



15. september 2023

Park Allé 5, 1. sal

8000 Aarhus C

+45 8613 9111

info@osteoporose.dk

www.osteoporose.dk

Høringsvar: Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Osteoporoseforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Vi bakker op om de opstillede krav om en afklarende samtale og forebyggelsestilbud om mestring, nikotin, træning, ernæring og alkohol samt monitorering og evaluering. Vi bakker også op om, at forebyggelsestilbuddene som udgangspunkt ikke er sygdomsspecifikke, men at der tages højde for særlige sygdomsspecifikke forhold, og at kommunerne kan tilrettelægge forløbene på gruppeniveau eller individuelt, samt at de opfordres til at arbejde tværkommunalt, hvor det giver mening. Vi er glade for at læse, at der er tænkt over, hvordan henvisning til tilbuddene skal fungere i den konkrete hverdag, og hvordan borgerne skal komme videre efter endt forløb, hvor vi som civilsamfundsorganisation kan støtte op om borgerens fortsatte mestring og forebyggelse.

Med de nødvendige ressourcer til implementeringen ser vi gode muligheder for, at den nationale kvalitetsplan kommer til at understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet og mindske behovet for sundhedsydelse. Konkret vil kvalitetsstandarderne kunne bidrage til, at borgere i hele landet får ensartet hjælp i høj kvalitet, sådan at den enkelte og samfundet som helhed kan forebygge sygdom og forværring af sygdom.

Et fundament at bygge på

Patientrettet forebyggelse er et felt, der har udviklet sig meget over årtier. Kommunerne har opbygget erfaringer og kompetencer, som skal tænkes sammen med de nye kvalitetsstandarder.

Det gælder også for osteoporose. Status er, at 22 kommuner og 2 sygehuse på eget initiativ har udviklet tilbud om osteoporoseforløb med fokus på undervisning, træning og sygdomsmestring. Der har ikke været krav derom i fx forløbsprogrammer.

Sundhedsstyrelsen har igennem årene peget på vigtigheden af patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med osteoporose fx i "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom" (2008) og i "Osteoporose. En afdækning af den samlede indsats mod osteoporose" (2018). I sidstnævnte rapport skrev Sundhedsstyrelsen: "Overordnet er der således et behov for ensartede og vidensbaserede kommunale forebyggelses- og rehabiliterings tilbud til personer med osteoporose (...). Løsningen på at minimere variation på tværs af landet er ikke nødvendigvis oprettelse af nye initiativer, men lige så vel en videreførelse og evt. udbygning af de eksisterende, så det sikres, at alle borgere med osteoporose tilbydes et relevant og individuelt tilrettelagt forløb. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der rettes fokus på, at

de eksisterende kommunale tilbud om forebyggelse og rehabilitering til borgere med kronisk sygdom, også omfatter tilbud til osteoporosepatienter (såvel personer uden som med knoglebrud).”

Dette er helt i tråd med Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandarder, som nu er i høring, hvor målgruppen er borgere med kronisk sygdom. Alene osteoporose er hvert år ansvarlig for 16.500-18.500 nye borgere med kronisk sygdom. Ser man på udviklingen i den sidste 5-års-periode i Sundhedsdatastyrelsens ”Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser”, er incidensen for osteoporose den højeste eller næsthøjeste. Kun type 2-diabetes er ansvarlig for flere nye sygdomstilfælde i 2020 og 2021.

En differentieret indsats med udgangspunkt i borgeren

Formålet med at stille diagnosen osteoporose og tilbyde behandling og forebyggelsesindsatser er at reducere risikoen for knoglebrud. Det understøtter, at borgeren kan leve flere aktive leveår uden funktionstab, og det reducerer indlæggelser og udgifter til operationer, rehabilitering og tabt arbejdsevne.

Borgere med osteoporose vil få stor gavn af samtale og deltagelse i forebyggelsestilbud, som de er beskrevet i høringsudkastet. Den afklarende samtale er et stærkt redskab til en differentieret indsats med udgangspunkt i borgerens behov. For borgere med osteoporose er behovet meget forskelligt. For nogle vil flere eller alle forebyggelsestilbud med fysisk fremmøde være relevante, mens andre kan nøjes med en digital indsats.

Sygdomsspecifikke hensyn til borgere med knoglebrud

Som kvalitetsstandarderne formidler, er der sygdomsspecifikke behov, som ikke må overses.

Vi er glade for at læse, at tilbuddet om fysisk træning skal tage udgangspunkt i den nyeste tilgængelige viden om fysisk aktivitet og træning for de givne sygdomme. Borgere med osteoporose har gavn af fysisk aktivitet med det formål at øge deres funktionsniveau eller fysiske kapacitet og undgå accellereret knogletab. De borgere, der har funktionsnedsættelse på grund af knoglebrud, har behov for superviseret træning, som tager hensyn til sværhedsgraden af deres sygdom og deres funktionsniveau. Dette gælder særligt gruppen med vertebrale frakturer. Derfor foreslår vi i tekstboksen afsnit 6.4 at indskrive en henvisning til den nye fysioterapeutiske anbefaling til osteoporose, som er under udgivelse hos Dansk Selskab for Fysioterapi.¹

Det er vigtigt, at der tages særlige sygdomsspecifikke hensyn til borgere med knoglebrud, jf. også de beskrevne opmærksomhedspunkter i Sundhedsstyrelsens publikation ”Fysisk træning som behandling” (2018). Vi håber, Sundhedsstyrelsen vil sikre, at kvalitetsstandarderne bidrager til at formidle dette så konkret som muligt.

Viden hos sundhedsprofessionelle

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen, og kvalitetsstandarderne indeholder krav om monitoring og kvalitetsudvikling samt anbefaling om, at der genereres ny viden som grundlag for tilpasning af tilbuddenes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Det er rigtig godt og meget vigtigt. Vi savner imidlertid, at der på samme måde sættes en ramme for den nødvendige opkvalificering af de sundhedsprofessionelles sundhedsfaglige kompetencer.

¹ Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri (DSFGG) og Danske Fysioterapeuter. Fysioterapeutisk anbefaling til osteoporose, 2023 – under publicering.

Som der står i høringsudkastet, skal den sundhedsprofessionelle have "grundlæggende viden om de pågældende sygdomme og kendskab til evt. særlige sygdomsspecifikke hensyn". I sygdomsmestringsforløb skal den sundhedsprofessionelle blandt andet undervise i sygdomskendskab og sygdomsforværring. Det kræver indsigt i risikofaktorer og sygdomsudvikling i de sygdomme, som borgerne er diagnosticeret med, hvor der fx også er en vigtig opgave i at kende til osteoporose som følgesygdom til andre sygdomme og behandlinger. Det kræver også, at den sundhedsprofessionelle har indsigt i de forskellige medicinske behandlinger, hvordan kompliance med behandling sikres, og hvornår borgeren skal opfordres til at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

Vi vil gerne benytte lejligheden til at give Sundhedsstyrelsen indblik i foreningens seneste undersøgelse af patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet (september 2022). Her spurgte vi blandt andet, om medlemmerne havde haft kontakt til en række sundhedsprofessionelle i forbindelse med deres generelle helbred. Derpå om de havde oplevet, at de sundhedsprofessionelle havde viden om osteoporose, eksemplificeret ved "Fx taget hensyn til din mobilitet eller spurgt aktivt ind til din osteoporose".

- 6% har haft kontakt til SOSU-assistenten og/eller -hjælperen, og 14% svarer, at SOSU-assistenten og/eller -hjælperen i høj grad havde viden om osteoporose
- 9% har haft kontakt til ergoterapeuter, og 37% svarer, at ergoterapeuterne i høj grad havde viden om osteoporose
- 38% har haft kontakt til fysioterapeuter, og 47% svarer, at fysioterapeuterne i høj grad havde viden om osteoporose
- 68% har haft kontakt til sygeplejersken i lægehuset, og 14% svarer, at sygeplejersken i høj grad havde viden om osteoporose.

Knap 3.000 respondenter gav deres svar, og undersøgelsen bidrager til at understrege behovet for et kompetenceløft blandt medarbejderne i det nære sundhedsvæsen. Undersøgelsen viser også, at adgangen til kommunale forløb skal forbedres, idet kun 12 pct. svarede, at de har været henvist.

Afsluttende bemærkning om lighed i sundhed

Osteoporose opdages ofte på den enkeltes eget initiativ. I ovennævnte undersøgelse svarer 30%, at de selv har henvendt sig til lægen for at blive undersøgt, og 14% svarer, at lægen tog initiativ. Forskning fra 2021 viser, at der er betydelig social ulighed i konsekvenserne af osteoporose: at lav socioøkonomisk position er associeret med 27% øget risiko for frakturer, 24% øget dødelighed efter en hoftefraktur – og med lavere fysisk og mentalt helbredsrelateret livskvalitet efter en fraktur.

Vi er således glade for, at kvalitetsstandarderne understreger vigtigheden af en særlig indsats for borgere med lav sundhedskompetence. Sundhedsprofessionelle i det nære sundhedsvæsen kan spille en stor rolle i at forebygge sygdom og forværring af sygdom – herunder at finde de borgere, som er i høj risiko for osteoporose og knoglebrud.

Venlig hilsen



Linda Garlov
Landsformand



Camilla Nissen Toftdal
Sekretariatschef