

Ortopedklinikens roll i frakturkedjan

STORA SKILLNADER I ARBETSSÄTT

Osteoporos är en »tyst« sjukdom som är kraftigt underdiagnostiserad och underbehandlad [1]. Ofta upptäcks den först vid en fragilitetsfraktur efter lågenergitrauma [2]. Dessa frakturer i höftleden, bäckenet, överarmen, handleden eller ryggraden drabbar främst personer över 50 år. Behandlingen omfattar livsstilsåtgärder såsom kostråd, rökstopp och belastande träning samt fallprevention och läkemedel, där bisfosfonater är förstahandsval [3, 4].

Trots god evidens för att läkemedel minskar risken för nya fragilitetsfrakturer [5] är förskrivningen låg: endast 5–17 procent av höftfrakturpatienter i Sverige fick behandling 2018–2020 [6], i nivå med övriga Europa [7]. Detta är anmärkningsvärt då sekundärprevention, förutom att bespara patienten lidande, visats vara kostnadseffektiv [8].

Frakturkedjor (fracture liaison service, FLS) är ett systematiskt arbetssätt för sekundär frakturprevention och minskar risken för nya frakturer [9]. Socialstyrelsen rekommenderade införande av frakturkedjor redan 2014 och gav 2021 en stark rekommendation [3]. Samma år publicerade Sveriges Kommuner och regioner (SKR) riktlinjer för att främja jämlik och effektiv vård [10]. Frakturkedjor ska fånga upp patienter direkt efter fraktur, säkerställa fortsatt bedömning och samordna vårdinstanser [9, 11]. Trots det är frakturkedjor ännu inte fullt implementerade i alla regioner [12], vilket den låga läkemedelsbehandlingen bekräftar [6, 13] – trots exempel på framgångsrika implementeringar av frakturkedjor i Sverige som minskat antalet refrakturer [14].

För att förstå varför sekundär frakturprevention

HUVUDBUDSKAP

- Det finns stor variation i hur ortopedkliniker i Sverige initierar sekundärprevention efter fragilitetsfraktur. Remiss till primärvården dominerar, men andra åtgärder förekommer parallellt.
- Frakturkoordinator, vars uppgift är att samordna samarbetet kring dessa patienter, saknas på flera ställen.
- Trots nationella rekommendationer och prio 1-märkning från Socialstyrelsen saknas konsensus kring arbetssätt, och samarbetet inom frakturkedjan upplevs ofta som otillräckligt.
- Resultaten understryker vikten av följsamhet till riktlinjer, uppföljning av dessa samt förbättrad samverkan mellan vårdnivåer för att nå en ökad jämlikhet i vården av patienter med fragilitetsfrakturer.

Stina Ek, docent i epidemiologi, med dr, leg sjukgymnast, enheten för epidemiologi, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet
 ● stina.ek@ki.se

Margareta Hedström, adj professor, överläkare, ortopedisk kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge; Clintec, Karolinska institutet

Maria Säaf, med dr, institutionen för molekylär medicin och kirurgi (MMK), Karolinska institutet

Olof Wolf, docent, överläkare, VO ortopedi och handkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för kirurgi, Uppsala universitet; registerhållare, Svenska frakturregistret

Karin Modig, med dr, docent i epidemiologi, enheten för epidemiologi, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet

brister behöver vi kommunicera med de vårdprofessioner som möter dessa patienter. Som ett första steg har vi därför vänt oss till ortopedier som behandlar frakturer på ortopedkliniker i Sverige. Syftet var att få en inblick i hur ortopedkliniker uppfattar och hanterar patienter med fragilitetsfraktur med misstänkt underliggande osteoporos.

METOD

En webbenkät utformades av författarna, granskades av en extern läkare och justerades för tydlighet. Den skickades via e-post till ortopedläkare som är kontaktpersoner för Frakturregistret, sammanlagt 55 kliniker. Efter två påminnelser kontaktades ytterligare ortopedläkare vid kliniker där svar uteblivit. Enkäten var anonym men inkluderade en fråga om arbetsplats (ej redovisad). En inledning klargjorde att deltagande innebar samtycke till användning av svaren för kartläggning och vidare utvecklingsarbete. Enkäten distribuerades 19 juni 2024 och stängdes 30 november 2024.

Frakturregistret är ett nationellt kvalitetsregister som registrerar skademekanism, frakturtyp, lokalisering och behandling. Frakturregistret har en sökfunktion som möjliggör utsökning av patienter ≥ 50 år med misstänkt fragilitetsfraktur (i underarm, överarm, kota, bäcken eller höft).

RESULTAT

Totalt besvarade 43 respondenter enkäten. Dessa representerade 27 olika ortopedkliniker i 16 av Sveriges 21 regioner.

Handläggning av patienter med misstänkt osteoporos

Den första frågan gällde hur frakturpatienter med misstänkt osteoporos handläggs på ortopedkliniken (Figur 1). Vanligast var remiss till primärvården, följt av omhändertagande av frakturkoordinator. Andra alternativ inkluderade behandling vid det akuta vårdtillfället eller vidarebefordran till annan specialist. 10 respondenter valde fler än ett svarsalternativ, och alla dessa inkluderade »Remiss till primärvård« i kombination med ett eller flera andra alternativ.

Vi frågade även om Frakturregistret används för att identifiera riskindivider, och 35 procent angav att de inte kände till sökfunktionen (ej visualiserat). 14 respondenter använder funktionen, medan 19 inte gör det (Figur 2).

Följsamhet till riktlinjer

På frågan vilka riktlinjer kliniken följer för utredning och behandling av osteoporospatienter angav de flesta, 16 respondenter, att man följer de nationella riktlinjerna. 5 uppgav att man inte har några gemensamma rutiner eller riktlinjer på kliniken (Figur 3). 7 uppgav mer än ett svarsalternativ, och alla dessa svarade nationella riktlinjer i kombination med regionala och/eller lokala riktlinjer.

Samarbetet kring osteoporospatienter

På frågan hur man tycker att samarbetet inom vården för osteoporospatienterna fungerar på en skala mellan 1 och 5, så svarar 8 respondenter »Inte alls« och endast 2 »Väldigt bra«. De flesta angav 3, vilket får tolkas som ett neutralt svar (Figur 4).

Övriga synpunkter

Enkäten avslutades med en öppen fråga, om det fanns något ytterligare som respondenten ville tillägga, som besvarades av 12 av 43. Flertalet beskrev hur arbetet med att identifiera osteoporospatienter är organiserat. 3 rapporterade en automatiserad rutin där sekreterare skickar remiss till primärvården baserat på ålder och frakturtyp. 2 uttryckte missnöje över regionens arbete på grund av indragen budget, och 2 beskrev pågående förbättringsarbete vid sina kliniker.

DISKUSSION

För att öka förståelsen för arbetet med sekundär frakturprevention genomfördes en kort webbenkät bland landets ortopedkliniker. Med svar från 27 av 55 kliniker i 16 av Sveriges 21 regioner var representationen relativt god.

Ortopedkliniken utgör ofta det första steget i frakturkedjan, eftersom frakturen i många fall är det första tecknet på underliggande osteoporos. Klinikererna har därmed en viktig roll att identifiera patienter som behöver utredning och behandling. Vinsten med detta är tydlig: en välfungerande sekundärprevention kan minska antalet vårdtillfällen och nya frakturer i en redan skör och komplex patientgrupp [4, 15, 16]. Det är dock sällan ortopedkliniken som har ansvar för utredning, behandling och uppföljning av osteoporos bland dessa patienter. För att frakturkedjan ska fungera optimalt krävs därför effektiv återkoppling och samverkan mellan olika vårdnivåer och professioner, och det tycks vara här det brister.

Handläggning av frakturpatienter

Resultaten visar att det finns flera olika sätt att påbörja behandling och eventuell osteoporosutredning, inte bara vid olika kliniker utan även inom enskilda verksamheter. Behandlingsansvaret ligger dock ofta inom primärvården. Det faktum att många respondenter angav fler än ett alternativ, exempelvis en kombination av remiss till primärvård och remiss till endokrinolog/geriatriker eller annan specialitet, tyder på att en individuell bedömning av patientens behov och förutsättningar görs redan i det initiala skedet på ortopedkliniken. Att en så liten andel respondenter anger att de remitterar till/kopplar in en frakturkoordinator tyder på att denna länk i frakturkedjan inte är etablerad eller fungerar väl i särskilt många regioner. Socialstyrelsen lyfter i sin utvärdering av osteoporosvården fram frakturkoordinatören som en nyckelroll med samordnande ansvar för frakturkedjan [12]. Remiss till primärvården angavs som den vanligaste åtgärden, men frågan är om primärvården har kapacitet för detta. I en nyligen genomförd studie från Region Stockholm undersöktes andelen patienter med fragilitetsfrakturer som var uppföljda i primärvården efter 6 månader. Resultaten visade att färre än en femtedel utreddes eller fick behandling för osteoporos [17], vilket överensstämmer med tidigare internationella studier [18]. Den låga uppföljningsgraden i primärvården efter en fragilitetsfraktur tyder på att det alternativet inte är tillräckligt som en effektiv frakturkedja.

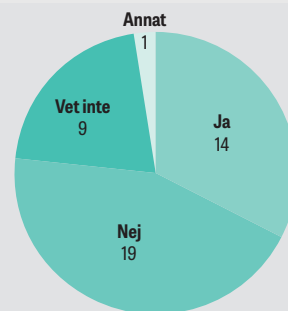
Följsamhet till riktlinjer

Vilka riktlinjer som tillämpas, och huruvida sådana över huvud taget finns, varierar mellan kliniker-

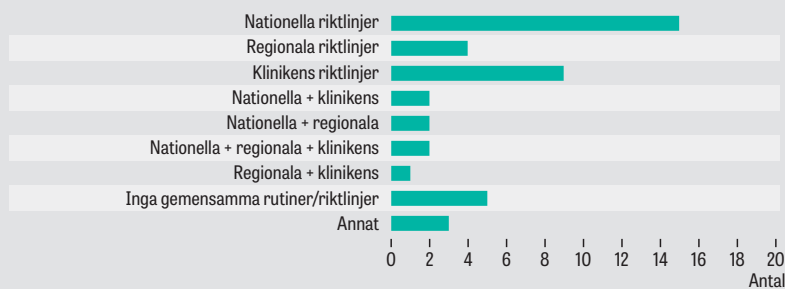
FIGUR 1. Svarsfördelning på frågan »Hur hanterar din klinik misstänkt osteoporos hos frakturpatienter?« Mer än ett alternativ var möjligt.



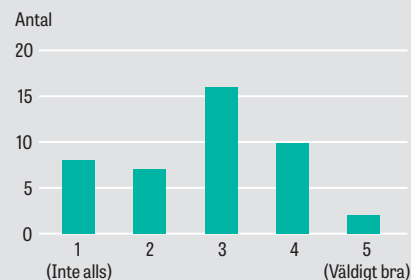
FIGUR 2. Svarsfördelning på frågan »Används sökfunktionen i Frakturregistret på din klinik eller i din region för att hitta och behandla patienter med fragilitetsfraktur?«



FIGUR 3. Svarsfördelning på frågan »Vilka riktlinjer följer ni på er klinik vad gäller utredning och behandling av fragilitetsfrakturer?« Mer än ett alternativ var möjligt.



FIGUR 4. Svarsfördelning på frågan »Hur tycker du samarbetet mellan olika vårdinstanser fungerar för att hitta och behandla personer med fragilitetsfraktur?«



na. Drygt hälften anger att man följer nationella eller regionala riktlinjer för utredning och behandling av fragilitetsfrakturer, medan en fjärdedel svarar att man följer klinikens riktlinjer. Implementering av nya nationella riktlinjer, som det lagts mycket tid och resurser på att utarbeta, är av yttersta vikt och något SKR och Socialstyrelsen borde prioritera. En uppföljning av dessa främjar och säkerställer en likvärdig vård över hela landet.

Samarbetet kring osteoporospatienter

Fler respondenter upplever att samarbetet mellan vårdnivåer kring osteoporospatienter inte fungerar väl än att det fungerar bra. Detta är ett viktigt fynd och överensstämmer med aktuell litteratur och den pågående debatten kring osteoporosvården, där flera studier pekar på betydande förbättringspotential i det sekundärpreventiva arbetet [1, 6, 12].

Utvecklingsmöjligheter

En viktig fråga för en framgångsrik implementering är huruvida det råder konsensus kring hur det sekundärpreventiva arbetet vid fragilitetsfrakturer bör utformas [19]. Detta är sannolikt särskilt viktigt för patienter med fragilitetsfrakturer, då dessa ofta hanteras av flera olika vårdnivåer och specialiteter, vilket i sig ökar risken för att patientgruppen förbises [18]. Denna studie kan inte ge ett definitivt svar på frågan om konsensus, men resultaten pekar på att samsyn saknas. Fritextsvar i enkäten visar osäkerhet kring vetenskapligt stöd för infusion av zoledronsyra i samband med en höftfraktur, samtidigt som 6 respondenter redan använder behandlingen. Denna variation tyder på oenighet om bästa praxis. Även inom samma klinik förekommer olika svar om hantering av osteoporospatienter och riktlinjer, vilket kan spegla både intern oenighet och oklara lokala riktlinjer.

I ett land som Sverige, med stora geografiska variationer och regionalt självstyre, är det sannolikt varken praktiskt eller ändamålsenligt med ett helt enhetligt nationellt arbetssätt. Samtidigt krävs en balans mellan lokalt anpassade lösningar och en jämlik vård. Möjligheten att genomgå osteoporosutredning och få adekvat behandling bör inte vara beroende av var man bor. En likvärdig tillgång till sekundärpre-

ventiva insatser efter en fragilitetsfraktur är central för en rättvis och effektiv vård.

Det framgår inte av studien i vilken utsträckning alla aktuella patienter med fragilitetsfraktur identifieras på ett effektivt sätt. Frakturregistrets sökfunktion möjliggör detta, men används i liten omfattning. Eftersom alla ortopedkliniker är anslutna kan registret integreras i det lokala arbetssättet, exempelvis genom att antingen dela patientlistan till frakturkoordinator eller osteoporos-/endokrinmottagning eller att på egen hand ta ut patientlistan som användare i registret. Det finns även andra system för att identifiera riskpatienter. Ökad kännedom om sådana funktioner kan nås via utbildning och genom krav på uppföljning av sekundärprevention.

Metoddiskussion

Denna enkätstudie fokuserade på ortopedkliniken som första länk i frakturkedjan och gav en översikt av arbetssätt och uppfattningar. En styrka är den breda geografiska spridningen, med svar från 76 procent av regionerna. Svagheter är en något låg svarsfrekvens och risk för selektionsbias, då kliniker med större intresse kan ha svarat i högre grad. Enkätformatet medger inte fördjupade resonemang, vilket motiverar framtida kvalitativa studier. En annan begränsning är att begreppet »fragilitetsfraktur« inte definierades, vilket kan ha lett till olika tolkningar bland respondenterna.

SAMMANFATTNING

Vi fann en stor variation i hur ortopedkliniker i Sverige initierar sekundär prevention efter fragilitetsfraktur. Remiss till primärvården dominerar, men andra strategier förekommer parallellt. Trots nationella rekommendationer är samarbetet kring dessa patienter och användandet av frakturkoordinatorer fortfarande begränsat. Det saknas konsensus kring arbetssätt, och samarbetet inom frakturkedjan upplevs ofta som otillräckligt. Resultaten understryker behovet av ökad följsamhet till riktlinjer, förbättrad samverkan mellan vårdnivåer och ökad jämlikhet i vården av patienter med fragilitetsfrakturer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2025;122:25128

REFERENSER

- Åkesson KE, McGuigan FEA. Closing the osteoporosis care gap. *Curr Osteoporos Rep*. 2021 Feb;19(1):58-65.
- Kanis JA, Johansson H, McCloskey EV, et al. Previous fracture and subsequent fracture risk: a meta-analysis to update FRAX. *Osteoporos Int*. 2023;34(12):2027-45.
- Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-1-7137.
- LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2022;33(10):2049-102. Erratum: 2022;33(10):2243.
- Wang QY, Ding N, Dong YH, et al. Pharmacological treatment of osteoporosis in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Gerontology*. 2021;67(6):639-49.
- Ek S, Meyer AC, Säaf M, et al. Secondary fracture prevention with osteoporosis medication after a fragility fracture in Sweden remains low despite new guidelines. *Arch Osteoporos*. 2023;18(1):107.
- Willers C, Norton N, Harvey NC, et al; SCOPE review panel of the IOF. Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos*. 2022;17(1):23.
- Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, et al; International Osteoporosis Foundation. Fragility fractures in Europe: the burden, management and opportunities. *Arch Osteoporos*. 2020;15(1):59.
- Åkesson K, Jutberger H. »Frakturkedjor« är den mest effektiva sekundärpreventionen. *Läkartidningen*. 2016;113:D9HX.
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, NPO endokrina sjukdomar. Vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur. 20 jun 2023. <https://kunskapsstyrningvard.se/lakemedel-for-osteoporos-inom-Sverige>. Läkartidningen. 2024;121:23126.
- Åkesson KE, Ganda K, Deignan C, et al. Post-fracture care programs for prevention of subsequent fragility fractures: a literature assessment of current trends. *Osteoporos Int*. 2022;33(8):1659-76.
- Nationella riktlinjer. Rörelseorganens sjukdomar, utvärdering av vården vid osteoporos. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-12-8849.
- Modig K, Meyer A, Ek S, et al. Låg förskrivning av läkemedel för osteoporos inom Sverige. *Läkartidningen*. 2024;121:23126.
- Axelsson KF, Johansson H, Lundh D, et al. Association between recurrent fracture risk and implementation of fracture liaison services in four Swedish hospitals: a cohort study. *J Bone Miner Res*. 2020;35(7):1216-23.
- Bolland MJ, Nisa Z, Mellar A, et al. Fracture prevention with infrequent zoledronate in women 50 to 60 years of age. *N Engl J Med*. 2025;392(3):239-48.
- Reid IR, Billington EO. Drug therapy for osteoporosis in older adults. *Lancet*. 2022;399(10329):1080-92. Erratum: 2022;400(10354):732.
- Fricke J, Ek S, Modig K. Få följs upp och behandlas efter osteoporosfraktur. *Läkartidningen*. 2025;122:24137.
- Wang M, Seibel MJ. Secondary fracture prevention in primary care: a narrative review. *Osteoporos Int*. 2024;35(8):1359-76.
- Geerligs L, Rankin NM, Shepherd HL, et al. Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implement Sci*. 2018;13(1):36.

SUMMARY

From fragility fracture to secondary prevention – no standardized care pathways

To better understand the shortcomings and underlying causes in secondary fracture prevention, it is important to consult the different healthcare professionals involved in fracture care. As a first step, orthopedic surgeons at Swedish orthopedic clinics were approached. The aim was to gain insight into how these clinics perceive and manage patients with fragility fractures and suspected underlying osteoporosis.

We found considerable variation in how orthopedic departments in Sweden initiate secondary prevention following fragility fractures. Referral to primary care is the most common approach, though other measures are also used. Despite national recommendations, no consensus exists on standardized procedures, and collaboration within the fracture liaison service is often perceived as insufficient. Many clinics lack a fracture coordinator, a role intended to ensure coordinated care for these patients. The findings highlight the need to follow established guidelines and strengthen cooperation across different levels of care to achieve more equitable treatment for patients with fragility fractures and suspected underlying osteoporosis.