 REGION DALARNA Fysioterapi Dalarna	Huvudtitel Fysioterapeutiska behandlingsriktlinjer för patienter med höftfraktur		
	Dokumentkategori Riktlinje	Reviderat datum/av 2018-10-19 Paula Eriksson, Leg. Sjukgymnast Kim Malmberg, Leg Fysioterapeut	Sida nr (av) 1(4) + Bilagor
Gäller för Fysioterapi Falun och Mora	Framtaget datum/av 2009-02-13 Kjell Johansson, Ulrika Karlsson, Åke Löfgren	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi 2019-02-04	Gäller from – tom 2019-02-04 – 2022-02-03

Bakgrund

I Sverige drabbas årligen ca 18 000 personer av höftfraktur. Medelåldern är 82 år och 75 % av de drabbade är kvinnor. Skademekanismen är ofta fall i samma plan. Höftfrakturer kostar samhället 1,5 miljarder kronor årligen. Incidensen är något sjunkande, men på grund av en åldrande befolkning konsumerar gruppen fortfarande en fjärdedel av samtliga vårddygn inom ortopedin (Rikshöft, 2016).

Höftfrakturer ger allvarliga konsekvenser i efterförloppet, vilket har visats i en studie för patienter ≥ 66 år. Av alla höftfrakturpatienter förlorar 21 % förmågan att gå ensamma utomhus, 13 % förlorar hela sin gångförmåga, 3 % av patienterna avlider under vårdtiden och hela 38 % dör inom 2 år. Utan kirurgi försämras denna prognos ytterligare (Soderqvist, Ekström, Ponzer, 2009).

Alla patienter med höftfraktur behöver därför akut operation. Ett nationellt mål är att 80 % av alla höftfrakturer ska opereras inom 24 h. Det har visats sig vara av stor vikt att åtminstone opereras inom 36 h (Rikshöft 2016). Val av operationsmetod avgörs av frakturens utseende och patientens biologiska ålder (Hakopian, Ehne, Hedström, 2017). De vanligaste operationsmetoderna är märgspik, platta och skruvar, total höftplastik, halv höftplastik eller 2 skruvar/pins. Höftfrakturer delas in i tre kategorier: cervikala höftfrakturer (lårbenshalsfrakturer), pertrokantära och subtrokantära frakturer (Rikshöft, 2016).

När det gäller riskfaktorer för mortalitet ett år efter en höftfraktur framkommer att högre ålder, manligt kön, tidigare gastrointestinala sjukdomar, nedsatt njurfunktion, ASA-grad över 3 (American Society of Anesthesiologists), en begränsad mobiliseringsförmåga preoperativt samt en postoperativ vårdtid på över 15 dagar ger högre risk för mortalitet (Chow, Qin, Wong, Yuen, Ngai, Tang, Leung, 2018). Omfattande och tidiga rehabiliteringsinsatser samt uppföljning har visat sig minska risken för dödlighet (Rikshöft 2016).

Frakturens utseende, operatörens val av osteosyntesmaterial samt stabiliteten i frakturen efter fixation avgör tillåten postoperativ belastning. Belastningsgrad finns angivet i operationsberättelsen.

Under år 2016 behandlades 203 patienter med höftledsfraktur på ortopedkliniken, Mora lasarett och 379 patienter på ortopedkliniken, Falu lasarett. Medelvårdtiden var i Mora 5,5 dagar och i Falun 7 dagar (Rikshöft, 2016).

Behandlingsmål

Fysioterapeutiska insatser är viktiga för att minska risken för komplikationer och funktionsförsämring på grund av immobilisering (Pfeifer & Minne, 2010). Med tidig mobilisering minskar risken för djup ventrombos, trycksår och pneumoni (Hakopian et al., 2017). Vidare målsättning är att patienten skall uppnå en så självständig funktionsnivå som möjligt gällande förflyttningar och ADL, uppnå godtagbar gångteknik med utprovat gånghjälpmedel, lära sig att självständigt utföra och ansvara för erhållt träningsprogram samt att vara välinformerad om den fortsatta rehabiliteringen.

Fysioterapeutiska åtgärder

Sjukgymnastens/fysioterapeutens arbetsuppgifter är att informera patienten om gällande regim, träna förflyttningar i/ur säng, gångteknik med lämpligt gånghjälpmedel, vid behov träna trappgång samt instruera lämpligt träningsprogram (Bilaga 1 och 2). För de flesta patienter som opererats för en höftfraktur finns inga restriktioner gällande rörelser eller belastning (Hakopian et al, 2017). Största möjliga självständighet eftersträvas vid förflyttningar och ADL. Rehabiliteringen påbörjas vanligen dagen efter operationen och därefter fortsätter träning och mobilisering utifrån patientens behov, resurser och målsättning. Patienten uppmuntras att regelbundet sitta uppe i stol samt att gångträna och utföra träningsprogrammet flera gånger per dag.

Sjukgymnasten/fysioterapeuten medverkar mestadels i bedömningen om och när patienten är utskrivningsklar, om det finns behov av fortsatt vård och rehabiliteringsinsatser samt att vid behov överrapportera patienten till nästa vårdnivå.

Utvärdering/Resultatuppföljning

Vi använder i dagsläget inga standardiserade mått och mätinstrument för att utvärdera våra insatser i det akuta skedet. En subjektiv bedömning av patientens förflyttnings- och rörelseförmåga utförs vid varje behandlingstillfälle och formuleras i fri text i journalen. Graden av självständighet betonas.

När patienten bedöms uppfylla de kriterier som krävs för hemgång (se nedan) skrivs patienten ut till hemmet. För patienter som kräver ytterligare rehabiliteringsinsatser och/eller kommunala vårdinsatser sker fortsatt planering tillsammans med sjuksköterska, läkare och samordnare på ortopedavdelningen.

Fysioterapeutiska kriterier för utskrivning till hemmet (utan kommunala vårdinsatser) för patienter med höftledsfraktur:

- Självständig förflyttning i och ur säng och stol
- Klara toalettbesök självständigt
- Klara gång med tillåten belastningsgrad
- Klara gång med god gångteknik och balans med utprovat gånghjälpmedel
- Om behov finns, klara att gå i trappa enligt instruerad teknik
- Införstådd med genomgången gällande regim

- Klara att genomföra erhållet hemträningprogram

Lokala rutiner

Falun:

Om patienten bedöms behöva fortsatt ineliggande rehabilitering efter att ha vårdats på avdelning 17, rehanmäls patienten av samordningssköterska och får därefter när plats finns komma till avdelning 58 för fortsatt rehabilitering. Skulle patienten gynnas av mer intensivare rehabilitering i hemmet skrivs en remiss av ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut till respektive enhet.

Uppdragsbeskrivning för olika vårdnivåer

För patienter som bedöms behöva fortsatta rehabiliteringsinsatser efter utskrivning till hemmet skriver ansvarig läkare en remiss till sjukgymnast/fysioterapeut inom primärvården. För patienter som bedöms behöva fortsatta rehabiliteringsinsatser efter utskrivning till kommunal vårdenhet skriver sjukgymnast/fysioterapeut en vårdbegäran som faxas till respektive enhet.

Referenser

Chow SK, Qin JH, Wong RM, Yuen WF, Ngai WK, Tang N, Leung KS. (2018). One-year mortality in displaced intracapsular hip fractures and associated risk: a report of Chinese-based fragility fracture registry. *Journal of orthopaedic surgery and research*. 2018 Sep 14;13(1):235. doi: 10.1186/s13018-018-0936-5.

Hakopian, N., Ehne, J., Hedström, M. (2017). ABC om höftfrakturer. *Läkartidningen*, 114: 1 – 6. Hämtad från:
www.lakartidningen.se/EditorialFiles/HE/%5BEDHE%5D/EDHE.pdf

Pfeifer, M., & Minne, H W. (2010). Muskuloskeletal rehabilitation after hip fracture; a review. *Arch Osteoporos*, 5: 49 – 59. doi: 10.1007/s11657-010-005-8.

Rikshöft. (2016). *Årsrapport*. Hämtade från: https://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/rikshoft_rapport2016.pdf

Soderqvist A, Ekstrom W, Ponzer S, Pettersson H, Cederholm T, Dalen N, M Tidermark J. (2009). Prediction of mortality in elderly patients with hip fractures: a two-year prospective study of 1,944 patients. *Gerontology*. 2009;55:496–504. doi: 10.1159/000230587.

Höftfraktur, Mora lasarett



Utför programmet 2 - 3 gånger dagligen. Upprepa varje övning 10 - 15 gånger.

Under tiden du är på avdelningen:

* Gå promenader i korridoren flera gånger dagligen.

* Sitt uppe vid måltiderna, gärna i matsalen.

	<p>1. Trampa med fötterna</p>
	<p>Utför minst 20 kraftiga fottramp en gång varje vaken timme</p>
	<p>2. Ryggliggande släpckyling</p>
	<p>Ligg på rygg med bena raka och armarna längs sidorna. Böj i knä och höft och drag hälen längs golvet upp mot rumpan, rätta sedan ut benet igen</p>
	<p>Upprepa 10 gånger</p>
	<p>3. Liggande knästräck</p>
	<p>Ligg på rygg med träningsbenet rakt och det andra benet böjt. Spänn främre lårmuskeln så att knävecket pressas mot underlaget. Håll kvar spänningen ca 5 sekunder.</p>
	<p>Upprepa 10 gånger.</p>
	<p>4. Ryggliggande utåtföring av ben</p>
	<p>Ligg på rygg med raka ben. Ligg stilla med överkroppen. För det aktiva benet ut mot sidan, längs golvet. Tårna ska vara riktade mot taket.</p>
	<p>Upprepa 10 gånger.</p>
	<p>5. Bäckennyft</p>
	<p>Ligg på rygg med båda benen böjda. Lyft upp höften. Håll kvar ca 5 sekunder, sänk sakta tillbaka.</p>
	<p>Upprepa 10 gånger.</p>
	<p>6. Sittande knästräck</p>
	<p>Sitt på en stol/bänk. Sträck ut ett knä i taget så mycket som möjligt intill smärtgränsen.</p>
	<p>Upprepa 10 gånger på varje ben.</p>
	<p>7. Sitta och resa sig</p>
	<p>Sitt på en stol. Res dig upp till stående och sätt dig sedan sakta ner. Ta vid behov hjälp av armarna.</p>
	<p>Upprepa 10 gånger.</p>

Fysioterapi och dietistverksamhet

Dalarna

Träningsprogram efter höftfraktur

Av: Karin Larsson



Utför träningsprogrammet ca 3 gånger per dag och varje övning ca 10 gånger. Om du har frågor kring träningen kan du ringa 0243-49 71 29 och prata med sjukgymnast. Lycka till!

**1. Plantar och dorsalflexion i vrist**

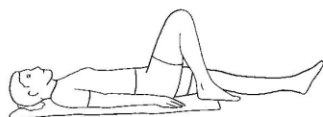
Sitt eller ligg ner. Böj och sträck vristen maximalt.

Set: , **Reps:**

**2. Ryggliggande benböjning**

Ligg på rygg med benen raka och armarna längs sidorna. Böj i knä och höft och drag hälen upp mot rumpan.

Set: , **Reps:**

**3. Liggande knästräck**

Ligg på rygg med träningsbenet rakt och det andra benet böjt. Sträck ut knät genom att spänna muskulaturen på framsidan av låret. Håll kvar i några sekunder och släpp långsamt upp igen.

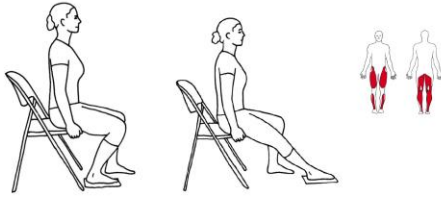
Set: , **Reps:**

**4. Sittande knästräck med viktmancho**

Sitt på en stol med rak rygg .

Sträck ut i knät. Sänk långsamt ned igen.

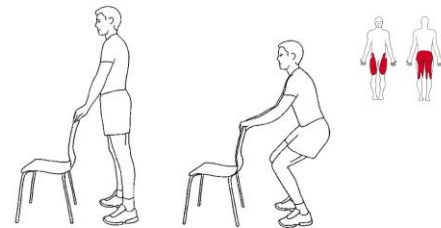
Vikt: kg, **Set:** , **Reps:**



5. Knästräck och -böj m/tygbit

Sitt på en stol med bra hållning. För foten så långt under stolen som möjligt, håll någon sekund, för foten framåt så långt som möjligt.

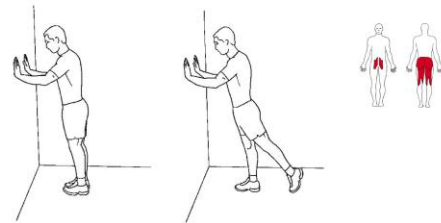
Set: , **Reps:**



6. Knäböj m/stöd 1

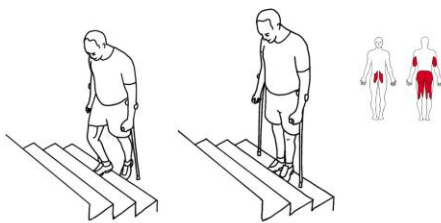
Stöd dig med båda händerna mot en stolsrygg, handtag eller liknande. Stå med fötterna i axelbrett avstånd. Böj i höfter och knän. Håll ryggen rak och blicken riktad framåt.

Varaktighet:



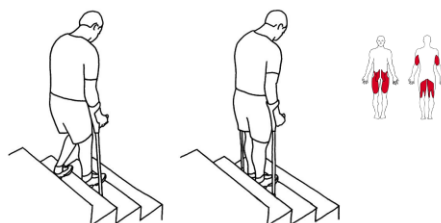
7. Stående höftsträck

Stå med armarna mot en vägg. Böj och sträck i den ena höften och för benet fram och tillbaka i en pendlande rörelse.



8. Gå upp en trappa med kryckor

Gå upp till kanten av trappsteget. Sätt upp det friska benet på nästa trappsteg. Lägg vikten framåt på det friska benet och skjut ifrån så att du lyfter det skadade benet upp på samma steg, kryckorna följer det skadade benet.



9. Gå ner en trappa med kryckor

Gå fram till kanten av trappsteget. Placera kryckorna på nästa steg. Det skadade benet följer först med kryckorna nedåt, därefter det friska. Lägg vikten på kryckorna för att avlasta.