



Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Sundhedsaftale om osteoporose

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering
Proces: Marts 2015

Indholdsfortegnelse

1	Indledning og problemstilling	2
2	Faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats.....	4
3	Forløbsbeskrivelser	6
3.1	Borgere/patienter uden tidligere lavenergibrud	6
3.2	Patienter med enkelt lavenergifraktur	6
3.3	Patienter med gentagne lavenergibrud	8
3.4	Opsummering.....	11
4	Aktivitet og økonomi som følge af forløbsbeskrivelser	9
4.1	Regionale udgifter til alment praktiserende læger.....	9
4.2	Regional udbygning af skannerkapaciteten	9
4.3	Regionale udgifter til medicin	10
4.4	Kommunale tilbud	11
4.5	Tovholder og forløbskoordinator	12
4.6	Ekstraudgifter for region og kommuner ved uændret forebyggelsesindsats af frakturer	13
4.7	Opsummering.....	13

1 Indledning og problemstilling

Osteoporose er en folkesygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og knoglemæssige forandringer, der medfører øget fragilitet (skørhed) og herigennem øget risiko for knoglebrud.

I praksis diagnosticeres osteoporose, hvis der opstår en lavenergifrakstur (dvs. brud ved daglig belastning eller/og fald på samme niveau) af typisk ryg, hofte eller underarm uden at der er tale om andre sygdomme i knoglerne (f.eks. kræft). For at kunne forebygge brud og stille diagnosen osteoporose før det første brud indtræder, har WHO defineret osteoporose hos voksne individer ved en knogletæthed på 2,5 enheder (eller mere) under middelværdien for unge raske individer i ryg eller hofte. Dette betegnes som en T-værdi lavere end minus 2,5. Det kræver en DXA skanning for at fastslå T-værdien. Osteoporose diagnosticeres altså ved lavenergifrakstur uden andre knoglesygdomme eller/og ved en T-værdi under minus 2,5.

Ifølge denne definition skønnes ca. 500.000 – 600.000 danskere ældre end 50 år at have osteoporose¹. Hvis dette tal overføres til Region Nordjylland betyder det, at ca. 50.000 - 60.000 nordjyder har osteoporose. I 2013 var der ca. 12.800 personer i regionen, der indløste en recept på et af de lægemidler, som anvendes til behandling af osteoporose. Dette svarer til at kun ca. hver femte, der i dag har osteoporose, er i medicinsk behandling for osteoporose.

I Region Nordjylland var der i 2013 knap 800 hoftebrud hos borgere over 65 år, der hovedsageligt tilskrives osteoporose. Derudover skønnes det, at der i regionen er ca. 700 underarmsbrud og ca. 200 kompressionsbrud i ryggen førende til indlæggelse, der kan tilskrives osteoporose hvert år².

Knoglebruddene rammer specielt den helt ældre del af befolkningen. Derfor kan knoglebruddene have alvorlige konsekvenser. Udover øget risiko for yderligere brud og sygelighed hos den enkelte kan f.eks. kompressionsfrakturer i ryggen føre til svære akutte smerter, som efterfølges af kroniske smerter. Smerter, der kan give betydelige fysiske og sociale begrænsninger for den enkelte og føre til social isolation.

De mest alvorlige brud er hoftebrud. En ældre undersøgelse³ tydeliggør konsekvenserne for de hofteopererede 6 måneder efter en hoftefraktur:

- 51 % kan ikke selv klæde sig på (mod 14 % før operation)
- 68 % kan ikke rejse sig alene (mod 10 % før),
- 85 % kan ikke gå alene (mod 25 % før),
- 92 % kan ikke gå på trapper (mod 37 % før) og
- 94 % kan ikke gå 900 meter selv (mod 59 % før operationen).

Undersøgelserne er af ældre data (fra 1992), og genoptræningsindsatsen er styrket væsentligt efter undersøgelsestidspunktet, men vurderingen er stadig at frakturer har betydelige fysiske og sociale konsekvenser for den enkelte patient. Dette skal i øvrigt ses i sammenhæng med at halvdelen af de patienter, der får en hofteoperation bor alene⁴.

I seneste NIP måling⁵ fremgik det at ca. 13 procent af de hofteopererede patienter over 65 år dør indenfor 30 dage efter indlæggelsen for en hoftefraktur. Dette svarer til at ca. 100 personer i Region Nordjylland hvert år dør i forbindelse med et hoftebrud.

¹ Kilde: Vejledning til udredning og behandling af osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk selskab, 2009. Side 6.

² Vestergaard P.; Rejnmark L. & Mosekilde L. Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark. Osteoporosis Int. 2005. 16: 134-141.

³ Kilde: Høring om osteoporose, Landsforeningen mod knogleskørhed, 2001.

⁴ Kilde: Det Nationale Indikatorprojekt, National Auditrapport 2008 – Hoftefrakturer. December 2008.

⁵ Dansk Tværfagligt Register for Hoftefrakturer. National årsrapport 2013. April 2014.

De samfundsmæssige omkostninger forbundet med bruddene og særligt hoftebrud er forholdsvis store. Tidligere undersøgelser⁶ har forsøgt at regne på den gennemsnitlige udgift ved et hoftebrud i Danmark. Hvis undersøgelsens tal fremskrives til 2009 niveau⁷ er den gennemsnitlige udgift til en hoftefraktur i omegnen af 200.000 kr. Udgifterne inkluderer indlæggelse, genoptræning, reoperation, hjælpemidler og boligændringer efter udskrivning samt forøget plejebehov 5 år efter bruddet. Nyere undersøgelser viser, at udgifterne til osteoporotiske frakturer er større end først antaget. I de nye undersøgelser anslås samfundsomkostningen til at udgøre ca. 12 mia. kr. årligt⁸ i Danmark.

Selvom osteoporose i høj grad er en aldersbetinget sygdom kan der gøres meget for at forebygge brud. Internationale undersøgelser viser at en fokuseret indsats vil halvere frakturforekomsten i den ældre gruppe⁹.

Det er denne sundhedsaftales mål – på baggrund af faglige anbefalinger – at sikre en tværsektorielt sammenhængende og styrket indsats for patienter med osteoporose og herigennem forebygge brud.

⁶ Ankjær-Jensen A., Johnell O., Preventions of Osteoporosis: Cost-effectiveness of Different Pharmaceutical Treatments, Osteoporosis International 1996; pp. 265-275.

⁷ Ud fra inflationstakt på 2 %.

⁸ Kilde: Hansen et al, A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden? Arch Osteoporos 2013, 8:126.

⁹ Kilde: Kanis, J.A. & Johnell, O. "Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe", International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation, 2004.

2 Faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats

Formålet med dette afsnit er - igennem en redegørelse for de faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats - at danne et fagligt fundament for de mere handlingsorienterede beskrivelser i det efterfølgende afsnit vedrørende forløbsbeskrivelser.

Der skelnes typisk mellem anbefalingerne til den ikke medicinske (non-farmakologisk) og anbefalingerne til den medicinske (farmakologiske) frakturforebyggelse.

Anbefalingerne til den *ikke medicinske* frakturforebyggelse er¹⁰:

- Kost - Vejledning med særligt fokus på sikring calcium og D-vitamin – evt. via kosttilskud. Alle over 65 år anbefales dagligt kosttilskud.
- Rygning – motivere alle rygere til at tage imod tilbud om rygestop.
- Alkohol - fraråde højere indtag end 1-2 genstande om dagen.
- Motion – motivere til 2-4 timers motion om ugen – mindst ½ time om dagen.
- Normalvægt – motivere til specielt at undgå undervægt.

- Faldforebyggelse - foranstaltninger bør iværksættes hos ældre med øget risiko for fald.¹¹

Udfordringen indenfor den *medicinske frakturforebyggelse* er, at opspore og diagnosticere osteoporose og at initiere medicinsk behandling.

Der bør ikke generelt screenes¹² for osteoporose, fordi det vurderes, at der er større potentialer ved at opsporingsindsatsen tager udgangspunkt i en risikovurdering.

Opsporingsindsatsen fokuserer på, at mænd over 50 år og postmenopausale kvinder risikovurderes i forhold til nedenstående vejledende risikofaktorer – med henblik på en eventuel DXA skanning.

Tabel 1 Risikofaktorerne for fraktur

<ul style="list-style-type: none">• Arvelig disposition i lige linje for osteoporose• Alder over 80 år• Kvinder med lav kropsvægt (BMI < 19)• Tidligere lavenergifraktur (særligt opsporingsmæssigt potentiale)• Abnormt tidlig menopause (< 45 år)• Systemisk glukokortikoidbehandling (særligt opsporingsmæssigt potentiale)• Rygning• Alkoholforbrug over 1 (kvinder) eller 2 (mænd) genstande om dagen i gennemsnit pr. uge.• Ældre med øget risiko for fraktur på grund af faldtendens• Sygdomme associeret med osteoporose. F.eks. anorexia nervosa.

Kilde: "Vejledning til udredning og behandling af Osteoporose", Dansk Knoglemedicinsk Selskab, 2009.

Det er den praktiserende læge, der foretager risikovurderingen, hvor lægen finder det relevant. Det vurderes, at der er særlige opsporingsmæssige potentialer i forhold til patienter med tidligere lavenergibrud og patienter, der er eller har været i systemisk glukokortikoidbehandling ved praktiserende læge eller sygehusafdeling.

Det anbefales endvidere, at alle mænd over 50 år og postmenopausale kvinder - der får taget røntgenbillede af lungerne - får vurderet eventuelle rygsammenfald og at dette fremgår af røntgenbeskrivelsen til den bestillende læge.

¹⁰ Kilde: Vejledning til udredning og behandling af osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk selskab, 2009. Side 12.

¹¹ Der bør i alle kommuner være et faldforebyggelsestilbud jf. servicelovens § 86 stk. 2.

¹² Hvor alle bliver undersøgt alene på baggrund af alder over 65 år (kvinder) og 70 år (mænd).

Det anbefales, at genoptræningsindsatsen under indlæggelse og efter udskrivning ses som et sammenhængende rehabiliteringstilbud.

3 Forløbsbeskrivelser

De faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats er i det nedenstående operationaliseret via forløbsbeskrivelser.

Behovet for sundhedsfaglig indsats er forskelligt fra person til person. I nedenstående er forløbsbeskrivelserne opdelt i forhold til en kategorisering af borgerne/patienter i tre grupper, der er lavet på baggrund af ideen om at indsatsen udføres på det laveste effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON) så specialiserede behov bliver mødt med en specialiseret indsats og et mindre specialiseret behov bliver mødt med en mindre specialiseret indsats.

Herved fremkommer følgende grupper.

1. Borgere/patienter uden tidligere lavenergifrakstur – de mange
2. Patienter med enkelt lavenergibrud – mindretallet
3. Patienter med gentagne lavenergibrud – de få

Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at relatere de enkelte grupper til en bestemt myndighed¹³ med dertilhørende volumenestimat – idet der er behov for en tværsektoriel indsats overfor alle tre grupper.

3.1 Borgere/patienter uden tidligere lavenergibrud

Den praktiserende læge informerer, i de tilfælde hvor lægen finder det relevant, mænd over 50 år og postmenopausale kvinder, der alligevel kommer igennem praksis om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer¹⁴ og undgå undervægt) og tilbyder at undersøge deres behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering altid henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne. For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt faldforebyggelsestilbud.

I de tilfælde, hvor det er relevant, kan den praktiserende læge tilbyde mænd over 50 år og postmenopausale kvinder, der alligevel kommer igennem praksis, at foretage en risikovurdering for osteoporose og kan på denne baggrund henvise til DXA skanning.

Borgere, der via DXA skanning har en T-værdi over minus 2,5 fastholdes i den ikke medicinske frakturforebyggelse.

Patienter, der via DXA skanning har en T-værdi under minus 2,5 (jf. definitionen på Osteoporose) påbegynder – efter at der har været foretaget vurdering af evt. sekundær osteoporose - medicinsk frakturforebyggende behandling (typisk Alendronat) og der kan henvises til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne og faldforebyggelse.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med en specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

3.2 Patienter med enkelt lavenergifrakstur

Sygehuset behandler patients brud – hvor der kan skelnes imellem ambulante og indlagte patienter.

Ambulante patienter – typisk håndledsbrud, men også andre mindre brud

Sygehuset giver patienter information om, at kontakte egen læge med henblik på undersøgelse for osteoporose. Herunder bør det fremgå af patientvejledningen, at patienten bør kontakte egen læge for nærmere osteoporoseudredning. Det bør tillige fremgå af epikrisen, at patienten har fået patientinformationen.

Det er således som udgangspunkt patientens eget ansvar, at kontakte egen læge.

¹³ som udfyldningsaftaler på andre diagnosegrupper indeholder.

¹⁴ Kost, rygning, alkohol og motion.

Den praktiserende læge informerer disse patienter om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer¹⁵ og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering altid henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne. For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Ved mistanke om lavenergi-brud henviser den praktiserende læge som udgangspunkt patienten til DXA skanning.

Afhængigt af resultat fastholdes den ikke medicinske frakturforebyggende behandling og der påbegyndes medicinsk frakturforebyggende behandling jf. evt. behandlingsvejledning fra endokrinolog og gældende retningslinjer.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

Indlagte patienter – typisk hoftenær fraktur eller andre større brud

Indlæggelse af patienter foregår i overensstemmelse med den gældende "Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning". Genoptræningsplan tilsendes kommunen og epikrise tilsendes patientens praktiserende læge.

Kommunen vurderer behovet for ændret indretning af *bolig* eller skift af bolig med henblik på faldforebyggelse, og for *hjælpemidler*, som kan muliggøre at patienten kan klare sin dagligdag samt behovet for *kommunal hjælp* til f.eks. rengøring, træning eller lignende¹⁶.

Sygehuset giver patienter information om, at kontakte egen læge med henblik på undersøgelse for osteoporose. Herunder bør det fremgå af patientvejledningen, at patienten skal kontakte egen læge for nærmere osteoporoseudredning. Det bør tillige fremgå af epikrisen, at patienten har fået patientinformationen.

Den praktiserende læge sikrer på baggrund af epikrisen at patienten bliver udredt for osteoporose, når denne henvender sig.

Den praktiserende læge informerer om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan). For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Ved mistanke om lavenergi-brud henviser den praktiserende læge som udgangspunkt patienten til DXA skanning. Svarene fra sygehuset sendes med epikrise til praktiserende læge eventuelt med behandlingsvejledning fra endokrinolog.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med en specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

Hvad angår røntgenafdelingerne har de en særlig rolle i forhold til opsporingen af patienter med rygsøjlebrud. Alle mænd over 50 år og postmenopausale kvinder - der får taget røntgenbillede af lungerne - bør få vurderet rygsammenfald og denne vurdering bør fremgå af røntgenbeskrivelsen, der sendes til den bestillende læge. Den bestillende læge indleder osteoporoseudredning såfremt, der er tale om en patient med rygsammenfald.

¹⁵ Kost, rygning, alkohol og motion.

¹⁶ Efter servicelovens bestemmelser.

3.3 Patienter med gentagne lavenergibrud

Praktiserende læger henviser patienter med gentagne lavenergibrud til sygehuset med henblik på endokrinologisk speciallægevurdering - herunder f.eks. af muligheden for at iværksætte knogleanabol behandling. I behandlingsmæssig henseende følges patienten herefter i sygehusregi indtil patienten igen bliver overtaget af almen praksis.

I dette tilfælde informerer sygehuset om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Sygehuset kan ud fra en konkret vurdering henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning). For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til et kommunalt faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Sygehusafdelingen henviser patienten til DXA skanning.

3.4 Opsummering

Ovenstående er opsummeret i nedenstående tabel.

Tablet 2 Stratificering af indsats for målgruppen mænd over 50 og postmenopausale kvinder samt patienter med lavenergibrud

Konkret indsats	Ingen lavenergibrud	Et lavenergibrud	Flere lavenergibrud
Information om KRAM faktors påvirkning af osteoporose	Almen praksis - hvor det skønnes relevant		Sygehus
Undersøgelse af behov for kalk og D-vitamintilskud	Almen praksis – hvor det skønnes relevant		Sygehus
KRAM tilbud	Kommune via henvisning fra praktiserende læge		Kommune via henvisning fra sygehus
Faldforebyggelse	Kommune via henvisning fra almen praksis	Kommune via henvisning fra almen praksis (ambulante patienter) eller via genoptræningsplan fra sygehus (stationære patienter)	
Risikovurdering	Almen praksis		
Henvisning til DXA skanning	Almen praksis på baggrund af risikovurdering		Sygehus
Initiere almindelig farmakologisk behandling	Almen praksis på baggrund af anbefalinger fra endokrinolog		Sygehus
Initiere anabol behandling			Sygehus

4 Aktivitet og økonomi som følge af forløbsbeskrivelser

Der skønnes, at der er ca. 50.000 – 60.000 patienter med osteoporose i Region Nordjylland.

Det anbefales, i første omgang, at sikre opsporing, diagnosticering og kommunale tilbud til alle nye patienter med lavenergifrakturer. Dette skønnes at dreje sig om ca. 2.000 nye patienter pr. år i Region Nordjylland.

I næste omgang anbefales det at sikre opsporing, diagnosticering og kommunale tilbud til de patienter, der ikke har fået konstateret et brud, men på baggrund af en risikovurdering har fået foretaget en DXA skanning, der har vist en T-værdi under minus 2,5. Denne gruppe er potentielt større.

4.1 Regionale udgifter til alment praktiserende læger

Der forventes en mindre stigning i antallet af konsultationer som direkte følge af den intensiverede opsporingsindsats fra den praktiserende læge. Stigningen skyldes, at ikke alle med lavenergifrakturer hidtil er kommet til kontrol. Omvendt er udgangspunkt for opsporingsindsatsen de patienter, der i forvejen kommer igennem almen praksis. Derfor skønnes den direkte effekt at være lille.

Information om KRAM faktorerne betydning for osteoporose og evt. henvisning til kommunalt tilbud vedrørende KRAM tilbud eller faldforebyggelse må som udgangspunkt henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats, hvor lægen skønner det relevant og området er omfattet af overenskomsten.

Undersøgelsen af behov for kalk- og D-vitamintilskud kan foretages på (mindst) to måder. For det første kan den praktiserende læge beregne sig frem til det ud fra patientens egne oplysninger om indtag gennem kosten. For det andet kan den praktiserende læge vælge at tage blodprøver for at måle calcium og D-vitamin. I første tilfælde må undersøgelsen af behovet for kalk- eller D-vitamintilskud henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats og ikke forventes at medføre ekstra udgifter. I det andet tilfælde vil det medføre en ekstra udgift i form af flere prøver. Det koster i dag 43 kr. pr. undersøgelse for kalk og D-vitamin via blodprøve.

Det skal bemærkes, at undersøgelser af kalk og D-vitamin via blodprøve er en diagnostisk undersøgelse og ikke skal bruges til monitorering af niveauet.

Hvis det antages, at ca. 5.000 personer ekstra i Region Nordjylland skal undersøges hvert år som følge af den sidstnævnte måde vil ekstraudgifterne udgøre i omegnen af 0,2 mio. kr.¹⁷

Henvisningen til DXA skanning er patientrettet forebyggelse, der er omfattet af overenskomsten.

Initiering af almindelig farmakologisk behandling må som udgangspunkt henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats og ikke medføre ekstra udgifter.

Hvis der på et tidspunkt skønnes at være behov en underliggende aftale vil dette blive taget op i "Praksisplanudvalget for Region Nordjylland.

4.2 Regional udbygning af skannerkapaciteten

Aktiviteten - medført af lavenergifrakturerne - skønnes at udgøre ca. 2.000 DXA skanninger om året.

Aktiviteten - medført af de praktiserende lægers risikovurderinger - kan ses som et resultat af fortolkningen af de ovenfor nævnte risikofaktorer og dermed den praktiserende læges rolle som "gatekeeper".

¹⁷ Dette tal skal dog tages med et vist forbehold fordi der ikke er et overblik over hvor mange praktiserende læger der vil anvende den første metode og hvor mange, der anvender den anden metode. Derudover er det uklart, hvor mange der samlet vil blive undersøgt for osteoporose.

F.eks. vil aldersindikationen 80 år alene medføre, at 26.000 borgere/patienter i Region Nordjylland skulle tilbydes DXA skanning og derudover medføre ca. 3.200 nye skanninger hvert år - fordi der er ca. 3.200 borgere om året, der fylder 80 år i Region Nordjylland.

Henvisningspraksis vil dog til en vis grad være afhængig af ventetiden på skanninger og deraf den etablerede skanningskapacitet. Derfor er det forventningen, at praksis i et vist omfang vil indrette sig efter den etablerede kapacitet.

Region Nordjylland har med udgangen af 2014 investeret i 2 nye scannere. Den samlede kapacitet øges dermed fra 7.200 til 13.600 (+6.400 svarende til ekstra knap 90 % større kapacitet) skanninger om året. Den ene af de nye scannere placeres i Thisted og den anden på Aalborg Universitetshospital. Samtidigt øges kapaciteten både i Farsø og i Frederikshavn. Fremover vil der således være scannere i Thisted, Aalborg, Farsø og Frederikshavn.

Dette vil samtidigt betyde, at ventetiden forventes nedbragt til 1 – 2 uger på alle matrikler, og færre vil skulle transportere sig fra den vestlige del af regionen til andre matrikler. Kapaciteten vurderes således at være fuldt ud dækkende for den indsats, der er lagt op til i sundhedsaftalen.

4.3 Regionale udgifter til medicin

Den medicinske frakturforebyggelse består af de antiresorptive (knoglebevarende) og de knogleanabole (knoglestyrkende) lægemidler.

Nedenfor er vist antallet af patienter i osteoporosebehandling og medicinudgifterne forbundet hermed fordelt på de forskellige lægemidler.

Tabel 3 Antal patienter og udgifter til behandling af osteoporose i 2013 i Region Nordjylland

	Antal patienter	Udgift for region (I 1.000 kr.)	Udgift for borgerne (I 1.000 kr.)
<i>Knoglebevarende lægemidler</i>			
Raloxifen	135	199	111
Etidronsyre	84	43	39
Alendronsyre	9.549	716	1.679
Ibandronsyre	472	417	272
Risedronsyre	111	63	48
Zoledronsyre	1	4	1
Alendronsyre og coledalciferol	143	420	163
Strontiumranelat	139	292	138
Denosumab	701	2.010	866
Raloxifen	135	199	111
<i>Knoglefremmende læge</i>			
Teriparatid	130	3.510	338
I alt	11.244	7.673	3.656

Kilde: Udtræk fra database. Praksissektor juli 2014.

I 2013 var der således ca. 11.200 patienter i medicinsk frakturforebyggende behandling, (hvor osteoporosemedicinen krævede en recept). Denne medicinske behandling kostede Region Nordjylland knap 8 mio. kr. til medicintilskud. Patienternes egenbetaling udgjorde knap 4 mio. kr.

Det er primært gruppen over 50 år, der i dag behandles medicinsk for osteoporose.

Hvis 4.200 flere borgere sættes i receptpligtig medicinsk frakturforebyggende behandling skønnes merudgiften for regionen at udgøre 2,8 mio. kr., hvis der tages udgangspunkt i priserne på medicinen i 2013. Priserne på osteoporosemedicin har dog været faldende igennem tiden. Således kostede det i 2008 1.263 kr./år for regionen i gennemsnit pr. borger i behandling. I 2013 kostede det i gennemsnit 682 kr. Prisfaldet skyldes, at de eksisterende patenter på osteoporosemedicin udløber løbende og bliver erstattet af billigere medicin. Dette vil have en kraftig udgiftshæmmende effekt.

4.4 Kommunale tilbud

Kommunerne i regionen fastlægger som udgangspunkt selv serviceniveauet i forhold til antallet af tilbud og kvaliteten af tilbuddene overfor borgerne og patienterne i kommunen.

I nedenstående tabel er givet et estimat for, hvor mange borgere der har behov for KRAM tilbud og faldforebyggelsestilbud i hver enkelt kommune, hvis udgangspunktet for antallet var baseret på, at alle patienter med lavenergifrakture fik et kommunalt tilbud. Estimatet er vægtet på baggrund af indbyggertallene for de enkelte kommuner.

Tabel 4 Skøn for kommunal aktivitet medført af opsporing af lavenergifrakture

Kommuner	Befolkningstal	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 100 % deltagelse	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 50 % deltagelse
Brønderslev	35.603	123	61
Frederikshavn	60.469	208	104
Hjørring	65.468	225	113
Jammerbugt	38.325	132	66
Læsø	1.794	6	3
Mariagerfjord	42.057	145	72
Morsø	20.971	72	36
Rebild	28.820	99	50
Thisted	44.205	152	76
Vesthimmerlands	37.478	129	64
Aalborg	205.925	709	354
Region Nordjylland	581.115	2.000	1.000

Kilde: www.statistikbanken.dk

Ikke alle osteoporosepatienter har imidlertid fået en lavenergifrakture (endnu). Hvis alle osteoporosepatienter bør have et kommunalt tilbud vil behovet for pladser afhænge af hvor mange der skannes (og dermed diagnosticeres) og deltagelsesprocenten i de kommunale tilbud.

I nedenstående tabel er der lavet et skøn for behovet af pladser ud fra en forudsætning om, at der findes ca. 8.000 osteoporosepatienter pr. år - som følge af opsporingsindsatsen fra almen praksis på baggrund af risikofaktorer:

Tabel 5 Skøn for kommunal aktivitet medført af opsporingsindsats fra almen praksis på baggrund af risikofaktorer

Kommuner	Befolkningstal	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 100 % deltagelse	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 50 % deltagelse
Brønderslev	35.603	490	245
Frederikshavn	60.469	832	416
Hjørring	65.468	901	451
Jammerbugt	38.325	528	264
Læsø	1.794	25	12
Mariagerfjord	42.057	579	289
Morsø	20.971	289	144
Rebild	28.820	397	198
Thisted	44.205	609	304
Vesthimmerlands	37.478	516	258
Aalborg	205.925	2.835	1.417
Region Nordjylland	581.115	8.000	4.000

Kilde: www.statistikbanken.dk

Det skal understreges, at der i ovenstående tabeller er tale om et aktivitets skøn og ikke et meraktivitets skøn. Meraktiviteten vil afhænge af den eksisterende kapacitet og af organiseringen af tilbuddet. Det er vurderingen, at der vil være tale om meraktivitet, der vil medføre ekstra omkostninger for kommunerne.

Omkostningerne forbundet med meraktiviteten vil være afhængig af indholdet og dermed prisen for det enkelte kommunale tilbud.

Det anbefales, at tilbuddene skal målrettes til de borgere/patienter som har mest behov for og gavn af tilbuddet. Målet med tilbuddet er, at øge patienternes viden om en generel "knoglevenlig livsstil"¹⁸:

- Fysisk aktivitet hele livet
- Varieret kost med tilstrækkeligt kalk og D-vitamin
- Ingen rygning
- Ingen alkoholmisbrug
- Undgå undervægt.

Herigennem er det målet at stimulere til omlægning af livsstilen, og eventuelt understøtte omlægningen ved tilbud om motionsrådgivning, ernæringsvejledning, rygestoptilbud og alkoholafvænnning. Herudover kan der ske rådgivning om at undgå medicin, der giver dårlig balance, om indretning af hjem, om fodtøj, stok/gangstativ mv. efter behov (faldforebyggelse).

Udvikling og implementering af det specifikke indhold i de kommunale tilbud drøftes, når der er truffet beslutning om, hvordan det tværsektorielle samarbejde om kronikerindsatsen tilrettelægges.

4.5 Tovholder og forløbskoordinator

Den praktiserende læge er tovholder. Varetagelsen af denne funktion vurderes at være en del af den praktiserende læges grundlæggende rolle i sundhedsvæsenet, og vurderer derfor ikke at udgøre en ekstra udgift.

¹⁸ Definition af generel "knoglevenlig livsstil" stammer fra "Rapport. Forberedende arbejdsgruppe for sammenhængende patientforløb for patienter med Osteoporose, Nordjyllands Amt, 2006. Side 8".

På grund af den manglende afklaring af begrebet forløbskoordination, er det for nuværende ikke muligt at vurdere behovet for forløbskoordination i denne sammenhæng.

Der er dog enighed om, at osteoporose ikke i sig selv, giver et behov for forløbskoordination.

Det kan imidlertid overvejes om en form for forløbskoordination er hensigtsmæssigt i forbindelse med complianceproblemer. Disse tilfælde afklares i en dialog mellem almen praksis og kommunens visitation.

4.6 Ekstraudgifter for region og kommuner ved uændret forebyggelsesindsats af frakturer

Det fremgår af indledningen, at der er store samfundsmæssige omkostninger forbundet med brud - særligt hoftebrud er dyre. Ovenstående aktivitets- og udgiftsskøn skal derfor ses i sammenhæng med muligheden for besparelserne ved at forebygge frakturer i fremtiden.

Tidligere undersøgelser¹⁹ har forsøgt at regne på den gennemsnitlige udgift ved et hoftebrud i Danmark. Hvis undersøgelsens tal fremskrives til 2009 niveau²⁰ er den gennemsnitlige udgift til en hoftefraktur i omegnen af 200.000 kr. Udgifterne inkluderer indlæggelse, genoptræning, reoperation, hjælpemidler og boligændringer efter udskrivning samt forøget plejebæhov 5 år efter bruddet. Udgiften det første år efter operationen opgøres til 92.000 kr. til bl.a. sygehusophold og efterfølgende øget plejehjemsbrug eller hjemmehjælp.

Nyere undersøgelser viser, at udgifterne til osteoporotiske frakturer er større end først antaget. I de nye undersøgelser anslås samfundsomkostningen til at udgøre ca. 12 mia. kr. årligt²¹ i Danmark.

Det skal bemærkes, at forebyggelsen af et hoftebrud ikke er ensbetydende med denne besparelse. Udgifterne er forankret i den nuværende kapacitet - i læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, hjemmehjælpere osv.

Den kortsigtede vurdering vil være, at forebyggelse af hoftepatienter vil medføre mulighed for i større grad, at bruge sin kapacitet på andre patientgrupper og dermed en serviceforbedring.

Den langsigtede vurdering vil være at forebyggelsen af fremtidige hoftebrud vil bremse udgiftsvæksten. Sidstnævnte skal ses i lyset af, at den demografiske udvikling, hvor antallet af danskere over 60 år forventes at stige med ca. 50 % de næste 25 år. Ekstraudgifter som følge af en uændret indsats skønnes at udgøre op i omegnen af 100 mio. kr. alene for Nordjylland.²²

Internationale undersøgelser viser, at en fokuseret indsats vil kunne halvere frakturforekomsten i den ældre gruppe²³.

Hertil kommer ikke økonomiske faktorer som reduktion af dødelighed, som især for ældre patienter er høj efter brud.

4.7 Opsummering

Det økonomiske potentiale ved at gennemføre indsatsen må primært forventes at skulle anvendes til at kunne modvirke den demografiske betingede stigning i hoftebrud. Hvis målet om en halvering nås, er der dog et potentiale, som ligger udover den demografisk betingede udvikling.

¹⁹ Ankjær-Jensen A., Johnell O., Preventions of Osteoporosis: Cost-effectiveness of Different Pharmaceutical Treatments, Osteoporosis International 1996; pp. 265-275.

²⁰ Ud fra inflationstakt på 2 %.

²¹ Kilde: Hansen et al, A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden? Arch Osteoporos 2013, 8:126.

²² Beregnet ud fra en antagelse om en stigning i antallet af hoftebrud på 50 % svarende til den demografiske udvikling, den nuværende aktivitet på ca. 1.000 hoftebrud om året og skønnet for den tværsektorielle udgift for en hoftepatient på ca. 200.000 kr.

²³ Kilde: Kanis, J.A. & Johnell, O. "Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe", International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation, 2004.