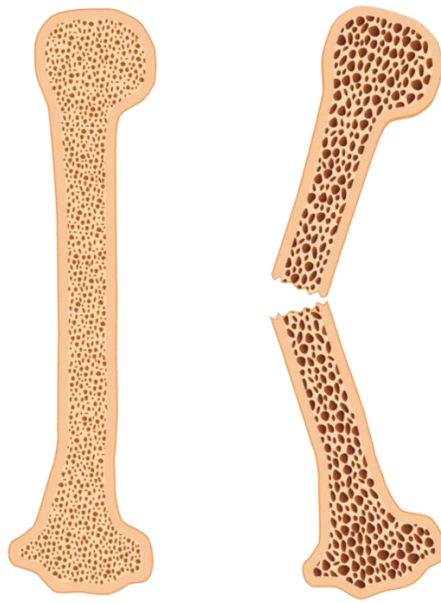




Osteoporose

SCREENING I ALMEN PRAKSIS

Abdulla Al-Jaff og Anne Skou | Forskningstræningskursus hold 59
Vejleder: Morten Bondo Christensen | 6.december 2023

Indholdsfortegnelse

Introduktion	2
Formål	3
Metode	4
Dataindsamling	4
Dataindsamling klinik 1	5
Dataindsamling klinik 2	8
Resultater	10
Diskussion	15
Opsummering af resultater	15
Diskussion af resultater set i forhold til anbefalingerne	15
“Registrerings-bias”	15
Implikationer for praksis	16
Styrker og svagheder ved vores undersøgelse	17
Konklusion	17
Referencer	18

Introduktion

Osteoporose er en udbredt metabolisk sygdom, som er kendetegnet ved udtynding af knoglestrukturen, hvilket fører til øget risiko for knoglebrud, særligt lavenergifrakturet. Prævalensen af osteoporose blev i 2017 opgjort til ca. 172.000 personer i Danmark, heraf langt flest kvinder og med stigende prævalens ved stigende alder. Mens prævalensen har været stigende over en årrække, har incidensen ligget nogenlunde stabilt på ca. 17.000 nye tilfælde årligt. (Sundhedsstyrelsen, 2018) Den samlede prævalens i Danmark er 30 ud af 1000 borgere, mens incidensen er 3 ud af 1000 borgere. Der er mindre regionale forskelle, som i hvert fald delvis kan forklares ud fra forskellig aldersfordeling. (Sundhedsstyrelsen, 2018) Sundhedsstyrelsen estimerer, at der er et mørketal på op til 2-3 gange flere personer, som har osteoporose, men som ikke er identificeret. Det estimeres, at 40,8% af kvinder og 17,7% af mænd over 50 år lider af osteoporose. Det betyder, at op mod 500.000 personer i Danmark har osteoporose uden at vide det. (Sundhedsstyrelsen, 2018)

Osteoporose giver øget risiko for knoglebrud ved lavenergitraumer. I 2016 var der ca. 10.500 kontakter pga. lavenergibrud blandt borgere over 65 år, som var identificeret med osteoporose. Mere end halvdelen af patienterne havde mere end en kontakt. Blandt personer over 65 år, som ikke på forhånd var identificeret med osteoporose, var der samme år 33.700 kontakter med formodet lavenergibrud, fordelt på 15.700 personer. (Sundhedsstyrelsen, 2018) Det antages, at pådragelsen lavenergibrud er den første manifestation af osteoporose for mange af de personer, som ikke på forhånd var identificeret med sygdommen.

Osteoporotiske brud er omkostningstunge på både individplan i form af øget morbiditet og mortalitet og på samfundsplan pga. øget brug af sundhedsydelser. (Boonen, 2008) Et svensk studie (Borgström, 2007) estimerede at udgifter forbundet med osteoporotiske frakturer svarede til ca. 3,2 % af de samlede sundhedsudgifter i Sverige, idet de medregnede både direkte behandlingsudgifter (31%), udgifter til pleje (66%), uformelle udgifter (2%, f.eks. fordi pårørende varetager pleje) og indirekte udgifter (1%, tab af produktivitet pga. sygemelding). Studiet estimerede værdien af tabet af livskvalitet i form af Quality-Adjusted Life Year (QALY) og fandt, at tabet årligt er mellem 3 og 10 mia. svenske kroner.

I de fleste europæiske lande inklusiv Danmark anbefales ikke en generel screening af befolkningen for osteoporose med dexta-skanning. Skanningen foretages først efter lægens risikovurdering. I USA anbefales nu at alle kvinder 65+ dexta-skannes. (Sundhedsstyrelsen, 2018)

De danske retningslinjer kræver screening for osteoporose ved langvarig (over 3 måneder) peroral prednisolonbehandling eller ved lavenergifrakturet efter det fyldte 50. år. Der er også indikation for screening hos postmenopausale kvinder med to eller flere af følgende faktorer: Tidlig menopause (før 45 år), BMI <19/betydeligt vægttab, rygning, mor med lårbensfraktur eller faldtendens (1-2 fald per år). Derudover er screeningen også indiceret ved følgende tilfælde: usikkerhed om en fraktur skyldes osteoporose, arvelig disposition for osteoporose, langvarig brug af antiepileptika,

immunmodulerende medikamenter, suppressionsdoser af thyroxin. Screeningen bør også udføres hos patienter med reumatoid artrit, malabsorption, hyperparathyroidisme eller langvarige amenoré-tilstande (>6 måneder) i fertil alder. (Lægehåndbogen, 2023)

I forløbsbeskrivelsen af osteoporose i Region Midtjylland nævnes at peri- og postmenopausale kvinder samt mænd > 45 år med en eller flere af følgende risikofaktor kan henvises til dexametason-skanning: Arvelig disposition, BMI <19, menopause før 45 år, lavenergifrakstur i voksen alder, rygning, alkoholoverforbrug, faldtendens, alder >80, prednisolonbehandling, hyperthyroidisme, primær hyperparathyroidisme, anorexia, malabsorption, immobilisation, reumatoid artrit, Mb Bechterew og svær KOL. (Sundhed.dk, Information til Praksis, Region Midtjylland, 2023)

Vi ønsker at undersøge, hvor effektive vores praksisser er, når det kommer til screening for osteoporose. Vi har valgt dette emne, da vi arbejder i primærsektoren, hvor en af hovedopgaverne er at forebygge sygdomme, og osteoporose er en af de betydningsfulde folkesygdomme. I løbet af vores daglige arbejde har vi indtryk af, at vi overser mange risikopatienter for osteoporose.

Vi har valgt i vores undersøgelse at kun fokusere på peri- og postmenopausale kvinder mellem 50-64, fordi kvinder er i størst risiko for osteoporose og risikoen for alvor gør sig gældende fra menopause og frem. Samtidig har vi valgt at se på de ”yngre” peri- og postmenopausale kvinder, da de fortsat er arbejdsdygtige og der er det største forebyggelsespotentiale. Vi har valgt ikke at inkludere eksempelvis langtidsbehandling med prednisolon, da sådan behandling ofte ordineres i sekundærsektoren, som også bør screene.

Formål

at undersøge hvorvidt vi i vores praksis følger retningslinjerne mht. at screene for osteoporose hos kvinder i alderen 50-64 år som er kendt med rygning, lavenergifrakstur, thyrotoksikose, svær KOL og alkoholmisbrug.

Metode

DATAINDSAMLING

Vores undersøgelse omfatter patienter fra to almen praksis beliggende i landområder i Midtjylland. Praksis 1 (Lægerne i Højslev) ligger i Skive Kommune og har 4566 tilknyttede patienter og 3 kapaciteter. Som IT-system anvendes XMO. Praksis 2 (Lægehuset i Frederiks) ligger i Viborg Kommune, har 2958 tilknyttede patienter, 2 kapaciteter og benytter Clinea.

Vi valgte at se på niveauet for udredning af osteoporose for kvindelige patienter i alderen 50-64 år, der var nuværende eller tidligere ryger, havde thyrotoksikose, eller som havde haft en lavenergifrakstur.

For at finde de relevante patienter i vores praksis gjorde vi følgende:

- 1) I forløbsplanerne for KOL, iskæmisk hjertesygdom, hypertension, hyperkolesterolæmi og diabetes, identificerede vi patienter, som var noteret som aktive eller tidligere rygere
- 2) I lægesystemerne søgte vi via diagnosekoder patienter med diagnosekoden P17 tobaksmisbrug, T85 Thyrotoksikose/T86 Myksødem, og L72 Fraktur af underarm, L73 Fraktur af underben og L75 Fraktur af lårben. Myksødempatienterne inkluderede vi, hvis de havde mere end én måling af TSH under niveau de seneste 5 år. Frakturpatienterne inkluderede vi hvis vi ved journalgennemgang vurderede, at der var tale om en lavenergifrakstur.
- 3) I lægesystemerne søgte vi desuden på ATC-koden: N06AX12 (Bupropion, Zyban) og H03BB02 (Thiamazol), for at identificere patienter med hhv. tobaksmisbrug og thyrotoksikose.

For hver af de fremsøgte patienter gennemgik vi journalen og registrerede:

1. om der allerede var stillet osteoporosediagnose
2. om der var foretaget dexamethan-scanning indenfor den seneste 10 års periode
3. om der var andre risikofaktorer, som kunne identificeres umiddelbart ud fra diagnoseliste og medicinkort (rygning, thyrotoksikose, lavenergifrakstur, svær KOL, alkoholmisbrug).

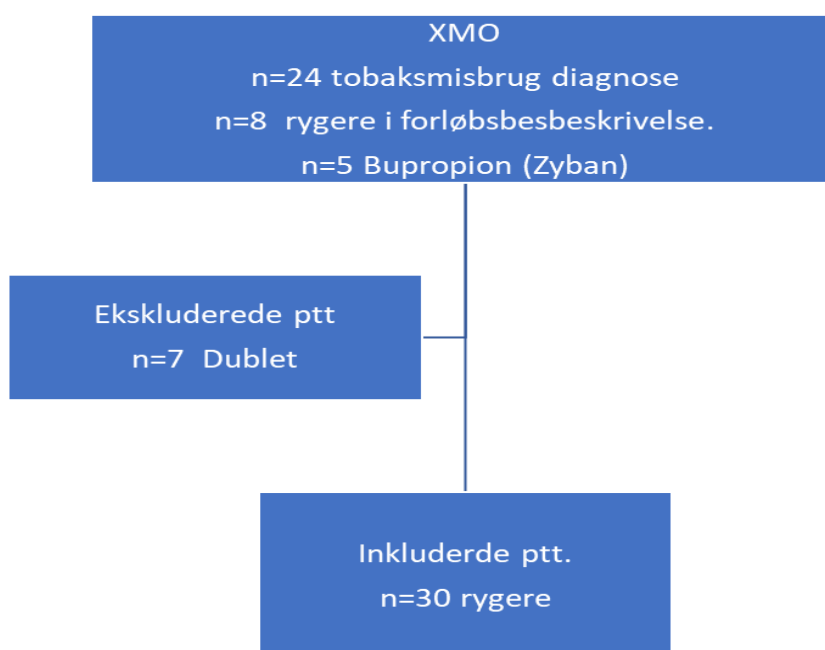
Da der anvendes forskellige systemer i de to klinikker har vi måttet lave forskellige søgestrategier

Dataindsamling klinik 1

I klinik 1 (Lægerne i Højslev) bruges XMO. På startside valgte vi fanen "Statistik" og så brugte vi patientstatistikmodulet. Under første faneblad "Patientoplysninger" blev der valgt aldersgruppen 50-64 ved at indtaste fødselsdato fra 21-09-1959 til 21-09-1973. Der blev sat kryds ved "kvinde". Dette gav 494 patienter i denne gruppe.

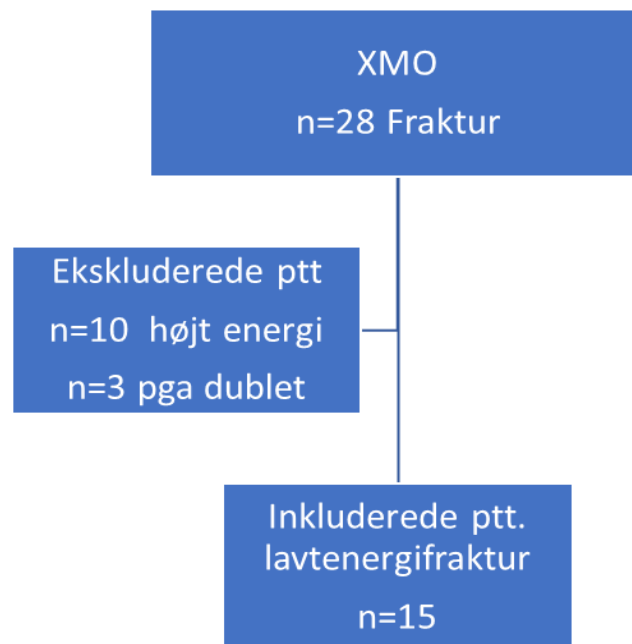
Vi har derefter under faneblad "Overblik Journal" fremsøge ICPC-kode P17 (tobaksmisbrug) for at finde rygere. Dette gav 24 kvindelige rygere i aldersgruppen 50-64. Der blev også søgt rygere under de forskellige forløbsplaner (Diabetes, KOL, Iskæmisk hjertesygdom, Hypertension og Hyperkolesterolæmi). Der blev fundet 8 kvinder i den relevante aldersgruppe, dog var 3 af dem allerede fundet i den tidligere søgning. Ved søgningen på ATC-kode No6AX12 under fanebladet "Medicinjournal" blev der fundet 5 patienter, men kun 1 af dem var ny. I alt blev der fundet 30 kvindelige rygere i den relevante gruppe.

Flowchart klinik 1: Søgning af kvindelige patienter i alderen 50-64 år, der er rygere



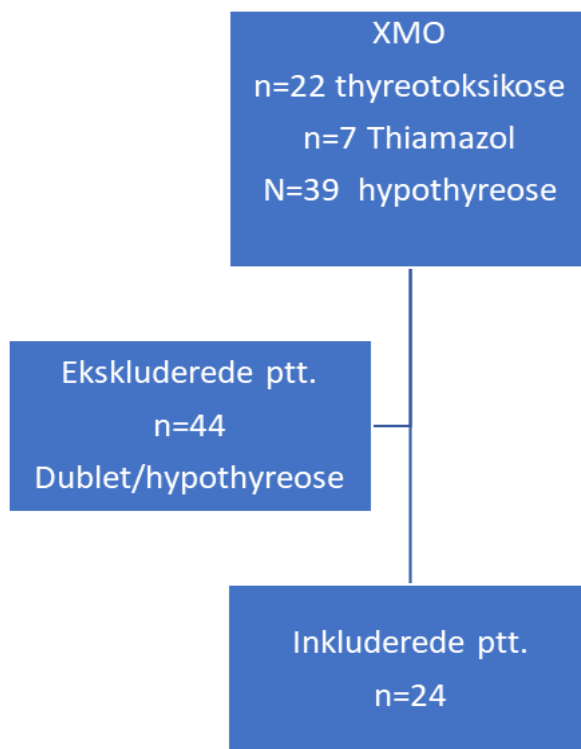
Ved søgning på ICPC-koderne: L72 Fraktur af underarm, L73 Fraktur af underben og L75 Fraktur af lårben, fandt vi 28 kvinder mellem 50-64. Herefter lavede vi fokuseret journalgennemgang af relevante notater/epikriser for at afklare traumemekanisme, og 10 patienter blev herefter ekskluderet, fordi det drejede sig om højenergifraktur. 3 andre patienter var allerede fundet i vores første søgning som rygere. Så i alt blev der fundet 15 nye patienter.

Flowchart klinik 1: Fremsøgning af kvindelige patienter i alderen 50-64 år, der har haft en lavenergifraktur



Vi fandt 22 patienter i den relevante gruppe med thyrotoksikose ved at søge efter ICPC-koden T85 (Thyrotoksikose). 4 af dem var gengangere, som var fundet ved søgning efter rygning. Vi søgte så på ATC-koden Ho3BBo2 (Thiamazol). Dette gav 7 patienter, som alle sammen var gengangere fra søgningen på thyrotoksikose. Vi søgte også på patienter med lavt stofskifte, som har udviklet thyrotoksikose pga. Behandling med ICPC-koden T86 Myksødem. Dette gav 39 patienter. Vi slog op i laboratoriekortet og undersøgte TSH-målinger for de seneste 5 år, som tidligere beskrevet. Vi fandt 6 patienter, med mere end 1 supprimeret TSH.

Flowchart klinik 1, thyrotoksikose



I klinik 1 blev der således fundet i alt 69 kvindelige patienter i aldersgruppen 50-64 med mindst en af følgende risikofaktorer: rygning, lavenergifraktur eller thyrotoksikose.

Vi lavede en fokuseret journalgennemgang af de 69 patienter. Først undersøgte vi, om de havde andre af vores indikator-risikofaktorer. Vi undersøgte også, om de havde alkoholmisbrug ved at se, om der var registreret en diagnosekode P15, eller der var aktuelt ordination på medicin brugt til alkoholafvænning.¹ Vi undersøgte også via diagnoselisten, om patienten var kendt med KOL. Hvis det var tilfældet, fandt vi den seneste lungefunktionsundersøgelse for at se, om de havde svær KOL defineret ved FEV₁ under 50% af forventet,

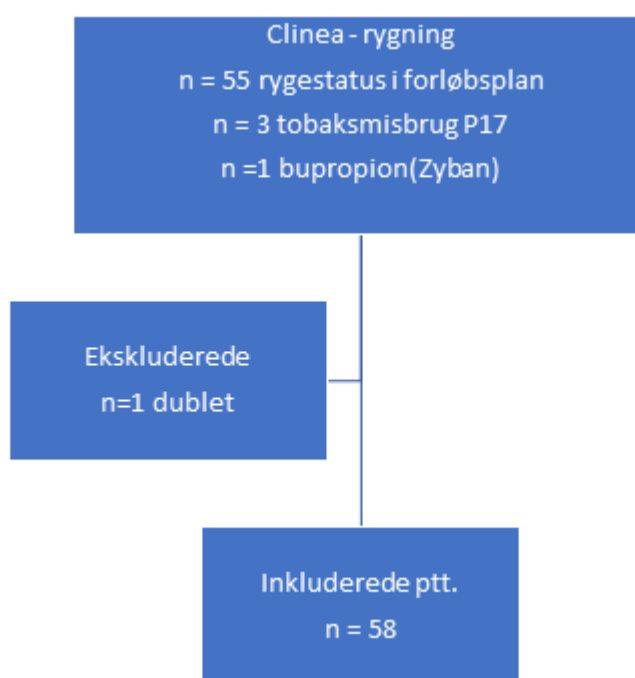
Vi undersøgte dernæst, om disse patienter havde diagnosen osteoporose ved at aflæse deres diagnoseliste, og om de havde været henvist til dexta-skanning eller ej.

¹ Aktuell ordination på Disulfiram (Antabus) ATC kode **No7BB01**, Acamprosate (Campral) ATC kode **No7BB03**, Nalmefen (Selincro) ATC kode **No7BB05** eller Naltrexon ATC kode **No7BB04**

Dataindsamling klinik 2

I klinik 2 bruges Clinea. Først fremsøgte vi via forløbsplanerne for KOL, hjerte-kar-sygdom (IHD/hypertension/hyperkolesterolæmi) og diabetes, kvinder med registreret rygestatus dagligt eller ophørt. Søgning er foretaget 20.9.23. Kvindernes alder er fundet ved at holde cursoren over navnet i oversigtslisten. Der blev fundet 55 kvinder, når gengangere som havde flere diagnoser i forløbsplanerne var sorteret fra. Dernæst er der i Clineas dataanalysemodul søgt på ICPC diagnosekode tobaksmisbrug P17 og på ydelsen konsultation. Der blev identificeret 3 patienter, hvoraf 1 var genganger. Der blev fundet endnu 1 kvinde ved søgning på aktiv ordination af bupropion. I alt blev 58 kvinder med risikofaktoren rygning identificeret.

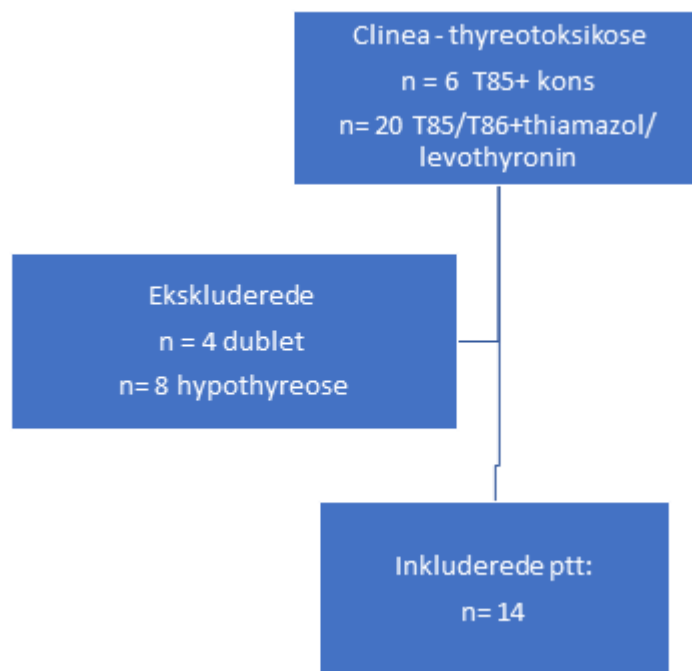
Flowchart klinik 2: Søgning af kvindelige patienter i alderen 50-64 år, der er rygere



Dernæst søgte vi på ICPC-koden T85 (thyrotoksikose) kombineret med ydelsen 0101 (konsultation). Der fremkom en samlet patientliste med denne diagnose og ydelse. Der blev identificeret 6 patienter i den relevante alder. Der er desuden søgt på en kombination af diagnosekode T85 (thyrotoksikose) eller T86 (myksødem) kombineret med aktuel ordination af Thiamazol ATC kode **H03BB02** eller Levothyronin ATC-kode **H03AA01**. Patienter blev ekskluderet, hvis TSH har været i eller over niveau de seneste 5 år. Der blev med denne kombination fundet 20 patienter, heraf var 4 dubletter fra tidligere søgning, 8 havde haft stofskifte i niveau de seneste 5 år. Tilbage stod 8 nye patienter.

I alt blev der identificeret 14 nye patienter med risikofaktoren thyrotoksikose

Flowchart klinik 2, thyrotoksikose



I Clineas dataanalyse-modul kan der foretages analyser ud fra "Polyfarmaci", "Kroniske diagnoser og medicin" eller "Medicinsammenspil". Der er således ikke mulighed for at søge direkte på en ikke- kronisk diagnose så som lavenergifraktur (ICPC koder L72 Fraktur af underarm, L73 Fraktur af underben og L75 Fraktur af lårben). Vi har derfor ikke kunnet identificere patienter med lavenergifraktur i klinik 2.

Vi identificerede i alt 72 kvindelige patienter i alderen 50-64 år i klinik 2 med risikofaktorerne rygning og/eller thyrotoksikose. Det er for hver af dem undersøgt, om de havde osteoporosediagnose i forvejen ved at se i diagnoseliste, samt medicinkort. For dem, der ikke har osteoporose, er det undersøgt om de har været sendt til dexascanning ved at gennemse dels henvisninger de seneste 10 år og dels billeddiagnostiske epikriser de seneste 10 år. Det er desuden undersøgt, om de har risikofaktorer i form af alkoholmisbrug eller svær KOL,

Alkoholmisbrug er identificeret ved diagnosen P15 (Kronisk alkoholmisbrug) eller ved en aktuel ordination på medicinkortet af Disulfiram (Antabus) ATC kode **No7BB01**, Acamprosate (Campral) ATC kode **No7BB03**, Nalmefen (Selincro) ATC kode **No7BB05** eller Naltrexon ATC kode **No7BB04**. Svær KOL er identificeret ved fund af diagnosekode R95 på diagnoselisten. Der er herefter foretaget opslag i den seneste lungefunktionsundersøgelse foretaget i praksis. Svær KOL har vi defineret som FEV₁ <50% af forventet. For patienter som følges i lungemedicinsk regi, er seneste FEV₁ fundet i epikriserne herfra.

Resultater

Vi har inkluderet 141 kvindelige patienter i aldersgruppen 50-64 i vores undersøgelse, heraf 69 fra klinik 1 og 72 fra klinik 2. Vores population består af 88 patienter som er aktive eller ophørte rygere; 30 fra klinik 1 og 58 fra klinik 2. Der blev fundet i alt 43 patienter med enten diagnosen Thyrotoksikose eller supprimeret TSH under behandling for myksødem, heraf 29 fra klinik 1 og 14 fra klinik 2. Det var meget svært at fremsøge patienter med lavenergifraktur via systemet Clinea i klinik 2. Derfor er der kun repræsenteret patienter med lavenergifraktur fra klinik 1. Vi fandt 18 patienter med lavenergifraktur. Ud af 141 patienter havde 129 patienter kun én risikofaktor, 9 patienter havde 2 risikofaktorer og 3 patienter havde 3 risikofaktorer (tabel 1).

TABEL 1: Karakteristika ved populationen af Kvinder i alderen 50-64 år med min. en af risikofaktorerne: Rygning, thyrotoksikose eller lavenergifraktur (n=141).

Risikofaktorer som indikator	n (%)
Rygning	88 (62,4)
Thyrotoksikose	43 (30,4)
Lavenergifraktur	18 (12,7)

Ekstra risikofaktorer	
Alkoholmisbrug	5
Svær KOL	3

Antal risikofaktorer

Én risikofaktor	129
To risikofaktorer	9
Tre eller flere risikofaktorer	3

Ud af 30 rygere i klinik 1 er 2 patienter (7%) kendt med osteoporose, og 6 patienter svt. 20% er henvist til dexa-skanning med negative fund. De resterende 22 patienter, som udgør ca. 73 %, er ikke blevet henvist til scanning. Ud af 58 patienter i klinik 2 med risikofaktoren rygning var 4 (7%) allerede kendt med osteoporose, og 6 (10%) var henvist til dexa-skanning med negativt svar. De resterende 48 patienter (83 %) var hverken henvist til scanning eller havde diagnosen osteoporose.

For den samlede population af rygere gjaldt, at 6 (6,8 %) har diagnosen osteoporose, 12 (13,6 %) af dem har fået lavet en dexa-skanning med afkræftende svar, mens den resterende store gruppe på 70 patienter (79,8 %) hverken er henvist til skanning eller har diagnosen osteoporose. Se tabel 2.

TABEL 2: Fordeling af patienter identificeret med rygning som risikofaktor med hensyn til osteoporose-diagnose, samt dextra-scanning fordelt på klinikker.

Klinik 1 n=30			Klinik 2 n=58			Samlet n=88		
Kendt osteoporose?			Kendt osteoporose?			Kendt osteoporose?		
Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej	
	+dextra	%dextra		+dextra	%dextra		+dextra	%dextra
2	6	22	4	6	48	6	12	70
(7%)	(20%)	(73%)	(7%)	(10%)	(83%)	(6,8) %	(13,6%)	(79,5%)

I klinik 1 blev der fundet 5 patienter svt. 7% med thyrotoksikose, som også var kendt med osteoporose. Yderligere 5 patienter med thyrotoksikose var henvist til dextra-scanning, som viste at de ikke havde osteoporose. 19 patienter svt. 66% med thyrotoksikose var hverken kendt med osteoporose eller henvist til scanning. Af 14 patienter med thyrotoksikose i klinik 2, var der 2 patienter svt. 14%, som havde diagnosen osteoporose. 2 patienter var henvist til dextra-scanning, som havde afkræftet osteoporose. De resterende 10 patienter, som udgør ca. 71%, var hverken henvist til scanning eller kendt med osteoporose.

Samlet set gælder for 43 patienter fra begge klinikker med thyrotoksikose, at 7 patienter (16%) var kendt med osteoporose i forvejen. 7 patienter (16%) har været til scanning, men uden at der var stillet en osteoporose-diagnose. Den sidste store gruppe på 29 patienter havde hverken været til scanning eller var kendt med diagnosen osteoporose. Se tabel 3.

TABEL 3: Fordeling af Patienter identificeret med thyrotoksikose som risikofaktor med hensyn til osteoporose-diagnose, samt dextra-scanning fordelt på klinikker.

Klinik 1 n=29			Klinik 2 n=14			Samlet n=43		
Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose		Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose		Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose	
	+dextra	%dextra		+dextra	%dextra		+dextra	%dextra
5 (7%)	5 (17%)	19 (66%)	2 (14%)	2 (14%)	10 (71%)	7 (16%)	7 (16%)	29 (67%)

Som ovenfor nævnt stammer patienter med lavenergifrakstur kun fra klinik 1. Ingen patienter var kendt med osteoporose. 6 patienter (33,3%) var henvist til dextra-skanning uden at der var stillet en osteoporose-diagnose. Og 12 patienter (66,6 %) med lavenergifrakstur var hverken henvist til dextra-skanning eller kendt med osteoporose.

TABEL 4: Fordeling af patienter identificeret med lavenergifrakstur med hensyn til osteoporose-diagnose, samt dextra-scanning.

Klinik 1 n=18		
Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose	
	+dextra	%dextra
0 (0%)	6 (33,3 %)	12 (66,6 %)

Af 129 patienter med kun én risikofaktor fandt vi 11 patienter (8,5%), som var kendt med osteoporose. 19 patienter (ca. 14,7%) var henvist til dextra-skanning med negative svar. 99 patienter (76,7%) havde hverken været til skanning eller var kendt med osteoporose.

Vi har fundet 13 patienter med to eller flere risikofaktorer. 2 af dem (15,4%) var kendt med osteoporose, 3 af dem (23,1%) var henvist til dexa-skanning med negative fund. De resterende 8 patienter (61,5%) har hverken været til skanning eller har diagnosen osteoporose.

TABEL 5: Status vedr. osteoporosediagnose og dexa-scanning afhængig af antal risikofaktorer

En risikofaktor n = 129			To eller flere risikofaktorer n = 13		
Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose		Kendt osteoporose	Ikke kendt osteoporose	
	+dexa	%dexa		+dexa	%dexa
11 (8,5%)	19 (14,7%)	99 (76,7%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)

Diskussion

Vi har undersøgt niveauet for udredning for osteoporose i gruppen af kvinder i alderen 50-64 år med mindst én af risikofaktorerne: rygning, thyrotoksikose eller lavenergifrakstur.

OPSUMMERING AF RESULTATER

Vores hovedresultater er, at 6,8 % af patienter med risikofaktoren rygning var kendt med osteoporose, mens yderligere 13,6% var undersøgt med dexta scanning uden at få diagnosen. Dvs. at 79,5% af disse patienter var ikke undersøgt for osteoporose. Blandt patienter med thyrotoksikose var 16% kendt med osteoporose og yderligere 16% var relevant undersøgt, uden at få diagnosen. Af patienter med thyrotoksikose var 67% således ikke undersøgt for osteoporose. Blandt patienter, der har haft lavenergifrakstur, var ingen kendt med osteoporose, mens 33% var undersøgt med scanning uden at få diagnosen. 67% var ikke undersøgt for osteoporose.

For patienter, hvor vi kun havde identificeret én risikofaktor, var 8,5% kendt med osteoporose, mens 14,7% var undersøgt for det uden at få diagnosen. I alt var 76,7% altså ikke undersøgt for osteoporose. For patienter med to eller flere risikofaktorer gjaldt det, at 15,4% var kendt med osteoporose, mens yderligere 23,1% var undersøgt uden at få diagnosen. Af patienter med to eller flere risikofaktorer var 61,5% ikke blevet undersøgt for osteoporose.

DISKUSSION AF RESULTATER SET I FORHOLD TIL ANBEFALINGERNE

For patienter med mere end 1 risikofaktor for osteoporose er der en anbefaling om at henvise til dexta-skanning, hvilket vi kan se ikke er sket for 61,5 %. Der er en større sandsynlighed for at være relevant henvist til dexta-scanning, når der er identificeret to eller flere risikofaktorer. For patienter med kun én risikofaktor er der 76,7% som ikke er undersøgt for osteoporose. Hertil må dog bemærkes at der sandsynligvis er en del af de patienter, hvor vi kun har identificeret én risikofaktor, som reelt set har flere. Vi har af praktiske og tidsmæssige årsager valgt at fokusere på 5 risikofaktorer, men der findes ganske mange. Med en praktiserende læges patientkendskab ville flere patienter kunne identificeres med flere risikofaktorer og burde være henvist.

Det anbefales, at patienter med lavenergifrakstur efter det fyldte 50. år undersøges for osteoporose. Vores undersøgelse viste, at kun 1/3 af patienterne var undersøgt relevant, hvilket er overraskende lavt. Det sætter fokus på, at tværsektorielt samarbejde er vigtigt, og at sygehusafdelingerne potentielt kunne være til stor hjælp ved at initiere undersøgelse eller alternativt anbefale det i epikrisen og til patienten.

“REGISTRERINGS-BIAS”

Vores undersøgelse viser relativt store forskelle på, hvor mange patienter vi har identificeret som rygere/ophørte rygere i de to klinikker. Således har vi fundet flere rygere i klinik 2 end i klinik 1 på trods af, at klinik 1 har et større patientgrundlag. Dette afspejler formentlig en forskellig praksis omkring registrering, hvor man i klinik 2 har haft fokus på at registrere rygestatus til årskontroller. Vi har ikke grund til at tro, at

andelen af rygere i virkeligheden er så forskellig i de to klinikker, som begge ligger i landområder.

Vi bemærker også, at P15 Kronisk alkoholmisbrug og P17 Tobaksmisbrug er sjældent registrerede ICPC-diagnoser. Det kan vi se, når vi inddrager vores data om antal rygere fra forløbsplaner og med vores baggrundsviden om, at 13% af de voksne danskere røg dagligt i 2022². Hvis man også regner rygning som risikofaktor, selvom patienten er ophørt, vil der være endnu flere patienter.

For alkoholmisbrug kan man forestille sig, at lægen ofte af hensyn til patienten vil undlade at lave en registrering af alkoholmisbrug, selvom han eller hun har kendskab til det. Det kan ske, hvis der er usikkerhed om, det er et længerevarende eller forbigående problem og for at beskytte patienten, hvis der senere bliver bedt om oplysninger fra f.eks. forsikringsselskab eller kommune. Imidlertid betyder den manglende registrering, at det bliver svært for en ny læge hurtigt at få et overblik over, om der er betydelige risikofaktorer for osteoporose.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Manglende registrering af risikofaktorer for osteoporose kan vanskeliggøre overblikket for den praktiserende læge. Det gør det yderligere svært at få et overblik, at risikofaktorerne er så mangeartede fra lavt BMI, over arvelig disposition, gynækologiske forhold, til endokrinologisk sygdom, medicinsk behandling og tobaks- eller alkoholmisbrug. For blot at nævne nogle.

Organiseringen i praksis, hvor tilgangen i høj grad er patient- og symptomorienteret, kan også gøre det vanskeligt at få øje på en risiko for osteoporose, hvis patientens dagsorden er en anden.

Vi mener dog, at der er nogle relativt nemt implementerbare ændringer, som kunne indføres ved den del af populationen, som kommer til regelmæssige årskontroller, både vedrørende KOL, diabetes, hjertekarsygdom og stofskiftesygdom. Først og fremmest er det relevant at registrere rygestatus. Og i tilfælde af at rygning er ophørt så at anføre ca. antal pakkeår. Dette kunne med fordel foregå i forsamtale med sygeplejerske eller via web patient skema "KRAM faktorer". Ved denne lejlighed kunne man også spørge til, om der er arvelig disposition til osteoporose, samt udregne BMI. Det ville være et naturligt tidspunkt for lægen at følge op på risikoen, da årskontrollerne i forvejen har et forebyggende potentiale og karakter af status.

For patienter med lavenergifrakstur kunne patienter opspores i praksis ved, at sygeplejerske eller andre, der fjerner gips eller clips efter brud på f.eks. underben eller håndled, laver en opgave til lægen om at kontakte patienten med henblik på, om skanning er relevant. Lægen skal så tage stilling til, om bruddet var ved lav energi og evt. om der er andre risikofaktorer.

STYRKER OG SVAGHEDER VED VORES UNDERSØGELSE

Vi har lavet en undersøgelse, som er meget tæt på den kliniske hverdag, og det er lykkedes at finde en rimelig mængde patienter med relevante risikofaktorer. I forhold til risikofaktoren rygning er det tydeligt, at vi næppe har fundet alle de relevante patienter pga. manglende registrering af rygestatus. Det er selvfølgelig en mulighed, at der vil vise sig et andet billede, hvis alle med denne risikofaktor var inkluderet. Imidlertid vurderer vi, at det trods alt må være mere sandsynligt, at man er opmærksom på at henvise til undersøgelse, hvis rygning er registreret, fordi lægen i det tilfælde i forvejen har tænkt på det som en relevant faktor for patientens helbred. Omvendt kan man indvende, at undersøgelse nok ikke er relevant for alle ophørte rygere. Der er naturligvis stor forskel på, om rygeophør var for mange år siden, efter få pakkeår eller om det var i forgårs, og der er 30-40 pakkeår. Derfor overestimerer vi formentlig, hvor mange der burde være undersøgt, men ikke er det blandt dem, der er ophørt med rygning.

Konklusion

Osteoporose er en folkesygdom og belaster samfundet tungt. Mange lider af sygdommen uden at være klar over det. En effektiv screening af sygdommen har stor positiv værdi både på individ- og samfundsniveau.

Ud fra opgaven kan vi konkludere, at der er stort forbedringspotentiale for screening af osteoporose hos postmenopausale kvinder i alderen 50-64 år, når vi sammenholder data fra vores praksis med anbefalingerne i de danske retningslinjer.

Strategier for at forbedre screeningen kan omfatte en forbedret registrering af risikofaktorer og øget opmærksomhed ved årlig kontrol af kroniske sygdomme. Derudover er tværsektorielt samarbejde også af stor betydning.

Referencer

- Boonen, S. S. (24. June 2008). Osteoporosis management: impact of fracture type on cost and quality of life in patients at risk for fracture . *Current Medical Research and Opinion*.
- Borgström, F. S. (7. March 2007). The societal burden of osteoporosis in Sweden. *Bone*.
- Lægehåndbogen*. (20. september 2023). Hentet fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/knoglevaev-og-vitamin-d/osteoporose/>
- Sundhed.dk, Information til Praksis, Region Midtjylland*. (20. November 2023). Hentet fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/l-muskel-skelet-system/osteoporose/>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Osteoporose. En afdækning af den samlede indsats mod osteoporose*. Sundhedsstyrelsen.