

UNDER-
DIAGNOSTISERAD,
UNDERBEHANDLAD
OCH REGIONAL
VARIATION

– och vad man kan göra åt det

BRYT

**INGEN SKA DÖ AV
OSTEOPOROS.**

INNEHÅLL

Sammanfattning	4
Inledning	5
Underdiagnostiserad och underbehandlad	6
Lösningen: en välfungerande frakturkedja	9
Införandet av frakturkedjor bedöms vara kostnadseffektivt	11
Påtaglig regional variation i behandlingen	13
Hög tid att skrida till handling!	15

SAMMANFATTNING

Denna rapport handlar om sjukdomen benskörhet (osteoporos) och osteoporosvården i Sverige. Den visar att osteoporosvården fungerar illa idag, att det beror på att sjukdomen främst drabbar äldre och kvinnor vilket ger den låg status, att det finns en mycket kostnadseffektiv lösning och att den regionala variationen är markant samtidigt som underbehandlingen är påtaglig i stort sett överallt.

Huvudslutsatserna är följande:

- ! Osteoporos är en utbredd folksjukdom, i vissa fall med dödlig utgång.
- ! Sjukdomen är underdiagnostiserad och underbehandlad. Kapaciteten för att få rätt diagnos är kraftigt underdimensionerad och inte ens en femtedel av patienterna får behandling mot benskörhet inom ett år efter diagnos, trots att sjukdomen kan leda till döden hos dem som drabbas av höftfrakturer. För många innebär sjukdomen ett stort lidande.
- ! Det handlar om en grupp patienter som kommer att växa i antal starkt framöver. Den större delen av patienterna med osteoporos utgörs av äldre kvinnor. Prioriteras inte vården av osteoporos idag kommer vi bli tvungna att göra det i framtiden, då patientbehoven kommer att öka kraftigt av demografiska skäl.
- ! Det finns en lösning – att införa frakturkedjor i sjukvården. Detta sätt att arbeta, att organisera vården i tydliga, patientcentrerade vårdförlopp, finns redan för många andra diagnoser. Det handlar alltså inte om helt ny kunskap eller helt nya sätt att organisera vården som inte prövats tidigare. Sedan 2021 finns dessutom ett nationellt beslut om att införa ett sådant vårdförlopp för osteoporos.
- ! Kostnadseffektiviteten i att införa en frakturkedja är, i normalfallet, hög – högre än för många läkemedel som fått godkännande och subvention av myndigheterna. I bästa fall, om vi lyckas införa frakturkedjor som överpresterar i förhållande till genomsnittet av frakturkedjor som finns idag, kan vi vinna en direkt besparing av de sammantagna sjukvårdskostnaderna.
- ! Vården varierar mellan regionerna. Detta visas av en utvärdering utförd av Socialstyrelsen 2014. En ny sådan utvärdering är på gång 2023, men redan idag kan man visa tecken på en kvarstående regional variation.

INLEDNING

Den här rapporten handlar om vården av benskörhet i Sverige. Det är en sjukdom som kommit i skymundan under mycket lång tid, detta trots att det är en folksjukdom som leder till stort lidande och i värsta fall död hos en alldeles för stor grupp.

Det är mot den bakgrunden som BRYT-initiativet kommit till stånd. BRYT är en koalition av aktörer med målet att synliggöra benskörhet i Sverige. Att ge de drabbade mer synlighet, att sprida information om sjukdomen, att påvisa gapen i dagens sjukvård och föreslå åtgärder.

BRYT-koalitionen¹ består av:

- SVENSKA OSTEOPOROSFÖRBUNDET
- 1,6 & 2,6 MILJONERKLUBBEN
- SVENSKA OSTEOPOROSSÄLLSKAPET
- NON-SMOKING GENERATION
- LÄKEMEDELSBOLAGET AMGEN
- MEDTECH-BOLAGET HOLOGIC

Gemensamt för dessa aktörer är att de alla kommer i kontakt med problematiken benskörhet i sin verksamhet. Många av dem har var och en på sitt håll arbetat med frågan i flera år.

Rapporten har följande upplägg. Inledningsvis ger vi en kort sammanfattning av läget avseende osteoporos – dess utbredning, risker och behandling. Därefter presenteras den lösning avseende vårdens organisation, som det råder bred samstämmighet kring: införandet av så kallade frakturkedjor.

Vi redovisar också beräkningar som visar att förverkligandet av en sådan vårdkedja bör bedömas som kostnadseffektiv.

Rapporten avslutas med en genomgång av hur osteoporosvården varierar mellan olika delar i Sverige. Vilken vård du får hänger starkt samman med var du bor. Dels återges den senaste stora jämförelsen från 2014. Nästa omfattande regionjämförelse kommer under andra halvan av 2023. Men aktuella siffror som tagits fram av BRYT-koalitionen antyder att regional variation kvarstår.

Rapporten bygger främst på möjliga data. I vissa fall är denna ett antal år gammal. Det är, i sig, en illustration till rapportens huvudtes: att Osteoporos inte åtnjuter den uppmärksamhet som diagnosen förtjänar. Det gäller både inom vården och när det gäller olika slags kartläggningar av läget. Vår uppfattning är samtidigt att den speglar också ett dagsläge. Inget talar för att osteoporosvården genomgått en drastisk förändring till det bättre under senare tid.

Rapporten är, menar vi, ett användbart dokument för den som vill vinna en samlad bild av utmaningen, lösningen och värdet av att investera i en utvecklad vård av osteoporos. Det gäller inte minst beslutsfattare på olika nivåer.

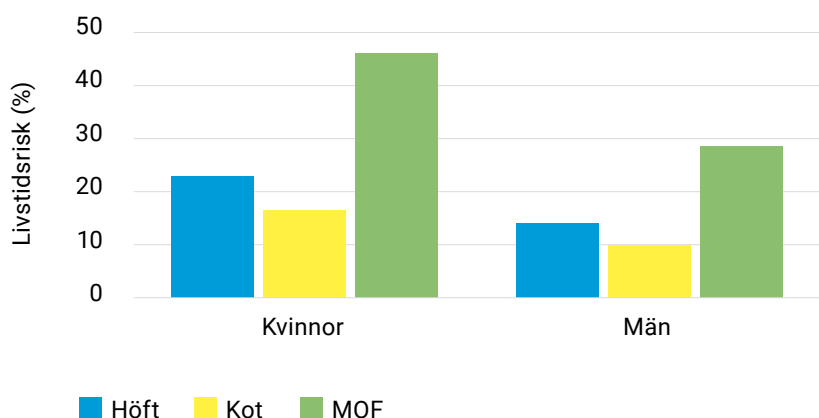
1. www.bryt.se

UNDERDIAGNOSTISERAD OCH UNDERBEHANDLAD

Osteoporos är en sjukdom som medför att skelettet blir svagt och skört. Risken för benbrott finns därmed även efter en mindre påfrestning. Sjukdomen har inga tydliga symptom; många vet inte om att de lider av osteoporos innan de råkar ut för en fraktur. Frakturer kan verka livsförändrande, medföra smärta, verka funktionshinder och medföra försvagade möjligheter att leva ett självständigt liv.²

Sjukdomen drabbar främst äldre, och fler kvinnor än män. Den gör skäl för att kallas "folksjukdom" med tanke på dess utbredning. Livstidsrisken för kvinnor över 50 år att drabbas är cirka 50% och strax under 40% för män.³

Livstidsrisk för benskörhetsfrakturer från 50 års ålder i Sverige³



Figur 1: Livstidsrisk för benskörhetsfrakturer

MOF Major osteoporotic fracture (större osteoporotisk fraktur), (frakturer på höft, ryggrad, överarm eller underarm).

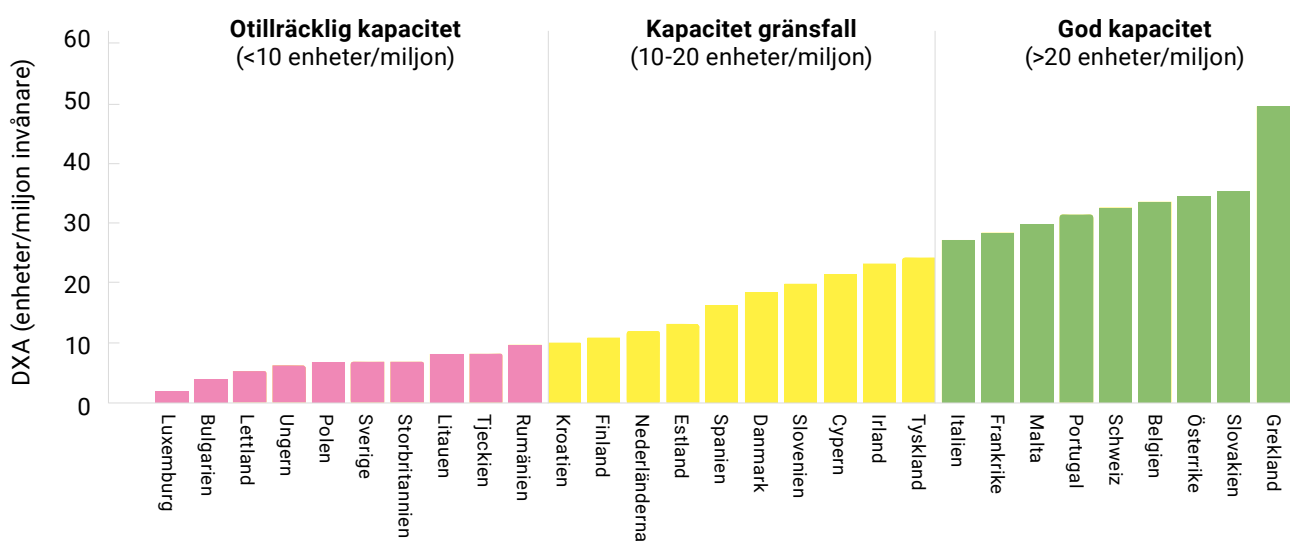
2. <https://www.osteoporosis.foundation>.

3. International Osteoporosis Foundation (2018) "Brutna ben, trasiga liv".

Helt avgörande för framgångsrik behandling är att patienterna diagnosticeras med osteoporos när de söker vård för ett benbrott. I ett första steg används ett beräkningsverktyg – FRAX ("Fracture Risk Assessment Tool") som kartlägger ett antal riskfaktorer. I ett nästa steg genomförs en särskild sorts röntgenundersökning; DXA ("Dual-energy X-ray Absorptiometry"). En bentäthetsmätning som slutligt bekräftar att man lider av osteoporos.

Vården brister redan i diagnoskedet. Ett tydligt tecken på detta är den bristande tillgången till DXA-utrustning i Sverige. I en jämförelse med andra europeiska länder, utförd av International Osteoporosis Foundation,⁴ ligger Sverige plats sex nedifrån, förankrad i kategorin "otillräcklig tillgång":

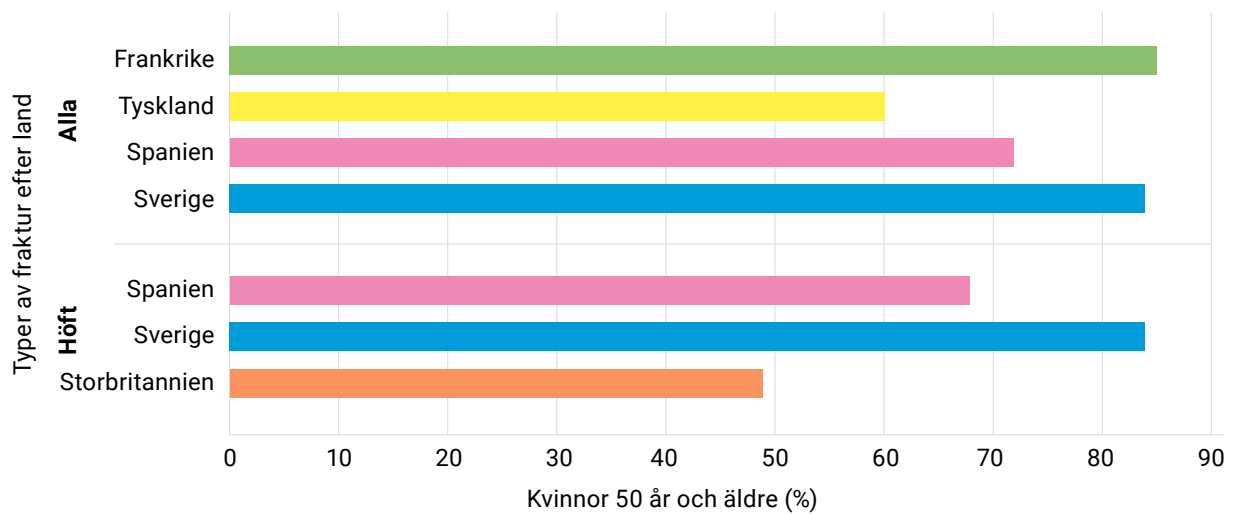
Tillgänglig DXA-utrustning (enheter/miljon invånare) i EU 27+2, 2019⁴



* Baserat på säljsiffror från DXA-leverantörer utan särredovisning av enheter som används i klinisk forskning eller står oanvända/underutnyttjade pga brist på finansiering.

4. <https://www.osteoporosis.foundation/scope-2021>

Andel kvinnliga patienter (50 år och äldre) som fortfarande inte behandlats ett år efter en osteoporotisk fraktur⁵



Figur 2: Behandling ett år efter fraktur

I nästa skede kommer sekundärpreventionen, att motverka återkommande frakturer. Läkemedelsbehandling som stärker skelettet eller minskar dess försvagning är en central del.

Avgörande är därför hur patienterna följs upp efter att själva frakturen åtgärdats. Statistiken visar mycket stora brister. Kvinnor är den dominerande patientgruppen och över 80% av kvinnorna väntar fortfarande på behandling ett år efter benbrottet. Sverige kommer dessutom inte särskilt väl ut vid en jämförelse med andra länder.⁵

Särskilt anmärkningsvärda är siffrorna avseende höftfrakturer. Det är ovanligt att ett sådant benbrott är det första hos dem som lider av osteoporos. Höftfrakturerna är särskilt allvarliga när det gäller följderna försämrade livskvalitet och dödsrisk.

Hakopian med flera konstaterar följande i en artikel i Läkartidningen:

21 procent av höftfrakturpatienterna förlorar förmågan att gå ensamma utomhus, och 13 procent förlorar sin gångförmåga helt. 3 procent av patienterna avlider under vårdtiden, och 38 procent dör inom 2 år.⁶

Vad beror dessa missförhållanden på? Orsaken, enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, är att diagnosen osteoporos brister i status. I avsnittet "Implementering" konstateras följande:

Som beslutfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras. (...) Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar män(...) Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, bör tänka på att osteoporos är en typisk lågstatussjukdom. Det beror på att sjukdomen i första hand drabbar äldre kvinnor. Följden är att det finns mindre forskning på området än på andra områden inom dessa riktlinjer, vilket också gör det svårare att avgöra hur åtgärderna ska prioriteras.⁷

En orsak ska alltså sökas i patientgruppen. Inte särskilt förvånande: vi vet att äldre kvinnor inte är en särskilt röststark grupp, varken i det individuella mötet i vården eller på samhällsarenan i allmänhet.

Mer överraskande är det andra ledet i förklaringen. Behandlingen kräver inte investeringar i "dramatiska eller högteknologiska" behandlingar. Man skulle kunna tro att det borde förhålla sig precis tvärtom. Att vi här inte har att göra med dyrbar högteknologi borde vara goda nyheter för de ansvariga och snarast underlätta förverkligande av en effektivare vård.

5. International Osteoporosis Foundation (2018) "Brutna ben, trasiga liv".

6. Hakopian et al Läkartidningen 15-16 2017

7. Socialstyrelsen (2021): Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar sid 51

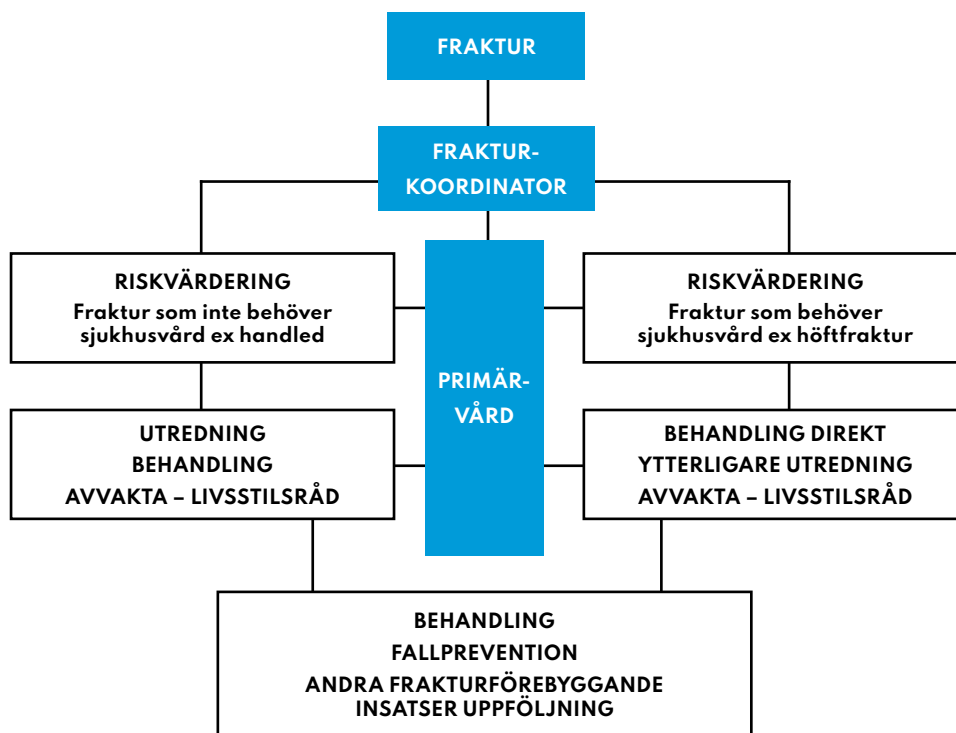
LÖSNINGEN: EN VÄLFUNGERANDE FRAKTURKEDJA

I SKR:s remissversion för kunskapsstyrning avseende osteoporos konstateras att det finns "en betydande underdiagnostik och underbehandling av personer med hög frakturnrisk och som tidigare haft en osteoporosrelaterad fraktur".⁸

Slutsatsen är att det krävs ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som minskar antalet patienter som riskerar få ytterligare frakturer. I osteoporos-sammanhang är det inte ovanligt att ett sådant vårdförlopp kallas "frakturkedja".

Införandet av frakturkedjor har fått högsta prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Även Läke-medelsverket betonar vikten av detta sätt att organisera vården.

Svenska Osteoporossällskapet har tagit fram följande grafiska beskrivning av en frakturkedja.⁹



EXEMPEL PÅ FRAKTURKEDJA

Figur 3: Frakturkedja

8. SKR: Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur
9. <https://svos.se/vardprogram-for-osteoporos/organisation-for-sekondarprevention-frakturkedjor/>

Bilden illustrerar ett par viktiga poänger. Den första är frakturkoordinators centrala roll i kedjan:

En frakturkoordinator ansvarar för **identifiering** och riskvärdering samt en väl utarbetad logistik för att samordna involverade vårdgivare. Samordningen sker genom koordinatören, som antingen kan utgå från den verksamhet som ansvarar för osteoporos eller från ortopedkliniken som behandlar akuta frakturer. Andra verksamheter kan också vara aktuella, såsom geriatrik, endokrinologi eller internmedicin. Koordinatören är vanligen sjuksköterska med specialkompetens. (...) Det är dock ortopedikliniken ansvar att tillförsäkra att sekundärprevention mot nya frakturer är en integrerad del.(.)¹⁰

En fraktur som kan misstänkas vara osteoporosrelaterad ska snabbt diagnosticeras med hjälp av FRAX ("Fracture Risk Assessment Tool" – ett formulär som stöder en riskvärdering av patienten). I ett nästa steg kan det bli fråga om en bentäthetsmätning – en DXA-mätning ("Dual-energy X-ray absorptiometry") i samråd med patienten.

Vid diagnos av osteoporos förmedlas denna och förslag om farmakologisk och/eller annan behandling i en remiss till primärvården. Vilket understryker den andra poängen: primärvårdens helt centrala roll i sekundärpreventionen.

Vilka är utmaningarna för att få frakturkedjor till stånd? Det handlar inte i första hand om ekonomi (vi återkommer till detta längre fram), utan om samordning. Och samordningsutmaningarna inom vården är, allmänt sett, välkända.

Men i fallet osteoporos är de kanske extra tydliga. Det handlar om samordning i flera led. Dels finns ingen professionell specialitet som är särskilt ägnad åt osteoporos. Som framgår ovan är det flera olika specialiteter som kan vara aktiva, vilket gör att diagnosen riskerar hamna mellan stolarna. Dels handlar det om samordning mellan slutenvården/akutvården och primärvården; en utmaning som är känd från många andra sammanhang. Mycket av kärnan i frakturkedjan är att brygga över dessa gap, dessa "organisatoriska mellanrum". Till stor del handlar det om kommunikation, samordning och ansvarstagande.

Arbetet med att sjösätta frakturkedjor pågår på många håll i landet. En intervjuundersökning som utförts på BRYT:s uppdrag av Gullers Grupp visar att flertalet regioner är igång. Samtidigt tycks man ha kommit olika långt.

En region som sedan 2017 arbetat systematiskt med införandet och som i början av 2019 startade en osteoporosmottagning med frakturkedja, är Västernorrland. Denna region kan därför utgöra ett exempel på hur man kan arbeta på både politisk och klinisk nivå.¹¹ En Indikator som bygger på data om utskrivning av läkemedel mot benskörhet i primärvården indikerar att arbetet i denna region varit framgångsrikt.

De viktigaste framgångsfaktorerna var följande:

- Införandet initierades från den politiska nivån som markerade en tydlig vilja att få till stånd en väl fungerande frakturkedja.
- Politiken förlade ansvaret till en plats i organisationen (Osteoporosenheten, se nedan). Man delade alltså ut ett tydligt uppdrag till en verksamhet och tillförde resurser.
- Vidare säkrade den politiska nivån en tydlig uppföljning av frakturkedjans införande och effekt.

På klinisk nivå inrättades en Osteoporosenhet (liknande enheter finns också på andra håll, deras sätt att fungera varierar beroende på region. Ibland kallas de specialist- eller kompetenscentrum). Därmed blev den ett eget kostnadsställe, vilket inte är oväsentligt för att kunna styra genomförandet via budget. Enhetens uppdrag är följande:

- Genomföra DXA-mätningar och undersökningar enligt FRAX.
- Fungera som specialistmottagning för svårare fall.
- Ha ansvar för vårdprocessen inklusive utvärdering av uppsatta mål.
- Ha ansvar för frakturkoordinatorerna och fungera som stöd professionellt och kunskapsmässigt.
- Ha ansvar för utbildningsinsatser inom både den slutna sjukvården och primärvården.
- Kontinuerligt följa upp.

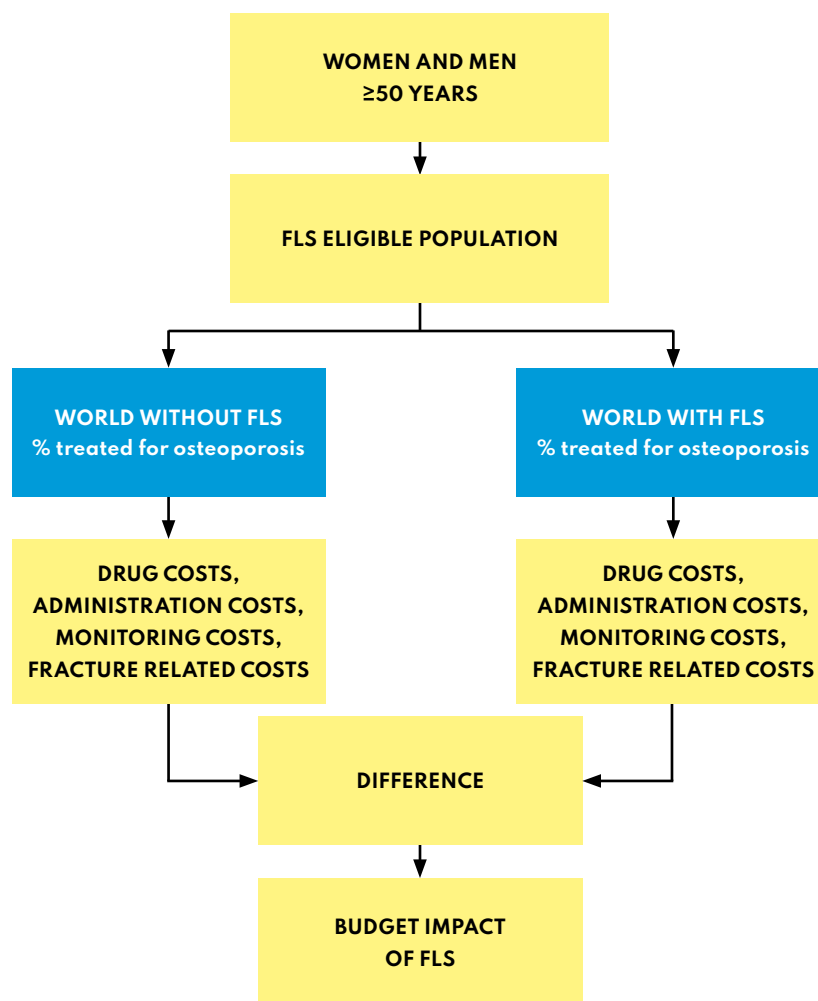
I grunden handlar alltså införandet av en frakturkedja om att precisera och specificera de olika delprocesserna i arbetet eller kedjan: hur man ska hitta patienten, hur man ska utreda patienten, hur man ska behandla patienten och hur man ska följa upp frakturkedjans funktionssätt.

10. Åkesson-Jutberger: "Frakturkedjor är den mest effektiva sekundärpreventionen" Läkartidningen 44-45/2016
11. Föredragning av Margareta Berglund-Rödén vid en lunch organiserad av BRYT 221129 i Stockholm.
Den fortsatta beskrivningen grundar på sig på bilder visade vid detta tillfälle.

INFÖRANDET AV FRAKTURKEDJOR BEDÖMS VARA KOSTNADSEFFEKTIVT

På uppdrag av BRYT har Quantify Research (QR) uppskattat kostnaden för att införa frakturkedjor i Sverige.¹² För att göra detta utvecklade QR en hälsoekonomisk

modell där två scenarier med frakturkedjor jämfördes med ett scenario utan frakturkedjor:



Figur 4: Scenarier för att beräkna kostnadseffektivitet i frakturkedjor

De tre scenarierna preciserades som följer:

ETT SCENARIO HELT UTAN FRAKTURKEDJA

I detta scenario antas att 15 % av kvinnorna och 10 % av männen får läkemedelsbehandling efter höftfrakturer. Vidare antas att 10% av patienterna (kvinnor och män) får läkemedelsbehandling efter kotfrakturer respektive efter "övriga frakturer"¹³.

ETT GRUNDSCEARIOT

Här antas att en frakturkedja kan leda till att 46 % av patienterna med höftfrakturer, kotfrakturer respektive "övriga frakturer" kommer under läkemedelsbehandling.

Antaganden i grundscenariot bygger på resultat från en meta-analys¹⁴ som visade på att 46 % av patienterna i genomsnitt fick läkemedelsbehandling som följd av existerande frakturkedjor.

ETT OPTIMERAT SCENARIO

Här antas effekten vara större än den genomsnittliga effekten av frakturkedjor visade i empiriska studier enligt ovan refererade meta-analys. Antaganden i det optimerade scenariot grundar sig på ett expertutlåtande om hur stor andel av patienterna som borde få behandling i en optimalt fungerande kedja: 50 % av patienterna efter höftfrakturer, 60 % efter kotfrakturer och 40 % efter "övriga frakturer".

Då grundscenariot jämfördes med scenariot "utan frakturkedjor" uppskattades kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) till knappt 33 000 kronor (baserat på data för Sverige sammantaget¹⁵) tio år efter att frakturkedjan startat.

Detta kan relateras till den kostnad per QALY som Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket accepterat då beslut om subvention för osteoporosläkemedel fattats. För denna typ av läkemedel har en kostnad per QALY om ca. 500 000 – 600 000 kr accepterats för vissa patientgrupper med begränsade behandlingsval tillgängliga.^{16,17} Det är således troligt att införandet av frakturkedjor med effekt enligt grundscenariot (genomsnittlig effekt för redan existerande kedjor baserat på meta-analys) kan ses som en mycket kostnadseffektiv åtgärd.

Då det optimerade scenariot sedan jämfördes med scenariot "utan frakturkedjor" resulterar analysen i kostnadsbesparingar vid sidan om hälsovinster (i form av QALYs). Tio år efter att frakturkedjan startat har 18 600 frakturer och 148 606 sjukhusdagar undvikits. Den totala sjukvårdskostnaden i riket har då minskat med 256 miljoner kronor och 10 300 QALYs har vunnits, vilket innebär att den optimerade frakturkedjan är en kostnadsbesparande och högst kostnadseffektiv åtgärd.

13. Fraktur i över- och underarm inkluderas i "övriga frakturer", exempelvis handledsfrakturer, en ofta förekommande första fraktur hos dem som lider av osteoporos

14. Ganda,K, Puech,M, Chen J.S. et al Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. Osteoporosis Int 24, 393-406 (2013)

15. Den hälsoekonomiska modellen möjliggör också analyser på regionsnivå med specifika data avseende incidens av frakturer etc

16. TLV. Beslut Forsteo 2010. <https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac33371/1510316384340/bes100607-forsteo.pdf>

17. TLV. Beslut Prolia 2010. <https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac33259/1510316387183/bes101217-prolia.pdf>

PÅTAGLIG REGIONAL VARIATION I BEHANDLINGEN

Hur ser det ut i regionerna? Finns det en regional variation, ett så kallat "postkodlotteri", där vårdens resultat avgörs av var du bor?

Ett sätt att mäta variation i vården är förskrivningen av benspecifika läkemedel, en standardterapi vid behandling av osteoporos. Ett annat sätt är att ta fasta på hur många som får ytterligare en benskörhetsfraktur efter att ha råkat ut för en första. Syftet med sekundärpreventionen är ju att minska risken för sådana återfall.

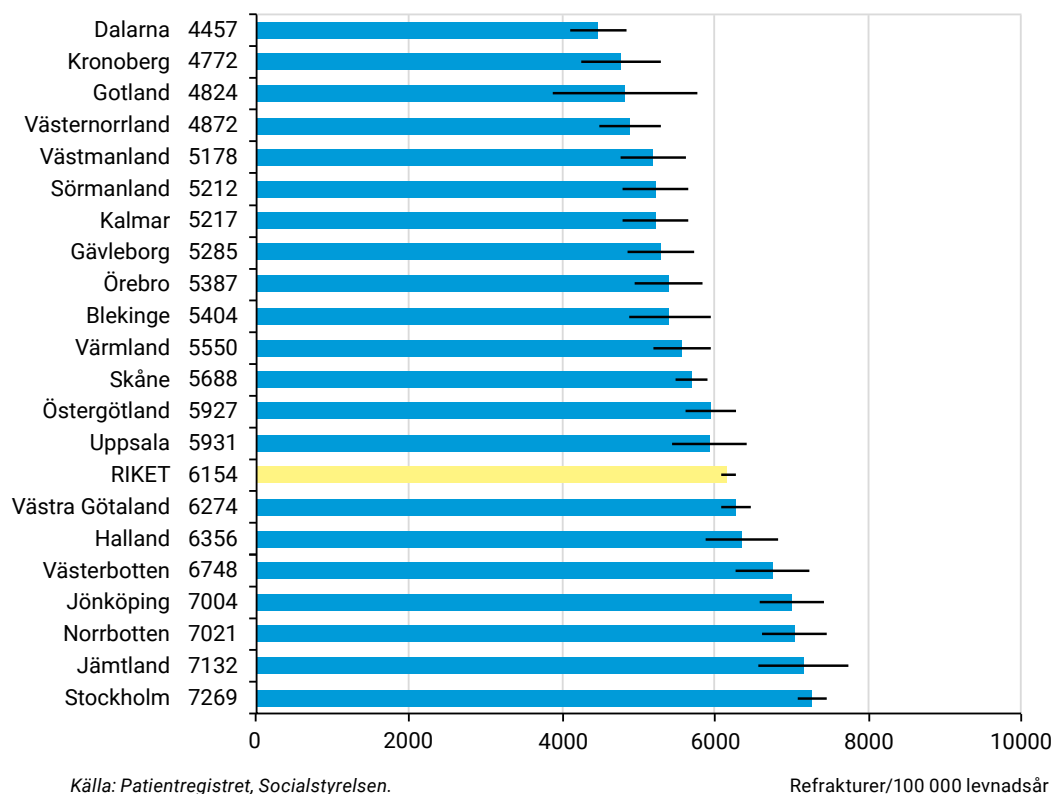
Senast en större utvärdering av osteoporosvården gjordes var 2014. Den byggde på data från åren 2003–2007 och sammanfattade läget så här:

Förskrivningen av benspecifika läkemedel har inte förändrats på länge. Vidare finns stora regionala skillnader i hur många patienter som får en ny benskörhetsfraktur.¹⁸

Utvärderingen¹⁹ visade vidare på stor regional variation när det gällde återfall, alltså en ny benskörhetsfraktur inom fem år:

Återfraktur inom 5 år, landsting¹⁹

Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Refrakturer/100 000 levnadsår

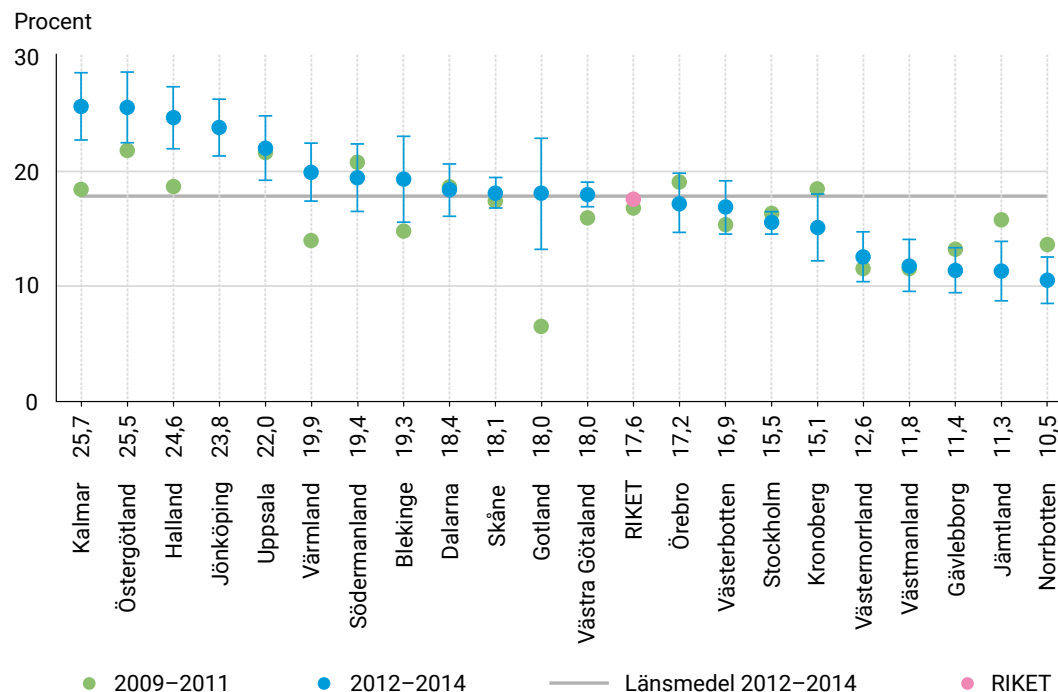
Figur 5: Regional variation avseende nya frakturer

18. Socialstyrelsen (2021): Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar sid 20

19. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2014-10-37.pdf>

Län. Kvinnor. Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur²⁰

Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur. Avser förstagsfraktur och patienter 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 6: Regional variation benspecifika läkemedel

Öppna jämförelser 2016²⁰ använder något färskare siffror rörande en annan indikator; medicinering med benspecifika läkemedel. Här handlar det om data från perioden 2009–2014. Även här ser vi en tydlig regional variation:

Har det gjorts framsteg sedan dess? En uppföljande utvärdering är på väg att genomföras och vi får vänta till hösten 2023 för att kunna besvara den frågan.

Dock finns det skäl att frukta att läget inte förbättrats nämnvärt.

Ett annat sätt att studera regional variation är att granska förekomsten av DXA-mätningar. Sådana mätningar är nödvändiga när man ska diagnosticera osteoporos.

BRYT gav Gullers Grupp hösten 2022 i uppdrag att kartlägga eventuell variation avseende förekomsten av DXA-mätningar.

Information om antalet DXA-mätningar hämtades in från regionerna, varefter en uppskattning av antalet osteoporossjuka i respektive region gjordes.

International Osteoporosis Foundations (IOFs) siffra över risken att drabbas av sjukdomen, användes som utgångspunkt²¹ och multiplicerades med antalet invånare som är 50 år eller äldre i var och en av regionerna (under antagandet att risken att råka ut för osteoporos är lika fördelad i riket).

Baserat på antalet DXA-mätningar och uppskattat antal osteoporossjuka beräknades kvoten antalet DXA-mätningar/antal osteoporossjuka på regionnivå.

Information om antal DXA-mätningar erhöles endast från hälften av regionerna. För de regioner som inkommit med uppgifter om antal DXA-mätningar sågs en påtaglig variation där andelen mätningar per osteoporossjuk varierade från 0,05 till 0,20. Dessa data pekar mot att förekomsten av fungerande frakturkedjor varierar mellan regionerna.

En slutsats: ska man ha någon förväntan på resultaten av Socialstyrelsens kommande utvärdering så är det att den kommer att visa fortsatt regional variation i hur osteoporosvården bedrivs.

20. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2017-1-16.pdf>

21. <https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/scope-2021/Sweden%20report.pdf>

HÖG TID ATT SKRIDA TILL HANDLING!

Enligt vår mening är argumenten för att prioritera vården av osteoporos och införande av frakturkedjor starka. Det är en uppfattning vi delar med Socialstyrelsen som i sina nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar markerar alla åtgärder rörande osteoporos som högt prioriterade.

Vi har att göra med en utbredd folksjukdom, i vissa fall med dödlig utgång. Det finns en lösning som liknar den som vi lyckats förverkliga för andra diagnoser. Ett personcentrerat vårdförlopp – frakturkedjan. Det handlar alltså inte om helt ny kunskap eller helt nya sätt att organisera vården som inte prövats tidigare.

Kostnadseffektiviteten är, i normalfallet, hög – högre än för många läkemedel som fått godkännande och subvention av myndigheterna. I bästa fall, om vi lyckas införa frakturkedjor som ger bättre vårdresultat än genomsnittet hos dem som finns idag, kan vi vinna en direkt besparing av de sammanlagda hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Det handlar om en grupp patienter som kommer att växa starkt framöver av demografiska skäl. En grupp där äldre kvinnor dominerar. Själsätter vi inte frakturkedjan idag kommer vi alltså att tvingas göra det i framtiden, då patientbehoven är mer omfattande.

Socialstyrelsen säger i sina riktlinjer från 2021 att osteoporos är "en typisk lågstatussjukdom". Följden är att sjukdomen är underdiagnostiserad och underbehandlad. Inte ens en femtedel av patienterna får behandling mot benskörhet inom ett år efter diagnos. Trots att sjukdomen kan leda till döden för dem som drabbas av en höftfraktur. För många innebär den ett stort lidande.

Det finns diagnoser som idag ställer stora krav för att vården ska bli bättre. Det kan handla om behov av investeringar i avancerad, kostsam teknik. Eller nya, mycket dyra läkemedel. Eller där existerande system att organisera och finansiera vård utmanas på radikalast tänkbara sätt.

Inget av detta gäller Osteoporos. Här borde steget från insikt till handling vara kort.

BRYT

INGEN SKA DÖ AV
OSTEOPOROS.



SVENSKA
OSTEOPOROS
SÄLLSKAPET



ETT SAMARBETE MELLAN OSTEOPOROSFÖRBUNDET, A NON SMOKING GENERATION, 1,6 & 2,6 MILJONERKLUBBEN,
SVENSKA OSTEOPOROSSÄLLSKAPET, HOLOGIC OCH AMGEN®.

WWW.BRYT.SE