

Höftfrakturpatienten - en sjukgymnastisk utmaning!

Gun-Britt Jarnlo

Patienter med höftfraktur är ett ökande problem i den svenska sjukvården. Allt fler blir äldre och allt fler av de äldre får en höftfraktur. Frakturen kräver akut omhändertagande av den typiska patienten, en 80-årig kvinna. Ett individanpassat rehabiliteringsprogram som löper genom hela vårdkedjan kräver goda kommunikationer mellan olika vårdinstanser, inte minst sedan Ädelreformen trädde i kraft. Fysisk träning, till exempel i form av regelbundna promenader, skulle troligen kunna förebygga eller åtminstone uppskjuta höftfrakturen. Information om förebyggande insatser bör ges till de äldre själva samt till all personal som arbetar med äldre. Sjukgymnasten har en klar roll redan på akutsjukhuset och kan med sin yrkeskunskap följa patienten genom hela vårdkedjan. Hon kan även initiera och leda förebyggande arbete.

Gun-Britt Jarnlo är legitimerad sjukgymnast och doktor i medicinsk vetenskap. Hon tjänstgör som högskolelektor vid Institutionen för sjukgymnastik i Lund.

Vården av den äldre patienten med höftfraktur är ett viktigt problem ur mänsklig, medicinsk, social och ekonomisk synvinkel. Idag upptas ungefär var fjärde säng på de ortopediska klinikerna i Sverige av en patient med höftfraktur. Antalet patienter med höftfraktur har ökat dramatiskt och prognoser pekar på ytterligare en fördubbling inom 10 år. Ökningen av antalet frakturer sker huvudsakligen i de äldre åldersgrupperna (10).

Höftfrakturpatienten

Den typiska höftfrakturpatienten är en ensamstående kvinna i 80-årsåldern som fallit inomhus och brutit övre delen av lårbenet. Patienter med höftfraktur beskriver fler sjukdomssymtom och en lägre förmåga att klara sitt dagliga liv än jämnåriga utan fraktur. Den som brutit benet är mer rädd för att falla omkull än den som inte brutit benet (12). En i övrigt frisk person som får en höftfraktur har idag en mycket stor sannolikhet att återvända hem inom loppet av ett par veckor. Ålder,

sjuklighet och ensamboende påverkar prognosen negativt (4).

En tredjedel av alla höftfrakturer inträffar på vårdinstitutioner, där faktorer som fysisk och psykisk sjuklighet, men också personalens tillsyn kan spela en viss roll (25). De patienter som före frakturen vistats på institution återvänder dit i hög utsträckning och utgör ur ekonomisk synpunkt ingen ytterligare belastning på vården. För personalen på institutionen kan frakturen däremot betyda en ökad vårdtyngd, åtminstone under en övergångsperiod.

Uppkomst av frakturen

En teori är att en höftfraktur uppstår på grund av en kombination av benskörhet, sjukdom och ett yttre våld, oftast ett fall. Dessa tre faktorer beskrivs därför närmare.

Vi har en maximal benmassa i 30-årsåldern, större för män än för kvinnor. Benmassan avtar med stigande ålder. I 50-årsåldern minskar den snabbare hos kvinnor än hos män och benskörhetsfrakturer vid handled, i kottor och i lårben blir allt vanligare, speciellt hos kvinnor. Benskörhet (osteoporos) är ett kliniskt tillstånd som ofta först diagnosticeras i samband med en fraktur. Osteoporos påverkas negativt av stigande ålder, kvinnligt kön, brist på könshormoner samt olika livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet, rökning, hög alkoholkonsumtion med mera (19).

Andelen äldre som är sjuka och söker vård ökar med stigande ålder (22). Å andra sidan har populationsstudier i Sverige visat att dagens äldre är psykiskt och fysiskt något vitalare än jämnåriga för några decennier sedan. Vi lever ett friskare liv längre, men kommer i slutet av vårt liv förmodligen ändå att behöva sjukvård och omvårdnad. Ett av de få sjukdomstillstånd som ökar

Den typiska höftfrakturpatienten är en ensamstående kvinna i 80-årsåldern som fallit inomhus och brutit övre delen av lårbenet

En tredjedel av patienterna tror att det hade varit möjligt att förebygga frakturen på något sätt

hos äldre är höftfraktur (23).

Att falla är ett multifaktoriellt problem hos äldre personer (24). Omkring en tredjedel av alla äldre som bor hemma faller varje år, men endast en tredjedel eller färre av dessa ådrar sig en fraktur (17,24).

Många höftfrakturpatienter faller i samband med uppresning eller under gång. De faller i stor utsträckning i sidled och landar därmed direkt på lårbenets utskjutande del, utan att hinna ta för sig med armarna. En vanlig uppfattning är att patienten snubblat på en matta, men mindre än 10 procent anger detta. Däremot är andra yttre orsaksfaktorer vanliga, ensamma, eller i kombination med sjukdomssymtom. Knappt var tionde patient anger att de fallit på grund av brådska. De allra äldsta patienterna har ibland svårt för att minnas vad som hände i samband med fallolyckan. En tredjedel av patienterna tror att det hade varit möjligt att förebygga frakturen på något sätt (12).

De som faller har ofta en ökad svajbenägenhet, tolkad som nedsatt balansförmåga i jämförelse med de som inte faller (24). Nedsatt balansförmåga betraktas som en viktig bakgrundsfaktor till fall och därmed till frakturer. Trots detta finns det få undersökningar som styrker detta samband (11) och de är samtliga gjorda efter frakturen.

Rehabilitering

Sedan slutet av 60-talet har den medicinska behandlingen av patienter med höftfraktur kontinuerligt förbättrats. Bättre operationstekniker, snabbare mobilisering och en aktiv rehabilitering har inneburit förkortade vårdtider. Det aktiva, individuellt tillämpade rehabiliteringsprogram, som utarbetats vid ortopediska kliniken i Lund (4), har medfört att en stor del av patienterna kunnat återvända direkt tillbaka till eget hem. Programmet bygger på samverkan mellan ortopediklinik, primärvård och kommunernas äldreomsorg. Det har vid flera studier visat sig att programmet fungerar väl och att det inneburit en vinst för såväl patient som samhälle (3,9).

På sjukhuset informeras patienten muntligt och skriftligt. Frakturen opereras och patienten får stödja på sitt ben dagen efter operationen. Patienter tränas till att

kunna gå och klara sig själv före utskrivningen. Ett individuellt rehabiliteringsmål sätts upp och kontakt tas med primärvården (4).

Den tidiga rehabiliteringen i patientens eget hem består av besök från primärvården, oftast en distrikts-gymnast, som kontrollerar och tränar rörlighet och gångförmåga med och utan hjälpmedel på plan mark och i trappa. Patienten får också goda råd om hur hon ska klara sitt dagliga liv, till exempel att komma i och ur badkar, samt fortsatta träningsråd. Vid behov upprepas dessa kontroller till dess patienten har uppnått ungefär samma funktionsnivå som före frakturen (3,9). De flesta patienter behöver endast några få besök.

Vid starten av rehabiliteringsprogrammet antogs det att den tidiga utskrivningen från sjukhuset krävde täta läkarkontroller. Så småningom visade det sig att dessa inte behövdes och 1985 slopades även återbesöken med röntgenkontroll på ortopedikliniken i Lund. Uppföljningen gjordes med lika bra resultat av primärvårdens personal, i första hand av distriktssjukgymnasterna. Om komplikationer uppstod fanns det möjligheter för patienterna att snabbt få återbesöksstid på ortopedikliniken (3).

En förutsättning för att rehabiliteringsprogrammet ska fungera är att det finns klara kommunikationskanaler mellan vårdinstanserna. Erfarenhetsmässigt har det visat sig att det är på denna punkt som bristerna i vårdkedjan uppstår. I samband med Ädelreformen förändrades utskrivningsrutinerna. Kommunerna tog över ansvaret för de äldre patienterna på sitt sätt och patienterna flyttades till olika institutioner. Sjukgymnasterna i primärvården fick i många fall inte ens reda på patienternas existens och kunde därmed inte göra någon uppföljning. En översyn av vårdprogrammet pågår för närvarande. Övergången till husläkarsystem kommer nog också att ställa till vissa problem för denna äldre, icke-klagande, men resurskrävande, patientgrupp.

Är det möjligt att förebygga eller uppskjuta en höftfraktur?

Vissa bakgrundsfaktorer, till exempel ålder och kön, går inte att åtgärda. Däremot kan benskörhet (osteoporos) och fallbenägenhet påverkas. En fysiskt mindre

Uppföljningen gjordes med lika bra resultat av primärvårdens personal, i första hand av distrikts-sjukgymnasterna

En förutsättning för att rehabiliteringsprogrammet ska fungera är att det finns klara kommunikationskanaler mellan vårdinstanserna

aktiv livsstil har tolkats som förklaring till att fler personer får frakturer i Malmö jämfört med den näraliggande landsbygdskommunen Sjöbo (15).

Fysisk träning har i många studier visats kunna påverka benmassan i positiv riktning i så motto att träningen åtminstone motverkar den normala åldersförlusten. Träningen kan variera från promenader till avancerad gymnastik en timme 2-3 gånger i veckan. Kvinnor över 80 år har fått bättre benmineralinnehåll av gymnastik i sittande.

Fysisk träning ger mycket bättre benmineralinnehåll. Den kan också ge förbättrad syreupptagningsförmåga och muskelstyrka. Den kan motverka fetma, förbättra rörlighet, koordination samt öka välbefinnandet (2). Fysiskt aktiva 76-åringar hade en högre livskvalitet än de som var mindre aktiva (8). De 70-åriga personer, som hade för vana att promenera minst 30 minuter per dag hade bättre benmuskelstyrka, högre kalkhalt i skelettet och lägre triglycerider (blodfetter) i blodet än jämnåriga som promenerade mindre (6).

Fallbenägenheten kan vara beroende av sjukdomssymtom som nedsatt muskelstyrka och balans. Nedsatt känsel och syn samt upplevd yrsel påverkar balansförmågan och hindrar troligen många äldre från att delta i fysiska aktiviteter. Gränsen för vad som är ålderspåverkan, sjuklighet eller inaktivitet är svår att dra och varierar mycket mellan individer.

Kvinnor i åldern 38-64 år som regelbundet joggade en timme i veckan hade högre benmineralinnehåll, bättre muskelstyrka och en annorlunda livsstil med mindre konsumtion av alkohol, östrogenpreparat och tobak än jämnåriga (14).

Styrke- och konditionsträning har med god effekt bedrivits långt upp i åldrarna (1). Till och med 90-åringar är muskulärt träningsbara (5). Även balansförmågan kan förbättras, i alla fall upp mot 80 år (13,16). Vi antar att förbättrad balansförmåga kommer att ge en minskad falltendens, men det vet vi inte riktigt ännu.

Vad är då sjukgymnastens uppgift?

Sjukgymnasten har idag sin klara roll i den tidiga rehabiliteringen av höftfrakturpatienten både på akutsjuk-

hus och i patientens hem, alternativt rehabiliteringsavdelning. Vissa delar av träningen, till exempel gångträning för att uppnå större säkerhet, kan överlåtas till annan vårdpersonal, förutsatt att sjukgymnasten finns i bakgrunden och kan instruera, ge goda råd och följa upp träningen.

Rehabilitering i patientens eget hem ger sjukgymnasten inte bara möjligheter att dosera träningen efter patientens och omgivningens förutsättningar, utan också tillfälle att informera anhöriga och eventuellt också äldreomsorgens personal. Den äldre kvinnan måste få lov att, gående med sina bockar/käppar, träna att kunna klara trapporna i sitt eget hus och öppna sin egen tunga ytterport mot gatan. Att stärka patientens självförtroende och minska rädslan för att falla igen är också en viktig del av behandlingen.

Primärvårdsgymnasterna i Lunds och Orups sjukvårdsdistrikt fyller en viktig funktion genom att göra uppföljning av höftfrakturpatienter, i stället för ett, för patient och samhälle dyrbarare, återbesök hos en ortopedläkare. Dessutom sparar samhället kostnader för färre sjukresor och färre medhjälpare till den äldre patienten, när sjukgymnasten besöker patienten istället för att patienten måste ha hjälp att komma till sjukhuset.

Sjukgymnastens yrkesroll innefattar också förebyggande aspekter. Många av de ovan uppräknade bakgrundsfaktorerna kan påverkas av fysisk aktivitet. Benskörheten och troligen också falltendensen kan förebyggas eller åtminstone mildras genom att öka den fysiska aktiviteten hos äldre kvinnor och män. Givetvis bör den i första hand riktas mot de som befinner sig i riskzonen för att få en fraktur, till exempel de inaktiva, kanske redan sjuka personerna. Äldre kvinnor, som inte vågar gå ut av rädsla för att bli nedslagna på gatan eller de, som saknar någon att gå ut tillsammans med, borde också vara en målgrupp.

Promenadgrupper efter förebild från Göteborg (21) vore säkert en alldeles utmärkt lösning för många äldre. Troligen behövs det någon som initierar och organiserar och ser till att verksamheten hålls igång. Kunskap om äldres kapacitet, men också om deras sjukdomar, samt ett rehabiliteringstänkande underlättar detta arbete. Dessa grupper skulle också kunna vara en "sluss" för

Sjukgymnastens yrkesroll innefattar också förebyggande aspekter

Det är alltså viktigt att den äldre personen ges tillfälle att få sköta så mycket sysslor som möjligt i sitt hem, då detta är en ypperlig träning

nyutskrivna patienter för att få dem åter till egen aktivitet.

För äldre personer som riskerar att bli beroende av hjälp utifrån, till exempel från kommunens äldreomsorg, kan träning innebära att de även i fortsättningen kan klara sig själva (26). För en 80-årig kvinna kan dagliga aktiviteter som att gå i trappor och städa sitt hem innebära maximal belastning (20). Vardagliga sysslor i hemmet kan belasta hjärtat lika mycket som promenader (18). Det är alltså viktigt att den äldre personen ges tillfälle att få sköta så mycket sysslor som möjligt i sitt hem, då detta är en ypperlig träning.

Sjukgymnasten kan ge övrig vård- och omsorgspersonal information, pedagogiska tips och med hjälp av sin yrkesauktoritet motivera även en motsträvig pensionär att vara aktiv.

Fysisk aktivitet för äldre i förebyggande syfte kan mycket väl initieras av sjukgymnaster (7). Det kan innebära att en onödig funktionsnedsättning uppskjuts eller förebyggs. Informationen kan ges enskilt eller i grupp. Vissa äldre behöver individuellt anpassade träningsprogram beroende på redan befintliga funktionsstörningar som ledbesvär eller yrsel.

Sjukgymnastens uppgift i vidare bemärkelse borde också vara att informera om betydelsen av fysisk aktivitet redan från skolåldern och uppåt. Hon bör också informera om att faktorer som rökning och alkohol även påverkar skelettets utveckling och medverka till att framför allt unga flickor avstår från dessa negativa livsstilsfaktorer. Information om möjligheter till förebyggande arbete bör ges också till de äldre själva samt till all personal som arbetar med äldre.

Vården av en patient med höftfraktur beräknades 1990 till cirka 40.000 kr. Om vi kunde förebygga eller uppskjuta några höftfrakturer skulle vinsten bli omfattande, inte bara ur ekonomisk utan framför allt ur mänsklig synpunkt.

REFERENSER

3. Borgquist L, Nordell E, Jarnlo G-B, Strömqvist B, Wingstrand H, Thorngren K-G (1990): Hip fractures in primary health care: Evaluation of a rehabilitation programme. *Scand J Prim Health Care* 8: 139-44.
4. Ceder L (1980): Hip fracture in the elderly. Prognosis and rehabilitation. Akademisk avhandling, Institutionen för ortopedi, Lunds universitet, Lund.
6. Frändin K, Grimby G, Mellström D, Svanborg A (1991): Walking habits and health-related factors in a 70-year-old population. *Gerontology* 37:281-288.
7. Frändin K, Johannesson K, Grimby G (1992): Physical activity as a part of an intervention program for elderly persons in Göteborg. *Scand J Med Sci Sports* 2:218-224.
8. Grimby G, Grimby A, Frändin K, Wiklund I (1992): Physically fit and active elderly people have a higher quality of life. *Scand J Med Sci Sports* 2:225-230.
9. Jarnlo G-B, Ceder L, Thorngren K-G (1984): Early rehabilitation at home of elderly patients with hip fractures and consumption of resources in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2:105-112.
11. Jarnlo G-B, Thorngren K-G (1991): Standing balance in hip fracture patients. 20 middle-aged patients compared with 20 healthy subjects. *Acta Orthop Scand* 62(5):427-434.
12. Jarnlo G-B, Thorngren K-G (1993): Background factors to hip fractures. *Clin Orthop* 287:41-49.
13. Johansson G, Jarnlo G-B (1991): Balance training in 70-year-old women. *Physiotherapy Theory and Practice* 7:121-125.
19. Rundgren Å (1991): Människans funktionella åldrande s 148-158. Studentlitteratur, Lund.
21. Sonn U, Frändin K, Eriksson B G (1991): Promenera mera! Promendgruppsintervention i Göteborg. *Arbetssterapeuten* 13: 8-12.
23. Steen B (1991): Det nya åldrandet. *Socialmedicinsk tidskrift* 2: 3:117-120.
24. Tinetti M E, Speechley M, Ginter S F (1988): Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New Engl J Med* 319:26:1701-1707.

Fullständig referenslista kan erhållas av författaren.