

Motion till riksdagen 2006/07:So216

av Alf Svensson (kd)

Benskörhet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en nationell handlingsplan för att begränsa benskörhet upprättas.

Motivering

Benskörhet – osteoporos – är en av Sveriges vanligaste folksjukdomar och kallas för den tysta epidemin. Fler än 300 000 kvinnor över 50 år beräknas ha osteoporos, inkluderas männen beräknas 450 000 svenskar vara drabbade av benskörhet. Sedan 1950-talet har antalet benskörhetsfrakturer fördubblats eller till och med tredubblats. Svenska kvinnor anses ha de sköraste skeletten i världen.

Benskörhet beror på att benstommen förlorar en del av sitt kalkinnehåll och därmed sin styrka. Många kommer till sjukvården med ett handledsbrott utan att personalen undersöker bentäthet eller orsaken till benskörhet. Osteoporos som leder till urkalkning av skelettet och ökad risk för benbrott är i grunden en biologisk åldrandeprocess. En rad riskfaktorer för osteoporos kan inte påverkas, till exempel ålder, kön och genetiska förutsättningar. Andra riskfaktorer kan påverkas, det gäller till exempel fysisk inaktivitet, rökning, nedsatt syn och fallbenägenhet.

De förebyggande åtgärder som har bäst utsikt att leda i rätt riktning är satsningar på förbättrade matvanor, ökad fysisk aktivitet och framför allt en tidig diagnostik. Detta kan enkelt göras med en bentäthetsmätning. Man kan också motverka benskörhet genom att låta bli att röka. Risken för höftfraktur hos rökande kvinnor är upp till tre gånger större än hos icke rökare.

I Sverige sker ca 25 000 handledsfrakturer och 20 000 (1999 års statistik) höftfrakturer varje år. Därtill kommer ett okänt antal kotkompressioner som anges till ca 15 000 fall. Totalt beräknas ca 70 000 osteoporosrelaterade frakturer inträffa årligen. Ca 20 procent av dem som får en höftfraktur dör inom

Fel! Okänt namn på

ett år. En stor del av de drabbade återfår aldrig sina tidigare funktioner, som att klara personlig vård och att kunna gå självständigt. Många tvingas även byta boende efter en genomgången höftfrakturopoperation. Fall och nya skador under vårdtiden efter brott på lårbenshalsen är vanligt förekommande. Förvirring och sömnstörningar ökar risken för fall.

Av tradition betraktas osteoporos som en naturlig följd av kvinnors åldrande, en följd som rätt och slätt enbart ska accepteras eller registreras. Problemet bagatelliseras och tillförskrivs livsstilsfaktorer som för mycket stillasittande och för litet kalcium i kosten. Detta är en gravt föråldrad attityd. Den är också cynisk eftersom högriskpatienten inte har eller har mycket små möjligheter att påverka just dessa faktorer.

Kunskaperna om osteoporos har ökat under senare år. Osteoporos drabbar i betydande utsträckning också män men det är först på senare år som forskning har påbörjats på män. Osteoporos kan gå långt ner i åldrarna som en följd av andra sjukdomar och medicinering samt tillstånd som t.ex. rörelsehinder, ätstörningar (anorexia), graviditet, idrottande på elitnivå m.m. Faktorer som miljögifter (kadmium), rökning och geografisk hemvist har också visat sig öka risken för osteoporos.

Häften av alla kvinnor i Sverige och en fjärdedel av alla män kommer att drabbas av en fraktur som beror på benskörhet. Sverige har den högsta frekvensen av höftfrakturer i världen och den högsta frekvensen av kotfrakturer inom EU – men lägst antal bentäthetsmätare. Enligt en undersökning som Riksföreningen Osteoporotiker (ROP) genomförde vintern 1998/99 fanns det landsting som helt saknade bentäthetsmätare. Inget landsting erbjöd rutinmässigt bentäthetsmätning till personer i riskgruppen. Många kommer till sjukvården med ett handledsbrott utan att personalen undersöker orsaken till benskörhet t.ex. genom bentäthetsmätning.

I Läkartidningen nr 40 skriver Olle Svensson, professor i ortopedi, Norrlands universitetssjukhus i Umeå och Karl-Göran Thorngren, professor i ortopedi, Universitetssjukhuset i Lund:

Tänk tanken att en patient med stroke eller hjärtinfarkt skulle sändas hem från sjukhuset utan någon utredning och behandling av blodtryck, lipider, koagulation, livsstilsfaktorer m.m! Det skulle bli en pyramidal skandal! Men det är vad vi ortopedier har gjort och fortfarande på många håll gör efter fragilitetsfraktur – trots att en fragilitetsfraktur är en av de starkaste riskfaktorerna för att få fler frakturer, med en riskökning på 2–10 gånger eller mer, trots att höftfrakturer i fråga om mortalitet och morbiditet väl är jämförbara med hjärtinfarkt och stroke och trots att vården av fragilitetsfrakturer är en av de dyraste diagnoserna.

De snabbaste vinsterna når vi genom att applicera den evidensbaserade kunskap som redan finns – och det är i huvudsak ett politiskt och organisatoriskt problem.

Om vi inte kan minska antalet fragilitetsfrakturer genom ett proaktivt arbetssätt kommer vi inte att klara anstormningen av de grånande och alltmer osteoporotiska 40-talisterna.

Risken för att en 50-årig kvinna i Sverige, någon gång under resten av sitt liv, drabbas av en osteoporosrelaterade fraktur är:

Fel! Okänt namn på

- ? 23 % risk för höftfraktur
- ? 15 % risk för kotfraktur
- ? 22 % risk för handledsfraktur
- ? 13 % risk för överarmsfraktur.

Den totala direkta vårdkostnaden för osteoporosrelaterade frakturer är ca 4,6 miljarder kronor och år inkluderande alla samhällsrelaterade kostnader som kan relateras till första året efter en fraktur. Till detta kommer alla andra kostnader som förlorade arbetsinkomster, ändrat boende etc.

Antalet vård dagar i sjukvården för osteoporosrelaterade frakturer, bland kvinnor >45 år är högre än i jämförelse med hjärtinfarkt, bröstcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom eller diabetes mellitus. (Källa: SBU-rapport 2003).

Andelen äldre i befolkningen blir allt större. Med stigande ålder ökar risken för fallolyckor och risken för att drabbas av frakturer. Detta kommer att leda till en allt större belastning på vård och omsorg i framtiden. Fall med efterföljande höftfrakturer är ett stort problem för såväl de drabbade som för samhället.

Folkhälsoinstitutet (FHI) har som uppgift att förbättra folkhälsan med särskilda insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Enligt FHI:s egen hemsida ska hälso- och sjukvården bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp och mindre smärta men också underlätta för den sjuke att leva ett bra liv med sin sjukdom. Hälso- och sjukvården ska också förebygga sjukdom. FHI ska utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, strategier som kan bidra till en generellt sett mer effektiv hälso- och sjukvård. Det innebär förstärkta insatser för en mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktning i hälso- och sjukvårdspersonalens grund- och vidareutbildning.

FHI:s generella förebyggande åtgärder räcker emellertid inte med tanke på de kostnader benskörhet medför för samhället. Även hälso- och sjukvården måste ges resurser för att tidigt upptäcka benskörhet och vidta preventiva åtgärder. Det finns idag enkla sätt att mäta benskörhet i samband med hälsokontroller. Det är en enkel procedur som görs på vissa vårdcentraler runt om i landet. Många privata gynekologer har detta som rutin. Men att mäta benskörhet borde bli allmänt förekommande!

En bentäthetsmätning ger diagnosen och det finns effektiv behandling. I Storbritannien, för att nämna ett exempel, har man lagstiftat om obligatorisk utredning av fallolyckor hos äldre. Det är angeläget att regeringen beslutar om en handlingsplan för hela landet, eftersom vissa landsting inte anser att det är nödvändigt med tillgång till bentäthetsmätare. Det behövs en nationell handlingsplan och samordning eftersom flertalet landsting och kommunala huvudmän ännu inte aktiverat sig i frågan. Sverige ligger långt framme rent tekniskt. Målet borde vara att bli bäst på screening, bentäthetsmätningar.

Med hänsyn till osteoporosrelaterade sjukdomars stora omfattning och enorma kostnader för samhället kan inte regering och riksdag vara överkamma. Ett krav på regeringen bör vara att se till så att sjukvården sätter fokus på en folksjukdom som drabbar varannan kvinna.

Fel! Okänt namn på

En nationell handlingsplan bör initieras och omfatta en rad åtgärder:

- ? Många läkare och övrig sjukvårdspersonal saknar kunskap om osteoporos och därför bör ökad forskning och ökade kunskaper vara ett viktigt inslag i en nationell handlingsplan.
- ? Sverige bör följa Storbritanniens exempel och lagstifta om obligatorisk utredning av fallolyckor bland äldre.
- ? Enda sättet att i förväg få veta att man har osteoporos är att göra en s.k. bentäthetsmätning. Därför bör mätningar ingå i den allmänna hälso- och sjukvården.
- ? I samband med hälsokontroller bör sjukvården, i de frågeformulär som patienterna ofta får, inkludera även frågor som rör de främsta riskfaktorerna för osteoporos. International Osteoporos Foundation (IOF) rekommenderar sjukvården att göra en full hälsokontroll på alla kvinnor som genomgått klimakteriet.

Stockholm den 24 oktober 2006

Alf Svensson (kd)