysioterapeuterne) træner i weekender og træner med ptt. to gange dagligt. Det fungerer rigtig godt. Det er relativt nyt, at patienterne kan træne i weekender. Men man bruger let en time pr. patient, når man skal træne to gange pr. dag og også skrive i papirerne. Bl.a. har vi genoptræningsskemaer, som skal udfyldes. Disse skemaer bruges til folk, som skal have træning i primærsektoren.

Vi (plejen) har fokus på, at de kommer i gang så hurtigt som muligt og at de ikke er sengeliggende. Som tommelfingerregel skal de op til måltiderne.

Sengen er kun et hvilested for patienten om dagen og ikke et opholdssted.

Patienterne er grundigt informeret om forløbet inden operationen.

En omhyggelig patientinformation forud for operationen er en vigtig årsag til korte patientforløb. Således er patienten til ambulante forberedelser flere gange før operationen:

- Første gang er speciallægeambulatoriet, hvor operationsindikationen stilles.
- Anden gang er ved journalskrivning, hvor afdelingen lægger vægt på, at en 1. reservelæge eller speciallæge taler forventningerne til operationen samt de forhold som er gældende med en ny hofte grundigt igennem med patienten. Ved denne lejlighed samtaler patienten også med ambulatorie sygeplejersken samt en anæstesi-læge.
- Tredje fremmøde er mandag - for nogle patienter er det dagen før operationen ('tirsdays patienter'), hvor de er indlagt. Her informeres og instrueres patienterne om forløbet samt om brugen af hjælpemidler af én fysio-terapeut samt én ergoterapeut. Begge har afsat 1 time til at informere og instruere gruppen af patienter, som skal opereres i den forløbne uge.

Derudover informerer plejen – dagen før operationen - patienten om forløbet ved indlæggelsen.

Vi (plejen) fortæller dem, når de møder på afdelingen, hvad der skal ske. Man fortæller dem, hvordan forløbet kommer til at være, så de ved, hvad de kan forvente sig. Hvornår de skal op, og at der skal tages et røntgen, og hvor tit vi forventer, at de skal op. Og man fortæller dem også, hvad de skal kunne, før de er klar til at komme hjem. De har nogle hjælpemidler. Hvis nogen er friske og selvhjulpne hjemmefra, så er målet at de skal kunne klare sig selv også når de bliver udskrevet. De skal kunne anvende de forskellige hjælpemidler, når de bliver udskrevet.

Vi (fysioterapeut) gennemgår, hvordan de skal ind og ud af en seng, gå med gangstativ og albuestokke og hvordan de går op og ned af en trappe, øvelser og restriktioner. Dette gør vi præoperativt plus igennem hele indlæggelsesforløbet.

Vi (lægen) fortæller dem, at de er indlagt 5-8 dage. Det handler også om at præge patienterne forinden. Det gælder om at skabe lidt ydmyghed hos patienterne overfor, hvad der skal ske samt om deres forventninger til resultatet. De skal ikke kravle eller klatre på stige, kravle på tag eller luge på knæ – de får også en pjece, hvor disse restriktioner står.

Jo mere information de får inden operationen, jo mere tolererer patienterne også undervejs – så f.eks. smerter på tredjedagen ikke kommer som en overraskelse.

Faggrupper – uformel tværfaglig koordinering – god stemning

Det tværfaglige samarbejde blev betegnet som meget velfungerende med en uformel koordinering mellem plejen og fysioterapeuterne. Dog kunne plejen savne, at lægerne var noget mere på afdelingen, men med tre vakante special-lægestillinger var det svært for de resterende læger at dække alle funktioner lige tilfredsstillende.

Samarbejdet fungerer godt. Der er hele tiden tilbagemelding fra fysioterapeuterne. Vi taler sammen flere gange hver dag – ofte forgår det lige i en døråbning. Vi laver aftaler om, hvem der gør hvad. Nu er vi begyndt med konferencer to gange ugentlig, hvor plejen fysioterapeuter og læger mødes – men det er noget nyt, som ikke har haft betydning for forløbet tidligere. Vi skriver i kardex og informationen kommer videre her.

Afdelingen er unik sammenlignet med andre afdelinger. Personalet har skruen i vandet og godt humør. De er meget fleksible og uanset hvad vi foreslår (lægegruppen), så siger de: 'det kan vi godt'.

Vi er glade for det vi laver, men det ville være rart, hvis vi ikke havde så meget at lave.

Lægerne kommer for lidt. Det er frustrerende, hvis man har samlet en hel del, som skal tages op på stuegang, og så kommer lægen og siger, at han har 12 min. til at gå stuegang til hele afdelingen.

2. Hvordan er patienttilfredsheden?

Det kunne de interviewede ikke umiddelbart svare på.

3. Hvilke positive hhv. negative sider har accelererede patientforløb haft for personalet?

Personalet har ikke været på afdelingen, før de accelererede forløb blev indført. Et flertal af de interviewede havde heller ikke erfaring fra andre ortopædkirurgiske afdelinger.

4. Reaktioner fra primærsektoren?

De praktiserende læger

Det kunne de interviewede ikke svare på, eftersom de ikke havde været på afdelingen, da de accelererede forløb blev påbegyndt.

Behov for hjemmehjælp

Når der er behov for hjemmehjælp kan der opstå forsinkelser ved udskrivelsen, men hjemmehjælp anvendes kun i et begrænset omfang til f.eks. indkøb af mad eller rengøring. Den rutinemæssige brug af støttestrømper ophørte for ca. 1 år siden, hvilket formentlig har givet et mindsket behov for hjemmehjælp (ved audit af journaler i efteråret 2004 fik kun 4 af 25 ptt. hjemmehjælp til rengøring og lign.).

Øget træk på forbrug af distrikts fysioterapeuter

Patienterne skal selvtræne efter udskrivelsen og tilbydes således ikke ambulant fysioterapi på sygehuset. Såfremt der skønnes behov for vedligeholdelsestræning kontaktes fysioterapeuterne i primærsektoren for at sikre, at patienterne får en opfølgning. Fysioterapeuterne skønner, at dette sker i ca. halvdelen af tilfældene samt at trækket på fysioterapeuterne i primærsektoren formentlig bliver større i takt med at indlæggelsestiden forkortes.

Patienterne selvtræner, men op til i 50% af tilfældene så kontakter vi (fysioterapeuterne) primærsektoren. Og det er derfor, at genoptræningspapiret er så vigtigt at få udfyldt - for de (primærsektoren) tager ikke patienterne, såfremt det ikke forefindes.

5. Har accelererede forløb betydning for kvaliteten?

Fysioterapeuterne udtrykte lidt bekymring overfor opfølgningen på patienterne i træningsforløbet, idet patienterne selvtræner efter udskrivelsen. Lægen og plejen udtrykte ingen usikkerhed.

Den kirurgiske behandling er ikke blevet ændret pga. accelererede forløb. Ved tre måneders kontrollen er der ikke nogen problemer.

Blandt fysioterapeuterne kan vi godt tænke, om det nu er godt nok. Vi følger op på patienten. Vi laver genoptræningsplanen, og så følger vi op på det i primærsektoren til en distrikts fysioterapeut i et lokalcenter. Vi tager kontakt til dem og siger: 'Kan du ikke lige prøve at følge op et par gange på denne patient.' Vi gør det på alle pensionisterne, idet de ikke skal betale selv for fysioterapi. Jeg foreslår typisk, at fysioterapeuten skal besøge patienten i hjemmet, men jeg ved ikke hvad de gør - det er forskelligt fra sted til sted. Det er op til dem selv, hvad de vil gøre. Ofte er det nok lige at besøge dem et par gange og se, at alt går som det skal.

6. Kritiske spørgsmål

Indlæggelsestiden er blevet længere

De interviewede blev spurgt om evt. årsager til, at indlæggelsestiden er forlænget (fra ca. 6 til 7 dage) i efteråret 2004. Svaret var bl.a., at det kunne skyldes en kombination af større travlhed end sædvanligt (og dermed mindre fokus på de elektive patienter) og en større udskiftning end normalt af plejepersonalet, som resulterede i usikkerhed om rutinerne.

Der har været meget travlt efter sommerferien. Jo mere travlt man har, jo mere går det ud over de elektive patienter.

En forklaring på at det er skredet kan være stor udskiftning af personale. Der er en del nye, som f.eks. kan spørge om de må tage en patient op, før de skal i røntgen og sådanne ting. Vi ved, at det ikke behøves (røntgen), men det kan måske forlænge indlæggelsen. Der har også været et andet indtag af patienter i efteråret med mange tunge akutte patienter. Det er formentlig en kombination af nyt personale og meget travlhed, som kan forklare at indlæggelsestiden er skredet noget.

Der er en stor udskiftning af plejepersonale. Det er jo en tung afdeling, så folk flytter jo væk. Og der er konstant to eller tre, som er på barsel. Mange i plejen er der ikke lang tid. Det er lige før, at vi to er nogle af de ældste og vi har kun været der i 1-2 år.

Nogen gange bliver det ikke planlagt tidligt nok med udskrivelsen, og så går der let en dag ekstra. Fysioterapeuten melder, når patienten er klar til udskrivelse, men det er jo i et samråd med plejen og lægen. Det er ikke lagt i et fast forløb, men det foregår løbende i gennem forløbet, hvor man tænker på, om det er én som kan klare sig selv eller om man skal have fat i hjemmeplejen eller i familien. Hvis man ikke lige får ordnet det, så går der hurtigt et par ekstra dage.

Det er de første dage med kvalme, smerter og besvimelse, som er problemet. Vi tager dem op, men det bliver meget kort. Vi kommer igen senere, når de er smertedækket. Kvalmen er vi ret hurtige til at behandle med Zofran. En del patienter har også lav blodprocent, som kan være årsagen til besvimelse (6 af 25 ptt. fik blod ved audit af journaler).

Har I overvejelser om at samle hoftealloplastik patienter til en enhed på afdelingen?

Personalehensyn (sprede plejetyngden) og mangel på speciallæger (ikke ressourcer til at enkelte læger kun fokuserer på ét område) er forklaringer på, at alloplastik patienterne ikke samles i en enhed.

Man vil ikke samle alloplastik patienter i et afsnit for så ville alle sår og amputationer være samlet et sted og dermed gør afsnittet til et meget tungt og plejekrævende afsnit. Der er heller ikke speciallæger til at foretage en opsplitting. Der er så få overlæger – der er tre vakante overlæge stillinger og en vakant afdelingslæge stilling - og det gør, at fleksibiliteten ikke er til det.

Ja, men hvem skal man tage hensyn til? Vi prøver så vidt muligt at lægge dem sammen to og to, så de har gavn af hinanden, men det kan ofte være svært lige at finde en plads med det store indtag der er af akutte patienter.

7. Andet

Hvordan er smertebehandlingen ved udskrivelsen?

Patienterne anvender normalt ikke morfika ved udskrivelsen. Afdelingen anvender VAS-score ved smertebehandlingen, men man er ikke gode til at dokumentere dette.

De får ikke morfika ved udskrivelsen. Ptt. har NSAID og panodil ved udskrivelsen, men ikke noget morfika. Ofte er de ude af morfika forbruget 4. dagen (operationsdagen = dag 1) - i alt 3 døgn på fast morfika og derefter får de morfika p.n. dog højst til udskrivelsen.

Vi anvender VAS score til vurdering af smerternes intensitet og virkningen af smertebehandlingen, men vi er nok ikke gode til at dokumentere brugen af den i plejeplanerne.

Udskrivelseskriterier?

Afdelingen har ikke nogen skriftlig dokumentation for opnåelse af udskrivelseskriterierne og anvender heller ikke tjeklister - dag til dag – mhp. dokumentation af progression i mobiliseringen (kardex anvendes). Patienterne orienteres mundtligt om udskrivelseskriterier og mål for mobilisering dag for dag.

Vi siger, at når de har været på trapper, kan gå sikkert, kan ind/ud af sengen og kan klare sig selv med personlig hygiejne, så er de klar til udskrivelse. Endvidere skal de kende restriktionerne og kunne deres øvelsesprogram (udleveres skriftligt). Det er mundtligt udmeldte kriterier (bortset fra øvelsesprogrammet).

8. Råd til andre afdelinger, som vil indføre accelererede forløb, samt muligheder for selv at afkorte indlæggelsestiden yderligere

Følgende råd fremkom til andre afdelinger:

- *Patienterne skal op og i gang med det samme. De skal ikke føle sig syge.*
- *Kun tage raske patienter og slippe for de akutte patienter.*
- *Nogen har god gavn af hinanden under indlæggelsen, men det kan også trække ned. Hvis man lægger patienter på samme stue så kan det trække ned – idet den dårlige patient kan trække den anden ned.*

Ting som afdelingen kunne bruge til yderligere at afkorte forløbet?

- *Mere personale.*
- *Måske skulle vi tage patienterne op allerede den første aften, når de kommer tilbage fra operation. Men det gør vi ikke. K siger, at det skal vi bare gøre. Han siger: 'Tag dem op første dag'. Men sidst på eftermiddagen og først på aftenen - er der ingen til at gøre det.*
- *Der kunne være muligheder i en tjekliste, hvor patienten kan se, hvad er det egentlig jeg skal klare dag for dag, så de bedre kan forholde sig til hvad de skal.*
- *Jeg mener også, at man skal snakke med patienten om udskrivelsen allerede fra første dag, hvor man skal begynde at planlægge udskrivelsen – så de har tankegangen fra første dag.*
- *Medicinering – specielt smertebehandlingen - burde gøres mere individuel. Men det er næppe muligt, når der kun er to læger i huset efter kl. 15 og nogle aftener er der kun en sygeplejerske i vagt sammen med 2-3 SSA'er. Nogen patienter har man indtryk af lægger og 'kvabber' i Oxycontin.*
- *En bedre registrering af væskebehandling – med bl.a. en tidlig måling af Hæmoglobin – f.eks. allerede kl. ni om aftenen – og stillingtagen til transfusion allerede inden natten.*

København 23. maj 2005 – rettet iht. kommentarer fra de interviewede 18 juli 2005.

6. Afd. O Fokusgruppeinterview – 24. maj 2005

Indledning – kort præsentation af afdelingen

Den ortopædkirurgiske afdeling består af fire afsnit. Alloplastik patienterne er samlet til et afsnit med plads til 24 ptt., hvor der ligeledes indlægges patienter med hofte- og knæalloplastik operationer. Afsnittet modtager således både akutte og elektive patienter. Der udføres både hofte- og knæalloplastik operationer på afdelingen ligesom der foretages både primære og sekundære alloplastik operationer. Hoftealloplastik ptt. og knæalloplastik ptt. er ikke samlet til en gruppe i afsnittet.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 10,9 dage (9,5 dage i gennemsnit for hele 2003) for primære hoftealloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt blandt landets tre længste indlæggelsestider, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 25 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 25 patienter imidlertid faldet til 7,2 dage (median 8), og ifølge afdelingens egne tal for 1. halvår 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid 8,8 dage.

Nærværende fokusgruppeinterview vedrører alene patienter, som får foretaget en primær hoftealloplastik, og har ikke fokus på aktiviteter i perioden efter 2004.

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to fysioterapeuter og én afdelingslæge.

1. Indlæggelsestidens udvikling for afsnittets hoftealloplastik patienter

De interviewede gav alle udtryk for, at indlæggelsestiden var faldet – især siden sommeren 2004, hvor afdelingen påbegyndte et pilotprojekt, idet udvalgte hoftealloplastik patienter blev opereret med 'minimal invasiv technique (forkortet MIS)'.

I forbindelse med MIS projektet påbegyndte fysioterapeuterne et samarbejde med tre andre ortopædkirurgiske afdelinger, hvor man ændrede på rutinerne, hvilket bl.a. førte til at patienterne i MIS-projektet blev hurtigere mobiliseret med stokke – nogle allerede fra dag 1 - frem for mobilisering med 'talerstol'. Samtidig blev der opsat nogle skærpede mål for mobilisering, så patienterne skulle kunne gå med stokke og på trapper tre dage efter operationen (dag 4 – så fremt operationsdagen tælles som dag 1). Aktiviteterne i pilotprojektet 'smittede' efterhånden af på håndteringen af de øvrige hoftealloplastik patienter, som ligeledes blev mobiliseret hurtigere.

Afdelingen har endvidere forbedret fokus på indlæggelsestiden ved bl.a. at have indført tværfaglige morgen-møder fire gange om ugen (indført ca. omkring årsskiftet 2003/2004), hvor samtlige patienter i afdelingen bliver gennemgået og planer - herunder planer for udskrivelse bliver lagt for patienterne. Endvidere har tværfaglige forløbsprogrammer – indført i 2000 – været med til at give en struktur, hvor der sættes fokus på, at patienterne skal mobiliseres hurtigt.

Det samlede resultat har således været, at de fleste patienter mobiliseres langt hurtigere end tidligere og dette forklarer faldet i indlæggelsestiden.

De interviewedes kommentarer til indlæggelsestiden:

- *Vi har hørt, at vi har længere indlæggelsestid end andre, men indlæggelsestiden er blevet kortere – især siden sommeren 2004.*
- *Jeg tror, at vi er nede omkring en uge – 7 dage. Ved de helt ukomplicerede er der en stor del, der bliver opereret mandag og går hjem fredag.*
- *Der er flere ting som er årsag til kortere indlæggelsestid. Noget af det - der betyder meget - er en holdningsændring blandt personalet. Før i tiden var det jo sådan, at patienterne rent faktisk lå her i 14 dage, og alle var ligesom indstillet på, at det skulle de. Men så prøvede man at se på, om de behøvede det og om man ikke kunne tage dem op noget før.*
- *Vi arbejder mere målrettet. Vi har ligesom sat en dagsorden for at komme op af sengen – måske endda allerede på operationsdagen eller dagen efter operation. Så vi er blevet mere målrettet på at det er 'op'.*
- *De forløbsprogrammer - vi har - er også kommet i stand for at have en fast struktur på, hvad vi gør for at få patienterne op. Jeg kan ikke huske hvor længe de har eksisteret.*

- *Forløbsprogrammerne har eksisteret siden 2000. De beskriver hvordan patientforløbet er for de forskellige patientkategorier. Helt fra forundersøgelse til indlæggelsesforløb og efterbehandling og alle faggrupper er involveret i det – så de ved hvad de gør på hvilken dag – det er helt uspecificeret.*
- *Vi har gjort meget for at fokusere på målet – altså indlæggelsestiden - hvor langt er de og hvor meget kan de?*
- *Vi har også kørt et MIS projekt, hvor der har været stor fokus på mobiliseringen. Det har vel også skærpet vores opmærksomhed på mobiliseringen. Det startede sidste sommer (2004).*
- *I forbindelse med indførelsen af MIS skulle vi lave et projekt med andre afdelinger, hvor vi lavede ens planer for de patienter, som skulle indgå i projektet og derved fulgte en vis acceleration med ændring af gangredskab fra talerstol til stokke og f.eks. på trapper 3. dag. Det var ret revolutionerende. Hele accelerationen skete ikke lige på det tidspunkt, men det skubbede yderligere til det, at vi ville prøve at gøre det endnu kvikkere også fordi det var patienter som selvfølgelig ikke havde så stort et operationsår. Vi fandt her ud af at f.eks. den der med afskaffelse af talerstolen, det kunne vi også prøve på de andre patienter, så de kunne også starte med stokke selv om de ikke havde fået minimal kirurgi.*
- *Vi har f.eks. til hoftealloplastik patienterne prøvet at undgå det der hedder en talerstol, som primært gangredskab, fordi det forsinker jo hele forløbet lidt. Vi starter derfor med et gangstativ eller et bon a pied og til de helt de helt gode – dem vi straks fornemmer, at det kan de godt – der bruger vi stokke med det samme, og så sparer vi den der talerstol – det prøver vi i hvert fald.*
- *De tværfaglige konferencer blev indført for at målrette tingene (vedrører alle indlagte patienter), og vi havde et fælles ønske om at koordinere tingene mellem faggrupperne, så informationerne er til stede, når beslutninger skal tages.*
- *Der er tværfaglige konferencer om morgenen med deltagelse af læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter, hvor vi kigger på, hvor længe patienten har været indlagt og hvad planerne er. Disse konferencer blev indført i slutningen af 2003 eller starten af 2004. Her kigger vi bl.a. på, om det er en patient, der skal varsles (hjemmeplejen) og skal der varsles, så tager det tre dage. Men det er de færreste hoftealloplastik patienter, som er i denne kategori. Men det er egentlig der, hvor planen bliver lagt. Vi lægger planen for patienterne allerede fra dag 1.*

2. Et 'tillempet' Joint Care program (JC) er indført

Afdelingen har indført et såkaldt 'tillempet' JC i 2000. Årsagen til at JC kaldes for tillempet er, at det som regel kun er ved et formøde, at patienterne er samlet i gruppe. Under selve indlæggelsen er det ofte ikke muligt at samle patienterne, idet afdelingen har et stort akut indtag af patienter, som vanskeliggør planlægningen, hvorfor det er vanskeligt at samle patienterne på en stue. Men patienterne har deres eget tøj på under indlæggelsen og får ved et formødet bl.a. at vide, at de opfattes som 'raske' og ikke syge patienter.

Vi har indført et tillempet JC. Det er vel reelt kun ved forundersøgelsen, at patienterne er samlet. Ellers er det nok mere bare en overskrift. Men man tilstræber, at nogen af patienterne får samme operationsdage, men det lykkedes desværre ikke rigtigt. Men alligevel har vi taget nogle af JC elementerne til os. Det er f.eks. elementet med, at patienten er rask og ikke syg, og de har deres eget tøj på. Så de fleste patienter er klædt i deres eget tøj. Vi har også planer om at samle patienterne over frokost til fællestræning.

3. Formøde med gruppeinformation

Ved et formøde ca. 3 uger før operationen samles patienterne til en gruppeinformation, som varer det meste af dagen. På dette formøde skrives også journal og sygeplejekardex påbegyndes, anæstesilægetilsyn gennemføres m.m. Patienterne instrueres endvidere i bl.a. brugen af hjælpemidler, så patienterne kan træne anvendelsen af disse før indlæggelsen samt foretage de nødvendige hensigtsmæssige forberedelser i hjemmet (sengeforhøjer m.m.).

På mødet orienteres patienterne om forløbet - herunder at den forventede indlæggelsestid er ca. 7 dage med individuelle variationer. Patienterne kender kun udskrivningskriterierne mundtligt fra personale – bl.a. fra formødet.

- *Vi kører et JC møde ca. tre uger før indlæggelsen, hvor alle faggrupper er til stede og patienter bliver indkaldt. Lægen gennemgår indgrebet og evt. komplikationer, fysioterapeuterne gennemgår regimet, ergoterapeuterne gennemgår hjælpemidler – hvordan de skal bruges og at man skal gå hjem og øve sig. Så forbereder vi dem meget på, at vi anser dem for raske, og at de skal op og ud af sengen og hurtig i gang. Så får*

de også individuel journaloptagelse og sygeplejekardex samt narkosetilsyn. Så det er et projekt, som tager næsten en hel dag.

- *Der står ikke konkret nogen indlæggelsestid i papirer til patienterne. Ved fællesinformationsmødet før operationen siger vi, at indlæggelsestiden er sådan ca. en uge – for nogen noget mere og for nogle få lidt mindre.*
- *Vi bruger JC mødet - før patienterne bliver indlagt - til at informere dem om udskrivningskriterier.*

4. Indlæggelsesforløbets længde. Hvilke mål arbejdes der efter - personalets holdning?

Afdelingen har ikke opstillet dag til dag mål for, hvad patienterne skal kunne. Afdelingen anvender ikke tjeklister i daglige. Afdelingen har nedskrevet udskrivningskriterier – som dog i øjeblikket er under revision.

- *Vi er i gang med at sætte mål op, hvor vi specificerer helt ud dag for dag, hvad patienterne skal kunne. Vi sætter ikke dage på, hvornår de skal udskrives. Vi skriver, hvad vi forventer de skal de første tre dage efter operationen og tredjedagen (fjerde dag, såfremt operationsdagen er dag 1), da forventer vi rent faktisk, at de kan det de skal kunne. Det er faktisk det vi lægger op til. Så med den nye pjece, da kører vi efter udskrivningskriterierne.*
- *Det er dybt individuelt, hvor mange dage patienterne skal være indlagt. Men størstedelen der opereres mandag vil kunne komme hjem fredag/lørdag.*
- *Jeg synes, at det er problematisk overhovedet at opstille en grænse. Jeg synes, at det optimale må være at individualisere det ift. den enkelte patient og sige, at når patienten er mobiliseret tilstrækkeligt, så skal patienten hjem. Og det vil sige, at er patienten klar til at tage hjem på 3. eller 4 dag, så skal patienten hjem. Det er således udskrivningskriterierne, der burde være afgørende.*
- *Vi har udskrivningskriterier – f.eks. at patienten skal kunne komme ind/ud af sengen selv og skal kunne gå 50 meter med et gangredskab og gå på trapper. Endvidere skal de have en god forståelse for regimet (bl.a. restriktioner) og kunne bruge de hjælpemidler, som de får udleveret. De udskrivningskriterier bruger vi i dag.*

5. Hvad forsinker udskrivelse af patienter i dag?

En del patienter opnår tilsyneladende afdelingens udskrivningskriterier uden at blive udskrevet samme dag. De interviewede blev derfor spurgt om evt. årsager til dette og følgende mulige forklaringer fremkom:

- Patienter kan i visse tilfælde vente på, at et røntgenbillede kan blive taget
- Lægen har i weekender for travlt til at udskrive med det samme, når patienten er klar

Røntgen

- *I perioder har røntgen været en forsinkende faktor – især hen over weekenden kan det være et problem, fordi der sker meget lørdag og søndag. Hvis patienten f.eks. fredag ikke er klar til at blive udskrevet, men så lørdag eller søndag egentlig er klar, så mangler vi af og til røntgen. Nogen gange kan vi godt snakke os til, at de får en tid. Det skal her siges, at røntgen af hoftealloplastikker ikke er tidsbestilt. Man ringer ikke og beder om at få et røntgenbillede på f.eks. 3. dagen. Hvis vi satte tidspunkter på røntgenbilleder, så tror jeg ikke, at det ville være en forsinkende faktor.*
- *Vi prøver på at bestille røntgen allerede dagen efter operationen. Vi bestiller ikke med dato til røntgen – og så kan man ikke sige, at det er en forsinkende faktor! Vi bestiller røntgen med dato til knæene, så det er vel egentlig noget vi også kunne gøre til hofterne.*
- *Der var én på 4. dag i dag, der gerne havde villet være hjem, men så havde han ikke været til røntgen.*

Lægen kommer ikke og udskriver

- *Det er f.eks. noget problematisk, når vi (plejen) skal have udskrevet en patient i weekenden. Så er det ikke altid at det er en af vore hofte læger, som har vagt og kommer.*

- *Det er problematisk, at vi har så stort et akut indtag på sygehuset. Man kan ikke forvente, at der kommer en læge til en udskrivelse 'nu' – især i weekenderne, hvor bemanningen er lav. Men på den anden side kan man godt om fredagen have forberedt udskrivelse i weekenden, så der ikke behøver at komme en læge forbi.*

6. Hvad kan der yderligere gøres for at afkorte indlæggelsestiden?

Ved interviewet fremkom der nogle områder, som formentlig har medvirket hhv. vil kunne medvirke til at afkorte indlæggelsestiden.

6.1 Følgende har medvirket:

- Udskrive patienter i stedet for at overflytte disse til patienthotellet
- Forbedret ernæringen

Udskrive patienter i stedet for at overflytte patienter til patienthotellet

- *For ikke så lang tid siden kom patienter også over på patienthotellet. F.eks. kom de om fredagen, og jeg synes egentlig godt at de kunne gå hjem allerede om lørdagen, men så havde de lige weekenden med. Det kan også have haft en betydning for indlæggelsestiden, og vi har rent faktisk ikke brugt patienthotellet i det sidste halve år.*
- *Patienthotellet har været et forsinkende element. Vi er kommet dertil, at kan de tage på patienthotellet, så kan de også tage hjem. Hvad skal de så der over for?*

Forbedret ernæringen

- *Vi har gjort meget ud af at fokusere på ernæringen, men ellers har vi ikke gjort ting, som må formodes at have betydning for indlæggelsestiden.*

6.2 Følgende vil måske kunne medvirke til at afkorte indlæggelsestiden yderligere:

- Samle patienterne i en enhed
- Forbedre de fysiske rammer
- Smertebehandlingen kunne individualiseres
- Mobilisering på operationsdagen
- Styrke det tværfaglige samarbejde mellem plejen og fysioterapeuterne

Samle patienterne i en enhed

- *Der skulle nok det til, at vi isolerede dem i den ene ende af afdelingen, så de ikke blev blandet med alle de andre patienter. Og så skulle man ikke som ansat tænke anderledes for hver anden patient.*
- *Hvis man havde et elektiv afsnit, hvor du virkelig fokuserede på hoftealloplastik patienterne, så ville alt være meget nemmere. På samme måde ville det nok også være en fordel for den anden gruppe af patienter – nemlig hoftefraktur patienterne, som ligeledes ville få større fokus ved en adskillelse.*
- *Man sammenligner sig meget med de andre medpatienter og en hofte er en hofte for en patient selvom at det er en hoftefraktur. Det ville være lettere at bevare standarden, såfremt hoftealloplastik patienterne var samlet.*

Forbedre de fysiske rammer

- *Mange patienter vil også gerne kunne hygge sig, men der er ikke så mange muligheder for at sidde sammen. Men de fysiske rammer er dårlige. Vi er dog gode til, at patienterne op af sengene, men de sociale rammer betyder meget - også når man skal sidde og spise. Afdelingen minder til tider om banegården.*

Smertebehandlingen kunne individualiseres

Smertebehandlingen kører i faste rammer, hvor patienterne får Oxycontin depot to gange dagligt og gradvist nedtrappes. Flertallet af patienterne har forsat et Oxycontin forbrug ved udskrivelsen og skal derfor have et nedtrapningsskema. Det var nogle af de interviewedes indtryk, at en del patienter kunne undvære Oxycontin noget hurtigere, såfremt man individualiserede behandlingen mere. Endvidere kunne man måske med fordel anvende NSAID til cementerede hofter og dermed mindske forbruget af Oxycontin - som sløver samt kan være årsag til kvalme.

- *Patienterne får Oxycontin depot gange to dagligt. Vi starter ud allerede inden operationen. Før kørte vi morfin x 6 – det er måske ca. 1,5 år siden vi skiftede. Det har formentlig ikke haft den store betydning for indlæggelsestiden.*
- *Vi laver udtrapningsskemaer, og vi går ofte i gang med udtrapningen før udskrivelsen. Flertallet af patienterne har Oxycontin ved udskrivelsen, som de trappes ud af i løbet af en uge og desuden får de hele tiden Pamol.*
- *NSAID er forbudt til alle hoftealloplastik patienter – både cementerede og ucementerede.*
- *Nogle ptt. er gode til at sige det selv, at de gerne vil trappes ud. Nogle gange er patientens argument, at de føler sig 'bims' i hovedet af medicinen.*

Mobilisering på operationsdagen – herunder personaleressourcer

- *Få patienter er mobiliseret på operationsdagen. Fysioterapeuterne er gået på det tidspunkt, og det som hindrer plejen i at tage dem op er, at der er et meget stort operationsprogram om mandagen, og det plejepersonale der er til stede er ikke større om mandagen end de er på de andre dage, så man magter det simpelthen ikke. Man er nød til at prioritere opgaverne. Der er også nye opgaver med hoftealloplastik patienterne, selv om de ikke er så tunge rent plejemæssigt – f.eks. skal vi give dem cyklokapron her på afdelingen efter operationen.*
- *Hvis man skulle leve op til mobilisering lige efter operationen, så kunne man gøre det meget mere effektivt. Men jeg ved ikke om den samlede tid man anvender på patienterne vil blive større eller mindre, når man afkorter indlæggelsestiden. Men i starten vil jeg regne med at det bliver mere.*

Styrke det tværfaglige samarbejde mellem plejen og fysioterapeuterne

Organiseringen af samarbejdet mellem plejen og fysioterapeuterne kan formentlig optimeres, så de to faggrupper i højere grad supplerer hinanden i arbejdsprocesserne omkring den enkelte patient. Fire fysioterapeuter dækker alle patienter på afsnittet på deltid (dvs. fysioterapeuterne har opgaver andre steder i huset foruden på det ortopædkirurgiske afsnit). Der går formentlig ressourcer til spilde, når plejen og fysioterapeuterne skal koordinere samarbejdet.

- *Jeg synes ikke altid er at samarbejdet er så godt, hvis jeg skal tage tyren ved hornene. Det kunne være rart at få nedbrudt nogle flere barrierer. Jeg kunne godt tænke mig noget mere samarbejde, hvor man siger, at nu går jeg ind og tager denne patient op og med ud på toilettet, hvorefter I tager over derfra, i stedet for at jeg bruger al patientens energi på personlig hygiejne og så er vedkommende helt færdig bagefter.*
- *Jeg er helt enig i, at vi kan slå to fluer med et smæk, når vi følger patienten på toilettet, men jeg vil ikke tørre patienten bagefter.*
- *Vi tilstræber at arbejde meget tværfagligt, men organisationen er således, at fysioterapeuterne er organiseret et andet sted ude, mens plejen er her. Jeg tror, at det er konstellationen, der er med til at vores samarbejde ikke er det bedste. Det har noget med organisation at gøre.*
- *Jeg synes bare at samarbejdet godt kunne blive bedre og sådan må I vel også have den anden vej rundt. Jeg bruger meget tid på at finde ud af f.eks., hvem har hvilken stue. Tit så er det svært at finde ud af, hvis patient det er – det er jo en stor afdeling, hvor man ofte går rundt og leder efter hinanden.*
- *Hvis vi havde noget fælles journal eller dokumentation, så ville det også være meget nemmere. Faktisk læser plejen ikke i fysioterapeuternes notater og fysioterapeuterne ser heller ikke ret meget i plejens kardex. Men vi kommunikerer mundtlig med hinanden i stedet.*

7. Vil kort indlæggelsestid have indflydelse på patienttilfredsheden?

- *Jeg tror ikke at den vil være negativ. Det tror jeg bestemt ikke.*

8. Er opgaver lagt ud til primær sektoren samtidig med at indlæggelsestiden er afkortet?

- *Nej det tror jeg ikke. Det skulle da lige være en sivende cikatrise. Der kan være nogle problemer med siven fra cikatrise, hvor der vil være behov for sår tilsyn ved en hjemmesygeplejerske.*

- *Vores patienter selvtræner og agrafr fjernelse foregår hos egen læge, men det har det hele tiden gjort.*

7. Afd.T Fokusgruppeinterview – 7. juni 2005

Indledning – kort præsentation af klinikken

Klinikken har 40 sengepladser, som er opdelt i fem grupper (gruppepleje). Afdelingen modtager både akutte (bl.a. ptt. med collum femoris fraktur) og elektive patienter. Der foretages kun operationer i dagtiden. Der udføres både hofte- og knæalloplastik operationer på afdelingen ligesom der foretages både primære og sekundære alloplastik operationer. Knæ- og hoftealloplastik patienterne er ikke samlet et sted (en gruppe), men er blandet med de øvrige indlagte patienter. Dette vil imidlertid blive ændret i sommeren 2005 samtidig med at klinikken indfører et accelereret optimeret patientforløb, hvor knæ- og hoftealloplastik patienter bl.a. samles til ét afsnit.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 10,7 dage for primære knæalloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt landets tredje længste indlæggelsestid, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Ifølge afdelingens egne data for hele 2004 var knæalloplastik patienterne i gennemsnit indlagt i 11,3 dag, men der skete i 2004 et fald hen over året, således at indlæggelsestiden i 1. kvartal 2004 var 14 dage, mens den var 8,7 dage i 4. kvartal. Da audit af 25 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de 25 patienter 10,2 dage.

Nærværende fokusgruppeinterview vedrører alene patienter, som får foretaget en primær knæalloplastik.

Modsat i de andre gennemførte fokusgruppeinterview har interviewerne her valgt også at fokusere på aktiviteter i perioden efter 2004 (dvs. frem til juni 2005), idet klinikken i den mellemliggende periode har foretaget radikale ændringer i håndteringen af alloplastik patienterne. Ud fra et procesmæssigt synspunkt vurderes det at være både relevant og interessant at medtage dette hændelsesforløb.

Deltagere i interview

Fire sygeplejersker, to fysioterapeuter og én læge.

1. Indlæggelsestider før og nu

Klinikken har siden sommeren/efteråret 2004 haft øget fokus på indlæggelsestider for alloplastik patienter. Fokus blev forstærket i forbindelse med starten af nærværende kvalitative audit, som viste, at klinikken havde en af landets tre længste indlæggelsestider for patienter indlagt mhp. knæalloplastik operationer.

Ifølge personalet har det - at man begyndte at tale om problemet – kraftigt medvirket til at indlæggelsestiden er reduceret. Det er sket et væsentligt fald i indlæggelsestiden, som i dag skulle være nede på 7 dage, og netop nu - juni 2005 - starter afdelingen på at indføre det, som betegnes accelererede optimerede patientforløb.

- *Men bare det at vi er på vej til at skulle accelerere har gjort, at indlæggelsestiden er faldet. Vi har snakket om det, og vi er begyndt at tage patienterne op samme dag, som de bliver opereret.*
- *Jeg er ret sikker på, at vi har bragt indlæggelsestiden ret langt ned nu før vi starter på de accelererede forløb – bare ved at have snakket om det. Indlæggelsestiden er vist nede på 7 dage nu.*

Det har været vigtigt for afdelingen at kalde det nye patientforløb for både accelereret og optimeret, så det viser, at man ikke blot ønsker at fokusere på korte indlæggelsestider, men at man samtidig ønsker at forbedre kvaliteten af patientforløbet.

Der kan fremhæves nogle 'drivende' faktorer i ovenstående proces, som klinikken indtil videre har gennemgået. En styregruppe og en række arbejdsgrupper har været nedsat for at beskrive det nye forløb, hvilket hurtigt medførte at nogle ændringer (f.eks. tidlig mobilisering og forbedret smertedækning med bl.a. NSAID) er afprøvet og allerede sat i kraft. Medarbejdere har endvidere inden for det sidste halve år været på studiebesøg på andre afdelinger i landet med korte indlæggelsestider, hvor nye arbejdsrutiner og metoder (bl.a. joint care) er blevet studeret. Klinikken har derefter valgt at tilpasse nye arbejdsrutiner og metoder til egne rammer. En inspirator undervejs har bl.a. været en udviklings-sygeplejerske, som er gået foran i processen og vist plejepersonalet, hvor gode resultater man kan opnå ved bl.a. at mobilisere patienterne allerede samme dag som operationen.

I det følgende vil en række forskelle mellem før (dvs. omkring sommer 2004) og nu (dvs. lige ved indgangen til indførelse af accelererede patientforløb) blive præsenteret:

- Mobilisering
- Smertebehandling
- Fysiske rammer og ressourcer

- Patientinformation
- Afkrydsningsskemaer, scoringsskema m.v.
- Udskrivelseskriterier
- Personalets holdninger
- Relationen til primær sektor
- Andet

1.1 Mobilisering

Før blev patienter aldrig mobiliseret samme dag, idet der - dagen efter operationen - først skulle tages et røntgenbillede af knæet, som skulle godkendes af en læge, før patienten måtte tages op. Dette kunne i nogle tilfælde betyde, at patienten først kom op om eftermiddagen, såfremt lægerne ikke havde nået at godkende billedet om formiddagen. Patienterne blev i øvrigt rutinemæssigt sengebadet morgenen efter operationen, og patienterne kom som regel kun lige op og sidde i en stol eller 'trippede' lidt rundt i en 'prædikestol' på stuen. Hovedregelen var, at patienter som regel kun var oppe to gange i kortere tid dagen efter operationen og resten af tiden var de i deres senge.

Nu kommer alle patienter op på operationsdagen og mobiliseres meget mere dagene efter operationen. Dette har ifølge de interviewede allerede haft en række mærkbare positive effekter:

- Der er færre tilfælde af kvalme og færre tilfælde af obstipation i de første dage, når patienterne er hurtigt mobiliseret.
- Patienterne er ikke længere så bange, når de mobiliseres dagen efter operationen.
- Få patienter har behov for engangskateterisering, idet de selv kan komme på toilettet (klinikken anvender ikke KAD rutinemæssigt).
- Patienterne er allerede i gang med gangstativ dagen efter operationen og er hurtigt i gang med stokke.
- Patienterne indtager deres frokost og middagsmad i dagligstuen og ikke i deres senge eller på stuen som tidligere.
- Sengene er ikke længere et opholdssted. Efter frokost skal patienterne anvende nogle specielt indkøbte stole, som står i en anden stue.

I det følgende er en række citater fra fokusgruppeinterviewet, som belyser ovenstående, medtaget:

- *Før kom patienten op på dag 1. Der var de måske oppe to gange - maks. De kom op med fysioterapeuten om formiddagen, og hvis de fortsat havde det rimeligt, så kom de op til aften. 'Komme op' betød, at de kom op og gå en lille tur eller kom op og sidde på sengen eller trippede lidt rundt og så ned i sengen igen.*
- *Nu bliver de mobiliseret dag 0 af plejen. Det måtte vi simpelthen ikke tidligere, før de have været i røntgen. Det har været et 'must' tidligere, at patienten skulle i røntgen til kontrol inden vi kunne mobilisere. Røntgen billeder skulle godkendes af en læge, før man måtte mobilisere. Det gjorde så, at patienter lå i sengen indtil om formiddagen den følgende dag og hvis nu lægen ikke havde nået at komme til stuegang, så kunne de risikere at lægge til om eftermiddagen, før de kom op første gang – det skete dog kun sjældent.*
- *Nu bliver dag 1 anderledes, idet de kommer op om morgenen og får et bad. Patienterne skal stadigvæk i røntgen, men man skal ikke afvente en clearing, før patienten må komme op. Nu skal de også i dagligstuen og spise frokost, hvor de før i tiden altid fik frokost på stuen. Efter frokost skal de ned i de nye hvilestuer, der bliver etableret med specielle hvilestole. Før lå de i sengen efter frokost, men sengen skal kun bruges til at sove i nu.*
- *Før blev de sengebadet som rutine dag 1, men nu tager vi dem der kan i bad.*
- *Jeg synes også, at de er mindre bange dagen efter, når de skal op. Nu har de prøvet det. Og det har også betydning på kvalmen og obstipationen – mindre kvalme og mindre obstipation i og med at de kommer i gang.*
- *Nu bliver det fys gange to, oppe til alle måltider og vi får etableret et træningsrum på afdelingen, hvor de kommer til at træne i teams (dem de er på stue med). Vi vil også komme ned og 'pace' dem og anbefale dem at bruge træningsrummet. Hele forløbet bliver nu lagt an på, at det skal være patienterne, som skal være meget mere aktive.*
- *Dag 2 – før (dvs. 4-5 måneder siden) var der træning på stuen (siddende og liggende øvelser) og i visse tilfælde stående øvelser til skammel, hvor patienten støttede til sengen. Der var ikke mange patienter, der havde stående øvelser på 2. dagen (operationsdag = dag 0). Patienterne kom på badeværelse dag 2 med gangstativ.*

- Tidligere har vi jo ikke haft noget pres på os sådan ret tidsmæssigt, så havde folk kvalme, så har vi nok været lidt gode ved dem og sagt – nå fint nok så bliv liggende og havde de det så også skidt om eftermiddagen, så kunne der gå en hel dag uden at der skete noget.
- Nu har vi set resultaterne af at tage dem op på operationsdagen, og selv om vi stadigvæk har nogen som har kvalme, så har vi slet ikke så mange med kvalme længere.
- Det giver rigtig meget at få dem op på operationsdagen. Vi kan virkelig se, at de er hurtigere i gang dagene derefter. Før i tiden lagde vi for eksempel mange engangskatetre. Nu lægger vi næsten ikke engangskatetre, fordi de selv kan komme op på en bækkenstol eller kan måske selv gå ud på toilettet.

1.2 Smertebehandling

Afdelingens rutiner mht. smertebehandling er undergået ændringer. Patienterne har tidligere fast femoraliskateter anlagt i tre dage efter operationen og der suppleres med paracetamol 1 g x 4, Oxycontin depot 10-20 mg (vægtafhængigt) x 2 samt Oxynorm pn. Patienterne har hidtil tidligst påbegyndt nedtrapning af Oxycontin fra dag 5, idet der generelt sker en individuel vurdering af patienten. Ofte har patienterne stadigvæk et opioid forbrug ved udskrivelsen (også når patienterne var indlagt 10 dage eller mere) og ofte får patienterne et udtrapningsskema, som de skal følge hjemme, når de udskrives.

Som noget nyt har klinikken nu bl.a. indført følgende tre ændringer i smertebehandlingen:

4. For det første anvendes nu NSAID i en fast dosering i de første 3-5 dage, hvilket har betydet, at patienterne har mindre ondt. Det er jævnligt et problem, at femoralisblokaden ikke smertedækkede bagsiden af knæet tilstrækkeligt.
5. For det andet har klinikken valgt en opblødning i ordinationsretten, så bl.a. sygeplejersken fra opvågningsen kan regulere op og ned for femoraliskateteret, i stedet for at man skulle vente på, at en læge kom og gav tilladelse til dette.
6. For det tredje har man givet patienterne lov til at selvadministrere pn. smertestillende medicin, i stedet for at de først skulle spørge personalet om lov.

Alt i alt har det ført til, at mobiliseringen forløber hurtigere og bedre. Dels er patienterne hurtigere og bedre smertedækket. Dels har man ikke længere så mange mobiliseringsvanskeligheder, når femoraliskateteret har virket for kraftigt, så patienterne ikke kan støtte ordentlig på benet. Nu kan man hurtig skru ned for kateteret uden at skulle vente på at en læge, som måske først kom senere op ad dagen, så mobiliseringen forsinkedes.

Men trods ovenstående forbedringer gav nogle af de interviewede udtryk for en vis bekymring over smertebehandling, idet de forudså vanskeligheder med at indstille smertebehandlingen, når femoralis kateteret lå der i tre dage efter operationen, og patienten skulle kunne udskrives allerede efter 3-6 dage, hvor man dårligt har justeret den perorale smertebehandling ind efter fjernelsen af femoraliskateteret.

I det følgende er en række citater fra fokusgruppeinterviewet, som belyser ovenstående, medtaget:

- Det største problem vi har haft mht. at mobilisere patienterne, det er smerterne.
- Noget nyt som vi er startet på er at give NSAID i en fast dosering efter operationen. Tidligere gav man det mere individuelt efter behov, og det kunne være lidt svært ind i mellem at få det effektueret rimeligt hurtigt. Men nu er det en fast ordination de første 3-5 dage (Brufen 4-600 mg x 3 - vægtafhængigt).
- Tidligere har det været sådan, at pga. af frygt for manglende knogledannelse så har lægerne været tilbageholdende med NSAID, men når man står og ser på et inflammert og hævet knæ, så er det bedst at anvende NSAID. Det er jeg enormt glad for, at det er blevet indført. Det vil hjælpe os godt på vej i mobiliseringen. Det er inden for den sidste måned, at dette er sket.

Patienterne har rutinemæssigt femoralis kateter i tre dage og Oxycontin depot 10-20 mg gange to dagligt samt Oxynorm pn. samt Pamol 1 g x 4. Tidligere (sidste år) skulle patienter bede om ekstra smertestillende, men nu er man begyndt på, at patienterne selv skal administrere den smertestillende pn. medicin. Man starter tidligst på nedtrapning af medicin 5. dag – ikke før – det er en individuel vurdering, hvornår man starter på udtrapning. Det er ikke sådan, at vi siger, at det er standard at på 5. dag der starter vi med at trappe ned. Det er den, der er der, som tager en individuel vurdering. Vi kan se på deres pn. forbrug, at hvis de stadigvæk bruger en del Oxynorm, så er de klar til nedtrapning.

- *Der er fys x 2 nu – det har vi heller ikke haft før. Afhængigt af hvordan deres femoraliskateter fungerer, så bliver de mobiliseret med forskellige gangredskaber. Det kan også gå lidt hurtigere eller lidt langsommere. Nu er der kommet en procedure, hvor vi godt må skrue ned for femoraliskateteret. Tidligere var det sådan, at skulle der skrues ned for et femoraliskateter, så skulle vi have fat på en læge, men det kan sygeplejersken få lov til at gøre nu. Det var det, der kunne betyde, at man ikke var så aggressiv efter at få patienten ud af sengen, når benet kunne svinge under dem.*
- *Vi har for nyligt fået en standardordination for smertebehandling, og det har hjulpet.*
- *Vi er blevet bedre til at få handlet på patientens smerter. Det er stadigvæk sådan, at det er lægerne der skal komme over og sætte et kryds i medicinkardex, hvis man vil øge smertebehandlingen.*
- *Det bliver med det nye tiltag sådan, at sygeplejersken på opvågningen nu kan gå rundt og korrigere smertebehandlingen og smertepumper.*
- *Med det accelererede forløb når vi dårligt at tage femoraliskateteret fra dem, så skal de hjem. Det kan godt give nogen problemer med smertedækningen.*
- *Jeg er imod femoraliskateter og depot morfin. Jeg er vant til, at man giver de korttidsvirkende. Spørgsmålet er, hvor godt det er, at de har femoraliskateter i tre dage, for når vi så sender dem hjem efter fem dage, så ved vi ikke, hvor de egentlig er. Kunne man nøjes med peroral behandling i de første døgn, så kunne man få et bedre indtryk af deres behov for smertestillende medicin. Jeg oplever, at mange her bliver udskrevet på morfin. Jeg er vant til (andet ansættelsessted), at patienterne bliver udskrevet kun med Panodil.*
- *Problemet med smertebehandlingen er også, at femoraliskateteret ikke altid dækker bagsiden af knæet. Så der kan patienterne godt opbygge et behov for Oxycontin i større og større mængder. De får en høj dosis Oxycontin samtidig med, at de får femoraliskateter – det er ikke så smart. Det kan være, at epiduralkateter er en bedre løsning, eftersom det tager hele knæet. Måske skulle de bare have epiduralkateter i et døgn eller to og så gå over på tabletbehandling.*

Nogen patienter er ikke trappet ud ved udskrivelsen og fortsætter derfor med smertestillende opioider hjemme. De får et udtrapningsskema med hjem.

1.3 Fysiske rammer og ressourcer

Klinikken har gode pladsforhold og dette udnyttes ved, at alloplastik patienterne fremover samles i et afsnit, hvor der oprettes patientteams (teams udgør et hold patienter, som opereres samtidig, følges ad og indlægges på samme stue) får en stue med hvilestole i tilknytning til deres sengestue. Endvidere er der netop indrettet et træningslokale i tilknytning til klinikkens store dagligstue, hvor måltiderne indtages.

Det er afsat ekstra ressourcer til de accelererede forløb, idet plejen har fået en ekstra person i aftenvagte – specielt mhp. at kunne mobilisere patienterne på selve operationsdagen. Fysioterapeuterne træner nu to gange daglig med patienterne og der er mulighed for holdtræning under indlæggelsen. De interviewede havde ikke på nuværende tidspunkt noget klart indtryk af, om man sammenlagt kom til at anvende flere eller færre ressourcer, når patientforløbene accelereredes.

- *Vi har også fået ekstra personale i aftenvagte til at støtte os. Førhen var aftenvagten meget travl, men nu har vi fået en ekstra person til at få patienterne op samme dag.*
- *Vi kommer til at bruge mere tid på at motivere patienter, men vi ved endnu ikke om vi kommer til at bruge flere eller færre ressourcer på patienterne. Jeg tror, at vi skal bruge meget tid på at snakke med patienterne, hvor vi før i tiden har gjort mere for dem. Ressourcerne bliver vel omfordelt – der går tid fra sengebading som i stedet anvendes til motivation af patienten. Der vil også blive anvendt mere tid på at følge patienterne rundt på afdelingen – f.eks. når de skal ned og spise aftensmad eller hen og træne. Første aften på operationsdagen koster det en del ressourcer. Det har vi jo allerede kunne mærke. Før når vi havde dem i 10 dage, da var det jo en 'nem' patient de sidste dage. Da skulle man ikke bruge ret meget krudt på disse patienter.*

1.4 Patientinformation

Klinikken starter netop samtidigt med nærværende fokusgruppeinterview på det første hold patienter, som skal gennemløbe et accelereret optimeret patientforløb. I den forbindelse startes det første fælles informationsmøde for patienter og deres pårørende, idet patienter som skal opereres i samme uge fremover skal følges ad. En læge, syge-

plejerske, fysioterapeut og anæstesisygeplejerske vil informere om forløbet, og bagefter har patienterne mulighed for individuel samtale med repræsentanterne for de fire faggrupper. Som noget nyt vil patienterne bl.a. få at vide, at de forventes indlagt i 3 til 6 dage (individuelle variationer), hvor man tidligere sagde en uges tid, mens der i patientinformationsfolderen står 8-12 dage. Endvidere betones vigtigheden af patientens egen indsats under mobilisering og genoptræning.

Ud over patientinformationsmødet vil personale løbende under indlæggelsesforløbet søge at motivere patienter for tidlig mobilisering og 3. dagen efter operationen, vil der være ét statusmøde, hvor patienten og evt. pårørende kommer til en samtale (15 min. afsat) med deltagelse af læge, sygeplejerske og fysioterapeut. På statusmødet vil udskrivesdagen blive planlagt.

Ved interviewet var der dog en vis skepsis overfor, om ovenstående indlæggelsestider var opnåeligt for mere end 75% af patienterne.

- I dag (tidspunktet for fokusgruppeinterviewet) starter de accelererede optimerede forløb op. De første patienter kommer i dag til en fælles informationsdag. Patienterne har været til forundersøgelsen, men alle patienter som skal opereres i samme uge kommer til et fælles informationsmøde, så de kan følges ad igennem forløbet. Før havde patienterne individuel samtale med en sygeplejerske (fra afdelingen) i ambulatoriet. I dag skal information gives samlet til patienterne, idet en sygeplejerske, en læge, en fysioterapeut samt en anæstesi-sygeplejerske giver informationen til gruppen ved et møde i kantinen. Der er afsat en time til dette møde, hvor alle fire faggrupper fremlægger og bagefter er der mulighed for mere individuel information, idet personalet vil sætte sig 'i hvert vores hjørne', så patienterne kan komme hen og spørge om mere individuelle spørgsmål.*
- Det nye ved informationen er bl.a., at personalet nu vil betone, at patienten er rask, og det er patienten, som har et medansvar for forløbet. Man vil sige til patienterne, at de er indlagt 3-6 dage, hvor de tidligere i ambulatoriet fik at vide, at de ville være indlagt i en uges tid, mens der i patient brochuren står, at indlæggelsestiden er 8-12 dage.*
- Fremover bliver det en fælles konference på 3. dag med deltagelse af læge, sygeplejerske, fysioterapeut samt patient og dennes pårørende, som gør status og tager stilling til udskrivelsen. Det er en del af tanken, at der skal være en gennemgående pårørende, som skal kunne støtte og motivere igennem hele forløbet. Der er sat et kvarter af pr. patient.*
- Jeg tror ikke på, at man kan få alle patienter ud på fem dage. Der bør ske en individuel vurdering, så til en ældre patient vil jeg sige, at de skal regne med at være indlagt 7 til 10 dage, mens en yngre patient kan være ude efter fem dage. Jeg tror ikke, at man skal regne med at få mere end 75% af patienter udskrevet inden for seks dage. Man skal tænke på, hvor gamle patienterne er, og hvor meget de forstår.*

1.5 Afkrydsningsskemaer, scoringsskema m.v.

Klinikken har ikke standardplejeplaner, men plejen anvender afkrydsningsskemaer for de første tre dage af indlæggelsesforløbet. Endvidere har klinikken som noget nyt indført et scoringsskema, som patienten i samarbejde med personalet skal udfylde. Scoringsskemaet vil være placeret ved patientens sengebord.

- Afkrydsningsskema (tjeklister) anvendes af plejen og disse tjeklister er opdateret til de nye forløb.*
- Fyssen læser altid hvad plejen skriver og plejen læser ligeledes fyssens notater. I de gamle kardex (et halvt år siden), da var notaterne ikke så overskuelige, men det er blevet ændret med det nye forløb. Der står ikke længere så meget i 'VIPS', men fyssen kigger lige i Vips samt i lægejournalen før de møder patienten.*
- Det bliver helt anderledes nu, idet vi får lavet et scoringsskema, hvor der nogle forskellige funktioner i, hvor man krydser af alt efter hvad patienten kan. Første dag er det prædikestol man anvender, dernæst er det gangstativ fra dag 1 af og stokke så hurtig som muligt. Der er et afkrydsningsskema, som kommer til at ligge i patientmappen. Patienten har den så ved sit sengebord, hvor man krydser af, hvor meget patienten har nået. Således bliver patienten inddraget i fremgangen og gjort til partner i forløbet.*

1.6 Udskrivelseskriterier

De interviewede understregede, at der ikke ville blive ændret på udskrivelseskriterierne, når de accelererede optimerede forløb indførtes. Udskrivelseskriterierne var de samme, men man ville blot opnå dem hurtigere.

Fysioterapeuterne lagde som udskrivelseskriterier vægt på:

- at der skal være en fremadskridende proces i knæleddets flektion
- at flektionen gerne skal være minimum 70 grader (patientinformationsbrochuren omtaler 60 grader)
- at der højst er en ekstensionsdefekt på 10 grader
- at patienten kan gå vha. relevante hjælpemidler herunder klare trappegang

Derudover var det et mål - ikke et udskrivningskriterium – at patienten kunne cykle på en kondicykel.

Plejen havde ikke noget andet udskrivningskriterium end, at patienterne skulle kunne klare sig selv, hvilket blev opnået i løbet af de ti dage de typisk tidligere havde været indlagt. Så udskrivningskriteriet for plejen havde indtil videre været: ”Når fyssen havde sagt god for patienten”. Plejen omtalte ikke nye specielle udskrivningskriterier i forbindelse med opstarten af de nye accelererede optimerede patientforløb.

- *Udskrivelseskriterierne med det nye forløb bliver vel ikke anderledes end de altid har været.*
- *Det var før i tiden sådan, at fyssen styrede, hvornår patienten skulle hjem. Problemet var nok, at der ikke var et fælles mål for, hvornår patienten skulle hjem, som var helt tydeligt mellem læger og plejen samt fysioterapien. Der var ikke klare mål. Det var en meget individuel vurdering af, hvornår patienten var klar til udskrivelse.*
- *Udskrivelseskriterierne det må være, når patienterne kan klare sig. Hvis de ikke kan klare sig, så skal de ikke hjem. Sådan er det bare.*
- *Plejens udskrivningskriterier? De skal klare sig selv. Udskrivningskriteriet har været, at fys siger, at de kan udskrives. Før i tiden kunne plejen let nå at gøre patienten selvhjulpne, så derfor var det fyssen, som afgjorde udskrivningstidspunktet.*
- *Udskrivningskriterierne før i tiden: 'Når fyssen havde sagt god for patienten'.*
- *Som jeg hørte det i går, så skal de kunne bøje 70 grader – det er det som er målet med det nye forløb. Før der skulle de bøje 90 grader.*
- *Vi har også fået en masse materiale med hjem, om hvordan man gør andre steder, og der er det jo mange steder, at man kun snakker om basismobilisering. Kan de rejse sig selv kan de selv komme ud af sengen kan de gå med krykkestokke kan de rejse sig fra en stol, så kan de komme hjem. Det er nok og det er alt, hvad de skal kunne. Og der har vi jo nok holdt meget på, at de skal kunne lidt mere. De skal kunne gå på trapper og vi vil gerne sikre os, at de har en tilfredsstillende bevægelighed. De skal flektre til minimum 70 grader og ekstensionsdefekt på højst 10 grader. Det vi gerne vil have er, at der er en fremadskridende proces i deres bevægelighed fra de blev opereret og hen igennem indlæggelsesforløbet, og så accepterer vi, at de har bevægelighed på f.eks. 70. Og så vil vi også gerne have, at de kan komme på kondicykel – det er en del af målet her. Der har vi så sat os for, at den kvalitet vi har haft tidligere, den vil vi prøve at opretholde – men stadigvæk med en kortere indlæggelsestid.*
- *Vi vil godt sikre os, at patienterne har noget bevægelighed i begge retninger, så det ikke kun er den ene vej det går godt. Tidligere har vi i brochure haft et mål på 60 graders bøjning mens vi i fyssen nok har kørt efter 90 grader.*

1.7 Personalets holdninger – før og nu!

Der blev spurgt til personalets holdninger til accelererede optimerede forløb samt til de tidligere rutiner som havde eksisteret. Forklaringerne på at man ikke havde strammet op i patientforløbet fremgår af nedenstående citater. Man gjorde, som man altid havde gjort, da man i sin tid startede op med operationerne, og man 'hyggede' mere om patienterne. Ingen satte spørgsmålstejn ved de daglige rutiner.

- *Hvorfor vi gjorde, som vi gjorde før? Det var bare kulturen. Det var sådan vi gjorde.*
- *Vi gjorde bare tingene på samme måde, som da vi i sin tid startede op.*

- *Grunden til at vi har haft en lang indlæggelsestid er, at vi ikke er en storby. Man hygger mere om folk herude. Jeg kommer fra et lille sygehus, og der var patienterne også indlagt de her 10-14 dage, og det var da hyggeligt. Man går mere og nusser om dem.*
- *Over i fys har vi måske holdt dem en dag længere for lige at være sikre på, at de kan gå ordentlig på trappe eller kan cykle. Der er måske blevet en lidt mere kontant afregning nu – nu har du været på trapper, og så er det det. Det er ikke et udskrivningskriterium, at patienten skal gå på trapper, men det er et mål, og hvis det kan opfyldes, så er det fint, og hvis det ikke kan opfyldes, så må man finde på en anden løsning.*

Det var ved påvirkning udefra samt efterfølgende nedsættelsen af en styringsgruppe mhp. at implementere accelererede optimerede forløb, at der kom gang i ændringerne.

- *Vi ændrede holdningen hos plejen, fordi vi fik lov. Det var nok efter, at I var her sidst, så prøvede vi, og vi fik ret hurtigt tilbagemelding på, at liggedagene var faldet et par dage pga. det vi gjorde.*
- *Vi er et lille sygehus, som er parat til at omstille sig hurtigt. Det er vores overlevelse herude.*
- *Der har også været nogle skriveri om det i fagblade, som har påvirket lidt.*
- *Jeg tror, at det at vi har fået nedsat en styringsgruppe med nogle få ildsjæle der har taget fat i det her og taget rundt på studiebesøg andre steder, at det har været en rigtig god ting. Der er ingen grund til at skulle opfinde den dybe tallerken igen, når den har været opfundet mange andre steder. Vi har så plukket lidt rundt omkring. Det er jo ikke rent Joint Care her – vi har tilpasset tingene til vores sted. Det er enormt vigtigt, at der hele tiden er et højt informationsniveau også til alle de andre afdelinger i huset, eftersom det kommer til at påvirke hele huset.*
- *Det har noget at gøre med vores stædighed – vi vil ikke være dem med længst indlæggelsestid. Det har også noget at gøre med vores udviklingssygeplejerske som har skubbet godt på. Hun har virkelig været en motivationsfaktor for os alle sammen. Og så har vi fået ressourcerne til det.*
- *Nu er forløbet blevet optimeret til, at de kommer op på operationsdagen. Smertebehandlingen er også blevet bedre, idet vi er hurtigere til at behandle, når de har ondt. Ellers vil smerterne sætte begrænsninger for, hvor meget man kan træne. Det er vi blevet meget bedre til, så patienterne hurtigere får et funktionsniveau som gør, at vi kan udskrive dem.*
- *Nu skal vi ikke tage så meget hensyn til det mere. Nu skal de bare op og kaste op, så får de det meget bedre (der grines). Man er også begyndt at kigge på kosten, og hvad man kan gøre for at mindske kvalmen, så forhåbentlig vil det også ændre sig til det mere positive.*

En enkelt udtrykte dog også sine betænkeligheder ved indførelsen af de accelererede forløb.

- *Jeg har betænkeligheder ved de accelererede forløb. Jeg tror at vi kommer til at sende nogen hjem som ikke ønsker at komme hjem. Jeg er bange for at man nogle gange kommer til at tvinge folk hjem. Der er også mange patienter der føler sig trygte ved at være her. Det skal de have lov til.*

1.8 Relationen til primærsektoren

Belastningen af de praktiserende læger vil efter de interviewedes mening blive større, hvorimod der ikke skønnes at blive mere belastning af hjemmesygeplejen eller lokale fysioterapeuter.

Årsagen til den øgede belastning af de praktiserende læger skyldes, at agraft fjernelsen skal overgå fra hjemmeplejen til de praktiserende læger, idet plejepersonalet på sygehuset således kan spare tid ved ikke at skulle komme i kontakt med hjemmeplejen for at indgå en aftale om agraft fjernelse. Derudover mente de interviewede, at patienter ville opsøge deres praktiserende læger i højere grad mhp. smertebehandling.

Derimod mente de interviewede ikke af lokale fysioterapeuter ville blive mere belastet, idet man jo fastholdte de samme udskrivningskriterier som tidligere.

- Tidligere fik de fjernet agraffer af hjemmesygeplejen, men nu skal de gå til egen læge. Vi ringede til hjemmesygeplejersken, som så kom og fjernede agrafferne. Der var nogle få stykker, som gik til egen læge. Men nu skal vi ikke bruge tid på at ringe til hjemmesygeplejersken, og derfor skal patienten gå til egen læge. Det sparer os for tid, idet vi bruger meget tid på at skulle ringe til hjemmesygeplejersken.
- Jeg tror, at der bliver flere kontakter til egen læge omkring smerter.
- Man skulle indkalde patienterne til fys kontrol efter 6 uger, i stedet for efter tre måneder – det er lang tid. Lægekontrollen er i dag først efter 1 år.
- Patienterne selvtræner normalt hjemme, men der er mange løsningsmuligheder, såfremt der er lidt problemer med patienterne. F.eks. har vi et knæhold, der træner ambulant om tirsdagen, hvor vi kan sætte udvalgte patienter til – det har vi haft i de sidste 8-9 måneder. Så har man mulighed for at ringe til distriktsfysioterapeuterne i de kommuner, hvor vi ved at man kan få hjælp – for det er jo ikke alle kommuner der lever op til dette – så er der mulighed for at henvise til andre sygehuse (hjemtsygehuse) og den sidste mulighed er dem som vil betale selv – de kan gå til en privat fysioterapeut. Disse muligheder har vi hele tiden haft, men jeg tror ikke at vi kommer til at anvende dette mere for der har hele tiden været en vurdering af, hvem som havde behov for noget mere samt hvor det skulle foregå. Jeg tror ikke, at der bliver den store forskel på dette i fremtiden.

1.9 Andet

Af andre tiltag som formodes at have betydning for en tidligere mobilisering nævnte de interviewede bl.a., at man var hurtigere til at give blod samt bedre til at optimere kosten for at forebygge kvalme.

- Og vi er også blevet hurtigere til at give blod, så de kan komme op. Patienterne får blod, såfremt de er klinisk påvirket – og så skal hæmoglobin være under 6. Men vi kan nemt finde på at sende en patient hjem med et hæmoglobin på 5,8, såfremt de ikke har symptomer.
- Vi har også optimeret mht. kost – bl.a. får de sukkerdrikke om aftenen for at forebygge kvalme. Endvidere skal de kun faste seks timer før operationen.

2. Tværfagligt samarbejde samt råd til andre afdelinger

Tværfagligt samarbejde

- Vi har et rigtigt godt arbejdsklima.
- Vi er et godt team nu. Der er nu faste terapeuter, som har været her i mange år, og som kender plejegruppen godt. Så vi kender hinanden bedre og bedre og ved hvad vi står for. Det er et lille sygehus, og vi kender hinanden godt. Står man og mangler en, så kan man selv lige gå over og finde vedkommende. Det gælder også ved lægerne, så man hurtigt kan få ordnet nogle ting.

Råd til andre afdelinger

Råd til andre afdelinger omhandlede bl.a. at man i processen under indførelse af accelererede forløb skal sikre et højt informationsniveau, passe på at man får iværksat aktiviteter samtidigt for alle personalegrupper samt at man skal tænke lidt over sine egne holdninger i det daglige.

- Det er viden – det er erfaring – det er at se, at det er rigtigt, hvad nogen siger, at man skal tage patienten op hurtigt. Og så gælder det om at få sine kollegaer med.
- Der har måske haltet lidt med informationen, eftersom det er gået stærkt - rigtig stærkt. Så var der enkelte områder og enkelte sygeplejersker, der havde snakket med nogle læger og så begyndte de at accelerere, men så passede det måske ikke lige sammen med, at en fysioterapeut accelererede men så var sammen om patienten med en sygeplejerske som ikke accelererede. Det er derfor vigtigt, at man hele tiden holder et højt informationsniveau, og at man beslutter hvornår man starter – så man ikke starter sådan lidt i øst og vest.

- *Det handler også om at gå hjem og tænke over sin egen holdning - så det er ikke længere synd for patienten. Man skal væk fra holdningen - det er godt nok synd for dig, at du har kvalme, du må hellere blive liggende. Der skal man gå ind og vurdere sin egen holdning – det er nødvendigt.*

8. Afd. Z Fokusgruppeinterview - 24. juni 2005

Indledning – kort præsentation af afdelingen

Den ortopædkirurgiske afdeling modtager akutte og elektive patienter. Der udføres hofte- og knæalloplastik operationer på afdelingen ligesom der foretages både primære og sekundære alloplastik operationer. Sygehuset er geografisk opdelt i to afsnit med en større geografisk afstand. På det ene afsnit er der ikke tilknyttet en intensiv afdeling, hvorfor den ortopædkirurgiske afdeling foretager en selektion af patienterne, så kun patienter i ASA 1 og 2 opereres på afsnittet uden intensiv afdeling. Hofte- og knæalloplastik patienter samles ikke i en enhed på de enkelte afsnit.

Afdelingen har foretaget ændringer i patientforløbene i foråret 2005. Disse ændringer er primært i form af en bedre præoperativ information og instruktion, idet patienterne:

- dels inviteres til en samtale med fysioterapeuterne forud for operationen, hvor man informerer om patientforløbet samt udleverer relevant hjælpemidler
- dels modtager patienten på afdelingen - i stedet for i et ambulatorium - 2-3 uger før operationen, hvor en sygeplejerske fra afdelingen - i stedet for en ambulatoriesygeplejerske - har mulighed for at informere patienterne mere detaljeret om forløbet.

Ovenstående ændringer har - ifølge de interviewede - sammen med at patienter nu mobiliseres på operationsdagen samt en ændret smertebehandling (indført i efteråret 2004) medvirket til en hurtigere mobilisering af patienterne i 2005.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 12,3 dage for primære knæalloplastik patienter hhv. 11,9 dage for primære hoftealloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt landets længste indlæggelsestider, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen.

Afdelingens egne tal for 2004 viste, at knæalloplastik patienter i gennemsnit var indlagt 13,8 dage (140 ptt.), mens hoftealloplastik patienter i gennemsnit var indlagt 12,1 dage (200 ptt.). Afdelingens tal for 2004 viste endvidere, at knæalloplastik patienter i gennemsnit var indlagt 12,6 dage (69 ptt.) på afsnittet uden intensiv afdeling mod 15,1 dage (71 ptt.) på afsnittet med intensiv afdeling. Tilsvarende tal for hoftealloplastik patienter var 9,2 dage (85 ptt.) hhv. 14,3 dage (115 ptt.)

Da audit af 25 journaler på primære knæalloplastik patienter blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid for de to afsnit 13,3 dage (median 13), mens audit af 25 journaler på primære hoftealloplastik patienter viste en gennemsnitlig indlæggelsestid på 8,5 dage (median 8). Således var der formentlig sket et fald i indlæggelsestiden på hoftealloplastik patienter i efteråret 2004, mens dette ikke var tilfældet for knæpatienter.

De interviewede fysioterapeuter samt sygeplejersker havde alle haft lange ansættelser (flere år) på deres respektive afdelinger. Den interviewede læge havde haft en kortere ansættelse på afdelingen (ca. et halvt år), men havde samtidig erfaringer fra andre afdelinger. Alle interviewede kom fra afsnittet med intensiv afdeling tilknyttet, hvorfor patienterne på deres afsnit i højere grad havde komplicerende lidelser i form af hjerte-/lungesygdomme sammenlignet med det andet afsnit uden intensiv afdeling.

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to fysioterapeuter og én læge.

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har lange indlæggelsestider?

De interviewede fremkom bl.a. med følgende mulige forklaringer på, at afsnittets patienter havde lange indlæggelsestider postoperativt:

- Afsnittet har høje kvalitetskrav til bevægelighed af specielt knæ (100 grader flektion hhv. fuld ekstension), før disse patienter udskrives. Der er ikke tilsvarende krav til hoftepatienters bevægelighed, men disse patienter skal være 'så godt som muligt i gang', før de udskrives.
- Afsnittet har mange 'tunge' patienter som er svære at mobilisere – f.eks. hjerte/lungesygte patienter, patienter med høj vægt og/eller patienter som har ventet længe på operationen.
- Et stort indtag af akutte patienter gør det svært at holde fokus på alloplastik patienters mobilisering.
- Stor udskiftning af personale betyder ofte længere indlæggelsesforløb, idet nye medarbejdere er uerfarne.

Vi har lange indlæggelser, fordi vi primært satser på kvalitet her i huset i modsætning til så mange andre steder. Man har ikke de samme krav andre steder som her i huset.

Kravene til f.eks. knæalloplastik er, at vi minimum kræver 100 grader flektion, og de skal helst kunne strække helt ud – specielt under gang. Der kan selvfølgelig være forløb, hvor de ikke kan nå dette inden de kommer hjem, såfremt de har

gået og ventet flere år på operationen. Kravene til at skulle komme ind og ud af senge og gå på trapper er ikke nok hos os, men det er kravene andre steder. Så vi sætter kvalitet meget i højsædet.

Knæ patienterne skal også have fat i muskulaturen, så de kan bruge deres quadricepsmuskler. Hvis patienterne kommer hjem med minus ti graders ekstensionsdefekt eller mere, så har de ikke fat i deres quadricepsmuskler.

For hoftealloplastik patienterne så handler det om, at de skal være så godt som muligt i gang for ikke at få en ringere livskvalitet, idet øjeblik de kommer hjem. Der er ikke for hofter - på samme måde som til knæ - krav til bevægelighed, men det er meget op til os (fyssen) at vurdere, hvornår vi synes, at en patient er klar til at komme hjem. Er der f.eks. ingen abduktion eller ingen ekstension i en hofte, så mener jeg ikke, at en person skal hjem og selv træne det op. De skal nogenlunde kunne finde de muskler de skal bruge, og de skal også kunne færdes med to stokke, så du ikke afskærer dem fra at gå på f.eks. trapper.

Jeg ved godt, at de kører projekter andre steder – f.eks. Silkeborg – hvor hoftepatienter opereres om mandagen og kommer hjem om fredagen. Sådan kører vi ikke her – hverken med hofte- eller knæalloplastik patienter. Det er meget individuelt. Hoftepatienter er typisk indlagt 7-10 dage her, og knæ er indlagt 10-11 dage. Mange af vores patienter er i ASA gruppe 3-4 eller har en stor vægt, hvilket gør at de ikke kan springe rundt allerede første eller anden dag.

Patienter med hjertelunge problemer kan ikke holde ud at træne i nær så lang tid som raske patienter – hjertelunge patienter bliver mere trætte. Vi har også mange patienter med en rimelig høj vægt. Det hele gør måske, at de er lidt tungere at mobilisere.

Jeg har indtryk af, at vi ligesom er samlingssted for de patienter, som man ikke rigtig vil operere andre steder. Så er der problemer, så kan de komme på vores sygehus, så vi har nogle tunge patienter ind imellem.

Dem der har gået og humpet igennem de sidste år inden de bliver opereret – de er tunge at få igennem.

Jeg har svært ved at skelne de primære alloplastik patienter fra de øvrige patienter. De primære alloplastik patienter 'drukner' lidt i de øvrige patienter på afdelingen. Jeg tror måske, at det er en lidt dårlig vane, fordi man ikke har tilstrækkeligt fokus på disse patienter.

Nyt personale på en afdeling har også betydning for indlæggelsesforløbet – det bliver længere. De nyansatte er måske ikke så hurtige til at få patienter ud af sengen som os, der har været der længere tid. De er for nervøse og stressede over at skulle have vagten over en hel gruppe patienter og vægter nogle andre ting frem for at få patienterne op.

2. Forløbet før indlæggelse - patientinformation

Den ortopædkirurgiske afdeling har i 2005 ændret på patienternes forløb forud for operationen, hvilket ifølge plejen formentlig allerede har haft positive effekter på patienters mobilisering. Tidligere bestod forløbet inden operation af følgende aktiviteter:

1. Samtale med speciallæge af ca. 30 min. varighed, hvor operationsindikation blev stillet og patienten orienteret om operationen samt forventninger til resultatet herunder risici og komplikationer.
2. Journalskrivning ca. 2-3 uger før operation ved reservelæge, hvor ambulatoriesygeplejersken samtidig informerede patienten om forløbet (begrænset tid til dette) og relevante parakliniske undersøgelser blev taget. Endvidere blev et narkosetilsyn gennemført.
3. Indlæggelsen dagen før operationen, hvor patienterne for første gang mødtes med en fysioterapeut.

I de nye aktiviteter er ambulatoriet lukket ned og i stedet har sengeafdelingen overtaget funktionen, hvor en sygeplejerske fra sengeafdelingen har afsat sammenlagt ca. 1 time til at følge patienten. Ergoterapeuten udleverer endvidere hjælpemidler til hoftepatienterne denne dag. Derudover indkalder fysioterapeuterne som noget nyt - kort tid efter at operationsindikationen er stillet - patienter til en individuel samtale, hvor der informeres om forløbet og evt. træning forud for indlæggelsen planlægges for at styrke muskulaturen.

Afdelingens patientbrochurer har ikke været opdateret i flere år, og nogle af de interviewede mente ikke, at den er særlig velegnet til at blive udleveret. Personalet angav en lidt varierende indlæggelsesvarighed til patienterne, såfremt de blev spurgt om indlæggelsestiden (f.eks. 1 uge, 7-10 dage eller individuelt).

Til forundersøgelsen anvender lægen typisk en halv time. Der bruges ikke tid på journaloptagelse. Der informeres om forventninger operationsresultat og eventuelle komplikationer. Der optages journal ved en reservelæge ca. 14 dage før operationen.

Der er kommet et nyt koncept mht. sygeplejerskernes information af patienterne. Tidligere var det ambulatoriesygeplejersken som informerede patienten samtidig med journaloptagelsen, hvor der var begrænset med tid til at informere patienten. Siden 1. februar er det således, at når patienterne kommer til forundersøgelse, så møder de ikke nede i ambulatoriet men oppe i sengeafdelingen. Nu bliver der sat en sygeplejerske fra sengeafdelingen af til at tage sig af de forambulante patienter. Det gør, at en sygeplejerske som er kendt med afdelingen har tid til informere patienterne lidt mere om dagens forløb, følge patienterne lidt mere og informere dem lidt mere om sengeafdelingens procedurer. Der går snildt en time pr. patient. Patienterne er i afdelingen fra kl. 9 - 14. De møder typisk kl. 9 om morgenen og får taget journal, blodprøver samt får narkosetilsyn. Sygeplejersken på sengeafdelingen er flere gange i løbet af dagen i dialog med patienten. Ergoterapien er også indover samme dag, idet de udleverer hjælpemidler og instruerer i brugen af disse. Ergoterapeuten har patienterne på hold. Klokken er som regel to om eftermiddagen, før patienten er færdig.

Vi har i sengeafdelingen (plejen) snakket om, at patienterne kommer hurtigere i gang, eftersom de har en meget bedre information om, hvad der skal ske, når de er blevet informeret af sygeplejersker, der passer dem, når de er blevet opereret. Sygeplejersker der kender rutinerne i forløbet. Alene sådan noget som mobilisering – de kommer meget hurtigere i gang, de er ikke nær så bange og de har overskud på selve operationsdagen.

Vi har fingre i dem noget før, og det betyder meget, at man ser patienterne inden de skal opereres frem for at første gang man møder patienten, da ligger de og er lige kommet tilbage fra operationen og er blege og trætte.

Fysioterapeuterne er i 2005 begyndt på at tilbyde alle alloplastik patienterne at komme ind til en samtale. Når patienten bliver skrevet op til en operation, så bliver de tilbudt instruktion. Derved kan vi lige - bl.a. for at minimere indlæggelsestiden – se om vi kan forbedre en patient, så de hurtigere kan komme igennem. Patienterne indkaldes individuelt, hvor en fysioterapeut undersøger bevægelighed og gang. Hvis der er en måned eller to til at de skal opereres, så kan man godt sætte dem i behandling med bassintræning for at de bedre kan optræne deres muskulatur. Alle indkaldte bliver nu instrueret i at optræne deres muskulatur. De fleste patienter siger ja til dette tilbud. Patienterne skal komme til fysioterapeuten ligeså snart, at de er skrevet op til operation, så man kan nå at træne med dem.

Nogen som vil have glæde af at træne med stokke inden operationen instrueres i dette. Hvis vi vurderer (fyssen), at de vil have glæde af det, så giver vi dem det, men mange af dem vil ikke have stokke med hjem.

Vi (fyssen) har kørt den nye ordning i så kort tid, at vi ikke har kunnet mærke en effekt af dette.

De brochurer vi afleverer til patienterne er meget gamle. De stemmer ikke helt overens med de faktiske forhold. De nye brochurer er under udarbejdelse – det har de været meget længe. Jeg har for fire år siden været med til at revidere knæalloplastik brochuren, og den lægger stadigvæk på et skrivebord et eller andet sted.

3. Smertebehandling

Afdelingen har ændret sin smertebehandling i efteråret 2004. Således er standarden i dag:

- Oxycontin depot 10 mg x 2 (større dosis ved høj vægt) hvis det er hofter, og 20 mg x 2 hvis det er knæ.
- Oxynorm 5 mg pn.
- Pinex 1 g x 4.
- Ibuprofen efter almindelige retningslinier uanset om proteser er cementeret eller ucementeret.

Derudover får knæ patienter epidural smertebehandling – rutinemæssigt i fire dage – og samtidig med epiduralkateteret får patienterne rutinemæssigt anlagt KAD for at undgå blæreretension. Sygeplejerskerne på afdelingen kan selv skrue op og ned for den epidurale smertebehandling. Der var ingen speciel begrundelse for at knæpatienter skulle have epiduralkateter i fire dage udover, at patienterne skulle være smertedækket så godt som muligt.

Ved audit fik hovedparten af patienterne ved udskrivelsen udleveret et udtrapningsskema, idet flertallet havde behov for Oxycontin ved udskrivelsen. De interviewede mente, at deres patienter formentlig var bedre smertedækket end patienter på andre sygehuse, og understregede samtidig, at patienter havde behov for en meget individuel smertebehandling. Bl.a. kunne behovet for smertestillende medicin være større hos patienter, som havde ventet længe på at blive opereret. Der var nogle bemærkninger om, at plejepersonalet måske kunne have en noget varierende indstilling til den individuelle smertebehandling.

Smertebehandlingen er blevet bedre. Standarden er nu Oxycontin depot 10 mg x 2 (større dosis ved høj vægt) hvis det er hofter, og 20 mg x 2 hvis det er knæ. Oxynorm 5 mg pn. og Pines 1 g x 4. Der gives også Ibuprofen uanset om protesen er cementeret eller ucementeret. Det er ikke ret lang tid siden, at vi ændrede på smertebehandlingen (december 2004).

Patienterne får ekstra smertestillende (Oxynorm 5-10 mg), hvis de har smerter, når de skal træne.

Vi har ændret på smertebehandlingen i år – men vi giver ikke mindre – tror jeg nok.

Hofterne får meget individuel smertebehandling, fordi det er meget forskelligt, hvor ondt de har. Jeg synes, at det har meget at gøre med, hvor ondt de har haft det før, de blev opereret. Nogle hoftealloplastik patienter kan klare sig på pinex alene, mens andre har et stort behov for smertestillende medicin.

Knæalloplastik patienter har epiduralkateter i fire dage. De har for ondt til at træne uden epiduralkateter. Der kræves meget af dem til træning.

Knæ patienter har epidural kateter i fire dage og hvis de får Marcain, så bibeholder de KAD i fire dage. Når man har oplevet flere tilfælde med urinretentioner, så bibeholder man KAD. Vi har aldrig prøvet at fjerne KAD, før den epidurale behandling er afsluttet.

Vi er startet med at give Oxycotin på operationsdagen om aftenen - også til knæ patienter med epiduralkateter. Det sker tit, at epidural kateteret giver nedsat følelse i det andet ben, hvilket gør det sværere at mobilisere. Men sygeplejersken på sengeafdelingen kan skrue op og ned for den epidurale smertebehandling. Det er rigtig, at det er meget individuelt med styringen af den epidurale behandling. Det er ofte sygeplejersken, der har gruppen, som afgør, om det er tid til at træppe ned eller ikke.

Jeg har været et andet sted i mange år, hvor vi ikke brugte knæmaskiner, men der havde vi så heller ikke epidural-kateter. I stedet havde vi store problemer med strækningen i knæet. Det har vi så ikke her.

Du siger, at vores patienter har meget ondt, men jeg tror slet ikke, at det hænger sådan sammen. Når vi får patienter andre steder fra, så hører jeg dem meget tit sige, at de slet ikke kan forstå, at man kan få et nyt knæ og så ikke været igennem et smertehelvede. Folk tror, at det skal gøre så voldsomt ondt, men vi har hele tiden været på forkant og sagt, at skal de træne, så skal det ikke være så forfærdeligt at træne knæet op.

Det er meget individuelt, hvor villigt personalet er til at give smertestillende – altså hvor villig personalet er til at spørge ind til, om patienten har ondt.

4. Mobilisering

Audit viste, at patienter (både knæ- og hoftealloplastikker) mobiliseres langsom. Således kom patienterne normalt ikke op på operationsdagen, sengebades og mobiliseres typisk kun til en stol den første dag og gik med gangstativ de første 4-5 dage efter operationen. Først 4-5 dage efter operationen startede patienter med stokke træning, idet hofte patienter som regel var en dag hurtigere end knæ patienter.

Ifølge de interviewede er man nu begyndt at mobilisere patienterne hurtigere, idet man bl.a. har fået øget normeringen om aftenen. Patienter tages nu op på selve operationsdagen – det er dog en individuel vurdering, om patienterne kommer op på operationsdagen. Plejens 'køreplaner' er netop revideret. I de nye 'køreplaner' står, at hoftealloplastik patienter mobiliseres 1. gang om aftenen på operationsdagen eller senest næste dag i dagvagten, men derudover er der ingen angivelser af planer for mobilisering dag for dag. For knæalloplastik patienter findes der i de nye 'køreplaner' ingen angivelse af noget mobiliseringsregime.

Fysioterapeuterne angav, at de ikke har ændret i deres postoperative rutiner, som er uændrede ift. tidligere. Men der er nu afsat mere tid til træning, så knæ patienter får nu træning to gange dagligt. Alloplastik (både knæ og hofte) patienter bliver ikke trænet i weekender bortset fra lørdagstræning af patienter opereret 1-2 dagen forinden. Afdelingen benytter rutinemæssigt kinetec maskiner til knæpatienter to gange en halv time dagligt under indlæggelsen for derved at øge bevægeligheden af knæet.

Det er i høj grad fysioterapeuterne, som bestemmer, hvornår patienter er klar til stokketræning, og plejepersonalet afventer fysioterapeuternes vurdering, hvilket formentlig betyder forsinkelser i mobiliseringen for patienter, når weekenden kommer imellem.

Hoftepatienter fik tidligere ikke altid fjernet KAD og dræn i det første døgn, men ifølge de interviewede har der i starten af 2005 været rettet fokus på dette, så patienter får fjernet KAD og dræn den første dag efter operationen. I de nye 'køreplaner' for hoftepatienter står der imidlertid, at KAD sep. 1. eller 2. postoperative dag. I de nye 'køreplaner' for knæalloplastik patienter står der, at dræn evt. seponeres dag 1 og KAD seponeres dag 1 eller 2 – undtagen når der er epidural kateter.

Vi tilstræber nu, at de kommer op på operationsdagen – før lå de i deres senge på operationsdagen.

Det er individuelt, om patienter kommer op på operationsdagen.

Fysioterapeuterne ser patienten dagen efter operationen. Knæ patienter får træning to gange om dagen. Hoftepatienter får træning én gang om dagen.

Hvis benene kan tåle det, så må de komme op lige med det samme. Det er kun hvis de alment er meget dårlige f.eks. meget forkvalmet, så tager man dem ikke op. Når vi (fyssen) ser dem dagen efter operationen, så prøver vi at tage dem op.

Vi er blevet flere om aftenen. Vi har fået øget normeringen, og dette gør, at vi har større mulighed for at tage dem op til aftensmaden, hvor man skal være to om det. Før (2004) var det typisk, at vi gav sengebåd den første dag, og så kom de op til middag eller over middag. Dvs. at patienten var oppe af sengen en ekstra gang og lige gå nogle skridt og ellers oppe at sidde i en stol, hvis patienten ellers kunne holde ud til dette. Og så var de måske oppe igen til aftensmaden. Det er ikke nemt at huske et år tilbage. Jeg tror faktisk, at de kun var oppe og trippe lidt, og ellers sad de i en stol noget af tiden. Dette gjaldt både for hofte og knæ patienter.

Dag 2 er patienterne oppe i brusebad og så oppe og sidde. Når vi siger oppe at sidde, så går de jo også med gangstativ, men det er ikke sådan, at vi bevist gangtræner.

Sygeplejepersonalet arbejder efter 'køreplaner' for hofte- og knæalloplastikker – det har vi kørt med i flere år og de har været revideret løbende. Procedure for indlæggelsesforløbet findes bl.a. i disse planer. Regimet står beskrevet i disse planer, hvad patienterne må herunder, hvornår de skal mobiliseres. I de gamle planer stod der, at man tilstræbte, at patienterne skulle op første dag, og de planer var så i hvert fald 6 år gamle, men nu har vi lavet det om, så vi har fået alle de nye ting med. Køreplanerne er blevet revideret her i 2005 samtidig med, at vi har omlagt ambulatorieaktiviteterne.

Hos fysioterapeuterne er det kun i det præoperative forløb, at der er foretaget ændringerne i instruktioner i forbindelse med ændringer i 2005. Det øvrige postoperative forløb kører uændret, idet der dog gives mere efterbehandling end tidligere. Patienterne bliver mobiliseret efter operationen så hurtigt, som det kan lade sig gøre. Der er ikke lagt planer for, hvad der skal gøres dag 1, dag 2 osv. Fysioterapeuterne er ikke dem, der starter med at mobilisere ligesom på andre sygehuse. Det er oftest plejen, der har dem oppe første gang – f.eks. bare over på en bækkenstol, hvis det er det det handler om.

Hos plejen står der ikke noget krav om de skal op et eller andet antal timer.

Ift. patienterne siger vi ikke noget om, hvor meget de skal kunne de forskellige dage. Vi siger, at de skal op så hurtigt som muligt. Hvis de nu kaster op – mange af dem har det ikke specielt godt - så får de noget kvalmestillende, og så forsøger vi at 'lokke' dem op. De kommer som regel altid op at sidde i en stol. Vi tilstræber meget, at de skal komme op til måltiderne, fordi det er noget skønnere at spise maden væk fra sengen end at sidde midt i sengen og spise. De er nu blevet bedre til komme op ift., hvordan det var tidligere.

Fysioterapeuterne vurderer, hvornår patienterne er klar til at træne med stokke. Jeg har givet stokke til nogen med det samme, hvis de er vant til at gå med stokke, men det er nok sjældent. Det er rigtigt - som audit har vist - at mange af patienterne først får stokke 5. dag efter operationen. Det passer meget godt. Jeg synes, det er meget svært, idet der ikke er to patienter som er ens. Knæene får nok gennemgående stokkene lidt senere, fordi de har femoraliskateter og derfor ofte ikke har den fulde førlighed i benene, og derfor er det noget sværere at gå med stokke end at gå med stativ.

Patienter får ikke en naturlig gang med gangstativ pga. af firepunktsstøtten. De får denne lidt foroverbøjet holdning.

Hvis patienten bliver opereret en torsdag eller en fredag, så ser fysioterapeuterne ikke patienten i weekenden. Så disse patienter begynder først træning om mandagen. Patienter kommer dog op, men vi træner dem ikke med øvelser, og de får i hvert fald ikke andet end et gangstativ. Det er først, når fysioterapeuten dukker op, at patienterne kan få stokke. Logisk set må torsdag og fredags patienter således være indlagt længere.

Vi (plejen) blander os jo egentlig ikke så meget i om det er stokke eller stativ (Zimmerstativ), fordi det er fysioterapeuterne der ansvarlige for dette. Det eneste jeg vil sige er, at jeg nødig vil stå alene med hofte eller en knæalloplastik patient første gang uden at patienten har et Zimmerstativ med – der ville jeg nødig have, at patienten stod med stokke.

Kinetec maskine får knæalloplastik patienter som regel en halv time to gange om dagen under hele indlæggelsen – foruden den almindelige fysioterapeutiske optræning. Kinetec maskinerne går ikke ud over den øvrige behandling, men er derimod et supplement til behandlingen. Når fysioterapeuten er færdig med at træne med patienten, så kommer patienten i kinetec maskinen.

Det er ikke kinetec maskinen, som skaber ubehag for patienterne – nogen ligger og sover med maskine i funktion. Det er de aktive øvelser som gør ondt.

Jeg synes, at der er nogen ting, der har forandret sig. Dræn har patienter ikke i så lang tid. Nu bliver de taget første dag uanset hvor meget indhold der i dem. Førhen kunne de sagtens have dræn i to dage.

Tidligere var dræn og kateter med til at gøre tingene mere besværlige.

Hoftepatienter får nu typisk deres KAD fjernet dag et nu, hvor de tidligere ofte havde KAD i to dage. Det har vi haft op at vende, og vi er blevet meget bedre til at fokusere på.

Men de sidste tre hofte - vi har haft - har fået stokke første dag. Så det er gamle forhold vi taler om. Der er sket meget her på det sidste.

5. Udskrivelseskriterier

Udskrivningskriterierne for knæalloplastik patienter er som hovedregel:

- Minimum 100 grader flektion
- Fuld ekstension herunder fat i quadricepsmuskulaturen
- Komme ind/ud af senge, rejse sig/sætte sig i en stol, klare almindelig gang med hjælpemiddel og gå på trappe
- Selvhjulpen

Udskrivningskriterierne for hoftealloplastik patienter er som hovedregel:

- Ingen specielle krav til bevægelighed men det er meget op til fysioterapeuten at vurdere, hvornår patienten er kommet så godt i gang at patienten kan udskrives.
- Komme ind/ud af senge, rejse sig/sætte sig i en stol, klare almindelig gang med hjælpemiddel og gå på trappe
- Selvhjulpen
- Instrueret i regime samt relevant øvelser.

Selvom der afholdes en uformel konference om udskrivelseskriterier er opnået for den enkelte patient, så er det primært fysioterapeuterne som vurderer, hvornår patienter kan udskrives, idet det normalt er opnåelse af krav til bevægelighed som – især hos knæalloplastik patienter - er den limiterende faktor for udskrivelsen. Knæ patienter – som er yngre - er normalt selvhjulpne efter ca. 5 dage, mens hoftepatienterne – som typisk er lidt ældre – er lidt længere om at være selvhjulpne.

Knæene udskrivningskriterier er fuld ekstension, fleksion på 100 grader, fat i quadriceps. Gå på trapper, ind og ud af sengen. Selvhjulpen.

Knæ patienterne er indlagt i 10-12 dage for at lære at bøje og strække ordentlig i det opererede knæ. De er selvhjulpne lang tid før. De er således indlagt i venten på at opnå en tilstrækkelig god bøjning.

Man hører tit i omgangskredsen, at patienter er så godt tilfredse med at kunne bøje 90 grader. Målet er at hvis du er 45 år og skal tilbage på din arbejdsplads, så nytter det ikke, at du først har en ordentlig bevægelighed efter et halvt år eller et år. Så skulle du da gerne komme tilbage efter tre måneder. Har du 110 grader ved udskrivelsen, så holder det jo nok fremover.

Man taler om udskrivningskriterierne ved en uformel konference. For hoftepatienterne er det følgende: Ind og ud af sengen på korrekt måde – der er regimer som patienten skal kunne følge. Gangen skal se ordentlig ud, idet patienten skal bruge musklerne rigtigt. Trappegang. De får et øvelsesprogram, som de skal kunne forstå.

Hoftepatienter tager længere tid før de er selvhjulpne – de er også ældre end knæpatienter. Hoftepatienter har også nogle flere retningslinier og regimer de skal sætte sig ind i. Jeg tror, at der går en uge før de er selvhjulpne – altså kan tage bad og selv komme ind og ud af sengen.

Det er en fælles snak med plejen, lægerne og fyssen, som afgør, hvornår patienten er i sådan tilstand, at de selv kan klare at træne videre, når de kommer hjem.

Ergoterapeuten træner med hofte alloplastik patienterne to gange om ugen og er med til konferencerne. De deltager endvidere ved konferencen når knæ patienter diskuteres.

Hvis man nu har en hoftepatient, som godt kan gå med stokke, men som går foroverbøjet og let usikkert, så skal han være mere sikker. Han skal helst kunne gå bedre. Han skal selv komme ind og ud af sengen.

Vi er gode til at tage kontakt til hjemmeplejen, så der ikke opstår ventetider her.

6. Kan patienter udskrives hurtigere? Hvad skal der til? Hvilke konsekvenser vil det få?

De interviewede var positive overfor muligheden af at afkorte patienters indlæggelsestid, men det måtte ikke gå ud over kvaliteten. De interviewede havde dog svært ved at se, at patienter kan udskrives 5. dag efter operationen.

Følgende emner, som evt. kan medvirke til et kortere indlæggelsesforløb, blev kort berørt:

- Det ambulante forløb kunne styrkes yderligere. Patienter kunne informeres grundigere om forløbet og de kunne f.eks. lære at træne med stokke eller bassintræne for at styrke muskulaturen før operationen.
- Operationstekniske forhold kan formentlig ikke ændre på indlæggelsestiden.
- Smertebehandlingen skal revideres, såfremt knæ patienter skal udskrives efter 5 dage. Knæ patienter er ikke selvhjulpne, når de har kateter og det tager nogle dage at indstille den per orale smertebehandling.
- Patienter, som er selvhjulpne, er mange gange indlagt i flere dage i vente på, at de opnår udskrivelseskriterier for bevægelighed. Det kræver flere ressourcer til fysioterapeuterne i ambulatoriet, såfremt patienter skal kunne udskrives tidligere. Patienterne skal også gå i længere tid i ambulatoriet, hvor de kun kan ses 1-2 gange om ugen.
- Samling af patienter i en enhed kunne være en god idé, idet forløb vil kunne afkortes, når læger, plejen og fysioterapeuter arbejder tæt sammen om patienterne. Men de interviewede mente, at det ville blive svært at fastholde de ansatte, idet det ville være kedeligt at lave det samme hele tiden.

Vi er positive overfor at afkorte indlæggelsestiden – det var vi også før dette møde. Det der kendetegner vores afdeling er, at vi går efter at levere den bedste vare.

Jeg tror ikke, at vores patienter kan komme hjem på femte dag. Vi holder i hævd, at patienterne gerne skal kunne fungere godt, når de kommer hjem.

Jeg (fysioterapeut) synes, at accelererede forløb er fint, men det skal også stadigvæk være kvalitet, så man ikke 'misser' nogen, der kommer for hurtigt hjem. Slutresultatet skal være godt, og så tror jeg, at det er fint nok, at de kommer hurtigt hjem, så de ikke bliver passiviseret på sygehuset. Men det er vigtigt, at man ikke taber patienten på gulvet for så kan nogen af operationerne være helt spildt. F.eks. de der knæ der kun bøjer 40 grader, fordi de ikke selv har kunnet tage hånd om det fordi de synes de har haft for ondt.

Jeg (plejen) synes også, at accelererede forløb er fint, såfremt man er sikker på, at patienten er velfungerende. Jeg synes, at det er vigtigt, at man fokuserer på resultatet og ikke så meget på dagene. Jeg tror også, at det er vigtigt, at vi sørger for, at der er ressourcer, så man kan udbygge fysioterapien – så man kan være sikker på, at vi (plejen) kan slippe vores patienter. Mange gange kunne vi jo godt slippe vores knæ patienter, så de kan komme hurtigere hjem.

Der er sket utroligt meget siden den 1. februar, hvor vi har fået fingre i patienterne inden de bliver indlagt. Det var vores ambulatorium, som blev nedlagt. Derfor fik vi (sengeafdelingen) ambulatoriefunktionen. Det her med at få dem ind før har været på tale allerede sidste år, men vi har ikke kunne komme i gang før af forskellige årsager. Der har også været al den her snak om accelererede forløb. Det har også betydet en hel del.

Jeg tror, at vi får reduceret i vores indlæggelsestid, såfremt vi får det kørt igennem, som vi har ønsket det. F.eks. kan vi nu sende patienter til bassintræning, før de kommer til operation og det gør, at de væsentlig nemmere at have med at gøre når de bliver indlagt. De er på et andet funktionsniveau.

Jeg tror, at vis man laver en ordentligt grundig snak med knæ patienter om forløbet, og hvad det er, de skal igennem, så vil man kunne halvere indlæggelsestiden. Det gjorde vi på det andet sygehus jeg kom fra.

Nu når vi er begyndt at pille lidt ved det hele – her i år – så tror jeg, at det kommer til at rykke hurtigere. F.eks. kunne det være en god idé, at patienterne stokketrænede hjemme, så de kunne få stokkene lidt tidligere.

Jeg har svært ved at se, at det skulle være operationen som har nogen betydning. Jeg har været på to andre sygehuse, og det var nøjagtig samme fremgangsmåde. Vores operationsåbning er 10-15 cm.

Knæ patienterne kender målet for udskrivelse. De er informeret om kravet til bøjning samt ekstension af knæet, før de kan udskrives. Men spørgsmålet er, om målet skal opnås, mens patienter er indlagt eller om dette mål kan opnås under et ambulant forløb.

Knæene er ikke selvhjulpne, så længe de har smertekateter. Det tager endvidere nogle dage at indstille den per orale medicin, når der slukkes for kateteret.

Der skal skæres ned på den epidurale behandling, såfremt vi skal kunne sende vores knæ patienter hjem dag 5. Så skal vores smertebehandling revideres.

Mange af vores knæ patienter er ret unge og skal ud og være erhvervsaktive igen. Derfor er det jo vigtigt, at de bliver så gode som muligt så hurtigt som muligt. Dette kan ikke gøres ambulant, eftersom vi (fysioterapeuterne) ikke har ressourcer til at tage patienterne ind ambulant.

Hvis man nedsætter indlæggelsestiden, så skal patienterne gå længere tid ambulant. Alle hoftepatienter bliver set efter udskrivelsen. Nogle af disse patienter kan klare sig med én yderligere instruktion, og så klarer de selv træningen derhjemme. De dårligste patienter går individuelt til ambulant træning, og de andre, som vi føler ikke er helt færdige, kommer ind på et hold. Vi skal have flere igennem ambulant, såfremt vi nedsætter indlæggelsestiden. Får vi ressourcer til dette, så kan det lade sig gøre. Vi kan ikke putte flere patienter ind i ambulatoriet.

Knæene skal gå i længere tid ambulant, fordi vi kun kan give dem 1-2 gange ambulant træning om ugen. Så det skal være nogen, som er flittige til at træne selv, såfremt knæet er stramt - mere end halvdelen af knæ patienterne har jo ekstensionsdefekt. Det er disse patienter, som er svære at få i gang, fordi det er svært selv at træne. Det er patienter med ekstensionsdefekt, som vi skal have fat i, og de er sværere at have på hold for der skal du have fingrene på, såfremt det er en ekstensionsdefekt.

Der tager længere tid at tage en patient ind ambulant end det tager at gå op at træne med en patient, som er på sengeafdelingen. Og de ambulante får ikke træning hver dag.

Hvis sygeplejersker, læger og fysioterapeuter arbejder med de samme patienter vil alting gå hurtigere for man ved hele tiden hvad der kræves og er ikke forsigtig overfor disse her patienter. For patienter vil det helt klart være det bedste. Og så kunne man rokere personalet, såfremt det blev for kedeligt i længden.

Det ville være en god ide at samle patienter til en enhed i afdelingen. Men folk vil nok blive trætte af at passe den samme type patienter. I princippet må det blive lidt kedeligt, hvis det skal være det samme hele tiden.

7. Vil det få konsekvenser for patienttilfredsheden af accelererede patientforløb?

De interviewede mente, at patienttilfredshed vil være meget afhængig af information de får forinden og dermed forventningerne til forløbet.

Patienttilfredshed er afhængig af den information, som de har fået, før de blev indlagt. Jeg (lægen) siger typisk, at de skal være indlagt en uge, men det kommer også an på hvilken patient det er. Plejen siger ca. 7-10 dage. Fyssen siger, at det er individuelt, men at de i hvert fald skal regne med en uge og ofte op til 10 dage.

Hvis folk ikke ved, hvordan det kunne være anderledes. Hvis du spørger knæ patienten, om han er tilfreds med sin operation – ja han er tilfreds, selv om han kun kan bøje 75 grader – han ved ikke, at hvis han havde trænet to dage mere måske, så kunne han måske bøje 105 grader.

9. Afd.Q Fokusgruppeinterview – 22. juni 2005

Indledning – kort præsentation af afdelingen

Den ortopædkirurgiske afdeling modtager både akutte og elektive patienter. Der udføres både hofte- og knæalloplastik operationer på afdelingen ligesom der foretages både primære og sekundære alloplastik operationer. Hofte- og knæalloplastik patienter er samlet i et afsnit med 26 sengepladser, som modtager både elektive og akutte patienter.

I uge 33 i 2005 vil et forceret patientforløb blive indført og i den forbindelse har afsnittet allerede foretaget nogle ændringer i bl.a. smertebehandling og ambulant postoperativ træning. Denne nye organisering af patientforløb er kun medtaget i begrænset omfang i nærværende fokusgruppeinterview, som primært fokuserer på aktiviteter i 2003/2004.

Det ortopædkirurgiske afsnit har haft en meget stor udskiftning af sit plejepersonale siden 2003. Således har der i sidste halvår af 2004 været udskiftet godt 50% af personalet.

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 10,2 dage for primære hoftealloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt landets tredje længste indlæggelsestid, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 10 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid imidlertid 8,3 dage (median 9).

Tal fra landspatientregisteret i 4. kvartal 2003 viste en gennemsnitlig postoperativ indlæggelsestid på 12,1 dage for primære knæalloplastik patienter. Dette var på daværende tidspunkt landets næst længste indlæggelsestid, hvilket var årsagen til udvælgelsen af afdelingen. Da audit af 18 journaler blev foretaget for en periode i efteråret 2004 var den gennemsnitlige indlæggelsestid imidlertid 9,6 dage (median 9).

Deltagere i interview

To sygeplejersker, to fysioterapeuter og en læge.

1. Forklaringer på hvorfor afdelingen har så lange indlæggelsestider?

De interviewede havde umiddelbart følgende kommentarer til de lange indlæggelsestider:

- Patienterne er ældre end andre steder.
- Patienterne er dårligere end andre steder, idet de har stået meget lang tid på venteliste.
- Enkelte langtidspatienter trækker let statistikken op.
- Dårlig patientinformation har været årsag til, at patienterne havde opfattelsen af at indlæggelsesforløb skulle være lange.

Hofterne ligger her omkring 7-8 dage og knæene lidt længere – ca. 10 dage.

De gode går hjem der omkring 7. dag. Det ved vi, da vi laver flebografi på 6. eller 7. dagen som led i vores tromboseforskning, hvorefter patienterne går hjem samme dag. Så dem der er friske nok til at deltage i studierne, de er også hurtigt hjemme. Der er selvfølgelig et par dages forskel mellem hofte og knæ. Knæene er her altid et par dage længere.

Vi er kendt for at operere nogle, der er meget gamle og nogle, der er demente. Vi opererer mange dårlige, som andre ikke vil operere senere. Dem der tager udenamts for at blive opereret – de er jo altid gode patienter.

Så længe vi har få, har vi ikke noget imod at være 'langtids' – det er jo kun de dårlige vi laver.

Dem vi har fået ind – fordi vi har skåret så meget ned – de har været de dårlige. Mange har været ekstremt dårligt gående, når de er kommet ind. Vi startede på et lavere genoptræningsniveau. Patienterne har stået mange år på venteliste.

I perioden hvor vi har fået de dårlige patienter ind, så har det ikke lykkedes os at overholde målet, men nu hvor vi får lidt bedre patientgrupper ind, så får vi 70-80% udskrevet på selve ugedagen, men der er altid en mindre del, som trækker statistikken op.

Patienterne har ved indlæggelsen mange forkerte opfattelser af indlæggelsesforløbet. Jævnligt tror patienterne, at de skal være indlagt i 14 dage og skal på genoptræning bagefter. Vi bruger meget tid på at informere patienterne om forløbet og ofte bruger vi tid på at ændre forkerte opfattelser af forløbet.

Patienter har nogle forventninger om at blive passet, når de bliver indlagt.

2. Uerfarent personale giver fortsat problemer mht. information og mobilisering

Ved interviewet blev problemer med en meget stor udskiftning i plejens personale berørt, idet mange nye uerfarne sygeplejersker vanskeliggør en optimal information og mobilisering af patienterne.

Vi informerer patienterne dagen før operationen om indlæggelsesforløbet – det har vi hele tiden gjort. I 2003 var vi måske endda bedre til at informere patienterne, idet der var en gammel garvet gruppe. Nu i dag har vi så mange nye uerfarne sygeplejersker, at informationen ikke er lige så god som tidligere. Faktisk var vi også bedre til at mobilisere tidligere, idet de erfarne sygeplejersker havde mere fokus på mobiliseringen.

Dem der er her nu er nyuddannet, og de har ikke så meget erfaring omkring specialet. Kommunikationen med patienterne var bedre før, og vi havde en mere afklaret holdning om, hvad vi forventede der skulle til mht. f.eks. genoptræning. Det var mere fokus på mobiliseringen og nu – lige nu – er folk ved at finde deres fodfæste igen, så de har fokus på så mange andre ting, så vi er måske en lille smule langsommere lige for tiden med at få patienterne ud af sengene. Lige nu arbejder vi meget på oplæring af de nye.

3. Et acc. forløb er under indførelse

Afdelingen er ved at indføre acc. patientforløb for både hofte og knæ patienter, idet man tilstræber, at patienter skal udskrives omkring en uge efter operationen. I månederne forud for fokusgruppe interviewet havde afdelingen angiveligt gennemført forcerede patientforløb for både hofte- og knæpatienter, idet ventelisten derved var blevet 'tømt'.

En bedre patientfolder er blevet lavet, hvor indlæggelsestiden bl.a. er rettet fra 10-12 dage til nu 7 dage. Men derudover havde afdelingen endnu ikke iværksat andre tiltag på tidspunktet for interviewet - udover at man nu opererede så mange patienter, at de kun kunne være indlagt i en uge, eftersom nye patienter skulle bruge sengene.

Det hele er ændret her fra 1. april 2005, hvor vi har lavet det forcerede forløb for begge grupper. Vi tømte alle ventelister på de her par måneder. Meningen er, at vi skal lave 15 operationer om ugen og kravet er, at patienterne skal gå hjem indenfor eller omkring en uge – både hofte og knæpatienter.

Den egentlige forskel på det vi i dag kalder forceret forløb og tidligere er vel bare, at der er afsat senge til 15 patienter i en uge, og så ved vi bare, at de skal hjem, hvis de kan, for der kommer 15 nye patienter ugen efter.

I vores gamle informationsfolder for hoftealloplastik patienter stod der 10-12 dage. Dvs. at patienterne troede allerede fra start, at de skulle være indlagt så længe, og det var selvfølgelig en fejl i informationen, men det var nu den, der blev brugt dengang.

Det vi informerer dem om, når de kommer ind nu, det er, at vi forventer, at de kommer hjem på ugedagen – altså at de ligger her i ca. 7 dage. Det er vores mål.

Alle de gange vi har forsøgt at indføre bedre information af patienterne har der ikke været ressourcer til dette.

Det nye forcerede patientforløb er endnu ikke indført, men vil bl.a. omfatte følgende (forløbsbeskrivelsen er angiveligt i 'trykken'):

- En dag for dag beskrivelse af forløbet set ud fra et sygeplejefagligt, et fysioterapeutisk og et lægefagligt synspunkt.
- Fysioterapeuter skal træne med patienterne to gange om dagen i stedet for én gang. Der vil endvidere være træning om søndagen.
- Hofte patienter får ambulant genoptræning (knæ har ambulant genoptræning i dag)

Der var i 2003 udarbejdet – det optimale patientforløb – i et tværfagligt samarbejde mellem læge, sygeplejerske og fysioterapeut for hver diagnose (knæ hhv. hofte). Det gik ud på, at der netop skulle stå dag for dag, hvad forventer vi set ud fra et sygeplejefagligt, et fysioterapeutisk og et lægefagligt synspunkt. Men projektet strandede pga. ressourcer. Det var ikke penge til at lave det optimale patientforløb. Men nu har vi fået ressourcer, og så kan vi også meget bedre køre det optimale patientforløb igennem. Det har aldrig været implementeret, men forholdene har også ændret sig siden 2003. Men det nye forløb er meget tæt på at udkomme.

Vi arbejder ikke efter de nye forløb endnu, eftersom det ikke er kommet på tryk endnu, så patienterne er endnu ikke informeret om det. Men vi har ressourcerne til det, og vi vil gøre det.

I patienternes bog, som de vil få udleveret, når de skrives op til operation, vil der fremover stå, hvad de skal dag 1, dag 2 etc. Materialet er lavet, men der er nogle rettelser, som først skal godkendes.

Der findes ikke i dag skriftlige standarder, som personalet har umiddelbar adgang til.

Det nye forløb går blandt andet ud på, at fysioterapeuterne vil træne dem to gange om dagen i stedet for en gang (en halv time). Og vi vil tage dem ind ambulant til genoptræning både hofter og knæ. Knæ har altid fået ambulant genoptræning, men hofter blev sparet væk for 15 år siden. De vil så komme ind til holdtræning nu efter udskrivelsen. Og samtidig vil lægerne måske kunne spare 6 ugers kontrollen (har i dag både 6 og 12 ugers kontrol), idet fysioterapeuterne kan henvise patienterne til lægerne, såfremt forløbet ikke er tilfredsstillende.

Der er kun fysioterapi om lørdagen, men i uge 33 skal der også være fysioterapi om søndagen.

De interviewede udtrykte skepsis overfor 'et udtalt forceret forløb på 5 dage', idet patienterne da ville blive utrygge og risikere at være smerteforpinte.

Jeg tror, at det der udtalt forceret forløb (hjem 5. dag) man snakker om, ikke dur. Man kan selvfølgelig godt tvinge patienterne til det - ved at sige det, men mange patienter vil blive utrygge. Man kan godt sende dem hjem, men hvad så med genoptræningen. Jeg tror, at der er for tidligt.

Vi har ikke tænkt os at skulle smide patienterne ud efter fem dage, fordi vi skal konkurrere med nogle centre som laver elektive operationer for hele landet. Patienterne skal komme trygt hjem og gode hjem.

Jeg tror at den faglige kvalitet påvirkes, hvis man skal udskrive patienterne 5. dag. Man skal i så fald gå på kompromis nogen gange. Hvis man smider dem ud – det ved jeg, at nogle centre gør – bl.a. Silkeborg – de sender dem hjem på 5. dag - da kan de godt være på krykkestokke, men de er ikke ordentlig smertereguleret. Vores patienter plejer at blive reduceret i smertebehandling den dag de går hjem.

Hvis folk skal kravle hjem dag 5 og græde, så er det ikke optimal smertebehandling. Det kan godt være, at forløbet så er accelereret, men det er ikke optimalt.

4. Mobilisering

Patienterne mobiliseres normalt ikke på operationsdagen. Fysioterapeuterne mobiliserer patienterne om formiddagen dagen efter operationen og plejen følger op på det mobiliseringsniveau, som fysioterapeuterne har opnået med patienten.

Som noget nyt har afdelingen fået buffet, og det tvinger patienterne til at stå op til måltiderne.

Hoftealloplastik patienterne tilstræbes mobiliseret med stokke 3. dag, mens knæalloplastik patienter tilstræbes mobiliseret 3.-4. dagen. Audit viste, at kun 2 af 10 hoftealloplastik patienter og enkelte knæalloplastik patienter ud af 18 patienter havde stokke dag 4. Der var skepsis overfor at sætte stokke ind til patienter allerede fra første dag.

Det sker sjældent, at patienterne sidder op på sengekanten på operationsdagen eller måske kommer op på bækkenstol.

Dagen efter operationen mobiliseres patienterne første gang. De kommer op med fyssen og bagefter kan det være, at de bliver oppe. Det kommer an på, hvad de kan. Nogle vandrer frem og tilbage til toiletet dagen efter, mens andre bliver utilpasse, og de er så ikke oppe ret meget. Aftenvagten vil så tage dem op, såfremt de har tid.

Dagen efter operationen så mobiliseres patienterne som hovedregel først, når fysioterapeuterne kommer i løbet af formiddagen. Såfremt det går godt, så bliver patienten oppe. Og så er der dem der bliver utilpasse og svimle – og dem er der mange af – de kommer så tilbage i sengen. Men det betyder ikke, at de bliver liggende til næste dag, så går plejen ind og får dem op eller prøver at finde årsagen til at de er utilpasse eller svimle.

Hvis vi kan se, at fysioterapeuterne har gået tur på gangen med patienten om formiddagen, så betyder det, at vi kan gå med patienten ud til toiletet senere. Men hvis vi har kunnet se, at det ikke gik så godt, så nøjes vi med at sætte dem på en bækkenstol. Så vi går ind og vurderer hver gang, hvor meget de kunne med fysioterapeuterne.

Det er nu meningen, at patienterne skal ind i dagligstuen og have deres mad. Der er også sket en ændring i madrutiner, så der nu er buffet til frokost, og det tvinger patienter til at stå op til buffeten.

Planen fra uge 33 er, at vi skal træne på hold om eftermiddagen og så træne individuelt om formiddagen. Vi regner ikke med, at patienterne kan træne på hold de første to dage efter operationen, men derefter regner vi med at kunne hold-

træne. Fysioterapeuterne har nu fået ressourcer til at træne med patienterne to gange om dagen (det er bare ikke iværksat endnu).

Patienterne er normalt altid klar til træning, når fysioterapeuterne kommer. Det er kun såfremt lægen eller sygeplejersken siger, at vi skal springe en patient over at vi gør dette – f.eks. pga. hjerteproblemer eller en hæmoglobin på 4,3, men så træner vi dem i sengen. Det er meget sjældent, at vi ikke træner en patient.

Tredje dagen skal patienter gå med stokke, når det er hofter, og 3-4. dagen når det er knæ - det er hvad vi tilstræber i dag. Det kan godt være, at det først har været 4-5. dagen med knæene, som audit har vist. Knæene går meget med gangbuk, når de går alene.

Stokke betyder, at der er en fysioterapeut klar til at gribe dem. Det betyder ikke, at de kan gå alene første dag de prøver stokke.

Jeg ville ikke turde sætte stokkene ind til patienterne fra dag 1.

5. Smertebehandling

Afdelingen har fuldstændig ændret sin smertebehandling i 2005. Tidligere fik patienterne morfin gange 6, men nu er man gået over til Oxycontin doser (10 eller 20 mg x 2 efter vægt – over/under 50 kg) samt Oxinorm 5 mg pn. samt paracetamol 1g x 4.

Afdelingen anvender ikke NSAID pga. dårlige erfaringer med mavesår.

Oxycontin behandlingen gives til knæ patienter uanset om de har blokadebehandling eller ikke. Sygeplejerskerne på afdelingen skruer nu (i 2005) selv op og ned for blokadebehandling, men tidligere var det anæstesiaafdelingen, der styrede behandlingen. Der har jævnligt været problemer, eftersom man ofte skulle vente på anæstesi, såfremt der har været problemer med blokadebehandlingen.

I 2004 kørte et trombolyseprojekt, som betød, at epiduralblokade ikke kunne anvendes til knæ patienter, som indgik i projektet. Således fik kun få knæ patienter blokade behandling i 2004.

Patienterne får ved udskrivelsen typisk recept med på Oxycontin x 2 i 14 dage.

Ismaskiner til knæ patienter er først taget i anvendelse i 2005.

Smertebehandlingen blev fuldstændig ændret her for et halvt år siden. Vi skiftede over til Oxycontin i stedet for morfin. Morfin skal gives gange 6 og reelt fik patienterne det kun fire gange, så de var ikke ordentlig smertedækket. Det er bedre nu.

Vi håber på, at vores nye Oxycontin doser (10 eller 20 mg x 2 efter vægt – over/under 50 kg) samt Oxinorm 5 mg pn. kan give en god smertebehandling. Vi arbejder på, at fyssen skal kunne give patienterne Oxinorm, før de starter på træningen. Plejen må gerne supplere med Oxinorm, men de udleverer ikke medicin til patienternes egen administration – det er der dog nogle der gør, men det er ikke rutinen. Vi har ikke fokus på, at patienterne selv administrerer deres pn. medicin.

Det var anæstesi, der styrede og regulerede blokaderne indtil 2005. Plejen har ikke selv måtte regulere op og ned. Men aktuelt er der kommet en ny overlæge på anæstesi, som siger, at det er plejens eget ansvar, når man ringer og spørger, om man må skrue op eller ned. Anæstesi har ikke længere ressourcer til at komme så meget. Når pumper ikke virker, så bliver patienterne tit dårligt smertebehandlet, eftersom man afventer anæstesi. Mange gange er det ordnet inden for et døgn, men det koster så patienterne et døgn, hvor de er dårligt smertedækket. Det har været et problem.

Der bliver lagt en masse blok, men jeg har noget uenighed med anæstesi om hvad vi skal gøre. Der er ofte patienter med femoralis blokade, der ligger i to dage i deres senge, fordi de ikke kan få aktiveret deres muskelaktivitet. Det er ikke noget, der optimerer forløbet. Blokader – også epidural blokader – er ikke en hurtig måde at få folk ud af sengen på.

Der har også været et problem, når man har taget epipumpe ned, så har der været et døgn tid, hvor patienten har skullet skifte til per oral behandling og det har også skabt problemer. Og der har vi nok lavet en lille fejl, idet det er samtidig med, at vi går ind og taler udskrivelse med patienterne, hvor den nye smertedækning ikke virker tilstrækkelig.

Der går vi faktisk ind nu og gør det anderledes, idet vi giver dem det faste smertestillende samtidigt med epipumperne. Før i tiden startede vi morfinen op, når vi stoppede pumperne, men nu giver Oxycontinen med det samme uanset om de har blok eller ej.

Vi kørte et projekt med tromboseforskning i 2004 og derfor måtte patienterne ikke få epidural blokade. Derfor var der ikke så mange knæ patienter, der fik epidural i 2004.

De fleste patienter udskrives normalt med 14 dages Oxycontin x 2. De fleste får recepter, når de går hjem herfra. Vi kan også skifte dem over på Dolol x fire.

Vi bruger ikke NSAID. Vi havde en masse mavesår sandsynligvis fordi vi både har akutte og elektive - det var måske de akutte patienter som fik mavesår. Vi har fjernet NSAID fra vores standardsmerteinstruks. Der er vist heller ikke nogen, der har bevist, at det hjælper.

Vi har et slagsmål med vores opvågning, som ikke tør give de doser som vi ønsker – de giver meget små doser. Det er først når de kommer ned på afdelingen 6 timer efter at de begynder at få det de skal have. Vi har sagt det til dem flere gange og de kender vores ordinationer, men de bliver ved med de lave doser. Det duer ikke til hofte og knæ for de patienter har ondt. Og det første døgn har de rigtigt ondt.

6. Udskrivelseskriterier

Afdelingen har principielt som udskrivningskriterium, at 'patienten skal kunne klare sig'.

Tidligere (2004) var der et krav til, at knæ patienter skulle kunne bøje 90 grader (jf. udleveret fysioterapeut instruktion fra audit i efteråret 2004), men i dag forventer man, at patienten får den tilstrækkelige flektion af knæet ved den ambulante optræning hos fysioterapeuterne efter udskrivelsen.

Både hofte- og knæalloplastik patienter skal som udskrivningskriterium kunne gå med et egnet hjælpemiddel, som de har derhjemme (som regel stokke), og de skal have været på trapper. De skal være instrueret i hjemmeprogram, og de skal selv kunne klare alle forflytninger.

Hjemmehjælp kan også være af betydning mht. udskrivelsen, eftersom de skal have tre dages 'notis'.

Knæmæssigt har det været et gammelt dogme, at patienten skulle kunne bøje 90 grader, før de kunne komme hjem. Før blev de lagt i kinetec maskine, såfremt de ikke kunne bøje 90 grader i knæet på 5. dagen, men nu hvor de holdtrænes efter udskrivelsen, så har vi mulighed for at følge dem og derfor bliver det ikke så vigtigt om de kan bøje 90 grader ved udskrivelsen.

Man forventer ikke i dag, at de kan bøje 90 grader allerede 5. dag, men så gør de det ved den ambulante optræning hos fysioterapeuterne efter udskrivelsen.

Udskrivningskriteriet for hoftepatienter er 'Når de kan klare sig'.

Set ud fra et fysioterapeutisk synspunkt, så er det når de kan gå med et egnet hjælpemiddel, som de har derhjemme (som regel stokke), og de skal have været på trapper. De skal være instrueret i vores hjemmeprogram, og de skal selv kunne klare alle forflytninger. Dette gælder for både knæ og hofter. Vi har ikke været så 'hippe' på de 90 grader på knæene. Hvis vi har kunnet se, at der var problemer, så har vi kaldt dem ind hurtigt.

Hjemmehjælp kan også være af betydning mht. udskrivelsen, eftersom de skal have tre dages 'notis'. De skal varsles tre dage før udskrivelsen og nogle gange fire dage før. Det glipper nogle gange at planlægge varslingen af hjemmehjælp i tide, hvilket kan forlænge indlæggelsestiden. Patienterne skal også være så klare, at vi kan få et realistisk billede af, hvor meget hjemmehjælp de har brug for. De fleste går dog hjem uden behov for hjemmehjælp.

7. Har kort indlæggelsestid nogen betydning for komplikationer/genindlæggelse?

De interviewede mente ikke, at kortere indlæggelsestid ville betyde flere komplikationer eller genindlæggelser – snarere tværtimod.

Nej det tror jeg ikke. Det kan være, at de går mere til egen læge.

Vi har ikke haft nogen genindlæggelser, men det hænger nok sammen med, at de har været indlagt helt op til 10-12 dage.

Når de ikke har den lange ventetid, som de tidligere har haft, så kommer de i en bedre form. Og på den måde kan vi undgå flere komplikationer efter udskrivelsen.

8. Andet

Følgende områder fremkom endvidere ved interviewet:

- Det ville være en forbedring, såfremt patienter kunne indkaldes tidligere frem for, at de først møder dagen før operationen, hvor de får skrevet journal samt skal gøres operationsklare.
- Afsnittet forsøger at samle patienterne i en elektiv gruppe, men når der er mange akutte patienter mistes fokus på elektive patienter.
- Der er ikke sket nogen ændring i de kirurgiske rutiner og teknik bortset fra, at en tyk knæbandage er udskiftet med en tynd plaster behandling, hvilket giver en bedre cryocuff behandling (ismaskine).
- Der er et godt arbejdsklima til trods for at plejegruppen har haft en stor udskiftning i personalet. Samarbejdet mellem faggrupper fungerer godt. Læger kommer som regel selv og ser til deres patienter og informerer om operationen og forløbet.
- Rent politisk har afdelingen været meget udsat for omlægninger, som har influeret negativt på arbejdsgange.

Når patienter først ses dagen før operation, så bruger vi nogen gange meget energi på at gøre dem operationsklare, og der skaber jævnligt nogen problemer, når en patient har f.eks. forhøjet blodtryk som skal behandles. Det kunne være undgået, hvis vi kaldte patienterne ind en uge eller to før operationen og gjorde dem klare på dette tidspunkt.

Afsnittet forsøger i dag at dele afsnittet op i en elektiv gruppe og i en akut gruppe, men personalet går lige meget på begge afsnit. Har afsnittet mange akutte patienter, så mistes fokus på de elektive patienter – det bliver man nødt til.

Der er ikke sket nogen ændring i de kirurgiske rutiner og teknik.

Der er ikke længere en stor tyk knæbandage anlagt i tre dage, hvilket gav problemer for ismaskinerne (cryocuff), som ikke havde nogen større effekt samt betød, at patienterne havde sværere ved at bevæge knæet. Denne ændring med en speciel dyr plasterbehandling, som kan være uberørt indtil trådfjernelse, er indført for få måneder siden.

Vi kan roligt sige, at vi har det godt sammen. Der har været en kæmpe udskiftning sidste år, og det har også været fordi, der har været så mange ændringer.

Rent kollegialt har det været godt nok, men vi har været presset. Vi har døjet med at følge med.

Når man udskifter halvdelen af sit personale, så er det fordi det ikke går godt nok. Dem der tilbage synes sikkert, at det går godt nok.

Samarbejdet mellem faggrupper fungerer godt. Vi snakker sammen uformelt og lægerne kommer automatisk – det har de altid gjort. Vi har været privilegeret ift. de andre sengeafdelinger, idet vi har akut funktionen, så lægerne går altid stuegang tidligt på vores afsnit. De læger, som har haft elektive patienter, har som regel altid kommet selv og informeret patienterne om operationen samt kommer og spørger til patienterne, hvordan det går.

Rent politisk har vi været meget udsat. Ressourcer er blevet taget fra os, og så har den ene afdeling skulle operere færre knæ og den anden afdeling flere hofter, og så skulle der åbnes genoptræningscenter på et andet sygehus, og så blev det flyttet hertil. Et år havde vi tre hofter ekstra hver mandag. Vi har aldrig bare kunne samle patienterne før nu.

Nu skal i lave femten hofter ekstra og det skal starte i over morgen – vær så god. Og så er der 20 i overbelægning næste uge og så går alt i kage.

Genoptræningsmæssigt er der også sket noget politisk. Så flyttede genoptræningspligten fra kommunerne til amtet. Slagsmålet om genoptræningen har kostet dyrt. Vores liggetid blev fordoblet på flere af vores patientgrupper, fordi vi skulle tage os af genoptræningen.

Og hvis man indstiller til kommunens genoptræningscentre, så er der 8-10 dages ventetid.