

Konsekvensbeskrivning för
personcentrerat och
sammanhållet vårdförlopp
Osteoporos -
sekundärprevention efter fraktur

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-02-24	Konsekvensbeskrivningen är uppdaterad efter att vårdförloppet varit på remiss. Endast mindre redaktionella ändringar har skett.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	- 4 -
1. Om konsekvensbeskrivningen	- 4 -
2. Konsekvenser	- 4 -
2.1 Omfattning	- 4 -
2.2 Nyttan eller risker för individen	- 5 -
2.3 Etiska aspekter	- 8 -
2.4 Verksamhet och organisation.....	- 8 -
2.5 Kostnader	- 9 -
2.6 Kompetensförsörjning.....	- 11 -
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	- 12 -
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	- 12 -
2.9 Uppföljning.....	- 13 -
2.10 Övriga konsekvenser	- 13 -
3. Referenser	- 13 -

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för osteoporos - sekundärprevention efter fraktur är att patienter äldre än 50 år, med osteoporosrelaterade frakturer kommer att identifieras, utredas och erhålla förebyggande behandling i större utsträckning än vad som sker idag. Eftersom patienter med osteoporosrelaterade frakturer idag är underdiagnostiserade och därmed underbehandlade, så kommer antalet patienter som behöver utredas och behandlas att öka i och med kunskapsstödet implementering.

Detta kommer på kort sikt att kräva ökade resurser för (i) frakturkoordinatorer, som identifierar och samordnar flödet kring frakturpatienterna, (ii) certifierade utförare och bedömare av bentäthetsmätning (DXA), (iii) ökad läkemedelsbehandling och samordning av andra behandlingsinsatser samt (iv) kompetensutveckling och kontinuerlig fortbildningsverksamhet.

På medellång och lång sikt kommer vårdförloppet att leda till att antalet frakturer och fysiska handikapp orsakade av resttillstånd efter fraktur minskar, vilket i sin tur kommer att minska kostnaderna för samhället.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde endokrina sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för osteoporos - sekundärprevention efter fraktur har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård samt patientföreträdare. Ordförande i arbetsgruppen var Kristina Åkesson och Britt-Marie Nyhäll-Wahlin var processledare. För en fullständig förteckning över arbetsgruppens medlemmar, se kapitel 3.3 i vårdförlopsdokumentet. Den nationella stödfunktionen vid Sveriges kommuner och regioner bistod arbetet med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för osteoporos - sekundärprevention efter fraktur färdigställdes i september 2020.

Samtidigt som utarbetandet av detta vårdförlopp har under 2020 Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (Socialstyrelsen) och Läkemedelsbehandling vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer – behandlingsrekommendation (Läkemedelsverket) uppdaterats och publicerats. Dessa riktlinjer och rekommendationer kännetecknas av hög vetenskaplig kvalitet, som kontinuerligt granskas och uppdateras. Vårdförloppet har harmoniserats med dessa rekommendationer.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

I Sverige uppskattas cirka 500 000 individer av den andel av populationen som är över 50 år ha osteoporos (detta motsvarar 6,8 procent av männen och 22,5 procent av kvinnorna).

Osteoporosrelaterade frakturer uppkommer av lågenergitrauma, till exempel efter fall i samma plan. I Sverige förekommer årligen cirka 85 000 osteoporosrelaterade frakturer hos andelen av befolkningen som är över 50 år: 14 000 höftfrakturer, 13 000 kotfrakturer (kompressioner) som utgörs av de frakturer som diagnossätts, vilket bedöms vara endast en tredjedel av totala antalet, 6 000 bäckenfrakturer, 9 000 överarmsfrakturer, 15 000 handledsfrakturer och 25 000 övriga frakturer.

Frakturrisken ökar kraftigt med stigande ålder, både för kvinnor och för män. Cirka hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män ådrar sig minst en fraktur under sin livstid. Tidigare osteoporosrelaterad fraktur är en mycket stark riskfaktor för att få ytterligare frakturer: en tidigare fraktur fördubblar risken för höft- eller kotfraktur inom en kommande 10-årsperiod. Risken för en ny fraktur är som högst under de två första åren efter en fraktur, vilket belyser vikten av korta ledtider i vårdförloppet. Omkring en fjärdedel av de som behandlas för osteoporos har tidigare drabbats av en fraktur, vilket visar på att det behövs tydliga insatser för att identifiera individer med osteoporosrelaterad fraktur och vidta lämpliga åtgärder, så kallad sekundärprevention.

Eftersom en individ kan få flera frakturer vid samma tillfälle eller få frakturer vid flera tillfällen under ett och samma år, så är antalet frakturer cirka nio procent fler än antalet patienter. Det betyder att cirka 75 000 individer som är äldre än 50 år får en eller flera osteoporosrelaterade frakturer årligen. De som får frakturer ska genomgå en initial riskbedömning, men många patienter är för sjuka för att genomgå utredning och behandling, och en del har redan osteoporosläkemedelsbehandling insatt då de får en fraktur.

Hur många individer med osteoporosrelaterad fraktur som kan tänkas ingå i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för osteoporos - sekundärprevention efter fraktur går inte att exakt förutsäga, men uppskattningsvis rör det sig om cirka 50 000–60 000 patienter per år.

2.2 Nyttan eller risker för individen

I Sverige finns en betydande underdiagnostik och underbehandling av personer som haft en osteoporosrelaterad fraktur och som löper hög risk att få en ny fraktur. I Sveriges kommuner och regioner och Socialstyrelsens ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet” 2007–2009 visades att endast 13,7 procent av kvinnorna som var 50 år och äldre och som hade fått en osteoporosrelaterad fraktur stod på läkemedelsbehandling efter 6–12 månader. Man konstaterade att det förelåg en allmän underbehandling (bedömningen var att 60–70 procent borde ha behandling) och att det fanns en stor variation mellan regionerna (från 9,5 procent som lägst, till 19,2 procent som högst).

Tidigare osteoporosrelaterad fraktur är en mycket stark riskfaktor för att få en ytterligare fraktur. En tidigare fraktur fördubblar risken för höft eller kotfraktur inom en 10-årsperiod.

Läkemedelsbehandling, främst hos äldre personer med osteoporos som fått en fraktur, är en väldokumenterad behandling som minskar risken att få fler frakturer – efter tre års behandling är frakturrisken närmast halverad. Samtidigt är följsamhet till tablettbehandling låg: efter ett år hämtar endast 50 procent av patienterna ut sitt läkemedel från apoteket, och efter tre år är motsvarande siffra mindre än 20 procent. Ett sätt att öka följsamhet till behandlingen är att ge läkemedel

parenteralt, till exempel zoledronsyrainfusion intravenöst årligen eller denosumab subkutant var sjätte månad.

Möjlighet till uppföljning av fast vårdkontakt förväntas också öka följsamhet till insatt läkemedelsbehandling, och fallpreventionsåtgärder kan bidra till att ytterligare minska frakturens risk. Systematisk riskvärdering och insättande av förebyggande åtgärder (frakturkedja) är den interventionsform som tillförsäkrar flest högriskpatienter adekvat handläggning och kostnadseffektiv frakturreduktion.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför.

Nytta <i>Beskriv kort patientnyttan</i>	Kommentar <i>Utveckla på vilket sätt detta är till nytta för patienten. Uppskatta om möjligt storleken på förbättringarna, hur många patienter berörs och på vilket sätt</i>
Fler individer får riskvärdering och anpassade utredningsåtgärder för osteoporos.	Fler patienters tillstånd kan upptäckas tidigt och erbjudas behandling. Uppskattningsvis 50 000 – 60 000 patienter berörs årligen.
Fler individer får tillgång till rätt behandlingsåtgärder för att förebygga fraktur.	Tillgång till och väntetid inför behandlingsåtgärder varierar i nuläget stort i landet, vilket får konsekvenser i form av ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område.
Färre individer drabbas av nya frakturer.	Fler personer med osteoporosrelaterade frakturer får bedömning av risk för att få ytterligare en fraktur. Lämpliga åtgärder, till exempel fallprofylax och läkemedelsbehandling, kan sättas in. På detta sätt kan en ny fraktur undvikas och personen kan då slippa konsekvenserna av en fraktur: smärta, funktionsnedsättning (som ibland är livslång), hjälpbehov, och i vissa fall social isolering.
Färre individer behöver sjukvårdsinsatser och kommunala stödinsatser.	Då färre patienter får nya frakturer krävs minskade vårdinsatser och vilket jämte minskad resursförbrukning ger minskad påverkan på patientens autonomi och integritet.
Minskad dödlighet.	Dödligheten är förhöjd efter flertalet osteoporosfrakturer, i synnerhet efter höftfraktur, bäckenfraktur och svåra kotfrakturer (kotkompressioner). Förebyggda frakturer torde därför även dödligheten påverkas.
Fler individer med sekundär osteoporos identifieras och får tillgång till adekvata åtgärder.	Fraktur kan vara första tecknet på en sekundär osteoporos, det vill säga osteoporos orsakad av bakomliggande sjukdom (exempelvis hyperparathyroidism, myelom, malnutrition). Dessa sjukdomar kan identifieras och behandlas som en del i utredningen.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten.

Individens förutsättningar till delaktighet förbättrats i och med definierade åtgärder för patienten i varje åtgärdsblock.	Ökad patientdelaktighet ger bättre förutsättningar för att respektera och beakta individens autonomi och integritet.
Vårdförloppet gör att patienter följs upp.	Ökad följsamhet till behandling, samt kontroll av och åtgärder för att minska biverkningar ger större patienttrygghet samt större effekt av insatta åtgärder.

Tabell 2. Potentiella patientrisker som kunskapsstödet medför.

Risker	Sannolikhet 4 = störst sannolikhet och 1 minst	Konsekvens 4 = störst konsekvens och 1 minst	Riskvärde: $R = S \times K$	Kommentar eller förslag på åtgärd
Ökad sannolikhet för omotiverad vård (utredningar av patienter som ej visar sig ha diagnos).	1	1	1	Utbildningsinsatser minskar denna risk.
Införandet av vårdförloppet för osteoporos kan leda till kompetensbrist på andra vårdområden om befintlig kompetens fokuseras till utförande av åtgärder som ryms inom vårdförloppet.	1	1	1	Regionerna kan hantera detta genom exempelvis utbildning, nyrekryteringar och bättre användning av nuvarande kompetenser. Långsiktighet krävs.
Ökad läkemedelsbehandling kan bidra till fler behandlingsrelaterade biverkningar.	2	2	4	Strukturerad uppföljning av behandling minskar denna risk. Utbildningsinsatser kan vara nödvändiga för att personal ska kunna ge adekvat och tillräcklig information.
Ökad oro för läkemedelsbiverkningar, särskilt för sällsynta men svårare biverkningar	2	2	4	Adekvat information om risker i förhållande till nytta samt uppföljning. Insättande av behandling utifrån individens allmänna hälsostatus.
Ökad fysisk aktivitet och träning kan öka risken för träningsrelaterade fall.	1	2	2	Kan åtgärdas genom individanpassade träningsprogram som tar hänsyn till patientens förutsättningar.

2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet förväntas inte påverkas negativt av det nya kunskapsstödet. Snarare ger det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom osteoporos - sekundärprevention efter fraktur större möjligheter än tidigare för vården att respektera och beakta individens autonomi och integritet eftersom vårdförloppet innehåller inarbetade processer för patientdelaktighet i varje åtgärdsblock. Varje åtgärdsblock fastställer vilka åtgärder som patienten (utifrån förmåga) direkt involveras i, till exempel ”delta i beslut om behandlingsalternativ”, och tydliggör även ett upprättande av behandlingsplan för patienten. På så sätt blir patientens delaktighet en tydlig, konkret och genomgående en del av vårdprocessen.

Införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom osteoporos - sekundärprevention efter fraktur kommer att öka hälso- och sjukvårdens fokus på gruppen multisjuka äldre, en grupp där stora medicinska vårdbehov är vanliga. Denna grupp trängs ofta undan av andra patientgrupper med starkare röst, men med mindre medicinskt vårdbehov. Samtidigt finns en risk att vissa patienter i livets slut utreds för mycket eller överbehandlas utan att gagnas av behandling.

En viktig anledning till att det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet införs är behovet av att säkerställa tillgänglig och jämlik vård i hela landet och bland alla patientgrupper; i landets regioner föreligger i nuläget stora skillnader gällande hur personer med osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer identifieras, utreds och behandlas. Inga negativa konsekvenser förväntas därför att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av det aktuella vårdförloppet. Vårdförloppet väntas istället bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder samtliga patienter med misstanke om osteoporosrelaterad fraktur ska få tillgång till.

Insatser för förebyggande av nya frakturer är inte genomgående högt prioriterat av vårdgivare, profession och patienter. Det behövs ett tydligt krav från regionerna gentemot de lokala utförarna angående införandet, samt motsvarande ekonomiska resurser initialt, innan vinsterna med förloppet kan hämtas hem i form av ett minskat antal frakturer.

2.4 Verksamhet och organisation

Patienter med fraktur kommer till ortoped- eller akutmottagningar och primärvårdsenheter där patienten omhändertas. Sekundärpreventiva insatser bör initieras direkt. Att många patienter ”faller mellan stolarna” beror ofta på ett otydligt ansvar för osteoporos inom den specialiserade vården och en bristfällig övergång mellan specialiserad vård och primärvården efter en fraktur. Samverkan mellan primärvård och sjukhus behöver utvecklas för att ett sekundärpreventivt arbete ska fungera. En väl fungerande fraktur- eller vårdkedja mellan samtliga vårdinstanser är en förutsättning och implementering av vårdförloppet kan underlätta för detta.

På några platser i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer, men på många platser saknas detta. Systematiskt omhändertagande och riskvärdering har visat sig vara av central betydelse för identifikation av de patienter med fraktur som har hög risk för osteoporos och därmed nya frakturer, och därför behöver

utredas och behandlas på ett organiserat sätt. Denna systematiska identifikation, utredning och behandling är det som brukar kallas för "frakturkedja" och för att denna ska fungera optimalt krävs att en koordinator finns på plats (fraktur- eller osteoporoskoordinator). Vid ett väl fungerande omhändertagande av personer med osteoporosrelaterade frakturer sker den initiala delen gemensamt mellan slut- och öppenvård, samtidigt som huvudansvaret för patienten är klart definierat (detta bestäms lokalt). Uppföljning och den fortsatta frakturförebyggande behandlingen sker därefter i primärvården. I denna typ av systematiskt omhändertagande är ett tydligt flöde och tillhörande ansvarsfördelning avgörande.

För att detta vårdförlopps implementering ska fungera optimalt krävs att det finns en koordinator, som tidigt, i nära anslutning till frakturtilfallet, kan identifiera patienter med hög risk för ytterligare fraktur och vägleda dem vidare. Koordinatorn ska förutom att identifiera även göra en riskbedömning och se till att patienten omhändertas på ett korrekt sätt, till exempel bedöma om kompletterande utredningar behöver göras. För lyckad implementering krävs därför att berörda vårdverksamheter tillsätter en eller flera frakturkoordinatörer. Dessa koordinatörer behöver ha specifik kompetens gällande osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer, vilket också gäller alla professioner som träffar patienter med osteoporos (arbetsterapeuter, farmaceuter, fysioterapeuter, läkare, sjuksköterskor).

I de flesta regioner kommer DXA-verksamheterna att behöva utökas, vilket kräver en systematiserad kompetensförhöjning av DXA-operatörer och de läkare som bedömer undersökningarna, med någon form av kvalitetssäkring i form av certifiering. Genom att ha utbildad personal vid DXA-apparaterna kan relevanta behandlings- och uppföljningsråd ges med svaren på DXA-undersökningarna. I framtiden förväntar vi oss dock en viss automatisering via maskininlärning och artificiell intelligens.

Givet ett ökande behov av behandling, framförallt inom primärvården, så kommer det vidare att vara motiverat att utse en osteoporosansvarig på respektive enhet. Motsvarande funktion finns idag för exempelvis diabetespatienter. Funktionen är många gånger nödvändig för att säkerställa planering av behandling samt för att tillse att patienternas behov av information och motivation tillgodoses. En sådan funktion leder till ett förbättrat omhändertagande av berörda patienter och avlastning för den övriga verksamheten.

2.5 Kostnader

De årliga samhällskostnaderna för osteoporosfrakturer uppgår till cirka 20 miljarder kronor och förväntas öka om inga åtgärder vidtas [1]. Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom osteoporos - sekundärprevention efter fraktur väntas över tid medföra ökad kostnadseffektivitet med hjälp av tidig identifiering och behandling av personer med hög risk för ytterligare fraktur. De direkta kostnaderna kan initialt komma att öka något (flera DXA-undersökningar, ökad läkemedelsbehandling), medan direkta kostnader relaterade till frakturbehandling samt de indirekta kostnaderna (kommunala insatser såsom hjälpbehov i hemmet, färdtjänst, särskilt boende) kommer sannolikt att minska över tid.

För att kunna uppskatta effektiviteten av ett vårdförlopp för sekundär frakturprevention, har ett web-baserat beräkningsverktyg utarbetat för svenska förhållande använts [2]. Effekten av nationellt

genomförda frakturkedjor har modellerats i jämförelse med dagens vård för att få ett perspektiv på kostnader och vinster över 10 år. En exempelberäkning har baserats på en 80-procentig inkludering av alla patienter med osteoporosrelaterade frakturer i frakturkedjan och en 30-procentig behandlingsgrad. I detta scenario undviks 18 639 frakturer, behovet av vårdplatsdygn minskar med 148 743 dagar och med en kostnad per QUALY av 18 667 kronor över tio år. Verktøget kan också användas för att modellera regionala kostnader med hänsyn till mix av frakturtyper och behandlingsvariation.

Till följd därav bedöms det vara sannolikt att den totala kostnaden minskar på sikt samtidigt som de personer som vårdförloppet omfattar förväntas få en ökad livskvalitet. Därmed är kostnadsfördelning avgörande – kommande vinster kommer inte uppstå där den initiala kostnaden för vårdförloppet uppstod.

Tabell 3. Översikt över hur kostnader kan påverkas av vårdförloppet.

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Beroende på lokala och regionala förhållanden; oförändrade respektive ökade.
Utrustning	Användning av befintliga DXA-maskiner behöver optimeras. Fler DXA-maskiner kan behövas i en del verksamheter vilket medför ökade kostnader, detta behov varierar lokalt utifrån lokala förutsättningar och demografi. I dagsläget i Sverige finns 66 DXA-maskiner (59 för kliniskt bruk, 7 för forskning).
IT-system	Utveckling av hantering av utskick, brev, brevsvår och modernare webb lösningar för kommunikation, särskilt för identifiering och riskvärdering. Nya digitala vårdssystem bör ge goda förutsättning både som beslutsstöd och för uppföljning. Detta inkluderar också kommunikation med Svenska Frakturregistret och nationella kvalitetsregistret för höftfrakturer - Rikshöft. Nationella lösningar behövs.
Personal	Fler frakturcoordinatorer, uppskattas till cirka en heltidstjänst per 250 000 invånare. Större antal vårdpersonal med kvalitetssäkrad kompetens av DXA, såväl operatörer som bedömare. Osteoporosansvariga inom primärvården, professionstillhörighet beroende av den lokala tjänstens utformning men vanligen sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. En måttlig ökning av antalet fysio-/arbetsterapeuter kommer behövas för osteoporoskola för patienter och fallpreventionsprogram. Fallpreventions insatser gäller även inom den kommunala omsorgen. Läkare med baskompetens inom osteoporos samt läkare med specialkompetens inom osteoporos.
Utbildning	Utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling av ovan listad personal.

	Baskompetens om osteoporos och frakturförebyggande behandling hos läkare.
Utredning och diagnosättning	Successivt ökande kostnad i takt med volymökningarna som efter en tid förväntas nå en stabil nivå.
Behandling	Antalet patienter i behandling väntas öka, dvs läkemedelskostnaderna kommer öka. Med tillgång till generiska beredning är dock läkemedelskostnaderna små i förhållande till många andra sjukdomsgrupper. På längre sikt bedöms de totala kostnaderna minska, dvs de positiva nettoeffekterna av tidigt insatta åtgärder kommer att överväga.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt.

Det innebär också att samtliga kostnadsförändringar relaterade till både sjukhusvård och primärvård är beroende av hur utvecklad verksamheten är idag.

2.6 Kompetensförsörjning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom osteoporos - sekundärprevention efter fraktur förutsätter ett välfungerande samarbete mellan slutenvård och primärvård. Som ovan nämnts har systematisk riskvärdering visat sig vara av central betydelse för att identifiera vilka frakturpatienter som har hög risk för osteoporos och därmed nya frakturer, och som därför behöver utredas och behandlas på ett organiserat sätt – det som brukar kallas för ”frakturkedja”.

För att detta ska fungera optimalt krävs från vårdverksamheterna att så kallade fraktur- eller osteoporoskoordinatorer tillsätts. Dessa koordinatörer behöver ha specifik kompetens gällande osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer, liksom även de professioner som träffar patienter med osteoporos (arbetsterapeuter, fysioterapeuter, läkare, sjuksköterskor). Behovet av läkarinsatser kan minska med en satsning på utbildning av frakturkoordinatorer och osteoporosansvariga inom primärvården vilket kan medföra så kallad arbetsväxling.

Tabell 4. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförloppet.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet vid osteoporosrelaterade frakturer?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen om nationellt vårdförlopp för osteoporos - sekundärprevention efter fraktur	Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till läkare, sjuksköterskor och andra relevanta professioner. Fokus på osteoporos och speciellt på värdet av systematisk riskvärdering vid fraktur.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen kring åtgärder för att minska risken för nya osteoporosrelaterade frakturer	Kunskapslyft vid fortbildning för samtlig personal som möter frakturpatienter.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om vinsterna med systematisk frakturprevention	Prioritera resurser för att kunna initiera implementering. Kunskap om vinsterna på system- och individnivå på sikt.	Sjukvårdsregionerna Vårdgivare (verksamhetsområde, kliniker, primärvårdsenheter)
Utvecklade digitala lösningar för kommunikation inom vården och med patienter	Kunskap inom regionerna så att nya digitala vårdssystem innefattar moduler för att underlätta identifiering av frakturpatienter, riskvärdering och kommunikation.	Sjukvårdsregionerna Kommunerna

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Detta kunskapsstöd hänvisar till nationella riktlinjer (Socialstyrelsen – Rörelseorganens sjukdomar) [3] och läkemedelsverkets läkemedelsrekommendationer (Läkemedelsverket – Läkemedelsbehandling av osteoporos för att förhindra frakturer) [4], vilka båda publicerat uppdateringar under 2020. Dessa riktlinjer och rekommendationer kännetecknas av hög vetenskaplig kvalitet.

Detta kunskapsstöd kommer att komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med osteoporosrelaterade frakturer och prevention av nya frakturer.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Osteoporos saknar idag en självklar hemvist inom vården och specialister på osteoporos återfinns inom olika verksamheter och omfattar ett flertal olika yrkesspecialiteter. Detta vårdförlopp täcker in flera verksamhetsområden. Oavsett vilket verksamhetsområde som ansvarar för respektive del i

processen är det av yttersta vikt att de samverkar för att helheten ska fungera. En nyckelfaktor för framgång är hur processen finansieras. Det finns positiva exempel på att central/regional finansiering leder till långsiktighet och positiva resultat och tyvärr flera negativa exempel på att bristande samordning av finansiering leder till kortsiktighet och suboptimering. Hur regionerna väljer att finansiera vårdförloppet kan således ha avgörande betydelse för framgång och hållbarhet.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för osteoporos leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Några av de indikatorer som tagits fram kan redan idag följas via register, till exempel Socialstyrelsens hälsodataregister, men flera av indikatorerna är nya och saknar nationella datakällor.

Därför behöver arbetet med nya indikatorer och vilka datakällor/register som kan användas fortsätta, eftersom uppföljning av hur vårdförloppet påverkar omhändertagande av patienter med osteoporosrelaterad fraktur är av största vikt. Vårdförloppets process med information, identifieringsgrad och tidsramar bör med fördel byggas in i nya digitala vårdssystem för automatisk uppföljning.

Observera att ”diagnos osteoporosrelaterad fraktur” inte idag är en diagnoskod utan bygger på att en specifikation sker av vilken kombination av frakturdiagnoser och osteoporosdiagnoser som ska sökas ut. Detta kommer att ske inom ramen för arbetet med att ta fram indikatorernas recept. Ett annat alternativ som också kommer undersökas, är att utöka befintliga kodverk för att enklare ringa in denna patientgrupp.

2.10 Övriga konsekvenser

Detta vårdförlopp är huvudsakligen strukturellt och syftar till att alla patienter med fraktur ska bedömas för framtida frakturrisik. Den största risken är därmed att det inte prioriteras och en systematisk implementering i vården inte sker. Det är helt avgörande att sekundär prevention av fraktur blir en integrerad del av vården på samma sätt som för andra sjukdomar.

Vårdförloppet beskriver komponenterna i en vårdkedja och är därmed inte ett vårdprogram. Utifrån de olika projekt som nu genomförs nationellt (Socialstyrelsen, LäkeMedelsverket, SKR) behöver man i nästa steg göra en syntes och utarbeta vårdprogram som mer i detalj utformar den patientnära utredningsgången och behandlingsstrategin.

3. Referenser

- 1 Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, Norton N, Halbout P, Cooper C, et al. for the International Osteoporosis Foundation. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. Arch Osteoporos. 2020;15(1):59
- 2 FLS – Burden calculator/Budget Impact Calculator, Quantify Research and Amgen AB, web-baserat beräkningsverktyg utarbetat för svenska förhållande (fraktur- och befolkningsdata, vård-, utrednings- och behandlingskostnader)
- 3 socialstyrelsen.se/nationella_riktlinjer_för_rörelseorganens_sjukdomar
- 4 lakemedelsverket.se/ny_rekommendation_för_lakemedelsbehandling_för_att_förhindra_benskörhetsfrakturer