

Sekundärprevention – fortfarande en utmaning efter fragilitetsfraktur

FÅ LÄKEMEDELSBEHANDLINGAR EFTER HÖFTFRAKTURER – TROTS FRAKTURKEDJOR

Varje år uppkommer totalt cirka 85 000 fragilitetsfrakturer i Sverige, varav 16 000 är höftfrakturer [1], och man räknar med en fördubbling av antalet höftfrakturer mellan år 2002 och 2050 [2]. Många med höftfraktur har haft en tidigare fragilitetsfraktur men är trots detta ofta utan preventiv interventionsbehandling [3]. För dem som haft en höftfraktur fördubblas risken för en ny fraktur under det följande året [4] varför en så kallad sekundärprofylax är av yttersta vikt.

Genom att diagnostisera fragilitetsfrakturer och behandla osteoporos i ett tidigt skede kan man minska risken för ytterligare frakturer och därmed också lidandet och vårdbördan. De långsiktiga följderna av den allvarligaste fragilitetsfrakturen, höftfrakturen, blir i många fall försämrade gångförmåga och ändrat boende, och dödligheten är så hög som 25–30 procent det första året efter frakturen [5].

Sammanfattningsvis har höftfrakturer allvarliga konsekvenser både ur den enskilde individens och ur samhällsekonomiskt perspektiv.

Redan 2012 kom Socialstyrelsens rekommendationer om ett strukturerat omhändertagande för en förbättrad sekundärprofylax efter fragilitetsfraktur, förslagsvis vård enligt en frakturkedja med koordinator [6]. Tre typer av vårdkedjor presenterades: typ A, där allt från utredning till behandling kontrolleras av en central koordinator; typ B, där en koordinator står för utredning och riskvärdering, men överläter insättning av behandling till primärvården, och typ C, som identifierar och informerar patienten om eventuell osteoporos och frakturrisik.

2016 kom Socialstyrelsen med nya rekommendationer, och Läkartidningen hade ett temanummer om osteoporos där underdiagnostiseringen och underbehandlingen av osteoporos i Sverige belystes [3]. Socialstyrelsen utkom året innan med »Målnivåer för rö-

Akin Kulbay,
examinerad läkare,
Karolinska institutet
● akin.kulbay@sl.se

Dan Vest, ortoped-
specialist, ortopedkli-
niken, Blekingesjuk-
huset

**Karl-Göran Thorn-
gren**, senior pro-
fessor, VO ortopedi,
Skånes universitets-
sjukhus

Ami Hommel, profes-
sor, leg sjuksköterska,
VO ortopedi, Skånes
universitetssjukhus

**Margareta Hed-
ström**, professor,
Karolinska institutet;
överläkare, rekon-
struktiv ortopedi, Ka-
rolinska sjukhuset

relsorganens sjukdomar«, där man satte som mål att uppnå en ökning av antalet patienter med benspecifik behandling efter fragilitetsfraktur, från dåvarande 11 procent till 30 procent [7]. Ett annat mål var att monoterapi med kalcium och D-vitamin skulle minska med 50 procent [7].

I nationella riktlinjer och från Osteoporosföreningen har man länge rekommenderat att patienter med fragilitetsfrakturer erbjuds systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att minska risken för ytterligare frakturer. Förutom farmakologisk behandling rekommenderades träning, fallpreventiva åtgärder och om möjligt eliminering av riskfaktorer för osteoporos såsom rökning och undervikt. Som riskkalkyl har exempelvis FRAX (fracture risk assessment tool) rekommenderats, eventuellt kompletterat med DXA (dual-energy X-ray absorptiometry), som också används vid uppföljning av bentätheten efter insatt behandling [7, 8]. Men en typisk fragilitetsfraktur är behandlingsindikation i sig, då tidigare studier visat att behandling med zoledronsyra minskar risken för ny fraktur jämfört med placebo utan känedom om bentäthet [8, 9].

Vårt syfte var att göra en kvalitetsuppföljning av patienter med höftfraktur från två sjukhus som registrerades 2010–2018 i kvalitetsregistret Rikshöft med tanke på gällande riktlinjer för osteoporos. Andelen patienter med höftfraktur som utreddes för osteoporos och behandlades med benspecifik osteoporosbehandling eller monoterapi registrerades under åren.

METOD

I ett kvalitetsarbete utgående från Rikshöft [10] registrerade Skånes universitetssjukhus Lund och Blekingesjukhuset Karlskrona data om genomförd osteoporosutredning och insatt osteoporosbehandling det första året efter en höftfraktur. Lund deltog 1 jan 2010 till 31 dec 2018 och Karlskrona från 1 feb 2010 till 31 okt 2013. Rikshöfts täckningsgrad låg mellan 81 och 88 procent för riket och mellan 81,5 och 100 procent för de aktuella sjukhusen under perioden. Lund tillämpade frakturkedja enligt modell B och Karlskrona arbetade enligt både modell A och B.

Exklusionskriterier var patologisk fraktur, ålder under 55 år och om patienten uppgav sig ha haft behandling för osteoporos före frakturen. Data som hämtades från Rikshöft var ålder, kön, typ av höftfraktur, sjuklighet vid frakturtilfället (ASA-klass) och boendeform före fraktur, kognitiv funktion (demensdiagnos, ej fullt orienterad, kognitivt intakt). Dessutom

HUVUDBUDSKAP

- Andelen patienter som under 2010–2018 behandlades med benspecifika läkemedel efter en höftfraktur var låg: 6 procent.
- Män med höftfraktur genomgick utredning och blev ordinerade osteoporosläkemedel i lägre utsträckning än kvinnor.
- Bristande konsensus om ansvarsområde, trots frakturkedjor, kan vara en förklaring.

registrerades tidigare frakturer, riskfaktorer såsom diagnostiserad reumatoid artrit, pågående rökning och pågående cortisonbehandling. Riskbedömning med FRAX och diagnostisk utredning av bentätheten med DXA under den akuta vårdtiden, inom 4 respektive 12 månader efter höftfrakturen, registrerades. In-satt osteoporosbehandling registrerades och definierades som benspecifik behandling (bisfosfonat, teriparatid, denosumab) [11] eller monoterapi med kalcium och D-vitamin. Subgruppsanalyser gjordes för sjukhus, kön, ålder < 76 och ≥ 76 år, före och efter 2016 års uppmärksammade diskussion om vikten av osteoporosbehandling med läkemedel, fallprevention, gott näringsstatus samt nyttan av sekundärprofylax [3].

Mortalitetsdata 4 och 12 månader efter frakturen inhämtades från Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Statistiska analyser gjordes med SPSS version 25 för MacOS (IBM, SPSS Statistics).

Pearsons χ^2 -test användes för att jämföra kategoriska variabler och Students t-test användes för kontinuerliga variabler vid test mellan grupperna. Ett p-värde < 0,05 ansågs statistiskt signifikant.

RESULTAT

4 322 patienter, 3 487 från Lund och 835 från Karlskrona, med en medelålder på 82 år inkluderades (66 procent kvinnor) (Tabell 1). Antalet patienter inkluderade från Lund var i median 389/år (356–406) och från Karlskrona 214/år (181–227). Exkluderade var 126 patienter under 55 år, 975 med uppgiven tidigare eller pågående osteoporosbehandling (17,6 procent av alla med höftfraktur) och 115 patienter med patologisk fraktur.

FRAX

Av den totala kohorten (n = 4322) riskbedömdes 99,2 procent med FRAX.

DXA

Totalt utreddes 747/4 322 (17 procent) med DXA, 358 under den akuta vårdtiden och 389 under de följande 12 månaderna från frakturdatum. Männerna utreddes i mindre grad (10 procent) än kvinnorna (21 procent), den yngre gruppen mer än den äldre (35 procent respektive 12 procent) och de med färre komorbiditeter (ASA I+II) utreddes i högre grad än de med fler (ASA III+IV) (24 procent jämfört med 13 procent). Patienter mellan 1 jan 2010 och 31 dec 2016 utreddes med DXA i lägre utsträckning (16,8 procent) än patienter mellan 1 jan 2017 och 31 dec 2018 (19,6 procent).

Läkemedelsbehandling av osteoporos

6 procent av den totala kohorten (n = 4 322) ordinerades benspecifikt läkemedel (242 bisfosfonat, 6 denosumab, 6 teriparatid, 1 femanest) under det första året efter höftfrakturen. År 2012 och 2013 år minskade den benspecifika behandlingen till 3 respektive 1 procent, därefter steg den igen (Figur 1).

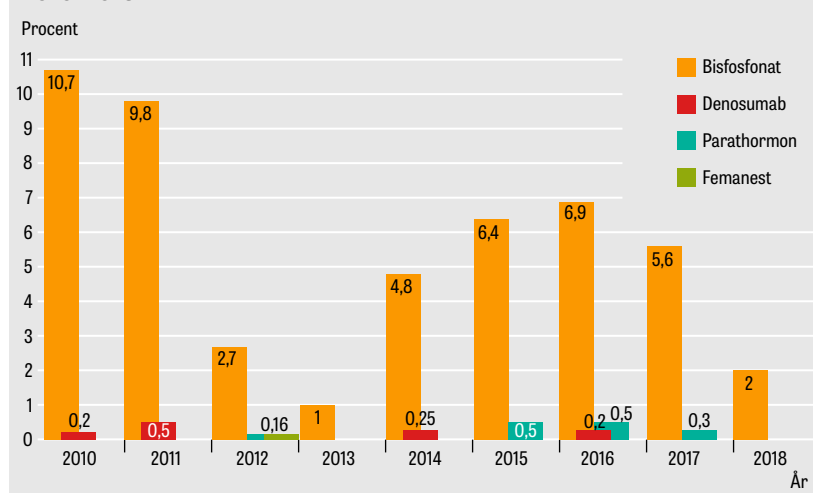
Kvinnorna behandlades i högre grad än männen (7 procent respektive 4 procent) samt, liksom de friskaste patienterna (ASA I+II) och de yngre (Tabell 2).

I genomsnitt under åren erhöll 4 procent av patienterna från Skånes universitetssjukhus Lund benspecifikt behandling (2010–2015 3,5 procent, 2016–2018 5,2 procent). I Karlskrona ordinerades 13,5 procent ben-

TABELL 1. Demografisk fördelning av studiepopulationen 2010–2018.

	Män (n=1486) n (procent)	Kvinnor (n=2836) n (procent)	Alla (n=4 322) n (procent)
● Ålder vid ankomst			
Medel ± SD (år)	80,2 ± 9,35	82,7 ± 9,13	81,7 ± 9,28
● Mental status*			
Kognitivt intakt	738 (61)	1368 (60)	2106 (60,5)
Ej fullt orienterad	259 (22)	458 (20)	717 (20,5)
Demensdiagnos	206 (17)	457 (20)	663 (19)
● ASA**			
ASA 1	59 (4)	133 (4,7)	192 (4,5)
ASA 2	467 (31,4)	1131 (39,9)	1598 (36,8)
ASA 3	872 (58,7)	1472 (51,9)	2344 (54,3)
ASA 4	88 (5,9)	99 (3,5)	187 (4,3)
● Typ av fraktur			
Cervikal fraktur			
Odilaterad	172 (11,6)	332 (11,7)	504 (11,65)
Dislaterad	632 (42,5)	1093 (38,5)	1725 (40,5)
Basocervika	66 (4,5)	82 (2,9)	148 (3,7)
Trokantär	517 (34,8)	1087 (38,4)	1604 (36,6)
Subtrokantär	99 (6,6)	242 (8,5)	341 (7,55)
● Tidigare frakturer***			
Ja	546 (36,7)	1434 (50,6)	1980 (45,8)
Nej	938 (63,2)	1400 (49,3)	2338 (54,1)
● Boende			
Eget boende	848 (57)	1674 (59)	2522 (58,4)
Sjukhem/annat institutionsboende	638 (43)	1162 (41)	1800 (4,6)
● Sjukhus			
Blekinge sjukhuset Karlskrona	282 (34)	553 (66)	835 (20)
Skånes universitetssjukhus Lund	1204 (35)	2283 (65)	3 487 (80)
● Rökning****			
Ja	229 (15,4)	308 (10,9)	537 (12,4)
Nej	1257 (84,6)	2525 (89)	3 782 (87,5)
● Kortisonbehandling*****			
Ja	65 (4)	129 (4,5)	194 (4,5)
Nej	1421 (96)	2704 (95,4)	4 125 (95,4)
● Reumatoid artrit*****			
Ja	33 (2,2)	121 (4,3)	154 (3,6)
Nej	1452 (97,7)	2712 (95,6)	4 164 (96,3)
Saknades information om	836 (19,5)*	3 (0,1)****	
	1 (0,1)**	3 (0,1)*****	
	4 (0,1)***	4 (0,1)*****	

specifikt behandling under de år de deltog i studien. Monoterapi med kalcium och D-vitamin minskade från 2016 till 2018 till 7 procent från att ha varit 14 procent 2010–2015.

FIGUR 1. Andel patienter med höftfraktur ordinerade benspecifik behandling 2010–2018**TABELL 2. Andel behandlade med benspecifika läkemedel efter höftfraktur 2010–2018.**

Fick behandling	Ja (n=255) n (procent)	Nej (n=4 067) n (procent)	Alla 4322	P-värde
● Kön				P < 0,001
Kvinna	201 (7)	2 635 (93)	2 836	
Man	54 (4)	1 431 (96)	1 486	
● Ålder				P < 0,001
55–75	103 (10)	920 (90)	1 023	
76+	152 (4,6)	3 147 (96,4)	3 299	
● ASA				P < 0,001
ASA 1	28 (14,6)	164 (85,4)	192	
ASA 2	144 (9)	1 454 (81)	1 598	
ASA 3	79 (3,4)	2 264 (96,6)	2 344	
ASA 4	4 (2,2)	183 (97,8)	187	

DISKUSSION

I genomsnitt gavs endast 6 procent benspecifik läkemedelsbehandling efter höftfraktur: 2010–2018, kvinnor och yngre i högre grad. FRAX användes i stor omfattning för riskbedömning av patienter med höftfraktur, 17,3 procent av patienterna med en höftfraktur utreddes med DXA och då framför allt kvinnorna, de friskaste och de yngsta patienterna.

Låg andel fick benspecifik behandling

Flera andra studier har redovisat låga siffror av insatt sekundärprofylax efter höftfraktur [12–14]. Jämfört med andra tidigare nationella och internationella studier är vår siffra något lägre [15–17]. Andelen patienter som fick läkemedel som sekundärprofylax i Lund var avsevärt lägre än i Karlskrona, vilket är anmärkningsvärt.

Lokala riktlinjer, och en annan typ av frakturkedja, kan ligga bakom den låga andelen som fick benspecifik osteoporosbehandling i Lund. Riktlinjerna i Lund instruerade också om att man kunde avstå vidare utredning och läkemedelsbehandling av riskpa-

tienter om de hade en kort förväntad överlevnad, då behandlingseffekterna är mer långsiktiga [18]. I stället rekommenderades sekundärprevention i form av fallprevention, fysisk aktivitet och gott nutritionsstatus [18].

Även om de lokala riktlinjerna avrådde vissa patientgrupper från medicinsk behandling så var andelen patienter som inte fick behandling efter sin höftfraktur anmärkningsvärt hög. En otydlig vårdkedja skulle också kunna ha bidragit till underbehandling, då en regional undersökning visat att många vårdcentraler i Skåne aldrig mottagit remiss från någon frakturkoordinator [19]. En del vårdcentraler uppgav också att en sådan remiss saknat relevant information och behandlingsrekommendationer [19].

Den låga andelen behandlade patienter kan således bero på otillräcklig kunskap på flera vårdnivåer om gällande riktlinjer och ansvarsområden.

Vikten av ett standardiserat vårdförlopp utanför ortopediklinikerna framkommer av en studie med mer än 2 000 slumpmässigt utvalda ortopedier som visade att endast 10 procent utredde höftfrakturpatienter med DXA, och en minoritet hade kunskap om effektiv läkemedelsbehandling vid osteoporos [20].

I Läkartidningens tema om osteoporos 2016 konkluderade man att vårdkedjor är den mest effektiva sekundärpreventionen efter fragilitetsfrakturer [3]. Modellen har undersökts [15, 21–23] och varit effektiv även i förenklade former med avsevärt minskad refrakturincidens [22, 23]. Baserat på föreliggande Rikshöft-data verkar behandlingsmedvetenheten regionalt dock inte ha ökat med tiden och med etablerad frakturkedja. Det är oklart varför, men en förklaring skulle kunna vara en bristande förankring i organisationerna, otydlig ansvarsfördelning och dålig kommunikation [20]. Positivt var att monoterapi minskade under åren, helt enligt Socialstyrelsens målnivåer 2015, vilket ändå tyder på att kunskapen om monoterapiens mycket begränsade effekter – och då för enbart vissa grupper med bristnivåer – ändå nått ut [7].

Under åren 2012 och 2013 sjönk andelen som fick

»Även om de lokala riktlinjerna avrådde vissa patientgrupper från medicinsk behandling så var andelen patienter som inte fick behandling efter sin höftfraktur anmärkningsvärt stor.«

benspecifik behandling, vilket skulle kunna förklaras av de uppmärksammade rapporter om atypiska femurfrakturer som publicerades under de åren [24–26]. Samma minskning av bisfosfonatanvändningen under motsvarande år har också redovisats från USA [27].

En svaghet med den aktuella studien är att annan profylax mot refraktur, såsom risksanering och fallpreventiva åtgärder, inte har registrerats. Generaliserbarheten av fynden är ytterst osäker, då det finns stora

regionala skillnader i osteoporosvården i Sverige [28], även om en generell underbehandling har påvisats för både män och kvinnor i Sverige 2007-2011 [28].

Köns- och åldersskillnader

Kvinnor fick läkemedelsbehandling i större utsträckning än männen. Detta är i linje med tidigare studier, som konstaterat att fokus legat på den kvinnliga osteoporosen [16]. Dessa könsskillnader avseende både utredning med DXA och insatt sekundärprofylax kan möjligen förklaras av en medvetenhet om klimakteriets effekter som leder till osteoporos, medan männen inte har en särskild livshändelse som är kopplad till osteoporos [23]. Man bör dock alltid utesluta sekundära former av osteoporos hos män, och annars erbjuda samma profylax som till kvinnor efter fragilitetsfraktur, det vill säga risksanering, fallprevention och benspecifik behandling.

Att yngre patienter behandlas med sekundärprofylax efter fraktur i större utsträckning än äldre är tidigare visat i en svensk undersökning [28].

Nya rekommendationer

Socialstyrelsen har kommit med nya riktlinjer, återigen med rekommendation av frakturkedjor [1]. Nationellt system för kunskapsstyrning (Sveriges regioner i samverkan) har aktuella rekommendationer om ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp efter

fragilitetsfraktur samt tydliga indikatorer för uppföljning [29]. Även Läkemedelsverket har utkommit med uppdaterade behandlingsriktlinjer vid fragilitetsfraktur där benspecifik behandling alltid ska övervägas [30]. Monoterapi med kalcium och D-vitamin rekommenderas som tidigare bara vid konstaterat bristtillstånd eller till institutionsboende som mestadels vistas inomhus.

SLUTSATSER

Trots mångåriga och tydliga svenska riktlinjer för sekundärprofylax efter en fragilitetsfraktur fann vi en klar potential för förbättring i denna regionala studie.

En minoritet av höftfrakturerna - i synnerhet hos män - behandlades åren 2010-2018 i preventivt syfte med benspecifika läkemedel för att undvika ytterligare fragilitetsfrakturer. En strukturell förändring för att implementera riktlinjer i klinisk praxis mer adekvat behövs för att spara lidande och vårdresurser.

Nya riktlinjer, rekommendationer för vårdförlopp och uppföljning samt tydliga behandlingsriktlinjer från Läkemedelsverket finns som stöd för att fortsätta att förbättra kvaliteten för patienter med fragilitetsfrakturer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2021;118:21033*

REFERENSER

- Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-1-7137.
- Rosengren BE, Karlsson MK. The annual number of hip fractures in Sweden will double from year 2002 to 2050: projections based on local and nationwide data. *Acta Orthop.* 2014;85(3):234-7.
- Åkesson K. »Frakturkedjor« är den mest effektiva sekundärpreventionen. *Läkartidningen.* 2016;113:D9HX.
- Colón-Emeric C, Kuchibhatla M, Pieper C, et al. The contribution of hip fracture to risk of subsequent fractures: data from two longitudinal studies. *Osteoporos Int.* 2003;14(11):879-83.
- Rikshöft. Årsrapport 2020. https://04e8d8b0-c67b-4aa0-a7e7-d272a37c2285.filesusr.com/ugd/3ac01b_7ed6560d1255425b964d-6b19833f148e.pdf
- Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-5-1.
- Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-9.
- Svenska osteoporossällskapet. SVOS vårdprogram osteoporos 2015. <https://www.google.com/amp/s/docplayer.se/amp/11503083-Vardprogram-for-osteoporos.html>
- Lyles KW, Colón-Emeric CS, Magaziner JS, et al. Recurrent fracture trial. Zoledronic acid and clinical fractures and mortality after hip fracture. *N Engl J Med.* 2007;357(18):1799-809.
- Rikshöft [citerat 27 nov 2019]. <https://rikshoft.se/om-rikshoft/>
- Prestwood KM, Pilbeam CC, Raisz LG. Treatment of osteoporosis. *Annu Rev Med.* 1995;46:249-56.
- Bauer DC. Osteoporosis treatment after hip fracture: bad news and getting worse. *JAMA Netw Open.* 2018;1(3):e180844.
- Rabenda V, Vanoverloop J, Fabri V, et al. Low incidence of anti-osteoporosis treatment after hip fracture. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(10):2142-8.
- Jennings LA, Auerbach AD, Maselli J, et al. Missed opportunities for osteoporosis treatment in patients hospitalized for hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):650-7.
- Åstrand J, Thorngren KG, Tägil M, et al. 3-year follow-up of 215 fracture patients from a prospective and consecutive osteoporosis screening program. *Fracture patients care!* *Acta Orthop.* 2008;79(3):404-9.
- Feldstein AC, Nichols G, Orwoll E, et al. The near absence of osteoporosis treatment in older men with fractures. *Osteoporos Int.* 2005;16(8):953-62.
- Wright RM. Use of osteoporosis medications in older nursing facility residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2007;8(7):453-7.
- Vårdprogram osteoporos - prevention och behandling efter lågenergifraktur. 2013 (reviderat 7 maj 2018). Malmö: Region Skåne; 2018.
- Castor O, Johansson L, Tyrberg S. Osteoporosbehandling i primärvården. Malmö: Region Skåne/Allmänläkar-konsult Skåne; 2020. Rapport 2020:1.
- Sorbi R, Aghamirsalim MR. Knowledge of orthopaedic surgeons in managing patients with fragility fracture. *Int Orthop.* 2012;36(6):1275-9.
- Åstrand J, Thorngren KG, Tägil M. One fracture is enough! Experience with a prospective and consecutive osteoporosis screening program with 239 fracture patients. *Acta Orthop.* 2006;77(1):3-8.
- Axelsson KF, Jacobsson R, Lund D, et al. Effectiveness of a minimal resource fracture liaison service. *Osteoporos Int.* 2016;27(11):3165-75.
- 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.
- Aspenberg P, Schilcher J, Fahlgren A. Histology of an undisplaced femoral fatigue fracture in association with bisphosphonate treatment. Frozen bone with remodelling at the crack. *Acta Orthop.* 2010;81(4):460-2.
- Schilcher J. Epidemiology, radiology and histology of atypical femoral fractures. *Acta Orthop Suppl.* 2013;84(352):1-26.
- Koepfen VA, Schilcher J, Aspenberg P. Dichotomous location of 160 atypical femoral fractures. *Acta Orthop.* 2013;84(6):561-4.
- Jha S, Wang Z, Laucis N, et al. Trends in media reports, oral bisphosphonate prescriptions, and hip fractures 1996-2012: an ecological analysis. *J Bone Miner Res.* 2015;30(12):2179-87.
- Jonsson E, Eriksson D, Åkesson K, et al. Swedish osteoporosis care. *Arch Osteoporos.* 2015;10:222.
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur. Stockholm: Nationellt system för kunskapsstyrning; 2021.
- Läkemedelsverket. Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer. Behandlingsrekommendation. 30 apr 2020. Uppsala: Läkemedelsverket; 2020.

SUMMARY

Osteoporotic fractures – still a challenge, the Swedish National Hip Fracture Registry shows undertreatment of osteoporosis after hip fractures

Yearly 16 000 osteoporosis related hip fractures occur in Sweden. They cause suffering for patients and high costs for society. Subsequent fractures can be reduced with osteoporosis diagnostics and treatment. 4 322 patients from two hospitals using Fracture Liaison Services in Sweden were included to identify the rate of osteoporosis diagnostics and treatment during the first year after a hip fracture. Data between 2010-01-01 and 2018-12-31 were included from the Swedish National Hip Fracture Registry (Rikshöft). 99.2 % of all patients underwent FRAX risk assessment and DEXA was conducted on 17.3 % of patients. Women were more frequently examined with DEXA than men (21% vs 10.2 %). 6% received medical osteoporosis treatment after the fracture, women were treated more often than men (7% vs 4%). Conclusions: less than 10% received drug therapy after the first year after the hip fracture. Men underwent diagnostics and received treatment at a lower rate than women.