



# TRENGER OPPFØLGING ETTER HOFTEBRUDD

**Eldreomsorg.** Sjansen for å bli tilbakeført til eget hjem etter hoftebrudd øker med tett oppfølging og intensiv opptrening.

**KVALITETSUTVIKLINGSPROSJEKT:**

Artikkelen bygger på  
**50% praksis**  
**50% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.55900



**Hege Bentzen,**  
 Fysioterapeut,  
 PhD, Høgskolen  
 i Oslo og  
 Akershus (HiOA)  
 og fagutviklings-  
 koordinator,  
 Diakonhjem-  
 met sykehus,  
 da prosjektet  
 pågikk.

**G**ode pasientforløp som sikrer pasienten god behandling, pleie og rehabilitering på et lavest mulig omsorgs- og kostnadsnivå er et mål i helsetjenesten.

**SAMHANDLING.** Dette målet er i enda større grad aktualisert gjennom innføring av samhandlingsreformen. Pasienter som er medisinsk ferdigbehandlet skal i minst mulig grad oppta senger i akutt-sykehus, men raskt overføres til kommunehelsetjenesten for videre oppfølging. Behov for videre oppfølging skal vurderes tidlig i forløpet. Man må ta pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra før innleggelse, forventet framtidig utvikling og en plan for videre oppfølging av pasienten med i vurderingen. Mye informasjon skal samles inn og fortolkes innenfor en kort tidsramme. Dette forutsetter en omfattende samhandling mellom tverrfaglig team, den enkelte pasient og pårørende. Hos geriatriske pasienter med sammensatt sykdomsbilde og redusert funksjon kan dette være en utfordrende oppgave.

**STOR GRUPPE.** Eldre med hoftebrudd utgjør en stor og viktig pasientgruppe på norske akutt-sykehus. De har en høy gjennomsnittsalder, og mange har redusert funksjon både fysisk og kognitivt før

bruddet (1,2). Bruddet med påfølgende operasjon er en stor belastning. I tillegg kan det oppstå komplikasjoner som for eksempel delirium, urinveisinfeksjon, lungebetennelse eller andre infeksjoner. Et hoftebrudd innebærer derfor en risiko for ytterligere tap av funksjon og økt avhengighet (3). God akuttbehandling er essensielt (4), men utgjør kun en del av prosessen som leder til optimal gjenvinning av funksjon. Mange blir såpass redusert i tiden etter bruddet at de ikke kan skrives direkte ut til det omsorgsnivået de ble lagt inn fra (5). De vil derfor ha behov for videre opptrening på institusjon etter utskrivelse fra akutt-sykehus. Målet må være at opptreningen forgår på lavest mulig omsorgsnivå, og hjemmeboende pasienter bør så raskt som mulig komme tilbake til eget hjem.

For å sikre tilstrekkelig omsorg og optimale muligheter for gjenvinning av funksjon, bør opptreningsmål og behov for videre oppfølging etter utskrivelse identifiseres tidlig i forløpet (6,7). Ved siden av pasientens preferanser og pårørendes behov, må man blant annet ta komorbiditet og komplikasjoner, premorbid funksjon og mobilitet, bosituasjon og støtte fra pårørende, og det som finnes av tilbud med i vurderingen. En grundig kartlegging av pasienten, hvor man kombinerer klinisk erfaring med informasjon fra

standardiserte kartleggingsverktøy og kjente prognostiske faktorer, vil kunne bidra til å sikre rett pasient på rett sted til rett tid.

**RISIKOFAKTORER.** Faktorer som blant annet høy alder, kronisk sykdom, behov for hjelp til daglige aktiviteter, demens og gangvanskeligheter før innleggelse har vist seg å være risikofaktorer for å bli utskrevet til en annen lokalisasjon enn det man ble lagt inn fra (5,7-9). En norsk studie fant at det å være avhengig av hjelp til daglige aktiviteter og det å være avhengig av et ganghjelpemiddel før bruddet var viktige prognostiske faktorer for oppnådd funksjon tre måneder etter bruddet (10). Funnene underbygger verdien av å ha kjennskap til pasientens premorbide funksjon når man setter rehabiliteringsmål og planlegger utskrivelse.

**KARTLEGGING.** Et standardisert kartleggingsverktøy som for eksempel «The Nottingham Hip Fracture Score» er vist å kunne identifisere pasienter som kan skrives ut til eget hjem etter hoftebrudd, og kan derfor være nyttig når man planlegger utskrivelse av pasienter med hoftebrudd (11). Vochteloo og medarbeidere (12) fant at «Discharge of Hip Fracture Patients Score» er et valid og enkelt instrument som kan brukes ved innleggelse for

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

En grundig kartlegging av pasienten hvor man kombinerer klinisk erfaring med informasjon fra standardiserte kartleggingsverktøy og kjente prognostiske faktorer vil kunne bidra til å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Premorbid funksjon predikerer utskrivingssted og mobilitet ved utskrivelse hos eldre pasienter med hoftebrudd.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hoftebrudd
- Kartlegging
- Rehabilitering

å predikere utskrivningssted. Dårlig premorbid mobilitet, målt med «New Mobility Score», gir redusert sannsynlighet for å oppnå uavhengighet i løpet av sykehusoppholdet for pasienter med hoftebrudd (13). «Elderly Mobility Scale» har vist seg å kunne skille mellom pasienter som kan skrives direkte ut til hjemmet og de som ikke kan det (14). Det er ingen konsensus om hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet for å vurdere funksjon og predikere utskrivningssted og fremtidig funksjon. Flere kartleggingsverktøy som brukes internasjonalt er heller ikke oversatt til norsk. Et verktøy for kartlegging av primære aktiviteter i dagliglivet (P-ADL) er «Barthel ADL Index» (BI)(15-17). Dette er mye brukt i Norge både innen forskning og klinisk virksomhet. For å kartlegge kognitiv funksjon er «The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly» (IQCODE) mye brukt. (18,19).

**HENSIKT.** Hovedhensikten med denne kvalitetsutviklingsstudien var derfor å undersøke hvilken sammenheng det er mellom premorbid funksjon målt med standardiserte kartleggingsverktøy som BI og IQCODE og utskrivningssted hos eldre hjemmeboende pasienter med hoftebrudd. Vi ønsket også å undersøke hvilke faktorer som kan ha betydning for ikke å være selvhjulpne i forflytning og mobilitet ved utskrivelse fra akutt-sykehus. Prosjektet er en del av et kvalitetsutviklingsprosjekt hvor vi ønsket å undersøke hvordan vi på beste måte kan kartlegge premorbid funksjon hos pasientene med hoftebrudd innlagt fra hjemmet og hvordan denne informasjonen kan brukes systematisk av det tverrfaglige teamet for å beskrive både rehabiliteringspotensial og mål for rehabilitering i forbindelse med utskrivelse og overføring til neste ledd i behandlingsskjeden.

**METODE.** 114 pasienter > 64 år innlagt med hoftebrudd, det vil si per-trochantære, subtrochantære og collumfracturer, ble fortløpende inkludert fra 1. september 2009 til

30. juni 2010. For å kartlegge premorbid funksjon benyttet vi P-ADL og BI. BI registrerer ti av dagliglivets aktiviteter, så som inkontinens, personlig hygiene, toalettbesøk, spising, påkledning, forflytning, mobilitet, trappegang, dusj eller bading. Hver aktivitet skåres i forhold til hvor mye hjelp pasienten trenger for å kunne gjennomføre den, og hvert spørsmål har fra to til fire svarkategorier. Total skår kan ligge mellom 0 og 20, og en total skår på 19–20 indikerer at pasienten er helt selvhjulpne i primære daglige aktiviteter.

**HUKOMMELSE.** For å kartlegge premorbid hukommelse eller kognitiv funksjon ble IQCODE benyttet. Vi brukte kortversjonen som består av 16 spørsmål (19). Totalskår kan være fra 3–5 og en gjennomsnittsskår høyere enn ca. 3,5 gir mistanke om kognitiv svikt (20). Pasientens hukommelse en uke før hoftebruddet blir sammenliknet med hvordan hukommelsen var for ti år siden. Det er pasientens pårørende som blir intervjuet, og vedkommende skal ha kjent pasienten i minst ti år. Delirium ble vurdert ved observasjon tredje postoperative dag ved hjelp av «Confusion Assessment Method» (CAM) kortversjon. CAM er en sensitiv og spesifikk metode som egner seg godt til å kartlegge delirium (21). Det består av fem spørsmål relatert til fire sentrale kjennetegn for delirium, som akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå (20). I tillegg samlet vi inn data om pasientens alder, bosituasjon, tilgjengelighet i bolig, gangfunksjon før bruddet og hjelp i hjemmet før innleggelsen.

**UTSKRIVNING.** Utskrivning direkte til hjemmet og utskrivning direkte til en spesialisert rehabiliteringsinstitusjon ble kategorisert som «rett hjem», mens utskrivning til korttidsopphold i kommunal regi ble kategorisert som utskrivning til sykehjem. I prosjektperioden var det å være tilnærmet selvhjulpne i P-ADL et kriterium for å få plass på

rehabiliteringsinstitusjon i regi av regionalt helseforetak, mens de som hadde behov for hjelp til primære aktiviteter ble skrevet ut til opptrening i kommunal institusjon. Pasienter som skåret maks skår på både mobilitets- og forflytnings-spørsmålet i BI ved utreise ble definert som selvstendige i mobilitet og forflytning ved utskrivelse.

Prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt og derfor ikke søknadspliktig til Regional Etisk Komité. Kvalitetsdatabasen er godkjent av sykehusets personvernombud.

**RESULTAT.** I løpet av prosjektperioden ble 114 pasienter inkludert. Tabell 1 (se s. 48) viser beskrivende data for alle de inkluderte pasientene, samt data fordelt på dem som ble skrevet ut til hjemmet og dem som ble skrevet ut til sykehjem. De inkluderte pasientene hadde en høy gjennomsnittsalder, andelen kvinner var høy og andelen som bor alene var høy. Nesten 80 prosent hadde en eller annen form for hjelp i hjemmet før bruddet, og mer enn halvparten var avhengig av et ganghjelpemiddel før bruddet. Hele 63 prosent av pasientene hadde en premorbid BI total skår på 19 eller 20, hvilket indikerer at de var selvhjulpne i P-ADL-aktivite-

## «Eldre med hoftebrudd utgjør en stor og viktig pasientgruppe på norske akutt-sykehus.»

ter før bruddet. 31 prosent av pasientene hadde en IQCODE > 3,5 som regnes som grenseverdi for kognitiv svikt. De som ble skrevet ut til hjemmet var signifikant yngre enn dem som ble skrevet ut til sykehjem. Det er signifikant større andel av dem som ble skrevet ut til sykehjem som har en eller annen form for hjelp i hjemmet, brukte

ganghjelpemiddel før bruddet, hadde en premorbid BI total skår <19, IQCODE > 3,5 og delirium i løpet av sykehusoppholdet.

**ANALYSER.** I den justerte analysen har alder, premorbid BI, hjelp i hjemmet, bruk av ganghjelpemiddel før brudd, IQCODE og delirium i løpet av sykehusoppholdet en statistisk signifikant sammenheng med utskrivningssted. Det er en lavere odds for å bli skrevet ut til hjemmet ved stigende alder, premorbid BI < 19, bruk av ganghjelpemiddel før brudd, IQCODE > 3,5 og delirium i løpet av sykehusoppholdet. Hvis man ikke har en eller annen form for hjelp i hjemmet før innleggelse, har man en høyere sjanse for å bli skrevet ut til hjemmet. I den justerte analysen er det kun premorbid BI total skår og delirium under sykehusoppholdet som har en signifikant sammenheng med utskrivningssted.

I den justerte analysen har både alder, BI total skår, mobilitet før brudd, delirium, IQCODE og liggedøgn en sammenheng med oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise, men i den justerte analysen er det kun premorbid BI total skår som har en signifikant sammenheng med oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise fra akutt sykehus.

**DISKUSJON.** Hensikten med denne kvalitetsutviklingsstudien var å identifisere faktorer som har en sammenheng med utskrivningssted for eldre pasienter med hoftebrudd, samt å identifisere hvilke faktorer som har en sammenheng med det å oppnå selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utskrivning. I den univariate analysen fant vi at alder, premorbid BI total skår, hjelp i hjemmet før bruddet, mobilitet før bruddet, IQCODE og delirium under sykehusoppholdet hadde en signifikant sammenheng med utskrivningssted. I den justerte analysen var det derimot kun BI totalskår og delirium i løpet av sykehusoppholdet som hadde en



sammenheng med utskrivningssted. Premorbid BI total skår < 19 og delirium under sykehusoppholdet reduserer sannsynligheten for å bli skrevet ut til hjemmet eller til en rehabiliteringsinstitusjon. Det vil si til steder som i større grad krever at man er selvstendig i primære aktiviteter. For oppnådd selvstendighet i mobilitet og forflytning ved utreise var det i den justerte analysen kun premorbid BI totalskår som hadde en signifikant betydning. Resultatene indikerer at det å være selvstendig i primære aktiviteter målt med BI før bruddet er en sterk

prediktor for at man raskt blir tilbakeført til eget hjem og rask oppnår selvstendighet i mobilitet og forflytning etter gjennomgått hoftebrudd.

**DELIRIUM.** Både delirium i løpet av sykehusoppholdet og IQCODE tilsvarende kognitiv svikt hadde en signifikant sammenheng med utskrivningssted i den univariate analysen. Kun delirium i løpet av sykehusoppholdet forble signifikant i den justerte analysen. Årsaken til delirium er en interaksjon mellom predisponerende faktorer

## «Nesten 80 prosent hadde en eller annen form for hjelp i hjemmet før bruddet.»

og utløsende somatisk sykdom eller skade, og kognitiv svikt er én kjent predisponerende faktor for utvikling av delirium (22-23). Det betyr at det kan være en sterk sammenheng mellom kognitiv svikt og delirium under sykehusoppholdet, men av betydning for utskrivningssted ser det i vårt materiale ut til at delirium er en sterkere prediktor enn kognitiv svikt i seg selv.

**EGNET VERKTØY.** Både BI, IQCODE og CAM er enkle verktøy som kan benyttes av flere helseprofesjoner. De er enkle å administrere og tar ikke lang tid å fylle ut. De er egnet for bruk i både klinisk sammenheng og i forskning (15-17). Det betyr at man i stor grad kan sammenlikne resultater fra ulike studier og mellom land. I klinisk sammenheng gir informasjon om funksjon innhentet via standardiserte verktøy i større grad en enhetlig vurdering og kan derfor være nyttig å bruke i forbindelse med dokumentasjon og formidling av pasientinformasjon mellom fagpersoner innen og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Informasjon fra slike verktøy blir likevel i varierende grad benyttet systematisk i det kliniske arbeidet for å predikere rehabiliteringsmål og planlegge utskrivningssted (24).

**VEDTAK.** I henhold til det norske lovverket er det førstelinjetjenesten som fatter vedtak om tjenester i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (25). For eksempel om hvorvidt en pasient skal få vedtak om korttids plass i form av en rehabiliteringsplass eller som et vurderingsopphold. Det individuelle behovet skal dekkes, og tjenestens art og omfang må gjenspeile dette behovet. Kommunen skal innhente opplysninger som er egnet til å avklare om søkeren fyller vilkårene som kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven setter for rettskrav til hjelp. Den

	Alle N=114	Utskrives til hjemmet N=47	Utskrives til sykehjem N=65	P-verdi
Alder (gjennomsnitt, SD)	85.4 (7.1)	82.9 (7.9)	87.5 (5.7)	0.001*
Kjønn: Kvinner %	72	79	68	0.198
Bor alene: Ja %	72	71	75	0.666
Trapp i huset (inne/ute): Ja %	50	62	43	0.052**
Hjelp i hjemmet: Ja %	78	64	88	0.003*
Uten ganghjelpemiddel før brudd: Ja %	45	62	34	0.003*
KMI (gjennomsnitt, SD)	22.3 (3.2)	22.8 (3.2)	21.6 (3.1)	0.056**
Liggedøgn (gjennomsnitt, SD)	16.4 (9.1)	14.3 (7.3)	18.1 (10.0)	0.033*
Barthel total skår før innleggelse (gjennomsnitt, SD)	18.5 (1.7)	19.5 (1.1)	17.9 (1.9)	<0.001*
Barthel total skår før innleggelse: % >18	63	89	42	<0.001*
IQ-code (gjennomsnitt, SD)	3.5 (0.6)	3.3 (0.4)	3.7 (0.7)	0.001*
IQ-code >3.5: %	31	17	40	0.015*
Delirium under innleggelse: Ja %	31	13	43	0.001*
Barthel >18 og ikke delirium under innleggelse: Ja %	55	75	29	<0.001
Lav IQCODE og ikke delirium under sykehusoppholdet: Ja %	46	60	35	0.013
Selvstendig i mobilitet og forflytning ved utreise: Ja %	51	94	19	<0.001

Tabell 1: Beskrivende



skal også innhente opplysninger som er egnet til å avklare formålet med hjelpen, og hvilke typer tjenester som må gis for å dekke behovet. I løpet av sykehusoppholdet skal pasientens funksjon kartlegges. Dette er også regulert i «Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter». Informasjonen som innhentes skal benyttes som grunnlag for sykehusets anbefaling om oppfølging etter utskrivning.

Kommunen skal også bruke det som grunnlagsmateriale for tjenestetvedtak og opptreningsmål. Det å planlegge utskrivning er en komplisert prosess hvor mange forhold skal tas med i betraktningen. Likevel kan funksjon kartlagt gjennom standardiserte kartleggingsverktøy som BI være en viktig indikasjon på hva som kan oppnås. Derfor benyttes BI i det kliniske arbeidet for i større grad å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. I vårt materiale fant vi at hele 90 prosent av dem som ble skrevet ut til hjemmet eller spesialisert rehabiliteringsinstitusjon hadde en premorbid BI > 18, og bare 17 prosent av dem som hadde en IQCODE > 3,5 ble skrevet ut til hjemmet. Utskrivelse til hjemmet eller til en institusjon som forutsetter at de er relativt selvhjulpne indikerer at pasientene er relativt selvhjulpne ved utskrivning fra akutt sykehus.

**SKÅR.** BI totalskår sier noe om grad av selvhjulpnehet (26), men total skår sier ikke noe om hvilke funksjonsområder som er nedsatt. I det kliniske arbeidet kan det derfor være nyttig å gå inn i hvert enkelt delspørsmål for å se hvor en eventuell funksjonssvikt foreligger. En svakhet med BI er at instrumentet kan ha en takeffekt. I vårt materiale så vi for eksempel at tilnærmet 100 prosent oppnådde maksimal skår på premorbid mobilitet og forflytning. Dette til tross for at pasientgruppen representerer en populasjon med nedsatt mobilitetsevne og høy risiko for fall. Vi brukte også en streng

grenseverdi for det å være selvhjulpne i primære daglige aktiviteter. Likevel var hele 63 prosent av pasientene selvhjulpne i primære aktiviteter etter denne definisjonen før de falt og brakk hoften.

**LIGGETID.** Etter innføring av samhandlingsreformen i januar 2012 har gjennomsnittlig liggetid for hoftebruddspasienter gått betydelig ned på vårt sykehus. Denne studien var gjennomført før samhandlingsreformen trådte i kraft og i en periode hvor gjennomsnittlig liggetid for hoftebruddspasienter var betydelig lenger enn det den er i dag. Lengre gjennomsnittlig liggetid før innføring av samhandlingsreformen hadde sin årsak i blant annet at mange pasienter ble liggende utskrivningsklare på akutt sykehus i påvente av korttids plass i førstelinjetjenesten. Vi kan derfor ikke utelukke at resultatene i forhold til utskrivningssted ville vært noe annerledes i dagens situasjon med kortere gjennomsnittlig liggetid. Likevel mener vi at resultatene viser at det å være selvhjulpne i P-ADL før bruddet målt med BI indikerer at man relativt raskt etter bruddet kan klare seg med minimalt med hjelp i daglige aktiviteter. Målet for denne gruppen bør derfor være rask tilbakeføring til eget hjem.

Pasientgruppen representerer en eldre populasjon hvor mange har redusert funksjon både fysisk og kognitivt før bruddet. Til tross for dette er det dokumentert at eldre hoftebruddspasienter har nytte av intensivt opptrening etter bruddet, og hoftebruddspasienter med kognitiv svikt ser ut til å være en gruppe som profiterer ekstra på tettere oppfølging (27).

**KONKLUSJON.** Funnene underbygger verdien av å ha kjennskap til pasientens premorbide funksjon når man setter rehabiliteringsmål og planlegger utskrivelse. Faktorer som har sammenheng med utskrivningssted og det å oppnå selvstendighet i forflytning og mobilitet er derfor viktige faktorer i rehabilitering av disse pasientene. ●

## REFERANSER:

1. Lin PC, Hung SH, Liao MH, Sheen SY, Jong SY. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the post-discharge transition period. *Journal of Nursing Research* 2006;14(4):251-60.
2. Ranhoff AH, Holvik K, Martinsen MI, Domaas K, Solheim LF. Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC Geriatrics* 2010;10:65.
3. Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, Falch JA, Nordsletten L, Cappelen I, et al. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis International* 2004;15(7):567-74.
4. Frihagen F, Figved W, Madsen JE, Lofthus CM, Stoen RO, Nordsletten L. [The treatment of femoral neck fractures]. [Review] [61 refs] [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2010;130(16):1614-7.
5. Hagino T, Ochiai S, Sato E, Watanabe Y, Senga S, Haro H. Prognostic prediction in patients with hip fracture: risk factors predicting difficulties with discharge to own home. *Journal of Orthopaedics & Traumatology* 2011;12(2):77-80.
6. Lin PC, Wang CH, Chen CS, Liao LP, Kao SF, Wu HF. To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(11):1632-9.
7. Titler M, Dochterman J, Xie XJ, Kanak M, Fei Q, Picone DM, et al. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research* 2006;55(4):231-42.
8. Bond J, Gregson B, Smith M, Lecouturier J, Rousseau N, Rodgers H. Predicting place of discharge from hospital for patients with a stroke or hip fracture on admission. *Journal of Health Services & Research Policy* 2000;5(3):133-9.
9. Deakin DE, Wenn RT, Moran CG. Factors influencing discharge location following hip fracture. *Injury* 2008;39(2):213-8.
10. Sylliaas H, Thingstad P, Wyller TB, Helbostad J, Sletvold O, Bergland A. Prognostic factors for self-rated function and perceived health in patient living at home three months after a hip fracture. *Disability & Rehabilitation* 2012;34(14):1225-31.
11. Moppett IK, Wiles MD, Moran CG, Sahota O. The Nottingham Hip Fracture Score as a predictor of early discharge following fractured neck of femur. *Age & Ageing* 2012;41(3):322-6.
12. Vochteloo AJ, Tuinebreijer WE, Maier AB, Nelissen RG, Bloem RM, Pilot P. Predicting discharge location of hip fracture patients: the new discharge of hip fracture patients score. *Int Orthop* 2012 Aug;36(8):1709-14.
13. Kristensen MT, Foss NB, Ekdahl C, Kehlet H. Prefracture functional level evaluated by the New Mobility Score predicts in-hospital outcome after hip fracture surgery. *Acta Orthopaedica* 2010;81(3):296-302.
14. Yu MS, Chan CC, Tsim RK. Usefulness of the Elderly Mobility Scale for classifying residential placements. *Clinical Rehabilitation* 2007;21(12):1114-20.
15. Wyller TB, Sveen U, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index one year after stroke: comparison between relatives and occupational therapists scores. *Age & Ageing* 1995;24(5):398-401.
16. Laake K, Laake P, Ranhoff AH, Sveen U, Wyller TB, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index: factor structure depends upon the category of patient. *Age & Ageing* 1995;24(5):393-7.
17. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International Disability Studies* 1988;10(2):64-7.
18. Ayalon L. The IQCODE versus a single-item informant measure to discriminate between cognitively intact individuals and individuals with dementia or cognitive impairment. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2011;24(3):168-73.
19. Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine* 1994;24(1):145-53.
20. Norsk Geriatrik forening- Legeforeningen no. 8. november 2011. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrikforening/Geriatrik-test-og-undersvingsmaterieell/tester-og-registreringsskjemaer/>
21. Mitchell AJ. Confusion Assessment Method is the most appropriate tool to quickly detect delirium in hospitalised patients at the bedside. *Evidence-Based Mental Health* 2011;14(1):4.
22. Krogseth M, Wyller TB, Engedal K, Juliebo V. Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2011;31(1):63-70.
23. Juliebo V, Bjoro K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB. Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(8):1354-61.
24. Jette DU, Halbert J, Iverson C, Miceli E, Shah P. Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Physical Therapy* 2009;89(2):125-35.
25. Norge. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2011.
26. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:61-5.
27. Moseley AM, Sherrington C, Lord SR, Barracough E, St George RJ, Cameron ID. Mobility training after hip fracture: a randomised controlled trial. *Age & Ageing* 2009;38(1):74-80.

## FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til  
[torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)

# Annonse?