

ALDERSBEGREBETS ANVENDELSE I ORTOPÆDISK KIRURGI

Marianne Breddam

Artiklen handler om aldersbegrebets anvendelse i ortopædisk kirurgi og forholder sig kritisk til behandlingsstandardisering på baggrund af patienternes alder. Forfatteren advokerer for en mere differentieret og individualiseret behandlingstilgang, hvor ikke kun patientens alder, men også deres aktivitetsniveau tages i betragtning, når behandlingstilbud defineres.

Marianne Breddam er overlæge i ortopædisk kirurgi i »Ortopæd kirurgi Nordjylland«. Hun er MHH (Master of Health and Humanities) og postgraduat klinisk lektor i ortopædkirurgi i region nord (Nordjyllands, Århus, Viborg og Ringkøbing amter).

Gerontologi og samfund 2004; 20, 3: 54-56

ALDERSKATEGORISERING

Behandler vi i den danske velfærdsstat ældre anderledes end yngre, når de er syge? Får ældre en dårligere behandling end yngre får? Og handler det i virkeligheden bare om at spare penge?

Denne artikel vil prøve at dykke ned i spørgsmålene og søge svar med udgangspunkt i ortopædkirurgien, hvor der faktisk er formuleret standardiserede behandlingsregimer på baggrund af patienternes alder. Standardiseringen har til formål at give samme videnskabeligt dokumenterede behandlingstilbud til alle patienter med samme lidelse, således at f.eks. geografiske forhold ikke skal have betydning for behandlingstilbuddet.

Alderen som diagnose blev introduceret i 1800 tallet i takt med, at alder i sig selv blev brugt som definerende for retten til offentlig forsørgelse uden krav om svækkelse af helbredet¹. Denne alderskategorisering smittede af på lægevidenskaben, idet alderdom som diagnose, såvel som udviklingen af statistiske metoder i lægevidenskaben, fandt sted i samme periode. Kategoriseringen af de ældre er fortsat op til i dag, for når man fra sundhedsvæsenets side anvender alderskategorisering, nedprioriteres ældres behandling og genoptræning, og det afslører, at sund-

hedsvæsenet har et negativt ældrebillede (ibid), hvor man ikke ønsker at bruge flere ressourcer end højest nødvendigt på den ældre patientgruppe.

REFERENCEPROGRAMMER.

Et referenceprogram er, som Sundhedsstyrelsen definerede det i 1992, »en systematisk gennemgang af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer«. I ortopædkirurgien skal et referenceprogram (som behandlingsinstruks) godkendes af Dansk ortopædisk selskab og herefter fungere i hele landet som retningsgivende for behandlingen af en defineret lidelse. Programmet udarbejdes af anerkendte eksperter på området. Det har til formål at standardisere behandlingen af den angivne lidelse, således at patienter over hele landet tilbydes den samme og veldokumenterede behandling.

Et par eksempler vil vise aldersbegrebets anvendelse i disse referenceprogrammer:

SLIDGIGT I HOFTEN

I referenceprogrammet om hofteartrose (slidgigt i hofte)² fremgår det, at patienter under 60-65 år med et højt aktivitetsniveau bør tilbydes en ucementeret ledskål. Patienter i samme aldersgruppe med lavt aktivitetsniveau kan nøjes med en cementeret ledskål, men hvad med ældre med et højt aktivitetsniveau? Det fremgår ikke, om de skal tilbydes den ucementerede model. Der gives ikke i referenceprogrammet nogen definition af begreberne højt og lavt aktivitetsniveau, hvorfor dette må tillægges den undersøgende læges personlige skøn.

Baggrunden for denne anbefaling er, at flere studier har vist, at en cementeret hofteskål hos yngre patienter har tendens til at løsne sig efter 15-20 år hos mellem 40 og 50 % af patienterne^{3,4}. Derimod har resultaterne efter indsættelse af den ucementerede hofteskål hos sammen patientgruppe vist sig at have en mindre løsningsfrekvens^{5,6}, og på den baggrund har man valgt, at patienter med en forventet restlevetid på mere end 15-20 år skal opereres med indsættelse af en ucementeret hofteskål, mens patienter med en forventet restlevetid på mindre end 15-20 år skal tilbydes indsættelse af en cementeret hofteskål.

Med hensyn til de ambulante kontroller anbefales det, at patienter over 65 år kontrolleres i 1 år, mens patienter under 65 år pga. større slid på protesen kontrolleres i op til 10 år efter operationen.

LÅRBENSHALSBRUD

Hvad angår frakturbehandling anbefales det i referenceprogrammet for collum femoris frakturer (brud på lårbenshalsen)⁷, at patienter under 75 år skal have bruddet reponeret (sat på plads) og fastholdt med skinner og skruer. Denne behandling forventes at give det bedste resultat i forhold til at opnå et højt funktionsniveau⁸, men der er risiko for, at bruddet kolliderer, og at det senere vil blive nødvendigt at indsætte en total hofteprotese⁹. På grund af denne risiko indsætter man i stedet som hovedregel en halvprotese hos patienter over 75 år fra starten. Denne protese er – i modsætning til totalprotesen – enkel at indsætte. Operationstiden er derfor ganske kort, det er sjældent nødvendigt at reoperere patienterne, og det funktionelle

SKINNER OG SKRUER

Patientens egen knogle sættes sammen og holdes fast med skinner og skruer

HALVPROTESE

Ledhovedet fjernes og erstattes af et ledhoved af metal

TOTAL HOFTEPROTESE

Ledhovedet fjernes og erstattes af et ledhoved af metal, og desuden indsættes kunstig hofteskål.

Overlæge, MHH, PKL, Marianne Breddam
Ortopædkirurgi Nordjylland
Aalborg Sygehus Syd
9000 Aalborg



resultat i den ældre patientgruppe er beskrevet som værende acceptabelt hos op til 95 % af disse patienter^{10,11}.

Man mener derfor, at ældre svagelige patienter vil have bedst af at få foretaget en operation med halvprotese »en gang for alle«, mens den samme protese hos den yngre del af ældregruppen ikke forventes at give så godt et funktionelt resultat som påplads-sætning og eventuel senere indsættelse af en helprotese⁸. I programmet ligger således en forventning om, at ældre under 75 år er aktive, mens ældre over 75 år er svage og har bedst af en operation »en gang for alle«. Det vil dog selvfølgelig for den enkelte kirurg være ganske acceptabelt at operere med påplads-sætning af bruddet, hvis en 80 årig patient er meget frisk og aktiv, men i sådanne tilfælde må kirurgen argumentere for, hvorfor standardproceduren ikke er blevet overholdt.

OSTEOPOROSE

I referenceprogrammet for Colles' frakturer (håndledsbrud)¹² anbefales det, at ældre med lavt funktionsniveau, i modsætning til andre patienter, ikke bliver opereret, når bruddet er forskudt. Der er dog ingen reference på denne anbefaling. Her er alder i sig selv således ikke en udløsende faktor i forhold til en specifik behandling, men udelukkende hvis alderen er kombineret med et lavt funktionsniveau. Ældre med højt funktionsniveau vil således blive tilbudt operation, men det fremgår ikke, om yngre patienter med lavt funktionsniveau vil blive frarådet operation.

Foruden patientens alder kunne man forestille sig, at behandlingen af et brud, hvad enten der er tale om lårbenshalsbrud eller håndledsbrud, skal differentieres i forhold til knoglernes substans. Begge brudtyper er såkaldte osteoporose frakturer^{13, 14}, så måske

skal der tilbydes forskellig behandling, alt efter om patienten har osteoporose eller ej og i hvilken grad. Der er dog ikke nogen dokumenteret forskel på, om patienterne har osteoporose eller ej, set i forhold til hvilken operationsmetode, der skal anvendes. Indtil videre bygger anbefalingerne altså på patienternes alder og deraf forventede aktivitetsniveau og restlevetid.

HOLDNINGER TIL ALDERSBEGREBET

Aldersbegrebet bliver anvendt i ortopædkirurgien i Danmark til at differentiere mellem forskellige behandlingstilbud, men spørgsmålet er, hvorvidt det, som beskrevet af Kirk¹, skyldes, at sundhedssystemet har et negativt ældrebillede, eller om der kan være andre årsager?

Overlæge Poul-Torben Nielsen er specialansvarlig overlæge på hofte/knæ sektoren

i Ortopædkirurgi Nordjylland, hvor der årligt indsættes ca. 800 hofteproteser og 500 knæproteser, og han er medforfatter til referenceprogrammet om slidgigt i hoften. Poul-Torben Nielsen fortæller, at økonomi er en styrende faktor, når man bestemmer, hvilke typer proteser, der tages i anvendelse til forskellige patienttyper. En ucementeret hofteprotese koster ca. 15.000 kr., mens en cementeret protese koster 10.000 kr. Man mener, at en cementeret protese som hovedregel »holder tiden ud« på en patient, som er over 70 år gammel. Derfor mener Poul-Torben Nielsen, set i lyset af de ikke ubegrænsede økonomiske ressourcer, at det er rimeligt at differentiere behandlingstilbudene i forhold til patientens alder.

På spørgsmålet om, hvorvidt man ikke tager den enkelte patient af syne, når behandlingen stringent relaterer sig til dåbsattesten, forklarer Poul-Torben Nielsen, at det klart er en risiko, og at han bestræber sig på at tage hensyn til den individuelle patient. Han fortæller, at han engang satte en totalprotese i stedet for den billigere halvprotese i en kvindelig patient på 99 år. Hun var rask og velfungerende bortset fra slidgigten, og hun passede sin 95-årige søster i hjemmet. Hun havde dog så ondt i sin hofte, at hun ikke længere kunne gå i Netto og handle, men det kunne hun efter operationen. Poul-Torben Nielsen fortæller, at han også kan finde på at give en dyr protese til en ældre patient, der fx er aktiv landmand.

Overlægen er dog opmærksom på, at standardisering udelukkende i forhold til alder kan være et problem, hvis den enkelte behandler ikke er i stand til at »se ud over« standarden og tage hensyn til den enkelte patient, og han foreslår, at fremtidige behandlingsmetoder baserer sig på algoritmer, hvor både alder og aktivitetsniveau indgår, således at en ældre patient med et højt aktivitetsniveau skal tilbydes den dyre protese, mens en yngre patient med lavt aktivitetsniveau kan tilbydes den billigere protese.

ANBEFALINGER

Når man spørger den enkelte ortopædkirurg om baggrunden for anvendelsen af aldersbegrebet, som vi ser det i dag, fremstår han ikke som repræsentant for et sundhedsvæsen med et negativt syn på de ældre. Han synes i bedste mening at differentiere sin behandling, som for patienten er den bed-

ste og billigste. Hvis en patient forventes at leve mindre end 15 år, og den protese, som holder i op til 15 år, er 1/3 billigere end den protese, som holder i 15-20 år, må det vel i forhold til samfundsøkonomien være ganske rimeligt, at den ældre patient får den billigere behandling. Patienten forventes jo ikke at ville være i stand til at opnå den fordel, den dyrere protese har – nemlig at kunne holde i 15-20 år. Så langt så godt. Problemet er bare, at de rigide standardiseringer baseres på generelle forudsætninger og ikke på det enkelte individ. Når der udelukkende fokuseres på dåbsattesten, går værdifulde informationer tabt, som for den enkelte kan være af væsentlig betydning for valget af behandling.

Andelen af ældre i befolkningen er stigende, og man kan gisne om, hvad det vil betyde for anvendelsen af aldersbegrebet i ortopædkirurgien. På den ene side kan man frygte, at økonomiske betragtninger i endnu højere grad end i dag vil være bestemmende for valget af behandling, men på den anden side er der nok ingen tvivl om, at fremtidens ældre i højere grad end nu vil være i stand til at råbe højt og kræve at være medbestemmende i forhold til de behandlingstilbud, de præsenteres for. De »nye« ældre er vokset op i en tid, hvor dels autoritetstroen er blevet mindre, og hvor der er en stor gruppe af ældre, som er endog særdeles aktive, fx i forhold til at dyrke sport. Disse parametre kan formentlig være medvirkende til, at behandlingstilbuddene i højere grad individualiseres.

Der bør dog ikke være tvivl om, at samme lidelse bør behandles på forskellig vis hos forskellige patienttyper. Man kan godt have samme sygdom, men kræve en forskellig behandling alt efter, hvem man er. Det må være rimeligt, at man pga. de begrænsede ressourcer vælger den billigste løsning, hvis valget står mellem flere behandlinger, som for den enkelte er lige gode. Alderskriteriet bør dog ikke stå alene, det må suppleres af andre parametre så som aktivitetsniveau. Vigtigst af alt må den enkelte behandler være i stand til at se den enkelte patient som individ og ikke som en diagnose.

Generelle retningslinier er nødvendige for at sikre kvalitetsmæssigt ensartede behandlingstilbud, og som støtte for mere ufarne læger. Men hensynet til den enkelte, unikke patient må aldrig tabes af syne. ■

LITTERATUR.

- 1 Kirk H. Da alderen blev en diagnose. København, Munksgaard 1995.
- 2 Referenceprogram for hofte artrose, 2001. www.ortopaedi.dk.
- 3 Joshi AB, Porter ML, Trail IA, Hunt LP, Murphy EM, Hardinger K. Long term results of Charnley low-friction arthroplasty in young patients. *Journal of Bone and Joint Surgery (br)*. 1993, 75:616-23.
- 4 Toshia ME, Klassen RA, Bianco AJ. Total hip arthroplasty with cement in patients less than twenty years old. Long term results. *Journal of Bone and Joint Surgery (am)*. 1996, 78(7):995-1003.
- 5 Smith SE, Harris WH. Total hip arthroplasty performed with insertion of the femoral component with cement and the acetabular component without cement. *Journal of Bone and Joint Surgery (am)* 1997, 79:1827-1833.
- 6 Bohm P, Bosche R. Survival analysis of the Harris-Galante I acetabular cup. *Journal of Bone and Joint Surgery (br)*. 1998, 80:396-403.
- 7 Referenceprogram for collum femorisfrakturer, 2003. www.ortopaedi.dk.
- 8 Partanen J, Saarenpää I, Heikkinen T, Wingstrand, Thorgren KG, Jalovaara P. Functional outcome after displaced femoral neck fractures treated with osteosynthesis or hemiarthroplasty. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 2002, 73(5): 496-301.
- 9 Roden M, Schon M, Fredin H. Treatment of displaced femoral neck fractures: a randomized minimum 5-year follow-up study of screws versus bipolar hemiprostheses in 100 patients. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 2003, 74(1):42-44.
- 10 Tilberg B. Treatment of fractures of the femoral neck by primary arthroplasty. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1976, 47(2): 209-13.
- 11 Jensen JS, Holstein P. A long term follow-up of Moore arthroplasty in femoral neck fractures. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1975, 46(5): 764-74.
- 12 Referenceprogram for collesfrakturer, 2002. www.ortopaedi.dk.
- 13 Earnshaw SA, Cawte SA, Worley A, Hosking DJ. Colles' fracture of the wrist as an indicator of underlying osteoporosis in postmenopausal women: A prospective study of bone mineral density and bone turn over rate. *Osteoporosis International* 1998, 8:53-60.
- 14 Cummings SR, Nevitt MC. A hypothesis: the cause of hip fracture. *Journal of Gerontology* 1989, 44: M107-M111.