



OPPFØLGING GIR FÆRRE HOFTEBRUDD

Fall. Etter bruddet-klinikk ledet av sykepleiere kan forhindre nye hoftebrudd.

MASTEROPPGAVE:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54970



Elin Engh,
sykepleier,
Mastergrad i
helsetjenester
til eldre
Diakonhjemmet

En sykepleieleddet «Etter brudd-klinikk» kan redusere forekomsten av nye brudd på en kostnadseffektiv måte. Sykepleieren må ha kunnskap om årsakene til hoftebrudd, spesielt osteoporose, fallrisiko og ernæring. I tillegg må hun eller han kjenne til bruddforebyggende tiltak, samt gi individuell oppfølging.



Liv Wergeland Sørbye,
Professor,
Diakonhjemmet
høgskole

PÅ VERDENSTOPPEN. Mange eldre lever sine liv uten nevneverdige helseplager, inntil det en dag skjer noe. En slik hendelse kan være et hoftebrudd som følge av fall. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd (1–2), mellom 9 000 og 10 000 personer opereres for hoftebrudd årlig (3). Forekomsten av brudd er synkende, men ikke når det gjelder brudd nummer to. Pasienter med hoftebrudd blir for sjelden vurdert for osteoporose, og får dermed ingen behandling (4). Det internasjonale osteoporoseforbundet har initiert en kampanje om forebygging av nye brudd. Denne kampanjen kalles «Capture the Fracture» (5). Hensikten er å øke bevisstheten rundt osteoporose som årsak til brudd, slik at utsatte personer kan bli identifisert og dermed få tilbud om behandling. De faglige retningslinjene fra Sosial- og helsedirektoratet beskriver behandlingstiltak, og har som hovedformål å

forebygge nye brudd. De sier imidlertid lite om hvordan tiltakene skal iverksettes (6).

Forskning viser at etter brudd-poliklinikker gir bra forebyggende gevinst. En sykepleier har ansvaret for å følge opp pasienten og koordinere ulike tiltak mellom forskjellige

«Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd.»

faggrupper (7). Hensikten med vår studie var å identifisere hvilke pasienter som ville ha nytte av en sykepleieleddet poliklinikk etter hoftebrudd, samt prøve ut en modell for oppfølging av disse (8). Studiens problemstillinger var:

1) Hva karakteriserer eldre pasienter med gjennomgått hoftebrudd?

2) Hva bør kjennetegne en sykepleieleddet poliklinikk for eldre pasienter med gjennomgått hoftebrudd?

METODE. Utvalget består av 50 pasienter rekruttert ved sykehusinnleggelse fra juni 2012 til desember 2013. Inklusjonskriterier var hoftebrudd, 65 år eller eldre,

hjemmeboende og evne til informert samtykke.

Ved rutinekontroll hos fysioterapeut tre måneder etter bruddet, fikk pasienter en konsultasjon med en sykepleier. Sykepleier startet med å spørre nærmere om situasjonen rundt selve fallet og benyttet en standardisert sjekklister for å identifisere risikofaktorer for osteoporose og fall. Hun tok også en beintetthetsmåling. Resultatene av målinger ble vurdert sammen med en revmatolog. Pasientene fikk anbefalinger om behandling eller forebygging av osteoporose og fall, samt råd om ernæring, fysisk aktivitet og generell livsstil. De kvantitative dataene ble behandlet med statistikkprogrammet SPSS versjon 21.

BAKGRUNN. Studien er en selvstendig del av et større forskningsprosjekt om hoftebrudd kalt «Sarkopenistudien». Hovedstudien er godkjent av Regionalt Etisk Forskningsråd, forskningsrådet ved Diakonhjemmet Sykehus og av personvernombudet.

Variabler som inngikk i analysen var valgt ut fra en kvalitetsdatabase for hoftebrudd og på grunnlag av kunnskap fra en litteraturstudie. Vi benyttet følgende data: Kjønn og alder, funksjonsnivå (2), Vitamin D-nivå (9), tilskudd av kalsium (6), kroppsmasseindeks (KMI)

Fakta ●●●

Hovedbudskap:

En hyppig årsak til hoftebrudd blant eldre kvinner er udiagnostisert osteoporose. Denne studien viser at sekundærforebygging av brudd bør vies langt større oppmerksomhet enn hva tilfelle er i dag. En «Etter brudd-klinikk» hvor en sykepleier har det koordinerende ansvaret, kan redusere nye brudd.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

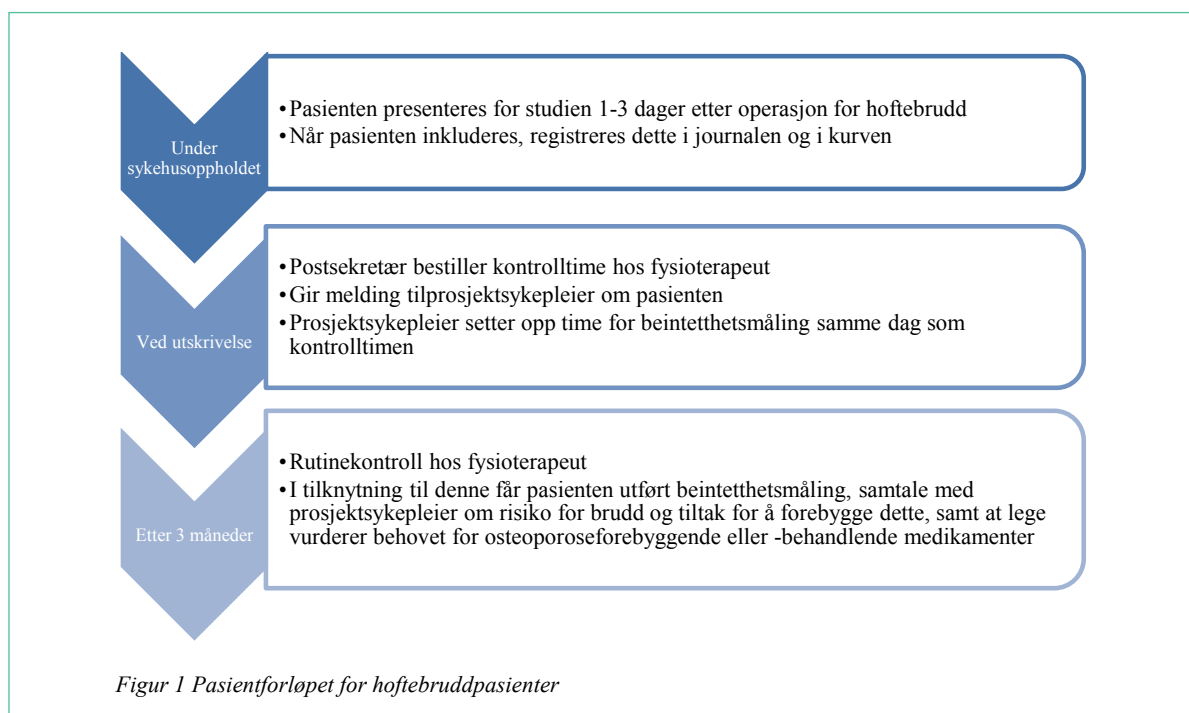
- Hoftebrudd
- Eldre
- Poliklinikk



Bør følges opp. Pasienter med hoftebrudd blir sjelden undersøkt for osteoporose og går dermed glipp av nødvendig oppfølging og behandling. Illustrasjonsfoto. Colourbox

(10), måling av bentetthet og generelle blodprøver. Vi registrerte også årsaker til fall, om fallet hadde skjedd ute eller inne og om vi fant noen årstidsvariasjoner. Det ble vurdert om epikrisen omtalte osteoporose eller beinskjørhet, samt foreskrevne legemidler for å forebygge eller behandle osteoporose og bruk av hjemmetjenester. Figur 1 gir en skjematisk oversikt over pasientforløpet

DELTAKERNE. I utvalget på 50 pasienter med hoftebrudd, var det 24 prosent menn og 76 prosent kvinner. Gjennomsnittsalder for pasientene som deltok i studien var 77 år (76 år for kvinner og 79,5 for menn). Tre måneder etter bruddet skåret 74 prosent av informantene 19–20 poeng på Barthels funksjonsskala. Skalaen går fra 0 til 20: skår 19–20





Figur 2 Elementene som inngår i Fracture Liaison Service



indikerer selvstendighet. Fem av informantene hadde hatt hoftebrudd tidligere; av disse skåret to 14 og to 17, mens den siste skåret 19. Vi registrerte at 14 prosent av informantene mottok hjemmesykepleie eller praktisk bistand før hoftebruddet. Ved tremånederskontrollen hadde antallet økt til 32 prosent, og én person var fortsatt til rehabilitering på sykehjem. For de pasientene som hadde noe funksjonssvikt, var utfallet på gangfunksjon. Disse manglet evne til å gå 50 meter uten hjelpemiddel og/eller vanskeligheter med å gå i trapp og kunne trenge hjelp ved dusjing. Noen hadde problemer med blærekontroll.

I dette materialet hadde 30 prosent en KMI som var lavere enn 22 kg/m. Av de 70 prosent som hadde en KMI lik eller høyere enn 22 kg/m, ble 6 prosent vurdert som overvektige. I dette utvalget var det ingen signifikant kjønnsforskjeller i henhold til KMI-verdier.

D-VITAMIN. Det ble målt D-vitamin (25-OH-vitamin D) på 44 av de 50 personene som deltok. Resultatet viste at 50 prosent hadde lavt nivå av vitamin D, det vil si under 50 nmol/l. Av disse hadde mange nivåer forenlig med svikt. De sju informantene som tok tran, hadde et vitamin D-nivå over 50 nmol/l, men det er usikkert om det var tranen eller noe annet som var utslagsgivende. Ytterligere to tok tran, men der manglet vi verdier for vitamin D. Omstendighetene rundt fallet som førte til brudd fordelte seg på 52 prosent som falt ute og 48 prosent inne. Av dem som falt i perioden desember til mars (N=19), falt flertallet ute (76 prosent).

ÅRSAKER. Informantenes fortellinger bekrefter at årsakene til fall som forårsaket brudd er mange og komplekse:

- En fortauskant som var litt høyere enn beregnet, og som gjorde at hun falt på fortauet.
- To ble dyttet over ende; den ene av en ungdomsgjeng som ikke så seg for på gaten, den andre av en ellevill hund.
- En falt idet T-banen gjorde et bråstopp, hun holdt seg ikke godt nok fast.
- En brakk hoften på vei til fjelltur; støvlene hektet seg i hverandre mens hun sto og ventet på toget og mistet balansen da hun skulle flytte seg.
- Tre informanter snublet i et gulvteppe.
- Seks personer falt i forbindelse med nattlig toalettbesøk. En fortalte at hun ikke skrudde på lyset for å unngå å vekke mannen, snublet og brakk lårhalsen.

MÅLINGER. Ved utskrivelse hadde 38 prosent av informantene fått kalsiumtilskudd, ifølge epikrisen. I tillegg hadde 6 prosent fått benresorpsjonshemmer. Av de fem pasientene som hadde hatt et hoftebrudd tidligere, var det to personer som fikk kalsium. Ingen av dem hadde fått benresorpsjonshemmer eller annen spesifikk osteoporosebehandling.

Ved bentetthetsmåling (DXA) fant vi osteoporose enten i rygg, hofta eller begge steder hos 58 prosent av pasientene og det ble konstatert osteopeni hos 36 prosent. I noen tilfeller konkluderte legen med trolig osteoporose på grunn av at personene hadde sunket mye i kroppshøyde, noe som kan tyde

på kompresjonsfrakturer i ryggen, selv om verdien som fremkom av DXA-målingen var normal. Målingene vil da kunne gi inntrykk av en falsk tettere beinstruktur.

POLIKLINIKK. I flere land har man kunnet vise til gode og lovende resultater med å opprette «Etter bruddet-poliklinikk («Fracture Liaison Service») med en sykepleier som koordinator (7,11–13). Begrepet «liaison» betegner en person som fungerer som bindeledd mellom ulike grupper. I denne sammenhengen er gruppene forskjellige fagpersonene fra ulike nivåer i helsetjenesten, og som alle deltar i oppfølgingen av hoftebruddspasienten. De viktigste elementene i en «Fracture Liaison Service» illustreres i figur 2.

MÅLGRUPPEN. De pasientene som dette oppfølgingstilbudet vårt er tenkt for, er de som allerede har hatt

et lavenergibrudd og derfor har økt risiko for nye brudd. Det innebærer at alle hjemmeboende eldre over 65 år som har hatt et hoftebrudd, er i målgruppen for videre utredning og behandling.

I de faglige retningslinjene (6) heter det blant annet at måling bør begrenses til de som ønsker spesifikke tiltak mot osteoporose. Risikogrupper er blant annet personer med KMI lavere enn 22 kg/m eller som har hatt stort vekttap, personer som røyker, har fått påvist falltendens med ett til to fall i året, eller der arv kan ha betydning.

En utredning etter et hoftebrudd må også kartlegge årsaker til fall, enten det dreier seg om de åpenbare, gjerne ytre omstendighetene, som glatt underlag, men også de mindre synlige, og som kan ha sammenheng med individuelle forhold hos personen.

BEHANDLING. Forebyggende behandling skiller mellom farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling. Den ikke-farmakologiske behandlingen består i anbefalinger om ernæring, fysisk aktivitet, og råd

«Flertallet av informantene var kvinner.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

vedrørende andre livsstilsfaktorer som røyking og overforbruk av alkohol, der dette er avdekket som et problemområde. Som videre oppfølging og kontroll anbefales det at igangsatt behandling blir kontrollert. Fastlege og hjemmesykepleiere kan bistå ved å kontrollere at medisiner blir tatt riktig, og ved å holde øye med ernæringsstilstanden. Eldre med ustabil gange har behov for tilsyn ved forflytning, ut eller inn i seng, og ved dusjing.

FAGLIG INNHOLD. Det faglige innholdet i en sykepleieledet poliklinikk for oppfølging av hoftebruddpasienter må baseres på den kunnskapen vi har om behandling og forebygging av osteoporose og fall, og alt hva det innebærer av risikofaktorer og tiltak. Hva som skal vektlegges i konsultasjonen med den enkelte pasient, bestemmes av hvilke risikofaktorer som avdekkes i den innledende samtalen. For å sanere ytre faktorer som kan forårsake fall, kan det være aktuelt med hjemmebesøk (14). Fysisk trening er et viktig tiltak for å redusere fallrisiko, fordi økt muskelmasse som følge av trening bedrer både gangfunksjon og balanse, også hos eldre (15).

DISKUSJON. Hoftebrudd er et stort folkehelseproblem i mange land, ikke bare i Norge, og det er mye forskning på området. Denne studien omhandler ulike karakteristika av 50 hoftebruddpasientene som har blitt operert på Diakonhjemmet og resultater etter tre måneders oppfølging. Funnene vil bli drøftet i lys av relevant forskning og behovet for en etablering av en sykepleieledet «Etter bruddet-poliklinikk».

RISIKOFAKTORER. Flertallet av informantene var kvinner, dette samsvarer med resultater både i kvalitetsdatabasen og på landsbasis. Gjennomsnittsalder i dette utvalget var sju år lavere enn på de hjemmeboende pasientene som er registrert i kvalitetsdatabasen (8). Yngre personer er gjerne sprekere i utgangspunktet og vil derfor ha større sjanse for en vellykket rehabilitering. På den annen side kan det

da være større risiko for at helsevesenet neglisjerer behovet for en målrettet rehabilitering og oppfølging av disse.

Manglende samtykkekompetanse sees ofte sammen med kognitiv svikt og demenssykdom, noe som rammer flere jo eldre en blir (16).

Alvorlig komorbiditet er også oftere assosiert med høy alder (17). I dette materialet var nattlige toalettbesøk en hyppig årsak til fall (12 prosent). Det er påvist en sammenheng mellom lav selvstendighet i dagliglivet og økt falltendens (18). Blant prosjektdeltakerne hadde de fleste en høy grad av selvstendighet, men mange hadde beinskjørhet, osteoporose og vitamin-D mangel samt lav KMI, noe som er en medvirkende årsak til de fleste brudd hos eldre (10, 19–20).

Det er påvist sammenheng mellom bruk av beroligende medisiner og antidepressiva og hoftebrudd (21). En tverrfaglig legemiddelgjennomgang med pasient og eventuelt pårørende er nyttig (22).

En norsk studie fant at bare 17 prosent av kvinner med hoftebrudd og 5 prosent av mennene fikk legemidler mot osteoporose etter bruddet (23). I dette materialet hadde 10 prosent sitt andre lårhalsbrudd. Dette samsvarer med en annen norske studie, som fant at 10–15 prosent ble innlagt for tidligere brudd (24). Som tidligere omtalt fant vi at bare et fåtall av pasientene fikk adekvat behandling etter hoftebruddet.

KUNNSKAPSHULL. Flere studier peker på et gap mellom den kunnskapen vi har om hoftebrudd og den behandlingen som gis i etterkant av et brudd (25-27). Til tross for dette blir mange eldre med hoftebrudd ikke undersøkt for osteoporose, og får derfor heller ikke adekvat behandling (4). Disse studiene fremholder derfor at sekundærforebygging av brudd kan være et forsømt område i helsevesenet. Det bør vies langt større oppmerksomhet enn hva tilfelle er i dag.

SYKEPLEIERS ROLLE. Det er etter hvert blitt flere poliklinikker der spesialutdannete og erfarne

sykepleiere står for hoveddelen av kontakten med pasienten. De kartlegger symptomer, avdekker risiko-områder, gir veiledning i hvordan man kan forholde seg til sine diagnoser og kan til en viss grad forskrive medisiner. Det vil fortsatt være legen som står som ansvarlig for den medisinske behandlingen. Norsk Sykepleierforbund (28) hevder at sykepleiernes rolle som ansvarlige i helsetjenesten er godt etablert, og at deres arbeid har stor betydning for befolkningens helse. Det å fremme helse trekkes frem som en viktig funksjon ved sykepleierrollen. I denne sammenhengen, i møtet med eldre personer som har hatt et hoftebrudd, vil tiltak som bidrar til mestring av situasjonen og som kan forebygge brudd og redusere fallrisiko, være viktige sykepleiehandlinger.

Sykepleieren må tilegne seg kunnskap på mange områder, både teoretisk og vitenskapelig og ferdighetskunnskap. Dette skal så balanseres opp mot pasientens kunnskap om seg selv, slik at prinsippene om anerkjennelse av enkeltmennesket og dets integritet blir ivaretatt på en god og respektfull måte (29). Slik kunnskap bidra til å utvikle en bedre praksis (30). Sykepleierrollen innebærer både selvstendige vurderinger og handlinger, men også samarbeid med pasient og andre profesjoner.

KONKLUSJON. Erfaringer fra denne studien viste at utløsende årsak til fallet tilsynelatende var tilfeldig. At fallet førte til brudd viser karakteristika ved utvalget som lav KMI, lavt nivå av vitamin D og fravær av medisiner mot osteoporose. De eldre opplevde tremånederskontrollen som nyttig.

Studien bekrefter at eldre pasientene med hoftebrudd har behov for oppfølging som kan gi dem trygghet og innsikt i forebygging av nye fall. En «Etter bruddet-klinikk» kan være en modell hvor en sykepleier har det koordinerende ansvaret. Et bredt faglig innhold kan redusere forekomsten av nye brudd ved å gi råd om forebygging og riktig behandling, på en kostnadseffektiv måte. ●

REFERANSER:

- Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordseth L, et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001;29(5):413-8.
- Ranhoff AH, Holvik K, Martinsen MI, Domaas K, Solheim L. Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatrics* 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/65>
- Folkehelseinstituttet. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd. Folkehelseinstituttet; 2014.
- Kamel H, Hussain M, Tariq S, Perry H, Morley J. Failure to Diagnose and Treat Osteoporosis in Elderly Patients Hospitalized with Hip Fracture. *The American Journal of Medicine* 2000;109:326-8.
- Åkesson K, Mitchell P. Capture the fracture. A global campaign to break the fragility fracture cycle. *International Osteoporosis Foundation*; 2012.
- Sosial- og helsedirektoratet. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005:79.
- Casentini C, Chiarimonti G, Amedei A, Cioppi F, Falchetti A, Masi L, et al. The bone care nurse project. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism* 2013;1(1):63-5.
- Eng H. Eldre hoftebruddpasienter – en heterogen gruppe med individuelle behov for oppfølging [Helsestjenester til eldre]. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole, Lovisenberg diakonale høgskole.
- Holvik K, Ahmed LA, Forsmo S, Gjesdal CG, Grimnes G, Samuelsen SO, et al. Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D predict hip fracture in the elderly: a NOREPOS study. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;3341-50.
- Mow M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2002;122(8):814-5.
- Ahmed M, Durcan L, O'Beirne J, Quinlan J, Pilley I. Fracture Liaison Service in a Non-Regional Orthopaedic Clinic – A Cost-Effective Service. *The Irish Medical Journal* 2013;106(8).
- Vaile J, Sullivan L, Bennett C, Bleasel J. First Fracture Project: addressing the osteoporosis gap. *Internal Medicine Journal* 2007;37(7):717-20.
- Tinetti ME. Preventing Falls in Elderly Persons. *New England Journal of Medicine* 2003;348(1):42-9.
- Bergland A. Fysisk aktivitet og trening gir størst gevinst for de eldste. In: Bondevik M, Nygaard HA, eds. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
- Engedal K, Haugen PK, Brækhus A. Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. Tønsberg: Aldring og helse; 2009.
- Wyller TB. *Geriatr: en medisinsk lærebok* Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
- Sato S, Demura S, Uchiyama M. Risk assessment of and targeted intervention for falls in the elderly based on the relationship between physical function levels and risk factors for falls. *Advances in Aging Research* 2013;2(3):87-93.
- Hånes H, Meyer HE, Sogaard AJ. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og brudd. Folkehelseinstituttet; 2013.
- Folkehelseinstituttet. Vitamin D-mangel øker risikoen for beinbrudd hos eldre. Oslo; 2013.
- Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age and Ageing* 2013. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/24/ageing.af1009.full.pdf+html>.
- Eng H, Ranhoff AH, Viktil KK. Legemiddelgjennomgang. Norsk legemiddelhandbøker for helsepersonell 2013. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbøker; 2013.
- Devold HM, Sogaard AJ, Tverdal A, Falch JA, Furu K, Meyer HE. Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drugs use in Norway. *Osteoporos Int* 2012;24(4):3225-33.
- Omstland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al. Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *Eur J Epidemiol* 2012;27(10):807-14.
- Eisman JA, Bogoch ER, Dell R, Harrington JT, McKeeney Jr. RE, McLellan A, et al. Making the First Fracture the Last Fracture: ASBMR Task Force Report on Secondary Fracture Prevention. *Journal of Bone and Mineral Research* 2012;27(10):2039-46.
- Giles M, Van Der Kallen J, Parker V, Cooper K, Gill K, Ross L, et al. A team approach: implementing a model of care for preventing osteoporosis related fractures. *Osteoporos Int* 2011;22(8):2321-8.
- Goodwin SJ, Walker ND. Improving prescribing of antiosteoporosis discharge medication in fractured neck of femur patient: a completed audit cycle. *Scottish Medical Journal*. 2011;56(1):2-4.
- Flovik AM, Normann L, Mølstad K. Sykepleie – et allsidig og selvstendig fag. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2008.
- Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.
- Kirkevold M. Den gamles integritet. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, eds. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- Thomassen M. Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.