

LYCKAT SAMARBETE MELLAN ORTOPEDEN OCH ÖPPENVÅRDEN

Osteoporospatienten är beroende av en multidisciplinär samordning. En fraktur är ofta första tecknet på sjukdomen. Det är därför viktigt att ortopederna, som tar hand om frakturen, signalerar till allmänläkaren om fortsatt uppföljning och behandling – som efter hjärtinfarkt.



ULRICA BERGSTRÖM, specialistläkare, doktorand, ortopediska kliniken, Norrlands universitetssjukhus
ulricabergstrom@hotmail.com
OLLE SVENSSON, professor, ortopediska kliniken, Norrlands universitetssjukhus

LENA UDDSTÅHL, forskningssjuksköterska, kliniskt forskningscentrum, Norrlands universitetssjukhus
ÅSA BLÄCKBERG, allmänläkare, Mariehems vårdcentral; samtliga Umeå

Andelen äldre i befolkningen ökar, och utvecklingen inom hjärt-kärlmedicinen har dessutom gjort att fler multisjuka överlever längre. En fraktur blir ofta det som stjälpur hela systemet. De etiska frågorna kring dessa patienter ligger nu hos ortopederna – som måste ta ett större ansvar för patientgruppen. Behandlingen av benkvalitet måste följa med den medicinska utvecklingen; den åldrande människan behöver skelett-

Kotkompression är en av de viktigaste och förmodligen den vanligaste osteoporosfrakturen, som också är en av de mest försummade frakturerna. Förekomst av kotkompression flerdiglar risken för höftfraktur. Det är angeläget att tidigt diagnostisera kotkompression. En längdminskning på mer än 4 cm talar starkt för diagnosen. Bilden visar samma kvinna i olika åldrar.



Bild från: www.osteoporos.org

SAMMANFATTAT

32 procent av alla patienter, 40 år och äldre, med radiusfraktur har osteoporos.
Av alla frakturer hos personer 50 år och äldre står åter-

fallsfrakturerna för 37 procent.
Därför är sekundärprofylax viktig. Detta kräver ett multidisciplinärt samarbete.

stommen i livet. I Umeå bryter ca 500 personer handleden varje år (Figur 1). Hälften av dessa är barn, den andra hälften domineras av postmenopausala kvinnor. Andelen patienter med mer än en fraktur är stor: 37 procent av alla frakturer i befolkningen över 50 år drabbar dem som tidigare haft minst en fraktur.

Vårdkedja för att förhindra återfall

Våren 2003 påbörjades ett projekt mellan ortopedkliniken vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå och primärvården för att försöka identifiera dessa »brottsbenägna« patienter och sätta in adekvat medicinering för att förhindra framtida frakturer. Bland allmänläkarna finns kunskapen om osteoporos och vetenskapen om behandlingsmöjligheterna – problemet är att identifiera riskpatienterna.

Ett inledande möte med representanter för de båda vårdnivåerna resulterade i att allmänläkarna önskade en signal, ett meddelande från ortopedkliniken om att patienten hade behandlats för en lågenergifraktur. Eftersom allmänläkarna har den samlade bilden av patienten kan de senare ta ställning till vidare utredning eller behandling. I enlighet med detta startade projektet med syfte att skapa en fungerande vårdkedja för dessa frakturbenägna patienter i syfte att stävja återfall.

Hälmätning av patienter med radiusfraktur

För att synliggöra och konkretisera problemet med benkvalitetens bidragande del vid frakturen installerades en hälmätare på

ortopedmottagningen. Hälsmätarens specificitet vad gäller bentäthet har länge diskuterats, men som screeninginstrument fungerar den utmärkt, då undersökningen är enkel och snabb.

Alla patienter över 40 år som ådragit sig en radiusfraktur till följd av ett lågenergitrauma erbjöds mätning (Figur 2). Mätningen utfördes initialt av en projektsjuksköterska, men har successivt slussats över till den ordinarie personalen på mottagningen, som nu också sköter avgipsning och rörelseinstruktioner till patienten.

Under försöksperioden på 21 månader har 349 hälmätningar genomförts, och hos alla patienter med en bentäthet (BMD) mindre än $-1,0$ SD gick ett behandlingsmeddelande till berörd allmänläkare. Totalt uppgick dessa till 255. En kontroll visade att 88 procent av dessa har följts upp via distriktet med remiss till helkroppss-DXA.

I den senaste uppföljningen visade sig 111 personer ha manifest osteoporos med BMD mindre än $-2,5$ och en fragilitetsfraktur. Glädjande nog visade det sig att av dessa 110 har 100 (91 procent) påbörjat behandling för sin benskörhet. Ytterligare fyra hade remitterats vidare för utredning, och tre bedömdes vara för sjuka för att klara av behandling. Endast fyra har ännu inte fått någon uppföljning efter konstaterad osteoporos.

Kotkompression – nästa strategi

Anledningen till att vi valde just handledsfrakturer var att det är den vanligaste frakturen och att den är relativt lätthanterlig med upprättade rutiner under behandlingsperioden. Vi överväger nu att eventuellt ändra strategi och inrikta oss mer på riskfaktoranalys. Målet för verksamheten är att minska antalet höftfrakturer, och då är förmodligen patienter med kotkompressioner den strategiskt viktigaste gruppen.

Dessa patienter har kraftigt ökad risk för höftfraktur. De sköts till största delen i primärvården, och en så pass enkel screening som minskning av kroppslängden på mer än 4 cm sållar ut flertalet av dessa patienter. Det är anmärkningsvärt att i SBU:s publikation om ont i ryggen [<http://www.sbu.se>] nämns ordet osteoporos bara en (1) gång, när osteoporotiska kotkompressioner är en så viktig riskfaktor som dessutom går att behandla.

Samarbete nödvändigt

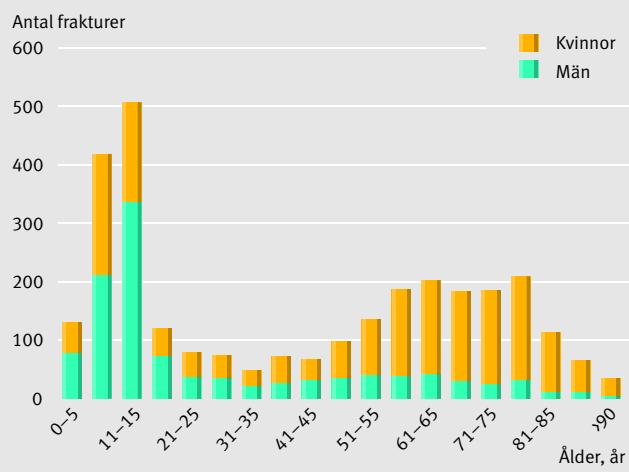
Som i andra förändringsprojekt krävs en strukturerad plan för att nå framgång, där man genom information och återkoppling först måste skapa en medvetenhet om problemen och en motivation att se över ett arbetssätt.

Förståeligt nog finns det i dagens pressade läge ett reflexmässigt motstånd: »Har inte vi tillräckligt att göra redan? Inte en diagnos till ...« Man kan jämföra med det teamarbete som skett exempelvis inom diabetesvården, som bl a resulterat i minskat antal amputationer. Liksom i diabetesteamen måste behandlingen av osteoporospatienten bygga på ett samarbete mellan olika professioner och specialiteter.

Positiva sidoeffekter

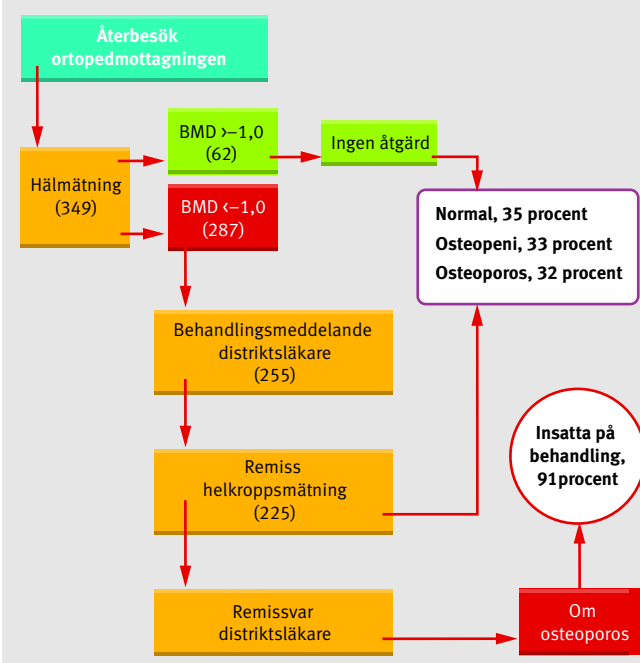
Samarbetet mellan primärvården och ortopederna har också fått många andra positiva sidoeffekter i form av ett bättre samarbetsklimat och en snabbare och rakare kommunikation även för övriga patientgrupper. En framgångsfaktor är att ta bort attityden av »vi och dom«. Vi har exempelvis infört en jourtelefon, där distriktsläkarna snabbt kan få tala med en bakjours-

Ålders- och könsfördelning av radiusfrakturer



Figur 1. Fördelningen av radiusfrakturer efter ålder och kön (1996–2002 Norrlands universitetssjukhus).

Frakturkedja



Figur 2. Flödesschema/frakturkedja för radiusfrakturer. Siffror inom parentes anger antal patienter.

kompetent ortoped. Det är också nödvändigt att tillsätta en person med samordningsansvar. Snart är hela Västerbotten anslutet till samma datorjournalssystem, och det kommer då att gå lättare att remittera patienter och följa upp produktion, resultat och kvalitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: OS och UB har erhållit föreläsningssarvode från MSD.*