

INNEHÅLL

INLEDNING

2955 Benskörhetsfrakturer

Olle Svensson, Karl-Göran Thorngren

2956 Epidemiologin för frakturer

Owe Löfman

2960 Manlig osteoporos – ett

växande problem Kristina Åkesson, Anna Holmberg

2963 Osteoporos i hälsoekonomiskt

perspektiv Fredrik Borgström

2967 Frakturpanoramati i Umeå

Ulrica Bergström, Ulf Björnstig, Olle Svensson

2970 Osteoporos – en ärftlig sjukdom

Mattias Lorentzon, Claes Ohlsson

2972 Benvävnadens omsättning

Ulf H Lerner, Östen Ljunggren

2976 D-vitaminbrist bakom osteo-

poros Ewa Waern

2979 Daglig gymnastik stärker

skelettet Magnus Karlsson, Sanna Stenevi-Lundgren, Christian Lindén, Per Gärdsell

2983 Riskfaktorer för fraktur

och osteoporos Dan Mellström

2986 Screening för osteoporos

kräver samarbete Jörgen Åstrand

2988 Mätmetoder i forskning

och vardag Torkel B Brismar

2990 Höftfrakturer – ett enormt folk-

hälsoproblem Karl-Göran Thorngren

2995 Osteoporosfrakturer Jan-Mag-

nus Björkenheim

2997 Fall och höftfraktur hos äldre

går att förebygga Yngve Gustafson, Gun-Britt Jarnlo, Eva Nordell

3000 Särskilt vårdprogram

för patienter med höftfraktur

Ami Homel, Birgitta Olofsson

3002 Lyckat samarbete

mellan ortopedien och öppenvården

Ulrica Bergström, Olle Svensson, Lena Uddstähl, Åsa Bläckberg

Omslag: Bild från: www.boneandjointdecade.org

Läkartidningens teman ska förstärka det medicinska innehållet och ge en helhetsbild av aktuella medicinska områden. Nästa temanummer finns med i Läkartidningen nr 42 som utkommer den 18 oktober 2006. Temat då kommer att vara Psykoterapimetoder.

BENSKÖRHETSFRAKTURER

En nationell handlingsplan behövs

OLLE SVENSSON, professor i ortopedi, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
KARL-GÖRAN THORNGREN, professor i ortopedi, Universitetssjukhuset i Lund

Tänk tanken att en patient med stroke eller hjärtinfarkt skulle sändas hem från sjukhuset utan någon utredning och behandling av blodtryck, lipider, koagulation, livsstilsfaktorer m m! Det skulle bli en pyramidal skandal! Men det är vad vi ortopedier har gjort och fortfarande på många håll gör efter fragilitetsfraktur – trots att en fragilitetsfraktur är en av de starkaste riskfaktorerna för att få fler frakturer, med en riskökning på 2–10 gånger eller mer, trots att höftfrakturer i fråga om mortalitet och morbiditet väl är jämförbara med hjärtinfarkt och stroke och trots att vården av fragilitetsfrakturer är en av de dyraste diagnoserna.

Flera av hindren är av organisatorisk natur. Patientens fraktur behandlas på ortopedien, resten av kroppen hanteras av en rad andra specialister – utan att det finns någon naturlig ägare till problemet, som det heter på byråkratiska. En annan förklaring är de multifaktoriella mekanismerna bakom fallskador och frakturer. Problemet omfattning gör att allmänmedicinerna måste få en nyckelroll även när det gäller frakturprofylax. Fler-talet frakturpatienter har ju redan en läkarkontakt. Men huvudsaken är inte vad det står på skylten utanför mottagningen, utan att patienterna tas om hand.

Antalet benskörhetsfrakturer har ökat dramatiskt under de senaste decennierna, främst beroende på att antalet gamla och mycket gamla har ökat. Ålder i sig är en av de kraftigaste riskfaktorerna för att få en fraktur; för flertalet frakturer ökar incidensen exponentiellt med en fördubbling cirka vart femte levnadsår efter 40-årsåldern. Valfärdssamhället och den moderna medicinen har också ändrat sjukdomspanoramati: I och med att man kan behandla kroniska och akuta sjukdomar har skelett och leder i en allt större omfattning blivit begränsande faktor vad gäller funktion och livskvalitet.

Här finns anledning att utifrån ett allmänt folkhälsoperspektiv snegla på den

primära profylaxen. Det är skrämmande att tänka sig vilka skelett dagens indolenta ungdomar kommer att få på sin ålders höst. Men resultatet av den i sig helt nödvändiga primära frakturprofylaxen låter vänta på sig. Motion, rökstopp och nyttigt mat löser inte problemen under översiktlig framtid – en politiskt korrekt men tyvärr helt felaktig uppfattning som statsrådet Morgan Johansson framförde i en interpellationsdebatt i riksdagen den 7 juni 2006, om vad som bör göras för att förbättra osteoporotikernas situation.

Nej, här krävs nya djärva mål. Sannolikt ger en sekundär frakturprofylax resultat redan inom den här mandatperioden – inte om femton mandatperioder, om man skulle fokusera åtgärderna på det sätt som Morgan Johansson förefaller förfäktat. Naturligtvis krävs livsstilsförbättringar, men som enda åtgärd blir effekten av sundhetspropaganda i bästa fall marginell för Agnes, 83, med multipla invalidiserande frakturer, och många frakturpatienter känner sig med rätta kränkta av dylika äppelkindade påståenden.

Problemen är så stora att det krävs en bred satsning på flera fronter. En allmän screening för osteoporos vore orimlig. Man måste bli inriktad på fallprofylax, identifiering av riskpatienter, behandling av manifest osteoporos, förbättrad frakturbehandling, omvårdnad och rehabilitering för att nå resultat. Vi måste också få bättre kunskap om grundläggande genetiska och molekylära mekanismer. Men de snabbaste vinsterna når vi genom att applicera den evidensbaserade kunskap som redan finns – och det är i huvudsak ett politiskt och organisatoriskt problem. Vi måste använda samma metodik som man med så stor framgång använt inom diagnosgrupper som hjärt- kärlsjukdomar och diabetes. Om vi inte kan minska antalet fragilitetsfrakturer genom ett proaktivt arbetssätt kommer vi inte att klara anstormningen av de grånande och alltmer osteoporotiska 40-talisterna. Det krävs en nationell handlingsplan av samma slag som man har i bl a Storbritannien, där problemen är mindre än i Sverige. Det är tyvärr inte ofta som Sverige ligger i topp – men det är onödigt att vi ska göra det när det gäller fragilitetsfrakturer. •