
På tide å innføre ortogeriatrici i Norge?

DEBATT

PETTER MORTEN PETTERSEN

pettermortenpettersen@gmail.com

Petter Morten Pettersen er lege i spesialisering i ortopedisk kirurgi ved Sykehuset Østfold, fast medarbeider i Tidsskriftet og medlem av Fragility Fracture Network Norge.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Fragility Fracture Network Norge har mottatt støtte fra Lilly, Takeda, Amgen og Zimmer Biomet til å arrangere faglige møter. Firmaene leverer produkter som brukes hos pasienter med hoftebrudd.

FREDE FRIHAGEN

Frede Frihagen er overlege ved Seksjon for traumatologi ved Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus. Han er leder i Faggruppe for osteoporose og benhelse, leder i Fragility Fracture Network Norge og bidragsyter til de nye retningslinjene for hoftebruddsbehandling.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Fragility Fracture Network Norge har mottatt støtte fra Lilly, Takeda, Amgen og Zimmer Biomet til å arrangere faglige møter. Firmaene leverer produkter som brukes hos pasienter med hoftebrudd.

INGVILD SALTVEDT

Ingvild Saltvedt er overlege og avdelingssjef ved Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital, forsker og førsteamanuensis ved Institutt for nevromedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, styremedlem i Fragility Fracture Network Norge og bidragsyter til de nye retningslinjene for hoftebruddsbehandling.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Fragility Fracture Network Norge har mottatt støtte fra Lilly, Takeda, Amgen og Zimmer Biomet til å arrangere faglige møter. Firmaene leverer produkter som brukes hos pasienter med hoftebrudd.

WENDER FIGVED

Wender Figved er overlege, assisterende avdelingssjef ved Ortopedisk avdeling ved Bærum sykehus, styremedlem i Fragility Fracture Network Norge og bidragsyter til de nye retningslinjene for hoftebruddsbehandling.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Fragility Fracture Network Norge har mottatt støtte fra Lilly, Takeda, Amgen og Zimmer Biomet til å arrangere faglige møter. Firmaene leverer produkter som brukes hos pasienter med hoftebrudd.

Norge ligger på verdenstoppen i antall hoftebrudd. Behandlingen er dyr og dødeligheten høy. Bedre samarbeid mellom geriatere og ortopeder etterlyses.

Norge ligger i verdenstoppen med om lag 9 000 hoftebrudd i året (1, 2). Behandling av hoftebrudd er livsnødvendig – og dyr. Avhengig av det postoperative omsorgsnivået, er samfunnskostnaden det første året i snitt en halv million kroner per pasient for dem som før var hjemmeboende (3). Pasientgruppen er skrøpelig, og dødeligheten etter et hoftebrudd er svært høy. I 2017 var 30-dagers- og ettårsdødeligheten henholdsvis 7,7 % og 24 % (2).

I dag er det bare noen få norske ortopediske avdelinger som behandler hoftebruddspasienter etter ortogeriatriske prinsipper. Dette til tross for at to norske studier har vist at hjemmeboende hoftebruddspasienter som mottar behandling etter slike modeller har økt sannsynlighet for bedre funksjon og livskvalitet sammenlignet med pasienter som mottar tradisjonell behandling (4, 5). Ortogeriatrisk tilnærming er fornuftig bruk av ressurser: Den akutte innleggelsen varer lenger, men flere kan skrives direkte til hjemmet. Det totale antallet liggedøgn på sykehus, rehabiliteringsinstitusjon og sykehjem blir mindre hos ortogeriatripasienter. Kostnadsreduksjonen for samfunnet er på 40 000 kroner per pasient (4).

Ortogeriatriske retningslinjer

Tidligere i år ble tidenes første ortogeriatriske vårmøte avholdt i Oslo, hvor de nye retningslinjene for tverrfaglig behandling av hoftebrudd ble presentert (6). Under møtet ble også den norske underforeningen av Fragility Fracture Network (FFN Norge) stiftet. Blant ortopedene og geriaterne som deltok på møtet var det enighet om at behandlingen av norske pasienter med hofte- og lavenergi-brudd trenger et løft.

Målet med retningslinjene er å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer i behandlingen av eldre personer med hoftebrudd og å unngå uønsket variasjon mellom helseforetakene. Dokumentet er utformet av representanter for spesialforeningene for ortopedi, geriatri og anestesilogi under Den norske legeförening, og har i tillegg vært til høring hos spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og brukerrepresentanter. Retningslinjene oppsummerer forskningen på feltet og vektlegger tverrfaglighet og et helhetlig

pasientforløp. De gir råd om preoperativ optimalisering, operasjonsmetoder, smertelindring, håndtering av komorbide lidelser, rehabilitering, forebygging av nye brudd og trygg utskrivning. Vi håper retningslinjene kan brukes til å bryte avdelingsbarrierer for hoftebruddspasientene og at tverrfaglig samarbeid og en helhetlig tilnærming kan bli satt i system.

Helsedirektoratet er ikke oppdragsgiver for retningslinjene, og de kan følgelig ikke kalles *nasjonale*. Trolig er det både fordeler og ulemper med å gjøre behandlingsretningslinjer mer juridisk bindende ved å gjøre dem formelt nasjonale. Det vil være lettere å få gjennomslag for omstrukturering og endring av behandlingkurs. Dette kan og bør bidra til økt tilskudd av ressurser til ortopediske avdelinger i Norge. Samtidig er det store forskjeller vedrørende lokale forhold, og sannsynlig vil det være vanskelig å gjennomføre slike endringer ved alle norske sykehus. Kanskje kan pålegg fra myndighetene om endring av behandlingkurs slå negativt ut ved ortopediske avdelinger som trives og fungerer godt med en tradisjonell ortopedisk behandlingsmodell.

Bestillerforum RHF vurderte ortogeriatriske behandlingmetoder under utarbeidningen av den nye retningslinjen. De skriver i sin slutning at ortogeriatrisk behandling av hoftebruddspasienter ikke trenger å metodevurderes, da dette er en ønsket tverrfaglig arbeidsform for pasienter med sammensatte behov (7).

Hva kan gjøres?

Videre forskning på effekten av ortogeriatrisk behandling hos norske hoftebruddspasienter er viktig. Meldingene til Nasjonalt hoftebruddregister bør utvides med enkelte ortogeriatriske kjernevariabler slik at vi kan gjennomføre fremtidige studier.

En innstilling fra Helse- og omsorgskomiteen fra april i år skal styrke behandlingen av eldre multisyke. Det er vedtatt at alle store akuttstusykehus skal ha spesialister i geriatri og at det skal være tilstrekkelig kapasitet for spesialisering innen geriatri for både sykepleiere og leger (8). Dette vedtaket er viktig for å få implementert ortogeriatriske behandlingsmodeller på norske sykehus.

Ved vårmøtet tidligere i år beskrev den britiske professor emeritus David Marsh, som også er grunnleggeren av Fragility Fracture Network, situasjonen i England for 15 år siden omtrent som slik vi opplever den i Norge i dag: Tilbudet til pasientene er varierende, og det er mangel på spesialister i geriatri. Med press fra både toppen (myndighetene) og bunnen (fagmiljøene) sammen med økonomiske incentiver har utviklingen i England ført til en betydelig utbygging av tilbudet. Ifølge Marsh har det spart utgifter, bedret behandlingen og redusert dødeligheten. Marsh var optimist på vegne av det norske ortogeriatriske miljøet. Som han sa: «This will happen, there is no other way».

LITTERATUR

1. Støen RO, Nordsletten L, Meyer HE et al. Hip fracture incidence is decreasing in the high incidence area of Oslo, Norway. *Osteoporos Int* 2012; 23: 2527 - 34. [PubMed][CrossRef]
2. Nasjonalt hoftebruddregister. Resultater publisert i 2017. <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/525/resultater> (28.6.2018).
3. Hektoen LF, Saltvedt I, Sletvold O et al. One-year health and care costs after hip fracture for home-dwelling elderly patients in Norway: Results from the Trondheim Hip Fracture Trial. *Scand J Public Health* 2016; 44: 791 - 8. [PubMed][CrossRef]
4. Prestmo A, Hagen G, Sletvold O et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 1623 - 33. [PubMed][CrossRef]
5. Watne LO, Torbergsen AC, Conroy S et al. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Med* 2014; 12: 63. [PubMed][CrossRef]
6. Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. Oslo: Norsk ortopedisk forening, Norsk forening for geriatri og Norsk anesthesiologisk forening, 2018. <http://legeforeningen.no/PageFiles/322271/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf> (28.6.2018).
7. Nye metoder. Ortogeriatrisk behandling. <https://nyemetoder.no/metoder/ortogeriatrisk-behandling> (28.6.2018).
8. Stortinget. Representantforslag om å sikre god behandling av eldre multisyke pasienter gjennom styrking av geriatrisk kompetanse. Dokument 8:135 S (2017–2018), Innst. 227 S (2017–2018). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=71215> (28.6.2018).

Publisert: 17. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0485
Mottatt 5.6.2018, første revisjon innsendt 27.6.2018, godkjent 28.6.2018.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.