

Motion 2001:23 av Marie-Louise Sellin (s) Per-Erik Kull (s) och Janet Mackegård (s) om Osteoporos (benskörhet)

Ärendet

Länshandikapprådet har för yttrande erhållit rubricerad motion och med anledning därav begärt in synpunkter från handikappföreningarna.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att föreslå landstingsfullmäktige att med beaktande av länshandikapprådets synpunkter bifalla motionen.

Bakgrund

Motionärerna föreslår att HSN får i uppdrag att se till att följande service tillförs länets invånare: att systematisk identifiering av högriskgrupperna för osteoporos sker, att de med stor risk för osteoporos utreds och får hjälp att förebygga osteoporos, att bentätsmätning införs som en naturlig del liksom mätning av blodtryck och kolesterolhalt i blodet.

Länshandikapprådets synpunkter:

Svar har inkommit från DHR Stockholms läns distrikt, Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län som bifogat yttrande från fem medlemsorganisationer.

Länshandikapprådet instämmer i motionärernas och handikappföreningarnas förslag om förebyggande arbete med att identifiera och söka upp högriskpatienter med tillägget att landstinget verkar för att ett vårdprogram för osteoporos framställs.

SYNPUNKTER FRÅN HANDIKAPPFÖRENINGARNA

DHR Stockholms läns distrikt har i skrivelse den 31 augusti 2001 anfört följande:

”Motionären tar i motionen upp problemet med vad de anser vara en folksjukdom och menar att genom förebyggande insatser kan benskörhetens risker och konsekvenser minimeras för riskgrupperna.

DHR vill påpeka att personer med funktionshinder utgör en riskgrupp, särskilt personer som använder rullstol. Eftersom dessa inte kan belasta skelettet i samma höga grad som gående personer anser vi att det är ytterst angeläget att förebygga Osteoporos.

Behovet av återkommande rehabilitering såväl extern som intern, är en fråga som DHR Stockholms läns distrikt ständigt tar upp i kontakter med Stockholms läns landsting. Det är viktigt att denna fråga beaktas när fördelningen av budgeten görs för de olika sjukvårdsområdena.

Genom förebyggande insatser som återkommande rehabilitering och kontinuerlig sjukgymnastik och träning kan Osteoporos förebyggas och livskvaliteten höjas för personer med rörelsehinder. DHR Stockholms läns distrikt ställer sig positiv till motionen och dess åtgärder.

Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län har i skrivelse den 29 augusti 2001 framfört följande synpunkter:

”Frakturer på grund av benskörhet medför mänskligt lidande och höga kostnader för vård m m. Primärt och sekundärt förebyggande arbete är naturligtvis av stort värde. För t.ex personer med olika reumatiska sjukdomar är risken för osteoporos hög, vilket utvecklas i bifogat svar från Reumatikerdistriktet.

HSO stödjer motionärernas förslag om förebyggande arbete med att identifiera och söka upp hörgriskpatienter. Yttranden från fem medlemsorganisationer bifogas.

Det är mycket otillfredsställande att remisstiden ligger mitt i sommaren, då de flesta handikappföreningar stänger sina kanslier under minst en månad. För att kunna ge genomarbetade synpunkter krävs tid för beredning inom föreningarna och HSO.”

Reumatikerdistriktet Stockholms län har i skrivelse den 1 augusti 2001 anfört följande:

”Reumatikerdistriktet i Stockholms län vill tillstyrka motionärernas förslag men vill även framföra synpunkter på ovanstående motion.

I *Vårdprogram för osteoporos hos reumatiska patienter*, svensk Reumatologiskt Förening (1999) betonas förutom allmänna riskfaktorer för osteoporos att det finns ytterligare orsaker att beakta när det gäller inflammatoriska reumatiska sjukdomar. ”**Inflammation** innebär höga koncentrationer av cytokiner såsom IL-1, IL-6 och TNF-alfa. Dessa cytokiner har effekt både på osteoklaster och osteoblaster med ökad benresorption och resultat.

Hög sjukdomsaktivitet vid RA medför ökad utsöndring av benresorptionsmarkörer i urin. Hos kvinnliga RA-patienter inträffar menopaus tidigare, vilket medför ökad risk för osteoporos p g a tidig östrogenbrist.”

Vid flera reumatiska sjukdomar drabbas individen av osteoporos p g a bland annat läkemedelsbehandling, hög inflammatorisk process och nedsatt funktion. Många reumatiker är dessutom postmenopausala kvinnor med flera riskfaktorer. En vanlig läkemedelsbehandling vid flera kroniska sjukdomar är långvarig behandling med glukokortikosteorider (kortison). Denna behandling påverkar osteoklasterna men har kanske framförallt en negativ effekt på osteoblasterna. Reumatikerdistriktet i Stockholm län anser att det är oerhört väsentligt att patienter med planerad långtidsbehandling >3-6 månader, ska bentiätmas innan glukokortikosteoidsbehandlingen påbörjas. Detta gäller flera olika kroniska sjukdomar.

Det finns studier som visar att en urkalkning av skelettet sker redan under det första halvåret vid glukokortikosteriodbehandling och därför är det mycket värdefullt att ha ett utgångsläge av bentiätheten för att senare tidigt upptäcka komplikationen osteoporos. En annan grupp som det är viktigt att osteoporosutreda är personer med reumatoid artrit (kronisk ledgångsreumatism) med otillfredsställande inflammationskontroll och/eller nedsatt funktion. Dödligheten är stor vid en höftledsfraktur och kostnaderna beräknas till ca 175 000 – 200 000 kr per individ. Reumatikerdistriktet i Stockholms län tror att man med ett väl fungerat vårdprogram för osteoporos med tidig upptäckt av osteoporos och tidig behandling kan göra samhällsekonomiska besparingar och förbättra livskvaliteten för dessa personer.

Reumatikerdistriktet i Stockholms län tillstyrker motionärernas förslag men vill ha tillägget att
- innan påbörjad planerad långtidsbehandling med glukokortikosteroider, >3-6 månader, ska en bentiätetsmätning ske

- patienter med reumatoid artrit med otillfredsställande inflammationskontroll och/eller nedsatt funktion ska osteoporosutredas
- Stockholms läns landsting verkar för att ett vårdprogram framställs.”

Storstockholms Diabetesförening har framfört följande i skrivelse 24 augusti 2001:

”Osteoporos är en av flera folksjukdomar som kan tacklas både före men också efter diagnosen har ställts.

En viktig preventiv insats för folkhälsan i stort inklusive mot benskörhet är att hos barn och ungdomar lägga grunden till bra mat- och motionsvanor. Detta bör även omfatta vuxna. En annan viktig aspekt när det gäller mat är äldres minskade förmåga till näringsupptag. Här bör en översyn av personalens kunskaper inom området göras.

Det är intressant att se att motionärerna inte bara nämner screening av högrisk personer utan även tar upp vad som sker sedan, nämligen egenvård. Vid benskörhet precis som vid diabetes är egenvård en av de viktigaste delarna av behandlingen. För att lyckas med egenvård krävs att individen gör livsstils- /beteendeförändringar. T ex slutar röka, då tobak drar ut kalken i kroppen. Storstockholms Diabetesförenings erfarenheter av beteendeförändringar och egenvård säger oss att här krävs att man arbetar fram nya metoder där vården stödjer människor att göra livsstilsförändringar. Ty detta är ett område som befinner sig i sin linda men som leder till ett effektivare utnyttjande av resurser.

Bentäthetsmätningar bör också regelbundet erbjudas personer i riskzonen. Storstockholms Diabetesförening instämmer i motionens anda.”

RTP-S Stockholms läns distrikt har i skrivelse den 4 september 2001 framfört följande:

”Motionärerna uppmärksammar bristen på systematisk identifiering av grupper med hög risk att drabbas av benskörhet samt behovet av utredning för att förebygga att benskörhet utvecklas.

RTP-S ser en klar riskgrupp i personer som haft polio kanske framförallt när man drabbats i unga år. Som exempel bör nämnas faktorer som under uppväxttiden påverkat skelettets uppbyggnad:

- Insjuknande i barn- och ungdomsåren
- Lång konvalescens och rehabiliteringstid efter akuta insjuknandet på sjukhus, institution, skolhem o dyl.
- Mindre näringsriktig kost och dålig aptit under denna tid.

- Låg eller ingen fysisk aktivitet beroende på graden av rörelsehinder. Faktorer i vuxen ålder som påverkar skelettets hållfasthet.
- Post-polio inträffar hos 90% av polioskadade 10-30 år efter akut insjuknande, vilket bl a medför ökande muskulär svaghet, trötthet, dålig balans, smärtor.
- Fortsatt låg eller ingen fysisk aktivitet p g a försämring av tidigare funktionsnedsättning.

Dessa faktorerers betydelse för utvecklande av osteoporos *borde kartläggas* för att t ex poliomottagningar ska kunna utreda och förebygga osteoporos.

För skadegrupperna whiplash, traumatiska ryggmärgs- och hjärnskador är även riskerna för att drabbas av osteoporos betydande på grund av:

- lång konvalescens och rehabiliteringstid
- faktorer av betydelse för många är långvarig läkemedelsbehandling,
- låg eller ingen fysisk aktivitet , inomhusliv (svårigheter att ta sig ut),
- speciellt höga ryggmärgsskador behöver belasta skelettet med hjälp av s k tippbräda liksom sjukgymnastisk kontrakturprofylax,
- ensidig kost p g a funktionshinder med åtföljande undervikt.

Skador där balansen påverkas ökar också risken för fallolyckor. För våra skadegrupper ser vi också kopplingen med förhöjda blodtryck och kolesterolhalter med trolig anknytning till effekterna efter skada och grundsjukdom.

-Neddragningar av löpande rehabiliteringsresurser bidrar till att öka riskerna för skörhet i skelettet.”

Bröstcancerföreningen amazona i Stockholms län har i skrivelse den 28 augusti 2001 anfört följande:

”Bröstcancerföreningen i Stockholm anser att motionen tar upp ett viktigt område inom sjukvården.

Mot bakgrund av det lidande och de kostnader sjukdomen förorsakar finner vi det angeläget att motionens förslag helt genomförs. Vi vill även framhålla att mer upplysning och undervisning om Osteoporos är nödvändigt för att förebygga denna sjukdom. Det är också angeläget att utreda vilket som är rätt av mediernas diskussion om mjölkens positiva/negativa påverkan på barn och ungdomar.”

Strokeföreningen Stockholms län har i skrivelse den 19 augusti 2001 meddelat att man ställer sig helt bakom förslaget i motionen.”

Inge-Britt Lundin

2001-09-20

LS 0105-0319

Avdelningschef