UDKAST

# BILAG

# 13. Rutiner i praksis

**Hvem skal undersøges?**

Der skal ikke laves generel opsporing af osteoporose i almen praksis, men der er personer, hvor den praktiserende læge kan være proaktiv og selv bringe emnet op.

Det bør tilstræbes at leve en knoglevenlig livsstil gennem hele livet og uafhængigt af om man er ung, midaldrende eller ældre, eller om man har osteoporose eller ej. Hvis man bliver opmærksom på at en person ikke lever en knoglevenlig livsstil, kan det overvejes om der kan gøres noget ved det på det aktuelle tidspunkt eller udskyde samtalen til et mere passende tidspunkt. Det kan overvejes rutinemæssigt at diskutere knoglevenlig livsstil hos den unge, midaldrende og ældre når de kommer i anden sammenhæng eller i forbindelse med de nationale screeningsprogrammer for anden sygdom.

Når udredning for osteoporose igangsættes skal det sikres at det vil have en behandlingsmæssig konsekvens og at der er velvillighed til at indtage anti-osteoporotisk medicin i mange år. Det er vist at det at få diagnosen osteoporose har negative konsekvenser for personens opfattelse af eget helbred og mindsker den fysiske aktivitet, på trods af at osteoporosen evt. aldrig har givet symptomer.

Det er svært at vægte risikofaktorer og betydningen af disse. Det vil altid være et individuelt skøn og der kan ikke laves et entydigt skema eller flowchart over dette. Hver enkelt risikofaktor kan vægtes og den samlede belastning af risikofaktorer må vurderes. F.eks. vil en genetisk disposition formentlig ikke betyde noget, hvis årsagen er at personens mor blev diagnosticeret med osteoporose i 85-års alderen uden at have haft brud, mens genetisk disposition formentlig har betydelig vægtning hvis der er tale om at personens mor havde haft flere osteoporoserelaterede brud i 60-års alderen. Epikriser om brud der kan være osteoporoserelaterede kan være en anledning til at overveje udredning.

Ved prednisolonbehandling skal osteoporose forebyggelse altid overvejes. Det er vigtigt med tilstrækkeligt D-vitamin og kalk, og der vil ofte være behov for tilskud. Prednisolonbehandling der forventes at overstige 5 mg dagligt i 3 måneder eller en akkumuleret dosis på 450 mg årligt skal lede til overvejelse om DXA tidligt i behandlingen. Se afsnit xx.

Mange kroniske sygdomme kan øge risikoen for at udvikle osteoporose og derfor skal osteoporose indtænkes i disse sygdommes kontroller og behandling.

Osteoporose bringes op i samtale ved relevante brud, svær genetisk disposition, udtalte risikofaktorer eller en kombination af risikofaktorer.

Ved prednisolonbehandling skal osteoporoseforebyggelse altid overvejes.

Ved sygdomme der kan medføre osteoporose, skal osteoporose indtænkes i kontroller og behandling.

**Opfølgning i praksis ved osteoporose**

1. Opfølgning af personer der har øget risiko for at udvikle osteoporose.

2. Opfølgning af patienter sat i behandling med bisfosfonat.

3. Opfølgning af patienter sat i behandling med denosumab.

4. Opfølgning af patienter efter afsluttet behandling.

5. Opfølgning af patienter i behandling med prednisolon.

***1. Opfølgning af personer der har øget risiko for at udvikle osteoporose***

Disse personer vil udgøre en meget forskelligartet gruppe. Mange vil have en kronisk lidelse, som i sig selv berettiger et årligt statusbesøg, hvor risikoen for osteoporose kan overvejes. Under alle forhold er det vigtig at sikre en knoglevenlig livsstil og sufficient D-vitamin og kalk.

Hvis ikke der er grund til et årigt statusbesøg pga. anden lidelse, kan en ny kontrol aftales, som typisk vil ligge fem eller ti år frem i tiden, afhængigt af årsagen til osteoporosemistanken.

***2. Opfølgning af personer sat i behandling med bisfosfonat***

Start

Før behandling skal tages P1NP.

Der sikres at eGFR > 35 mL/min/1,73 m2, D-vitamin 70-110 nmol/l og at der ikke foreligger hypocalciæmi.

Patienten instrueres i medicinindtagelse.

Højde noteres og gentages ved behov ved senere opfølgende besøg

3 måneder

P1NP gentages for at vurdere effekten af behandlingen. Hvis faldet i P1NP er ≥ 30% sammenlignet med værdien før behandlingsstart, må medicin betragtes som at have den ønskede effekt. Hvis faldet er ≤ 30% må årsagen forsøges lokaliseret og korrigeret. Hvis der ikke en nogen oplagt årsag, må medicinskifte overvejes.

Der spørges ind til, hvordan patienten har det, eventuelle bekymringer, opfattelse af sygdommen, medicinbivirkninger, adhærence til behandlingen og sikres at medicinen tages korrekt. Der skal opfordres til knoglevenlig livsstil. Mange vil være bekymrede for at brække noget, og det er meget vigtigt at sikre at diagnosen ikke begrænser deres udfoldelsesmuligheder. Henvis gerne til Sundhedsstyrelsens app ”Mine Knogler”.

Statusbesøg

Det er ikke strengt nødvendigt med en årlig kontrol, men ofte vil det give god mening at tale med patienten årligt om, hvordan det går. Mange kommer i forvejen til en årsstatus, og så kan det medtages der, hvis det tidsmæssigt kan nås og giver mening.

Knoglevenlig livsstil og fastholdelse af behandlingen er vigtig. Det er vigtigt, at bisfosfonat indtages på den rigtige måde, da den ellers ikke virker. Desuden er det vigtigt at sikre, at personen tager relevante mængder af D-vitamin og kalk.

Det kan overvejes at kontrollere nyrefunktionen og sikre at eGFR > 35 mL/min/1,73 m2. Er eGFR < 50 mL/min/1,73 m2 vil der ofte være behov for hyppig kontrol af nyrefunktionen.

Ved mistanke om mistanke om manglende adhærence, kan der evt. tages knoglemarkør.

Vores anbefaling at der efter 2-3 år under alle forhold laves en årsstatus. Her gennemgås den samlede situation, knoglevenlig livsstil diskuteres, og nyrefunktion og D-vitamin niveau kontrolleres. Hvis knoglemarkørerne har vist sikker effekt af behandlingen, er det typisk først nødvendigt med DXA-skanning efter 5 års behandling. I tilfælde hvor der er tale om en invaliderende osteoporose eller meget lav T-score, vil det ofte være fornuftigt at foretage DXA-skanning efter 2-3 år, for med større sandsynlighed bekræfte effekten af behandlingen.

Efter 5 år

Der foretages DXA-skanning. Hvis T-score ≥ -2,5 og patienten ikke har haft sammenfald i ryggen eller hoftenært brud indenfor de sidste år, kan behandlingen afsluttes. Der fortsættes dog med kalk og D-vitamin tilskud i relevante doser, og det sikres at patienten fortsat er opmærksom på knoglevenlig livsstil.

Ved behandlingssvigt må en årsag forsøges fundet og ellers må der skiftes til anden behandling eller henvises til specialist.

***3. Opfølgning af patienter sat i behandling med denosumab***

Start

Patienten informeres om at tidsintervallet på 6 måneder overholdes og at behandlingen principielt er livslang og ved ønske om ophør skal gives bisfosfonat. Desuden er det vigtigt at sikre, at personen tager relevante mængder af D-vitamin og kalk. Der kontrolleres at eGFR > 35 mL/min/1,73 m2, D-vitamin 70-110 nmol/l og at der ikke foreligger hypocalciæmi.

Hver 6. måned

I forbindelse med injektion spørges ind til bivirkninger og opfattelse af sygdommen. Der diskuteres og opfordres til knoglevenlig livsstil.

Denosumab injiceres hver 6. måned livslangt. Der må ikke foreligge hypocalciæmi ved injektion, men der er ikke nødvendigvis behov for kontrol før hver injektion, mindst årligt, ved ustabile patienter før hver injektion.

***4. Opfølgning af patienter efter afsluttet behandling***

Patientens samlede situation, risikoprofil og ønsker diskuteres. Ud fra det aftales behov for fortsatte kontroller og hyppigheden. Ikke hyppigere end hvert andet år og ofte vil hvert 5. år være et rimeligt interval. Hvis der forekommer brud eller nytilkomne risikofaktorer må situationen revurderes.

Under alle forhold er det vigtig af sikre en knoglevenlig livsstil og sufficient D-vitamin og kalk indtag.

***5. Opfølgning af patienter i behandling med prednisolon***

Hos mange prednisolonbehandlede patienter er der indikation for at forebygge et steroidinduceret knogletab. Hos nogle vil man finde en regelret osteoporose og her behandler man efter vanlige retningslinjer.

Ved osteopeni ifm. prednisolonbehandling vil der typisk være indikation for forebyggende behandling med bisfosfonat. Her kan man også benytte knoglemarkører for at sikre behandlingseffekt, men man skal være opmærksom på at kun CTX (som skal tages fastende) kan benyttes grundet prednisolon i sig selv hæmmer udskillelsen af P1NP. Den forebyggende behandling fortsættes indtil 1 år efter ophør af prednisolon. Der er ikke i sig selv indikation for fornyet DXA-skanning, men ofte vil grundlidelsen være årsag til i fremtiden at gentage DXA-skanningen.

Det er vigtigt at diskutere knoglevenlig livsstil og samtidigt sikre sufficient D-vitamin og kalk tilskud.

**Uddybende kommentarer til opfølgning og kontroller**

Generelt er det vigtigt at motivere og oplyse patienterne, så de selv kan tage ansvar for deres knoglesundhed og ikke lader bekymringer føre til inaktivitet. Det er vigtigt med motion og bevægelse, som samtidig styrker balance og koordination. Her kan Sundhedsstyrelsens app ”Mine knogler” være en god hjælp og støtte.

Det er vigtigt at sikre en god og varieret kost med et tilstrækkeligt indhold af kalk. Herudover bør det sikres at kosten har et sufficient kalorieindhold, så normalvægtige og undervægtige som minimum ikke taber sig.

Hvis kosten ikke kan dække kalk behovet må der suppleres med tilskud. Der vil typisk altid være behov for tilskud af D-vitamin.

Rygere opfordres til at ophøre og tilbydes vanlige rygestopforløb. Alkoholindtag bør ikke overstige de generelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

Der skal være opmærksomhed på medicin der sløver eller udløser svimmelhed (eks antidepressiva, psykofarmaka, benzodiazepiner, sovepiller, antikolinergika), giver ortostatisme (eks antihypertensiva, diuretika, PDE-5 hæmmere) og medfører nedsat evne eller lyst til bevægelse (eks statiner, betablokkere).

Muligheden for at anvende hoftebeskyttere, fast eller ved bestemte situationer må også diskuteres jævnligt med patienterne.

Syn bør også diskuteres med patienterne og sikres godt lys i hjemmet, når det er mørkt. Fjernelse af løse tæpper, ledninger eller andet, der kan faldes over. Evt. en trådløs/mobil telefon til at have på sig, så man ikke løber efter en telefon, der ringer.

Eventuelt en mobil telefon, til at tage med sig ved gang uden for hjemmet, så personen kan føle sig tryg, og rent faktisk går tur, og ikke bliver hjemme pga. bekymringen for at falde.

Adhærence er generelt en udfordring ved behandling af en tilstand eller risikofaktor, som ikke umiddelbart giver symptomer.

Personens forståelse af tilstanden, effekt og bivirkninger ved behandling, og fulde accept af behandlingen er afgørende. Det er meget forskelligt, hvor meget patienterne ønsker og kan huske på forskellige tidspunkter, og der skal derfor altid være mulighed for at komme til ny konsultation for at diskutere tvivlsspørgsmål. For nogen kan DXA-skanning være en motiverende faktor, men er en dyr løsning for at motivere personen.

**Behandlingssvigt**

Et brud under behandling behøver ikke at være udtryk for behandlingssvigt, da udgangspunktet for behandlingen jo er at knoglerne er skøre. Det kan dog være anledning til at genoverveje om der kan gøres andet og revurdere adhærence.

Ved gentagelse af DXA-skanning skal der være opmærksomhed på, at der er en naturlig variation på målinger, og den øges, hvis det er forskellige apparater der bliver anvendt. Hvis der er fald i T-score ≥ 0,3 SD, må det betragtes som behandlingssvigt og årsagerne skal overvejes. Hvis der ikke kan gøres mere i almen praksis, må patienten henvises til specialist.

**Hvem varetager udredning og opfølgning?**

Indikationen, diagnose og den indledende konsultation bør være med læge, og det vil også være rimeligt ved midtvejs og afsluttende kontrol. Hvis der er mellemliggende egentlige årskontroller kan de gennemføres ved sygeplejerske.

***Forslag til organisering i praksis (ved behandling med peroral bisfosfonat)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tid  | Ved. | Indhold |
| 0 | Læge | Indikation og start af behandling, efter forudgående udredning. Generel orientering. Forståelse af effekt og risici. Knoglevenlig livsstil. Kalk og D-vitamin tilskud. Evt. knoglemarkør. |
| 3 måneder | Sygeplejerske eller læge | Komplians, adhærence, bivirkninger og tvivlsspørgsmål. Kalk og D-vitamin tilskud. Knoglevenlig livsstil.Evt. knoglemarkør. |
| Midtvejskontrol efter 2-3 år | Sygeplejerske eller læge | Komplians, adhærence, bivirkninger og tvivlsspørgsmål. Kalk og D-vitamin tilskud. Knoglevenlig livsstil.Evt. kontrol nyrefunktion.Ved svær eller hurtigt udviklet osteoporose, kan en ny DXA-skanning overvejes, men ellers vil det som regel ikke være nødvendigt.  |
| 5 år  | Sygeplejerske eller læge | Ophør med behandling? Fortsatte kontroller? Kalk og D-vitamin tilskud. Knoglevenlig livsstil. Henvisning til DXA-skanning. |
| > 5 år | Sygeplejerske eller læge | Afhænger af om der er behov for fortsat behandling eller om der er tale om afsluttet behandling. |

***Forslag til organisering i praksis (ved behandling med denosumab)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tid | Ved  | Indhold |
| 0 | Læge | Der vil typisk være forsøgt peroral bisfosfonat og behov for behandlingsskifte.Evt. kontrol nyrefunktion og sikre der ikke er hypocalciæmi.Sikre at patienten forstår vigtigheden af adhærence til behandlingen. |
| Kort efter | Sygeplejerske eller læge | Inj. denosumab.  |
| Hvert ½ år livslangt | Sygeplejerske eller læge | Inj. denosumab.Bivirkninger, usikkerhed, knoglevenlig livsstil, og kalk og D-vitamin tilskud.Evt. kontrol nyrefunktion og sikre der ikke er hypocalciæmi. |

Ved ønsker om ophør med behandling skal der gives bisfosfonat. Dette kan eksempelvis være ét års alendronat behandling eller én i.v. zoledronsyre.

# 15. Standard fraser

**Osteoporose læge ved diagnose frase**

S: Årsag til undersøgelse Risikofaktorer, forventninger

O: BMI Højde og vægt

Dxa

Nyrefunktion , calcium og d vitamin) og knoglemarkører

Diagnose:

Plan

Behandling:

1:KRAM inkl D og kalk.

2: kommunale tilbud/ Sundhedsstyrelsen app mine knogle

3: evt medicinsk behandling Anslået Beh Varighed

Kontrolhyppighed

Ny tid givet recepter til næste kontrol

**Frase status mellem (års) status**

Sygeplejerske eller læge.

P : siden sidst Compliance KRAM inklusiv tilskud

O Vægt og højde gennemgang af evt blodprøver Evt nyre og D vit knoglemarkør /dxa

Plan

FMK ajourført

Ny tid givet