



Hvordan kommer vi videre?

For at føre sagen videre tilbyder Osteoporoseforeningen sammen med førende osteoporoseeksperter et samarbejde med myndighederne. Behovet for en opprioriteret indsats er i dag særdeles veldokumenteret, og det er helt afgørende, at dokumentationen snarest muligt omsættes til konkret handling, så vi undgår de invaliderende menneskelige og betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser af mange års underbehandling.

Følgende kerneproblemstillinger er særligt aktuelle:

1. Der er meget forskellige behandlingstilbud til patienter med knogleskørhed afhængigt af, hvor de bor i landet.
2. Det nationale indikatorprojekt (NIP) for hoftefraktur er mangelfuldt og misvisende i forhold til behandling af knogleskørhed, idet dette projekt betragter et dagligt tilskud af calcium og vitamin D som behandling af knogleskørhed. I alle andre sammenhænge betragtes dette som placebo behandling.
3. De manglende nationale retningslinjer for diagnostik og behandling af knogleskørhed. Det er problematisk ikke mindst i relation til højrisiko-patienter, patienter med knoglebrud, der ikke sendes videre, patienter i steroidbehandling (binyrebarkhormon), der ikke undersøges og behandles for knogleskørhed, patienter med bryst- og prostatakraft, der får medicin, der øger risikoen for knogleskørhed, men oftest ikke tilbydes undersøgelser herfor osv.
4. Røntgenlægers manglende opmærksomhed på knogleskørhed. Når patienter får taget et røntgenbillede af hjerte og lunger kan knoglerne også ses, men selvom der er tydelige rygsammenfald beskrives disse ikke konsekvent.
5. DRG-systemet virker uhensigtsmæssigt. Osteoporose-afsnittene på sygehusene får en vis ydelse for at lave DXA-undersøgelser (knogleskanninger), men hvis de samme dag også laver VFA (den røntgenlignende undersøgelse af ryggen, som kan udføres ved hjælp af DXA skannere, og som medfører langt mindre stråling for patienten end et alm. røntgenbillede), tager undersøgelsen længere tid for bioanalytikerens og for den læge, der skal beskrive undersøgelsen, men osteoporoseafsnittet får ikke ekstra DRG. Hvis patienten imidlertid indkaldes igen den følgende dag, får osteoporoseafsnittet DRG-pointene!



Tilsvarende gælder, hvis en patient sendes til røntgen mhp. et røntgenbillede. Det giver patienten en stor mængde unødigt stråling, men osteoporoseafsnittet får DRG-points. "Systemet" forhindrer altså et godt, smidigt, tids- og administrationseffektivt patientforløb.

6. Den ældgamle ordning med at al behandling, der gives på et sygehus, skal være gratis for patienten, er uhensigtsmæssig (hvorfor skal fx en Aclasta-behandling, som gives på sygehuset, være gratis for patienten, mens patienten selv skal betale for Prolia, der gives hos den praktiserende læge?). Ordningen bør revideres, så patienterne får den behandling, som er optimal for dem og ikke blot den, der passer bedst ind i sygehusenes økonomi.
7. Der mangler en national standard for, hvorledes DXA-undersøgelser udføres: Fx at man skal være uddannet inden for DXA for at kunne udføre skanninger, at skanninger skal udføres efter bestemte retningslinjer, og at skanningerne altid skal beskrives og ledsages af en individuel vejledning til den henvisende læge.



Målsætninger for en national handlingsplan

Forekomsten af underbehandling af patienter med knogleskørhed i Danmark skal nedbringes, hvis Danmark skal opfylde målene og ambitionerne i planen ”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010”.

Der bør oprettes et ekspertudvalg med deltagelse af en repræsentant for Dansk Knoglemedicinsk Selskab, førende eksperter fra relevante medicinske og kirurgiske specialer, repræsentanter for de praktiserende læger, patientforeningen og fx en ledende sundhedsøkonom, som kan forestå udarbejdelsen af et oplæg til en national handlingsplan, der sikrer, at barrierer og flaskehalse elimineres, og at man efter implementeringen fortsat vil monitorere og evaluere indsatsen.

Udvalget skal inddrage videnskabelig dokumentation, internationale guidelines for udredning og behandling af osteoporose, egne erfaringer fra f.eks. klinisk praksis, livet som patient - i forslaget til den samlede nationale handlingsplan.

Sygdommens mangeårige ”lave profil” har bevirket, at der ikke er indsamlet viden om de nøjagtige økonomiske konsekvenser af sygdommen i Danmark. En styrket indsamling af viden vil kunne bidrage yderligere til at fokusere indsatsen og dirigere ressourcerne hen, hvor de har den største effekt. Ekspertudvalget skal, på baggrund af videnskabeligt dokumentationsmateriale og med inddragelse af f.eks. omkostningseffektivitetsberegninger af forskellige behandlings- eller forebyggelsesmetoder (f.eks. medicinsk behandling, brug af hoftebeskyttere etc.) evaluere de bedste forebyggende og behandlingsmæssige metoder og ud fra disse udstikke anbefalinger til en national handlingsplan. Udvalget skal ligeledes komme med anbefalinger, som tilsikrer, at handlingsplanen løbende opdateres af myndighederne, i takt med at der indsamles ny viden på området.

Den nødvendige nationale handlingsplan bør indeholde følgende elementer:

1) Styrket samarbejde mellem medicinske og kirurgiske specialer samt almen praksis, med henblik på sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb

Det er afgørende at styrke samarbejdet mellem de specialer, som er involveret i diagnosticering, udredning og behandling af knogleskørhed. Det skal sikres, at frakturpatienter og patienter med øget risiko for udvikling af knogleskørhed udredes. I den forbindelse er der behov for, at ortopædkirurger, endokrinologer, reumatologer, geriatere



og andre relevante specialer i langt højere grad er opmærksomme på risikoen for knogleskørhed og aktivt medvirker til at sikre, at patienterne diagnosticeres med henblik på et sammenhængende behandlingsforløb. Et sådant samarbejde skal også inddrage de praktiserende læger, fx gennem øget efteruddannelse om knogleskørhed.

2) Bedre adgang til knoglescanning for patienter i risikogrupper, herunder bedre udnyttelse af eksisterende DXA-scannere

De fleste dele af landet har installeret DXA-scannere, men disse scannere kan sandsynligvis udnyttes bedre mange steder. En af forklaringerne kan være manglende bemanning. Det er afgørende for en hensigtsmæssig allokering af ressourcerne, at opstillingen af scannere ledsages af de fornødne økonomiske og personalemæssige dispositioner, så ventetiden for patienterne minimeres.

3) Gennemgang af hensigtsmæssigheden af de nuværende regler for medicintilskud (enkelttilskud) til medicinsk behandling af osteoporose

Ekspertudvalget skal vurdere, om de nuværende regler for medicintilskud (enkelttilskud) til medicinsk behandling af knogleskørhed fortsat er hensigtsmæssig. Behovet for en revision skal ligeledes ses i lyset af den af DSI dokumenterede massive underbehandling. Danmark er det eneste EU-land, som ikke automatisk giver generelt eller klausuleret tilskud til osteoporosemedicin. Det rejser ligeledes spørgsmålet om, hvorvidt enkelttilskudsordningen er en tidssvarende løsning på de udfordringer, som behandlingen af knogleskørhed i Danmark står over for.

4) Politiske tiltag med henblik på styrkelse af information af sundhedsfagligt personale og offentligheden om betydningen af fx motion, kalk og D-vitamin i forebyggelsen af knogleskørhed

Forebyggelse er et uhyre væsentligt element i den langsigtede strategi. Motion, calcium og navnlig D-vitamin er afgørende for opbygningen af sunde og stærke knogler. ”Opsparingen” i knoglerne afgør risiko og udvikling, når afkalkningen sætter ind efter 25-års alderen. Derfor bør den gavnlige effekt af sund og varieret kost, motion, calcium og D-vitamin i forebyggende øjemed kommunikeret til såvel offentlighed som sundhedsfagligt personale, så opbygning af stærke knogler (forebyggelse af knogleskørhed) bliver en naturlig og integreret del af ”det sunde liv”.



Osteoporoseforeningen iværksætter i 2012 en kampagne om arvets betydning for udvikling af knogleskørhed, men foreningens ressourcer er utilstrækkelige til at sikre tilstrækkelig udbredelse af budskaberne og til at sikre en bredere tilgang til emnet. Der er således behov for en kampagne med råd om forebyggelse og risikofaktorer, og med en opfordring til borgere i risikogruppen om at konsultere deres praktiserende læge for en drøftelse af knogleskørhed.

Set i lyset af den kraftige stigning, der pga. demografiske forhold kan forventes inden for knogleskørhed bør der snarest muligt med udgangspunkt i det rådgivende ekspertudvalgs anbefalinger og i samarbejde med fx de videnskabelige selskaber, DSAM, DADL og PLO iværksættes en specifik efteruddannelsesindsats målrettet læger og sundhedsfagligt personale. Et sådan initiativ er en fremtidsrettet og logisk investering, hvis målsætningen ”Sund hele livet”, skal realiseres.