

Forslag til tema til Behandlingsrådets årlige analyse vedr. ulighed i sundhed

Instruktioner til indstillere

Denne skabelon anvendes til at indstille et forslag til et tema til Behandlingsrådets analyse vedrørende ulighed i sundhed.

Patientforeninger, faglige selskaber, kommuner og regioner, forskningsinstitutioner og andre organisationer, med interesse i emnet, kan udfylde skabelonen og indstille et tema til det kommende års analyse.

Følgende rammer gælder for indstillinger til analysen for 2024:

- Analysen skal afdække eller belyse eventuel ulighed i behandling eller tilbud for patientgrupper (Jf. Behandlingsrådets kommissorium, der kan læses [her](#)).
- Analysen skal omhandle *social* ulighed i sundhed.
- Analysen kan enten stille skarpt på et mere specifikt område eller være af mere overordnet karakter.

Der er ikke et minimumskrav til omfanget af udfyldelsen af skabelonen. Omvendt bør den udfyldte skabelon fylde maksimalt 3 sider.

Hvis du som indstillere vurderer, at et spørgsmål i skabelonen ikke er relevant, anføres "ikke relevant". Hjælpeteksten, der er anført med gråt, kan slettes, når feltet er udfyldt.

Ved spørgsmål til udarbejdelse af forslag til analysetema, er du velkommen til at kontakte Behandlingsrådets sekretariat på mail: lst@behandlingsraadet.dk eller telefon: 61 24 61 69.

Indstillter: Osteoporoseforeningen	
Analyssetema: Social ulighed i diagnostik, behandling og rehabilitering af mennesker med osteoporose	
Angiv temaets relevans	<p>Osteoporose var blandt otte kroniske og langvarige sygdomme, som blev undersøgt i rapporten "Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme" i 2014, udgivet af det daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Fælles for de otte sygdomme var, at de "har store konsekvenser for livskvaliteten for den enkelte patient, og er en betydelig omkostning for samfundet i form af tabt arbejdskraft og omkostninger til behandling, pleje og genoptræning som følge af sygdommen og dens senfølger." (s. 3).</p> <p>I rapporten fra 2014 lyder sammenfatningen: "I analysen konstateres ikke social ulighed i forekomsten af knogleskørhed blandt personer i alderen 30-79 år, idet der ikke er systematisk forskel i sandsynligheden for at være registreret med knogleskørhed i de forskellige uddannelsesgrupper. Blandt 80-89 årige er der en svag tendens til 'omvendt' social ulighed, hvor andelen registreret med knogleskørhed stiger i takt med stigende uddannelsesniveau." (s. 3).</p> <p>Nyere forskningsresultater fra 2021 stiller imidlertid spørgsmål ved tolkningen af analysen fra 2014. Forskningsresultaterne viser, 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 (referencer anført nedenfor).</p> <p>De nye forskningsresultater lægger op til en modsat tolkning af data fra 2014, nemlig at borgere med højt uddannelsesniveau i højere grad får stillet diagnosen, fordi de er bedre til at opsøge egen læge med bekymring om risikofaktorer. Denne modsatte tolkning underbygges af den seneste medlemsundersøgelse blandt Osteoporoseforeningens medlemmer, gennemført i september 2022, hvor knap 2.956 medlemmer svarer på spørgsmålet: "Hvordan forløb opsporingen af din osteoporose?". Her svarer 14 %, at deres osteoporose blev opdaget, fordi lægen foreslog en undersøgelse, mens knap en tredjedel (30 %) svarer, at de selv henvendte sig til deres læge og bad om en undersøgelse.</p> <p>Er der lige adgang for alle danskere til behandling af høj kvalitet, når knogletilstanden er så ringe, at der er risiko for knoglebrud selv ved en lille belastning? Eller skal man have en høj grad af sundhedskompetence for, at osteoporose bliver opdaget og forebyggelse iværksat – og for at man kan komme sig efter knoglebrud?</p> <p>Lige adgang er en hjørnesten i vores sundhedsvæsen, og der er behov for en ny analyse af, om lige adgang omfatter mennesker med osteoporose. Derfor foreslår vi, at Behandlingsrådet vælger dette emne for sin ulighedsanalyse i 2024.</p> <p>Der er behov for viden om netop dette emne af mindst tre grunde:</p>

	<p>1) Allerede i dag formodes op mod 500.000 borgere at have osteoporose uden at vide det, og befolkningen bliver ældre, mens sundheds- og plejepersonalet bliver færre. Den andel, der ikke selv har forudsætningerne for at være opmærksomme på sygdommen og for at lære at leve godt med den, er særligt dårligt stillet.</p> <p>2) Osteoporose har stor betydning for livskvalitet og funktionsniveau for den enkelte borger.</p> <p>3) Med rettidig og systematisk diagnostik kan mange knoglebrud forebygges til gavn for den enkelte og for samfundsøkonomien. Hoftebruddet er den dyreste enkeltdiagnose i vores sundhedsvæsen, og der er alt i alt tale om en sygdom, der i høj grad belaster vores sundhedsvæsen.</p>
<p>Opstil et eller flere konkrete fokusområder indenfor temaet i punktform</p>	<p>1) Social ulighed i sværhedsgrad af sygdom på diagnosetidspunkt</p> <p>2) Social ulighed i adgangen til behandling og rehabilitering – og i kvaliteten og udbyttet af behandlingen og rehabiliteringen</p> <p>3) Geografisk ulighed i tidspunkt for diagnosticering og i kvalitet af diagnosticering, behandling og rehabilitering</p> <p>Der er mange barrierer for lige behandling af borgere med osteoporose. De strukturelle barrierer, der relaterer sig til organisering, er markante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er i Danmark ikke udarbejdet en national plan for systematisk opsporing og diagnostik af borgere i risiko for knoglebrud. Fx tilbydes frakturforebyggelsesprogrammet FLS kun på nogle af landets sygehuse. I mange tilfælde er det borgeren selv, der skal have viden om risikofaktorerne for osteoporose og knoglebrud. • Der er ikke defineret standarder for behandlingsplan, opfølgninger og patientuddannelse. Fx er der ikke en standard for de DXA-svar, der sendes fra hospital til egen læge, og patientuddannelse tilbydes kun i 22 af landets 98 kommuner. I mange tilfælde er det derfor den enkelte patient selv, der skal efterspørge viden og opfølgning – som er nødvendigt for ikke at tabe formålet med behandlingen af sigte. • Der er ikke fastsat mål for kvaliteten af behandlingen, og der foregår ikke opsamling af data for kvalitet. Der er fx ikke en RKKP-database på området. • Der er ikke lige adgang til medicinsk behandling. Fx er anabol behandling til kvinder gratis, mens den mandlige patient selv skal betale.
<p>Angiv fagekspert</p>	<p>Gitte Valentin, Forsker, ph.d., cand.scient.san., DEFACTUM, Region Midtjylland</p> <p>Bente Langdahl, Professor, overlæge, dr.med., ph.d., Hormon- og knoglesygdomme, Aarhus Universitetshospital</p>

<p>Angiv liste over litteratur, projekter o.l., der vedrører temaet</p>	<p>Fragility fractures and health-related quality of life : does socio-economic status widen the gap? A population-based study. / Valentin, G.; Friis, K.; Nielsen, C. P. et al. I: Osteoporosis International, Bind 32, Nr. 1, 01.2021, s. 63-73.</p> <p>Socio-economic inequalities in fragility fracture incidence : A systematic review and meta-analysis of 61 observational studies. / Valentin, G; Ravn, M B; Jensen, E K et al. I: Osteoporosis International, Bind 32, Nr. 12, 12.2021, s. 2433-2448.</p> <p>Socio-economic inequalities in fragility fracture outcomes : a systematic review and meta-analysis of prognostic observational studies. / Valentin, G; Pedersen, S E; Christensen, R et al. I: Osteoporosis International, Bind 31, Nr. 1, 01.2020, s. 31-42.</p>
<p>Angiv kontaktperson</p>	<p>Camilla Nissen Toftdal, sekretariatschef, 71796414, cnt@osteoporose-f.dk</p>
<p>Øvrige bemærkninger</p>	