

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012

**Systematisk riskvärdering, utredning
och behandling vid fragilitetsfraktur
Uppdatering**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Förord

Detta är en uppdatering av *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. Uppdateringen omfattar bland annat en rekommendation om systematisk riskvärdering, utredning och behandling efter en fragilitetsfraktur för att minska risk för ytterligare fraktur. Bakgrunden till att rekommendationen har uppdaterats är dels att det finns en betydande underdiagnostisering av osteoporos, dels att kunskapsläget har förändrats. Den uppdaterade rekommendationen ersätter den tidigare FoU-rekommendationen.

Alltför få patienter erbjuds osteoporosutredning efter en fragilitetsfraktur, vilket leder till en stor underbehandling och alltför många nya frakturer som hade kunna förebyggas med rätt behandling. Vårdkedjor som systematiskt fångar upp och utreder patienter som behandlats för fragilitetsfrakturer på specialistklinik för att sedan slussa dem vidare till primärvård för behandling och uppföljning kan minska risken för nya frakturer. Åtgärden, som är organisatorisk, kallas även frakturkedja och innebär att hälso- och sjukvården har rutiner och personal som handlägger patienter med fragilitetsfrakturer. Vårdkedjan innefattar alltid en utredning med frakturrisksbedömning, bentäthetsmätning, läkemedelsbehandling vid behov och uppföljning.

Sedan 2012 har det vetenskapliga underlaget för åtgärden stärkts. Studier har visat att en mer strukturerad handläggning minskar andelen patienter med nya fragilitetsfrakturer.

Med denna uppdatering vill Socialstyrelsen stödja och stimulera sjukvårdsregionerna till att införa ett mer strukturerat omhändertagande av personer med fragilitetsfrakturer

Agneta Holmström
Tillförordnad avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord.....	3
Rekommendation vid osteoporos	5
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.....	8
Projektorganisation	11
Referenser	13

Rekommendation vid osteoporos

Osteoporos (eller benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät än i vanliga fall och att skelettet därmed blir skörare och lättare att bryta. Sjukdomen ger sig vanligen till känna först när skelettet är så skört att en fraktur uppstår spontant eller efter en obetydlig påfrestning, såsom vid ett fall i samma plan.

Osteoporos drabbar framför allt äldre personer och förekommer hos drygt 30 procent av alla 70-åriga kvinnor i Sverige. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män kommer under sin livstid att drabbas av en osteoporosrelaterad fraktur. Årligen inträffar cirka 70 000 osteoporosrelaterade frakturer och av dessa är 18 000 höftfrakturer. I takt med att allt fler i befolkningen lever längre ökar också andelen som får osteoporosfrakturer. Förekomsten av höftfrakturer i Sverige är bland de högsta i världen. Den totala samhällskostnaden för osteoporos uppskattas till 13 miljarder kronor per år.

Höft- och kotfrakturer är allvarliga och för äldre personer kan dessa frakturer leda till långvarig smärta och funktionsnedsättning med försämrad livskvalitet, och även till ökad sjuklighet och för tidig död. Inom ett år efter frakturen har 10–15 procent fler avlidit i gruppen som drabbats av fraktur jämfört med en grupp med samma köns- och ålderssammansättning men utan höftfraktur. Efter en höftfraktur får många försämrad gångförmåga och kan då inte återvända till sitt eget boende, vilket också leder till en ökad social isolering.

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012* [1] innehåller rekommendationer om diagnostiska åtgärder vid misstanke om osteoporos samt om läkemedelsbehandling för personer som har eller har haft en fragilitetsfraktur för att förebygga nya frakturer. Exempel på åtgärder är FRAX och DXA. FRAX (från engelskans ”fracture risk assessment tool”) bör enligt Socialstyrelsens rekommendation användas för att beräkna frakturrisken vid misstanke om osteoporos. Frakturrisken tillsammans med värdet av en bentäthetsmätning ger underlag för att ta ställning till läkemedelsbehandling. Bentätheten bör mätas med röntgenmetoden DXA (från engelskans ”dual energy X-ray absorptiometry”).

Systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: A05.01)

Risken för allvarliga frakturer bedöms vara 50 procent eller mer för personer som har eller har haft en kot- eller höftfraktur, eller annan fragilitetsfraktur. Dessa personer bör behandlas enligt Läkemedelsverkets rekommendationer med benspecifika läkemedel som bisfosfonater, om de förutom den höga frakturrisken även har en låg bentäthet (≤ -2 i t-värde). Läkemedlen hejdar skelettets nedbrytning, ger en viss ökning av bentätheten och minskar risken

för höftfrakturer med runt 40 procent. Individanpassade fallpreventiva åtgärder och handledd fysisk träning bör också övervägas.

Trots att det finns effektiva åtgärder för att diagnostisera och förebygga osteoporosrelaterade frakturer visar Socialstyrelsens utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar från 2014 att det finns en underdiagnostik bland personer som har eller har haft en fragilitetsfraktur. Alltför få osteoporosutredningar genomförs efter en fragilitetsfraktur, vilket leder till en stor underbehandling och alltför många nya frakturer som hade kunnat förebyggas med rätt åtgärder. Exempelvis behandlades endast cirka 12 procent av patienterna med osteoporosrelaterade frakturer med benspecifika läkemedel under perioden 2005–2012. Variationen i förskrivning mellan landstingen är stor: 7,2 till 16,4 procent.

Utvärderingen visar också att en onödigt stor andel patienter får nya frakturer inom fem år efter den första och att variationen mellan landstingen i andelen nya frakturer är stor. Variationen antas bero på huruvida landstingen erbjuder sekundärpreventiva insatser, såsom läkemedelsbehandling, till dem som drabbats av fragilitetsfrakturer.

Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer (frakturkedjor) ökar andelen utredningar och behandlingar och kan minska andelen nya frakturer med runt 40 procent. En utredning innefattar alltid frakturrisksbedömning med FRAX och bentätthetsmätning med DXA. Ställningstagande till läkemedelsbehandling sker om mätningen visar en låg bentäthet i kombination med en FRAX-risk på 15 procent eller högre. Beroende på sjukvårdsorganisation ser vårdkedjorna olika ut men ofta ingår ett multiprofessionellt team som följer patienten genom utredningen. Den mest använda vårdkedjan kallas ”fracture liaisons services” (FLS), där en koordinator granskar frakturpatienters journaler och avgör vilka som behöver följas upp med frakturrisksbedömning. Koordinatoren ser till att bentätthetsmätning genomförs och för sedan över patienten till primärvården för insättning av läkemedel om så behövs. Vårdkedjorna innebär ett ökat samarbete mellan akutkliniker där frakturer behandlas och primärvården och ställer krav på samordning mellan specialistsjukvård och primärvård.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en systematisk riskvärdering, utredning och behandling till personer med fragilitetsfrakturer för att minska risken för ytterligare frakturer. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är mycket stor och att åtgärden innebär stor nytta för patienterna då fler får tillgång till läkemedelsbehandling och andelen nya frakturer som kräver behandling minskar. Åtgärden ger även underlag för att sätta in andra åtgärder, såsom fallprevention och fysisk träning.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med fragilitetsfraktur en systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att minska risken för ytterligare frakturer (*prioritet 3*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna den bästa vården.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att minska risken för ytterligare frakturer kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation. Anledningen är att antalet utredningar kommer att öka. Bedömningen baseras på att rekommendationen kräver en ökad samordning mellan primärvården och de akutkliniker där patienter med fraktur behandlas för sin fraktur, vilket förutsätter en förändrad praxis i de landsting som ännu inte erbjuder åtgärden. Det finns i dag inga beräkningar av rekommendationens ekonomiska konsekvenser på grund av organisatoriska förändringar. När det gäller bentäthetsmätning med DXA kan rekommendationen få olika konsekvenser i olika delar av landet beroende på tillgängligheten till DXA.

I nuläget har den totala årliga kostnaden för osteoporos uppskattats till 13 miljarder kronor. Till större delen består den av vårdkostnader och kommunal omsorg för nya frakturer (7,8 miljarder kronor) och långtidskostnader för historiska frakturer (5 miljarder kronor). I den totala kostnaden ingår även kostnader för behandling och administration, vilka uppgår till cirka 250 miljoner kronor.

Enligt rapporten *Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting [2]* har endast 14,1 procent eller runt 3 000 av alla kvinnor äldre än 50 år läkemedelsbehandling 6–12 månader efter en fraktur. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan öka antalet patienter som får behandling vid osteoporosrelaterad fraktur med cirka 7 000, vilket skulle innebära att hälso- och sjukvårdens kostnader ökar med 150 miljoner kronor per år på nationell nivå. Detta baseras på antagandet att antalet personer som remitteras till DXA ökar med cirka 30 procentenheter från dagens nivå på 18 procent. Den nya organisationen bedöms också kräva ett högre resursutnyttjande per patient jämfört med den nuvarande vårdkedjan, vilket ger en kostnadsökning på cirka 3 000 kronor per patient som utreds.

Kostnadskonsekvenserna av en ökad andel behandlade beror på förändringen i antalet behandlade samt den förväntade förändringen i antalet nya frakturer och historiska frakturer. Omkring 800 frakturer skulle kunna undvikas varje år när vårdkedjan nått en jämvikt där ungefär lika många patienter startar och avslutar sin behandling varje år. Att nå en sådan jämvikt uppskattas ta cirka 5 år. Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan minska vård- och omsorgskostnaden för frakturer på nationell nivå med

88 miljoner kronor per år, utifrån de beräknade kostnaderna 125 000 kronor per höftfraktur och 22 000–130 000 kronor för övriga frakturer samt genomsnittliga långtidskostnader efter höftfraktur på 60 000–80 000 kronor per år. Nettokostnaden, den sammanlagda förändringen av utrednings-, behandlings- och frakturkostnader, av att driva vårdkedjor för fragilitetsfrakturer uppskattas till cirka 62 miljoner kronor per år. Detta motsvarar cirka 80 000 kronor per fraktur som går att undvika.

Beräkningarna av de ekonomiska konsekvenserna är genomförda i en Markovmodell och bygger på sjukdomsförekomst i Sverige, svenska kostnader och de senast uppdaterade läkemedelspriserna. Modellen har ett tioårigt tidsperspektiv för att beräkna kostnader och hälsovinster i en kohort med patienter med en tidigare fraktur. Den årliga behandlingarkostnaden beräknas till cirka 2 000–2 500 kronor, inklusive administration och uppföljande bentäthetsmätningar med DXA (en bentäthetsmätning i höft och ländrygg med DXA kostar cirka 1 600 kronor). Den ökade läkemedelsanvändningen förväntas kosta cirka 31 miljoner kronor, med antagandet att 80 procent får behandling med alendronsyra och att läkemedlet kostar cirka 250 kronor per person och år. Fördelningen av olika läkemedel baseras på statistik om uthämtade osteoporosläkemedel på apotek år 2013 enligt Läkemedelsregistret (80 procent alendronsyra, 10 procent risedronsyra och 10 procent övriga läkemedel).

I analysen finns också antagandet att den genomsnittliga behandlingens längd endast är två år, i enlighet med studier baserade på registerdata.

Tabell 1 nedan sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader för landstingen på kort respektive lång sikt för aktuell rekommendation. Med kort sikt avses den förväntade kostnadsutvecklingen under de första två åren från det att rekommendationen träder i kraft. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från år tre och framåt.

Tabell 1. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Osteoporos			
Systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur	A05.01	↗	→

Tabell 2 summerar de kumulativa kostnadskonsekvenserna för en genomsnittlig frakturpatient, under de första tio åren med frakturkedja jämfört med ingen frakturkedja.

Tabell 2. Kumulativa kostnadskonsekvenser av ny vårdkedja för fragilitetsfrakturer jämfört med dagens vårdkedja

Avser genomsnitt per patient med fraktur och kalenderår (kronor, ej diskonterade värden)

Typ av kostnad	0-1 år	2 år	5 år	10 år
Läkemedel	130	290	290	290
Administration och DXA efter påbörjad behandling	0	380	380	380
Utredning och diagnostik	4 100	4 100	4 100	4 100
Frakturer	0	-660	-2 856	-2 896
Totalt för utredning, behandling och frakturer	4 230	4 110	1 914	1 874

Projektorganisation

Projektgrupp

Maria Eriksson	utredare, Socialstyrelsen
Emma Jonsson	hälsoekonom, Quantify Research
Mattias Lorentzon	professor (i geriatrik), Göteborgs universitet, specialistläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Mats Palmér	docent (i endokrinologi), överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Oskar Ström	doktorand, hälsoekonom LIME/MMC, Karolinska Institutet och Quantify Research

Prioriteringsgrupp

Anders Amilon	överläkare (i handkirurgi), Universitetssjukhuset, Örebro
Lars Ejerhed	docent (i ortopedi), forskningsledare, FoU-enheten, NU-sjukvården, Trollhättan
Anders Hansson	överläkare (i ortopedi), Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Mattias Lorentzon	professor (i geriatrik), Göteborgs universitet, specialistläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Marie Lundberg	docent (i fysioterapi), Göteborgs universitet, forskare, ortopedkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Rebecca Nobin	specialistläkare (i ortopedi), Länsjukhuset, Kalmar

Inga Redlund – Johnell	docent (i radiologi), överläkare, Skånes universitetssjukhus, Lund
Agneta Uddhammar	vice ordförande i prioriteringsgruppen, medicine doktor (i reumatologi), överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Richard Wallensten	ordförande i prioriteringsgruppen, docent (i ortopedi), överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Pär Wanby	medicine doktor (i endokrinologi), överläkare, Länssjukhuset, Kalmar
<i>Andra medverkande</i>	
Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Max Gnipping	administratör, Socialstyrelsen
Maja Kärrman-Fredriksson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	utredare, Socialstyrelsen
Karin Palm	tillförordnad enhetschef, Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	tillförordnad enhetschef, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Stockholm 2012.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting. Stockholm 2013.