

Innehållsansvarig: Viktor Sundberg, Sjuksköterska, Ortopediavdelning Lidköping (viksu3)

Granskad av: Lotta Kettil, Överläkare, Läkare Ortopedi Lidköping (lotke)

Godkänd av: Henrik Hjulström, Verksamhetschef, Ledningsgrupp K4 (henhj3)

Publicerad av: K4 Ortopedi

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet

Bakgrund, syfte och mål

Då statistiken visar att den äldre befolkningen ökar, ökar också kraven på vården från denna patientgrupp. Frakturer hos äldre, framför allt höftfrakturer, är en av sjukvårdens mest resurskrävande patientkategorier. I Sverige opereras ca 17 500 höftfrakturer årligen (1). Ungefär 25 % av patienterna på Sveriges ortopedkliniker är inlagda p.g.a. höftfraktur och medelåldern på patienterna är 82 år (1).

Syftet med standardvårdplanen (SVP) för patienter med höftfraktur är att skapa förutsättningar för en likvärdig vård, där en förarbetad plan utifrån hur vårdförloppet vanligtvis ter sig efterföljs. Denna riktlinje utgör ett kunskapsunderlag för standardvårdplanen.

Genom en SVP upptäckts avvikelser från det normala vårdförloppet och åtgärder kan sättas in snabbare. Med tanke på den stora personalomsättningen som idag sker inom vården, blir det också enklare för ny personal att vårda dessa patienter utan att vårdkvaliteten blir lidande.

Målet är att skapa en säkerhet och trygghet för patienterna, öka kvalitetsmedvetenheten och tryggheten hos personalen, samt öka kvaliteten på vården.

Förutsättningar

Ansvar

Verksamhetschef verksamhetsområde ortopedi har huvudansvaret för vården av patienter med höftfraktur. Processchefer ansvarar för innehållet i standardvårdplanen. Alla medarbetare som deltar i vården av patientgruppen ansvarar för att arbeta enligt standardvårdplanen.

Avgränsningar

Dokumentet är avsett för alla patienter med höftfraktur som vårdas på Skaraborgs Sjukhus (SkaS). Standardvårdplanen omfattar alla patienter med höftfraktur oavsett operationsmetod, även re-opererade patienter kan vanligtvis vårdas utifrån SVP. Standardvårdplanen beskriver i huvudsak den omvårdnad som patienten har behov av på vårdavdelning.

Vårdokumentation

- Vid ankomstsamtalet gör sjuksköterskan en bedömning om patienten kan vårdas utifrån standardvårdplanen.

- En gång per arbetspass kontrollerar ansvarig sjuksköterska att standardvårdplanens checklista är uppdaterad och dokumenterar i Melior under Vårdplan. "Vård enligt SVP"
- Avvikelse dokumenteras i Melior enligt VIPS.
- Vid större avvikelser kan det bli aktuellt med en individuell vårdplan (IVP). Detta kan vara avgränsat till ett omvårdnadsområde och SVP kan då användas i övrigt.

Följande problem kräver IVP som komplement till SVP

Kommunikation

Vid uppkommen konfusion.

Andning/Cirkulation

Vid svårare form av lungsjukdom t.ex. KOL, som kräver kontinuerlig behandling i form av inhalationer och syrgas. Vid utveckling av pneumoni som kräver ytterligare vårdinsatser.

Nutrition

Vid svåra nutritionsproblem då patienten inte äter.

Hud

Då ett trycksår uppkommit. Risk för trycksår bedöms enligt Nortons riskbedömningskala. Vid tecken på infektion i operationssåret.

Smärta

Svår smärtproblematik som kvarstår längre än den sedvanliga postoperativa fasen. Vid svår smärtproblematik som funnits preoperativt.

Förkortningsförklaring

SVP	Standardvårdplan
OVD	Omvårdnadsdiagnos
TPD	Tvårprofessionell diagnos
OVÅ	Omvårdnadsåtgärd
OVM	Omvårdnads mål
IVP	Individuell vårdplan
r.t	Relaterat till
l.t	Leder till

Tillämpliga lagar, föreskrifter eller externa riktlinjer

Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur (2).

Arbetsbeskrivning

Medicinskt omhändertagande

När det gäller det ortopediska omhändertagandet av patienter med höftfraktur gäller det framför allt att välja rätt operationsmetod och operativt åstadkomma en stabil osteosyntes. Rätt metod väljs på basen av radiologiska fynd men det är samtidigt viktigt att ta anamnes avseende tidigare funktion och parallella sjukdomar samt mentala status. Inför fortsatt handläggning behöver man dessutom förhöra sig om patientens boende och i viss mån sociala nätverk. Det finns evidens för minskad mortalitet och morbiditet vid tidig operation inom 24-48 timmar (3). I Sverige opereras majoriteten inom 24 timmar (4).

Bakgrund

Bakgrunden är oftast lågenergivåld, det vill säga fall i samma plan. Vanligast är fall inomhus, t.ex. snubbling på mattkant. Symptom på fraktur är värk och rörelserelaterad smärta som förläggs till ljumske, trochanter alternativt knäets insida. Ett förkortat utåtroterat ben är den klassiska bild man ser "på utanpåskriften". Diagnos säkerställs via röntgen men man måste vara uppmärksam på att en så kallad inkilad collumfraktur kan vara svår att se. Dessa har inte heller nödvändigtvis de klassiska symptomen utan brukar mer karaktäriseras av belastningssmärta.

Frakturtyper och operationsmetoder

Collumfrakturer

Utgör ca 50 %. Dessa frakturer opereras ofta med fördel med en enkel metod. Frakturen fixeras med collumspikar. Möjligheten att läka en collumfraktur beror framför allt på blodcirkulationen. Denna påverkas olika beroende på hur dislocerad frakturen är. Komplikationen är framför allt caputnekros. Röntgenologiskt delas frakturerna in i en 4- gradig skala enl. Garden. I praktiken skiljer man framför allt på de odilocerade (Garden 1-2) samt de dislocerade (Garden 3-4). Vid odilocerade frakturer väljs operation med collumspikar/-skruvar (Olmedskruvar, LIH-spikar). Dislocerade frakturer opereras primärt med halvprotes, på SkaS används Lubinusprotes med megahuvud. När patienten redan innan frakturtilfallet har problem ifrån höften t ex artros, opereras de med sedvanlig helprotes. Observera dock att ålder och allmäntillstånd påverkar valet av operationsmetod. Observera även att ett specialfall finns med så kallad basocervikal fraktur som liknar en pertrochantär fraktur och opereras med platta och glidskruv samt en Olmedskruv för att förhindra rotation.

Petrochantära frakturer

Även detta en vanlig frakturtyp med mycket mindre risk för problem i form av caputnekros och kan opereras antingen med märgspik eller platta och glidskruv. Komplikationsfrekvensen är lägre men traumat både i samband med fraktur och operation är större, vilket ofta märks i något längre rehabilitering.

Subtrochantära frakturer

Relativt ovanlig frakturtyp. Har ökad risk för blödning och instabiliteten i dessa frakturer är stor. Operationsmetod på SkaS är märgspikning med Gammaspik eller PFNA-spik.

Girdlestone

Är inte en frakturtyp utan en operationsmetod som går ut på att man gör en caputresektion och skapar en slinkled. Denna operationsmetod lämpar sig framför allt för patienter som inte tidigare varit gångare och/eller har kontrakturer. Används sällan som primär metod, något vanligare efter misslyckat försök till osteosyntes t.ex. med collumspikar/-skruvar. Fördelarna är att patienten blir smärtfri och kan påbörja rehabiliteringen relativt snart. Operationstiden är kort, patienten utsätts för ett lindrigt trauma och komplikationerna få. Det finns trots avsaknad av led ett visst hopp om att kunna återfå en begränsad gångförmåga. Detta är naturligtvis ett fall där det är oerhört viktigt att diskutera med patienten och eventuella närstående preoperativt.

Medicinska åtgärder

Smärtlindring

Höftfrakturer är en skör patientgrupp med relativt stor smärtproblematik, mottagande akutmottagning "luras" lätt av att patienten inte ter sig smärtpåverkad i vila på akutrummet. Man glömmer därför lätt bort att patienten efter uppkomst på avdelning skall genomgå ett flertal preoperativa rutiner som ofta komplicerar smärtsituationen. Centralverkande analgetika bör dessutom hållas till ett minimum på denna patientgrupp då dessa lätt utlöser/förvärrar konfusion, påverkar andningen och orsakar förstoppning och illamående. En femoralblockad kan blockera de sensoriska nervsignalerna från höftled och lårbäcken och ge en smärtlindring utan påverkan på CNS, den per-operativa vården och omhändertagandet underlättas (Styrdokument SkaS – Femoralblockad vid höft- eller femurfraktur <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/21960/Femoralblockad%20vid%20h%20c3%b6ft-%20eller%20femurfraktur.pdf?a=false&guest=true>).

Sjuksköterska på akutmottagningen tar på eget initiativ kontakt med narkosjour avseende patienter där den sedvanliga smärtlindringen inte ter sig tillräcklig eller när patienten inte tolererar denna, och efterhör möjligheterna till femoralblockad. Alla patienter bör få en femoralblockad på akutmottagningen. Narkosjournen tar ställning till anestesirelaterade kontraindikationer. Vid röntgenverifierad fraktur finns det inga ortopediska kontraindikationer. Detta gäller särskilt patienter som skall genomgå proteskirurgi.

Infektionsprofylax

Samtliga patienter behandlas med antibiotika intravenöst för att förebygga infektioner. Den vanligaste ordinationen är inf Cloxacillin 2g x 3. Observera att det kan bli aktuellt att dosjustera vid hög ålder och nedsatt njurfunktion. Vid Pc allergi ges inf Dalacin. Vid öppna frakturer ges inf Cefotaxim.

Trombosprofylax

Patienter med höftfraktur är en högriskgrupp för djup ventrombos (DVT), kombinationen av skada och immobilisering ligger bakom detta. Samtliga patienter skall behandlas med antikoagulantia. På SkaS är den vanliga behandlingen inj Fragmin 5 000e x1 s.c. Behandlingstiden är i vanliga fall vårdtiden på sjukhus plus 10 - 30 dagar i hemmet. Waranbehandlade patienter kräver naturligtvis särskild behandling.

Röntgenkontroll

Samtliga patienter skall genomgå postoperativ röntgenkontroll trots att man vid samtliga osteosyntesoperationer använder genomlysning. Vid protesoperationer används inte genomlysning varför röntgenkontroll är extra viktig. Efter denna kontroll röntgenkontrolleras patienterna inte regelmässigt. Vid försämrat kliniskt status där man kan misstänka försämrat frakturläge alternativt protesproblematik tas naturligtvis röntgen när detta är indicerat.

Komplikationer

- Utebliven läkning p.g.a. pseudartros eller caputnekros. Är en relativt tidig komplikation och diagnosen ställs lätt med röntgen.
- Infektion i form av yttlig sårinfektion och djup infektion där osteosyntesmaterial eller proteserna är infekterade. Djup infektion kan vara en något svårare diagnos att ställa kliniskt, varför man bör vara relativt frikostig med infektionsprover vid oklar smärta.
- Lossning eller försämrat läge av osteosyntes eller protesmaterial. Även vid denna komplikation ställs diagnos via röntgen, leder ofta till reoperation.
- DVT, ensidig svullnad av nedre extremitet på basen av försämrat venöst återflöde.
- UVI, ofta på basen av KAD. Sedvanlig antibiotikabehandling.
- Pneumoni, ofta på basen av immobilisering och nedsatt ventilation av nedre delen av lungorna. Sedvanlig diagnostisering och behandling.

- Trycksår, även dessa på basen av immobilisering. Behandlas framför allt innan uppkomst med uppmärksamhet och avlastning av riskområden.

Omvårdnad

För att både minska patientens lidande och möjliggöra en snabb och komplikationsfri mobilisering är det viktigt att man redan tidigt startar med god omvårdnad. Kort tid från ankomst till operation minskar komplikationsriskerna och främjar snabb rehabilitering. Adekvat smärtlindring är ett stort och ofta förbiset problem. Vid höftfrakturer är operation den slutliga metoden för bot men detta måste alltid vägas mot vitalbehov. Patientgruppen med höftfrakturer är dessutom en skör grupp som ofta lider av många parallella grundsjukdomar och hög ålder. Vissa patienter behöver optimeras inför operation, detta ligger bakom de prov och undersökningar som utförs preoperativt. Samtliga patienter skall genomgå en preoperativ narkosbedömning. En standardvårdplan är ett verktyg som hjälper oss att ge god omvårdnad, minskar risken att omvårdnads/övervakningsmoment missas samt minskar administrationen.

Kommunikation

Cirka 40 % av äldre patienter med höftfraktur utvecklar någon form av akut konfusion. Detta medför onödigt lidande för patienten, ökad risk för komplikationer samt medför förlängd rehabilitering (5).

För att minska risken för konfusion, har det visat sig att miljörelaterade och personella faktorer, som att försöka få lugn och ro runt patienten och inskränka antalet personal, är av betydelse (4). Syrgasbehandling har även visat sig minska risken för konfusion (2,6).

Akut konfusion visar sig som medvetandestörning och desorientering. Vanföreställningar och hallucinationer kan förekomma. Patienten kan vara plockig, motoriskt orolig och ropande. Rubbningar i vakenhet och sömn kan förekomma (8).

Skillnaden mellan demens och akut konfusion är att vid akut konfusion utvecklas symptomen under kort tid och ändrar sig under dygnet och även från dag till dag, medan förloppet vid demens är mer stabilt och försämras under lång tid (5).

Den äldre patienten med höftfraktur har ofta många andra sjukdomar, förutom traumat med frakturen. Hörsel och synnedsettningar kan förekomma, liksom demens. Ofta föreligger malnutrition och dehydrering, vilket bidrar till att minska deras skydd (5).

Riskfaktorer för konfusion under vårdtiden kan vara infektioner, som UVI och pneumoni, liksom förstoppning och sömnbrist. Miljöbetingade faktorer är avdelning och rumsbyten samt många olika personal runt patienten. Flera olika läkemedel som analgetika och sömnmedel kan också framkalla konfusion (5).

Åtgärder

För att förebygga en akut konfusion är det viktigt med ett bra bemötande. Att skapa en lugn och trygg miljö runt patienten är avgörande (2). Följande åtgärder vidtas:

- Vid ankomstsamtalet, helst tillsammans med anhöriga, ta reda på orienteringsgraden och förekomst av eventuell demens. Ta reda på riskfaktorer som tidigare sjukdomar, läkemedel m.m.
- Information om vad som ska hända, berätta i nära anslutning vad man gör med patienten, dusch, provtagning m.m.
- Försöka förmedla trygghet till patienten.
- Lugn och ro runt patienten, om möjligt enkelrum.
- Syrgasbehandling.
- Postoperativt viktigt med direkt mobilisering, hjälp till sömn och vila, avlägsnande av KAD.

- Förebygga smärta.
- Tillgodose näringsintag.

Kunskap/utveckling

För att minska patientens stress, smärta och oro inför ett operativt ingrepp är det viktigt med adekvat preoperativ information, gärna tillsammans med anhöriga. Patienten har rätt till information om skadan och skall i den mån det går vara med och bestämma om planering av ingrepp och efterbehandling. Undvik att ge för mycket information under kort tid. Den äldre patienten behöver god tid på sig och det är bättre att ge information i omgångar (2). Kombinera gärna muntlig och skriftlig information.

Åtgärder

- Vid ankomsten till avdelningen ges information till patient och närstående.
- Operatör informerar patienten om ingreppet i samband med ritning.
- Narkosläkare informerar patienten angående bedövningsmetod.

Andning/Cirkulation

Den äldre patienten har en stelare bröstorg som gör det svårare att djupandas. Har patienten dessutom en höftfraktur, så bidrar traumat, smärtan och immobiliseringen till en ytligare andning (8).

Postoperativt verkar kvarvarande anestesimedel dämpande på andningscentrum så att lungorna ventileras sämre och även till svårigheter att hosta upp sekret. Detta kan leda till atelektaser som kan orsaka pneumoni. Har patienten nyligen haft en luftvägsinfektion bör operation om möjligt skjutas upp (8).

Syrgas

Syrgasbehandling minskar risken för konfusion och minskar belastningen på cirkulationen. Syrgas har även god effekt vid smärta och illamående (8). Behandlingen skall pågå både pre- och postoperativt (2,6). Observera dock att ett livslångt rökande och anamnestic lättutlöst dyspné likställs med misstänkt KOL även om diagnosen inte är ställd, varför ev. syrgasbehandling av sådan patient kräver läkarordination.

Åtgärder

- Anamnes angående lungsjukdom och rökning.
- Ta saturation vid ankomst till avdelningen med en pulsoxymeter.
- Koppla 2 l syrgas på alla lungfriska patienter.
- Uppmana patienten att djupandas.
- Ge syrgasbehandling de två första postoperativa dygnet, följ saturation.
- Tidig mobilisering.

Dehydrering

Hos en äldre patient är risken för dehydrering större p.g.a. en minskad mängd kroppsvatten vilket lättare leder till uttorkning. Dessutom har denna patient minskad förmåga att känna törst och riskerar därmed ett minskat vattenintag. Många höftfrakturpatienter har ett nedsatt allmäntillstånd vilket gör dem extra känsliga för rubbningar i vätske- och elektrolytbalansen (8).

Blödning

Hur stor blödningen blir beror på de olika frakturtyperna. De petrochantära och subtrochantära frakturerna orsakar större blödningar än de cervikala frakturerna. Observera att blödningen också kan fylla på sig under tiden då patienten väntar på operation.

Patienter med höftfraktur är ofta multisjuka och lider inte sällan av angina. Detta innebär att ett Hb som accepteras hos en yngre patient, kan orsaka allvarliga komplikationer hos denna patientgrupp.

Särskild uppmärksamhet är nödvändig då patienter med fraktur av olika skäl får vänta på operation. En vanlig orsak till detta är Waranbehandling där man avvaktar normalisering av PK innan patienten opereras. Det är viktigt att tidigt fånga anemi och uppmärksamma blödningsproblematik.

Tromboembolism

Höftfrakturpatienten löper stor risk att utveckla tromboemboliska komplikationer. Tecken på djup ventrombos är rodnad, smärta, värmeökning och svullnad i vaden. Lågmolekylärt heparin minskar risken för trombos från 39 till 24 % (2).

Åtgärder

- Koppla intravenös infusion.
- Hb-kontroller preoperativt dagligen, samt postoperativt dag 1 och dag 3.
- Observera symptom på lågt Hb, som yrsel, svimning och blekhet.
- Uppmana patienten att trampa med fötterna flera gånger i timmen för att öka blodcirkulationen i benen.
- Trombosprofylax enligt ordination.

Nutrition

Äldre patienter har ofta en låg aktivitetsnivå som kan leda till ofrivillig förlust av muskelmassa. Många äldre patienter med höftfrakturer, har ett lågt BMI och mindre kroppsmassa än genomsnittet. Låg kroppsvikt utgör en stor risk för kvinnor att råka ut för en höftfraktur (2,9). Patienter med höftfrakturer är ofta åldrade och inte sällan i relativt dåligt nutritionsstatus redan före frakturen. Till detta kommer trauma både i form av fraktur och påföljande operation. Dessa patienter skall därför noggrant tillgodoses god nutrition.

För att få en uppfattning om patientens nutritionsstatus görs en bedömning enligt SkaS rutiner för riskbedömning och åtgärd.

Rutin - Undernäring

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/27121/Undern%c3%a4ring%20-%20riskbed%c3%b6mning,%20%c3%a5tg%c3%a4rd%20och%20dokumentation.pdf?a=false&quest=true>

Rutin - Mat och vätskelista

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/28046/Matlista%20och%20v%c3%a4tskelista.pdf?a=false&quest=true>

Malnutrition ökar tendensen att utveckla postoperativa komplikationer och hindrar rehabiliteringen. Malnutrition hämmar också immunförsvaret, vilket ökar risken för postoperativa infektioner. Studier visar på att näringstillskott till dessa patienter förbättrar rehabiliteringsresultatet och reducerar komplikationer, vilket också minskar antal vård dagar. Ingen effekt syntes dock vad gäller mortalitet (2).

Bristande näringsintag

Dålig aptit kan vara en orsak till bristande näringsintag. Det beror på flera faktorer; sjukdom, biverkningar av läkemedel, för låg fysisk aktivitet, att maten inte smakar eller otrivsamt måltidsmiljön. Dessutom kan olika undersökningar och behandlingar sätta ner aptiten eller göra att patienten fastar ofrivilligt. Förstoppning och stresspåverkad magslemhinna är också vanliga orsaker till nedsatt aptit och illamående. Postoperativt illamående bidrar också till bristande näringsintag (8).

Uttorkning av munslemhinnan beror oftast på vätskeförlust och/eller vätskerestriktioner. Det kan vara både en orsak till och en konsekvens av bristande näringsintag. Muntorrhet tar bort smaken på maten (8).

Vanligtvis hålls patienten fastande många timmar inför operation. Det har visat sig att endast ca 60-70 % av patienterna blir opererade inom 24 timmar efter att frakturen konstaterats med röntgen. Det bör därför inte i normala fall hindra att patienten får mat och dryck under större delen av detta dygn (2).

Näringsdryck

På senare tid har riktlinjerna ändrats angående fasta inför operation så det är numera tillåtet att dricka klara drycker såsom vatten, saft, te och kaffe fram till 2 timmar före anestesi. Tiden är tillräckligt lång för att dryckerna skall hinna tömmas från magsäcken. Genom att patienten får dricka känner de sig mindre törstiga före operation. Preoperativt är föda med högt energiinnehåll, kalori- och proteinkoncentrat att föredra (8).

Postoperativt om patienten inte får i sig tillräckligt med mat krävs komplettering med fullvärdiga näringsdrycker som dessutom innehåller fett. Alternativt kan Energirik kost (E-kost) beställas från köket, som är en mindre portion, men med samma energiinnehåll som en ordinär portion.

Med välnutrierad menas att patienten får i sig tillräckligt med energi. Energibehovet räknas som vikten x 30 kcal. En patient som väger ca 70 kg behöver 2100 kcal, vilket motsvarar 7 stycken näringsdrycker av t.ex. Ensource Plus. Två näringsdrycker motsvarar nästan en lunch, en näringsdryck kan ersätta ett mellanmål.

Åtgärder

- Preoperativt söt saft fram till 2 timmar före operation. Vet man att operationen inte blir förrän dagen därpå, serveras mat som vanligt. Alla patienter som kan, får äta mat fram till 6 timmar före operation. Patienten skall dessutom ha 1 pkt näringsdryck på kvällen före operation samt på morgonen före op. om > 2 timmar återstår till op. återstår.
- Kontakta operation för att planera kosthållningen beroende på operationstid.
- Mat- och vätskelista under de första två dyggen.
- Infusion Glucos 10 % med elektrolyter 1000 ml, om patienten inte får i sig tillräckligt per os.
- Sitta uppe vid måltider, helst vid gemensamt matbord.
- Postoperativt näringsdryck mellan måltiderna vid behov.
- Vid illamående ge antiemetika enligt generella ordinationer.
- Inspektion av munslemhinna samt munvård vid behov.
- Ha alltid dryck till hands.

Elimination

Urinretention

KAD sätts oftast i samband med operationen av höftfrakturen. KAD sätts för att undvika övertänjning av blåsan, då detta minskar möjligheterna för normal funktion av blåsan (2). Innan och efter operationen är intermittenta blåstappning och övervakning av urinblåsan med blåsscanning att föredra för att förhindra vårdrelaterad urinvägsinfektion. Dock om patienten kommer tillbaka till avdelningen sent på kvällen eller på natten låter man KAD sitta kvar till morgonen. Att dra KAD på män är lättare än på kvinnor – på natten kan ju männen använda kisseflaska och behöver inte komma upp, kvinnor har det lite svårare – att ligga på bäcken efter en höftfraktur är smärtsamt.

Se SkaS-rutin – Blåsscanning

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/25447/BI%3a5sscanning,%20bl%3a5stappning%20och%20KAD%20-%20v%3a5rdhygien.pdf?a=false&quest=true>

Nackdelen med att ha en kvarliggande kateter är att risken för urinvägsinfektion och sepsis ökar (2,10,11). Risken för en vårdrelaterad urinvägsinfektion ökar med 10 % för varje dygn som patienten har en KAD (12). Detta leder i sin tur till längre vårdtider (11).

Urinvägsinfektion är den vanligaste komplikationen vid höftfrakturer, särskilt hos kvinnor (2). Intermittent katetrisering ger mindre infektionsrisk än en kvarliggande kateter och främjar återkommande spontan blåstömning (13).

Åtgärder

- Kontrollera att patienten kan tömma blåsan preoperativt, kontroll med blåsscanning.
- KAD-dragning så snart som möjligt efter op.
- Se till patienten får i sig rikligt med vätska.
- En snabb mobilisering är av största vikt för att normalisera blåsfunktionen
- Var uppmärksam på tecken på UVI såsom illaluktande och grumlig urin, sveda vid vattenkastning, frysningar och feber.

Obstipation

Förstoppning är ett vanligt problem som ökar med åldern. En höftfraktur medför immobilisering, smärtstillande behandling med opiater samt ändrat dryck- och födointag. Sängläge och nedsatt aktivitet bidrar till trög mage. Snabb mobilisering är en grundförutsättning för att minimera dessa problem.

Åtgärder

- Mobilisering.
- Rikligt med dryck.
- Fiberrik kost.
- Dokumentera när patienten har avföring.
- Laxermedel vid behov.

Hud/Vävnad

Huden är kroppens största organ och mest utsatt för skador. Målet är att patienten inte skall få några nytillkomna skador på huden under vårdtiden och de skador som patienten redan har skall behandlas på rätt sätt. Detsamma gäller för operationssåret (8).

Operationssåret

Inför höftoperationen skall patienten helkroppstvättas alternativt duschas med Klorhexidinlösning för att eliminera hudbakterierna, detta för att minska risken för postoperativa infektioner (2). Vid cervikala frakturer då en halvprotes kan bli aktuellt, bör patienten duscha eller helavtvättas med Klorhexidinlösning tre gånger med cirka 4-6 timmars intervall i mån av tid. Djupa sårinfektioner är, trots det åldriga och sköra klientelet, dock inte vanliga i denna patientgrupp.

Målet med operationssåret är en naturlig sårhäkning. Denna delas in i tre faser:

1. Inflammationsfasen (2-4 dagar)
2. Proliferationsfasen (10-12 dagar)
3. Mognadsfasen (25-365 dagar)

Sårhäkningen kan fördröjas av dålig näringstillförsel, infektion, hematom eller otillräcklig blodtillförsel till operationsområdet. Vissa patienter reagerar på klistret som finns i förbandet. Ett förband som sitter för stramt kan ge blåsor och sår på grund av att huden sträcks eller dras ihop.

Preoperativa hygienrutiner

Höftfrakturer kan åtgärdas operativt på ett flertal olika sätt. Avseende frakturkirurgi är det ur ett vårdhygieniskt perspektiv viktigt att skilja på osteosyntes och protesoperation. Vi har tidigare inte gjort någon skillnad på dessa två ingrepp avseende preoperativa hygienrutiner men kommer nu att börja införa att även höftproteser som opereras på frakturindikation skall genomgå så kallad "protestvätt".

vila, den kan vara vilsam eller störande. Patientens vila är personalens ansvar. Det är viktigt att patienten får komma till ro. Det krävs att både kroppen och själen vilar för att komma till ro (20).

Åtgärder

- Skapa en lugn och trygg miljö, gärna enkelrum
- Ge vid behov sömntablett enligt generell ordination
- Tillåt närstående att kvarstanna om patienten så önskar

Aktivitet

Det är mycket viktigt att patienten börjar mobilisera direkt när hen är tillbaka på vårdavdelningen. Detta för att förhindra komplikationer som t.ex. trycksår, djup ventrombos, lunginflammation eller urinvägsinfektion (2,15). Hänsyn måste tas till patientens tidigare och aktuella funktionsförmåga, medicinska status och psykosociala situation (2).

Rehabiliteringsarbetet är ingen enskild aktivitet som enbart utförs av sjukgymnaster och arbetsterapeuter, utan all avdelningspersonal måste gemensamt uppmuntra patienten att bibehålla/förbättra sin funktionsförmåga. Målet är att patienten skall bli så självständigt som möjligt i vardagen (2).

Att belasta på det opererade benet påskyndar läkningsprocessen. I de flesta fall tål benet att belastas fullt på. Om inte skall det finnas tydliga restriktioner från opererande läkare. Den dagliga träningen kan bestå av gångträning, trappträning, utprovning av gånghjälpmedel, ADL-träning och utprovning av ADL-hjälpmedel (2).

Åtgärder

- Mobilisering direkt vid återkomst till vårdavdelningen.
- Träning enligt sjukgymnast- och arbetsterapiprogram.
- Uppmana patienten att utnyttja sina egna resurser. Hjälptill endast när patienten inte klarar av en aktivitet.

Smärta

En höftfraktur är förenat med svår smärta och nedsatt rörlighet. Behovet av smärtlindring i akutskedet är stort. Smärta bör behandlas av flera skäl. Smärta ökar risken för trycksador då patienten inte rör sig, försämrar andningen, ger illamående, ökar oro och rädsla och anses kunna utlösa förvirringstillstånd (2,19). Otillräcklig smärtlindring gör att patienten blir mindre benägen att komma igång med mobiliseringen (2).

Den normala läkningen efter en höftoperation gör att smärtan klingar av postoperativt, normalt efter 3-4 dagar.

Smärtstillning bör ges kontinuerligt samt kompletteras med opiater vid behov. Narkosläkare ska lägga en femoralblockad redan på akutmottagningen. Fördelen med en femoralblockad är att undvika biverkningar såsom konfusion, illamående och andningsdepression.

Smärta är en subjektiv upplevelse och kan mätas med hjälp av VAS. Den är endast effektiv om den är kontinuerlig och utvärderande, så att man kan se om de åtgärder man vidtagit gett resultat.

Åtgärder

- Information om VAS.
- Kontinuerlig smärtlindring och vid behov. Ge förebyggande inför skötning.
- VAS-registrering var 3:e timme.
- Lassekudde, för att stabilisera och minska benets utåtrotation.
- Kontakt med narkosjour v.b. för femoralblockad

Psykosocialt

Utskrivning sker enligt "Samordnad Vårdplanering", där patienten och hens närstående tillsammans med kommunens biståndsbedömare, primärvård och sjukhusets representant kommer fram till vad som blir bäst för patienten efter utskrivning. Det handlar om att tillgodose patientens behov av hjälp inför hemgång. En optimering av hela vårdkedjan är nödvändig.

Åtgärder

- Följ process för samordnad vårdplanering med dokumentation i IT-stödet SAMSA <http://fokus.skar.vgregion.se/sv/Skaraborgs-Sjukhus/Omraden-Nya-Fokus/M2/M2---test/Vardplaneringsteamet/>

Kvalitetsuppföljning/Forskning

Rikshöft är ett rikstäckande databaserat uppföljningsprogram för att kunna studera epidemiologi och behandlingsstrategier vid höftfraktur i Sverige. Det startade 1988 och ger den enskilde kliniken möjlighet att jämföra sig med rikssnitt (4).

Åtgärder

- Dokumentera kontinuerligt under vårdtid i avsedd blankett
- Registrera data i kvalitetsregistret efter vårdtidens slut
- Uppföljande telefonsamtal med patient efter 4 månader

Relaterad information

Preoperativ lista:

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/d24876bd-aec6-4875-beab-f29eccc66122?a=false&guest=true>

Postoperativ lista:

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/bf1bf694-7872-4d57-a8e1-fe5816131f29?a=false&guest=true>

Arbetsgrupp

Viktor Sundberg, Sjuksköterska, Verksamhetsområde K4 Ortopedi
Sara Frick, Undersköterska, Verksamhetsområde K4 Ortopedi
Filipa Pereira Campos Carvalho Monarca, Överläkare, Verksamhetsområde K4 Ortopedi
Lotta Kettil, Processchef SkaS Lidköping, Verksamhetsområde K4 Ortopedi
Evelyn Printz, Dietist, Verksamhetsområde M1
Carina Gustavsson, Sjukgymnast, Verksamhetsområde M1
Inger Forslund, Arbetsterapeut, Verksamhetsområde M1

Käll- och litteraturförteckning

1. Hakopian N, Ehne J, Hedström M. ABC om höftfrakturer. Läkartidningen. 2017, 14: 1-6.
2. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur (2003). Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB.

3. Moja I, Piatti A, Pecoraro V, et al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PLoS One*. 2012, 7(10):e46175.
4. Rikshöft Nationellt Kvalitetsregister [Internet]. 2018. Hämtat från: <https://rikshoft.se/>
5. Lindsay J, Rockwood K, MacDonald A. *Delirium in old age*. Oxford; Oxford University Press; 2002.
6. Gustavsson Y, Brännström B, Berggren D, Ragnarsson J I, Sigaard J, Bucht G, et al. A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Journal of American Geriatric Soc*. 1991 39(7): 655-662.
7. Inouye SK, Bogardus S T, Charpentier P A, Leo-Summers L, Acampora D, Holford T R, Cooney L M. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*. 1999 340(9): 669-676.
8. Hansen E, Holm S. *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
9. Bernstein B, Grisso JA, Kaplan FS. Body Mass and Fracture Risk. *Journal of Orthopedic Trauma*. 2003 (364); 227-232.
10. Wald H, Epstein A, Kramer A. Extended use of Indwelling Urinary Catheters in postoperative Hip Fracture Patients. *Medical Care*. 2005 43 (10) 1009-1017.
11. Johansson I, Athlin E, Frykholm L, Bolinder H, Larsson G. Intermittent versus indwelling catheters for older patients with hip fractures. *Journal of Clinical Nursing*. 2002 (11) 651-656.
12. *Vårdhandboken - en tjänst från Sveriges landsting och regioner* [Internet]. Stockholm: Inera; 2018 Hämtad från: <http://www.vardhandboken.se/>
13. Socialstyrelsen. *Att förebygga infektioner i vården II*. Burman L. SOS rapport 1998:12.
14. Lindgren U, Svensson O. *Ortopedi*. Stockholm: Liber AB; 1996.
15. Lindgren M, Unosson m, Krantz A-M, Ek A-C. Pressure Ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 50(6); 605-612.
16. Berglund B, Nordström G. The use of the Modified Norton Scale in nursing-home-patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1995 Sept 9(3); 165-169.
17. Mullineaux J. Cutting the delay reduces the risk. *Professional Nurse*. 1993 Oct, 9(1); 22-30.
18. Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek A-C. Immobility-a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004 18(1); 57-64.
19. Bergh I, Gunnarsson M, Allwood J, Odén A, Sjöström B, Steen B. Descriptions of pain in elderly patients following orthopedic surgery. *Scandinavian Journal of Caring sciences*. 2005 19(2); 110-118.
20. Beckenham T. et al. (2002) The patients´ rest in the ICU – a possibility. Examensarbete i omvårdnad, Högskolan