

Motion till riksdagen 2006/07:So286

av Bertil Kjellberg och Lena Asplund (m)

Nationell handlingsplan för osteoporos

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en nationell handlingsplan för förebyggande och behandling av frakturer på grund av osteoporos upprättas.

Motivering

Osteoporos – benskörhet – är en av vår tids stora folksjukdomar. Antalet benskörhetsfrakturer har ökat dramatiskt under de senaste decennierna och beräknas nu uppgå till närmare 100 000 per år. Därmed hör Sverige till de länder som ligger högst i frakturstatistiken. Särskilt utsatta är medelålders och äldre kvinnor, men aktuell forskning visar att också män löper betydande och ökande risk att få benskörhetsfrakturer. Med alltfler äldre och äldre äldre i befolkningen beräknas antalet frakturer öka än mer.

Osteoporosfrakturer leder till försämrad hälsa och reducerad livskvalitet hos patienterna. Dödligheten är betydande. Den årliga samhällsrelevanta kostnaden för osteoporosrelaterade frakturer i Sverige beräknas till 4,6 miljarder kronor. Denna siffra utgör emellertid en underskattning då den endast inkluderar kostnader relaterade till höft-, kot- och handledsfrakturer och endast omfattar det första året efter fraktur. Därutöver kan värdet av den förlust av livskvalitet (QUALY) som frakturerna orsakar uppskattas till 2–5,9 miljarder kronor per år. Belastningen på sjukvården, äldreomsorgen och anhöriga är mycket stor.

Osteoporos har funnits sedan urminnes tider och har av tradition förknippats med kvinnor, framför allt äldre kvinnor. Det är förmodligen inte särskilt kontroversiellt att anta att just detta är orsaken till att sjukdomen har uppmärksamats först i vår tid och att den fortfarande har låg status. Som behandlingsbar sjukdom är dock osteoporos tämligen ny och kunskaperna hos

Fel! Okänt namn på

läkarkåren lämnar mycket övrigt att önska. Förutom genusaspekten är bristande kunskap och engagemang förklaringen till att osteoporos fortfarande är gravt underdiagnostiserad och underbehandlad. Senare års forskning visar emellertid att också osteoporos hos män är ett växande problem som kommer att ta allt större vårdresurser i anspråk inte bara i Sverige. Enligt WHO sker den snabbaste ökningen av osteoporos i tredje världen.

Ålder är i sig en av många riskfaktorer för fraktur. För flertalet frakturer ökar incidensen exponentiellt med en fördubbling cirka vart femte levnadsår efter 40-årsåldern. Välfärdssamhället och den moderna medicinen har också ändrat sjukdomspanoramata. I och med att man kan behandla kroniska och akuta sjukdomar har skelett och leder i en allt större omfattning blivit en begränsande faktor vad gäller funktion och livskvalitet.

På senare tid har livsstilsfaktorer uppmärksamats alltmer liksom fallprofylax. Detta är viktigt ur många aspekter. Eventuella effekter på frakturfrekvensen kommer emellertid inte att kunna avläsas under överskådlig tid. Det löser inte dagens och de närmaste decenniernas problem för osteoporospatienterna och deras anhöriga, för sjukvården och äldreomsorgen.

Det är nödvändigt att såväl kvinnor som män med osteoporos eller i riskzonen för osteoporosrelaterade frakturer får relevant omhändertagande och behandling.

På samma sätt som en patient med stroke eller hjärtinfarkt får ett professionellt omhändertagande måste också frakturpatienterna få ett professionellt omhändertagande inom sjukvården. Fragilitetsfrakturer 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 dödlighet och funktionsnedsättning väl är jämförbara med hjärtinfarkt och stroke och trots att vården av fragilitetsfrakturer är en av de dyraste diagnoserna, skickas frakturpatienterna efter operation och sjukhusvistelse i det övervägande antalet fall hem utan någon vidare utredning och behandling. Likaså skickas patienter med till exempel handledsfraktur hem efter gipsning utan vidare utredning. Patienter med kotfrakturer avskrivs med ett recept på smärtstillande medel mot ”ont i ryggen”.

Fragilitetsfrakturer kan ha många inbördes olika orsaker. Patienterna återfinns såväl inom primärvården som inom ortopedin och en lång rad andra specialiteter inom sjukvården. Det finns ingen instans som har det övergripande ansvaret. Ingen instans känner sig med automatik ansvarig för implementeringen av till exempel rekommendationer från SBU. Problemet komplexitet leder till att också sjukvårdshuvudmännen har svårt att hantera det på ett rationellt sätt. I andra länder, till exempel Storbritannien, har en nationell handlingsplan för att hantera problematiken antagits. En sådan krävs också i Sverige.

Stockholm den 26 oktober 2006

Bertil Kjellberg (m)

Lena Asplund (m)