

# Informasjon og påminnelser ved økt risiko for beinskjørhet gir bedre oppfølging



Omtalt av Marita S. Fønhus og Atle Fretheim, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet

**Informasjon og påminnelser til fastlege og til personer med økt risiko for beinskjørhet gir bedre oppfølging av disse personene. Påminnelser gitt kun til fastlegen gir trolig også bedre oppfølging av personer med økt risiko for beinskjørhet. Det viser en Cochrane-oversikt.**

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om effekt av ulike tiltak rettet mot fastleger for å kunne gi god oppfølging og behandling av personer som har muskel- og skjelettplager. Her omtaler vi tiltakene som gjaldt oppfølging og behandling av personer med risiko for **beinskjørhet** (osteoporose). De ulike tiltakene ble sammenliknet med vanlig oppfølging.

### Informasjon og påminnelser til pasient og fastlege

Tiltakene bestod av at: 1) fastlege fikk påminnelser om oppfølging og behandling av personer med økt risiko for beinskjørhet og 2) at personer med økt risiko for beinskjørhet fikk pasientinformasjon og påminnelse om å dra til sin fastlege.



Illustrasjon: Colourbox

Resultatene viser at sammensatte tiltak der både personer med økt risiko for beinskjørhet og fastlegen deres får informasjon og påminnelser:

- øker antall personer som får utført beintetthetstester (høy tillit til resultatet)
- øker antall personer som får forskrevet beinskjørhetsmedisiner (høy tillit til resultatet)

## Resultattabell 1. Informasjon og påminnelser til pasient og fastlege

Resultater: hva skjer?	Vanlig oppfølging	Tiltak til pasient og fastlege	Tillit til resultatet <sup>1</sup>
<b>Måling av beintetthet</b> Når både pasient og fastlege får informasjon og påminnelser om oppfølging og behandling av beinskjørhet, får betydelig flere personer med beinskjørhet eller økt risiko for å få beinskjørhet, målt sin beintetthet	49 per 1000	220 per 1000 (124 til 390 per 1000)*	Stor ⊕⊕⊕⊕
<b>Medisiner mot beinskjørhet</b> Når både pasient og fastlege får informasjon og påminnelser om oppfølging og behandling av beinskjørhet, får betydelig flere personer forskrevet medisiner for beinskjørhet	131 per 1000	241 per 1000 (193 til 301 per 1000)*	Stor ⊕⊕⊕⊕



\* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. <sup>1</sup> Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

### Tiltak til fastlege

Tiltakene bestod av at fastlege fikk påminnelser om oppfølging og behandling av personer med økt risiko beinskjørhet. Resultatene viser at påminnelser til fastlegen:

- trolig øker antall personer som får utført beintetthetstester (middels tillit til resultatet)
- trolig øker antall personer som får forskrevet beinskjørhetsmedisiner (middels tillit til resultatet)

### Resultattabell 2. Påminnelser til fastlege

Resultater: hva skjer?	Vanlig oppfølging	Påminnelser til fastlege	Tillit til resultatet <sup>1</sup>
<b>Måling av beintetthet</b> Når fastlege får påminnelser om oppfølging og behandling av beinskjørhet, får trolig mange flere personer med beinskjørhet eller økt risiko for å få beinskjørhet målt sin beintetthet	38 per 1000	302 per 1000 (64 til 1000 per 1000)*	Middels 
<b>Medisiner mot beinskjørhet</b> Når fastlege får påminnelser om oppfølging og behandling av beinskjørhet, får trolig mange flere personer med beinskjørhet eller økt risiko for å få beinskjørhet forskrevet medisiner	102 per 1000	268 per 1000 (67 til 1000 per 1000)*	Middels 

\* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. <sup>1</sup> Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

## BAKGRUNN

### Hva er beinskjørhet?

Beinvev dannes og brytes ned hele tiden. Med alderen brytes beinet raskere ned enn det dannes. Denne utviklingen begynner omtrent når du er 35 år gammel. Når beinmassen tynnes ut, blir beinvevet mer porøst og mindre slitesterkt og man blir mer utsatt for beinbrudd med alderen. Beinskjørhet oppdages oftest i sammenheng med beinbrudd. Hofter (lårhals), underarm eller håndledd og rygg er de vanligste bruddstedene.

### Hvem får beinskjørhet?

Flere kvinner enn menn får beinskjørhet på grunn av hormonelle forskjeller: Når kvinner kommer i overgangsalderen, synker østrogennivået i kroppen. Dette påvirker balansen mellom dannelse og nedbryting av beinvev i retning av at beinvevet tynnes raskere ut. Kvinner i 50-årene kan være flere ganger mer utsatt for beinbrudd enn menn i samme alder. Ved siden av økende alder og kjønnsforskjeller (spesielt etter overgangsalderen), kan medisinbruk (steroider), sykdommer i fordøyelseskanalen (som cøliaki og Crohns sykdom), arv og livsstil/miljø (røyking, alkohol, usunt kosthold, lite sol, lite fysisk aktivitet) virke inn på risikoen for å utvikle beinskjørhet.

### Hvordan stilles diagnosen og hva er behandlingen for beinskjørhet?

Diagnosen stilles ved hjelp av måling av beinmineraltetthet, også kalt beintetthet. Behandlingen retter seg etter årsaken til osteoporosen. Tilførsel av kalsium og D-vitamin er grunnbehandlingen. Den viktigste gruppen medikamenter for å bremse nedbryting av bein er bisfosfonater (som alendronat, risedronat, etidronat, ibandronat og zoledronat). Østrogener har vært mye brukt, men omfanget er redusert grunnet risiko for bivirkninger. Andre midler er blitt

tilgjengelig de senere år, blant annet tilførsel av syntetisk parathyroideahormon. (Kilder: Store medisinske leksikon, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet)

### HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i november 2013, og fant 30 studier som omhandler personer med muskel- og skjelettplager. Av disse handler 11 studier om personer med, eller med økt risiko for å utvikle beinskjørhet. Seks av studiene ble utført i Canada og fem i USA. Av disse 11 handlet åtte studier om sekundærforebygging av beinskjørhet hos personer med tidligere beinbrudd og en økt risiko for å utvikle beinskjørhet. Her har vi omtalt funn fra fem studier om beinskjørhet som forfatterne laget meta-analyse av med til sammen 4223 personer med økt risiko for beinskjørhet. Økt risiko ble definert som å ha hatt tidligere beinbrudd og være over 50 år. I tre av studiene fulgte retningslinjer med som del av informasjonsmateriell gitt fastlegen. Påminnelser kunne være elektroniske eller skriftlige og hovedsakelig med informasjon om tidligere testresultat for beintetthetstester og eventuelt informasjon om tidligere beinbrudd og derfor behov for videre oppfølging. For utfallet «medisiner mot beinskjørhet» var type medikamenter kun oppgitt for én studie. Oppfølgingstiden var seks til tolv måneder.

### KILDE

Tzortziou Brown V et al. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD007495.