

# Målrettet opsporing

Knoglebrud kan være tegn på knogleskørhed, men er det ikke altid. Hvor hyppigt ses knogleskørhed hos patienter, der behandles for knoglebrud efter et mindre uheld, og hvilke patienter skal primært tilbydes udredning? Ønsker patienter med knoglebrud overhovedet at vide, at der er risiko for, at de har knogleskørhed? En netop offentliggjort PhD-afhandling giver svarene.

Flere end 50.000 personer oplever hvert år at få et knoglebrud. Første brud øger risikoen for nye brud markant. Skyldes bruddet knogleskørhed, kan medicinsk behandling nedsætte risikoen for nye brud med op til 50%, men det kræver naturligvis at sygdommen opdages. Derfor er det vigtigt at opspore knogleskørhed blandt de mennesker, som har været udsat for lavenergibrud – altså brud, som er forårsaget af en hændelse, som ikke normalt giver brud. Et netop offentliggjort PhD-afhandling viser, hvordan man med en målrettet, systematisk indsats kan optimere opsporingen.

Bag PhD-afhandlingen står klinisk sygeplejespecialist Randi Tei fra Medicinsk Endokrinologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital.

“I forbindelse med PhD-afhandlingen gennemførte jeg et studie over 12 måneder, der viser, hvor vigtigt det er at opspore knogleskørhed hos patienter i behandling for brud. Ud af de 794 deltagende patienter over 18 år havde 14,9 % knogleskørhed. Ser vi alene på deltagere over 50 år,

er frekvensen på 20,3 %. I alt 118 mænd og kvinder, hvoraf de 98 ikke anede, at de havde knogleskørhed. Det er mange, der ved hjælp af en systematisk indsats og opfølgende behandling vil kunne hjælpes til at minimere risikoen for yderligere brud i fremtiden. Tænk, hvor mange vi kunne få fat i, hvis man lavede en målrettet opsporing på landsplan”, siger Randi Tei.

## De tre vigtigste tegn på knogleskørhed

Men bør alle med lavenergibrud da undersøges?

“Principielt ja, men når idealet skal overføres til virkeligheden, giver det mening at målrette indsatsen mod de grupper, som er mest udsatte. Ikke alene for at optimere de anvendte ressourcer men også af hensyn til den enkelte patient, der konfronteres med budskabet om, at han eller hun muligvis har en kronisk sygdom.”

Studiet viste, som det også tidligere er beskrevet i litteraturen, at dem, man først og fremmest skal have fat i blandt patienter med

lavenergibrud, er (1) mænd og kvinder over 50 år, (2) personer med lav BMI (mindre end 19) uanset alder og køn og (3) kvinder, der tidligt er gået i overgangsalder (under 46 år).

“De faktorer er klart associeret med knogleskørhed, og tilbyder vi disse patienter at blive udredt, vil vi få fat i størstedelen af alle dem, hvis brud er direkte relateret til sygdommen”, fortsætter Randi Tei. Blandt de deltagende mænd og kvinder, der trods en alder på 50 år eller derover vejede mere end 85 kg, var forekomsten af knogleskørhed dog så lav, at man kunne overveje at undlade - og dermed også undgå at bekymre dem med - udredning. Til gengæld burde man overveje at udrede yngre patienter under 50 år med lav legemsvægt (under 55 kg for kvinder og 70 kg for mænd), hvis de brækker en knogle ved et mindre uheld”, pointerer Randi Tei.

## Patienter ønsker vished

Man skal tænke sig om, før man gør et menneske opmærksom på, at han eller hun muligvis har en

## Opsporing af knogleskørhed blandt mænd og kvinder med lavenergi-brud (794 deltagere):

### I målgruppen 18 år eller ældre:

14,9 % havde knogleskørhed – svarende til:  
18,7 % af kvinderne  
5,9 % af mændene

### I målgruppen 50 år eller ældre:

20,3 % havde knogleskørhed – svarende til:  
22,9 % af kvinderne  
9,6 % af mændene

PhD-studiet blev gennemført i et samarbejde mellem Aarhus Universitetshospitals Ortopædkirurgiske Afdeling, Akutafdeling og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling. Alle +18-årige, der i perioden 1. maj 2014 – 1. maj 2015 blev behandlet for et lavenergi-brud, blev tilbudt at være med i studiet.

PhD-studiet er realiseret ved hjælp af midler fra bl.a. Osteoporoseforeningen og Region Midts forskningsfond.



Ud af 794 deltagere havde 118 mænd og kvinder knogleskørhed – og 98 af dem vidste det ikke på forhånd. ”Det siger noget om, hvor mange vi kunne få fat i, hvis man lavede en målrettet opsporing på landsplan”, udtaler klinisk sygeplejespecialist, Ph.d Randi Tei. Fotograf: Rikke Tronhus

kronisk sygdom. For når man stilles over for tilbud om udredning, påtvinges man reelt et valg, for så snart tanken om risikoen er plantet i ens bevidsthed, kan den aldrig trækkes tilbage. Takker man nej, vil bekymringen, tankerne og usikkerheden hænge ved. Derfor kan det også være svært at afslå et sådant tilbud.

”Det skal man være bevidst om som sundhedsfaglig”, påpeger Randi Tei. ”Det er derfor, det er så afgørende at målrette tilbuddet

til de patienter, der har størst risiko for at have sygdommen.”

Randi Tei interviewede et udsnit af deltagerne for at blive klogere på, hvordan det er at blive stillet over for et valg om udredning for knogleskørhed. Selvom deltagerne på den ene side havde svært ved at sige nej, havde de på den anden side et stærkt ønske om at få vished. Visheden fejrer nemlig ængstelsen af bordet og betyder, at man får klarhed over, hvad man er oppe imod. Samtidig

lader det også til, at selve bevidstheden om risikoen for knogleskørhed motiverer den enkelte til at føre en mere knoglevenlig livsstil – uanset om han eller hun får stillet diagnosen.

”Det at præsentere en valgmulighed forpligter. For valget i sig selv afføder en masse spørgsmål, og det skal man fra sundhedsfaglig side være forberedt på og have et setup, der tager hensyn til. Der er tale om en indsats, der skal planlægges nøje”, slutter Randi Tei.

## Osteoporoseforeningens lægetelefon

Telefonen er åben for foreningens medlemmer hver torsdag kl. 16.00-18.00. Ved telefonen sidder overlæge Henrik M. Jensen, overlæge Torben Harsløf, læge Tanja Sikjær og læge Jakob Præst Holm.

