

Konsekvenser av osteoporosrelaterade frakturer för socialt liv och delaktighet samt förebyggande behandling

Henrik Ekström, Sölve Elmståhl

Bakgrund

Benskörhet och därmed risken att få fraktur, har blivit en av de stora folksjukdomarna i Sverige. Hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män över 50 år riskerar att drabbas av frakturer orsakade av benskörhet. Årligen inträffar cirka 70 000 benskörhetsfrakturer och med en allt äldre befolkning kommer stora krav att ställas på en bra och effektiv vård av de frakturdrabbade (1).

Benskörhet eller osteoporos som är den medicinska termen, är en sjukdom som leder till att skelettet förlorar en del av sitt kalkinnehåll och därmed sin styrka. Benet blir sprött och riskerar att brytas.

Benbrott kan uppstå spontant eller vid mindre påfrestningar. När man lider av benskörhet får man lätt frakturer på ryggkotor, höfter, fot- och handleder. Många gånger räcker det med att man lyfter för tungt eller göra en häftig rörelse för att ett ben ska brytas, en så kallad lågenergifraktur blir följden (2). Symtom som förekommer i samband med benskörhetsfraktur är bland annat depression, smärta och en nedsatt rörlighet (3).

En nedsatt gångförmåga som följd av t ex en höftfraktur leder ofta till försämrade möjligheter att på egen hand klara vardagliga sysslor eller aktiviteter vilket i hög grad kan påverka den frakturdrabbades självständighet och medföra social isolering, det vill säga en minskad delaktighet i de sociala-, kulturella- och fritidsaktiviteter vilka man tidigare varit engagerad i, vilket i sin tur kan leda till ytterligare försämring av den fysiska eller psykiska hälsan. Det finns också risk att den drabbade i samband med längre vårdtillfällen hospitaliseras (4) något som kan medföra svårigheter att komma tillbaka till eget boende.

Det är därför viktigt att studera hur delaktighet inom tidigare utförda aktiviteter förändras i samband med fraktur samt att klargöra vilka faktorer i vården och omsorgen som gör att frakturdrabbade får det stöd som krävs för att snabbt återfå det liv man hade innan frakturen.

En viktig faktor för att förebygga fraktur är adekvat läkemedelsterapi. Enligt läkemedelsverket rekommenderad behandling 2004 (5), för män och kvinnor med hög frakturrisik är förstahandsvalet bifosfonat, ett läkemedel som minskar nedbrytningen av benvävnad, med tillägg av kalcium och vitamin D. För män och kvinnor i de högsta åldrarna kan kalcium och vitamin D vara tillräckligt. Kvinnor med tidigare osteoporosfraktur och bentäthet mindre än tre standardavvikelser under medelvärdet för unga vuxna mätt i ländrygg eller höft samt för kvinnor som inte tolererar bifosfonatbehandling, kan intermittenta injektioner med parathyreoideahormon var aktuellt. Östrogen har visat sig något ökade risker för blodpropp och bröstcancer och rekommenderas inte längre i förebyggande syfte. För

smärtbehandling vid fraktur är medicineringen mer individuell och avhängig typ av fraktur samt svårighetsgrad. Både perifert verkande analgetika med eventuellt tillägg av opioider används.

Preliminära resultat

I avsikt att studera delaktighet och läkemedelsterapi har flera arbeten inom ramen för GÅS-projektet genomförts. En studie har haft som syfte att beskriva utförda vardagliga aktiviteter indelade i sociala-, kulturella- och fritidsaktiviteter samt att studera förändringar i hälsorelaterad livskvalitet och livstillfredsställelse hos äldre män och kvinnor med osteoporosrelaterade frakturer med och utan smärta, jämfört med icke frakturerade kontroller.

En annan studie har tagit fasta på att bland äldre med osteoporosrelaterad fraktur beskriva förskrivningsmönstret av den av läkemedelsverket rekommenderade terapin gällande bifosfonater, kalcium, vitamin D, östrogen, parathyreoideahormon samt analgetika.

I studien om äldre frakturerades delaktighet visade det sig att de med frakturer och smärta hade signifikant lägre resultat i både hälsorelaterad livskvalitet och livstillfredsställelse. Skillnader i livskvalitet fanns även mellan frakturerade med smärta och utan smärta. Generellt var deltagare med fraktur mindre delaktiga i sociala- kulturella- och fritidsaktiviteter, och i mer än hälften av de studerade aktiviteterna (12/21) visade frakturerade en signifikant lägre deltagare i jämförelse med kontroller. Skillnaderna var dessutom störst för utomhusaktiviteter medan de flesta inomhusaktiviteter inte visade någon signifikant skillnad mellan frakturerade med och utan smärta eller mellan frakturerade med smärta eller utan smärta jämfört med kontroller.

Ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna med avseende på önskan om att delta i studerade aktiviteter. Ingen signifikant skillnad kunde heller påvisas mellan grupperna med avseende på tillgång till aktiviteter eller transportmöjlighet för att ta sig till de olika aktiviteterna (6). Sammanfattningsvis kan alltså säga att fraktur och smärta är oberoende andra variabler förknippat med lägre hälsorelaterad livskvalitet, lägre livstillfredsställelse och inskränkt delaktighet i tidigare utförda aktiviteter.

I studien om frakturerades medicinering med avseende på terapi vid benskörhet visade det sig att två tredjedelar av de frakturerade behandlades med någon form av förebyggande medicinering. En tredjedel medicinerade mot frakturelaterad smärta. Cirka 4 % behandlades med bifosfonat samt kalcium och vitamin D. En femtedel fick både kalcium och vitamin och en fjärdedel behandlades med enbart vitamin D. Enbart kalciumbehandling, som var den vanligaste behandlingen, gavs till en fjärdedel av deltagarna. Bland kvinnorna behandlades en av tio med östrogen. Ingen av deltagarna behandlades med parathyreoideahormon. Generellt behandlades mindre andel män jämfört med kvinnor. Höft- och kotfrakturer var de frakturer där andelen behandlade var störst både med avseende på förebyggande behandling och

smärtlindring medan fotledsfrakturer visade lägst andel behandlade. Äldre med osteoporosrelaterade frakturer, och särskilt män, är alltså en underbehandlad grupp avseende förebyggande medicinering.

Betydelse för samhälle (äldre) och för framtida analyser.

Fraktur och smärta är förknippat med lägre hälsorelaterad livskvalitet, lägre livstillfredsställelse och inskränkt delaktighet. I gruppen med benskörhetsrelaterad fraktur finns dessutom en skillnad mellan förskrivning och behov av läkemedelsterapi. En riskbedömning med identifiering av äldre med ökad frakturrisik eller redan frakturerade skulle genom lämpliga åtgärder på det individuella planet kunna motverka en delaktighetsinskränkning inom olika samhällsaktiviteter samt verka för en bibehållen livskvalitet/ livstillfredsställelse.

Dessutom finns utrymme för en förbättrad och förebyggande medicinering, både för de som drabbats av benskörhetsrelaterad fraktur och med risk för nya frakturer samt för de icke frakturerade men med reducerad bentäthet. En betydande andel med tidigare fraktur sakande förebyggande medicinering och analyser kring vad som förklarar detta behövs. Särskilt män är här en eftersatt grupp. Bland annat kan nämnas att mortaliteten i samband med benskörhetsrelaterade frakturer är högre hos män än hos kvinnor och mer forskning bör framgent även riktas mot manlig osteoporos (7).

Även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv torde en riskbedömning och bättre terapi av patienter med benskörhetsrelaterade frakturer vara av betydelse då kostnaderna för vård och omsorgs-insatser visat en kontinuerlig ökning de senaste åren. Enbart höftfrakturgruppen konsumerar idag fler dagar inom sjukvården än hjärtinfarkter, lungsjukdomar, diabetes och reumatism tillsammans och den årliga kostnaden för samhället 1 år efter samtliga nydebuterade benskörhetsrelaterade frakturer är (2006) ca 4,5 miljarder kronor (8).

Referenser

1. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering, Osteoporos - prevention, diagnostik och behandling, Sammanfattning och slutsatser, 2003
2. Holmberg AH, Johnell O, Nilsson PM, Nilsson J, Berglund G, Åkesson K. Risk factors for fragility fracture in middle age. A prospective population-based study of 33,000 men and women. Osteoporos Int. 2006; 17(7):1065-77
3. Rogemark C: Femoral neck fractures. Aspects on treatment and outcome. Department of Orthopaedics Malmö University Hospital 2003.
4. Ross PD, Davis JW, Epstein RS, Wasnich RD: Pain and disability associated with new vertebral fractures and other spinal conditions. J Clin Epidemiol 1994; 47: 231-239.
5. Läkemedelsverket, behandling av osteoporos för att förebygga frakturer, nr 2-2004.
www.smed.org



6. Ekström H, Elmståhl S (2007) Restriction in social participation and lower life satisfaction among fractured in pain: Results from the population study "Good Aging in Skåne". Article in press, available online 27 July 2007

7. Olszynski WP, Shawn Davison K, Adachi JD, Brown JP, Cummings SR, Hanley DA, et al. Osteoporosis in men: epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. Clin Ther. 2004;26(1):15-28.

8. Borgström F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, Svensson O, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. Osteoporos Int 2006;17(5):637-50.