



Regjeringen

Hønefoss 6. april 2022

Vår ref. 154/

Arkiv nr. 1.2

1

Høringsinnspill til Folkehelse i et livsløpsperspektiv

Norsk Osteoporoseforbund viser til anmodning om høringsinnspill datert 3. mars 2022 (sendt på e-post) til «Folkehelse i et livsløpsperspektiv».

Norsk Osteoporoseforbund ønsker med dette å gi innspill til meldingen.

Høringsinnspill Folkehelse i et livsløpsperspektiv.

Norsk Osteoporoseforbund er et pasientforbund med 2 500 medlemmer som har påvist

- osteoporose og eller
- osteopeni.

I disse gruppene finner vi og medlemmer som har påvist

- svangerskapsosteoporose (osteoporose utviklet gjennom fullgått svangerskap) i aldersgruppen 25 til 40 år, og vi finner unge medlemmer/pasienter med påvist
- Anorexia nervosa (AN), en spiseforstyrrelse kjennetegnet ved en vegring mot å opprettholde en sunn kroppsvekt, og en tvangspreget frykt for å gå opp i vekt på grunn av et forvrengt selvilde. Sykdommen rammer flest unge kvinner, men menn og kvinner i alle aldre kan få anoreksi.

En stor gruppe pasienter utvikler **sekundær osteoporose**. Det er pasienter i risikogruppen for å utvikle osteoporose pga. medikamentell behandling.

- KOLS
- Malignitet (Myelomatose)
- Revmatoid artritt
- Tyreotoksikose
- Primær hyperparatyreoidisme
- Malabsorpsjon (Cøliaki, inflammatorisk tarmsykdom)
- Anorexia nervosa, se over.
- Organtransplantasjon
- Kronisk nyreinsuffisiens
- Hypogonadisme



- Osteogenesis Imperfecta
- Ankyloserende spondylitt (Bekhtrev)
- Systemisk Lupus

I Norge er det statistisk sett 400 000 mennesker som har osteoporose. Norge ligger på verdenstoppen hva angår brudd. Det er 9 000 hoftebrudd pr. år i Norge til en kostnad på > 10 MRD årlig.

2

Pasientgruppen er underdiagnostisert.

Det er fremmet årlige forslag for at pasientgruppen skal få oppdaterte og nyere retningslinjer for diagnostisering og behandling. Uten at pasientgruppen er blitt prioritert. I en folkehelsemelding om livsløpsperspektiv er det viktig at det gis rettferdig behandlingsgrunnlag gjennom nyere og oppdaterte retningslinjer.

De siste 12 årene er det årlig fremmet forslag om at osteoporose blir prioritert i Regjeringens helse- og velferdspolitikken som er uttalt skal skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet. Slik er det ikke i dag med behandlingsregler som er 17 år gamle.

Osteoporosegruppen er «gjemt og nesten glemt». Med utdaterte behandlingsregler fra 2005 er det ingen i dagens medisinske behandlingsapparat som ser til regler fra 2005. De er så gamle at mange velger å se bort fra dem. Selv om de anses «gode nok» for overordnede helsemyndigheter. Da blir det uryddig. Imidlertid spiller de gamle reglene fortsatt en rolle for bedømmelse av refusjon i HELFO.

Folkehelsemeldingen skal bygge på premissene som slås fast i Hurdalsplattformen: «Forebygging og helsefremmende arbeid må skje på alle samfunnsområder. Å utjevne økonomiske og sosiale forskjeller er viktig for å fremme den norske folkehelsen».

En folkehelsemelding i et livsløpsperspektiv vil sammen med stortingsmelding om Nasjonal helse- og samhandlingsplan danne de overordnede rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitikken.

Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden, både blant kvinner og menn. Samtidig er det et stort potensial for en friskere befolkning. De fem store sykdomsgruppene som ligger innenfor WHO's definisjon av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) – kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kronisk lungesykdom og psykiske lidelser, står for en stor andel av sykdomsbyrden både i verden og i Norge.



Sykdomsbyrden i Norge preges også av langvarige og kroniske sykdommer og lidelser, særlig psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser hvor vi finner blant annet osteoporose.

Kroniske sykdommer medfører store merkostnader for samfunnet. 400 000 nordmenn er rammet av osteoporose, hovedsakelig eldre. En økende andel eldre vil bety at stadig flere rammes av osteoporose, med en medfølgende økning i belastningen for samfunnet bl.a. i form av sykehusinnleggelser, sykehjemsopphold og bruk av hjemmehjelpstjenester. For den enkelte vil et brudd medføre lidelser og redusert livskvalitet, eksempelvis er hoftebrudd forbundet med høy sykkelighet og dødelighet. En betydelig andel av bruddpasienter som mottar ortopedisk behandling ved norske helseforetak utredes ikke for osteoporose.

De senere års folkehelsemeldinger inneholder svært lite, les: intet, om reell behandling av osteoporose. Forebygging er en viktig faktor, og vi er stolt over å spesielt fremheve dette til meldingen. Fall og fallforebygging er en viktig faktor for å forebygge brudd - dvs. - nye brudd.

Osteoporotiske brudd oppdages som kjent etter at bruddet har skjedd, og det må en DXA-måling til for at diagnosen skal stilles riktig.

Som grunnlag i Folkehelse i et livsløpsperspektiv må det i meldingen gis plass til og pålegg om å prioritere å oppdatere nye retningslinjer for diagnostisering og behandling av osteoporose og andre kroniske sykdommer, slik at dette blir ivaretatt i takt med en aldrende befolkning.

De må prioriteres i budsjettsammenheng som gjør det mulig at kroniske sykdommer som osteoporose blir oppdaget og behandlet. Det vil være sentralt for at innholdet i meldingen om kvalitet, pasientsikkerhet og ny folkehelsestrategi skal bli tatt alvorlig og sikre et godt livsløpsperspektiv.

Sykdomsbyrden i Norge preges også av langvarige og kroniske sykdommer og lidelser, særlig psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser. Belastninger i arbeidslivet bidrar til omfanget av muskel- og skjelettlidelser.

Norsk Osteoporoseforbund har over tid vært med i et prosjekt vedrørende innføring av Fracture Liaison service ved norske sykehus. Rapporten er tilgjengelig.

Flere sykehus i Norge vurderer å opprette stillinger dedikert til oppfølging av pasienter som behandles for beinbrudd. I de fleste tilfeller vil dette innebære at en sykepleier (eller en annen egnet person) får til oppgave å sørge for at bruddpasienter får nødvendig utredning og behandling for osteoporose (Fracture liaison service - FLS).

Dette er en koordinatorfunksjon som skal bidra med adekvat oppfølging og informasjon til bruddpasient, fastlege og behandlende sykehuslege. I andre skandinaviske land er slike stillinger etter hvert blitt vanlig ved sykehusene.



Bakgrunnen for dette initiativet er at et beinbrudd (spesielt hoftebrudd og ryggvirvelbrudd) er en sterk indikator på dårlig beinstyrke. Risikoen for nye brudd øker med en faktor på 2 - 3 ganger etter et osteoporotisk beinbrudd, men dessverre er det kun et fåtall av disse pasientene som får adekvat utredning og behandling. Hunt-studien (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) viste at blant osteoporosepasienter eldre enn 75 år med høy risiko for brudd, var det bare 25% som fikk behandling for osteoporose. For de under 75 år med høy risiko for brudd, var andelen enda lavere: kun 3% fikk osteoporosebehandling (Hoff M et al Osteoporosis Int. (2018) 8. 1875-85). Osteoporosebehandling er svært effektiv og reduserer risiko for nytt brudd med opptil 90% for multiple virvelfrakture og rundt 50% for hoftebrudd.

Fracture liaison service-konseptet ble først utprøvd for snart 20 år siden i Skottland hvor man etter kort tid kunne rapportere en signifikant økning i antall pasienter som fikk behandling etter brudd og en reduksjon i nye brudd i denne behandlingsgruppen.

Siden har konseptet vært utprøvd i en rekke land. Nesten uten unntak har man påvist en økning i antall behandlede pasienter og en reduksjon i antall nye frakturer blant disse - bedømt enten ved sammenligning mellom sykehus med og uten slik aktivitet, eller ved sammenligning mot historiske kontroller. I noen publikasjoner mener man også å ha sett en reduksjon i mortalitet etter innføring av konseptet. En nylig utført systematisk oversikt og meta-analyse, konkluderte med *“that fracture liaison service (FLS) is associated with a significantly lower probability of subsequent fractures and mortality although the latter was only found in studies comparing outcomes before and after the introduction of an FLS”* (Li N, Hilgsmann M, Boonen A et al. Osteoporosis Int (2021) 32:1517–1530).

I de nyeste retningslinjer for diagnostikk og behandling av osteoporose innen EU utarbeidet av bl.a. International Osteoporosis Foundation (Kanis J et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis Int (2019) 30:3–44) er konseptet et vesentlig element i pasientbehandlingen.

En større utredning i regi av American Society of Bone and Mineral Research og flere andre nasjonale og internasjonale organisasjoner vedrørende sekundær frakturprofylakse konkludere bl.a. med følgende: *«An important overarching principle for the recommendations is that people aged 65 years or older with a hip or vertebral fracture optimally should be managed in the context of a multidisciplinary clinical system that includes case management (one example is a fracture liaison service) to assure that they are appropriately evaluated and treated for osteoporosis and risk of future fractures”*. (Conley RB et al. Secondary Fracture Prevention: Consensus Clinical Recommendations from a Multistakeholder Coalition. JBMR (2020) 35: 36–52).

I Norge er konseptet utprøvd i en større studie (Effect of a Fracture Liaison Service on the Rate of Subsequent Fracture Among Patients with a Fragility Fracture in the Norwegian Capture the Fracture Initiative (NoFRACT): A Trial Protocol. Andreassen C et al. doi:



10.1001/jamanetworkopen.2018.5701). De endelige resultatene av studien er ikke publisert ennå, men data presentert på nasjonale møter o.l. taler for at resultatene er svært positive. Disse presentasjonene dannet grunnlag for at Norsk Osteoporoseforbund tok problemstillingen opp med medlemmer av Stortingets Helse- og omsorgskomite. Dessverre ble forslaget fra representantene Toppe og Mossleth om innføring av Fracture liason service ved norske sykehus nedstemt. Anmodningen er på nytt fremmet i forbindelse med Statsbudsjettet 2022.

Norsk Osteoporoseforbund er et pasientforbund som primært ser på osteoporose og frakturprofylakse som et folkehelseproblem, men gitt den svært lave andelen av pasienter som diagnostiseres og behandles for osteoporose, betrakter vi alle tiltak som kan bedre utkomme for osteoporosepasientene som vesentlige. Det osteoporotiske bruddet gir behandlende lege en unik mulighet til å starte prosessen som kan føre til mer korrekt diagnostikk og behandling av disse sårbare pasientene.

Følgene prioriterte fokusområder fremmes og ønskes belyst i melding om Folkehelse i et livsløpsperspektiv:

Innspill 1:

Veileder - Nye retningslinjer for diagnostisering og behandling av osteoporose.

Begrunnelse:

NOF er kjent med at fagpersonell/leger som daglig behandler pasienter med osteoporose opplever at sykdommen osteoporose - som berører om lag 35 prosent av alle norske pasienter, er svært lavt prioritert av myndighetene. Det brukes i dag om lag 120 mill. kr. til osteoporosemedisin i Norge. NOF mener derfor at endringene som er innført over de siste måneder hemmer mulighetene til å tilby best mulig behandling til svært syke pasienter.

NOF understreker at det nå er 17 år siden Helsedirektoratet sist publiserte retningslinjer for behandling av osteoporose. Det er i den anledning verd å nevne at våre to skandinaviske naboland begge nylig har oppdatert retningslinjer for osteoporosebehandling. Til grunn for de nye retningslinjene ligger det omfattende analyser av den nåværende status for osteoporose-diagnostikk og behandling. Vi har ved flere anledninger (siden 2012) forsøkt å få oppdatert disse retningslinjer, som fortsatt er grunnlaget for HELFOs refusjon, men så langt uten hell. Det er en kjensgjerning at gamle retningslinjer overses – og at leger velger å bruke moderne metoder i sitt arbeid.

Innspill 2:

Bestille dokument til Regionale Helseforetak - Innføring av FLS i de regionale Helseforetakene vil øke kvaliteten i et livsløpsperspektiv.



Begrunnelse:

Stiftelsen The International Osteoporosis Foundation (IOF) har utviklet et rammeverk for hvordan FLS kan iverksettes kalt «Capture the Fracture®». I rammeverket har IOF tatt utgangspunkt i forskjellige FLS-modeller og på bakgrunn av disse utviklet et «Beste Praksis»-rammeverk [20].

Norge har nettopp avsluttet NOFRACT-prosjektet som med støtte fra Forskningsrådet testet effekten av såkalte «Fracture Liaison Services» (FLS) på 7 ortopediske sykehus i Norge. Ordningen innebærer at sykepleiere i disse avdelinger målrettet sikrer at pasienter som har blitt behandlet for brudd ved skadelegevakten eller ved ortopedisk avdeling, mottar informasjon om beinskjørhet og tilbys DXA-måling og behandling hvis indisert. Gjennom de siste to år hvor konseptet ble testet ut i Oslo, ble antallet pasienter som fikk tilbud om behandling mangedoblet. Foreløpige tall fra kvalitetsdatabasene viste at det var en klar indikasjon for oppstart av osteoporosebehandling hos 60 % av pasientene med lavenergibrudd. Data fra andre land viser at ordningen er kostnadseffektiv, idet den reduserer antallet brudd og morbiditet/mortalitet forbundet med disse (Huntjens et al., 2014).

Innspill 3:

Kompetansesenter for osteoporose vil sikre god kompetanse i folkehelsen gjennom et livsløpsperspektiv.

Begrunnelse:

Systematisk innsamling og spredning av kunnskap om bruddforebygging vil være viktig for å sikre en fortsatt utvikling av gode tjenester. Det bør derfor etableres et nasjonalt kompetansenettverk eller kompetansesenter for pasienter og helsepersonell som jobber med diagnostisering, behandling og rehabilitering innenfor osteoporosefeltet.

Innspill 4:

En ØKNING i DRG takster som gjelder for beinmålinger (DXA-målinger) på sykehus bidrar til at flere kan få adekvat behandling og forebygging av nye brudd.

Begrunnelse:

Helsedirektoratet økte i 2019 DRG-taksten for polikliniske konsultasjoner innen osteoporose betydelig. Økningen i DRG-takst ledet til at flere sykehus fikk muligheten til å opprette nye poliklinikker og innføre systematisk screening for pasienter med osteoporose. Effekten av denne type tiltak er godt dokumentert. En opprettholdelse av satsingen fra 2019 vil over tid resultere i både en betydelig reduksjon i belastningen av helsetjenesten og økt livskvalitet i befolkningen.



Norsk Osteoporoseforbund

Pasientforbundet for beinskjøre

Det er med forundring av at vi har registrert at overnevnte DRG-takst for 2021 er satt ned til nærmest samme nivå som før 2019. Dette betyr at polikliniske konsultasjoner må kortes betydelig ned. I praksis innebærer den lavere taksten en rask nedbygging av et tilbud som på flere steder nettopp har kommet i gang og som igjen bidrar til god folkehelse i et livsløpsperspektiv.

Dette anses som viktige punkter som skal bidra til å sikre en god Folkehelse i et livsløpsperspektiv.

Med vennlig hilsen

Helen Stavang (s)
Forbundsleder

Jan Arvid Dolve (s)
Generalsekretær

Sendt inn 11. april