

Til Månedsskrift for Praktisk Lægegerning

Forfatterark:

Lars Poulsen

APO-konsulent Fyns Amt

Almen Medicinske Hus

J.B. Winsløvs Vej 9 A

5000 Odense C

Tlf: 6550 3026

E-mail: lpoulsen@health.sdu.dk

Privat:

Gl. Stenderupvej 16

5672 Broby

Tlf: 2122 7998

Kim Brixen

Overlæge, Ph.d.

Endokrinologisk afd M

Odense Universitetshospital

E-mail: kim.brixen@ouh.fyns-amt.dk

Jens Damsgaard

Praktiserende læge, medlem af APOs
projektgruppe

Audit Projekt Odense

Almen Medicinske Hus

J.B. Winsløvs Vej 9 A

5000 Odense C

Tlf: 6550 3026

E-mail: jeda@dadlnet.dk

Anders Munck

Leder af Audit Projekt Odense (APO)

Almen Medicinske Hus

J.B. Winsløvs Vej 9 A

5000 Odense C

Tlf: 6550 3026

E-mail: amunck@dadlnet.dk

Forebyggelse af frakturer hos ældre over 60 år i almen praksis

Refleksioner omkring et auditprojekt

Gennem mere end 10 år har Audit Projekt Odense (APO) gennemført audit om forskellige problemstillinger i almen praksis i Danmark. Gennem de senere år er der kommet tiltagende fokus på osteoporose, som nu er udnævnt til en af de 8 folkesygdomme, der skal særligt fokus på i fremtiden i forbindelse med forebyggelsesprogrammet ”Sund hele livet”. DSAM udgav i 2003 en vejledning om osteoporose (1), og en audit i Bornholms Amt fra 2004 viste, at kun 0,5% af konsultationerne i almen praksis omhandlede osteoporose (2).

Baggrund

Osteoporose er hovedårsag til brud på underarm, lårbenshals og ryghvirvler hos ældre. Sygdommen er særdeles hyppig, idet cirka 17% af 60-årige kvinder og 6% af 60-årige mænd pådrager sig et hoftebrud i deres levetid. Tilsvarende vil cirka 35% af 70-årige kvinder få en kompressionsfraktur i columna. Osteoporotiske brud medfører desuden reduceret livskvalitet samt kroniske smerter hos mange patienter. Blandt patienter med collum femoris fraktur dør cirka 20% i efterforløbet, medens andre 33-50% af patienterne bliver afhængige af andres hjælp. I de seneste år er mulighederne for at diagnosticere og behandle osteoporose på et evidensbaseret grundlag blevet væsentligt forbedret, hvorfor der er kommet øget fokus på identificering af risikopatienter. De fleste tilfælde af osteoporose er formentlig betinget af flere årsager. Lav *peak bone mass*, som er delvis genetisk bestemt, kombineret med det post-menopausale knogletab, som skyldes østrogenbortfald, samt det aldersrelaterede knogletab, der blandt andet skyldes nedsat indtagelse og absorption af kalcium med alderen, er de vigtigste patofysiologiske elementer.

Osteoporose giver almindeligvis ingen symptomer, med mindre der foreligger frakturer eller følger efter disse. Ved forebyggende behandling er der gode muligheder for helt at undgå eller begrænse skaderne ved osteoporose. Især kalcium og D-vitamin er vigtigt både til raske og til personer med risiko for at få knogleskørhed. En kost rig på kalcium og D-vitamin, rygestop, visse

former for fysisk aktivitet og moderation af et evt. alkoholforbrug er afgørende for at undgå sygdommen.

Farmakologisk behandling af osteoporose kan hæmme knogledbrydningen, stimulere knogledannelse eller have begge disse virkninger. Kalcium- og D-vitamintilskud, østrogen og selektive østrogen-receptor-modulatorer (SERM), bisfosfonater, og aktive D-vitaminmetabolitter har således antiresorptiv effekt. Parathyreoideahormon (PTH1-84) og teriparatide (PTH(1-34)) (Forsteo®, Preotact®) har anabol effekt. Endelig har strontium ranelat (Protelos®) både en vis antiresorptiv og en vis anabol effekt. Randomiserede undersøgelser har dokumenteret, at behandling med ovennævnte medikamenter reducerer frakturrisikoen. Det er dog kun østrogen, kalcium og D-vitamin, bisfosfonat, teriparatide, og strontium ranelat, som dokumenteret reducerer risikoen for frakturer i det perifere skelet.

Audits formål og indhold

Formålet med audit var at kvantificere a) antallet af patienter over 60 år i almen praksis, der har en eller flere risikofaktorer for osteoporose, b) hvorledes disse patienter håndteres i den givne situation og c) i hvilket omfang, de ældre tilbydes relevant forebyggelse og behandling. Der blev udarbejdet et auditskema (Fig. 1), hvor lægen i 10 arbejdsdage konsekutivt skulle inkludere alle patienter over 60 år. Ved hver patient skulle lægen tage stilling til, om patienten havde en eller flere af følgende risikofaktorer: behandling med prednisolon i en dosis over 5 mg dgl. i mere end 3 måneder, tidligere lavenergifraktur, stor faldtendens, ringe fysisk aktivitet, tobaksrygning, stort alkoholforbrug, BMI < 19, menopause før 45-års alderen, disponerende sygdomme til osteoporose, utilstrækkelig kost eller ”anden særlig risiko”, så som lav soleksponering/tildækkende klædedragt eller lignende.

Hos patienter med en eller flere af disse risikofaktorer skulle audit endvidere kortlægge lægens handling ved denne konsultation: a) hvorvidt patienten blev henvist til yderligere udredning fx DXA-skanning, b) anbefalet forebyggelse eller behandling, eller c) ingen udredning. I sidstnævnte tilfælde skulle lægen angive grunden til, at yderligere udredning ikke blev iværksat. Årsagerne hertil kunne være, at man udskød beslutningen til en ny konsultation, eller at patienten af den ene eller anden grund ikke kunne eller ville medvirke (demens, kort restlevetid, intet patientønske om behandling m.v.). Sidst i skemaet skulle afkrydses, hvilken aktuel medicinsk behandling patienten var i.

Resultater

I alt 87 læger fra Frederiksberg Kommune, Storstrøms, Roskilde, Fyns, Vejle, Ribe og Sønderjyllands Amter registrerede i 10 arbejdsdage i alt 5.838 konsultationer med patienter over 60 år, hvilket svarer til et gennemsnit på 67 patienter pr. læge. Samlet resultat fremgår af Figur 2. I alt 9% af de registrerede patienter havde erkendt osteoporose. Hos 37% af patienterne forelå der mindst én risikofaktor. Mere end 10% af patienterne havde to eller flere risikofaktorer. De hyppigst registrerede risikofaktorer var livsstilsfaktorer: ringe fysisk aktivitet (14,1%) og rygning/stort alkoholforbrug (11,7%), heraf var henholdsvis 79% og 85% uden erkendt osteoporose.

Prednisolon og osteoporose

Osteoporose er en kendt følge efter længere tids prednisolonbehandling. Prednisolonbehandling kan have vægtig indikation ved lungesygdom, bindevævssygdomme og visse cancersygdomme. I dette materiale var der 243 personer (4,2%), der havde været i behandling med prednisolon over 5 mg dagligt i mere end 3 måneder. Af disse havde 16% erkendt osteoporose. En væsentlig del af sidstnævnte var i medicinsk behandling: 69% med kalcium og D-vitamin og 58% med bisfosfonat.

Dette viser helt klart, at der er behov for systemer, der kan identificere patienter, der får udskrevet større mængder prednisolon, således at de kan tilbydes udredning og behandling for sekundær osteoporose. Der er dog formentlig også andre barrierer end bare identifikation af gruppen, der gør, at denne risikogruppe ikke er i behandling.

Fald og osteoporose

Fald hos ældre er et velkendt problem. Hvert år konsulterer mere end 4.000 patienter over 65 år en fynsk skadestue på grund af fald (Lauritsen 2005). I aktuelle audit havde 331 personer (5,7%) tidligere haft lavenergifrakstur og 289 personer (4,9%) registreret med stor faldtendens, heraf var der henholdsvis 67% og 28% med tidligere erkendt osteoporose. Af patienter med tidligere lavenergifrakstur og stor faldtendens var 79% med tidligere erkendt osteoporose.

Fald kan forebygges ved at sikre et optimalt syn (briller), evt. operation for grå stær, undgå løse gulvtæpper og lignende samt ved tildeling af gangredskab eller hoftebeskyttere. Dette kan foregå i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg med fokus på faldrisikoen. Døsighed efter beroligende medicin og sovemedicin kan medføre svimmelhed, som man kan undgå ved at anvende mindre sløvende medicin. Endelig kan hoftebeskyttere reducere forekomsten af hoftebrud.

Forebyggelse og osteoporose

Den primære forebyggelse af osteoporotiske frakturer er nonfarmakologisk og retter sig mod fysisk inaktivitet, kalk- og D-vitaminmangel, undervægt, rygning, stort alkoholforbrug og faldulykker. De klassiske barrierer i livsstilsomlægning er velkendte, og trods intensiv information og kampagner vil det nok være svært at nå alle risikopatienter. Men det er værd at bemærke, at audit afslørede, at 24% af patienterne, der *ikke* havde erkendt osteoporose var i behandling med kalk og D-vitamin, desuden var 25% af de resterende patienters forbrug af medicinsk profylakse mod osteoporose

uoplyst. Nogle af disse må dog forventes at tage en form for kalktilskud eller anden håndkøbsmedicin med fordelagtig effekt på knoglerne. Der er således en væsentlig del af patienterne, der uden erkendt risikoprofil tager forebyggende medicin/kosttilskud. Med hensyn til kalciumtilskud har undersøgelser vist, at 500-1.000 mg dagligt vedligeholder knoglemineralindholdet hos kvinder efter overgangsalderen. Det er rundt regnet 1/2 l mælk og 1-2 skiver ost om dagen. Vælger man at tage tilskuddet som pille, vil fx 2 tabletter Unikalk Senior dagligt dække behovet.

Diskussion

Mange af auditdeltagerne var overraskede over, hvor relativt få patienter over 60 år, man ser på en "almindelig praksisdag". Mange nåede ikke 100 registreringer på 10 arbejdsdage, og nogle brugte mere end 10 dage på at nå 100 patienter i alt. Nogle undrede sig over, at der var relativt få rygere i materialet, at så relativt få er sat i behandling med calcium og D-vitamin, og at så få af de prednisolonbehandlede patienter var udredt.

Man må konstatere, at registreringerne afhænger af den enkelte deltagende læge. Praktiserende læger får øje på forskellige risikofaktorer og ser forskelligt på vigtigheden af nogle af disse, fx faldtendens, ringe fysisk aktivitet og utilstrækkelig kost

Deltagerne i audit undrede sig også over, at i relativt mange tilfælde (46%) var "ingen aktuel handling" resultatet af konsultationen, for så vidt angik osteoporose. Dette kan afspejle lægernes tolkning af svarmulighederne, men kan også beskrive den relativt pressede arbejdsdag, der gør, at man ikke tager løsninger af emnet op i samme konsultation. Man må nok dvæle ved, at kun 7% af patienterne *uden* erkendt osteoporose, men *med* erkendte risikofaktorer, blev tilrådet en ny konsultation om osteoporose. Man kan i disse situationer ønske sig en kvalitetsudvikling, der sikrer, at risikopatienterne identificeres. Samlet viser undersøgelsen, at den praktiserende læge i sit

daglige virke møder mange patienter med betydelig risiko for osteoporose, og at de praktiserende læger i mange tilfælde giver profylaktiske råd til patienterne. De almene sundhedsråd er også gældende her, og med muligheden for tiltagende profylakse i de nye kommuner øges vigtigheden af identifikation af risikopatienterne.

Ved evalueringsmøderne efter audit samlede de praktiserende læger deres ønsker inden for osteoporoseområdet i fremtiden.

I almen praksis:

- At få bedre, let anvendelige redskaber til identifikation af risikofaktorer for osteoporose, fx i form af score-card eller spørgeskema, og helt ideelt et redskab, der kunne anvendes af hjælpepersonalet.
- At udnytte den nye mulighed i overenskomsten om forbyggende hjemmebesøg med specielt sigte på osteoporosepatientens problemer.
- At følge op på ”simple strategier” i sekundær og tertiær profylakse såsom identifikation af alle patienter i praksis med forbrug på mere end 5 mg prednisolon pr. dag og relevant udredning og behandling. Med baggrund i epikriser at have fokus på patienter med lavenergifrakturer.
- At få tilknyttet en ”osteoporosekonsulent” i lighed med laboratorie- og datakonsulent, der kunne hjælpe med at identificere risikopatienterne og råde om udredning og behandling.

I de nye primærkommuner:

- Intensivering af den primære profylakse i form af borgerrettede forebyggelsestiltag inden for livsstilsområdet (rygestopkurser, alkohol-/kost- og motionsvejledning m.v.).
- Bedre kommunikation mellem almen praksis og hjemmeplejen/kommunale visitator, således at såvel risikopatienter som intervention (faldprofylakse, motion, kost m.v.) blev synliggjort og koordineret.

- ”Osteoporoseskoler” i lighed med diabetes- og allergiskoler.

I de nye regioner:

- En rimelig ensartet, enkel udredning og retningslinier for behandling af osteoporosepatienten i hele regionen.
- Der er tilfredshed med de tidligere amters tilbud om dexascanning og henvisning til sygehusambulatorier. Man ønsker sig også i fremtiden en passende scannings- og ambulatoriekapacitet og kunne ønske sig en udbygning af muligheden for henvisning til udredning i ”faldambulatorier”.
- En regional medicinkonsulent, der kunne hjælpe med identifikation af risikopatienter, især i relation til patienter i prednisolonbehandling (så ville man også få steroidforbruget fra speciallægepraksis og sygehuse med).
- Dialog om fremtidige basislister og farmakoøkonomi i et efteruddannelsesregi (fx regionale lægedage). Herunder også diskussion af indikationer for behandling i relation til lægeløfte, cost-benefit, compliance, risikofaktorer, livskvalitet m.v.

Kombinationen af aktivitetsregistrering og efterfølgende diskussioner på opfølgingsmøder gav en detaljeret kortlægning af problemernes karakter og omfang og fremkaldte mange gode forslag til kvalitetsforbedring. En fornyet registrering vil kunne afsløre, hvor mange af disse, der er ført ud i livet.

LITTERATUR

1. Dansk Selskab for Almen Medicin. Osteoporose i Almen Praksis. København: DSAM, 2002.
2. Andersen LH, Boss L, Mortensen E, Abrahamsen B, Munck A. Osteoporose på klippeøen – resultater fra en audit på Bornholm 2004. Practicus 2005;175:110-1.

Fig. 2. Samlet resultat for alle 87 deltagere

		Antal	Procent
Køn	Mand	2312	39,6%
	Kvinde	3482	59,6%
	Uoplyst	44	,8%
I alt		5838	100,0%
Patientstatus	Tidligere erkendt osteoporose	516	8,8%
	Ikke tidl. kendt osteoporose ¹	5116	87,6%
	Uoplyst	206	3,5%
I alt		5838	100,0%
Risikofaktorer for lavenergifrakstur	Prednisolon >5mg >3 mdr	243	4,2%
	Tidl. Lavenergifrakstur	331	5,7%
	Stor faldtendens	287	4,9%
	Ringe fysisk aktivitet	822	14,1%
	Rygning/stort alkoholforbrug	684	11,7%
	BMI < 19	183	3,1%
	Menopause < 45 år	116	2,0%
	Familær disposition	210	3,6%
	Disponerende sygdomme	322	5,5%
	Utilstrækkelig Kost	222	3,8%
	Anden særlig risiko	132	2,3%
	Ingen risikofaktorer	3607	61,8%
	Uoplyst	106	1,8%
I alt		5838	124,4%
Din handling i dag	Henv. til udr. incl scanning	201	9,0%
	Henv. til røntgen af columna	34	1,5%
	Tilråder ny kons. om osteoporose	135	6,1%
	Tilråder kalk og D-vitamin	470	21,1%
	Rådgiver om kost og motion	375	16,8%
	Rådgiver om faldprofylakse	123	5,5%
	Ingen af førnævnte	1019	45,7%
	Uoplyst	290	13,0%
I alt		2231	118,6%
Hvorfor ikke udredning	Beslutning afventer ny kons.	333	14,9%
	Pt ønsker ej udredning	191	8,6%
	Pt. ønsker ej behandling	78	3,5%
	Pt. er udredt inden for 3 år	465	20,8%
	Forventet kort restlevetid	177	7,9%
	For besværligt for patienten	139	6,2%
	Ej indikation - anden grund	451	20,2%
	Sp. ej relevant, da der er x i rubrik 15	76	3,4%
Uoplyst	429	19,2%	
I alt		2231	104,8%
Aktuel medicinsk profylakse	Østrogen	80	3,6%
	Bisfosfonat	314	14,1%
	Kalk og D-vitamin	794	35,6%
	Andet	51	2,3%
	Ingen	813	36,4%
	Uoplyst	477	21,4%
I alt		2231	113,4%