

Nr. 3 - 2010

Osteoporose

(benskjørhet)



UTGITT AV NORSK OSTEOPOROSEFORENING

Hvordan har du det i dag?

For sju år siden skrev vi om Liv Sæther i osteoporosebladet. Hun fortalte en vond sykehistorie med mye smerter og mange brudd. Hvordan har hun det nå?

Les om Liv Sæther på side 8-9

Tidsfrist for fysioterapi etter brudd

Logisk svikt fra NAV

Hvis man får et brudd, har man rett til fri fysioterapibehandling i seks måneder. En pasient har tatt kontakt med NOF og forteller at hun startet med fysioterapi etter et brudd. Før behandlingen var ferdig, sluttet hennes fysioterapeut, og det tok lang tid før det var en ny terapeut på plass som kunne

hjelpe henne videre. Fordi hun måtte vente, overskred hun seksmånedersperioden, og NAV stoppet refusjonen for behandling. Pasienten finner det naturligvis underlig at hun mister retten til refusjon når årsaken er at helsetilstanden ikke kunne tilby henne den nødvendige hjelp. Hun klagde derfor

til NAV, men fikk beskjed om at seksmånedersregelen gjaldt uten unntak. Det er ikke lett å skjønne logikken i dette, og NOF har derfor henvendt seg til NAV for å få en forklaring på hvilke tanker som ligger bak. Vi vil informere videre om dette i Osteoporose så snart vi har mottatt svar fra NAV.

Norsk Osteoporoseforening
Hønegaten 69, 3515 Hønefoss.

Hovedtelefon (+47) 4526 9111.
Tastevalg 1 Generalsekretær
Tastevalg 2 Osteoporosetelefonen
Tastevalg 3 Sykepleier.

Generalsekr. dir: (+47) 4526 9444.

E-post: nofnorge@gmail.com

Internett: www.nof-norge.org

Bankgiro: 7874 05 56443

Gavekonto: 8200 01 25977

Styreleder: Ingjerd Mestad

Generalsekretær: Jan Arvid Dolve

Ansvarlig redaktør for
bladet Osteoporose:

Generalsekretær
Jan Arvid Dolve

Produksjon:
HA Grafisk



STYRET I NORSK OSTEOPOROSEFORENING

Styreleder Ingjerd Mestad

Nestleder Tordis Ekeberg

Styremedlemmer:

Berit Karen Myhra

Kari Humlen Walle

Randi Marie Larsen

Varamedlem:

Kari Reichborn-Kjennerud.

Redaksjonskomité:

Generalsekretær Jan Arvid Dolve

Journalist Eva Vigeland

Prof. emeritus Jan A. Falch

Sykepleier, klinisk spesialist i
osteoporose, Synøve Sørli.

Forsidefoto: Eva Vigeland

LEDER

Kjære medlem!



Høsten står for døren med en aktivitet som er stor. Høsten er tiden for «komme i gang igjen» etter en periode med litt lavere turtall. Høsten handler litt om å «å starte på nytt».

Den største aktiviteten for foreningen er informasjon til medlemmene og til alle de andre som har osteoporose, enten selv eller i familien. Hvordan nå frem til dere 380.000 som kan ha sykdommen? Det er en kjensgjerning i alt organisasjonsliv at man først er sterk når man står sammen mot et felles mål. Vårt fellesmål er fortsatt at pasienten skal ha en best mulig kvalitet på livet sitt – selv med osteoporose. Det er også et mål at forskning og behandlingen skal gi oss svar på om vi kan leve med og en behandling som gir best mulig kvalitet i hverdagen. Forebygging av sykdommen er også viktig, derfor må vi stå sammen som en stor medlemsorganisasjon.

I høst er vi i gang med en stor annonsekampanje i flere ukeblader. Målet er nye medlemmer som kan støtte opp om vårt arbeid. Det er også et mål å etablere nye lokalforeninger. I høst er vi i gang med en større rundreise for å gi informasjon til «folket» om sykdommen, om behandling og om foreningens arbeid. Se lokale kunngjøringer. Det er særlig Midt-Norge og Nord-Norge som er prioritert denne høsten. Norsk Osteoporoseforening skal være synlig i alle landsdeler.

Med nye brosjyrer med informasjon om sykdommen, praktiske råd til pasienten og til pårørende, er vi godt rustet til å møte dere, enten dere er medlemmer eller er i familie med noen som har sykdommen. Jo før informasjonen kommer frem, jo tidligere kan du starte forebygging om noen i familien er rammet. Som mor eller far, tar du med deg din datter eller din sønn til våre møter.

Det kan resultere i at forebyggende behandling kan komme raskt i gang og gi en bedre livskvalitet for dine, enn du selv fikk. Denne høsten er det også lansering av en ny medisin vi har store forventninger til. En omtale av denne vil komme i neste utgivelse av bladet.

Norsk Osteoporoseforening har løsninger for en bedre livskvalitet for osteoporosepasienten og deres pårørende!

Kontakt oss!

Vennlig hilsen

Jan Arvid Dolve

Generalsekretær i NOF



AV JAN A. FALCH,
PROF. EMERIT,

Lav benmasse gir ingen symptomer før man eventuelt får et brudd. Hvis man tilbyr måling til alle kvinner for å finne dem som har lav benmasse (såkalt screening), kan alle med høy risiko for brudd få anbefaling om behandling. Spørsmålet blir om dette vil føre til færre brudd? Nå foreligger den første vitenskapelige studien av et slikt screening-forsøk. Resultatet viste at det hadde en positiv effekt.

I 1993 startet man en undersøkelse i Skottland hvor man tilfeldig trakk ut 4800 kvinner i alderen 45–54 år. Etter loddtrekningsprinsippet ble halvparten av kvinnene tilbudt benmassemåling av rygg og hofte. I et brev til fastlegen til kvinnene i den fjerdeparten som hadde lavest benmasse, anbefalte man å starte med tilskudd av østrogen når kvinnen kom i overgangsalderen. Etter ni år sendte man et spørreskjema til alle de 2400 som var trukket ut til screening, men også til de 2400 som ikke hadde blitt invitert, og som derved utgjorde kontrollgruppen. Man spurte blant annet om de hadde hatt noen brudd, samt om de hadde brukt medisiner mot osteoporose, inkludert østrogen. Nesten 2/3 av de som fikk tilsendt spørreskjemaet, besvarte det.

Færre brudd

I gruppen som var screenet,

var det klart flere som hadde benyttet medisiner mot osteoporose enn i kontrollgruppen. Dette gjaldt både bruk av østrogen og andre osteoporosemedisiner som var blitt tilgjengelige i den 9-års perioden studien varte. 9,4 prosent av kvinnene i kontrollgruppen rapporterte å ha hatt brudd, mot 7,8 prosent i gruppen som hadde gjennomgått benmassemåling. Det betyr at ved å screene 63 kvinner unngikk man at én fikk brudd. Selv om det umiddelbart kan se ut til at forskjellene mellom de screenete og kontrollene er liten, så betyr det at man i en gruppe på 1000 kvinner kan unngå at 16 får brudd.

Kritisk blikk på resultatene

Studien startet i 1993, og synet på noen av tiltakene har nok forandret seg på de 17 årene som har gått siden den gang. For det første ville vi antagelig ikke ha anbefalt screening til kvinner i såpass ung alder i dag. For det andre mener man at tilbudet om benmassemåling bør gis til dem som har spesielle risikofaktorer som tidligere brudd, arv, lav kroppsvekt, røyking osv. I 1993 hadde man ikke definert osteoporose som benmasse med T-skår mindre enn $-2,5$, noe som antagelig medførte at det var flere som ble anbefalt østrogen i 1993 enn det ville vært i dag. I 1993 hadde man bare østrogen som

effektivt medikament mot osteoporose, mens man i dag sannsynligvis ville ha anbefalt å bruke et bisfosfonat, for eksempel Alendronat. Det var flere kvinner med god benmasse i screening-gruppen som brukte medikamenter mot osteoporose enn det var i kontrollgruppen, noe som tyder på at bare det å bli med i en slik studie øker oppmerksomheten på osteoporose, og at man derved velger å iverksette tiltak for å forhindre det.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at et screening-program for osteoporose fører til at flere starter behandling mot sykdommen, og at programmet fører til at færre kvinner får brudd. Vi er derimot usikre på hvilke faktorer ved programmet det er som fører til reduksjon i brudd. Fordi vår kunnskap om osteoporose og mulighetene for behandling har økt, bør man starte nye studier av effekten av screening hvor man også inkluderer bedre beregninger av kostnader og nytte.

Referanse: Barr RJ et al., Osteoporos Int 2010;21:561.

Benmassemålinger i Bergen

I Osteoporose nr. 4/2009 informerte vi om at Unilabs var det eneste private røntgeninstituttet i Bergen som hadde avtale med Helse Vest om at pasienten skulle betale bare egenandel for benmassemåling. Unilabs gjør benmassemåling med en metode som kalles QCT. Selv om denne metoden er interessant fra et forskningsmessig synspunkt, er det uvanlig å benytte QCT til diagnostikk og oppfølging av pasienter med osteoporose.

QCT-resultatene kan ikke sammenlignes med de resultatene man finner ved hjelp av den vanlige metoden for benmassemåling (DXA) som benyttes bl.a. ved Haukeland universitetssykehus.

Siden Helse Vest har ansvaret for det offentlige tilbudet om røntgentje-

nester i Bergens-området, sendte NOF et brev til Helse Vest hvor vi informerte om problemet med benmassemålingen i Bergen. Vi har nå fått svar på vår henvendelse. Her går det fram at Unilabs har blitt anmodet om å benytte samme metode som brukes ved Haukeland universitetssykehus, dvs DXA.

NOF oppfordrer derfor pasienter i Bergen om ikke å benytte QCT som metode til å måle benmasse.

Helse Vest mener også at Haukeland universitetssykehus har kapasitet til å foreta de benmassemålinger som er nødvendige i Bergens-området, noe overlege Clara Gram Gjesdal ved Haukeland universitetssykehus bekrefter.

– Man kan få utført benmassemåling med DXA på Haukeland universitetssykehus, Revmatologisk polikli-

nikk. Vi har hittil hatt god kapasitet og kort ventetid (ca. fire uker) på benmassemåling.

– Er det nødvendig med henvisning fra lege?

– For undersøkelse på Haukeland må man ha skriftlig henvisning fra lege, og man betaler vanlig egenandel for undersøkelsen. Henvisningen sendes til Osteoporosesenteret, Revmatologisk poliklinikk, Haukeland universitetssykehus, forteller Clara Gram Gjesdal.

Måling av benmasse kan også gjøres ved Senter for Kliniske Studier, Natlandsveien 89, 5094 Bergen. Senteret har imidlertid ikke avtale med Helse Vest, og pasienten må betale full pris, ikke bare egenandel.

Nye doktorgrader

Cand.med. Gunhild Melhus

disputerte 21. mai ved Universitetet i Oslo på avhandlingen «Molekylære studier av ben med spesielt søkelys på tilheling av brudd ved eksperimentell osteoporose». Det har lenge vært usikkert om brudd hos kvinner med postmenopausal osteoporose gror dårligere enn brudd hos friske, og gode data fra studier på mennesker mangler. I denne doktorgraden har man sett på hvordan benbrudd gror hos rotter med osteoporose sammenlignet med friske dyr. Man fant at benbruddene gror som normalt etter tre og seks uker, og at det nydannede benet etter seks uker var like sterkt hos osteoporotiske rotter som hos friske. Til tross for at en rekke gener var ulikt uttrykt i det nydannede benvevet hos de osteoporotiske rottene, har de fleste av disse genene ingen kjent rolle i benstoffskiftet. Videre viste studien at flere viktige molekyler med kjente roller i benstoffskiftet og ved reparasjon av brudd

produseres og fordeles tilnærmet normalt. Disse funnene tyder på at de viktigste prosessene ved reparasjon av benbrudd ikke forstyrres av osteoporose.

Doktoranden har også studert et eggehvitestoff (protein) som heter *chondroadherin*, som finnes i brusk og ben. Kunnskapene om dette proteinet er begrenset, og hvilken rolle det spiller i benstoffskiftet har hittil vært ukjent. Ved å «slå ut» genet som koder for dette proteinet hos mus og deretter studere eventuelle defekter hos disse dyrene, kan man lære noe om den normale rollen til proteinet. Musene som manglet *chondroadherin*, ble født tilsynelatende normale, men de hadde klare defekter i skjelettet. De hadde blant annet forstyrrelse i vekstbrusken, noe som illustrerer en viktig rolle for *chondroadherin* i skjelettstoffskiftet.

Denne innsikten bidrar til å øke



forståelsen av benstoffskiftet og kan i fremtiden gjøre det mulig å utvikle og forbedre eksisterende behandlinger for skjelettsykdommer, som for eksempel osteoporose.

Cand.san. Gudrun Rohde

fra Sørlandet sykehus disputerte ved Universitetet i Oslo 9. juni på avhandlingen «Helsereelatert livskvalitet og global livskvalitet hos pasienter med lavenergi håndledds- og hoftebrudd». Brudd som følge av redusert benmasse, er spesielt hyppig i Norge og rammer hovedsakelig kvinner. Brudd i håndledd og hofte kan føre til redusert funksjon og livskvalitet på både kort og lang sikt. I studien fokuserte Rohde både på helsereelatert livskvalitet (opplevelse av egen helsestatus) og på global livskvalitet (tilfredshet med livet som helhet). Pasienter som ble mottatt med lavenergi-brudd i håndledd og hofte ved Sørlandet sykehus i Kristiansand, ble sammenlignet med alders- og kjønnsmatchede kontrollpersoner uten brudd. Pasienter og kontroller ble fulgt opp ett og to år etter inklusjon. Studien viste at pasienter med håndledds-

brudd vurderte både sin helsereelaterte livskvalitet og sin globale livskvalitet før bruddet til å være lik kontrollgruppens. Dette var også tilfelle ett år etter bruddet. Videre understreket studien betydningen av biologiske mekanismer, inkludert lav kroppsmasseindeks, lav benmasse, fall og det å bo alene, som risikofaktorer for brudd. Pasienter med hoftebrudd vurderte imidlertid sin livskvalitet til å være dårligere enn kontrollgruppens både før og ett og to år etter inklusjon i studien. Hoftebrudd gir altså økt risiko for å få redusert helsereelatert livskvalitet over en periode på to år. Studien viser at for pasienter med håndleddsbrudd er forebygging av nye brudd det viktigste. Pasienter med hoftebrudd er en gruppe av sårbare eldre hvor forebygging og oppfølging er viktig.



Cand.med. Aina Kjensli

fra Glittreklinikken disputerte 25. juni ved Universitetet i Oslo på avhandlingen «Skjøre knokler og små lunger». Undersøkelsen tar for seg sammenhengen mellom lungesykdommen kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) og osteoporose. Hun viste at kols-pasienter har lavere benmineraltetthet (BMD) enn forventet, og at den er lavere desto dårligere lungene er. Det ser ut til at kols-sykdommen i seg selv – i tillegg til andre kjente risikofaktorer som for eksempel røyking, inaktivitet, undervekt og bruk av kortisonpreparater – kan være årsak til osteoporose.



Brudd i ryggvirvlene forekom nesten dobbelt så hyppig som forventet hos kols-pasienter. En tredjedel av de undersøkte kols-pasientene hadde forandringer i minst én ryggvirvel, men kun en tredjedel av disse pasientene visste om dette før undersøkelsen. Tap av kroppshøyde som følge av bruddene, vil føre til feilvurdering av lungefunksjonen hos kols-pasienter.

Det er viktig at de som behandler kols-pasienter, alltid vurderer risikoen for utvikling av osteoporose og dermed brudd i ryggvirvler hos denne pasientgruppen. Man bør rutinemessig måle pasientens høyde og anslå høydetap, vurdere behovet for å måle benmasse samt røntgenundersøkelse av ryggvirvlene. Mer oppmerksomhet om osteoporose vil kunne minske pasientenes plager og sannsynligvis spare samfunnet for unødige utgifter.

Cand.med. Mari Hoff

disputerte 2. oktober 2009 på avhandlingen «Kortikalt bentap i hender ved revmatoid artritt» ved NTNU i Trondheim. Leddgikt eller revmatoid artritt (RA) er en inflammatorisk sykdom som spesielt angriper ledd i hender og albuer, men alle ledd kan bli affisert. Sykdommen har varierende forløp, men medfører i mange tilfelle invalidiserende ødeleggelse i ben rundt ledd. Det er ingen enkel blodprøve eller test som kan forutsi hvilke pasienter som får disse ødeleggelsene. Da det nå finnes effektiv terapi (anti-TNF-terapi), er det viktig tidlig å finne de pasientene som får ødelagt benvevet, for å hindre eller minske denne ødeleggelsen. Avkalkning av leddet, såkalt leddnær osteoporose, kan imidlertid sees før benet blir ødelagt.

Formålet med avhandlingen var å vurdere nytten av en målemetode som måler leddnær osteoporose i hender for bedømming av sykdomsaktivitet og prognose ved RA. Metoden kalles digital X-ray radiogrammetry (DXR), og den måler kortikal bentetthet (DXR-BMD) og kortikal ratio (DXR-MCI) fra røntgenbilder av hendene. Bildene skannes og måles deretter elektronisk ved hjelp av datateknologi. Ut fra avhandlingens studier konkluderte man med at DXR er en enkel og nøyaktig målemetode for å påvise kortikalt bentap i hender. Metoden er mer følsom enn DXA. DXR påvirkes av sykdomsaktivitet, og behandling med anti-TNF terapi. Ut fra forandringer som blir målt, kan man forutsi senere ødeleggelse av ledd. DXR synes derfor å ha de forutsetningene som skal til for å kunne bli et hjelpemiddel i vurdering av behandling og prognose hos den enkelte leddgiktspasient.

Tåler ikke Alendronat

Mange pasienter forteller at de ikke tåler Alendronat, og at legen deres ikke tilbyr noen annen behandling av deres osteoporose. Finnes det muligheter for hjelp?

Alendronat hører med til en gruppe medikamenter som heter bisfosfonater. I denne gruppen har vi også Didronate, Fosamax, Optinate, Bonviva og Aclasta. Det finnes også andre medikamentgrupper som kan benyttes mot osteoporose. Evista er en tablett som også gis på blå resept.

Forsteo og Preotact må tas som sprøyter daglig og er svært kostbare. Det kan gis full refusjon for disse til enkelte pasienter etter spesialsøknad, men de færreste oppfyller helsemyndighetenes krav til dette. Derimot finnes det fortsatt en regel (§ 5-22) som gir betydelig økonomisk støtte til dem som velger å benytte Forsteo eller Preotact som er skrevet ut på vanlig hvit resept.

De fleste som ikke tåler Alendronat, forteller om bivirkninger fra magen. Man kan da prøve Bonviva el-

ler Aclasta, som blir satt rett inn i blodbanen (intravenøst), og man vil da unngå en mulig lokalirriterende effekt av Alendronat-tabletten på slimhinnen i magen. Man har rett til å få Bonviva eller Aclasta for intravenøst bruk på blå resept hvis man har problemer med magen.

Er det ønskelig med nærmere opplysninger om medikamenter ved osteoporose, har NOF et temaark om dette. Kontakt sekretariatet for å få temaarket tilsendt.

Verdenskongress om osteoporose i Firenze 5.–8. mai 2010

Kongressen samlet mer enn 4000 deltagere fra hele verden. Blant de norske deltagerne var fysioterapeut Berit Flemmig og ergoterapeut Liv S. Fuglesang, som i det daglige arbeider med osteoporosepasienter ved Vestre Viken HF Sykehuset Buskerud. Begge to fikk økonomisk støtte fra NOF for å delta på kongressen, og de var svært fornøyd med utbyttet av turen. Her er et lite sammendrag fra deres rapport.

Fall er en viktig risikofaktor for å få brudd. Det ble fremlagt tall som viste at ca. 1 prosent av alle fall gir hoftebrudd. Det er derfor viktig å påvirke risikofaktorer for fall, blandt annet unngå medisiner som kan gi svimmelhet, sørge for tilstrekkelig belysning for å se godt i trapper og å korrigere dårlig syn. Det er også viktig med hjemmebesøk hos eldre for å finne og fjerne snublefeller. God muskulatur er av betydning for å forhindre fall, og det er viktig at helsepersonell lærer seg hvordan muskelstyrke kan testes og trenes. Treningsøvelser bør inneholde raske bevegelser slik at muskulaturens reaksjonsevne bedres. Når man hopper på ett ben, økes vekten på knoklene i leggen 13 ganger, dvs. at hvis man veier 100 kg, vil vekten på leggen bli 1,3 tonn!

Musklene legger «stress» på skjelettet, noe som bl.a. er testet på hodeskallen: det å le gir økt benmasse i skallen!

Har man først fått et brudd, er det viktig å legge forholdene til rette for at det skal gro raskest mulig. Ved innleggelse i sykehus må riktige tiltak startes forttest mulig. Helst burde ortopedisk avdeling hvor operasjonene foregår ha knyttet til seg leger med spesialkunnskap om Eldres sykdommer (geriater). Ved operasjon for å feste bruddet forskes det nå på om man kan benytte skruer som inneholder medikamenter som fremmer tilhelingen av bruddet.



Sterkt bidrag fra Norge

Norske forskere fikk også presentert seg på kongressen. Hele 12 forskere fra universiteter og høyskoler i Oslo, Trondheim og Tromsø la frem resultater av sine arbeider. Dette viser at det er en imponerende bredde innenfor osteoporoseforskningen i Norge.



Helene Devold, Universitetet i Oslo, Åshild Bjørnerem, Universitetet i Tromsø og Anna B. Grønskag, NTNU i Trondheim var blandt de norske forskerne som presenterte resultater fra sine vitenskapelige studier på verdenskongressen om osteoporose i Firenze. Foto: Jan A. Falch.

NOF har opprettet lenke til nytt nettsted om osteoporose

Hvis du benytter Internett, vet du sikkert at NOF har egen hjemmeside (www.nof-norge.org). Du vil der se at vi har opprettet en lenke til nettstedet www.osteoporosedoktor.no. Osteoporosedoktor er utviklet av anerkjente og fremtredende leger og sykepleiere fra Norge, Sverige og Danmark med benskjørhet som fagfelt i samarbeid med helse- og kommunikasjonsfirmaet Prescriba. Hovedredaktørene er spesialister som daglig er i kontakt med osteoporosepasienter. Nettstedet inneholder informasjon til pasienter, pårørende og helsepersonell.

– Dersom diagnosen benskjørhet blir stilt tidnok, har man gode muligheter til å sette inn forebyggende tiltak, som for eksempel medisinsk behandling, kalk og vitamin D-tilskudd, i tillegg til å råde pasienten til å endre livsstil, forteller professor Erik Fink Eriksen ved Oslo universitetssykehus, en av spesialistene bak Osteoporosedoktor. Klikk deg inn og se om informasjonen kan være nyttig for deg!

OSTEOPOROSE

Velkommen til Osteoporosedoktor.no

Anbefalt innhold

Oversikt: Medisinsk behandling
Osteoporose behandles med legemidler, kalk og vitamin D-tilskudd. Overordnet finnes der fem

» Les mer

Redaksjon

Lars Hyldstrup Jens-Erik Beck Jensen Bente Langdahl Østen Ljunggren Erik Fink Eriksen

Nordisk team med spesialister
Redaksjonen som står bak Osteoporosedoktor består av et nordisk team med spesialister innen feltet. Redaksjonen legger stor vekt på at innholdet på Osteoporosedoktor er av høy faglig kvalitet. Les mer om [redaksjonen](#).

Ut på tur

Trening og helse relatert livskvalitet hos kvinner med osteoporose! Det er tittelen på min mastergradsoppgave som mange av osteoporoseforeningens medlemmer bidro til. Jeg vil med dette rette en stor takk til alle dere som tok dere tid til å svare på spørsmålene og gjorde det mulig for meg å gjennomføre undersøkelsen. Tusen takk!

AV MARI ØRSTAVIK AANESTAD

Mastergradsoppgaven ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse. 250 av foreningens medlemmer fikk tilsendt spørreskjema. Responsen var stor, og 74 prosent svarte på henvendelsen. Til alle slike prosjekt hører inklusjons- og eksklusjonskriterier. I min undersøkelse var jeg bare interessert i kvinner som selv hadde diagnosen osteoporose, bodde i eget hjem og var over 60 år. Dette førte til at 99 besvarte spørreskjemaer ble inkludert i undersøkelsen.

Hensikten med undersøkelsen var å finne ut hvorvidt aktivitetsnivå og treningstilbud til kvinner med osteoporose har noen sammenheng med helse relatert livskvalitet. Det ble spurt om turgåing, generell trening og trening som er tilrettelagt for personer med osteoporose. For å måle helse relatert livskvalitet brukte jeg et spørreskjema utviklet av den internasjonale osteoporoseforeningen, The International Osteoporosis Foundation Quality of Life Questionnaire, QUALEFFO-41.

Høyt aktivitetsnivå

Det første som slo meg da jeg fikk resultatene, var det høye aktivitetsnivået. Nesten alle deltok i minst én treningsaktivitet. Turgåing toppet det hele, og omtrent en tredel svarte at de gikk tur minst en halv time mer enn tre ganger per uke. Tilrettelagt trening for personer med osteoporose var et lite utbredt treningstilbud. Den fysiske betydningen trening har for kvinner med osteoporose, har



Turgåing er populært blant osteoporosepasienter. Her er det medlemmer fra Kristiansands osteoporosegruppe som er på tur i Ravnedalen. Fra v.: Berit Karen Myhra, Else-Marie Gunvaldsen, Hjørdis Hoel og Ingeborg Sørensen. Foto: Eva Vigeland.

ofte vært omtalt i osteoporosebladet og er godt dokumentert i faglitteraturen.

Denne undersøkelsen viste at turgåing er en svært vanlig og viktig aktivitet også for kvinner med osteoporose. Turgåing virker inn på den

fysiske helsen, men har også positiv sammenheng med helse relatert livskvalitet.

Så etter dette kommer jeg med en oppfordring til alle med osteoporose:

Ut på tur!

Hva kan fysioterapeutene

hjelp med?



Sterke ryggmuskler er viktig. Her er det fysioterapeut Berit Flemmig som instruerer Marit Helen Andersen. Foto: Eva Vigeland.

Som osteoporosepasient blir du ofte henvist til fysioterapi når du har fått (nytt) ryggbrudd. Dersom ryggbruddet er vist på et røntgenbilde, har du krav på fri fysioterapi inntil seks måneder fra det tidspunktet fysioterapibehandlingen begynner.

AV SYNØVE S. SØRLIE,
KLINISK SPESIALIST I OSTEOPOROSE

Etter et ryggbrudd er det av stor betydning hvordan du beveger deg, hvordan du ivaretar ryggen din i det daglige, og at du utfører øvelser på rett måte. En fysioterapeut kan veilede deg i hvordan du med hensiktsmessige bevegelsesmønstre og god løfteteknikk minsker risikoen for å få nye brudd. Det er snakk om en bevisstgjøring av hvordan du bruker kroppen din i det daglige. Fysioterapeuten kan vise deg gunstige øvelser eller treningsprogram

som bidrar til å styrke musklene, opprettholde koordinasjon, bevegelse og balanse i kroppen og som er tilpasset ditt funksjonsnivå. Målet med fysioterapi er å bevare eller forbedre ditt funksjonsnivå. Fysioterapeuten kan også informere deg om sykdommen og fortelle hvordan du best mulig kan leve med den når det gjelder smerter og funksjonsevne.

Ryggbrudd

Hvis du har hatt ryggbrudd, kan fysioterapeuten lære deg hvordan du kan unngå å rotere og bøye ryggen fremover. Ved å bevege deg riktig holder du bruddstedet mest mulig i ro, og det minsker smertene og risikoen for at nye brudd skal oppstå.

En fysioterapeut vil observere dine bevegelser og komme med gode råd dersom du beveger deg eller løfter ugunstig. Å tilstrebe en riktig kroppsholdning kan motvirke en krum rygg.

Mobilisering

Hvis du er sengeliggende, vil en fysioterapeut hjelpe deg til å gjenvinne din bevegelse. Du vil få smertestillende medisin før mobilisering eller øvelser settes i gang, og du får tid til hvile før og etter behandling.

I starten kan du ofte merke noe smerte i forbindelse med bevegelse. Dette er fordi aktivitet øker blodsirkulasjonen til det smertefulle området. Målet med behandlingen er i første omgang at du er smertefri i hvile. Etter hvert som du beveger deg regelmessig, vil du føle mindre smerte.

Bassentrening

Mange osteoporosepasienter synes det gjør godt å være i varmt basseng. Flere sier at det lindrer smertene og løser opp muskelspenninger. Noen fysioterapeuter tilbyr trening med øvelser i varmt basseng. Dessverre er tilbudet om varmtvannsbasseng begrenset i Norge, men

undersøk om det finnes et der du bor. Se også vårt temaark om «Bassengtrening ved etablert osteoporose».

Massasje

Smerter ved ryggbrudd kan gi muskelspenninger og infiltrasjoner. Det finnes forskjellige former for massasje, men det er her snakk om lett massasje av musklene rundt bruddstedet. Det kan lindre smertene fordi massasjen fjerner eller minsker spenninger og infiltrasjoner i musklene. Massasje kan også bløtgjøre og smidiggjøre muskler og sener. Slik lett massasje kan gis av en fysioterapeut.

Varme-/kuldebehandling

En fysioterapeut kan benytte varme- eller kuldepakninger på det smertefulle området i ryggen din. For noen hjelper varme best, for andre kulde. Hva som hjelper deg, kan du prøve deg frem med i samarbeid med en fysioterapeut. Du kan også læres opp i å bruke varme- eller kuldepakninger selv hjemme.

TNS (Transkutan nervestimulering)

Dette er en type elektroterapi som brukes for å lindre smerter. Et batte-

ridrevet apparat med elektroder settes på huden, som oftest i nærheten av det smertefulle området. Det vil bidra til å lindre de kroniske smertene. En fysioterapeut kan skaffe deg apparatet og gi deg opplæring i hvordan du skal bruke det.

Støttebelte

Et støttebelte eller osteoporosebelte kan bidra til å «støtte» ryggen slik at det blir mindre bevegelse på det smertefulle området. Noen mener beltet hjelper mot ryggsmertene. Beltet skal imidlertid bare brukes når du skal gjøre noe som kan bli en belastning for ryggen. Det skal ikke brukes hele dagen da det «avlastet» musklene og dermed kan gjøre dem svakere. Fysioterapeuten kjenner til beltet og kan fortelle hvor du kan få tak i et slikt.

Hoftebeskytter

Det finnes i dag ulike typer hoftebeskyttere som reduserer risikoen for hoftebrudd med 35–50 prosent. Fysioterapeuten kan informere deg om og demonstrere ulike typer, slik at du kan få resept på dette fra fastlegen din. Du

kan få inntil fire hoftebeskyttere per år når du har osteoporose og har hatt minst ett brudd.

Fallforebyggende tiltak i hjemmet

De fleste ulykker skjer i hjemmet. Fysioterapeuten kan synliggjøre snublefeller for deg og hjelpe deg å forebygge fall i hjemmet. Om du skulle trenge hjelpemidler hjemme, ta kontakt med bydelen der du bor. Mange steder finnes det ergoterapeuter som kan komme hjem til deg og kartlegge ditt behov for hjelpemidler. De kan også hjelpe til med søknad om det nødvendige utstyret.

Hvor kan jeg få fysioterapi?

Fastlegen kan opplyse om og henvise deg til fysioterapi. Flere spør om det finnes egne spesialfysioterapeuter for osteoporose, men det gjør det dessverre ikke. Skulle du føle at fysioterapeuten vet for lite om hvordan de skal håndtere deg som osteoporosepasient, har Norsk Osteoporoseforening utarbeidet mange temaark om trening og øvelser som du kan vise til eller ta med. Se vår hjemmeside www.nof-norge.org, eller ring 452 69 111 – valg 2 for å få dem tilsendt.



SPØRSMÅL TIL SYKEPLEIER

SYNØVE S. SØRLIE

Klinisk spesialist i osteoporose

Jeg har osteoporose og flere ryggbrudd. De siste årene har jeg fått så utstående mage. Har dette sammenheng med sykdommen, eller kan jeg «slanke» den bort?

Når det oppstår ryggbrudd, faller virvelen sammen og du taper høyde. Jo flere ryggbrudd du får, jo mer høyde taper du. Dette høydetafet skjer kun i overkroppen. Som oftest faller ryggvirvlene sammen i forkant, og der-ved skjer det i tillegg en krumning

av ryggstøtten. Dette gjør at det blir mindre plass til de indre organene, og de presses sammen og skyves nedover. Til slutt er det ikke mer plass nedover, og magen presses ut fordi huden er elastisk og gir etter. Så din utstående mage har sammenheng med det at du har osteoporose og flere ryggbrudd. Som du da sikkert forstår, kan du ikke «slanke» den bort. Det finnes imidlertid klær du kan bruke som kan kamuflere en utstående mage. Se vårt temaark: Råd om valg av klær og sko.

Jeg opplever ulik benevning av Vitamin D som forvirrende. Hva er anbefalt dose i de ulike benevningene for meg med osteoporose?

Vitamin D benevnes enten i ug (mikrogram) eller i Internasjonale Enheter (IE).

Du kan omregne fra mikrogram til IE ved å gange med 40.

Eks. 5 ug = 200 IE

10ug = 400 IE

For deg med osteoporose anbefales at du får i deg 10-20ug daglig eller 400 – 800 IE.

For mer informasjon om vitamin D, se vårt temaark.

Gjelder ikke ulykkesforsikring for osteoporosepasienter?

NOF har fått henvendelse fra et medlem som har fått avslag på forsikringsutbetaling etter en skade med ryggbrudd. Kvinnen hadde i utgangspunktet tegnet en ulykkesforsikring i et av våre større forsikringsselskap. Som ved alle andre forsikringer var det også her unntak, og i forsikringsavtalen sto det at ulykkesforsikringen ikke dekket (blant annet) «... brudd som følge av patologisk prosess eller osteoporose». Problemet for kvinnen var at hun ikke visste at hun hadde osteoporose før hun fikk skaden og bruddet!

Det er omkring 800 000 kvinner i Norge over 50 år. For mange av disse vil skader forårsake brudd, og svært mange av dem som får brudd, vil ha osteoporose. De færreste av disse kvinnene vil kjenne til at de har osteoporose før de får brudd. Et brudd vil ofte føre til at legen tar en benmassemåling, og hvis denne viser osteoporose, må legen rapportere det til forsikringsselskapet. Dette vil igjen føre til at svært mange av de 800 000 kvinnene ikke kan regne med å få utbetalt erstatning etter bruddskade hvis

deres forsikringsselskap har en liknende klausul som sitert ovenfor.

NOF har tatt kontakt med kvinnens forsikringsselskap for høre hvilket syn de har på de problemer som deres begrensning medfører. Vi vil også ta kontakt med andre større forsikringsselskap for å høre om de har liknende begrensninger for pasienter med osteoporose. Vi vil komme tilbake med ytterligere informasjon om denne saken i et senere nummer av Osteoporose.