

# Osteoporose

(benskjørhet)



UTGITT AV NORSK OSTEOPOROSEFORENING

## Personer med osteoporose



**Dette må vi gjøre noe med!**

*Se side 6*

*Revolusjonerende doktorgrad:*

# Bedre behandling av pasienter med lårshalsbrudd

Pasienter med lårshalsbrudd bør få protese med en gang etter bruddet og ikke opereres med skruer, slik praksis har vært tidligere. En nylig publisert doktoravhandling av Frede Frihagen, spesialist i ortopedisk kirurgi ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, viser klare fordeler med å gi pasientene protese med en gang. De opplever mindre smerter, får bedre funksjon i hoften og bedre livskvalitet enn de som blir operert med skruer. I tillegg er det langt færre reoperasjoner og komplikasjoner hos dem som opereres med protese med en gang. Studien har ført til store endringer i hoftebruddsbehandlingen i Norge.

TEKST OG FOTO: EVA VIGELAND

Inntil nylig ble de fleste hoftebruddspasienter operert med skruer. En tredjedel av pasientene måtte imidlertid reopereres og få satt inn protese fordi skruene mistet taket og bruddet ikke grodde.

I sin doktoravhandling, med økonomisk støtte av Norsk Osteoporosforening, sammenlignet Frede Frihagen bruken av protese og skruer som akuttbehandling. Han fant at de som fikk protese, ble mer selvhjulpne, hadde mindre smerter og fikk bedre funksjon i hoften.

– Når det var slik at 40 prosent av pasienter med lårshalsbrudd måtte reopereres fordi skruene løsnet, hvorfor har man allikevel fortsatt med denne type behandling?

– Det kan virke rart, sier Frede Frihagen, – men grunnen er nok at man har lenge har trodd at protese er farlig for denne pasientgruppen. Pasientene er ofte gamle, og protese er en større



*Doktoravhandlingen til ortoped Frede Frihagen har ført til store endringer når det gjelder behandling av eldre pasienter med lårshalsbrudd.*

operasjon enn skruer. Studien viser imidlertid at det tvert imot er gunstig å få protese-behandling. En protese er stabil med en gang. Opptreningen etterpå blir lettere og raskere og innebærer mindre smerter for pasienten.

## Endrete rutiner

Doktorgraden består av fire artikler. Foruten hovedartikkelen som sammenligner de to behandlingsmåtene, ser han bl.a. også på bruken av MR. MR er nyttig og effektivt for å finne brudd hos pasientene. MR gir heller ingen stråling slik CT gjør.

Som et resultat av doktorgraden har man nå endret rutinen ved lårshalsbrudd. Ved Ullevål opereres så og si aldri eldre pasienter med skruer lenger. Også andre steder i landet ser man en

klar tendens til å legge om fra skruer til proteser.

Veilederne, professorene Lars Nordsletten og Jan Erik Madsen, har vært viktige støttespillere under arbeidet med doktorgraden, forteller Frede Frihagen, som samtidig understreker at hele den ortopediske avdelingen ved sykehuset har bidratt til studien.

Frede Frihagen disputerte i mars i år. De oppsiktsvekkende resultatene har allerede høstet stor anerkjennelse i internasjonale medisinske kretser. Det medisinske tidsskriftet British Medical Journal, BMJ, publiserte hovedstudien – noe Frihagen er stolt av.

– Det er første gang BMJ har tatt inn en studie om bruddbehandling, i alle fall fra Norge, forteller han.



## *Kjære medlem!*

Takk for sist til dere som jeg fikk gleden av å møte i 2008, og til dere som var på stiftelsesmøtet til den nye pasientforeningen 22. januar. Det ble et fint møte. Med så mange positive mennesker tror jeg dette skal bli en pasientforening som medlemmene vil finne seg godt til rette i. Jeg vil også takke det nye styret for tilliten dere viste ved å velge meg til leder for tre nye år.

Når jeg har sagt meg villig til å fortsette som leder, har jeg et stort ønske om at jeg ut fra de muligheter og ressurser jeg har, kan få gjort en god jobb for NOF. For at jeg skal klare det, må jeg ha nær kontakt med medlemmene i foreningen. Hvis dere har nye tanker om foreningen eller om saker som angår de offentlige og politiske myndigheter, ta da kontakt med meg eller vårt Informasjonssenter. Vi er alle her for dere og ønsker et godt samarbeid.

Det nye styret har hatt to møter, ett på Informasjonssenteret på Oslo universitetssykehus, Aker, og ett telefonmøte. I vår tid med god telekommunikasjon er det viktig å bruke ressursene og pengene på en god måte.

Professor emeritus Jan A. Falch har vært pådriver til å skrive et brev til Helsedirektoratet om den manglende oppfølgingen av Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd 2005–2008. Det har ikke kommet noe svar på brevet, og nå etterlyser NOF saken i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Vår generalsekretær og jeg har bedt om et møte. Dette er viktige saker som vi ønsker å forfølge.

For tiden er medarbeiderne i NOF på reisefot rundt omkring i landet for å informere støttegrupper / lokale osteoporoseforeninger om den fremtidige organisasjonsstrukturen. Vi har hatt et stort møte i Stavanger hvor Torbjørn Olstad og Jan Arvid Dolve kom og var sammen med oss lokale krefter. De kom da fra Voss og skulle videre til Odda. Dette er spennende, og vi håper å få mange lokale osteoporoseforeninger etter hvert. Til høsten vil vi arrangere et møte for lederne av støttegruppene og de lokale osteoporoseforeningene.

Jeg har fått opplyst at det er kommet en del nye medlemmer til foreningen. Det er flott, men vi trenger mange flere. Min oppfordring blir derfor at vi alle må stå på. Som dere vet, er ikke osteoporose en sykdom som kommer i første rekke hos våre helsemyndigheter! Vi i pasientforeningen har derfor store utfordringer. Vil du stå sammen med oss i dette?

Vennlig hilsen  
Ingjerd Mestad  
*leder NOF*



AV ERIK FINK ERIKSEN,  
PROFESSOR,  
SEKSJONSOVERLEGE DR.MED  
POLIKLINIKK FOR OSTEOPOROSE,  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS,  
AKER

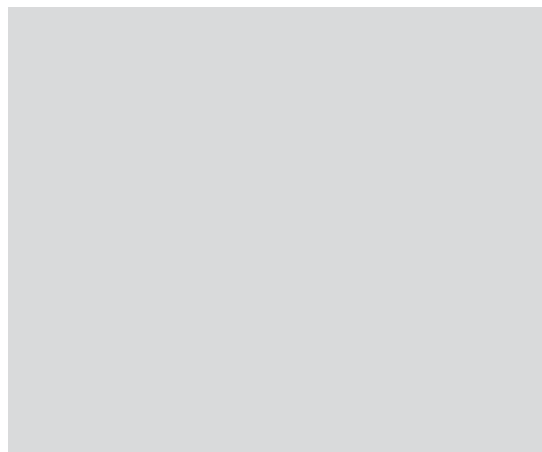
**Osteoporose er definert ved forekomsten av brudd som oppstår ved små traumer (lavenergibrudd) som f.eks. fall og feil bevegelser av ryggen. Risikoen for brudd i ryggen øker spesielt ved bevegelser som innebærer bøyning fremover (fleksjon), og hos kvinner er dette det bruddet som forekommer hyppigst. 23 prosent av alle kvinner og 8 prosent av alle menn må regne med å få minst ett ryggbrudd.**

I dag benytter vi først og fremst benmineraltettheten (BMD) for å vurdere risikoen for å få brudd. Mange store undersøkelser har påvist at for hver reduksjon på 10 prosent av benmineraltettheten, økes bruddrisikoen med en faktor på 1,5–2, avhengig av bruddtype. Hvis pasienten allerede har hatt et osteoporotisk brudd når han eller hun kommer til benmineraltetthetsmåling med DXA, er økningen i risiko for nye brudd mye større. Det er f.eks. vist at hvis en pasient har et lavenergibrudd i ryggen, er sannsynligheten for et nytt ryggbrudd fem ganger så stor som hos personer uten osteoporose.

Klinisk anvender man uttrykket etablert osteoporose når det både er lav BMD (t-score < -2,5) og brudd. Da vil man som regel anbefale å starte med medikamentell behandling av osteoporose (bisfosfonat, PTH, SERM, hormoner osv.) i tillegg til substitusjon med kalsium ssamt D vitamin.

### **Brudd uten smerter**

Til forskjell fra smertene ved brudd i arm eller hofta kan pasienter ha mange brudd i ryggen uten at de har hatt rygg smerter. Fra store kliniske studier vet man at 70–80 prosent av brudde ikke gir rygg smerter og bare kan påvises ved røntgen av ryggen. Især de milde kompresjonene av ryggvirvlene, hvor høyden av ryggvirvelen reduseres med 20–40 prosent, vil det ofte ikke være smerter, mens de mer alvorlige kompresjonene på over 40 prosent oftere gir smerter. Over tid vil milde kompresjoner ofte forverres når osteoporosen øker på. Tilstedeværelsen av ryggbrudd er derfor et viktig risikomål når man bedømmer om en pasient skal behandles aktivt



*Bilder av morfometri hos normale, milde og svære osteoporotikere.*

med spesifikk osteoporoseterapi eller ikke.

Når man gjør en benmassemåling med DXA, er det av tekniske grunner viktig å vite om det foreligger brudd i ryggen. Spesielt hvis bruddet sitter i lenderyggen, som jo er det området som anvendes til bestemmelse av benmineraltettheten, kan manglende registrering av brudd føre til måling av en falsk for høy benmineraltetthet. BMD er jo et mål for mengden av mineral innefor et bestemt areal av ryggvirvlene. Hvis pasienten har brudd i en eller flere av de lændevirvlene som er grunnlaget for målingen, vil arealet bli mindre. BMD blir dermed falsk forhøyet da man nå har samme mengde mineral i et mindre område.

### **Mindre strålebelastning**

Standardmetoden for å påvise ryggbrudd er selvfølgelig å ta et røntgenbilde, og ved de fleste sentre som vurderer osteoporosepasienter, er det vanlig å foreta denne undersøkelsen hos alle nyhenviste pasienter. Som enhver annen røntgenundersøkelse er dette forbundet med en viss strålebelastning, så man vil helst ikke gjenta undersøkelsen for ofte. Med utviklingen av de nyeste benmassemålerne (DXA-maskiner), har man nå kombinert bestemmelsen av benmineraltettheten med en enhet som lager et røntgenbilde av ryggsoylen. Bildet er ikke av samme

kvalitet som det klassiske røntgenbildet, men kan hos de fleste påvise brudd i både bryst- og lenderygg. Påvisning av brudd høyt oppe mod halsryggsøylen og helt nederst i lenderyggen kan hos enkelte pasienter være problematisk. Er det mistanke om dette, må man supplere med et vanlig røntgenbilde av lenderyggen. Dette gjelder også hvis man mistenker andre sykdommer i ryggen (som f.eks. betennelse eller svulster) som årsak til bruddet. Da kan man eventuelt i tillegg ta MR eller CT.

Undersøkelse av brudd med DXA-skanner kalles vertebral morfometri eller VFA (vertebral fracture assessment). Den gir en mye mindre strålebelastning enn vanlig røntgen, og i tillegg til å måle benmineraltettheten kan den derfor også brukes til å følge opp eventuelle nye brudd under pågående osteoporoseterapi hos pasienter med høy bruddrisiko. Denne undersøkelse utgjør derfor et verdifullt supplement til bedømmelse av bruddrisiko og effekten av iverksatt terapi.

## Hoftebeskyttere kan redusere risikoen for hoftebrudd med 60 prosent

**En nylig avsluttet doktoravhandling av cand.san./fysioterapeut Hege Bentzen viser at hoftebeskyttere gir god beskyttelse mot hoftebrudd ved fall. Gjennom studien, der hun fulgte sykehjemsbeboere i 18 måneder og registrerte totalt ca 3000 fall, fant hun at de av beboerne som hadde hoftebeskytter på seg da de falt, reduserte risikoen for å brette hofte med ca. 60 prosent. Studien viste at både myke og harde hoftebeskyttere gir god beskyttelse mot hoftebrudd, men at beboere som brukte hoftebeskyttere hele døgnet, foretrakk hoftebeskyttere med myke skall.**

TEKST OG FOTO: EVA VIGELAND

Hege Bentzen, som i flere år arbeidet i Norsk Osteoporoseforening, forteller at den randomiserte studien, finansiert av Helse og Rehabilitering og Helsedirektoratet, skulle undersøke flere forhold i forbindelse med bruk av hoftebeskyttere. Blant disse var:

- Blir hoftebeskyttere brukt? I så fall hele døgnet eller bare om dagen?
- Får man flere sykehjemsbeboere til

å bruke en myk hoftebeskytter?

– Vil en myk hoftebeskytter beskytte mot hoftebrudd hvis den er på under et fall?

– Hoftebeskyttere med harde skall har vært på markedet i mange år, forteller Hege Bentzen, – men man har sett at mange av ulike årsaker ikke bruker dem. Hoftebeskyttere med myke beskyttelsesskall er utviklet for å være mer komfortable, og vi ønsket å undersøke om man fikk flere til å bruke dem, og om en myk hoftebeskytter beskytter mot hoftebrudd ved fall.

### Overbevisende resultat

1236 beboere fra 18 sykehjem var med i studien. Resultatene viste helt klart at et ubeskyttet fall gir en mye større risiko for hoftebrudd enn et fall med hoftebeskyttere. Både myke og harde hoftebeskyttere reduserte risikoen med ca. 60 prosent. Det viste seg også at blant de pasientene som brukte hoftebeskyttere bare på dagtid, var det like mange som valgte harde hoftebeskyttere som myke. Når det gjaldt døgnkontinuerlig bruk, var det imidlertid stor forskjell. Langt flere pasienter valgte da den myke varianten.



*Cand.san./fysioterapeut Hege Bentzen, tidligere medarbeider i Norsk Osteoporoseforening, forsvarte nylig sin doktoravhandling om effekten av hoftebeskyttere.*

– Konklusjonen er derfor at hvis man trenger hoftebeskytter bare på dagtid, ser det ut til at det ikke spiller så stor rolle hvorvidt man velger en hoftebeskytter med myke eller harde skall. Trenger man derimot hoftebeskytter hele døgnet, bør man velge en med myke skall, sier Hege Bentzen.

# Neste generasjon medlemmer

GENERALSEKRETÆR JAN ARVID DOLVE

**Norge er det landet i verden som har mest osteoporose. Mellom 200 000 og 300 000 nordmenn lider av denne kroniske, smertefulle sykdommen. Norsk Osteoporoseforening har i dag rundt 3500 medlemmer. Med andre ord er det bare drøye 1 prosent som er medlem i foreningen. Dette må vi gjøre noe med!**

Osteoporose øker i omfang blant både kvinner og menn. Sykdommen rammer hos yngre og yngre personer. Gjennomsnittsalderen er så lav som 60 år, men også mange 50-åringar får osteoporose. Heldigvis er det mye man kan gjøre for å forebygge sykdommen. Ut fra den kunnskapen vi i dag har om risikofaktorer, kan man utsette et osteoporotisk brudd med flere år. Tidlig forebygging av osteoporose kan til og med hindre at man utvikler sykdommen. Informasjon er derfor viktig. Informasjon om sykdommen til vår familie, til våre sønner og døtre og til våre venner.

## Stikk hull på tausheten.

Stå på og informer om sykdommen. Fortell hva sykdommen har gjort med deg, og prøv å forberede dine nærmeste på at osteoporose også kan ramme flere i familien.

Et selvstendig medlemskap i Norsk Osteoporoseforening gir deg dine egne rettigheter, blant annet til eget blad og egne temaark om sykdommen. Et selvstendig medlemskap sikrer deg din egen informasjon om sykdommen, dens behandling og ikke minst om forebygging.

**Hvis hver og en av våre medlemmer som er pasient eller pårørende, kan rekruttere ett eneste nytt medlem blant dem som er i fare for å få osteoporose, øker vi foreningens medlemmer med 100 prosent, men likevel til bare 2 – 3 prosent av alle som KAN ha osteoporose.**



Vårt arbeid avhenger av medlemmer for at foreningen skal bestå og kunne utvikle seg. Ditt medlemskap bidrar til resultater på alle våre satsingsområder og særlig til opprettholdelse og utvikling av foreningen. Norsk Osteoporoseforening er en pasientforening som tar sykdommen på alvor. Vi er like opptatt av å forebygge som å informere om medikamentering og behandling.

Et medlemskap gir deg verdifull informasjon som vil gjøre tilværelsen bedre, tryggere og mer bevisst – for deg – om du står i fare for å utvikle osteoporose.

Rekrutter ett medlem, og ditt bidrag vil gi verdifull effekt på vårt arbeid!

*Forebyggende informasjon om osteoporose er en viktig del av arbeidet til NOE. Unge mennesker må vite hva de selv kan gjøre for å unngå denne smertefulle sykdommen. Dette gjelder også unge menn som f.eks. Magnus Dehli*

# Samarbeidsavtale mellom Norske Kvinners Sanitetsforening og Norsk Osteoporoseforening

**Etter at Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.) og Norsk Osteoporoseforening (NOF) vedtok å skille lag, har foreningene inngått en avtale om et videre samarbeid både sentralt og lokalt.**

Samarbeidsavtalen innebærer følgende:

1. N.K.S. sentralt oppfordrer sine lokalforeninger til å fortsette sitt engasjement innen osteoporose og etablere et samarbeid med den nye pasientforeningen.
2. NOF ber sine lokalavdelinger tegne bedriftsmedlemskap i N.K.S.
3. NOF sentralt bidrar med gratis informasjonsmateriale innen temaet osteoporose til N.K.S.' kvinnehelsekontakter.
4. N.K.S. og NOF skal gjensidig bruke hverandres medlemsblader for å informere om samarbeidsavtalen som er inngått, og senere for å orientere om samarbeidet.
5. N.K.S. anmoder fylkes- og lokalforeningene om å leie ut lokaler til osteoporoseforeningenes møtevirksomhet.
6. N.K.S. og NOF inviterer hverandre til relevante kurs/seminarer/arran-

gementer på sentralt og lokalt nivå.  
7. Det etableres et fellesfaglig forum sentralt innen osteoporose til beste for utviklingen av osteoporosearbeidet i Norge.

## N.K.S. forskningsfond – forskningsutvalg

NOF har per dags dato ikke et eget forskningsfond og dermed heller ikke midler for utdeling til forskning innen området osteoporose.

Om ikke samarbeid lykkes, er målet er å bygge opp et eget fond som kan dele ut forskningsmidler til stipendiat-er/forskere som ønsker å forske på sykdommen osteoporose.

Gjennom sine 16 år som underavdeling av N.K.S. har NOF etablert en praksis og en ekspertise innen vurdering og fordeling av forskningsmidler. NOF har dessuten vært rådgiver for aktuelle forskere innen temavurderingen.

N.K.S. opprettholder osteoporosefondet. N.K.S. har et rådgivende FoU-utvalg som avgir innstilling om tildeling av FoU-midler til Sentralstyret. N.K.S.' FoU-utvalg har ekspertise

innen de ulike områdene der N.K.S. har sine fond.

1. NOF tilbys en representant i N.K.S.' FoU-utvalg.
2. NOF tilbyr seg å kunngjøre osteoporosefondets midler til fordeling i bladet Osteoporose, vederlagsfritt.

## **Lokalt samarbeid.**

N.K.S.' kvinnehelsekontakter/lokale samarbeider med NOFs lokalavdelinger.

1. N.K.S.' lokalforeninger anbefales å tilby NOFs lokalavdelinger å benytte i N.K.S.' hus som møtelokaler etter «medlemsrabattert pris» eller vederlagsfritt.
2. N.K.S. og NOF lokalt samarbeider om temakurs/seminarer som er av interesse for begge parter.
3. N.K.S. og NOF lokalt kan samarbeide om fellesarrangementer som det er felles interesse for å markere i tråd med begge foreningers formål.

Styret i Norsk Osteoporoseforening vedtok denne avtalen i møte 13. mars 2009. N.K.S. behandlet avtalen i februar 2009.

## **N.K.S.:**

# Støttegruppene fortsetter som før, inntil videre

– Så lenge støttegruppene fungerer som de gjør i dag, dvs. at de stort sett drives av sanitetskvinner, ser jeg ingen grunn til at dette arbeidet ikke skal fortsette, sier organisasjonsleder i N.K.S., Sølvi Lundgaard. Hvis støttegruppene velger å bli en lokal osteoporoseforening, blir situasjonen imidlertid annerledes. En sanitetsforening kan ikke drive en annen organisasjon.

– Innebærer det i så fall at støttegruppene må ut av møtelokalene sine?

– Nei, ikke nødvendigvis, men dette blir det helt opp til den enkelte lokale enhet å avgjøre. Personlig ser jeg på det som en kjempefin mulighet til et fruktbart samarbeid mellom en lokal sanitetsforening og en lokal osteoporoseforening.

Gjennom medlemsbladet Fredrikke kommer N.K.S. til å gi sine medlemmer veiledning i hvordan et slikt samar-

beid kan organiseres.

Sølvi Lundgaard tror den nye osteoporoseforeningen vil kunne utrette mer for pasientene enn den gamle.

– En pasientrettet organisasjon kan gjøre mer for pasientene enn en liten underavdeling av Norske Kvinners Sanitetsforening hadde mulighet til, mener hun.

Eva



Organisasjonsleder i N.K.S. Sølvi Lundgaard