

AF: ANE SØBY ESKILDSEN
 FOTO: MORTEN FRIIS

Ny behandlingsvejledning til praktiserende læger

I disse dage færdiggøres en ny behandlingsvejledning for knogleskørhed til almen praksis. Vi har derfor sat formanden for arbejdsgruppen, praktiserende læge Johan Reventlow, stævne til en snak om, hvad der er nyt, og hvad patienterne kan forvente.

Når den praktiserende læge laver en behandlingsplan for en patient med knogleskørhed, så sker det på baggrund af faglige anbefalinger i den gældende behandlingsvejledning. Den seneste vejledning for knogleskørhed er over 20 år gammel, så den nye udgave er længe ventet.

”Formålet med vejledningen er, at lægerne får faglig viden og retningslinjer at bruge i samtalen med patienten. Samtidig beskriver vejledningen, hvilke opgaver almen praksis skal løse i forhold til knogleskørhed,” forklarer Johan Reventlow.

”Mit håb er, at de rigtige bliver behandlet, og at vi ikke sygeliggør folk. At vi får lavet de rigtige kontroller og får lavet en langsigtet plan for den enkelte, hvor vi både indtænker, hvad patienten selv kan gøre, den eventuelle relevante medicinske behandling, samt senere vurdering af eventuel pause/stop med behandling og efterfølgende kontrol,” forklarer Johan Reventlow og understreger, at retningslinjerne ikke kan stå alene, og at patienten altid skal inddrages i beslutningen.

”Lægen skal altid lave en individuel vurdering, hvor patientens ønsker, øvrige helbred og bivirkninger tages i betragtning. Hvis en patient ikke ønsker at tage medicin, så skal lægen og patienten have en dialog om, hvilke muligheder der så er.”

Valg af medicinsk behandling

Når lægen skal ordinere medicin, sker det på baggrund af vejledningens generelle rækkefølge for valg af præparat. I den knoglestyrkende behandling er Alendronat førstevalget, dernæst Aclasta (zolendronsyre) og endelig Prolia (denosumab). Til patienter med svær knogleskørhed anbefales en af de knogleopbyggende behandlinger: Forsteo m.fl. (teriparatid) og Evenity (romosozumab).

”Vi ved i dag en hel del om de forskellige behandlinger og kan se, at nogle typer medicin egner sig bedre til nogle patienter end andre. Den enkelte læge kan få hospitalets anbefaling på baggrund af skanningsresultatet. Til patienter, der ikke kan tåle Alendronat, anbefaler vi Aclasta, fordi den kun skal gives tre gange i modsætning til Prolia, som i princippet er en livslang behandling, som ikke må afbrydes. Derfor er behandlingen med Prolia mere belastende for patienten og sundhedsvæsenet. Men der kan stadig være individuelle hensyn, som vejer tungere,” forklarer Johan Reventlow.

Ved brud indenfor de seneste tre år, en T-score på $-2,5$ eller lavere og høj brudrisiko, kan man komme i betragtning

til knogleopbyggende behandling. De forskellige præparater har forskellige kriterier. Evenity gives pt. kun til kvinder efter overgangsalderen.

Ofte flere sygdomme samtidig

Johan Reventlow fortæller, at flere patienter over 60 år med knogleskørhed også har andre sygdomme. Lægen skal derfor lave en helhedsvurdering.

”Egen læge kender patienten godt og har en unik viden om eventuelle risikotilstande. Lægen kan derfor naturligt vurdere behandlingen ud fra et helheds-

perspektiv. Det kan være en 60-årig mand, som drikker for meget og spiser for lidt og nu er endt med knogleskørhed. Her skal egen læge først have styr på livsstilen og bagefter overveje medicin mod knogleskørhed,” forklarer Johan Reventlow.

Fokus på ikke-medicinske tiltag

Vejledningen har også fokus på den ikke-medicinske behandling og lægger vægt på knoglevenlig livsstil, herunder fysisk aktivitet, kalk og D-vitamin. Både lægen og sygeplejersken skal vejlede i dette i konsultationen og løbende følge op.

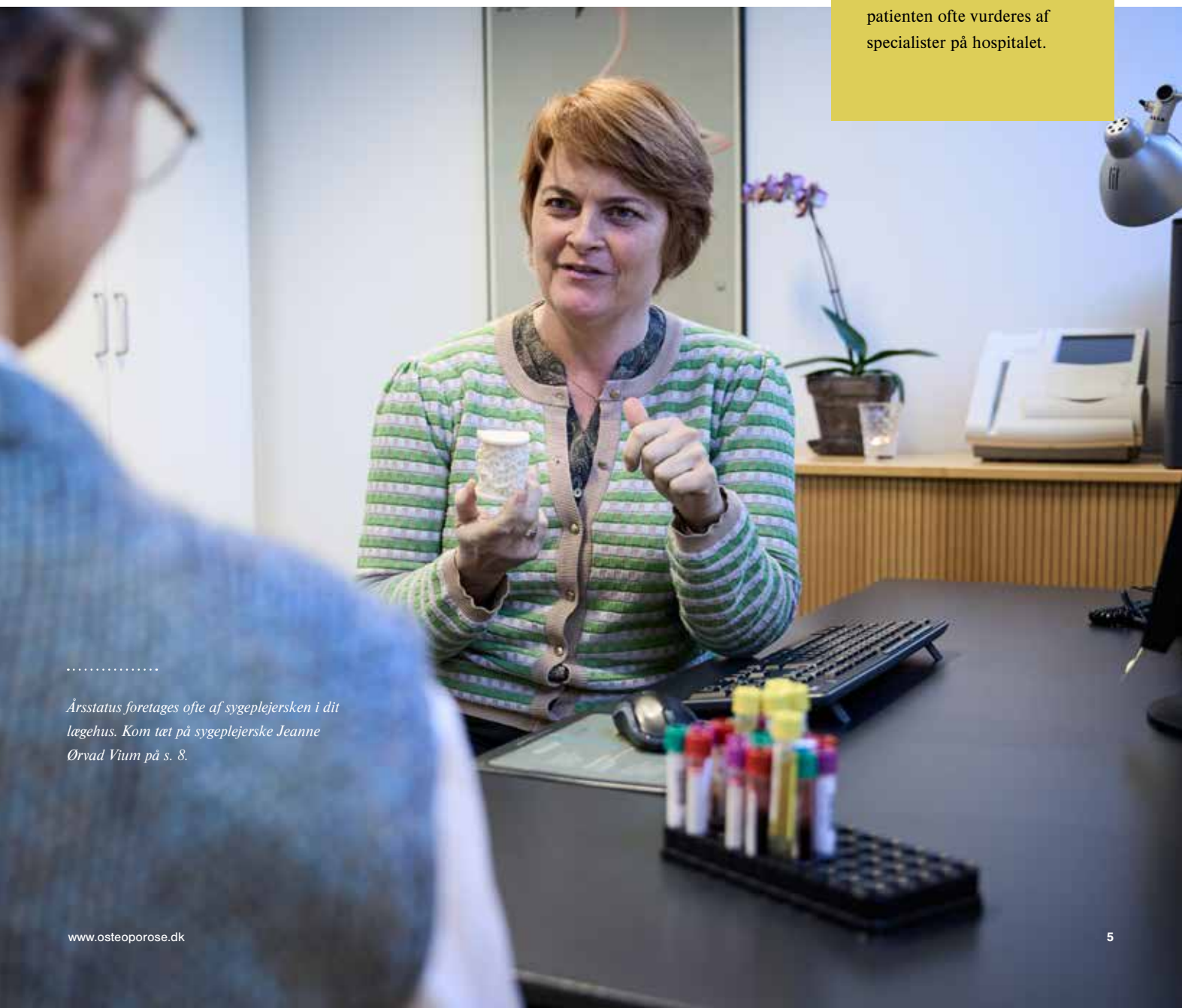


HVEM DÆKKER VEJLEDNINGEN?

Målgruppen for vejledningen er kvinder efter overgangsalderen og mænd over 60.

Yngre patienter skal vurderes individuelt, og mange skal henvises til specialister på hospitalet.

Ved nedsat nyrefunktion skal patienten ofte vurderes af specialister på hospitalet.



.....
 Årsstatus foretages ofte af sygeplejersken i dit lægehus. Kom tæt på sygeplejerske Jeanne Ørvad Vium på s. 8.



••

”Lægen skal altid lave en individuel vurdering, hvor patientens ønsker, øvrige helbred og bivirkninger tages i betragtning”

Johan Reventlow

”Mange patienter vil have glæde af at blive henvist til kommunale tilbud, fysioterapi eller til Osteoporoseforeningen, som kan give støtte og rådgivning. Eller deltage i fællesskaber med andre,” siger Johan Reventlow.

Opfølgning hos egen læge

Selvom vejledningen foreslår årlig opfølgning, skal det vurderes individuelt. De patienter, som ikke føler sig syge og problemfrit følger deres behandling, har ofte ikke samme behov for opfølgning som de patienter, der mærker store konsekvenser af deres knogleskørhed.

”Hvis vi giver folk medicin, så skal vi have styr på, hvad vi gør. Det er lidt specielt med knogleskørhed, for i virkeligheden er der ikke så meget at kontrollere i hverdagen. Og så alligevel. For er patienten ældre og tager medicin, så skal vi være sikre på, at deres nyretal er i orden. Det er også vigtigt at holde øje med, om medicinen tages rigtigt, for ellers virker den ikke. Og holde sig motioneret og aktiv og forebygge fald. Patienten må ikke blive bange for at bevæge sig,” forklarer Johan Reventlow.

Det enkelte lægehus vælger selv, hvordan opgaverne fordeles. Vejledningen anbefaler, at patienten starter med en konsultation hos lægen lige efter diagnosen er stillet. Her vælger lægen behandling i dialog med patienten og orienterer generelt om sygdommen, risici og knoglevenlig livsstil. Efter tre måneder følger sygeple-

jersken op på, om patienten følger behandlingen og den knoglevenlige livsstil. Herefter sker opfølgningen efter behov og typisk årligt til en såkaldt ”årsstatus” hos sygeplejersken. Til disse samtaler er der også afsat tid til dialog og spørgsmål.

Knoglemarkører

Hidtil har kontrolskanninger været den eneste mulighed for at vurdere effekten af behandlingen. Som et nyt tiltag lægger vejledningen op til at bruge knoglemarkører til patienter, som starter med Alendronat. En anbefaling som ligger i tråd med Det Europæiske Knoglemedicinske Selskab.

”Med knoglemarkører i en blodprøve kan vi allerede 3-6 måneder efter opstart se, om en behandling virker. Tidligere har det taget 2-3 år at se effekten på en DXA-skanning. Den hurtigere respons håber vi både kan fastholde flere i behandling og sikre, at flere tager deres medicin rigtigt. Viser prøven, at behandlingen ikke har en effekt, kan vi også hurtigere igangsætte ny behandling,” forklarer Johan Reventlow.

I dag er det kun omkring halvdelen af alle med knogleskørhed, som følger den ordinerede medicinske behandling. Det tal håber Johan Reventlow vil stige med anbefalingen. Udfordringen er imidlertid, at knoglemarkører i dag kun er implementeret i Region Hovedstaden. Region Sjælland ventes at følge trop i 2024, mens det er uklart, hvor hurtigt de øvrige regioner

følger med. Samtidig er det en ny praksis, som de praktiserende læger skal lære at kende og implementere.

”Mange steder er ventetiden til skanninger meget lang. Håbet er, at vi ved at bruge knoglemarkører kan reducere behovet for DXA-skanninger,” fortæller Johan Reventlow.

En anden udfordring med knoglemarkører er, at de helst skal tages fra starten af behandlingen for at have det mest optimale sammenligningsgrundlag. Patienter, der allerede er i behandling, får derfor ikke det fulde udbytte af denne mulighed.

Da knoglemarkører er et forholdsvist nyt område, skal et forskningsprojekt følge resultaterne. Projektet er en efterfølger af det projekt om knoglemarkører, som Osteoporoseforeningen støttede i 2022. ●



FAKTA OM DEN NYE BEHANDLINGS-VEJLEDNING

Består af faglige anbefalinger, som skal understøtte lægens og sygeplejerskens arbejde i almen praksis.

Indeholder faglige vurderinger og anbefalinger på baggrund af evidens og erfaringer med god klinisk praksis.

Er udarbejdet af DSAM - Dansk Selskab for Almen Medicin.

Har været i offentlig høring i 2023, hvor Osteoporoseforeningen har deltaget.

Ved redaktionens afslutning er vejledningen ikke endeligt udgivet.

Den forventes offentliggjort i begyndelsen af 2024 her:

www.dsam.dk/vejledninger