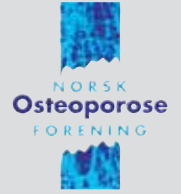


Nr. 4 - 2010

Osteoporose

(benskjørhet)



UTGITT AV NORSK OSTEOPOROSEFORENING

20. oktober

Den internasjonale osteoporosedagen

Se side 10 og 11



Ingen sikker sammenheng mellom kalsiumtilskudd og hjerteinfarkt

I vårt medlemsblad Osteoporose nr. 1 i 2008 skrev vi om en studie fra New Zealand hvor det ble antydnet at det kunne være økt risiko for hjerteinfarkt hos dem som fikk kaliumtilskudd for å forhindre osteoporotiske brudd. Konklusjonen fra Norsk Osteoporoseforening (NOF) var at undersøkelsen inneholdt for mange feilkilder til at man kunne se en slik sammenheng.

Forfatterne av den nevnte undersøkelsen har nå undersøkt problemstillingen nærmere. Dette har de gjort ved å stille sammen en rekke studier hvor man har gitt kalsium mot osteoporose. Resultatene er publisert nå i sommer (Bolland MJ et al., BMJ 2010;341:c3691), og deres konklusjon er fortsatt at de finner holdepunkter for en økning i risiko for hjerteinfarkt. Det skal understrekes at dette gjelder kun for dem som bare bruker kalsiumtilskudd uten samtidig vitamin D-tilskudd.

Internasjonal oppmerksomhet

At kalsiumtilskudd skulle

gi økt risiko for hjerteinfarkt, har naturligvis vekket internasjonal oppmerksomhet. I USA har Den amerikanske foreningen for ben- og mineralforskning (ASBMR) raskt kommet ut med en erklæring om hvordan deres eksperter har valgt å tolke de nyeste resultatene. NOF har allerede fått flere henvendelser om sammenhengen mellom kalsiumtilskudd og hjerteinfarkt fra medlemmene. Vi har derfor valgt å oversette den amerikanske ekspertuttalelsen og har allerede publisert den på vår hjemmeside. Vi gjengir den dessuten nedenfor.

Vi har også fremlagt vår oversettelse av den amerikanske ekspertkommentaren for en rekke norske eksperter på osteoporose. Deres kommentarer følger etter uttalelsen fra ASBMR.

Den amerikanske forening for ben- og mineralforsknings uttalelse om mulig kardiovaskulær risiko forbundet med kalsiumtilskudd 12/8 2010:

I en nylig publisert studie er det antydnet at det kan være en økt risiko for hjerte-kar-sykdom hos dem som bruker tilskudd av kalsium. Dette

har naturlig nok skapt bekymring hos pasienter og helsepersonell, og ASBMR har derfor gjennomgått de tilgjengelige studiene. Noen studier har antydnet muligheten for økning i risiko, mens andre ikke har kunnet finne en slik sammenheng. Inntil det foreligger nye studier som kan kaste lys over dette, vil ASBMR anbefale at alle som bruker eller vurderer å starte med kalsiumtilskudd, tar hensyn til følgende:

Det er flere store studier hvor man har benyttet kalsium og vitamin D-tilskudd, og som ikke har vist noen økt risiko for hjerte-kar-sykdom

Hvis man bruker kalsiumtilskudd, bør man ikke uten videre slutte med dette. Man bør diskutere med sin fastlege om man skal fortsette, og man bør da legge vekt på årsaken(e) til at man startet med tilskuddet. I diskusjonen om videre bruk av kalsiumtilskudd bør man legge til grunn at kosten er den beste kalsiumkilden. Tilskudd skal bare benyttes når man ikke får dekket sitt kalsiumbehov gjennom kosten.

De positive effektene av kalsium på osteoporose opp-

nås med forholdsvis lav dose. En økning av dose gir ikke nødvendigvis bedre effekt. Pasienten bør diskutere størrelsen av kalsiuminntaket med sin fastlege.

I nesten alle nyere studier av behandlingen av osteoporose var tilfredsstillende inntak av kalsium og vitamin D nødvendig for å redusere risikoen for nye brudd.

Eldre pasienter og andre med redusert nyrefunksjon som benytter kalsiumtilskudd, har muligens økt risiko for hjerte-kar-sykdom.

Den amerikanske mat- og medikamentovervåkingen (FDA) har startet en prosess hvor man skal vurdere sikkerheten ved å gi kalsiumtilskudd. ASBMR vil fortsette sine studier av denne viktige kliniske problemstillingen og vil gi tilbakemelding når ny informasjon er tilgjengelig.

Kommentarer fra norske leger:

Når det gjelder bruk av kalsiumtilskudd og risiko for hjerte-kar-sykdom, er undertegnede norske leger enige med de faglige vurderingene som fremkommer i uttalelsen fra ASBMR (Den amerikanske foreningen for ben- og mineralforskning).
Prof. Jens Bollerslev, Oslo.
Prof. Erik Fink Eriksen, Oslo.
Dr.med. Johan Halse, Oslo.
Prof. Glenn Haugeberg, Kristinsand/Trondheim.
Prof. Rolf Jorde, Tromsø.
Prof. Haakon E. Meyer, Oslo.
Prof. Lars Nordsletten, Oslo.
Prof. Unni Syversen, Trondheim.

Norsk Osteoporoseforening
Høneengen 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.emerit. Jan A. Falch
Sykepleier, klinisk spesialist i
osteoporose, Synøve Sørlic.

LEDER

Kjære medlem!



Vi har alt kommet til årets siste osteoporoseblad, og 2010 er snart slutt. Da er det nærliggende for meg å spørre: «Hvordan har dette året vært for Norsk Osteoporoseforening»? Konklusjonen er at vi har hatt et godt år i foreningen. Det er mye å glede seg over!

21. oktober var generalsekretær Jan Arvid Dolve og undertegnede på møte i Kristiansand. Der ble det startet egen forening. Fire dager senere var vi på et tilsvarende møte i Stavanger. Også her ble det dannet en egen lokal forening. Det medisinske budskapet tok prof. emerit. Jan A. Falch seg av på begge steder. Han holdt et interessant innlegg der hovedbudskapet var at det ikke bare er gamle kvinner som får osteoporose, men også menn og yngre kvinner.

Nå etableres det stadig nye lokale foreninger, og det er gledelig! Norsk Osteoporoseforening ser det som en høyt prioritert oppgave å få flere lokalforeninger. Vi kan da registrere oss i Brønnøysund-registeret og dermed få anledning til å få del i grasrotandelen, som går gjennom Norsk Tipping. Vi sender derfor oppfordringen videre slik at det kan bli etablert flere lokale osteoporoseforeninger. Ta kontakt med generalsekretæren hvis dere lurer på noe!

Helsemyndighetene ønsker at man etablerer likemannsarbeid innen pasientforeningene. NOF er nå i gang med planleggingen av denne tjenesten, som utvilsomt vil komme våre medlemmer til gode. Det kan nevnes at vi under årsmøtet i Kristiansand i mai, hadde besøk av en likemann fra Hørselsvernforbundet. Det var meget interessant å få innblikk i hvordan de driver sitt likemannsarbeid. 25. november arrangerte vi vårt første likemannskurs. Dette skal vi komme tilbake til i neste nummer av Osteoporose.

Det er ikke alt som går like lett! Det er mange oppgaver som vi skulle ha ønsket vi hadde kommet lenger med. De politiske myndighetene tar oss ennå ikke på alvor! Nå har vi på nytt sendt brev til helseministeren angående evaluering av Handlingsplanen fra 2005. Bare få av de anbefalte tiltakene er fulgt opp. Blant annet var det anbefalt av Helsedirektoratet å opprette et kompetansesenter for osteoporose. Det er tydelig at myndighetene ikke forstår alvoret i at 330 sykehussenger til enhver tid er belagt med osteoporosepasienter. I stedet for å forebygge osteoporose gjennom medikamentell behandling slik man gjør i våre naboland, bruker Norge fem milliarder årlig på etterbehandling. Dette er ikke bare dårlig helseøkonomi, men det er også en grov forseelse med tanke på lidelsene disse pasientene må gå gjennom.

Vi fortsetter å stå på! Det kan vi gjøre enda bedre om vi får flere medlemmer. Jo flere medlemmer vi har, dess større tyngde får våre argumenter.

Med dette vil jeg takke for godt samarbeid i 2010. Takk til alle jeg har møtt, og takk til engasjementet dere viser.

Ønsker dere alle en god jul og et godt nytt år!
Vennlig hilsen
Ingjerd Mestad
Leder NOF



PROFESSOR UNNI SYVERSEN,
OVERLEGE VED ST. OLAVS HOSPITAL,
TRONDHEIM

Kortisol er et hormon som produseres i binyrebarken og binder seg til reseptorer i alle celler i kroppen. Det er et livsviktig hormon og spiller en viktig rolle ved stress, bidrar til å opprettholde blodsukkeret under faste og har en rekke andre funksjoner. Kortikosteroider eller steroider brukes som en fellesbetegnelse på en gruppe medikamenter som har effekter som kortisol (prednisolon, prednison, kortison, dexametazon).

Allerede i 1932 beskrev dr. Cushing brudd i ryggen som en vanlig komplikasjon ved høy egenproduksjon av kortisol (Cushings syndrom). Medisiner som har effekter som kortisol, kortikosteroider eller steroider, har vært i klinisk bruk fra 1949, først ved primær binyrebarksvikt (Addisons sykdom) og leddgikt, senere ved en lang rekke andre sykdomstilstander og ved organtransplantasjoner. Tidlig i 1950-årene ble det klart at behandling med kortikosteroider også førte til osteoporose. Det er i dag en rekke sykdommer som behandles med disse preparatene (reumatiske sykdommer, KOLS, betennelsestilstander i tarm, polymyalgia reumatika, Addisons sykdom, hudsykdommer og andre). Tall fra USA viser at 2,5 prosent av befolkningen i aldersgruppen 70 til 79 år får behandling med kortikosteroider.

Steroider i høye doser har negativ effekt på skjelettet

Kortikosteroider hemmer aktiviteten til de benoppbyg-

gende cellene og hemmer dermed benbygging. Samtidig øker de aktiviteten til de bennedbrytende cellene og gir økt bennedbrytning. Opp-taket av kalk fra tarmen blir også nedsatt. Disse effektene bidrar til at det blir et netto bentap, nedsatt styrke av skjelettet og økt risiko for brudd. Steroidosteoporose klassifiseres som sekundær osteoporose i motsetning til osteoporose som oppstår i forbindelse med overgangsalderen, og som kalles primær osteoporose.

Hvorvidt det oppstår osteoporose, er avhengig av en rekke faktorer: dosen av steroider, varigheten av behandlingen, grunnsykdommen, alder og kjønn. Andre risikofaktorer for osteoporose som røyking, lavt inntak av kalsium og Vitamin D og lav fysisk aktivitet spiller også en rolle.

Ved steroidbehandling er det observert tap i bentetthet på opptil 20 prosent i løpet av ett år. Tapet kan variere betydelig fra knokkel til knokkel. Hos yngre personer kan bentettheten stige når man slutter med steroider. Langtidsbehandling med steroider er assosiert med brudd hos 20–40 prosent av pasientene. Man ser en sammenheng mellom dose og forekomst av brudd. Det diskuteres om det finnes en «trygg» dose av steroider. Økt bruddrisiko er imidlertid funnet på så lave daglige doser som 2,5–7,5 mg prednisolon. Risikoen for brudd øker ved økende doser. Studier viser at steroider gitt som inhalasjon også gir en

reduksjon i bentetthet, men mindre uttalt enn ved steroider gitt i tablettform.

Det er høyere bruddrisiko ved steroidosteoporose enn ved primær osteoporose

Steroidosteoporose skiller seg fra primær osteoporose ved at det ved en gitt bentetthet er en høyere bruddrisiko. På grunn av dette har man andre kriterier for oppstart av behandling enn ved primær osteoporose. Retningslinjene varierer noe i de ulike land. De fleste anbefaler forebyggende behandling hvis bentettheten er lavere enn $-1,5$ på ett av målestedene. Det er viktig å måle bentettheten når oppstart av steroidbehandling planlegges, og målingene bør kontrolleres jevnlig.

Behandling av steroidosteoporose

Steroiddosen bør være så lav som mulig. Ved KOLS bør den om mulig gis som inhalasjon. Det er viktig å korrigere negative livsstilsfaktorer samt oppfordre til røykekutt og regelmessig fysisk aktivitet. Behandlingsalternativene er de samme som ved primær osteoporose. Kalsium og Vitamin D er basisbehandling som bør gis til alle ved oppstart av steroidbehandling. Hvis bentettheten er lavere enn $-1,5$ (i rygg eller hofte) eller det foreligger lavenergibrudd, suppleres denne behandlingen med et bisfosfonat. Man starter med bisfosfonat i tablettform (alendronat) og skifter over til intravenøst bisfosfonat (Aclasta) hvis det oppstår bivirkninger fra fordøyelsessystemet. Ved bisfosfonatbehandling er det vist en reduksjon av brudd i ryggen på 40–50 prosent.

Hos de dårligste med bentetthet lavere enn $-2,5$ og mer enn ett lavenergibrudd i løpet av det siste året, kan det være aktuelt å forsøke paratyroideahormon (PTH).

Dette er imidlertid et mye dyrere alternativ, og det må søkes NAV om godkjenning. Forutsetningen for å få dette dekket er at man har forsøkt behandling med bisfosfonater og har fått brudd under pågående behandling, eller at man ikke kan bruke bisfosfonater på grunn av bivirkninger. Nylig har det kommet et nytt preparat på markedet, denosumab, som gis som en sprøyte under huden en gang hver sjettemåned. Dette er foreløpig ikke prøvd ut ved steroidosteoporose, men vil kunne være et alternativ i fremtiden. Selv om

man har fått økt kunnskap om denne typen osteoporose, er den fortsatt underdiagnostisert og underbehandlet.

Litteratur

Saag KG et al. Alendronate for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Glucocorticoid-Induced Osteoporosis Intervention Study Group.

N Engl J Med 1998;339:292-9.

Wallach S et al. Effects of risedronate treatment on bone density and

vertebral fracture in patients on corticosteroid therapy. Calcif Tissue Int. 2000;67:277-285.

Adachi JD et al. Two-year effects of alendronate on bone mineral density and vertebral fracture in patients receiving glucocorticoids: a randomized, double-blind, placebo-controlled extension trial. Arthritis Rheum 2001;44:202-11.

Compston J. Management of glucocorticoid-induced osteoporosis. Nat Rev Rheumatol 2010;6:82-8.

Prolia – nytt medikament mot osteoporose

PROFESSOR DR.MED. ERIK FINK ERIKSEN

I dag behandles de fleste osteoporosepasienter med bisfosfonater. Disse medikamentene kalles antiresorptive stoffer. Dette skyldes at de først og fremst virker ved å bremse nedbrytningen av benvev. Ved å hemme nedbrytningen stabiliserer disse stoffene skjelettet, og dette vil redusere risikoen for osteoporotiske brudd. Nå er et nytt antiresorptivt middel blitt godkjent i Norge. Dette er et stoff som blokkerer dannelsen av celler som bryter ned benvev, osteoclastene. Stoffet heter denosumab og er et veldig spesifikt (såkalt monoklonalt) antistoff rettet mot et protein (RANKL) som spiller en vesentlig rolle for dannelsen av osteoclastene. **Stoffet har altså en helt annen virkningsmåte enn bisfosfonater. Medikamentet, som har handelsnavnet PROLIA®, gis som en injeksjon i huden hver sjettemåned og er vist å hemme nedbrytningen av ben kraftigere enn bisfosfonater.**

Hva er denosumab?

Denosumab er et humant monoklonalt antistoff som brytes langsomt ned i kroppen. Det er det første biologiske legemiddelet som er blitt ut-



Fra lanseringsmøte med Prolia. Fra v.: Ortoped Frede Frihagen, prof. dr.med. Erik Fink Eriksen, dr. med. Johan Halse.

viklet for behandling av osteoporose. Nedbrytningen av denosumab er uavhengig av nyrefunksjonen.

Effekter på benmineralitet (BMD) og benmarkører

Denosumab gis i en dose på 60 mg hver sjettemåned som injeksjon i huden (subkutant). Denne dosen medfører etter få dager maksimal reduksjon i benmarkører til et nivå som ligger 90–95 prosent lavere enn før behandlingen begynte. Samme dose øker BMD i ryggen og hoften med henholdsvis 9 prosent og 6 prosent etter tre år. I et sammenliknende studie med alendronat fant man en sterkere reduksjon av benomsetningen og større økning av BMD med denosumab enn med alendronat.

Effekter på osteoporotiske brudd

Nesten 8000 kvinner med postmenopausal osteoporose deltok i en studie som varte i tre år. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 72 år. Hos dem som fikk denosumab, fant man en klar nedgang i risiko for å få nye brudd. Sammenlignet med placebo-gruppen (de som fikk «narremedisin») fikk behandlingsgruppen 68 prosent færre brudd i ryggen og

20 prosent færre brudd i alle andre knokler. Spesielt bør det nevnes at det var 40 prosent færre hoftebrudd.

Det skal også påpekes at andre undersøkelser har vist at denosumab har gunstige effekter ved behandling av metastaser til skjelettet hos pasienter med kreft og reduserer bennedbrytning ved leddgikt.

Bivirkninger

Det er til nå ikke beskrevet vesentlige bivirkninger, men i utprøvingen av medikamentet har det vært noe større forekomst av betennelser og eksem i huden.

Blå resept?

Det gis i dag ikke refusjon for Prolia på blå resept



Vær skodd for vinteren

Valg av gode sko

Skal du ut å gå på vinterføre, lønner det seg å investere i et par gode sko som ikke har høye hæler, har såler av gummi og som har grovt og dypt mønster. De vil gi deg bredest mulig kontaktflate. Skoen bør passe foten din og være behagelig å gå i.

Bruk av brodder

På glatt føre gir selv ikke de beste sko godt nok feste. Det finnes forskjellige brodder å få kjøpt som festes på ulike måter, og som gir deg sklisikring. Det kan være metallbrodder, keramiske såler (smergel) eller såler med nagler. Bruksområdet varierer, så det kan være greit å tenke over hvilket behov du har. Noe annet du bør ta stilling til, er de ulike måtene brodder festes på, og om du trenger en brodd som kan brukes både ute og inne.

Det finnes også anti-gli krem som smøres under sålen og er sklihemmende. Den hindrer at du sklir på is og snøglatte overflater. Brodder og krem fås kjøpt i nettbutikker, skobutikker og hos skomakere.

Om du allerede har et par gode sko, kan en skomaker skifte såler og sågar sette på en nedfellbar brodd om ønskelig – det betinger imidlertid at det er en 5 cm høy hæl på skoen. Det finnes også sko å få kjøpt som har en ferdigmontert brodd som kan tas ned ved behov.

Joggesko

Om du trenger nye sko, finnes det nå en joggesko med faste pigger – Icebug. Skoen har en overdel med membran som gjør den vanntett. Den gir god støtdemping og har 17 pigger som gir godt feste på vinterføre. Det er egentlig

Den som har osteoporose, har en økt risiko for å få brudd, og de fleste brudd oppstår når man faller. Det er derfor viktig å «sko seg for vinterføret».



en løpssko, men kan også brukes ved gange. Den er å få kjøpt i ulike sportsforretninger. Se bildet.

Ganghjelpemiddel ved behov

Bruker du stokk eller krykke, bør du skaffe deg en ispigg som kan slås opp eller ned etter behov. Du kan også bruke gåstaver, men må ha en enkel pigg montert slik at du ikke sklir når du støtter deg på dem. Spark kan også være et nyttig fremkomstmiddel.

Trening som styrker balansen

Har du dårlig balanse, øker risikoen for å falle. Få hjelp av en fysioterapeut til å finne gode øvelser som trener balansen, eller se vårt temaark «Øvelser for deg med osteoporose og sammenfallsbrudd i ryggen».

Kommunens ansvar

Se til at kommunen tar sitt ansvar med å måke og strø veier og fortau, og sørg for godt utelys. Be om hjelp dersom isen ligger blank ute. Spør naboen, venner, familie eller kontakt Frivillighetssentralen.

Vinteren er en utsatt tid for osteoporosepasienter, men ikke glem at de fleste ulykker tross alt skjer innenfor husets fire vegger. (Se osteoporosebladet nr. 4 2009) En god leveregel som gjelder både sommer og vinter, er derfor:

**TA DEG GOD TID,
SE DEG GODT FOR OG GJØR
EN TING AV GANGEN!**

Ulykkesforsikring

gjelder også for pasienter med osteoporose

I forrige nummer av Osteoporose fortalte vi om et medlem som hadde fått problemer med sin ulykkesforsikring. Hun hadde fått ryggbrudd etter et fall, og i forsikringsavtalen sto det at brudd som skyldes osteoporose, ikke ga rett til forsikringsutbetaling.

NOF tok kontakt med hennes forsikringsselskap, Gjensidige, og påpekte det urimelige i at kvinnen ikke får erstatning etter en bruddulykke når hun ikke kjente til at hun hadde lav

benmasse (dvs. økt risiko for brudd) da forsikringen ble tegnet. Benmassemåling ble nemlig utført etter at hun hadde fått bruddet, og ut fra resultatet av målingen fikk hun diagnosen osteoporose.

I sitt svarbrev har Gjensidige gitt oss rett i våre synspunkter. De skriver:

«Det medfører riktighet at forsikringsvilkårene i Gjensidige i dag inneholder en bestemmelse som unntar brudd som skyldes benskjørhet. Etter en fornyet vurdering er vi kommet til at denne objektive bestemmel-

sen blir fjernet ved neste revisjon av vilkårene (01.01.2011).»

I slutten av august sendt NOF brev til If forsikring, Storebrand og Tryg forsikring med spørsmål om de hadde restriksjoner med hensyn til osteoporose i sine avtaler om ulykkesforsikring.

Alle tre selskaper har svart oss, og de opplyser at de ikke har noen bestemmelser i sine vilkår som unntar brudd som følge av osteoporose hvis man utsettes for en ulykke.

Osteoporose – fra uvitenhet til kunnskap

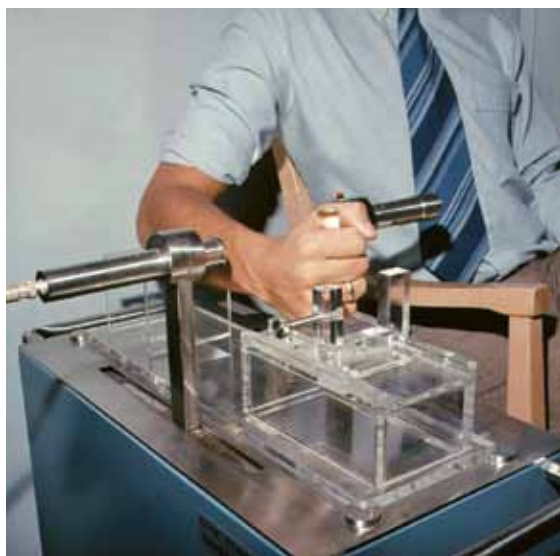
De «gode» gamle dager?

Jeg begynte å studere medisin i 1963 og var ferdig lege ved Universitetet i Bergen i 1970, dvs. for 40 år siden. Deretter hadde jeg forskjellige jobber som lege inntil jeg begynte mitt arbeid med osteoporosepasienter ved Medisinsk avdeling, Aker sykehus i 1976. Allerede som student og som ung lege kom jeg ofte i kontakt med eldre kvinner med ryggsmarter. En vurdering av røntgenbilder og diskusjon med kolleger endte da som oftest slik: «Det er ikke rart hun har vondt, hun har jo dessverre osteoporose, og da er det ikke mye vi kan hjelpe henne med.» Så diagnosen var basert på et røntgenbilde, og behandlingen besto av et forsøk på å gi et trøstens ord.

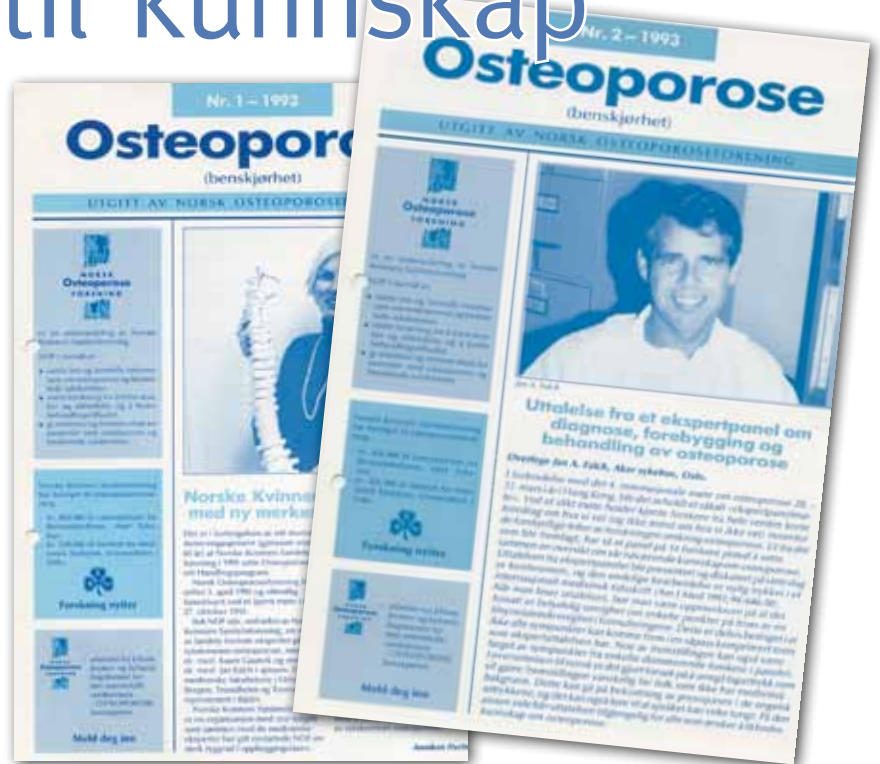
PROF. EMERIT. JAN A. FALCH

Status i 1976

Da jeg kom til Aker sykehus, hadde man der nettopp anskaffet Norges første apparat som kunne måle benmasse, og dette måtte gjøres i underarmen. Vi visste at pasienter med osteoporose hadde lav benmasse, og nå kunne vi altså måle hvor lav den var.



Måling av benmasse i underarmen i 1976.



Prof. emerit. Jan A. Falch har forsket på osteoporose siden 70-tallet. Da Norsk Osteoporoseforening ble startet i 1992, var han en av initiativtakerne.

Men vi kjente ikke til hva som var normalt, og vi kjente heller ikke til hvilken sammenheng det var mellom benmasse og risiko for å få brudd. Vi visste også at noen medisiner kunne ha god effekt på benvevet. Både østrogen, fluorid, anabole steroider og kalsitonin var prøvd i behandlingen med mer eller mindre overbevisende effekt. Ute i verden var det nå flere forskere som hadde tatt opp problemene rundt osteoporose, og ved å følge med i internasjonal faglitteratur kunne man lære om de fremskrittene som langsomt ble gjort vedrørende sykdommen. Det ble også arrangert internasjonale møter hvor man kunne komme sammen og diskutere resultater av den forskningen som pågikk. Til å begynne med var det ikke mange som deltok,

men i dag kommer det flere tusen forskere på de viktigste møtene.

Revolusjon i 1990-årene

Først i begynnelsen av 1990-årene, 15 år etter jeg begynte på Aker sykehus, kom det første apparatet til Norge som også kunne måle benmasse i rygg og hofter. I midten av 1990-årene klarte man å beregne hvordan sammenhengen var mellom tap av benmasse og risiko for å få osteoporotiske brudd. Omtrent på samme tid kom resultatene av store studier som på en nøye og kritisk måte vurderte effekter og bivirkninger av nye medikamenter. Det første medikamentet som gjennomgikk en tilfredsstillende utprøving, var tablettene Fosamax®, som inneholder bisfosfonatet alendronat. I ettertid har det kommet en rekke utprøvinger av nye preparater.

I dag har vi mange forskjellige medisiner som kan redusere risikoen for å få nye osteoporotiske brudd. Vi vet også at den behandlingen vi tilbød

pasientene i 1970- og 80-årene, neppe hadde så god effekt som forventet.

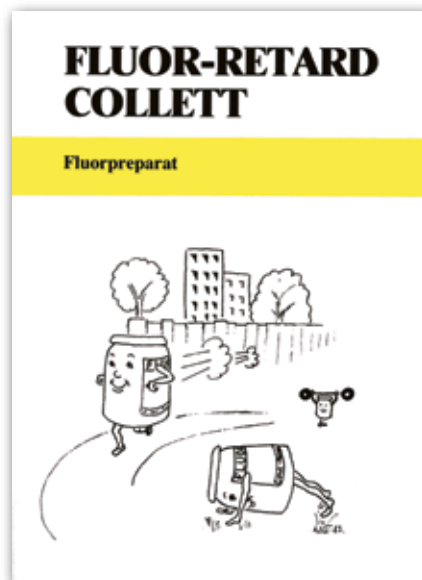
Forskningen har avdekket hvordan medikamentene virker inne i selve bencellene, slik at vi nå på en helt ny måte kan vurdere hva medisinene gjør, og hvordan vi kan overvåke effekten.

Dagens status for diagnose og medikamenter

Utviklingen de siste 20 år har nærmest vært en revolusjon. Tidligere hadde vi noe kunnskap om hva osteoporose var, men manglet effektiv behandling. I dag kan vi vurdere den enkeltes risiko for å få brudd. Ved hjelp av prøver kan vi se hva som skjer inne i ben-vevet og hvordan bencellene fungerer, og vi har en rekke medikamenter til rådighet for å bedre benvevet hos dem som har osteoporose, samt å forhindre utvikling av sykdommen.

Hva mangler vi?

Er det da noe vi mangler i omsorgen av osteoporosepasienten? Svaret er dessverre ja. For selv om det har vært en



Reklamebrosjyre for osteoporosemedisin 1983

betydelig forskningsaktivitet omkring benvev og medikamenter, har det vært gjort lite for å bedre den totale omsorgen for pasientene. Hvordan skal de få redusert sine smerter? Hvordan skal

man bedre funksjonsevnen hos dem som har måttet «kaste inn håndkledet» som følge av brudd? Hvordan skal pasientene få kunnskap om sykdommen, og hvordan kan de selv være med på å mestre den? Og ikke minst: Hvordan skal helsevesenet og våre helsemyndigheter få en forståelse av pasientenes problem slik at osteoporose kan rykke frem i det hierarkiet av diagnoser som vi dessverre må innse dominerer prioriteringene i helsevesenet? For meg står det helt klart at kunnskapen om osteoporose er betydelig bedre i befolkningen og blant helsepersonell enn det den var for noen tiår siden, men det står fortsatt mye igjen å ønske. Opprettelsen av Norsk Osteoporoseforening i 1992 og det arbeidet som pasientforeningen har utført, har vært uvurderlig når det gjelder informasjon. Hvis foreningens arbeid kan fortsette å holde samme høye nivå, vil jeg nok tro at forholdene for pasientene langsomt, men sikkert vil bli forbedret i årene som kommer.

DEN INTERNASJONALE OS

Den internasjonale osteoporosedagen ble markert 20. oktober. I ettertid spør man seg om vi i Norge burde hatt en markering gående en hel uke i stedet for en dag. Det er litt lite med en dags markering når man vet at mange av de lokale tillitsvalgte er i arbeid på dagtid – altså til rundt kl. 17.00. Da blir det lite igjen av osteoporosedagen.

Foreningen sendte ut melding gjennom pressebyrået PRM-Desken, noe som resulterte i at alle landets aviser og ukeblader mottok pressemeldingen mandag 18. oktober kl. 0800. Mange aviser valgte å ta inn pressemeldingen, og mange tillitsvalgte banket på døren til den lokale avisredaksjonen for å purre på det viktige budskapet. Til og med distriktssendingene til NRK nevnte budskapet. I Møre og Romsdal ble det intervju med vårt medlem Sidsel Breivik, en lojal sliter som ikke lar sjansen gå fra seg når det gjelder å si noe om osteoporose.

Forut for dagen sendte foreningen ut plakater, pressemelding og følgeskriv til 45 kontaktpersoner, lokalforeninger og støttegrupper. Med bakgrunn i påminnelsen av osteoporosedagen i vårt blad nr 3, hadde noen bedt om og fått tilsendt informasjonsmateriale for utlevering til aktuelle medlemmer, nye medlemmer, til apoteker og til poliklinikker og andre institusjoner.

GENERALSEKRETÆR JAN A. DOLVE



I forbindelse med den internasjonale Osteoporosedagen, arrangerte NOF åpent møte i samarbeid med GlaxoSmithKline, på Grand Hotel i Oslo. Prof. emerit. Jan A. Falch var en av foreleserne.

Oslo

På osteoporosedagen ble det arrangert åpent møte av NOF i samarbeid med GlaxoSmithKline (GSK) på Grand Hotell i Oslo. Møtet var kunngjort i Aftenposten. De 46 møtedeltakerne hørte prof. emerit. Jan A. Falch og professor dr.med. seksjonsoverlege Erik Fink Eriksen snakke om osteoporose, behandling og forebygging. Foreningen og GSK er fornøyd med fremmøtet i betraktning at foreningen gjennomfører mange lokale informasjonsmøter i Oslo gjennom hele året, både på eldresenter og i møter i regi av Norske Kvinners Sanitetsforening.

Ålesund

Sidsel Breivik og Linda Bondevik hadde stand på Moa kjøpesenter i Spjelkavik ettermiddagen 20. oktober. Her ble det delt ut brosjyrer og vervet medlemmer til lokalforeningen som vi håper snart blir en realitet i Ålesund og omegn. Nye medlemmer er registrert i ettertid.

Drammen

Gunlaug Leithe Damm søkte Drammen kommune om tillatelse til å benytte torgplass på Drammen Torg. Her

sto hun nesten hele dagen og snakket seg varm om sykdommen overfor mennesker som lurte på noe om sykdommen og til dem som ikke hadde hørt noe om en slik sykdom. Det er noen det og! Brosjyremateriell ble delt ut, og nye medlemmer er notert i ettertid.

Trondheim

Vår Jorunn Lien, en ildsjel for saken med godt rotfeste i Strindheim Sanitetsforening hadde lagt opp dagen til besøk på St. Olavs Hospital, legevakten og apoteker i byen. Selv mener Jorunn at engasjementet burde vært større, men snø og dårlig vær må ta noe av skylden for det. Jorunn brenner for saken og snart er hun på farten igjen i Trondheim by med informasjon om osteoporose.

Kragerø

Styret i Kragerø osteoporoseforening arrangerte formiddagsmøte på osteoporosedagen. Leder Reidun Stigen og styremedlem Åse Lotsberg samlet mange mennesker til en kaffestund og prat om sykdom og om løs og fast. Fire nye medlemmer ble tegnet direkte i møtet. Møteinitiativet ble tatt meget godt i mot av de fremmøtte.

TEOPOROSDAGEN 2010

Ørnes

Foreningen og vår kontaktperson i Nordland, Ørnes, Meløy, Glomfjord og Bodø, Anne Marie Svingen, fikk god omtale i Meløy avis. I avisen fikk Anne Marie også tydelig annonsert vårt åpne møte som fant sted 8. november i Glomfjord. Hun har allerede bedt de som har spørsmål om sykdommen ringe til seg og er således i gang som likemann lokalt.

Steinkjer og Levanger

Anne Marie Binde-Loraas er en aktiv pådriver som har engasjert seg lenge i vårt arbeid. Hvert år sørger hun for at osteoporose blir tatt godt opp i Trønder-Avisa. Lege Arnulf Langhammer ble intervjuet og fortalte om muligheten for benmassemåling ved legesenteret. Han orienterte også om funn i den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag HUNT II og HUNT III som ble gjennomført for noen år siden og kunne presentere aktuelle tall fra denne.

Grimstad

Initiativtakerne til lokalforening i Grimstad, Signe M. Jensen og Gerd Stalleland hadde møte like før dagen og samlet mange til medlemsmøte i lokalforeningen i Grimstad. Her var det sosial hygge kombinert med nyttig informasjon om osteoporose. Et meget godt lokalt tiltak med bruk av lokale fagpersoner.

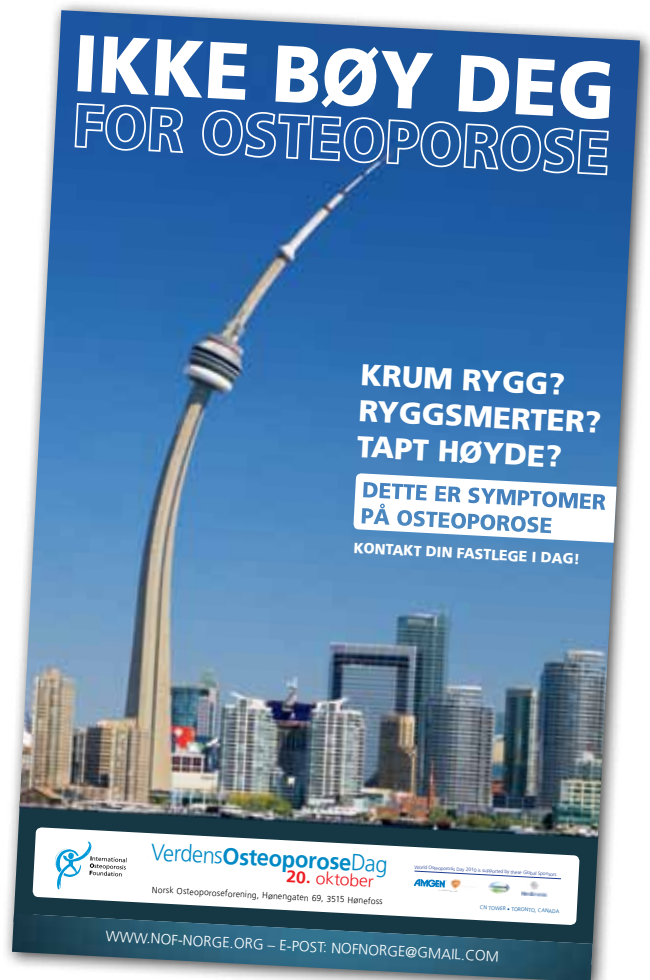
Asker og Bærum

Kari Reichborn-Kjennerud, styremedlem i NOF og en av initiativ-

takerne til en lokalforening i Asker og Bærum, tok plass på ett av apotekene i lokalsamfunnet. Her møtte hun pasienter og andre som var interessert i å høre om sykdommen, og mange informasjonsbrosjyrer ble delt ut. Kari er også engasjert i eldresaken i Bærum og bærer vårt budskap ut til mange i flere sammenhenger.

Stavanger

Her ble det markering den 21. oktober i form av et åpent møte som samlet 35 personer i sanitetens hus i Madla-veien. Prof. emerit. Jan A. Falch holdt hovedforedraget og generalsekretæren orienterte om foreningens arbeid og engasjement. Ved god hjelp av styreleder i NOF, Ingjerd Mestad og mangeårig medlem i foreningen Berit Sejerstad, klarte de fremmøtte å stifte en lokalforening i Stavanger denne kvelden. Det er en meget positiv utvikling. Litt hektisk ble



det på slutten, men vi kom i mål med ny lokalforening. Den siste i rekken i NOF hittil.



Anne Marie Svingen, kontaktperson i Nordland, Ørnes, Meløy, Glomfjord og Bodø.
Foto: Hanne Hammernes/Meløyavisa

Positive data for Aclasta

Aclasta® (Zoledronsyre) er et bisfosfonat som gis intravenøst én gang om året. Etter tre års behandling reduseres forekomsten av brudd i ryggen med 70 prosent, i hoften med 40 prosent og i resten av skjelettet med 25 prosent. Da osteoporose bør behandles lengre enn tre år, er det viktig at man vet om det er sikkert å gi legemidlet lengre enn det. For kort tid siden ble resultater av seks års behandling med Alcasta rapportert.

PROFESSOR DR.MED. ERIK FINK ERIKSEN

Av de over 7700 pasientene som deltok i den første store studien av Aclasta, ble 1200 pasienter tilfeldig fordelt på to grupper: 1) en gruppe som fortsatte

årlige behandlinger med Aclasta i ytterligere tre år, og 2) en gruppe som stoppet med Aclasta-infusjoner, men fortsatte med kalsium og Vitamin D-tilskudd. Denne måten å studere medikamentet på ga mulighet for ikke bare å få seks års data for kontinuerlig behandling med Aclasta, men også informasjon om hva som skjer når man slutter behandling.

Etter seks års behandling med Aclasta økte benmineraltettheten (BMD) med 12,1 prosent, men gruppen som stoppet etter tre år, lå bare 2 prosent lavere. I hoften så man en økning på 4,5 prosent etter seks års behandling mot 3,1 prosent i gruppen som stoppet etter tre år. Det var ingen sikre forskjeller i nivået på benmarkører mellom de to gruppene. Imidlertid så man hos de pasientene som stoppet aktiv behand-

ling etter tre år 52 prosent flere brudd i ryggen sammenliknet med pasienter som fortsatte aktiv behandling i seks år. (Absolutt risiko 6 prosent mot 3,2 prosent). Det var ingen slike forskjeller for brudd i andre deler av skjelettet.

Ingen nye bivirkninger

Etter seks års behandling oppdaget man ingen nye, ukjente bivirkninger, og det var ikke økt risiko for allerede kjente bivirkninger. Man så ett nytt tilfelle av såkalt osteonekrose i kjevebenet i gruppen som fikk seks års behandling, men ingen nye tilfeller av såkalte atypiske hoftebrudd ble påvist. Man så heller ikke økt forekomst av forstyrrelser i hjerterytmen (atrieflimmer) eller nedsatt nyrefunksjon etter seks års sammenhengende behandling.

Bisfosfonatbehandling har god effekt også hos eldre kvinner

I en analyse av over 3000 postmenopausale kvinner som har deltatt i utprøvingen av bisfosfonatet risedronat (Optinate®), fant man at effekten var like god hos de eldre som hos de yngre.

De eldste kvinnene som deltok i undersøkelsen, var opptil 85 år gamle. Vi har dessverre ingen resultater for kvinner over denne alderen. Alle som ble behandlet med risedronat, gjennomgikk en «foryngelseskur» på 10–20 år med hensyn til risiko for å få brudd: For eksempel vil en kvinne på 70 år som ble behandlet, ikke ha større risiko for et osteoporotisk brudd enn en ubehandlet 55-åring med osteoporose.

Vi vet ikke om disse resultatene gjelder bare for risedronate (Optinate®), eller om de også gjelder for de andre bisfosfonatene som selges i Norge. Det er imidlertid ikke noe som tilsier at effekten av f.eks. Alendronat® skulle være noe dårligere. Alendronat® er jo den tabletten som brukes av de fleste som får behandling for osteoporose i Norge.

Dette er derfor gode nyheter for alle dem som har lurt på om økende alder skulle være til hinder for effektiv behandling av osteoporose.

Referanse: Boonen S et al., JAGS 2010;58:658

Rapport fra våre åpne møter i høst

I løpet av høsten har vi gjennomført en rekke åpne møter rundt om kring i landet. Det er svært hyggelig å møte medlemmer og andre interesserte på denne måten og vi har møtebøkene våre åpne for nye arrangementer i 2011. Slikt blir det både nye medlemmer og nye lokalforeninger av! Ta utfordringen! Kontakt oss!

TEKST OG FOTO: GENERALSEKRETÆR JAN ARVID DOLVE

Fredrikstad

I sanitetskvinnenes hus i Fredrikstad ble det nesten fullt hus den 29. september, hvor prof. emerit. Jan A. Falch og generalsekretær Jan Arvid Dolve var invitert til å snakke om osteoporose og om foreningen etter at vi gikk ut av Norske Kvinners Sanitetsforening. Det er godt å registrere at sanitetskvinnene synes osteoporose fortsatt er et høyst aktuelt og interessant fag.

Frosta / Nord Trøndelag

5. oktober tilbød NOF kurs for pleie og omsorgspersonell i Frosta kommune. Kommunens sykepleiesjef Anne Mille Røttereng, sørget for at 25 deltakere fra ulike avdelinger deltok på kurset. Det skal avdelingslederne og de andre ansatte ha ros for!

Kl. 17.00 hadde vår kontaktperson og leder i Frosta sanitetsforening Gerd Viken, lagt til rette for et åpent møte. Godt over 30 personer møtte. På forhånd var det også invitert til stiftelsesmøte av ny lokalforening på Frosta. Etter at den faglige delen med prof. emerit. Jan A. Falch og sykepleier/diakon Torbjørn Olstad var gjort unna, redegjorde Jan Arvid Dolve for formalia som skal til for at en lokalforening skal kunne stiftes. Forsamlingen ønsket en lokalforening og slik ble det.

Ålesund

Et åpent møte i Ålesund 9. september samlet 65 deltakere på kveldsmøte. På dagen hadde Torbjørn Olstad kurs for pleie og omsorgspersonell i Ålesund kommune og for ansatte ved Spjelkavik omsorgssenter. Dette samlet tilsammen 45 deltakere. Kanskje får vi en lokalforening i Ålesund i 2011? Her en Jan A. Falch og Torbjørn Olstad i samtale med ildsjelene Sidsel Breivik (t.h.) og Linda Bondevik.



Gol

I samarbeid med Boots apotek på Gol ble det arrangert åpent møte 16. september. 25 fremmøtte og flere nye medlemmer fra Gol, Ål og Hol. Men hemsedøgende uteble! Takk til Mona Golberg for opplegget og kontakten.



Kristiansand

Kristiansand og Omland Osteoproseforening ble stiftet 21. oktober i år. Som leder ble valgt Berit Karen Myhra. Foreningens leder Ingjerd Mestad og generalsekretæren deltok i møtet som samlet over 30 medlemmer.



Glomfjord

Bare 14 personer trosset været og kom på osteoporosemøte i Glomfjord 15. november. 1 meter snø på 12 timer gjorde at mange ikke kom seg ut i det hele tatt denne dagen. Men vårt møte ble tatt svært godt i mot av de fremmøtte som fikk ekstra mye tid til spørsmål og svar. Sykepleier/diakon Torbjørn Olstad og generalsekretæren holdt møtet.



Alta

I Alta møtte 25 personer til åpent møte. Møtet ble arrangert i samarbeid med Alta Røde Kors og en stor takk til Anna Sauro og hennes stab for organiseringen. Interessen for en lokalforening i Alta er stor.



Oslo/Akershus

På initiativ fra fylkeskontakt Mette Ege inviterte Gynkreftforeningens lokallag i Oslo/Akershus mandag 25. oktober til møte om osteoporose på Lærings- og mestringscenteret ved Oslo universitetssykehus HF Aker. Lymfeødemforeningen og Foreningen for brystkreftopererte var også invitert med. Professor dr.med. Erik Fink Eriksen snakket om osteoporose og medisinsk behandling. På bildet sees Eriksen i samtale med Dorte Nakszynski, leder i Gynkreftforeningens lokallag i Oslo/Akerhus.

Tromsø

I Tromsø ble det avholdt åpent møte i samarbeid med Tromsø sanitetsforening. Her møtte også godt over 40 personer til et meget godt møte. Takk til Lillian Skogvik og hennes stab for samarbeidet og for frukten. I Tromsø kan det bli lokalforening i løpet av våren 2011. Førsteamanuensis Nina Emaus fortalte om spennende observasjoner fra en studie i Harstad om bruddforekomsten.



Stavanger

Stavanger osteoporoseforening ble stiftet 26. oktober i år med Berit Sejerstad som leder. Stiftelsesmøtet samlet nesten 40 medlemmer i sanitetens hus i Madlaveien. NOFs leder Ingjerd Mestad (bildet) var møteleder og prof. emerit. Jan A. Falch og generalsekretæren deltok i møtet.



Bodø

I Bodø ble det arrangert åpent møte i samarbeid med Lærings- og mestringscenteret. Her møtte 45 personer til et meget godt møte. Fra foreningen deltok prof. emerit. Jan A. Falch, sykepleier/diakon Torbjørn Olstad og gen. sekr. Jan Arvid Dolve. Lærings- og mestringscenteret følger muligens opp med en osteoporoseskole på vårparten. Takk til LMS-leder Gørild Klette for et godt forarbeid.

Grimstad

Fra Signe Marie Jensen, leder i NOFs støttegruppe i Aust-Agder har vi fått melding om et vellykket åpent møte 23. september. Møtet ble holdt på Berge Gård i Grimstad og samlet 28 tilhørere. Som foredragsholder hadde de invitert doktor Hanne Kristin Hagtvedt (bildet). Helsebutikken i Grimstad hadde lånt ut en rekke hjelpemidler som ble demonstrert og selvfølgelig ble osteoporoseforeningens medlemsblad, tema-ark og brosjyrer sendt rundt. Et lite blomsterlotteri innbrakte 1256 kroner, forteller Signe Marie Jensen.



Gullgruve

NOREPOS står for Norsk epidemiologisk osteoporoseforskning og er et nettverk av forskere fra universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. 33 forskere møttes i Tromsø 27.–28. september 2010 for å diskutere resultatene fra en rekke undersøkelser som utgår fra de forskjellige befolkningsstudiene i Norge. Disse undersøkelsene dekker data innsamlet fra flere titusen nordmenn.

Ifølge årets gjesteforeleser, professor John Eisman fra Australia, utgjør dette en forskningsmessig gullgruve. Ved å få tillatelse fra myndighetene til å koble resultatene fra disse studiene mot flere av de offentlige registrene som foreligger (f.eks. dødsårsaksregisteret eller reseptregisteret), kan man få svar på en rekke spørsmål som forskere i andre land ikke har mulighet til å gå inn på. Norsk Osteoporoseforening har god kontakt med NOREPOS-gruppen, og vi vil komme tilbake med omtale av viktige resultater når disse foreligger.



Forskere fra NOREPOS var samlet i Tromsø for å diskutere resultater samt veien videre. Ytterst til venstre professor John Eisman, som var kommet ens ærend fra Sydney i Australia for å delta i diskusjonene på møtet.