

Höftfraktur över 70 år – fysioterapi

Sammanfattning

Detta dokument förklarar fysioterapeutens roll för patienter med höftfraktur på ortopedi och geriatrisk akutvårdsavdelning (OGAVA), ortopedkliniken, SÄS, Borås.

På OGAVA vårdas patienter över 70 år som drabbats av höftfraktur på grund av trauma, ofta fall. Patienter med planerade operationer vårdas inte på enheten utan på ortopedisk vårdavdelning.

Förutsättningar

På ortopedi och geriatrisk akutvårdsavdelning (OGAVA), vårdas patienter över 70 år som drabbats av höftfraktur på grund av trauma, ofta fall. Här vårdas inga patienter efter planerade operationer som exempelvis efter planerad operation av höftledsartros. Dessa vårdas på ortopedisk vårdavdelning.

De allra flesta höftfrakturer sker vid fall inomhus, som i köket, badrummet eller vid toalettbesök nattetid. Vanliga orsaker till fall är nedsatt allmäntillstånd, infektion, nedsatt balans på grund av ålder eller status post stroke, medicinering, förvirring med mera. Patientens sjukdomshistoria är i många fall komplex [1].

Generella riktlinjer vid höftoperation innebär snabb operation, direkt mobilisering på sjukhus samt fortsatt rehabilitering i hemmet. I slutenvården sker rehabiliteringen initialt på kroppsfunction/kroppsstrukturnivå, senare i slutfasen sker rehabiliteringen även på aktivitet/delaktighetsnivå. I vårdkedjan ingår både sjukhusvård, primärvård och kommunal sjukvård [2].

På SÄS används riktlinjen »Raka spåret«, som gäller för patienter med misstänkt höftfraktur. Riktlinjen beskriver ett arbetssätt som ska ge förutsättningar för tidig operation inom 24 timmar vid höftfraktur. Arbetssättet innebär att ambulanspersonalen utifrån inklusionskriterier påbörjar »Raka spåret« och följer patienten till röntgenavdelningen. Vid konstaterad höftfraktur läggs patienten sedan direkt in på OGAVA.

På OGAVA används ett helhetligt synsätt och höftfrakturen ses oftast som ett symptom på ett generellt nedsatt fysiskt allmäntillstånd. En viktig uppgift för rehabiliteringspersonalen på OGAVA blir därför att efterforska vad som lett fram till skadan/fallet och försöka åtgärda/behandla detta [3].

Genomförande

Målsättning

Huvudmålet vid rehabilitering av patienter med höftfraktur är självständighet vid ADL, säkerhet och trygghet vid förflyttningar samt att på sikt återfå så full funktionsnivå som möjligt. Hjälpmedel provas ut och förskrivs efter behov. Om trappor finns i hemmet, övas även trappgång.

Många patienter upplever en kris när de brutit lårbenet. En viktig roll för fysioterapeuten är att handleda patienten vid hanteringen av denna kris samt motivera patienterna att undvika eller minska rörelse- och belastningsrädsla [1]

I ett senare skede i rehabiliteringen är det dessutom angeläget att öka rörlighet, styrka och balans för att kunna nå det övergripande huvudmålet med självständighet vid ADL och säkerhet vid förflyttning samt för att minska risken för fall i framtiden. Detta arbete påbörjas på sjukhuset och faller till stor del på vidtagande fysioterapeut, oftast i kommunen [3].

Åtgärder fysioterapeut

Fysioterapeuten får vetskap om patienten via inläggningslistan för OGAVA i Melior. Fysioterapeuten träffar och gör en bedömning av alla patienter med höftfraktur och avgör sedan vilka fysioterapeutiska insatser och eventuella gånghjälpmedel som är aktuella. Information om patientens tidigare funktionsnivå samt hjälpmedelsbehov inhämtas i patientens journal och om möjligt genom anamnesupptagning från patienten själv. Ibland kan patientens anhörig hjälpa till.

Initialt är förebyggande behandling viktig för att minska risk för komplikationer i form av trycksår, pneumoni, urinvägsinfektion eller trombos [2,4-6]. Detta kan påverkas genom tidig mobilisering, andningsträning med PEP-pipa samt via cirkulationsträning [4,6].

En gemensam rehabiliteringsplan/vårdplan för patienten upprättas i samråd med övriga teamet.

Dag 1: (Dagen efter operation): Fysioterapeuten ansvarar för muntlig och skriftlig postoperativ information enligt diagnosspecifik broschyr. Patienten mobiliseras så snart allmäntillståndet tillåter till sittande, stående eller gående, så kallad »tidig mobilisering« [2]. Syftet är att stärka patientens autonomi och fysiska självförtroende samt förebygga trombos och pneumoni. Vidare sker instruktion av andningsträning PEP-pipa med standard 10 djupa andetag varje vaken timme samt introduktion av sedvanligt träningsprogram för trombosprofilax, rörlighet och styrka vid höftoperation [2,4-6]. Bedömning av fysioterapeut samt ifyllande av standardvårdplan ska ske inom 36 timmar efter operation.

Fysioterapeut öppnar kommunikationsplattformen SAMSA för informationsöverföring till rehab inom kommunal hälso- och sjukvård eller primärvård. Fysioterapeuten uppdaterar kontaktuppgifterna i SAMSA och uppdaterar fortlöpande information om patientens status och om planering under vårdtiden.

Dag 2: Mobilisering till gång med gåbord eller annat lämpligt gånghjälpmedel. Fortsatt träningsprogram och uppföljning av gårdagens rörelser.

Dag 3 och framåt: Fortsatt gång- och förflyttningsträning. Fortsatt utökning av träningsprogram. Utprovning av lämpligt gånghjälpmedel eller återgång till tidigare gånghjälpmedel.

Dag 4-5 och framåt: Fortsatt gång- och förflyttningsträning. Fortsatt träningsprogram. Trappträning vid behov. Extra fokus kan läggas på träning för patienter som ska skrivas ut till hemmet och inte till korttidsplats i kommunal sjukvård. Information om patientens funktions- och hälsotillstånd uppdateras kontinuerligt i SAMSA.

Utskrivningsdag: Överrapportering av patienten för fortsatt rehabilitering sker via fax av epikris till fysioterapeut i kommunal hemsjukvård eller primärvård. Information i SAMSA uppdateras inför planeringen. Då vårdtiderna är korta inom sjukhusvård är det viktigt att poängtera vikten av fortsatt fallpreventiv träning efter utskrivning från vårdavdelningen

Uppföljning

En sammanfattning av patientens utstatus görs i form av en epikris i Melior. De förflyttningar som bedöms är främst i och ur säng och gångförmåga, vilket beskrivs i löpande text.

Rikshöft – Standardised Audit of Hip Fractures in Europe, SAHFE, dokumenterar kontinuerligt process- och resultatvariabler från vården [7]. Uppföljning görs enligt Rikshöfts rutiner av status fyra månader efter frakturen. Huvudmålen för patientgruppen är att > 75 % ska ha återfått tidigare funktionsnivå, > 85 % ska opereras inom 24 timmar från ankomst, < 15 % frekvens av trycksår och att > 50 % ska vara smärfria. De största prediktorerna för återgång till eget boende är ADL-förmåga vid inskrivning, ålder och kognitiv status. Patienter som haft en höftfraktur två till sju år tidigare har en högre dödlighet, högre frekvens av institutionsboende samt sämre förmåga att klara ADL jämfört med personer i samma ålder i befolkningen [7].

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Ulf Henriksson, leg fysioterapeut

neuro- och rehabiliteringskliniken, fysioterapi, SÄS

Remissinstanser

Lars Björk, verksamhetschef, neuro- och rehabiliteringskliniken

Elisabet Eskilsson, leg fysioterapeut, neuro- och rehabiliteringskliniken

Hanna Floberg, förste fysioterapeut, neuro- och rehabiliteringskliniken

Fastställt av

Gunnar Helgesson, verksamhetschef, Neuro- och rehabiliteringskliniken

Nyckelord

fysioterapi, fysioterapeut, sjukgymnast, sjukgymnastik, höftfraktur, geriatrisk vård, rehab, rehabilitering

Referenser

1. Smith TO, Hameed YA, Cross JL, Henderson C, Sahota O, Fox C. Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture sur-gery. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 15;(6):CD010569
2. Oldmeadow LB, Edwards ER, Kimmel LA, Kipen E, Robertson VJ, Bailey MJ. No rest for the wounded: early ambulation after hip surgery accelerates recovery. ANZ J Surg. 2006 Jul;76(7):607-11.
3. Swift C, Ftouh S, Langford P, Chessier TS, Johanssen A. Interdisciplinary management of hip fracture. Clin Med (Lond). 2016 Dec;16(6):541-544.
4. Fagevik Olsén M, Lannefors L, Westerdahl E. Positive expiratory pressure – Common clinical applications and physiological effects. Respir Med. 2015 Mar;109(3):297-307.
5. Ekström W, Samuelsson B, Ponzer S, Cederholm T, Thorngren KG, Hedström M. Sex effects on short-term complications after hip fracture: a prospective cohort study. Clin Interv Aging. 2015 Aug 5;10:1259-66.
6. de Araujo CL, Karloh M, Dos Reis CM, Palú M, Mayer AF. Pursed-lips breathing reduces dynamic hyperinflation induced by activities of daily

RUTIN

Fastställdedatum

2021-12-21

Gäller fr.o.m.

2021-12-20

Gäller inom

Neuro- och rehabiliteringsklinik

Barium-id

30434

Gäller t.o.m.

2022-09-01

Sida

5 (5)

Utgåva

5

living test in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized cross-over study. J Rehabil Med. 2015 Nov;47(10):957-62.

7. SAHFE; Standardization of hip fracture audit in Europe. Tillgänglig från: http://cordis.europa.eu/project/rcn/38444_en.html