

För närstående till långvarigt sjuka äldre

DEMENS sid 2 | URINLÄCKAGE sid 5 | SVÅRLÄKTA SÅR sid 9
FÖREBYGG FALL sid 12 | REHAB HEMMA sid 16 och 18





Vid demens behöver även de närmaste stöd

Hur vanligt är demens och hur vanligt är det att personer med demens bor hemma?

160 000 människor i Sverige lider av en demenssjukdom. 10 000 av dem är under 65 år. Man räknar med att cirka 25 000 personer insjuknar varje år. Mer än hälften av alla svenskar som är sjuka i demens bor och vårdas i sitt hem.

Hur många vårdar en anhörig* i hemmet?

I Sverige är det många, ungefär var femte vuxen, som står för ”betydande vårdinsatser” för sjuka och

gamla som bor kvar hemma. I gruppen 45–64 år är det nästan var fjärde svensk. Det betyder att vissa har både ett jobb och en sjuk anhörig att måna om. I fallen med demens är det oftast en sammanboende person som tar detta ansvar.

Varför behöver närstående till dem som har demens få stöd?

Demens berör de närmaste på många sätt. Anhöriga och vänner kan bidra till att den sjukes livskvalitet blir så god som möjligt och kan vara de enda som han eller hon känner sig trygg med. Men att vårda

* Begreppet ”anhörig” behöver inte bara gälla familjemedlemmar utan kan också syfta på andra närstående.

en demensdrabbad hemma kan vara tungt, både praktiskt och känslomässigt. På senare år har förändringar inom vård och omsorg gjort att anhängrvårdare fått ett allt större ansvar på sin lott. Särskilda anhängrgrupper som erbjuder utbildning är ett sätt att stötta de som stöttar.

Vilken skyldighet har kommunen att erbjuda anhängrstöd?

Varje svensk kommun är enligt lag skyldig att erbjuda någon form av stöd till den som vårdar en äldre och

långvarigt sjuk i hemmet. Stödet till de demenssjukas vårdare kan dock se olika ut i olika kommuner.

Är utbildning som ges i anhängrgrupper till hjälp?

När den statliga myndigheten SBU granskade den samlade forskningen på området kunde de se att utbildningsprogram i form av anhängrgrupper är effektivt: Belastningen minskar för dem som deltar i sådana grupper. Anhängrgrupper har dessutom visat sig kunna förebygga

Vad kan man få för stöd i anhängrgrupper?

- Kunskap om demens – prognos, behandlingsmöjligheter, läkemedel och rehabilitering.
- Lära sig hantera krävande situationer och problematiska beteenden som kommer av sjukdomen.
- Information om rättigheter och villkor för stöd, exempelvis hjälp i hemmet, hemsjukvård, hälsokontroller, bostadsanpassning och avlastning.
- Hjälp med att samordna insatser från kommunal hemsjukvård och vårdcentral så att viktiga insatser inte "faller mellan stolarna".
- Psykologiskt stöd. Som anhängr kan man tyngas av praktiska vardagsproblem men också av en oro för framtiden. Ibland måste smärtsamma beslut fattas, till exempel om byte av boendeform. Att sätta gränser för den egna vårdinsatsen innebär bland annat möjligheter att planera vardagen bättre – att kunna ta hand om sin egen hälsa och behålla livsglädjen.
- Sociala kontakter. Demenssjukdom kan annars leda till att de sociala kontakterna minskar även för en friskare anhängr.

depression hos anhöriga till personer med demens. En rad studier visar att de närstående annars löper ökad risk för bland annat depression.

Vilket stöd kan anhöriga ge varandra?

I en anhöriggrupp kan man få hjälp att förstå och acceptera vad demens faktiskt innebär. Här träffas människor som befinner sig i likartade, ibland svåra, situationer. Någon har en förälder som bor kvar hemma med viss hjälp, någon annan är ständigt på pass för att ta hand om en livskamrat med demens. Utöver föreläsningar och annan information har man alltså möjlighet att få känslomässigt stöd och konkreta tips av gruppens övriga deltagare.

Erbjuder alla kommuner utbildning eller grupper för anhöriga?

Nej, men i kommuner där det inte finns särskilda grupper för just anhöriga till demenssjuka brukar man bjuda in till informationsträffar.

Det bästa är att kontakta kommunen och höra efter vad som erbjuds.

På många håll finns en anhörigkonsulent som kan tipsa om grupper eller nätverk.

Finns det bevis för att anhöriggrupper kan vara bra?

SBU har granskat den samlade forskningen om olika program och kurser för närstående till demenssjuka, i flera olika länder.

Kurserna har varit olika långa – från ett par timmar till sammanlagt några dagar. Överlag i forskningen är det tydligt att sådan verksamhet är till hjälp – de anhöriga upplever en minskad belastning och risken för egen depression minskar.

Ingår det alltid utbildning?

I de anhörigprogram som SBU undersökte ingick utbildning. Men det finns även grupper där tanken i första hand är att träffas under trivsamma former för att stötta varandra – anhörigcirkclar. Ofta ordnas dessa i samarbete med någon ideell organisation, som Röda korset, studieförbund eller trossamfund.



Urinläckage och urininkontinens – kunskapsläget

Inkontinens måste behandlas utifrån kunskap om orsaken. Därför får blöjor och andra hjälpmedel aldrig bli en ersättning för ordentlig utredning. En lättåtkomlig toalett med bra stöd är viktigt för de flesta.

Hur vanligt är det med urininkontinens och läckage?

Mycket vanligt, särskilt senare i livet. Över 65 års ålder är det tre till fyra av tio personer som har den här typen av besvär. Kvinnor drabbas oftare, och hos båda könen ökar risken med stigande ålder.

Vardagen – hur förändras den?

Täta trängningar eller ständigt urinläckage kan ibland göra att

vardagliga sysslor känns svårare. Om man inte får hjälp kan det bli problem med praktiska göromål, till exempel tunga lyft vid ansträngningsinkontinens. Det kan också kännas pinsamt att inte hinna till toaletten i tid eller att uppleva att det hela tiden rinner urin, särskilt i umgänget med andra. Att få hjälp är viktigt för bland annat livskvalitet och personlig integritet.

Vilka typer av urininkontinens finns det?

- **Ansträngnings-inkontinens.** Det är ett urinläckage då man skrattar, nyser, hostar eller anstränger sig, och förekommer främst hos kvinnor. Tillfällig, övergående inkontinens under graviditet eller vid hosta är vanligt.
- **Trängnings-inkontinens.** Plötsliga trängningar som man inte kan hålla emot är den vanligaste formen av inkontinens bland äldre, särskilt hos män med prostata-besvär. Muskelknuta eller tumör i underlivet kan vara en anledning till täta trängningar hos kvinnor. I vissa fall kan blåsan vara irriterad utan tydlig orsak.
- **Bland-inkontinens.** En blandning av ansträngnings- och trängnings-inkontinens.
- **Överrinnings-inkontinens.** Sådan beror på att blåsan inte töms fullständigt vid toalettbesöken. Urinblåsan fylls på alltmer, tills läckage uppstår. Orsaker kan vara prostataproblem hos män och livmoderframfall hos kvinnor.
- **Funktionell inkontinens.** Man hinner helt enkelt inte till toaletten i tid på grund av att den är för långt bort eller att man inte klarar att ta sig dit av olika skäl, till exempel sjukdom eller handikapp.

Hur påverkas vårdande anhöriga av inkontinensproblemen?

En närstående som ständigt behöver hjälpa till med toalettbesök, byte av inkontinensskydd, hjälpmedel och tvätt kan bli fysiskt och psykiskt utmattad. Här kan det behövas stöd och avlastning.

Vilka är de vanligaste orsakerna till urinläckage eller -inkontinens?

Hos äldre är försvagningar i bäckenbotten en vanlig orsak till läckage. Men inkontinens kan också bero på sjukdom, som dåligt inställd

diabetes, förstoppning eller obehandlad urinvägsinfektion. Sjukdomar som demens, Parkinsons sjukdom och stroke gör att blåsans signaler till hjärnan och därmed kontrollen av vattenkastningen fungerar sämre.

Vilka läkemedel kan öka risken för urinläckage?

Vid hjärtsvikt kan det samlas för mycket vätska i kroppens vävnader, så kallat ödem. Det brukar behandlas med vätskedrivande mediciner. Sådana läkemedel kan öka

riskerna för urinläckage. Även lugnande mediciner och sömnmedel kan förvärra en inkontinens. Fråga alltid läkare – ändra inte på egen hand.

Vilka behandlingar används?

- Toalettassistent – hjälp till toa
- Blås- och uppmärksamhetsträning
- Bäckebottenträning
- Miljö- och livsstilsåtgärder
- Läkemedel
- Operation
- Kombinerade åtgärder

Hur behandlas ansträngningsinkontinens?

Både för män och kvinnor kan bäckenbottenträning, så kallade knipövningar, hjälpa. Träningen har också effekt vid bland-inkontinens.

För kvinnor som har en ren ansträngningsinkontinens finns en operationsmetod som kallas slyngplastik.

Hur behandlas trängningsinkontinens?

Blåsträning kan ibland räcka för att minska besvären – man tränar blåsan gradvis genom att försöka låta bli att kissa alltför ofta. Att motionera och att dricka mindre av vätskedrivande drycker som kaffe och te kan också hjälpa. Om besvären inte avtar kan det behövas blåsavslappande, antikolinerga, läkemedel. Män kan få läkemedel mot prostataförstoring.

Ifall urinläckaget beror på en urinvägsinfektion kan denna behöva behandlas med läkemedel.

Hur behandlas överrinningsinkontinens?

Hos medelålders och äldre män kan en förstörd prostata göra det svårt att tömma urinblåsan. En prostataoperation brukar hjälpa i dessa fall. Ibland kan mannen få lära sig att själv tömma blåsan med en kateter.

Hos äldre kvinnor kan ett framfall ge tätare trängningar och återkommande urinvägsinfektioner. Även här finns operation som alternativ.

Hur behandlas funktionell inkontinens?

Att få hjälp till toaletten för den som behöver kan tyckas självklart, men då krävs det att personen själv kan be om hjälp och att det finns någon till hands. Personal som arbetar med inkontinenta äldre behöver ha kunskap om hur kissnödighet kan ta sig uttryck – till exempel i form av oro eller plockighet.

Det kan behövas rutiner för påminnelser om att gå på toaletten i god tid, till exempel om personen sitter i rullstol. Den som har svårt att röra sig kan ha behov av fysisk träning. Anpassning av boendemiljön och en handikappanpassad toalett med handtag minskar risken för fall vid toalettbesöken.

Vilka fysiska problem kan inkontinensen leda till?

Inkontinensskydd ger rodnad och irritation i underlivet om de inte byts tillräckligt ofta. Återkommande urinvägsinfektioner kan då också bli ett problem som bör uppmärksammas för snabb behandling.

Hur utreds orsakerna till inkontinens?

Ska en inkontinent person få bästa möjliga hjälp måste man veta vilken typ av inkontinens det rör sig om, och försöka ta reda på vad den egentligen beror på.

- Vid en inkontinensutredning ingår det att man gör en så kallad miktionslista, där tidpunkter och volymer för urin registreras. Listan fylls i av personen själv, av anhörig eller av vård- och omsorgspersonalen. Dessutom görs en läckagemätning, där inkontinensskydden under ett dygn vägs före och efter användning.
- Urinprov med urinsticka visar om det finns bakterier i urinen. Ifall det rör sig om urinvägsinfektion följs denna upp med en odling och läkemedelsbehandling.
- För att kontrollera att det inte finns urin kvar i blåsan mäts mängden vätska i blåsan strax efter toalettbesök. Det görs med hjälp av ultraljud, så kallad bladderscan, eller med en särskild tappningskateter.

- En vårdplan upprättas. Planen ska innehålla en konkret målsättning, till exempel ”mindre urinläckage dagtid”.

Vilka inkontinenshjälpmedel finns det?

Den som har långvariga besvär med urininkontinens kan få kostnadsfria hjälpmedel utskrivna.

- Moderna inkontinensskydd, bindor och blöjor, har bra uppsugningsförmåga. De bör provas ut individuellt för att vara lagom stora.
- Uppsamlade hjälpmedel som urinflaskor och pottor/pottstolar kan göra att man slipper gå upp ur sängen på natten, och därmed minska risken för fall.
- Urinuppsamlare, tidigare kallat uridom, är ett alternativ för män. Den sätts på penis och kopplas till en påse.

Hur får man tillgång till hjälp och hjälpmedel?

Man kontaktar sin vårdcentral där distriktssköterskan hjälper till med utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Många kommuner har en sjuksköterska eller sjukgymnast med särskild utbildning inom uroterapi, en uroterapeut. Den person som skriver ut inkontinensskydd ska också ge information om hur det ska användas – och hur det ska kasseras.

Vad bör den som jobbar inom sjukvård eller äldreomsorg tänka på vid urininkontinens?

Det är viktigt att använda de särskilda vårdprogram som finns i många landsting och regioner. Hjälpmedel som bindor och blöjor ersätter inte utredning och behandling av inkontinens, poängterar SBU i sin sammanställning.

Hur hjälper man inkontinenta personer med demens?

Äldre med demens har inte sällan problem med inkontinens. Kissnödigheten kanske inte alltid kan

förmedlas med ord, utan tar sig andra uttryck. Anhöriga kan lära sig att känna igen oro eller plockighet som tecken på att det är dags för ett toalettbesök. Sjukvårdens personal kan hjälpa till med att visa vilka möjligheter det finns till hjälp, till exempel hemsändning av inkontinenshjälpmedel som bindor och blöjor.

Socialstyrelsen avråder från långvarig kateterbehandling för dementa äldre. Inte heller bäckenbottenträning, blåsträning eller uppmärksamhetsträning rekommenderas för den här gruppen.

Svårläkta sår – det här vet vi idag

Svårläkta sår kan vara plågsamma och sänka livskvaliteten på äldre dagar. Såren kan ha olika orsaker som kräver olika behandling.

Vad räknas som ett svårläkt sår?

Sår som inte läkt på sex veckor räknas som svårläkta.

Vad är det för typer av svårläkta sår som drabbar äldre?

Man brukar tala om trycksår, bensår och fotsår. De indelas medicinskt efter sin orsak:

- Åderbräckssår – venösa bensår
- Åderförkalkningssår – arteriella sår
- Sår med flera orsaker

- Fotsår hos personer med diabetes
- Trycksår

Varför uppstår ett svårläkt sår?

Dålig funktion i venerna (till exempel åderbräck) är den vanligaste orsaken. Men bensår kan också bero på cirkulationsproblem i artärerna.

Vilka sjukdomar kan leda till svårläkta sår?

En bakomliggande orsak är diabetes, en sjukdom som blir allt vanligare. Även kärlsjukdom (som vaskulit, det vill säga inflammation), reumatoid artrit, cancer, nervskador i fötter och andra kroniska sjukdomar kan ge nedsatt blodcirkulation och bana väg för svårläkta sår. Ett dåligt allmäntillstånd, flera samtidiga sjukdomar och vissa läkemedel kan ge sämre förutsättningar för läkning.

Exempel på sådana läkemedel är kortisonpiller, smärtstillande mediciner (så kallade antiinflammatoriska läkemedel inklusive acetylsalicylsyra), vissa mediciner mot cancer samt till viss del medel mot blodpropp. En mycket viktig orsak till försämrad sårhäkning är rökning.

Varför vet man så lite om bästa sättet att behandla svårläkta sår?

Det finns inte tillräckligt många bra forskningsstudier och sammanställningar på området. De få behandlingsstudier som finns har inte alltid utgått ifrån vad såret beror på – ledsjukdom, hjärt-kärlsjukdom eller något helt annat. Risken för återfall behöver också studeras bättre, inte bara sårhäkning på kort sikt.

Vilken vård ger bäst effekt vid infekterade fotsår?

SBU har försökt ta reda på vilka olika typer av icke-kirurgisk behand-

ling som har bäst effekt på svårläkta, infekterade fotsår hos personer med diabetes. Man fann dock att det fanns alltför lite forskning för att avgöra vilka olika kompresser, förbandstyper, plattor eller geler som läker sår bäst. Här behövs helt enkelt fler och bättre studier.

Vad är effektivaste behandlingen vid åderbräckssår – venösa bensår?

Vid svårläkta åderbräckssår är operation plus kompressionsbehandling bättre än enbart kompressionsbehandling, visar SBU:s sammanställningar.

Hur fungerar kompressionsbehandling?

Vid kompressionsbehandling lindas benet med elastiska lindor för att svullnaden i benen ska minska och vadmusklerna få extra stöd. En enklare variant är kompressionsstrumpor. Sådana bör provas ut hos en distriktssköterska för att säkert trycka lagom hårt.

Hur kan man underlätta läkning av ett trycksår?

Förband med kalciumalginat är effektiva för att läka trycksår snabbare, visar SBU:s granskning. Vilken effekt som andra typer av förband har är inte klarlagt. Tryckutjämnande underlag – dyna eller madrass – brukar annars vara ett

bra sätt att förebygga att det uppstår trycksår. Socialstyrelsen har efterlyst att sådana underlag borde användas mer inom äldre vårdens särskilda boenden.

Hur avgör man orsaken till ett svårläkt bensår?

Det är viktigt att en läkare tar reda på varför ett svårläkt sår har uppstått, eftersom orsaken till såret avgör valet av behandling. Orsaken till bensår bör undersökas med blodtrycksmätning i anklar och tår och med ultraljud, konstaterar SBU. I regel används en liten ultraljudsapparat för att lyssna på blodflödet i olika artärer – en så kallad hand-doppler. Med mer avancerad teknik kan man visa blodflödet, och eventuellt återflöde, på bild.

Ser behandlingen av bensår likadan ut vart man än vänder sig?

Nej. Tyvärr spretar rutinerna för vård av bensår. Vården är inte jämlig i landet, konstaterar SBU. Det beror på flera olika slags skillnader: vårdpersonalens utbildnings- och kompetensnivå, lokala traditioner och vanor, och på hur vården är organiserad.

Regler för tillgång till tekniska hjälpmedel kan också skilja sig åt. Material för exempelvis omläggning köps in lokalt, via regionala upphandlingar.

Kan det vara farligt att ha ett svårläkt sår?

Ja, det kan vara farligt och måste tas på allvar – särskilt om man har diabetes och om såret blir så allvarligt att man i värsta fall måste amputera en fot eller någon del av benet.

Svårläkta sår är ett stort problem som vi borde bli bättre på att förebygga. De är plågsamma för dem som drabbas, och orsakar stort mänskligt lidande. De är dessutom kostsamma – i västvärlden räknar man med att cirka 2–4 procent av hälso- och sjukvårdsbudgeten går till problem som hänger ihop med sår.

Finns det specialistmottagningar för vård av svårläkta sår?

Ja, men inte överallt. Tillgång till specialistmottagning, bra samordning, kommunikation och kontinuitet i sårvården ser olika ut i olika delar av landet.

Efterlyses: Mer träning som förebygger fallolyckor hos äldre

Träning mot fall skulle rädda många äldres liv och hälsa. Ett träningsprogram för styrka och balans minskar risken att ramla med minst 25 procent. Andra enkla sätt att förebygga fall och frakturer är att välja bra gånghjälpmedel och att se över faror i hemmet.

Vad kan balans- och gångträning betyda för äldre personer?

Fallolyckan inträffar på en enda sekund men kan helt förändra fortsättningen på en människas liv. Skadan kan leda till sjukhusvård, sämre rörelsefunktion och medicinska komplikationer. Lyckas man förebygga en fallskada kan detta alltså göra stor skillnad för fortsatt hälsa och livskvalitet.

Vilka riskerar att råka ut för allvarlig fallolycka?

Främst äldre personer. Fyra av fem personer som ramlar och skadar sig är över 65 år.

Kvinnor drabbas värst, dels för att de lever längre och således blir äldre, dels för att de oftare har benskörhet och lättare får en skelettskada.

Äldre män behöver ofta gå på toaletten flera gånger nattetid, vilket också kan innebära ökad fallrisk.

Ramlar man oftast utomhus eller inomhus?

Fysiskt svaga äldre som har nedsatt uppfattningsförmåga halkar eller snubblar ofta inomhus.

Pigga, friska och aktiva äldre faller oftare utomhus.

Vilka medicinska problem har samband med fallskador?

Fallskador är vanligare hos personer som har försämrad balans, svaga muskler, nedsatt syn eller svårt att gå. Vissa typer av läkemedel, till exempel blodtryckssänkande mediciner, lugnande mediciner, sömnmediciner och starka smärtstillande läkemedel kan öka risken för fall. Ibland uppstår fallskadan i samband med annan akut sjukdom som stroke eller hjärtinfarkt.

Varför kan ett fall påverka tillvaron även då skadan läkt?

Många blir osäkra på sin balans och rädda för att falla igen. Det kan gå



ut över hur mycket de vågar röra sig, något som i sin tur kan leda till social isolering och sämre livskvalitet. Att träna upp balans och styrka kan hjälpa.

Hur mycket minskar risken för fallolycka genom ett träningsprogram?

Fysisk träning med inriktning på balans minskar fall och frakturer med i genomsnitt 25–30 procent, visar sammanställd forskning som SBU granskat. Och det är aldrig för sent att börja röra på sig: Forskning har visat att även personer över 90 år kan öka sin muskelstyrka rejält, med 50–200 procent.

Kan det spela roll hur det ser ut där man bor?

Ja, anpassning av hemmet är viktigt för personer med hög fallrisk. En

arbetsterapeut kan hjälpa till med att gå en husesyn. Det kan exempelvis handla om att flytta möbler, sätta upp handtag på vissa väggar, skaffa toalettstol med handtag, förbättra belysning och nattbelysning, ta bort trösklar, sladdar eller lösa mattor som ligger på golvet.

Varför behöver man ofta förbättra belysningen i hemmet?

Dålig belysning ökar risken för fall. Med åldern blir synen sämre och kräver mera ljus för att kontraster ska synas.

Varför bör man även träna balans och styrka?

Äldre personer kan ofta falla även om de går på plant underlag utan några hinder. Därför räcker det inte med att anpassa hemmiljön.

Vilken typ av träning förebygger fall bäst?

Enbart styrketräning räcker inte, utan balansträning måste också ingå. Träningen kan ske enskilt eller i grupp.

Hur kan läkaren se över medicinerna med tanke på fallrisk?

Det är bra om läkare ser över användningen av läkemedel som kan ge ökad fallrisk. Kanske är det möjligt för läkaren att ändra dosering eller byta medicin. Det kan gälla vissa blodtrycks- och hjärtmediciner, lugnande mediciner, sömnmedel, antidepressiva medel och vissa starkare smärtstillande preparat.

Hur kan den som tar blodtryckssänkande eller vätskedrivande medicin själv minska risken att falla?

Personer som tar mediciner som kan ge blodtrycksfall när de reser sig (till exempel blodtrycksmediciner, vätskedrivande, kärlvidgande, antidepressiva, och mediciner vid Parkinson) bör lära sig att alltid sitta kvar en stund på sängkanten innan de står upp – ett blodtrycksfall kan annars göra att det svartnar för ögonen och man faller.

Personer som tar vätskedrivande läkemedel kan ibland minska antalet riskabla, nattliga toalettbesök ifall tabletten tas tidigare på dagen – inte sen eftermiddag.

Vad kan man mer göra för att minska risken för fallolycka?

- Prova ut gånghjälpmedel, se till att de används och fungerar praktiskt i vardagen.
- Ordna med operation av grå starr eller skaffa nya glasögon efter synkontroll.
- Söka hjälp för fotbesvär eller fotsmärta, vidta kombinerade åtgärder – allt från operation till stadiga skor.
- Undvika risker i vardagen, och till exempel låta bli att kliva upp på en stol för att fixa gardinerna eller byta glödlampa.
- Se till att uteskorna har broddar vintertid.

Har alla äldre rätt till fallförebyggande träning?

Nej. Idag är det relativt ovanligt med fallförebyggande träning inom den vanliga sjukvården eller äldreomsorgen. SBU efterlyser i sina kommentarer mer sådan verksamhet – både inom vården och andra organisationer såsom pensionärs-, gymnastik- och idrottsföreningar. I de flesta kommuner finns det seniorgymnastik eller andra äldregrupper som tränar mer generellt. Man kan också kontakta sjukgymnast för att få en träningsperiod och ett träningsprogram.

Varför tränar inte alla äldre?

Det kan vara motigt för äldre personer att börja träna, särskilt om de inte gjort det på länge. Upplägget behöver anpassas till vars och ens egna förutsättningar och önskemål. Råd, stöd och uppmuntran från den närmaste omgivningen kan vara ett sätt att komma i gång.

Vad kan svensk sjukvård och äldreomsorg göra mer för att förebygga?

- När någon lagts in på sjukhus eller flyttat in i särskilt boende ska personalen bedöma risken för fallolycka inom ett dygn, enligt Socialstyrelsen.
- Personer med ökad risk att falla ska upptäckas med hjälp av något bedömningsformulär. Personer som har fallit tidigare löper högre risk att ramla igen.
- Både individen själv och anhöriga ska få information om riskbedömningen och vilka förebyggande åtgärder som planeras. Personens egna synpunkter ska efterfrågas.
- De insatser som genomförs ska följas upp och utvärderas så att allt fungerar som det är tänkt.

Hur ser fallförebyggande insatser ut i andra länder?

Det är väldigt olika. I Storbritannien och ett fåtal andra länder finns "fallmottagningar" där personer

som löper hög risk för fall får träffa personal som är specialister på just fallförebyggande åtgärder.

Finns det tillgång till balans- och styrketräning i svenska äldreboenden?

Specifikt fallförebyggande träning finns inte på så många håll. Och det finns stora skillnader i hur bra landets äldreboenden är på att erbjuda styrke- och balansträning i grupp. I vissa landsting är det bara runt 30 procent av enheterna som erbjuder sådan träning minst en gång i veckan. I andra är det nästan 90 procent.

Kan vårdpersonalens kunskap förhindra en fallolycka?

Ökad kunskap är alltid bra, även om man inte vet exakt hur viktigt detta är jämfört med andra insatser. Vissa kommuner som har satsat på utbildning för personalen i äldrevården om bland annat fallprevention verkar ha haft något färre allvarliga fallolyckor, enligt Socialstyrelsen.

Vid vilka tillstånd kan fallförebyggande träning vara extra viktigt?

Om en person har fått diagnosen osteoporos, benskörhet, är förebyggande insatser som fysisk träning och fallprevention extra viktigt.

Höftfraktur – rehabilitering i team är effektivast

Det är effektivast om flera yrkesgrupper samverkar i rehabiliteringen efter höftfraktur. Ett team av vårdpersonal ger patienten ger större chans att återgå till en fungerande, mer självständig vardag.

Vilka är det som oftast råkar ut för höftfraktur?

De flesta som råkar ut för höftfraktur (brott på höftleden) är över 65 år. Genomsnittsåldern vid höftledsbrott är 82 år. Tre fjärdedelar är kvinnor. Det beror på att kvinnor har skörare skelett och lever i genomsnitt fyra år längre än män.

Hur många kan bo kvar hemma efter olyckan?

De flesta – sex av tio – kan komma tillbaka till sitt gamla boende efter frakturen.

Hur brukar höftfraktur behandlas?

Nästan alla som råkat ut för en höftfraktur opereras. Antingen fogas benbrottet samman med hjälp av skruvar eller metallpinnar, eller så opererar man in en konstgjord höftled.

Hur lång tid tar rehabiliteringen?

Rehabiliteringen börjar direkt – samma dag eller dagen efter

operationen. Att komma upp och stå på benen direkt förebygger en rad komplikationer, till exempel blodpropp.

Man får räkna med att det kan ta upp till ett års tid att träna upp sig till samma nivå som före frakturen.

Hur många kan gå igen efter höftfraktur i dagens sjukvård?

Fyra månader efter operation klarar runt fyra av tio av att gå ensamma utomhus utan hjälp. (Man får hålla i minnet att alla inte hade denna förmåga innan de fick sin skada, bara cirka sex av tio.)

Vilket är det bästa sättet att rehabilitera människor som fått en höftfraktur?

Äldre som drabbas av höftfraktur har ofta andra sjukdomar och problem. Därför är det motiverat att rehabiliteringen sköts av ett vårdteam bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med en rad olika kompetenser, ett så kallat interdisciplinärt team.

Hur vet vi att sådana vårdteam fungerar bättre än vanlig vård?

SBU har gjort en sammanställning av forskningen på rehabiliteringsresultat vid olika behandlingsmodeller. Man har tittat på studier av personer över 64 år som opererats efter en höftfraktur.

Sköra äldre som drabbats av höftfraktur har större chans att snabbare återgå till en fungerande vardag om rehabiliteringen sker med hjälp av ett interdisciplinärt team: De kan återfå sin rörlighet snabbare, klä på sig, hålla balansen och sköta sin hygien själva i högre grad.

Valet av behandlingsmodell påverkar däremot inte överlevnad eller möjlighet att bo kvar hemma efter utskrivning.

Vilka brukar ingå i interdisciplinära vårdteam?

- Läkare – med geriatrisk och/eller ortopedisk kompetens
- Sjuksköterska
- Fysioterapeut/sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Kurator
- Dietist
- Undersköterska
- Socialarbetare

Alla dessa yrkesgrupper ingår inte alltid, vårdteamet kan variera.

Ingår inte de här specialisterna även i vanliga fall?

Jo, olika professioner – läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter med flera – kan mycket väl samarbeta kring patienten på ortopedisk eller geriatrisk avdelning och inom primärvårdens hemsjukvård. Skillnaden är att de olika yrkesgrupperna inte finns med i hela vårdkedjan utan de brukar kallas in vid behov, och efter hand.

När genomförs rehabiliteringen?

Teamets arbete med att planera olika insatser ska helst påbörjas redan före själva operationen. Insatserna bör komma igång direkt efter operationen och fortsätta hemma efteråt.

Vad pratar vårdteamet om på sina möten?

- steg ett – helhetsbedömning utifrån åldrandets sjukdomar
- steg två – vårdplanering
- steg tre – behandling
- steg fyra – uppföljning

Vad är målet med rehabilitering i team?

För varje patient görs en individuell vårdplanering och en utskrivningsplan. Samtliga i teamet arbetar mot ett gemensamt mål.

Finns interdisciplinära team för höftrehab överallt i Sverige?

Nej. Men SBU efterlyser mer arbete enligt den här modellen.

Stroke – effektivare rehabilitering med ny modell

SBU konstaterar att tidig utskrivning efter stroke, med fortsatt och väl samordnad rehabilitering i hemmet, är ett bra sätt att organisera insatserna. Behovet av hjälp minskar, liksom risken för dödsfall. Men strokevården fungerar ännu inte så här på de flesta håll i Sverige.

Vem löper störst risk att drabbas av stroke?

De flesta som får stroke är över 65 år. Medelåldern är 73 år. Symtomen kan variera från lindriga till mycket svåra.

Hur länge ligger man på sjukhus efter en stroke?

Det varierar stort, men i Sverige är stroke den kroppsliga sjukdom som leder till flest vård dagar på sjukhus och sjukhem.

Hur många blir återställda?

Har man klarat sig igenom de första veckorna efter stroke, och inte har drabbats tidigare, går det bra för de allra flesta. Av dem som klarat sina egna vardagssysslor innan de fick stroke, har fyra av fem fått tillbaka den förmågan efter tre månaders rehabilitering.

Efter en stroke – hur ser svensk vård ut idag?

Idag är det vanligt att rehabiliteringen sker på en vårdinstitution, antingen i öppen- eller slutenvård. En äldre person med stroke kan till exempel hamna på en rehabiliteringsavdelning, geriatrisk klinik eller få rehabilitering genom besök på vårdcentralen.

Kan rehabilitering genomföras hemma?

Ja. Att skrivas ut tidigare från vårdinstitutionen och få fortsatt hjälp med samordnad rehabilitering hemma kan göra att ännu fler klarar sig och behovet av hjälp minskar. Det visar en granskning som gjorts av SBU.

Studier har visat att tidigt påbörjad och intensiv träning gör skillnad för hur snabbt rörelseförmågan förbättras.



Hur bör rehabilitering i hemmiljö se ut?

Ett effektivt sätt för vården att organisera insatserna är ett så kallat interdisciplinärt team, med både läkare, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och andra med kunskaper kring stroke. Då kan insatserna bli strukturerade och samordnade, med täta regelbundna möten och nära samarbete inom gruppen.

Används den nya modellen överallt?

Inte än. När SBU undersökte saken användes tidig utskrivning med samordnad rehabilitering i hemmiljö bara på några håll i landet. Enligt SBU:s analys är det ett bättre sätt att utnyttja vårdens resurser. Den tidiga utskrivningen med fortsatt, samordnad rehabilitering hemma gör

att den kostsamma sjukhusvistelsen blir kortare. Behovet av öppenvård, hemtjänst, bostadsanpassning, tekniska hjälpmedel eller närstående hjälp behöver inte öka, åtminstone inte mycket.

Varför är det lämpligt att träna i hemmet?

Träning och behov kan anpassas till individens vardag, intressen och vanor på ett bättre sätt än i sjukhusmiljön. Närstående får också chansen att vara mer delaktiga.

Faktagranskare: Professor emeritus Sten Landahl

Redaktör: Ragnar Levi, SBU

Text: Åsa Fagerström

Grafisk form: Emma Österman

Foto: Sid 1 Oneinchpunch/Shutterstock;
sid 2 Air images/Shutterstock; sid 5 Keith Brofsky/
Thinkstock; sid 13 Toa55/Shutterstock;
sid 19 Sofia Byström/Scandinav

VETENSKAPLIGT UNDERLAG

Texten i den här broschyren bygger på forskningsresultat som har granskats och sammanställts systematiskt av SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Följande rapporter har använts:

- ▶ Utbildning för anhöriga till hemma-boende personer med demenssjukdom. SBU Kommenterar nr 2015_12. Stockholm: SBU, 2015.
- ▶ Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. SBU-rapport nr 219. Stockholm: SBU, 2013.
- ▶ Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. SBU-rapport nr 226. Stockholm: SBU, 2014.
- ▶ Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre. SBU Kommenterar nr 2014_07. Stockholm: SBU, 2014.
- ▶ Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team. SBU-rapport nr 235. Stockholm: SBU, 2015.
- ▶ Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke. SBU-rapport nr 234. Stockholm: SBU, 2015.

**Vill du beställa fler exemplar
av den här broschyren?
Mejla sbu@strd.se eller ladda ner på
www.sbu.se/401_17**

