

Vårdprogram osteoporos

- behandling och prevention efter lågenergifraktur

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa. Regionala vårdprogram tas fram av medarbetare i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Vårdprogram fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Innehåll

1. Förord	3
2. Inledning	4
3. Giltighetstid	5
4. Vårdprogramsgrupp	5
5. Förankring	6
6. Uppdrag	6
7. Avgränsning	6
8. Definition och epidemiologi	6
9. Diagnostik	8
10. Screening	9
11. Behandlingsstrategier	10
12. Behandling	11
13. Informationsöverföring till primärvården	12
14. Ansvarsfördelning	13
15. Kvalitetsindikatorer	13
16. Ekonomiska aspekter	13
17. Referenser	14

1. Förord

Samhällets totala kostnad för osteoporos och osteoporosfrakturer uppgår till mer än fem miljarder kronor per år. Enligt Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar” kan prevention och behandling förhindra upp till hälften av alla osteoporosorsakade frakturer. Idag får mindre än 14 procent av alla kvinnor som drabbats av osteoporosfraktur rätt behandling. Inför 2014 har Region Skåne fattat beslut om att förändra detta och på olika sätt förbättra omhändertagandet av patienter med osteoporos för att minska onödigt lidande och onödiga samhällskostnader. Detta vårdprogram är en viktig del i denna satsning. Undertecknade fastställer härmed detta vårdprogram som ska vara normgivande inom all verksamhet som drivs i Region Skånes regi – såväl offentlig som privat.

Malmö 2013-11-15

Ingrid Bengtsson-Rijavec
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Rita Jedlert
Biträdande medicinsk direktör

FÖRÄNDRINGAR I REVIDERAD VERSION 2018:

- Screeningåldern höjs till 50 år eftersom de yngre i mycket liten grad haft behov av fraktureförebyggande åtgärder och resurser bör satsas där behovet är störst. Screening efter höftfraktur kvarstår oavsett ålder
- Förenklad behandlingsmodell för individer över 80 år med typisk osteoporosfraktur
- Direktremiss till fysioterapeut i primärvården för fallförebyggande träning och fysisk aktivitet (se bilaga)
- Förtydligande av behandlingsstrategier

Lund 2018-05-07

Anna Holmberg
Överläkare, VO ortopedi, SUS
Huvudansvarig för revideringen

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Anna Holmberg	Överläkare, VO Ortopedi, SUS	anna.holmberg@skane.se
Ursprungligt vårdprogram fastställt 2013 av	Ingrid Bengtsson- Rijavec	Hälso- och sjukvårdsdirektör	
Granskat av	Terapigrupp osteoporos (se även under rubriken förankring)		
Kontaktperson Koncernkontoret	Johanna Glad	Apotekare	johanna.glad@skane.se
Administrativ kontaktperson	Sven Oredsson	Enhetschef	sven.oredsson@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version 1.0.0	2013-11-15	2018-05-07	Anna Holmberg
Revidering 1.1.0	2018-05-08	2020-05-31	Anna Holmberg
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Sökord

2. Inledning

Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar” 2012 visar att frakturer orsakade av osteoporos innebär en stor kostnad för samhället och på individnivå ofta leder till inskränkt autonomi och förtidig död (1). År 2003 uppskattades den samhällsekonomiska kostnaden för osteoporos och osteoporosfrakturer till 3,5 miljarder/år men de i dag gällande siffrorna är 13 miljarder/år varav ca 2 miljarder i region Skåne (2). Internationella studier visar att systematisk riskvärdering (screening) av alla patienter med osteoporosrelaterade frakturer minskar risken för nya frakturer, framför allt kotkompressioner (3). I ”Öppna jämförelser 2014” konstaterades att endast 18% av kvinnor med osteoporosrelaterade frakturer får läkemedelsbehandling (4), trots att en tidigare fraktur är en stark riskfaktor för ny fraktur och trots att sekundärprevention efter fraktur är mycket kostnadseffektivt.

Vårdprogrammet beskriver processen hur man bland akuta frakturpatienter identifiera patienter med extra hög framtida frakturrisik, vilken diagnostik som bör användas samt lämpliga behandlingsstrategier. Här definieras också vilka ansvarsområden som gäller för primärvård respektive slutenvård.

Vårdprogrammet har successivt under tre år implementerats. Frakturincidensen i Skåne har under denna tid varit konstant, och en liten ökning av läkemedelsbehandling efter fraktur har registrerats. För att förbättra genomslagskraft och öka följsamhet har vårdprogrammet reviderats.

Målet är att öka behandlingsnivåerna och på sikt minska frakturincidensen

3. Giltighetstid

Detta vårdprogram fastställdes i sin första version 2013 och har nu reviderats med förnyad giltighetstid till 2020-05-31.

4. Vårdprogramsgrupp

Huvudansvarig: Anna Holmberg, Överläkare VO ortopedi, Skånes universitetssjukhus

Övriga deltagare:

- ▶ Beata Dudarenko, Överläkare, VO Primärvård-Rehabilitering-Omsorg, Hälsostaden Ängelholm
- ▶ Johanna Glad, Apotekare, Område Läkemedel, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning
- ▶ Tomas Kanter, Specialist i allmänmedicin, informationsläkare, Område Läkemedel
- ▶ Margaret Eliasson, Specialist i allmänmedicin, Verksamhetscontroller, Div. 5 Skånes universitetssjukvård

Ansvariga från avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning: Johanna Glad, område läkemedelsstyrning och Sven Oredsson, enhetschef, medicinsk rådgivare.

5. Förankring

Vårdprogrammet har utgått från terapigrupp osteoporos och förankrats i Kunskapsgruppen för rörelseorganens sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen samt AKO i Region Skåne. Ursprungligt vårdprogram har också gått på remiss till samtliga verksamhetschefer inom ortopedi och primärvård i Region Skåne samt till övriga landsting inom Södra Sjukvårdsregionen.

6. Uppdrag

Vårdprogram för behandling av osteoporos efter lågenergifraktur fastställdes primärt 131115. På uppdrag av Sven Oredsson, enhetschef, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning har revidering av vårdprogrammet genomförts under 2017/2018.

7. Avgränsning

Vårdprogrammet fokuserar på män och kvinnor över 50 år som ådragit sig en eller flera lågenergifrakturer eller spontanfrakturer (t.ex. kotkompressioner), där ett samband med osteoporos kan misstänkas. Ingen övre åldersgräns finns.

Vårdprogrammet kan i modifierad form även användas för individer utan osteoporosrelaterad fraktur men med hög frakturrisik.

8. Definition och epidemiologi

Osteoporos är en systemisk skelettsjukdom med låg bentäthet och derangerad mikroarkitektur i skelettet och därmed sänkt hållfasthet och ökad frakturrisik. Bentäthet mäts med dual X-ray absorptiometri (DXA), vanligen i höft och ländrygg, och resultaten anges som T-scores.

Diagnosen osteoporos ställs enligt internationella riktlinjer från WHO (1994) när den uppmätta benmassan är lägre än 2,5 standarddeviationer under medelvärdet för benmassa hos unga.

Nästan en tredjedel av alla 70-åriga kvinnor i Sverige har osteoporos och cirka 25 procent av alla kvinnor mellan 65 och 70 år har drabbats av en eller flera frakturer (3). Dessa kvinnor har starkt förhöjd risk för att drabbas av nya frakturer senare i livet. Varje år inträffar ungefär 70 000 osteoporosfrakturer i Sverige, varav cirka 16 000 är höftfrakturer, och i Skåne behandlas varje år ca 8000 patienter på grund av någon typ av osteoporosfraktur (Tabell 1). De största kostnaderna är relaterade till höftfrakturer, men även kotfrakturer genererar höga kostnader och permanenta besvär (5). På grund av diffus symptomatologi är det bara en tredjedel av patienterna med kotfraktur som aktivt söker vård.

Tabell 1 Antal osteoporosfrakturer i Skåne 2010

Handled	2400
Höft	2100
Kota	1400
Axel	1300
Bäcken	800

Etiologin till osteoporosfrakturer är multifaktoriell, med starka och svaga riskfaktorer (Faktaruta 1). Studier visar att behandling med osteoporosläkemedel under tre år kan reducera frakturrisken med 30-50 % hos högriskindivider, framför allt kotkompressioner (6).

Faktaruta 1

Vanliga riskfaktorer för osteoporosfraktur

STARKA RISKFAKTORER

- Osteoporos
- Hög ålder (kronologiskt och biologiskt)
- Tidigare fraktur
- Höft- kotfraktur hos förälder
- Kortisonbehandling >3 månader

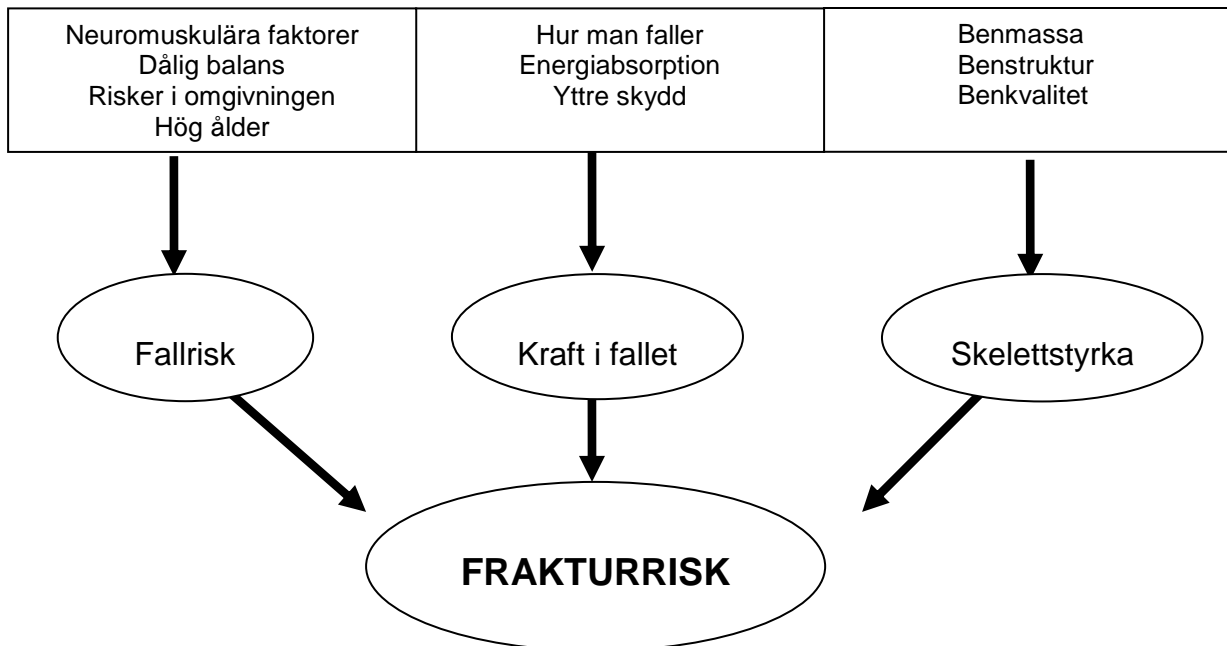
SVAGA RISKFAKTORER

- Lågt BMI (< 17)
- Låg fysisk aktivitet
- Rökning
- Falltendens
- Dålig syn
- Malnutrition

Frakturer orsakas av interaktioner mellan skelettets hållfasthet, fallrisk och kraftpåverkan vid olycksfallet (se Figur 1). Maximal skelett- och muskelstyrka uppnås i trettioårsåldern och minskar i takt med åldrande och ökande komorbiditet. Frakturer särskilt associerade med försvagat skelett är höft-, bäcken-, kot-, handled- och axelfrakturer.

Figur 1

Bakomliggande orsaker till osteoporosfrakturer



9. Diagnostik

Bedömningen av frakturrisk baseras på kliniska riskfaktorer och vid behov en bentäthetsmätning. FRAX - Fracture Risk Assessment Tool (8) beräknar risken för uppkomst av osteoporosfrakturer och specifikt höftfrakturer under kommande 10-årsperiod. FRAX kan beräknas både med och utan bentäthetsmätning och för män och kvinnor 40-90 år. Vid FRAX >15 % kan remiss till bentäthetsmätning övervägas, vid FRAX >30% finns indikation för frakturförebyggande åtgärder inklusive läkemedelsbehandling. Direktlänk till FRAX finns i PMO (upplysning – mätinstrument).

Faktaruta 2

Riskfaktorer som ingår i FRAX

- tidigare osteoporosfraktur
- höftfraktur hos förälder
- peroral kortison-behandling >3 månader
- reumatoid artrit
- rökning
- alkoholkonsumtion
- sekundär osteoporos (inflammatorisk tarmsjukdom, hypogonadism, hypertyroidism, antiepileptika, anorexi m.fl.)
- bentäthet i lårbenshalsen (inte nödvändig för beräkning)

Flera viktiga riskfaktorer saknas i FRAX - antal frakturer, typ av fraktur, fallrisk samt vid kortisonbehandling dos och behandlingstid.

10. Screening

Alla akuta frakturpatienter över 50 år, både inom öppenvård och slutenvård, identifieras och screenas för framtida risk för fraktur. Screeningen genomförs av frakturkoordinatorer. Dessa finns på alla enheter som bedriver akut ortopedi och som initialt tar hand om frakturpatienter. Deras uppdrag är identifiering av frakturpatienter, riskscreening, kompletterande utredning, rekommendation av åtgärder samt överföring av information till primärvården. Utredning genomförs vid behov inom slutenvården, medan läkemedelsbehandling och uppföljning oftast sker inom primärvården. Detta initieras via remiss från slutenvården.

Screeningkriterier

Ålder

Alla frakturpatienter över 50 år bedöms. Individens ålder och hälsa påverkar utredningens omfattning och åtgärdernas inriktning eftersom de äldsta med fraktur ofta är sköra ur alla hälsoaspekter.

Frakturtyp

Alla lågenergifrakturer är aktuella för screeningprogrammet förutom hand-, finger-, fot-, tå- och skall-frakturer. Vid höftfraktur screenas alla patienter oavsett ålder.

Screening – steg för steg

1. Identifiering av frakturpatient

Olika metoder kan användas - journalutdrag, operationsplaneringssystem, patientliggare, diagnosregister, mottagningslistor.

2a. Screening inom slutenvård

Frakturkoordinatören gör en riskvärdering under vårdtillfället och initierar vid behov vidare utredning. (Riskvärderingsformulär – bilaga 1) Efter utredning utfärdas rekommendationer angående sekundärprevention. Remiss sänds till primärvården för vidare handläggning.

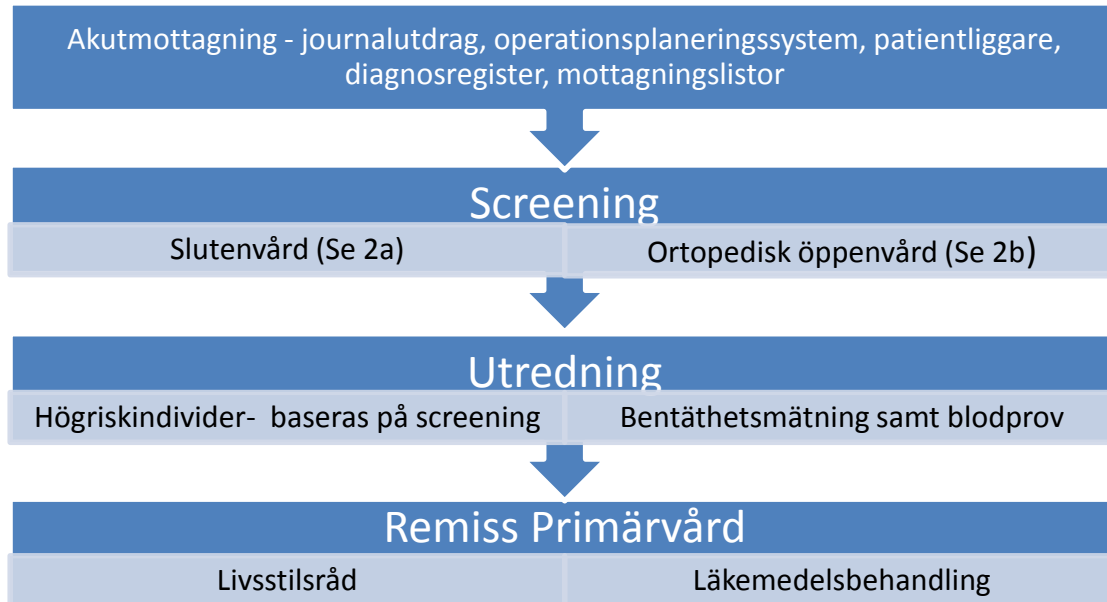
2b. Screening inom ortopedisk öppenvård

Frakturkoordinatören skickar brevlades screeningformulär till frakturpatienter. Om brevsvaret indikerar hög risk för fraktur genomförs utredning och baserat på denna utfärdas rekommendationer angående sekundärprevention. Remiss sänds till primärvården för vidare handläggning.

Frakturkoordinatören skapar också förutsättningar för att screening kan göras på den ortopediska mottagningsenheten.

Figur 2

Systematisk osteoporosscreening görs av frakturkoordinatörer



11. Behandlingsstrategier

Patienter med låg frakturrisik ($FRAX < 20$) behöver ingen läkemedelsbehandling men informeras om vikten av ett hälsosamt leverne (bilaga 2).

För patienter med hög frakturrisik ($FRAX > 30$, samt med höft/kotfraktur oberoende av $FRAX$ -värde):

- För individer med minst två års förväntad överlevnad och tolerans för läkemedelsbehandling görs osteoporosutredning - bentäthetsmätning och ev. blodprover. Efter utredning skickas remiss med rekommendation angående läkemedelsbehandling till primärvårdsenheten (bilaga 3) och direktremiss till fysioterapeut för fallförebyggande träning och balansträning (bilaga 4).
- För individer över 80 år med typisk osteoporosfraktur är bentäthetsmätning inte nödvändig. Remiss med rekommendation angående läkemedelsbehandling skickas till primärvårdsenheten (bilaga 3) och direktremiss till fysioterapeut för fallförebyggande träning och balansträning (bilaga 4). Om förutsättningar finns på den akuta ortopedienheten kan läkemedelsbehandling initieras redan under sjukhusvistelsen (se bilaga 5).
- Vid hög frakturrisik, begränsad överlevnad och där läkemedelsbehandling inte är aktuell är övriga frakturprevention åtgärder mycket viktiga (fallprevention, undvika sederande

läkemedel, yttre höftskydd mm). Patient och anhöriga informeras om lämpliga åtgärder. Information till patientens primärvårdsenhet via epikriskopia.

12. Behandling

Frakturbehandling – primär och sekundär

Primär behandling

Behandlingssyftet är att återställa funktion och möjliggöra belastning. Frakturbehandling medför ändå ofta immobilisering och temporär avlastning av den skadade kroppsdel. Patienten behöver därför hjälp att komma igång med fysisk aktivitet och att träna upp förlorad rörlighet. Många får trots detta permanent funktionsinskränkning.

Sekundär behandling - frakturprevention

Osteoporos bidrar till frakturuppkomst och den sekundära behandlingen riktas mot att stärka skelett och minska benförlust. Generell frakturprevention sker via förändring av livsstilsfaktorer, fysisk träning samt kunskapsökning bland patienter och vårdgivare. Specifik prevention sker med hjälp av läkemedel.

Osteoporosprevention - hälsoinriktade aspekter

Ändrade livsstilsfaktorer

De livsstilsfaktorer som har störst negativ effekt på skelettet är rökning, dålig kost och låg fysisk aktivitetsnivå. Alla frakturpatienter bör informeras både muntligen och skriftligen om livsstilsfaktorers betydelse för frakturrisik och rökare bör erbjudas hjälp till rökstopp.

Kost

Allsidig kost, rik på kalcium behövs för skelettets utveckling. Kalcium och vitamin D behövs hos äldre för att motverka sekundär hyperparatyroidism.

Fysisk träning och fallprevention

Viktbelastande träning av skelettet gör att bentätheten bibehålls medan inaktivitet leder till urkalkning. Individuellt anpassad träning är viktig i alla åldrar.

Efter en fallorsakad fraktur är patienterna ofta rädda för att falla igen och dessa patienter behöver stöd för att våga vara aktiva. Balans och koordinationsträning både individuellt och i grupp ger självförtroende och förbättrad livskvalitet. Läkemedelsrevision och fallskydd (höftskyddsbyxa) är andra åtgärder som kan minska frakturrisik.

Utevistelse

Solexposition 30 minuter/dag omvandlar inaktivt vitamin D till aktivt vitamin. Detta lagras i levern för att användas under vintern, då solljusmängden är otillräcklig.

Patientutbildning

Kunskap om osteoporos är fortfarande låg vilket bidrar till motstånd mot läkemedelsbehandling och ger lägre följsamhet vid medicinering. Patientutbildning bör innehålla både teori och fysisk träning och kan ske i många olika former; osteoporosskola, interaktiva webbsidor, patientföreningar mm.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling bör ske enligt riktlinjer beskrivna i Bakgrundsmaterialet till Skånelistan som uppdateras årligen. (<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/>)

Förstahandspreparat är peroral bisfosfonat (alendronat, risedronat - veckotablett). Vid intolerans (t.ex. magbiverkningar) rekommenderas årlig intravenös infusion av bisfosfonat (zoledronsyra). Vid allergi mot bisfosfonater eller låg njurfunktion (eGFR<35 ml/minut) används denosumab – en subcutan injektion två gånger/år.

Rekommenderad behandlingstid för perorala bisfosfonater är 5 år. Efter 2 års uppehåll kan i utvalda fall ny behandlingssomgång inledas. För äldre patienter räcker ofta en behandlingssomgång.

Det är vanligen lämpligt med kontroll av läkemedelseffekt via benthetsmätning efter 2 års behandling. Denna mätning säkerställer att läkemedlet har önskad effekt och uppmuntrar patienten till att fortsätta medicinera. Eventuella compliance-problem kan också upptäckas och åtgärdas.

Rekommenderad behandlingstid för intravenös bisfosfonatbehandling 3 år med kontroll av behandlingseffekt enligt ovan.

Rekommenderad behandlingstid för denosumab är 5 år, med kontroll av behandlingseffekt enligt ovan.

Tilläggsbehandling med kalcium samt vitamin D sker vid all läkemedelsbehandling.

Faktaruta 4

Läkemedelsbehandling vid osteoporosfraktur

Första hand: alendronat, risedronat

Andra hand: zoledronsyra

Vid allergi eller låg njurfunktion: denosumab

Behandlingen kompletteras med kalcium- D-vitamintillskott

13. Informationsöverföring till primärvården

Frakturkoordinatören ansvarar för att frakturriskvärderingen dokumenteras i journalen och att informationen når patientens primärvårdsenhet. Detta gäller för patienter både i ortopedisk öppenvård (kopia på benthetsmätning) och slutenvård (via epikris). När läkemedelsbehandling är aktuell skickas remiss till patientens primärvårdsenhet och vid fallförebyggande träning och balansträning remiss till fysioterapeut.

Remisser och remissvar hanteras enligt region Skånes riktlinjer för remisshantering.

14. Ansvarsfördelning

Sjukhusvården ansvarar för:

- Identifiering av patienter med frakturer som kan vara relaterade till osteoporos
- Riskvärdering (screeningformulär, FRAX)
- Utredning (utvalda fall – bentäthetsmätning och blodprover)
- Remiss till primärvården för vidare handläggning

Primärvården ansvarar för:

- Handläggning av remiss innehållande screening- och utredningsresultat samt behandlingsrekommendationer
- Planering av behandling i samråd med patient (läkemedel, fysisk aktivitet, balansträning, osteoporoskola mm)
- Uppföljning av insatt behandling

15. Kvalitetsindikatorer

Läkemedelsbehandling för osteoporos vid fragilitetsfraktur

I Socialstyrelsens ”Öppna jämförelser” redovisas antalet slutenvårdspatienter över 50 år med fragilitetsfraktur som inom ett år behandlats med peroral bisfosfonat – ett mått på sekundär prevention efter fraktur. Indikatorn inkluderar dock inte:

- individer som behandlas med zoledronsyra och denosumab
- individer som redan före sin fraktur behandlades med bisfosfonat
- patienter som behandlats för fraktur inom öppenvård

I nuläget finns dock inga bättre sätt att utvärdera osteoporosbehandling.

Det finns i nuläget inget effektivt sätt att systematiskt utvärdera effekt av övriga frakturförebyggande åtgärder (osteoporoskola, fysisk träning, balansträning mm).

Målnivåer

Det är svårt att värdera hur många som bör erhålla läkemedelsbehandling eftersom patientens individuella medicinska och biologiska status avgör vilken intervention som har störst effekt inom förväntad livstid. I högre åldrar är oftast fallförebyggande åtgärder av större vikt än läkemedelsbehandling. Med beaktande av detta bör måltalet för läkemedelsbehandling sannolikt ligga kring 40 % i lägre åldersgrupper och för de allra äldsta kring 20 %.

16. Ekonomiska aspekter

Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna beräknat att den ökade läkemedelsbehandlingen på sikt kan ge en kostnadsminskning. En heltäckande frakturscreening innebär dock på kort sikt ökande kostnader - direkt patientrelaterade (riskvärdering, utredning, läkemedelsbehandling och preventionsåtgärder) men också indirekta kostnader t.ex. ny utrustning för bentäthetsmätning och

utbildning för vårdpersonal. Vid budgetplanering bör man ta höjd för ökade läkemedelskostnader.

17. Referenser

1. Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012.
2. SBU Osteoporos-prevention, diagnostik och behandling. Rapport Nr 165, 2003, Stockholm.
3. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ et al. IOF Fracture Working Group. Osteoporos Int. 2013 Apr 16. Epub ahead of print.
4. Socialstyrelsen; Öppna jämförelser 2014
5. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. Ström O, Borgström F, Zethraeus N et al. Acta Orthopaedica 2008; 79 (2): 269-80.
6. Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001155. Review.
7. Wells G, Cranney A, Peterson J, et al. Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004523. Review.
8. Fracture Risk Assessment Tool – FRAX , "<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp>
9. Bakgrundsmaterial till Skånelistan <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/>
10. Black DM, Delmas PD, Eastell R, et al; HORIZON Pivotal Fracture Trial. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med. 2007;356(18):1809-22.

18	Har patienten känd benskörhet/osteoporos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
19	Vilken specifik medicin (ej Kalcium / vitamin D) tar patienten idag för osteoporos?	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Bisfosfonat <input type="checkbox"/> SERM (Evista) <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Denosumab <input type="checkbox"/> Strontium ranelat
20	Tar patienten Kalcium / vitamin D för osteoporos?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kalcium enbart <input type="checkbox"/> Kalcium och vitamin D <input type="checkbox"/> D vitamin enbart <input type="checkbox"/> Vet ej
21	Om patienten idag inte har någon specifik medicin för osteoporos, skulle patienten:	<i>UTGÅR VID INKOMPLETT RISKVÄRDERING</i>
	a) kunna tänka sig ta en medicin för att minska risken för ny fraktur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kanske
	b) klara av att ta osteoporosmedicin enligt instruktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22	Hur många mediciner tog patienten vid inkomsten? (räkna i läkemedelslista / inläggningsjournal)	Antal (inga mediciner: ange 0) <div style="text-align: right;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
REKOMMENDATION – Vidare handläggning & Åtgärd		<input type="checkbox"/> INKOMPLETT REKOMMENDATION KAN INTE GES
23	a) Vidare handläggning?	<input type="checkbox"/> Utreda med DXA – Remiss skickad <input type="checkbox"/> Rekommenderad DXA – Vill ej <input type="checkbox"/> Ingen vidare utredning behövs
	b) Rekommendation ang osteoporosmedicinering?	<input type="checkbox"/> Inga nya mediciner – vid vårdtillfället <input type="checkbox"/> Insättes på bisfosfonater eller annan specifik osteoporosmedicin <div style="text-align: right;"><small>(ex vid kotkompression om ej motiverat med DXA)</small></div> <input type="checkbox"/> Kalcium + D-vitamin <input type="checkbox"/> Rekommenderad kalcium + D-vitamin – vill ej
24	Har patienten rekommenderats preventiva åtgärder? (T.ex. Fallprevention, höftskydd, rökstopp, gånghjälpmedel, kostrekommendationer eller fysisk aktivitet)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Datum:

Signatur:

ID:

/ / - - -

Kommentarer:

Vid komplettbedömning:

- Multisjuk

Vid INKOMPLETT:

- Hemgången
- Bytt avdelning
- Tidigare riskbedömd
- Tidsbrist
- Avliden

2018-01-01

Verksamhetsområde Ortopedi
Centrum för osteoporos och frakturprevention

Till dig som har varit inlagd vid Verksamhetsområde Ortopedi för fraktur

Information om benskörhet

Frakturen som du drabbats av är ofta tecken på benskörhet. Risken att drabbas av benskörhet ökar med stigande ålder. Benskörhet gör att skelettet blir tunnare och lättare går sönder.

Detta kan du göra för att minska risken för nya frakturer:

- Förebygga fallolyckor, se informationshäftet
- Belasta skelettet, t ex genom promenader
- Näringsrik och kalciumrik kost, kalcium finns framför allt i mejeriproduktioner och grönsaker
- Ej röka
- Använd höftskydd. Din primärvårdsläkare kan skriva en remiss till Ortopedtekniska avdelningen. Det går också att köpa höftskyddsbyxor i vissa sjukvårdsaffärer.

Vill du veta mera:

För mer information om osteoporos – be om informationshäfte.

Ytterligare information kan du hitta hos sjukvårdsrådgivningen, www.sjukvardsradgivningen.se samt vår hemsida- länk vis SUS; www.skane.se/sv/webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Ortopediska-kliniken/

Vid behov av hjälpmedel hemma, kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast i din statsdel/kommun.

Vid eventuella frågor är du välkommen att kontakta Centrum för osteoporos och frakturprevention, Tfn 040-33 81 80. Telefontid: måndag-tisdag kl 09.00-10.00, torsdag kl 13.00-14.00

Inlagd exkIDXA/2018-01-01/KÅ/AGH/KÖ

Hur undviker du fall och frakturer?

Rörelse och aktivitet

Kroppen är byggd för rörelse och aktivitet hela livet. Genom att regelbundet röra på sig blir skelett och muskler starkare samtidigt som balans och rörlighet förbättras. Rörelse och träning ger även bättre hälsa och ökat välbefinnande. Det är aldrig för sent att börja träna.

Träning kan vara promenader, dans, gymnastik och gå i trappor.

Har du svårt att komma igång med någon träning och vill ha information/hjälp/råd, kontakta din vårdcentral. Där kan du få recept på fysisk aktivitet och/eller träningsråd.

Det är bättre att använda ett hjälpmedel när du är ute och går, än att undvika att gå ut för att du är rädd för att falla. Se till att ha stadiga skor när du promenerar. Sätt broddar på skorna vintertid.

Har du frågor om hjälpmedel? Kontakta arbetsterapeut eller fysioterapeut i din kommun/stadsdel för mer information.

- **Mat och dryck**

Din kropp behöver energi och vätska för att orka med de dagliga aktiviteterna.

Försök att äta allsidigt och fördela måltiderna jämnt över dagen med 3 huvudmål och 2-3 mellanmål.

Kalcium och D-vitamin behövs för att bygga upp och förhindra urkalkning av skelettet. Ät kalciumrik mat som till exempel mjölk, yoghurt och ost. D-vitamin får vi från solljus samt via kosten, framför allt från fet fisk och vitaminberikade mejeriprodukter.

- **Syn och Hörsel**

Synen försämras när vi blir äldre. Nedsatt syn ökar fallrisken. Kontrollera därför regelbundet din syn hos optiker eller ögonläkare.

Även hörseln försämras när vi blir äldre, vilket kan påverka risken att falla. Upplever du att du hör dåligt – ta kontakt med läkare på vårdcentralen.

- **Läkemedel**

Kroppens känslighet för läkemedel ökar efterhand som vi blir äldre. Blodtrycksfall, trötthet, yrsel, koncentrationssvårigheter och balanssvårigheter innebär fallrisk och kan vara en signal på biverkningar från läkemedel. Kontakta din läkare på vårdcentralen om du vill ha en genomgång av dina mediciner.

- **Rökning**

Rökning kan medföra ökad risk för benskörhet. Om du vill ha råd och hjälp att sluta röka – ta kontakt med din vårdcentral för hjälp med rökavvänjning.

- **Yrsel och balans**

Besvär med yrsel blir vanligare med stigande ålder och orsakerna kan vara många.

Nedsatt balans och besvär med yrsel kan leda till inaktivitet, ökad ostadighet och rädsla för fall.

Om du är yr eller har balansproblem - kontakta din läkare på vårdcentralen för bedömning av bakomliggande orsaker. Ibland kan träning via fysioterapeut hjälpa för att minska besvären.

Hitta riskerna i ditt hem

De flesta fall sker i hemmet och där har du möjlighet att göra förändringar och förbättringar.

Vill du veta mer om osteoporos och bentäthetsmätning (DXA-mätning):

Besök hemsidan på Verksamhetsområde Ortopedi via sjukhusets hemsida: www.skane.se/sus

Välj sedan fliken Verksamheter → Ortopediska kliniken → Avdelningar och mottagningar → Centrum för osteoporos och frakturprevention. Information finns också via vårdguiden, 1177.

Bilaga 3

Texter till standardremiss till primärvårdsläkare

Patienter som ska få sin behandling insatt via VC

Hej!

Ovanstående patient har vårdats på ortopediska kliniken på grund av fraktur. Osteoporos-screeningen indikerar hög risk för att drabbas av ny osteoporosrelaterad fraktur.

Patienten rekommenderas därför frakturförebyggande läkemedel (bisfosfonat veckotablett samt kalcium- vitamin D-tillskott). Rekommenderad behandlingstid 5 år.

Jag är tacksam om ni kallar patienten för bedömning med avseende på detta, ev. insättning av läkemedel samt uppföljning.

Remiss för fallförebyggande träning och balansträning är i utvalda fall skickad till fysioterapeut

Med vänlig hälsning

För detaljer om osteoporosbehandling var god se bakgrundsmaterialet Skånelistans osteoporosavsnitt.

Bilaga 4

Text till standardremiss fysioterapeut

Patienter på vårdavdelning samt patienter i öppenvård som efter utredning konstaterats ha hög risk för fraktur

Hej!

Ovanstående patient har vårdats på ortopediska kliniken på grund av fraktur. Osteoporoscreening indikerar hög risk att drabbas av ny osteoporosrelaterad fraktur.

Tacksam för att patienten kallas, tidigast om ca 3 månader, för funktionsbedömning och frakturförebyggande åtgärder (individ Anpassad träning, fallprevention, information om osteoporos och levnadsvanors inverkan, om möjligt osteoporosskola). För patienter med osteoporosrelaterad kotkompression föreligger särskilda restriktioner.

Observera att det kan föreligga separat remiss för behandling av den aktuella frakturen som kräver åtgärder tidigare i förloppet.

Med vänlig hälsning

Insättning av osteoporosläkemedel under frakturpatienters sjukhusvistelse

Zoledronsyra-infusion och kalcium- vitamin D-tillskott

Många frakturpatienter har en hög framtida frakturrisik men svårighet att klara peroral läkemedelsbehandling (kognitiv svikt, polyfarmaci mm). Dessa individer kan under vissa förutsättningar behandlas med en zoledronsyra-infusion under sin sjukhusvistelse. Detta ger en frakturförebyggande effekt som räcker upp till två år.

Förutsättningar för behandling:

- God vätskebalans
- Adekvat njurfunktion (eGFR>35ml/minut)
- Normalt Plasma-kalcium
- Minst 14 dagar efter frakturtilfället

Tillvägagångssätt:

- Se till att patienten är väl uppvätskad – ett glas vatten före och efter infusion, riklig dryck de närmaste dygnet efter infusion
- För att minska risken för akut fasreaktion vid infusion – ge 0,5–1 g paracetamol eller motsvarande mängd NSAID före och efter infusion samt vid behov under 2–3 dagar efter infusion
- Lång infusionstid (> 15 minuter) minskar akut fasreaktionen

Efter infusion:

- Fortsatt behandling med kalcium vitamin-D-tillskott i minst ett år
- Remiss till patientens primärvårdsenhet för uppföljning med tanke på kalcium- vitamin-D-tillskott

Peroral bisfosfonat och kalcium- vitamin D-tillskott

För individer med hög frakturrisik där utredning med bentäthetsmätning inte är indicerad kan peroral bisfosfonatbehandling och kalcium- vitamin D-tillskott sättas in direkt. Behandlingstid 5 år.

Förutsättningar för behandling:

- Förmåga att inta läkemedlet på rätt sätt
- Adekvat njurfunktion (eGFR>35ml/minut)
- Normalt Plasma-kalcium

Behandlingen inleds med enbart kalcium- vitamin D-tillskott under 14 dagar, därefter påbörjas behandling med veckotablett bisfosfonat.

Tillvägagångssätt:

- Informera patienten och inhämta samtycke till behandling
- Sätt in kalcium- vitamin D-tillskott så fort det är möjligt under sjukhusvistelsen
- Förse patienten med recept på bisfosfonat och kalcium vitamin D-tillskott
- Remiss till patientens primärvårdsenhet för uppföljning

