

# Hoftebrud *skal forebygges*



• Interview med Henrik Palm

Hvert år behandler de danske sygehuse omkring 9.000 patienter med hoftebrud, der anses for at være det mest ressourcetrækvende af alle brud. Langt de fleste, der brækker hoften, har knogleskørhed, 3 ud af 4 er kvinder, og gennemsnitsalderen er mere end 80 år.

I perioden 1995 – 2003 er antallet af hoftebrud blandt patienter over 80 år steget med over 30 %. De senere år har tallet være stabilt, men er nu igen let stigende - formentlig på grund af den demografiske udvikling med flere ældre. Antallet af hoftebrud forventes således fortsat at stige i årene fremover, og det kan få store økonomiske konsekvenser; Trods det samlet set relativt begrænsede antal beslaglægger patienter med hoftebrud nemlig hele 2,2 % af det samlede antal sengedage på de danske hospitaler.

## Alvorlige perspektiver

Indlæggelsestiden er typisk 5 - 25 dage (primært afhængigt af patientens eventuelt øvrige sygdomme), men mange patienter genindlægges på grund af me-

Hoftebrud har store omkostninger for patienterne og koster samfundet enorme summer. Derfor bør forebyggelse af hoftebrud have politikernes interesse. Det mener overlæge Henrik Palm, leder af Hoftefrakturoenheden på Hvidovre Hospital.

dicinske eller kirurgiske komplikationer. Der er også store omkostninger forbundet med aflastnings- og genoptræningsophold og af det boligskifte til – især – plejebolig, som ofte er en konsekvens af en brækket hofte. 10 % af patienterne dør inden for 30 dage efter bruddet.

”Det er alvorlige perspektiver, og alene af den grund bør politikerne sætte fokus på behandling og forebyggelse af hoftebrud, som jo regnes for at være en slutfraktur. Oftest hænger hoftebruddene sammen med knogleskørhed, og mange af patienterne har tidligere haft brud – herunder for eksempel håndledsbrud, som kan være det første tegn på skøre knogler. Herefter følger rygsammenfaldene og skulderbruddene, og til sidst – når man ikke længere når at tage fra med hænderne, hvis man falder – brækker man hoften. Men hvorfor gå og vente på det, hvis man kan bremse knogletabet på et tidligere tidspunkt”, spørger Henrik Palm, overlæge og leder af Hoftefrakturoenheden på Hvidovre Hospitals ortopædkirurgiske afdeling, retorisk.

## Knogler som blomster-oasis

Ifølge Henrik Palm er en af årsagerne til den manglende opmærksomhed mod hoftebrud, at patienterne ikke er synlige. Et faktum, der på een gang skyldes, at patienterne er uden for den erhvervsaktive alder, og ofte er så invaliderede af deres brud, at de holder sig hjemme.

”Det har imidlertid store konsekvenser at lade stå til med forebyggelsen. Hoftebrudspatienter har en høj gennemsnitsalder, og de har ofte fremskreden knogleskørhed, og det er en uheldig cocktail, når der skal opereres”, fortæller Henrik Palm.

”Det betyder, at kvaliteten af de knogler, som skrueene skal sættes fast til, er dårlig, så skrueene flytter sig inde i knoglen. Det er næsten som at sætte en skrue i blomster-oasis. Samtidig læger hoftebrudspatientens knogler relativt langsomt på grund af den høje alder. Det er derfor, at komplikationsraten og genoperationsprocenten er meget høj, når vi har med hoftebrudspatienter at gøre. De problemer ville vi i mange tilfælde kunne undgå,



hvis patienter med knogleskørhed blev opsporet tidligere. Fx hvis ortopædkirurgerne, skadestuerne eller de praktiserende læger generelt var bedre til at sende de midaldrende patienter med relevante brud til screening for knogleskørhed. Problemet er, at der ikke er nogen, der har ansvaret for, at det sker. Der mangler stadig en samlet overordnet plan på det område, og det undrer mig."

### Der skal screenes tidligere

Som Henrik Palm ser det, bør alle patienter, der får et relevant lavenergibrud, sendes til screening for knogleskørhed for at mindske risikoen for senere brud, herunder hoftebrud. Han håber derfor, at der kommer nogle nationale retningslinjer for ansvarsfordelingen for screeningen – som kan være lokalt forskellig - bare den er klart aftalt. Der sker beskedne fremskridt på området, men ofte

lyder forklaringen, at der mangler fokus, tid og ikke mindst ressourcer.

"Det argument kunne jeg forstå, hvis vi lagde op til screening af hele befolkningen, men når det handler om patienter med lavenergibrud, vil man med screening virkelig kunne opspore mange mennesker med knogleskørhed, og dermed høste store fordele for både patienter og samfundsøkonomi."

Som nævnt er der trods alt sket fremskridt på området. Henrik Palm er medlem af styregruppen for det nationalt dækkende "Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud", som blandt andet stiller krav om stillingtagen til udredning for knogleskørhed på alle hoftebrudspatienter. Her vil det fra 2015 ikke længere være nok bare at ordinere tilskud af kalk og vitamin D

– patienterne skal også have tilbud om medicin mod knogleskørhed. "Registret vil formentlig vise plads til forbedringer i udredningen af knogleskørhed - selv her, når patienten har et hoftebrud", mener Henrik Palm:

"Det er dog ikke registrets opgave at præcisere, hvem der har ansvaret for udredning og behandling, og her er politikere og Sundhedsstyrelsen nødt til at engagere sig, så vi kan få lavet nogle helt præcise retningslinjer på området. Det er ikke noget, der skal foregå på enkeltkirurgs-niveau. Og der skal strammes op, så man ikke venter til patienterne har brækket hofte, før man begynder at tænke i udredning for knogleskørhed. Screening skal ske langt tidligere og sættes i system, så alle patienter stilles lige - og lige godt. Det er alt for vigtigt at overlade til tilfældet."