



Input til Sundhedsstrukturkommissionen

National implementering af systematisk screenings for osteoporose som sekundær forebyggelse af nye knoglebrud, samt gentænkning af muligheder for medicin administration i primærsektor.

Indstiller: Dansk Endokrinologisk Selskab.

Sundhedsstrukturkommissionen ønsker en åben drøftelse om sundhedsvæsenets udfordringer og indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. Som lægefagligt selskab vil vi gerne 1) rette fokus på nødvendigheden af systematisk opsporing af osteoporose og sekundær forebyggelse af knoglebrud hos patienter, der netop har pådraget sig et knoglebrud, og 2) foreslå kommissionen at overveje *hvor* anti-osteoporostisk behandling bedst administreres (sygehusregi versus primær sektor), og *hvordan* regler for udlevering af anti-osteoporostisk behandling er hensigtsmæssigt udformet.

Internationalt har der gennem de seneste år været fokus på programmer til forebyggelse af knoglebrud, og både Osteoporoseforeningen og den internationale osteoporoseforening, IOF, anbefaler modellen Fracture Liaison Service (FLS). I Danmark anbefalede Sundhedsstyrelsen i 2018, at FLS indføres på alle hospitaler i Danmark, og siden har en tværregional arbejdsgruppe beskrevet hvorledes disse anbefalinger kunne gennemføres i praksis. FLS forsøges etableret nationalt, men reel implementering på alle 21 danske akuthospitaler har vist sig udfordrende mange steder. Med prioritering og fokus fra bl.a. Sundhedsstrukturkommissionen vil det kunne lykkes. Og både for den enkelte borger og for samfundet er det en fordel, hvis man kan forebygge nye knoglebrud frem for at behandle dem.

FLS indebærer at borgere over 50 år, som pådrager sig et knoglebrud efter et mindre traume, skal tilbydes udredning for osteoporose. Dette gennemføres i praksis forskelligt på de relativt få hospitaler, der indtil videre har indført FLS, og herunder præsenteres eksempler på FLS i dansk kontekst. På Hvidovre hospital, fokuseres på de indlagte patienter ældre end 50 år, som tilbydes en udredning med knogleskanning og relevante blodprøver. Blandt hoftefraktur patienter har næsten alle (95%) osteoporose og behandles primært med intravenøst zoledronat. Patienter ældre end 50 år som ses i skadestuen med fraktur tilbydes at bestille tid til DXA via telefon. Blandt patienter med andre frakturer har omkring en tredjedel behandlingskrævende osteoporose. På Nordsjællands Hospital identificeres alle patienter over 50 år, som er blevet behandlet for et lavenergibrud på hospitalet. Patienterne modtager et brev med tilbud om udredning, og hvis de svarer ja tak, får de foretaget en knogleskanning. De foreløbige opgørelser viser, at blandt patienter, der accepterer udredning, har ca 2/3 behandlingskrævende osteoporose. På Aarhus Universitetshospital identificeres alle patienter over 50 år som har været forbi hospitalet med et knoglebrud. Patienterne bliver ringet op af en osteoporose sygeplejerske og tilbudt udredning for osteoporose. De foreløbige opgørelser fra Aarhus Universitetshospital viser at blandt patienter med knoglebrud, som ikke forud for knoglebruddet var diagnosticeret med osteoporose, har 33% behandlingskrævende osteoporose. På alle tre hospitaler behandles patienter med lettere grader af osteoporose fortrinsvis i almen praksis, mens patienter med sværere osteoporose tilbydes knogleopbyggende medicinsk behandling på hospitalet. Alle behandlinger er vist at reducere risikoen for nye knoglebrud markant.



Det medfører en "Her og nu - udgift" for afdelingerne at kontakte og undersøge disse borgere, men på længere sigt vil nogle af dem kunne undgå at komme på hospitalet for at blive behandlet og genoptrænet efter nye knoglebrud. Således har flere udenlandske studier, inklusiv europæiske, vist at FLS betaler sig rent samfundsøkonomisk, herunder bedrer kvalitetsjusterede leveår (QALY) (1,2). Men i et presset sundhedsvæsen, med mangel på både menneskelige og økonomiske ressourcer, kan FLS være vanskelig at få implementeret nationalt, uagtet alle gode intentioner. Vi ønsker derfor Sundhedsstrukturkommissionens opmærksomhed henledt på FLS og prioritering af FLS implementering.

Udredning for osteoporose hos patienter, der har pådraget sig knoglebrud ved et mindre traume har i mere end to årtier været anerkendt som en betydningsfuld indsats i forhold til at reducere antallet af knoglebrud. Det har dog vist sig at være en opgave, hvor ansvaret har været uklart; akut/ortopædkirurgisk afdeling, almen praksis eller endokrinologisk afdeling og resultatet er at ingen har påtaget sig opgaven. I modsætning til fx udredning af den fremtidige kardiovaskulære risiko hos en patient med blodprop i hjertet, hvor hele udredningen foregår i kardiologisk afdeling, skal patienten med knoglebrud forbi flere afdelinger/sektorer, hvilket er svært og derfor kræver klare aftaler om ansvar. Vi håber at sundhedsstrukturkommissionen vil indtænke FLS og andre tværfaglige og tværsektorielle forløb ind i forslagene til den fremtidige sundhedsstruktur, således patientovergange mellem afdelinger eller sektorer bliver mere smidige.

Osteoporose er en meget hyppig tilstand. Sundhedsstyrelsen vurderede i rapporten fra 2018 at 650.000 danskere har osteoporose. Ikke alle disse personer har behov for udredning og medicinsk behandling, men personer med osteoporose, der har pådraget sig et knoglebrud har høj risiko for flere knoglebrud og en særlig høj risiko de første 2 år efter knoglebruddet. Derfor betyder en hurtig og systematisk indsats hos denne gruppe gode muligheder for at reducere fremtidige knoglebrud og sparer samfundet for udgifter til behandling, rehabilitering og pleje, men ikke mindst spare patienter for unødigt smerte og tab af funktion og uafhængighed.

Konsekvent implementering af FLS i hele Danmark er i fin tråd med "De otte nationale mål for sundhedsvæsenet" som Sundheds- og Ældre-ministeriet, Danske Regioner og KL tidligere har aftalt, med både fokus på mere sammenhængende patientforløb, forbedret patientsikkerhed, behandling af højeste kvalitet, hurtig udredning og behandling, flere sunde leveår og mere effektivt sundhedsvæsen. Konsekvent implementering af FLS vil også mindske den geografiske og sociale ulighed i forhold til opsporing af osteoporose hos højrisiko patienter. Med FLS er der et systematisk tilbud til alle patienter, uanset hvor de bor eller om de selv har forståelse for sammenhængen mellem knoglebrud og osteoporose og overskud til at op søge den praktiserende læge for at bede om udredning. Det er vores vurdering at en succesfuld implementering af FLS og andre tiltag, der går på tværs af specialer og sektorer kræver klare forløbsprogrammer hvor ansvaret for de enkelte elementer i forløbene er tydelig defineret og at implementeringen monitoreres – som minimum i implementeringsfasen. Dansk Endokrinologisk Selskab vil ydermere foreslå at kommissionen overvejer *hvor* anti-osteoporotisk medicin kan administreres (sygehusregi versus primær sektor), og *om* regler for udlevering af anti-osteoporotisk behandling forhindrer en mere individualiseret tilgang til valg af behandling. Vi mener der er behov for mere rationelle regler for anti-osteoporotisk medicin generelt. Aktuelt bliver udvalgte præparater vederlagsfrit udleveret, herunder Aclasta og Evenity, hvorimod Prolia og Forsteo er receptpligtigt og selvbetalt, ligesom Alendronat. Som udgangspunkt bør valget af medicintype afspejle en rationel beslutning udfra sygdommens sværhedsgrad, patientens funktionsniveau og



komorbiditet, under hensyntagen til compliance. Men med nuværende struktur og regelsæt udfordres dette, og man risikerer irrationelle behandlingsvalg, fx fravalg af Aclasta af geografiske hensyn pga lang afstand til nærmeste hospital eller tilvalg af Aclasta fordi det er gratis for patienten i modsætning til fx Prolia. Vælger man at involvere primærsektoren i administration af Aclasta, ville patienten og "systemet" spare tid og penge brugt på journaloptagelse og gentagne ambulante kontroltider, trods ukompliceret behandling, samt spare transporttid til hospital mv. Hvis almen praksis ikke kan honorere opgaven med selve infusionen, kunne infusionen foregå på lokal- eller plejecentre, ligesom man har organiseret sig omkring sårpleje i primærsektoren. Også dette forslag mener vi vil reducere social ulighed i behandlingen af osteoporose i Danmark.

1. Li N, van den Bergh JP, Boonen A, Wyers CE, Bours SPG, Hiligsmann M. Cost-effectiveness analysis of fracture liaison services: a Markov model using Dutch real-world data. *Osteoporos Int.* 2023.
2. Wu CH, Kao IJ, Hung WC, Lin SC, Liu HC, Hsieh MH, et al. Economic impact and cost-effectiveness of fracture liaison services: a systematic review of the literature. *Osteoporos Int.* 2018;29(6):1227-42.