



Frakturkedjor behövs – vi har väntat länge nog

– en guide till beslutsfattare som vill
förbättra vården av benskörhet

OSTEOPOROS
FÖRBUNDET

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Så har man lyckats i Gävleborg och Värmland.....	4
Gävleborg – från botten till toppen.....	4
Värmland – från eldsjäl till struktur.....	7
Västra Götaland – framgångar, motgångar och nya initiativ	8
Så bygger du en bra frakturkedja	10
Budget.....	10
En process.....	10
Vissa detaljer	10
Uppföljning	10

Inledning

Detta är en rapport om svensk osteoporosvård. Den visar hur det går att skapa den väl fungerande vård som fortfarande saknas på många håll i landet. Rapporten är framtagen av Osteoporosförbundet.¹ Rapporten bygger delvis på intervjuer med personer från de framgångsrika regionerna och Osteoporosförbundet vill rikta ett varmt tack till alla dem som hjälpt oss med arbetet.

Osteoporos är en kostsam folksjukdom. En halv miljon svenskar är drabbade. Ungefär varannan kvinna och var fjärde man beräknas drabbas under sin livstid.² Varje år sker det ca 80–90 000 osteoporosrelaterade frakturer.³ Dessa frakturer leder till 450 000 vårddygn per år – endast stroke kräver fler vårddygn⁴. Den samlade samhällskostnaden för osteoporos i Sverige låg 2017 runt 20 miljarder kronor.⁵ Socialstyrelsen klassificerar osteoporos som ett tillstånd med stor till mycket stor svårighetsgrad. Ändå är osteoporos en gravt underbehandlad sjukdom. Det finns bra och billiga läkemedel som förhindrar nedbrytningen av ben. Det finns läkemedel som ökar bentätheten och det finns läkemedel som både bygger ben och minskar nedbrytningen. Men alldeles för få får behandling.

Underbehandling leder till stort onödigt lidande och kostnader. Det finns flera olika effektiva behandlingar som minskar risken för nya frakturer med runt 40 procent.⁶ Att så få får behandling är ett gigantiskt slöseri. Att det råder en betydande underbehandling är oomtvistat. Läkemedelskommittén i Stockholm konstaterar att det finns en *”betydande underbehandling av högriskpatienter i Stockholms län trots stark evidens för behandlingsnytta”*, läkemedelskommittén i Västra Götaland skriver att *”det föreligger en betydande underdiagnostik och underbehandling av osteoporos trots den goda dokumentationen för terapi”*.

Den grundläggande orsaken till underbehandling står att finna i brister i vårdens organisation och struktur. Sedan 2012 finns det nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, där osteoporos ingår. Riktlinjerna slår fast att alla som drabbas av en osteoporosrelaterad fraktur ska utredas och vid behov behandlas med läkemedel för att förebygga nya frakturer. Socialstyrelsen konstaterar att alla regioner bör ha frakturkedjor med koordinator, en strukturerad process för att identifiera, utreda och behandla personer som drabbats av en första fraktur. I de nya nationella riktlinjer som publicerades i slutet av april 2020 har införande av frakturkedjor getts den allra högsta prioritetsgrad som finns i nationella riktlinjer. Socialstyrelsen skriver att *”Patienter som har haft en benskörhetsfraktur bör tas omhand på ett strukturerat sätt för att minska risken för nya frakturer, enligt en så kallad frakturkedja. I frakturkedjan ingår att identifiera aktuella patienter, värdera risken för nya frakturer, utreda sjukdomen (till exempel med bentäthetsmätning) och behandla. En frakturkoordinator är central för att samordna processen.”*. Socialstyrelsen har också tagit fram en ny indikator för att mäta hur många patienter som fångas upp i frakturkedjor.⁷ Även Läkemedelsverket har uppdaterat sina behandlingsriktlinjer och läkaren/forskaren Maria Sääf som arbetat med riktlinjerna lyfter också hon behovet av högre ambitioner när det gäller andelen behandlade, 50–60 procent ser Maria Sääf som ett rimligt mål.⁸

Osteoporos är underbehandlat. Underbehandlingen leder till onödiga frakturer, stort lidande och stora kostnader. Orsaken till underbehandlingen är främst att patienter med behov av behandling inte fångas upp, utreds och följs upp på ett strukturerat sätt. Väl fungerande frakturkedjor hanterar alla dessa delar. Trots att alla tycks vara överens om att frakturkedjor är en nödvändig del av osteoporosvården går det alldeles för långsamt. Underbehandlingen fortsätter och varje år drabbas tusentals av nya frakturer i onödan. Osteoporosförbundet publicerade 2018 en granskning av regionernas arbete och även om det finns många goda ambitioner är det

1 Arbetet med rapporten har bedrivits med ekonomiskt stöd från läkemedelsbolaget UCB Pharma AB.

2 Socialstyrelsen (2020) Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

3 Socialstyrelsen (2020) Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

4 Debattartikel, Dagens Samhälle, 2017-09-16, länk: <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/onodiga-frakturer-fyller-sjukhusen-18473>

5 Borgström, F., Karlsson, L., Orsäter, G. et al. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. Arch Osteoporos 15, 59 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11657-020-0706-y>

6 Socialstyrelsen (2014) Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 – uppdatering 2014

7 Socialstyrelsen (2020) Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

8 <https://www.lakemedelsvarlden.se/nya-riktlinjer-kan-ge-fler-behandling-mot-osteoporos/>

långt kvar till väl fungerande frakturkedjor i hela landet.⁹ Det räcker inte med att ha rätt riktlinjer på papper. Det krävs en stabil och tydlig organisation för att också få det att fungera i verkligheten.

Ambitionen med denna rapport är att lyfta fram några av de verkligt goda exempel som finns på väl fungerande frakturkedjor. Förhoppningen är att den ska kunna vara till hjälp och inspiration för de regioner som vill bli bättre. Det finns mycket att lära av de som lyckats och att bara fortsätta som förut är helt enkelt inte acceptabelt.

Osteoporos – en folksjukdom

- Varannan kvinna och var fjärde man drabbas under livet
- Stor påverkan för drabbade patienter
- Höga kostnader för samhället
- Brist på välfungerande frakturkedjor (fracture liaison service)
- Låg behandlingsgrad efter fraktur

Så har man lyckats i Gävleborg och Värmland

Gävleborg och Värmland är två av de regioner som lyfts fram som föredömen i Osteoporosförbundets granskning. Deras frakturkedjor har olika bakgrund och har vissa olikheter men de är båda exempel på regioner som på kort tid lyckats etablera stabila och väl fungerande processer. De är också regioner som gått från relativt dåliga resultat när det gäller andelen som får behandling till att ligga i den absoluta toppen.

I detta avsnitt beskrivs översiktligt hur frakturkedjorna ser ut men också hur de kommit till. Fokus ligger på vad de lyckats väl med, varför det hände och vad andra regioner kan lära.

Gävleborg – från botten till toppen

När Socialstyrelsen, 2014, senast presenterade andelen med förstagångsfrakturer som fick förebyggande läkemedelsbehandling låg Gävleborg i den absoluta botten. Det dåliga resultatet var startskottet till en politisk process. Beslut fattades om en process som skulle lyfta osteoporosvården i regionen. I dag är de kanske det ledande föredömet i landet.

Resultatet av det politiska initiativet blev ett fyraårigt osteoporosprojekt som nu är en del av den ordinarie verksamheten. Den projektgrupp som tillsattes hade representanter från ortopedi, endokrinologi, geriatrik och primärvården. Att primärvården var direkt involverade beskrivs som en avgörande framgångsfaktor och bidrog till en avgörande innovation, osteoporosjuksköterskor som länk mellan sjukhusen och primärvården. En viktig del av projektet var också en centralisering av läkemedelskostnader förknippade med injektions- och infusionsbehandlingar. Detta sänkte tröskeln för primärvården att ordinera dessa, för patienten betydligt smidigare, behandlingar snarare än de vanliga veckotabletterna.

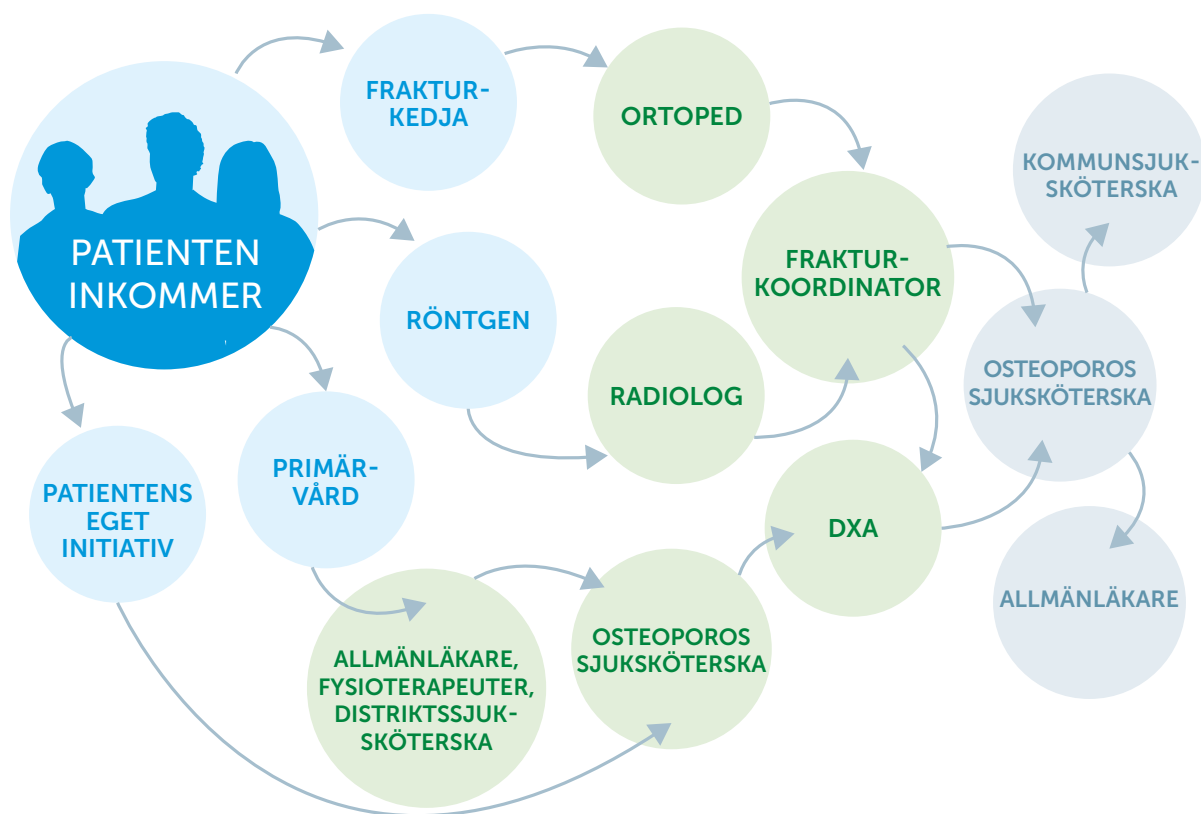
Gävleborg hittade också ett arbetssätt med många vägar in till behandling. Processen klarar att fånga upp fler än dem som kommer via direkta frakturer och behandling på sjukhus. Nyckeln till detta är just osteoporossköterskorna.

⁹ Osteoporosförbundet (2018) Vården måste ta osteoporos på allvar! – dags att införa fungerande frakturkedjor

I dag finns tre osteoporoskoordinatorer och fem osteoporossköterskor. Det är dessa personer som på många sätt utgör kärnan i processen. Koordinatorerna ansvarar för att identifiera patienter och initiera utredning. De bedömer frakturrisik och remitterar vid behov till benthetsmätning. De patienter som bedöms lida av osteoporos lämnas över till osteoporossköterska som fortsätter utredningen och tar fram underlag för beslut om behandling. Osteoporossköterskan lämnar i de flesta fall över till ansvarig familjeläkare som fattar slutligt beslut om behandling och läkemedel. Patienter över 80 år med höftfrakturer behöver inte genomgå en benthetsmätning (DXA) utan behandling initieras oavsett benthetsmätning. Om benthetsmätning inte behöver genomföras men där osteoporosbehandling ändå bör övervägas, rapporteras patienten direkt till en osteoporossköterska för fortsatt utredning och behandling.

Det finns flera delar av Gävleborgs kedja som är särskilt intressanta. De bedriver ett brett uppsökande arbete för att identifiera patienter och initiera dem i frakturkedjan. Det är framför allt genom osteoporossköterskorna och den starka kopplingen till primärvården som de lyckats skapa en modell där även andra patienter än de som fångas upp via förstagsfrakturer diagnostiseras och får tillgång till behandling. Bilden nedan illustrerar hur flödena ser ut och visar på fler vägar till diagnos och behandling än de som normalt finns i en frakturkedja.

Figur 1. Flödesschema för osteoporosvård i Gävleborg



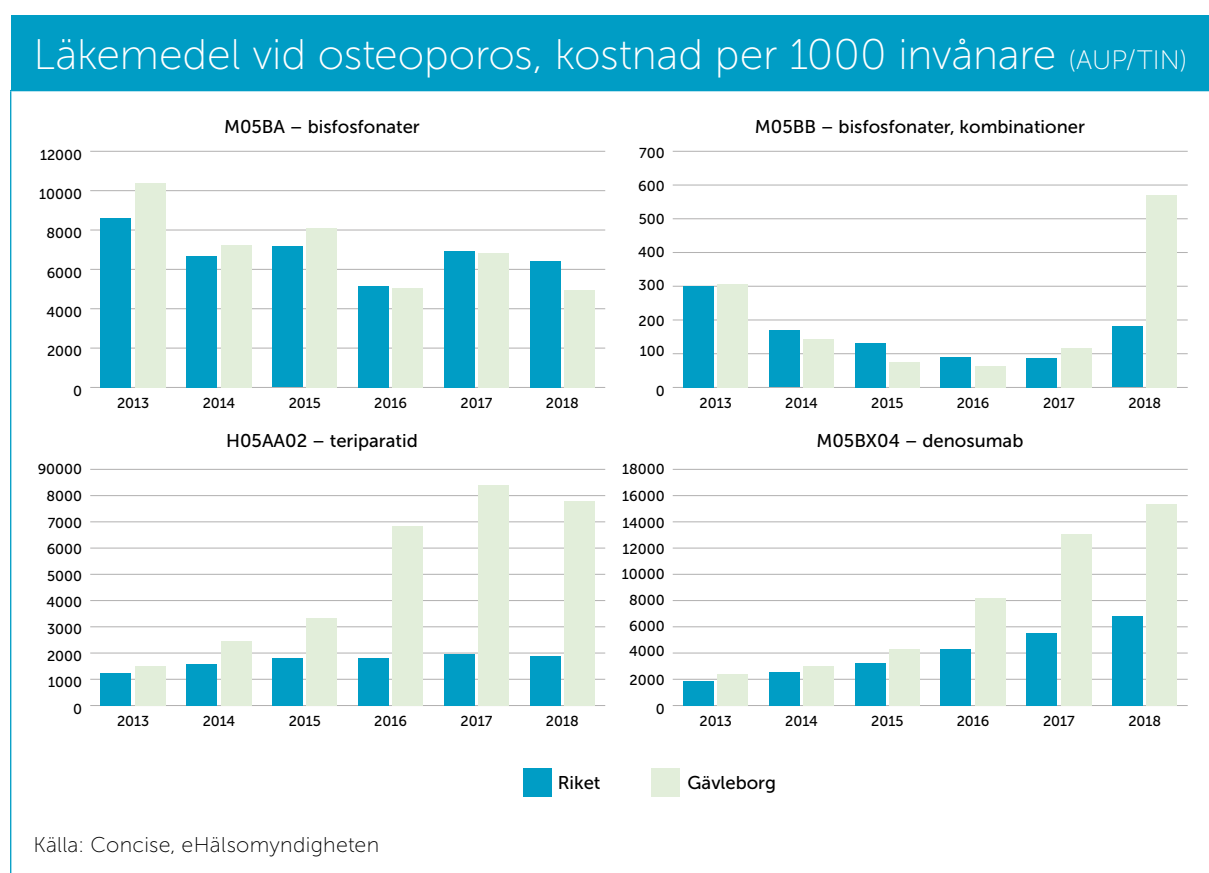
Det är framför allt förmågan att fånga upp personer direkt via primärvård och patienters egna initiativ som skiljer ut Gävleborg. Det är värt att notera i bilden ovan att det finns fyra inkörsvägar till behandling och bara en av dem är den renodlade frakturkedjan. Detta är delvis en effekt av osteoporossköterskornas arbete men också av ett brett utbildnings- och förankringsarbete. Modellen går på så sätt från att bara klara av sekundärprevention efter en första fraktur till att också hitta dem som är i behov av primärprevention. Detta är något som växt fram över tid.

Centraliseringen av viss läkemedelsfinansiering har sannolikt också bidragit till att sänka trösklarna till effektiv behandling. Även här spelar osteoporossköterskorna en viktig roll. De har ett tydligt ansvar för uppföljning av

behandling vilket ofta är en svag punkt annars. När läkemedelsbehandling har påbörjats ansvarar osteoporossköterskorna för uppföljning av behandlingen genom att exempelvis skriva remiss för uppföljande bentäthetsmätning (kontroll-DXA) och initiera kontakt med andra yrkeskompetenser (arbetsterapeut, fysioterapeut eller dietist).

Resultaten av de nya sätten att arbeta är tydliga. Gävleborg har gått från botten till toppen när det gäller antal personer som får behandling. Diagrammen nedan visar tydligt hur utvecklingen i Gävleborg skiljer sig från riket i övrigt. Det är värt att notera att skillnaden är särskilt tydlig när det gäller de läkemedel, teriparatid och denosumab som är centralt finansierade. Det är också behandlingar som kostar mer men som har betydande fördelar för patienterna.¹⁰

Figur 2. Utveckling av läkemedelsanvändning i Gävleborg och hela landet



Det finns flera nycklar till framgångarna i Gävleborg men helt uppenbart har det varit viktigt med en tydlig politisk beställning och ett tydligt politiskt stöd för arbetet. Det har också varit avgörande att det redan från början funnits särskilda medel avsatta och att det inkluderat en central budget för ökad läkemedelsanvändning. Ytterligare en framgångsfaktor har varit en arbetsgrupp med representanter från många delar av hälso- och sjukvården, inte minst från primärvården. Innovationen med osteoporossköterskor har sannolikt varit helt avgörande och är en viktig orsak till att arbetet har expanderat utanför vad som ges av en vanlig frakturkedja. Varje region måste förstås bygga ett arbete på sina egna förutsättningar men Gävleborg har mycket att lära den som vill bli bättre.

¹⁰ <https://www.regionorebrolan.se/PageFiles/1275126/vander%20o%20knardal%20webb.pdf>

Värmland – från eldsjäl till struktur

Den värmländska frakturkedjan har funnits sedan 2016. Till skillnad från i Gävleborg kom initiativet från professionen inte politiken. Det var en ortoped som engagerade sig och lyfte frågan på den egna kliniken. Det initiativet ledde till en av landets bäst fungerande kedjor som i dag är väl förankrad i regionen och tydligt uttryckt i riktlinjer och rutiner.

Den värmländska kedjan är mer konventionell än Gävleborgs. Den riktar sig tydligt till patienter som är äldre än 50 år och som drabbats av en typisk osteoporosfraktur. I dag finns det två osteoporoskoordinatorer vid ortopederna i Karlstad. Från början använde de journalsystem för att hitta aktuella patienter men i dag är frakturregistret så brett använt att det huvudsakligen är den vägen som används.

Osteoporoskoordinatören kontaktar patienterna ca 4 veckor efter fraktur, snabbare för dem som ligger inne på ortopederna, och gör en initial utredning. Utredningen täcker de allra flesta delar som behövs för att ta ställning till fortsatt behandling och inkluderar även en bedömning av fallrisk, något som är en viktig del av en bra frakturkedja. Frakturrisken bedöms med FRAX. Om koordinatören bedömer att det finns en förhöjd frakturrisik remitteras patienten vidare till Endokrin- och Diabetescentrum (EDC) eller direkt till allmänläkare. Det senare gäller normalt för patienter som är äldre än 80 år eftersom den gruppen är aktuell för behandling oavsett bentäthet. Vid EDC görs en bentäthetsmätning och en individuell behandlingsrekommendation utfärdas. Rekommendationen går sedan vidare till primärvården för beslut om insättning av behandling. Det är en styrka att hela utredningen är gjord centralt och att det finns en tydlig behandlingsrekommendation. Detta underlättar för primärvården och ökar sannolikheten för behandling.

Figur 3. Vårdprocess i Värmland



Framgångsfaktorer i Gävleborg

- Tydligt politiskt uppdrag med finansiering
- Bred förankring
- Osteoporossköterskor (utöver koordinatörer)
- Central budget för läkemedel

I Värmland finns ingen central finansiering utan kostnaden bärs av ortopedkliniken. Det är dock i dag en väl etablerad process och kedjan är väl förankrad i hela regionen. Detta har varit en viktig del av arbetet. Det finns alltid en risk att något som drivs av eldsjälarna inte är uthålligt. I Värmland tycks man ha hanterat den risken väl. Nyckeln till det har varit ett brett förankringsarbete och etablerande av tydliga rutiner. Förankringen har siktat både uppåt mot beslutsfattare och utåt mot olika delar av hälso- och sjukvården. Särskilt viktig har varit att förankra arbetet i primärvården.

Framgångsfaktorer i Värmland

- Bred förankring
- Centraliserad utredning med behandlingsrekommendation
- Tydliga och dokumenterade rutiner

När det gäller behandling finns ingen särskild budget men i regionens riktlinjer betonar man vikten av att vara vaksam på hur väl behandlingen fungerar och vikten av att pröva infusions- och injektionsbehandlingar om följsamheten till de vanliga veckotabletterna är dålig.

Värmland såg mycket snabba resultat när det gäller andelen med behandling. Redan ett år efter kedjans införande hade över 40 procent av dem med typiska osteoporosfrakturer en benskyddande behandling inom 6–12 månader efter fraktur. Det beräknas vara runt två tredjedelar av alla som bör ha behandling.¹¹ Resultatet kan jämföras med att Värmland 2014 låg på 14 procent behandlade i Socialstyrelsens indikator från 2014.

En nyckel till Värmlands goda resultat är sannolikt en relativt centraliserad kedja. I stort sett all utredning görs centralt och det resulterar i tydliga behandlingsrekommendationer till primärvården. Att gå mot mer centralisering av dessa delar var en viktig rekommendation i Osteoporosförbundets rapport från 2018. Arbetet med kedjan är också väl förankrat. Det räcker inte med att sätta processer på papper utan det krävs också att alla aktörer sluter upp bakom arbetssättet.

Västra Götaland – framgångar, motgångar och nya initiativ

Västra Götaland var tidigt ute med beslut om frakturkedjor och regionala riktlinjer. I regionen finns också starka professionsföreträdare och två exempel på faktiskt fungerande kedjor. Aktuell forskning från regionen visar också för första gången, på svenska data, hur frakturkedjor inte bara leder till fler behandlade utan också minskar antalet frakturer. Samtidigt är VGR också ett exempel på beslut som inte leder hela vägen till faktisk verksamhet, på hur eldsjälsvivna kedjor är sårbara över tid och på hur svårt det kan vara att etablera nya processer även när viljan finns. I en del av regionen, Göteborg, har nu beslut fattats att, med inspiration från Gävleborg, satsa på fler koordinatörer, både vid Sahlgrenska i Mölndal och i primärvården.¹² Initiativet från Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd borde kunna tas efter av fler.

I Skaraborg, Skövde och Lidköpings sjukhus, och vid Sahlgrenska i Mölndal har det funnits frakturkedjor sedan 2013 respektive 2014. Medan Sahlgrenska har en mer typisk koordinatorbaserad kedja som på många sätt liknar den värmländska har Skaraborg en lite annorlunda lösning. Skaraborgs kedja bygger på ett spritt ansvar hos alla medicinska sekreterare inom ortopedin och akutvården, ett trettiotal, att identifiera patienter över 50 år med osteoporosfrakturer. Dessa patienter får en kallelse till DXA-undersökning och en sjuksköterska på mottagningen gör FRAX. Resultaten bedöms av en endokrinologisk konsult som också beslutar om behandlingsrekommendation vilken skickas till ansvarig läkare i primärvården.

De västsvenska kedjorna har utvärderats med avseende på återfrakturer. Det visar sig att införandet av kedjorna minskade antalet nya frakturer med 18 procent. En studie på bara Skaraborg visade att andelen frakturpatienter som fick en bentäthetsmätning ökade från 7,6 procent till 39,6 procent och att andelen som fick behandling ökade från 12,6 procent till 31,8 procent. Även en mer oortodox kedja kan alltså fungera.

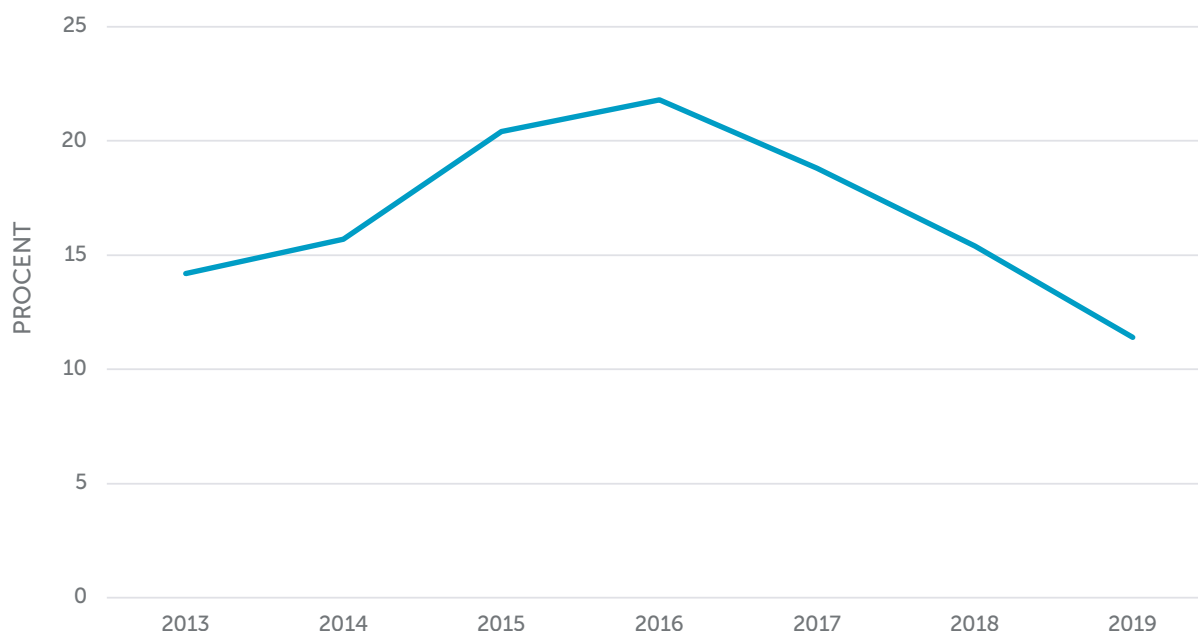
¹¹ Data presenterade av Andras Otto vid Svenska Osteoporosällskapets årliga utbildningsdag 2018

¹² Västra Götalands Regionen, Tjänsteutlåtande 2019-10-15, Diarienummer HSN 2017-00160

Samtidigt som Västra Götaland har exempel på framgångsrika kedjor och forskning som visar på goda resultat så visar erfarenheterna därifrån också hur svårt det kan vara att få reformer att fästa. Regionen som helhet beslutade redan 2013 om införande av en ny vårdprocess för patienter med osteoporosrelaterade frakturer. Beslut fattades om att frakturkedjor skulle införas och alla sjukhus skulle ha frakturkoordinatorer.¹³ Trots dessa beslut ledde processen inte till etableringen av fler frakturkedjor utöver Skaraborg och Sahlgrenska/Mölnadal. Det finns också varningstecken när det gäller kedjan i Skaraborg. Den har aldrig formaliserats riktigt tydligt utan till viss del byggt på eldsjälar och entusiasm. Utan en tydlig formell ram är det svårt att skapa ett uthålligt arbete och det är tveksamt om kedjan fungerar lika väl i dag som när den startade.

För hela Västra Götaland fanns det en tydlig tendens att utvecklingen när det gäller andelen som får behandling gick åt rätt håll när beslut fattades om en ny vårdprocess och mycket fokus fanns på frågan. Tyvärr har utvecklingen vänt de senaste åren. Andelen som behandlas med benspecifika läkemedel efter benskyddrelaterade frakturer har som framgår av figuren nedan minskat igen efter en tydlig uppgång. Positivt är att VGR som en av mycket få regioner kan redovisa alla typer av benskyddande läkemedel på individnivå, det gör också att nivåerna ligger högre än motsvarande indikator för riket eller andra regioner.

Figur 4. Läkemedelsbehandling efter benskyddrelaterad fraktur, personer 50 år och äldre



Källa: VGR verksamhetsanalys 2019

Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd har de senaste åren sett över hur arbetet med frakturprevention kan förbättras. Inför 2020 fattades också beslut om en helt ny satsning på sammanlagt 5,9 mnkr.¹⁴ Satsningen är direkt inspirerad av Gävleborg och innehåller två frakturkoordinatorer vid Sahlgrenska och fem osteoporoskoordinatorer som ska stärka primärvården. Det finns en del oklarheter kring hur arbetet ska bedrivas och det finns inga särskilda medel avsatta för läkemedel. Samtidigt ska arbetet ske inom ramen för den regionala medicinska riktlinje som finns och förutsättningarna för styrning i en del av en region är inte nödvändigtvis samma som för en hel region. Det blir dock förmodligen avgörande att de nya resurserna också kompletteras med en tydlig och väl förankrad process för hur arbetet ska bedrivas. Det är helt klart ett intressant initiativ och första gången som någon aktör så tydligt försöker bygga på delar av det som varit så framgångsrikt i Gävleborg.

¹³ Västra Götalands Regionen, Regional vårdprocess, Dnr RS 454-2013

¹⁴ Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd, Tjänsteutlåtande, 2019-10-15, Diarienummer HSNG 2017-00160

Så bygger du en bra frakturkedja

Att skapa och bibehålla en väl fungerande frakturkedja underlättas definitivt av att det finns en tydlig politisk beställning i botten. Det finns ingen som helst tvekan om behovet, ingen tvekan om att det är en effektiv och i många delar direkt lönsam åtgärd och ingen tvekan om att precis detta har högsta möjliga prioritet i de nationella riktlinjerna. De regioner som fortsatt nonchalerar behovet har mycket att förklara.

Vad bör då ett politiskt initiativ innehålla?

Budget

För att minska risken att en reform rinner ut i sanden krävs att den är finansierad. Tjänster som koordinator och eventuella osteoporossköterskor behöver finansieras men det finns även andra delar. För vårdcentraler med en pressad budget kan även de relativt små kostnader som är förknippade med DXA-undersökningar och lämpliga läkemedel vara ett hinder. Socialstyrelsen konstaterar i de nationella riktlinjerna att *”Om benthetsmätningar med DXA-undersökning och läkemedel finansieras centralt, så ökar möjligheterna att erbjuda lämpliga utredningar och behandlingar även i den nära vården”*. Den allra bästa lösningen är att skapa en central finansiering som gör att det inte kostar något på marginalen att inkludera en patient i kedjan. Ett andrahandsalternativ är att i varje fall tillföra medel som motsvarar den antagna kostnadsökningen. Det rör sig inte om stora pengar. Om alla kostnader inkluderas kan det röra sig om 5–10 mnkr.¹⁵

En process

Det politiska initiativet bör inkludera en beställning om en tydlig vårdprocess. Med det menas något delvis annat än en behandlingsriktlinje. Processen bör tydligt definiera roller och ansvar. Den ska tas fram i dialog med alla berörda och förankras väl. För att en frakturkedja ska fungera väl krävs det väl definierade roller men också en acceptans av hur det ska gå till. Det behövs också utbildningar och ett ordentligt arbete för att förklara syfte och motiv. Till en väl fungerande process hör också välutbildade patienter. Socialstyrelsen rekommenderar patientutbildningar och skriver i riktlinjerna att *”Ett exempel är osteoporoskola, som syftar till att öka patientens kunskap om sjukdomen, minska risken för benskörhetsfrakturer och uppmuntra till fysisk träning.”*

Vissa detaljer

Det finns flera olika sorters kedjor. Det finns också flera delar av en väl fungerande osteoporosvård som kanske inte alltid måste vara en uttrycklig del av en frakturkedja. Vissa element som är mer kritiska än andra. Stegen att identifiera och bedöma ska vara centraliserade. Det är också till mycket stor fördel om det formuleras en konkret behandlingsrekommendation innan en patient slussas över till primärvården. Utöver det kanske inte politiken bör avgöra de exakta detaljerna men det finns många lärdomar om vad som fungerar mer eller mindre väl. En betydligt fylligare genomgång finns i Osteoporosförbundets rapport: *Vården måste ta osteoporos på allvar! – dags att införa fungerande frakturkedjor.*

Uppföljning

Politiken ska säkerställa att det finns en bra uppföljning av kedjans funktion. Det centrala målet bör vara att få upp andelen som ges behandling. Det är också avgörande att det skapas bra rutiner för individuell uppföljning. Alla patienter har olika behov och det gäller att inte bara förskriva läkemedel utan också att hitta den behandling som verkligen fungerar över tid i det enskilda fallet.

¹⁵ Egen uppskattning baserad på räkneexempel i Nationella riktlinjer och beslut från Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd

Slutord

Socialstyrelsen kommer att utvärdera efterlevnaden till de nya nationella riktlinjerna. Allt annat än att de då kan rapportera om att väl fungerande frakturkedjor är på gång i alla regioner vore anmärkningsvärt. Det finns ingen anledning för en region att inte lära av dem som redan gjort resan. Och det finns inga argument som håller för att inte göra den själv.

Om Osteoporosförbundet

Osteoporosförbundet är en rikstäckande organisation, med verksamhet i alla regioner, för personer med osteoporos – benskörhet – och för deras anhöriga och andra som har anknytning eller engagemang för sjukdomen.

Förbundet bygger på ideella krafter och är politiskt och ideologiskt obunden. Det är den enda Patientorganisation som satsar sina resurser på diagnosen osteoporos.



OSTEOPOROS
FÖRBUNDET

Copyright © 2020 Frakturkedjor behövs – vi har väntat länge nog
Kontakta oss: www.osteoporos.org