



OSTEOPOROSEFORENINGEN

Analyse

# Medlemsundersøgelsen 2019

Rapport og resultater



## Indhold

Sammenfatning .....	3
Baggrund .....	3
Osteoporose på verdensplan .....	3
Socioøkonomisk betydning .....	3
Betydning for individet .....	4
En ukendt folkesygdom .....	4
Metode .....	5
Dataindsamling .....	5
Udarbejdelse af spørgeskema .....	5
Pilottest .....	7
Udsendelse af spørgeskema .....	7
Om respondenterne .....	7
Sundhedssystemet .....	9
Regionale forskelle .....	11
Øvrige resultater .....	13
Referenceliste .....	19

## Sammenfatning

Resultatet af Osteoporoseforeningens medlemsundersøgelse 2019 vidner om, at fagprofessionelle generelt ikke besidder nok viden om osteoporose. Særligt de alment praktiserende læger har ikke, ifølge medlemmerne, tilstrækkeligt med viden om osteoporose. Dette er uacceptabelt.

Flest medlemmer bosat i Regions Sjælland rapporterer om, at de sundhedsprofessionelle generelt i mindre eller meget lav grad besidder tilstrækkelig information om osteoporose. Dette kan muligvis forklares med, at der i Region Sjælland, modsat andre regioner, ikke er én eneste kommunal patientskole for osteoporosepatienter.

En succesfuld opsporing, behandling og rehabilitering er dybt afhængig af, at de sundhedsprofessionelle, borgere med osteoporose møder undervejs i deres behandlingsforløb, er i besiddelse af tilstrækkelig viden om sygdommen. For at imødekomme dette problem er det afgørende med en styrket indsats på osteoporoseområdet.

I alt har 2097 medlemmer gennemført den spørgeskemabaserede undersøgelse. Respondenterne består af 92 % kvinder, 36 % har en mellemlang videregående uddannelse, 71 % er pensioneret og 71 % bor med en samlever/ægtefælle.

## Baggrund

### Osteoporose på verdensplan

På verdensplan estimeres det at mere en 75 millioner mennesker har sygdommen osteoporose (WHO, 2004). WHO har i 2004 udarbejdet en definition af sygdommen der lyder som følgende:

*”En systemisk skeletal sygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og mikroarkitektoniske forandringer medførende øget fragilitet (skørhed) og som følge heraf en øget tendens til frakturer (knoglebrud)” (WHO, 2004, side 7)*

### Socioøkonomisk betydning

Den økonomiske byrde af skrøbelighedsfraktur, bliver på europæisk plan, anslået til 37 mia. euro. Frakturer repræsenterede hovedparten (66%) af udgifter i forbindelse med osteoporose, efterfulgt af langsigtet brudpleje (29%) og farmakologisk forebyggelse (5%). Osteoporose er en multifaktoriel skeletsygdom, der er en betydelig årsag til handicap, morbiditet og dødelighed hos ældre (Cummins & Melton, 2002). På grund af

den progressive aldring af befolkningen er det et aktuelt socioøkonomisk problem, med stigende sværhedsgrad og hyppighed. I Danmark er de samfundsøkonomiske omkostninger for skrøbelighedsfrakturer og følgevirkninger af disse anslået til at koste danske kommuner og regioner over 11 mia. kr. om året (Hansen & Mathiesen, 2013). Den stigende prævalens af sygdommen og de medfølgende stigende socioøkonomiske udgifter understreger vigtigheden af forskning vedrørende tidlig opsporing af osteoporose.

### Betydning for individet

Osteoporose medfører øget risiko for frakturer (Vestergaard et al, 2015 præsenteres). På europæisk plan er livstidsrisikoen for en osteoporoserelateret fraktur hos en 50-årig hvid kvinde varierende fra 40% (Dontas & Yiannakopoulos, 2007 præsenteres) til 50% (Lane et. al 2006), hos mænd over 50 år er livstidsrisikoen for en fraktur 13-22% (Dontas & Yiannakopoulos, 2007). For både mænd og kvinder er denne livstidsrisiko i et samfundsmæssigt perspektiv meget høj (Johnell & Kanis, 2005). For kvinder i USA ligger livstidsrisikoen på 40% for kvinder og 13% for mænd, tilsvarende risiko i Sverige er (i en alder af 50 år) estimeret til at være 46% hos kvinder og 22% hos mænd (Johnell & Kanis, 2005). Der er således belæg for at demografi og genetik har en betydning for risikoen for udviklingen af sygdommen. Yderligere er både alder og køn er en vigtig forudsigtelse for osteoporose. En kvindes livstidsrisiko for et osteoporotisk fraktur er højere end risikoen for brystkræft, og svarer sandsynligvis til hendes risiko for kardiovaskulære sygdomme (Lane et. al, 2006). Blandt de osteoporoserelaterede frakturer er hoftebrud et af de mest svækkende frakturer (både når der ses på den samfundsmæssige byrde og sundhedsøkonomiske konsekvenser) og kan ses som et slutstadium af den langvarige skjulte sygdom (Hansen et al 2013 præsenteres). I et dansk nationalt tværnsnitstudie af Frederiksen et al., 2018 er det påvist at 28% af alle patienter med hoftebrud, 10 år forud for deres hoftebrud har haft en eller flere kontakter med sundhedsvæsenet på grund af en skrøbelighedsfraktur. Yderligere ses det, at hovedparten af patienter med hoftebrud, 10 år forud før dette, ikke har oplevet en skrøbelighedsfraktur, der kunne have medført opsporing og behandling af osteoporose (Frederiksen et al., 2018).

### En ukendt folkesygdom

I Danmark blev osteoporose i 2002 klassificeret som en folkesygdom på linje med bl.a. kræft og hjerte-kar-sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2002). Det estimeres af Dansk Knoglemedicinsk selskab (2012) at 500.000-600.000 danskere ældre end 50 år har osteoporose. Sygdommen er dog forbundet med mørketal, da sygdommen i lang tid kan være skjult uden symptomer eller gener for borgeren. Det vurderes af Sundhedsstyrelsen (2018), at antallet af borgere med osteoporose ligger to til tre gange højere end de ca. 174.000 patienter, der allerede er diagnosticeret. Det vil sige, at der skønnes at være i alt ca. 500.000 danskere, der har osteoporose, hvoraf ca. 325.000 har det uden at vide det.

I Danmark er niveauet af viden vedrørende osteoporose hos den generelle danske befolkning ikke dokumenteret. Et Canadisk kohortestudie har dog påvist at kun 54% af de mandlige deltagere vidste, at osteoporose kunne påvirke dem samt at deltagerne får hovedparten af deres information om sygdommen fra fjernsyn, aviser og venner (Juby & Davis, 2001). Dette er i Danmark understøttet af Sundhedsstyrelsens (2018), der i en rapport på osteoporose-området, foreslår at kendskabet til knoglevenlig livsstil, bør udbredes i den generelle befolkning (Sundhedsstyrelsen, 2018). I et dansk nationalt tværsnitsobservationsstudie, undersøges forekomsten af tidligere osteoporose relaterede frakturer hos patienter, der indlægges med hoftefraktur. Her af ses det at i alt 28% af hoftefrakturpatienterne (32% af kvinderne og 19% af mændene) 10 år forinden havde mindst én osteoporoserelateret fraktur. I Danmark blev der i 2016 registreret 10.573 kontakter med sundhedsvæsenet ved et formodet lavenergibrud (også kaldt skrøbelighedsbrud). Af disse blev 4.850 borgere  $\geq 65$  år identificeret med osteoporose.

## Metode

### Dataindsamling

Denne medlemsundersøgelse er udsendt til alle medlemmer af Osteoporoseforeningen, der har en e-mail koblet til deres medlemsprofil hos Osteoporoseforeningen. Yderligere er der annonceret på Osteoporoseforeningens hjemmeside, platform på de sociale medier samt i medlemsbladet. Hvor alle medlemmer, der har en e-mail, er opfordret til at oplyse denne til Osteoporoseforeningen, så der derigennem har mulighed for at deltage i medlemsundersøgelsen.

### Udarbejdelse af spørgeskema

Forud for udformningen af medlemsundersøgelsen blev der bl.a. taget kontakt til Hjerteforeningen, Scleroseforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Diabetesforeningen, da det fremgik af deres hjemmeside, at der tidligere er afviklet medlemsundersøgelser i disse patientforeninger. Det var kun muligt at modtage mundtlig overlevering fra Diabetesforeningen og skriftligt materiale fra Scleroseforeningen. Disse medvirkede til at give inspiration til opsætning, formulering af spørgsmål, svar samt refleksioner i forhold til hvilke aspekter, der kunne være relevant for udarbejdelse af en medlemsundersøgelse i Osteoporoseforeningen.

I alt indeholder spørgeskemaets første del 17 spørgsmål med tilhørende 3 underspørgsmål. Disse spørgsmål omhandler samtykkeerklæring (1 spørgsmål), demografiske data (6 spørgsmål), medlemsprofil og ønsker til fremtidig viden/emner fra OF (7 spørgsmål), oplevelse af aktiviteter (1 spørgsmål + 1 underspørgsmål), inddragelse af pårørende (1 spørgsmål + 1 underspørgsmål) og hvorfor respondenten primært er medlem af

foreningen (1 spørgsmål + 1 underspørgsmål). Anden del af spørgeskemaet opdeles i tre underspørgsmål til hhv. medlemmer med osteoporose, osteopeni eller pårørende til medlemmer med osteoporose/osteopeni eller andet).

Indledende startes der med 17 introduktions spørgsmål (med 3 underspørgsmål). Herunder demografiske spørgsmål omhandler køn (*mand, kvinde* eller *andet*), beskæftigelse (*i arbejde, efterlønsmodtager, pensionist, førtidspensionist, hjemmegående, i aktivering, langtidssygemeldt, arbejdsløs, under uddannelse, andet, ved ikke/ønsker ikke at oplyse*), uddannelsesniveau (*folkeskole eller kortere, erhvervsuddannelse, gymnasial, kort videregående uddannelse, lang videregående uddannelse, andet, ved ikke /ønsker ikke at oplyse*), civil status (*enlig* eller *samlevende*) bopælskommune (alle kommuner er repræsenteret i forskellige kategorier) er der tilknyttet en nominal skala. Fødselsåret fremstår numerisk. I spørgsmål omhandlende køn, beskæftigelse, uddannelsesniveau og civilstatus inkluderes der en kategori "*andet*" for at imødekomme respondenter, der eksempelvis ikke ser køn som binært, har anden slags beskæftigelse, anden slags uddannelse eller opfatter deres civilstatus på anden vis end de to fremlagte kategorier. Herefter bliver respondenterne ledt ud i tre forskellige forgreninger, afhængigt af deres svar, ud i spørgsmålet omhandlende deres bevæggrunde for at være medlem af OF ("*jeg har osteoporose*", "*Jeg har osteopeni*" "*jeg er pårørende til osteoporose/osteopeni*" eller "*andet*"). Respondenter med osteoporose bliver præsenteret for yderligere 26 spørgsmål (hvor af der er tilknyttet 16 underspørgsmål) før de ledes videre til de afsluttende fælles spørgsmål. Ud fra formålet med medlemsundersøgelsens udspringer tematikken "*årstal, opsporing og oplevelse af information*" (4 spørgsmål). Dette tema bliver belyst igennem 4 spørgsmål: 1) Angiv hvilket år du fik konstateret osteoporose? (mulighed for at besvare ved årstal), 2) Hvordan forløb opsporingen af din osteoporose? ("*Praktiserende læge foreslog undersøgelse*", "*jeg henvendte mig til praktiserende læge med ønske om undersøgelse*", "*pårørende opfordrede mig til at blive undersøgt*", "*jeg blev undersøgt i forbindelse med et knoglebrud*", "*jeg blev undersøgt i forbindelse med et sammenfald af en ryghvirvel*", "*Jeg blev undersøgt i forbindelse med anden sygdom*", "*Det blev opdaget i forbindelse med behandling af anden sygdom*", "*det blev opdaget da jeg fik taget røntgen i anden forbindelse*", "*husker ikke*" eller "*Andet*"). Yderligere spørges der ind til om respondenterne tidligere har haft et brud (her spørges ind til håndledsfraktur, overarm/skulder fraktur, hofte fraktur eller sammenfald/kompresionsfraktur (4 spørgsmål + 4 uddybende underspørgsmål)).

Alle spørgsmål er forsøgt formuleret ikke-ledende, da det ville kunne betvivle ægtheden af vurderinger og resultater, især i forhold til brugen af data over for den politiske arena (Hansen, 2015).

## Pilottest

Alle tre deltagere var kvinder, kom fra forskellige dele af landet, med forskellige uddannelses- og sociale baggrunde. Yderligere havde deltagerne forskellige grunde til at være medlemmer af OF, det betød de kom igennem forskellige forgreninger i spørgeskemaet. Efter udarbejdelsen af disse tre pilottest, blev der fjernet spørgsmål fra undersøgelsen (to spørgsmål vedrørende oplevelse hos praktiserende læge blev lagt sammen til et spørgsmål), spørgsmål blev rettet til og uddybet hvor flere af pilottesterne havde tvivl om spørgsmålets mening (der blev blandt andet tilføjet tekst til at forklare hvad et fokus interview indebærer). Efter facevalideringen blev de layoutmæssige- og strukturelle udfordringer mødt og løst. Der blev derfor rettet tekststørrelsen i på besvarelsene og spørgsmålene for at gøre dette mere læsevenligt for at imødekomme eventuelle synsættelser hos respondenterne. Yderligere blev der taget højde for læsbarhed ved bl.a. at sørge for at farve i baggrund og tekst var i kontrast, som det blev anbefalet af Hansen (2015). Indholds validitet af spørgeskemaet var sat ud fra Osteoporoseforeningens formål med medlemsundersøgelsen og som anbefalet i litteratursøgning på området. I forhold til begrebsvaliditeten var enkelte tematikker, der eks. omhandlede tidligere belyste områder som livskvalitet, smerter eller lignede, jævnført med validerede spørgeskemaer på området (her – SF-12).

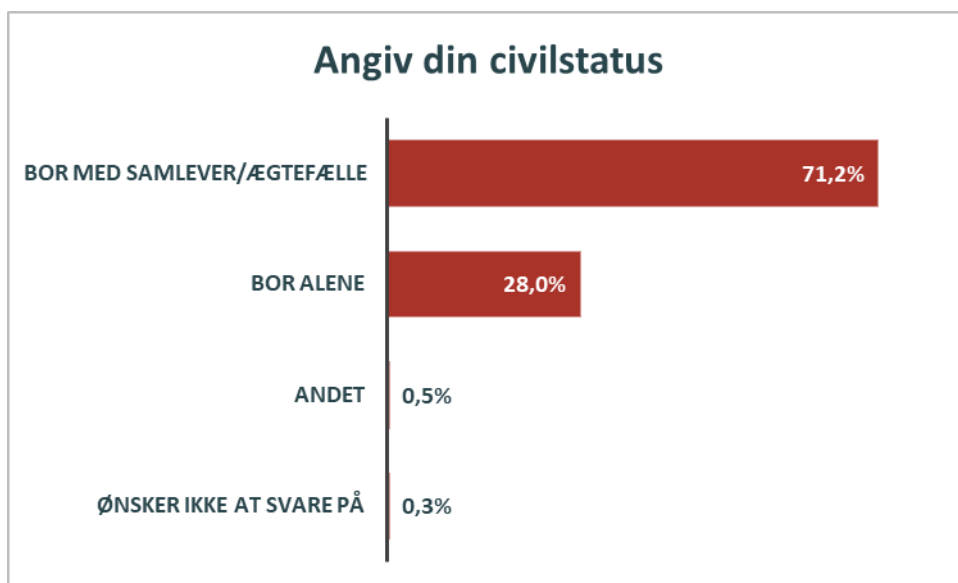
## Udsendelse af spørgeskema

Den 04.02.2019 var der registreret 13.020 medlemmer af Osteoporoseforeningen – heraf var 6181 mailadresser tilknyttet (47,7 %). Spørgeskemaet blev udsendt via e-mail hhv. den 18. og 21. januar 2019 og data blev indsamlet igennem programmet *SurveyMonkey*. Den 1. februar sendtes der en reminder ud pr mail, der gjorde opmærksom på undersøgelsen på Osteoporoseforeningens it-platforme (hjemmeside og sociale medier) samt en annonce i deres medlemsblad. Følgrebrevet indeholdt en kort introduktion til medlemsundersøgelsen, et link til besvarelsen af undersøgelsen samt de rettigheder (i form af de registreredes rettigheder) som deltagerne havde. Medlemsundersøgelsen blev afsluttet den 21. februar 2019.

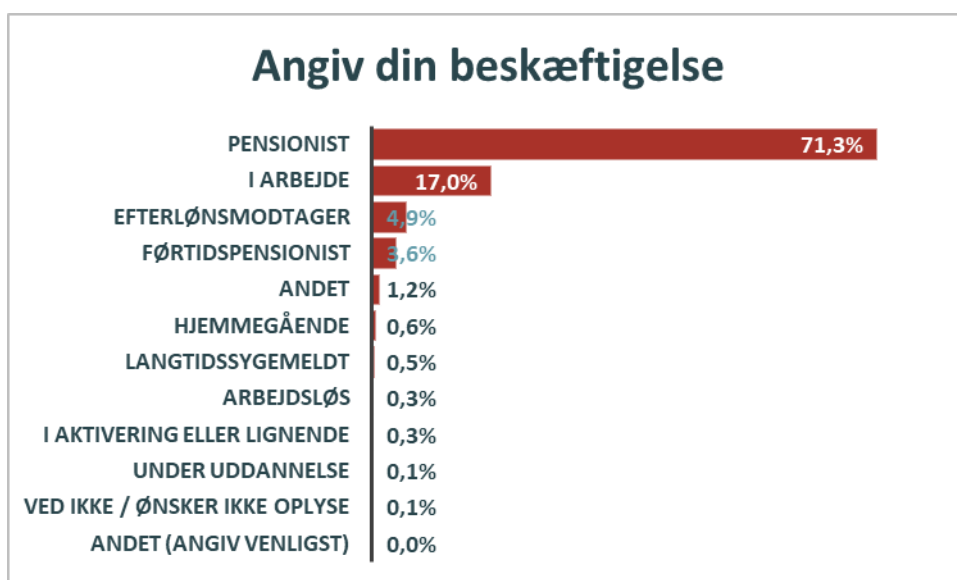
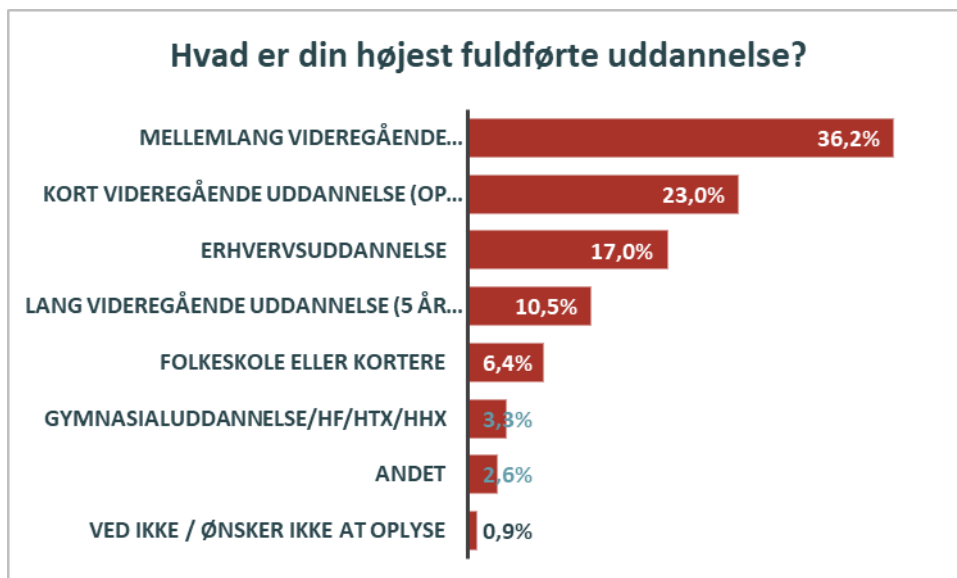
## Om respondenterne

I Osteoporoseforeningens medlemsundersøgelse har det været vigtigt at indsamle data om respondenternes demografi og beskæftigelse. Formålet har været at undersøge, hvad der karakteriserer de medlemmer, som har afgivet svar, for det giver samtidig et indblik i, hvilke grupper Osteoporoseforeningen måske ikke fanger

så godt, eller som vi med fordel kunne målrette tilbud til. Ydermere giver det mulighed for at se på, hvilke demografiske grupper, som ikke er så velrepræsenteret i Osteoporoseforeningen, og som







Som forventet er størstedelen af respondenterne kvinder, hvilket stemmer overens med, at osteoporose generelt rammer flere kvinder, ca. hver 3., end mænd, ca. hver 8. Flest respondenter er gifte, har en mellemlang videregående uddannelse og er pensionister. Dette betyder, at resultaterne af undersøgelsen er vanskelige at overføre til andre grupper af borgere med osteoporose.

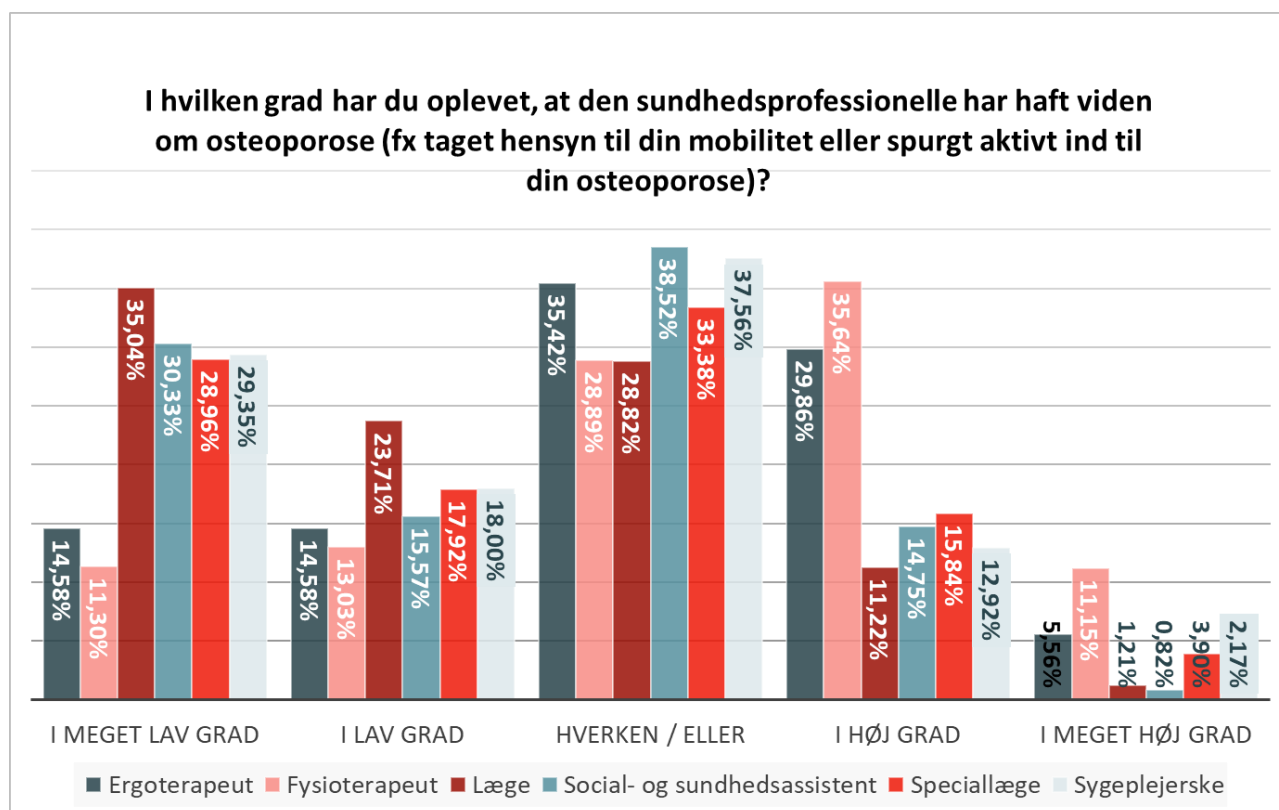
Respondenterne udgjordes af 92,5 % kvinder, 36,2 % havde en mellemlang videregående uddannelse, 71,3 % var pensioneret og 71,2 % boede med en samlever/ægtefælle.

## Sundhedssystemet

Som osteoporosepatient har man ofte kontakt med en række forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet. Disse faggrupper vil typisk være involveret i genoptrænings-, behandlings-, sygepleje- og omsorgsopgaver

(på eksempelvis plejehjem, hospitaler, institutioner og i den kommunale hjemmepleje). En succesfuld opsporing, behandling og rehabilitering er afhængig af, at de fagprofessionelle, man møder undervejs, er i besiddelse af tilstrækkelig viden om den pågældende sygdom. Figur 1 viser, i hvilken grad medlemmer af Osteoporoseforeningen oplever, at forskellige fagprofessionelle er i besiddelse af viden om osteoporose.

Figur 1: Medlemmernes oplevelse af graden af viden om osteoporose, den sundhedsprofessionelle har været i besiddelse af.



Resultatet vidner om, at fagprofessionelle generelt ikke besidder nok viden om osteoporose. Dog ses det, at nogle faggrupper opleves som havende mere viden end andre. Af tabel 1 fremgår det, at fysioterapeuterne er den faggruppe, som flest vurderer til i høj grad eller i meget høj grad at have nok viden om osteoporose.

Overraskende ses det, at den alment praktiserende læge scorer højest, hvad angår nok viden i lav grad eller i meget lav grad. Som borger i mødet med egen læge stoler man på, at denne, uanset sygdommen, er i stand til at vejlede og informere tilstrækkeligt. Når dette så viser sig ikke at være tilfældet, skaber det utryghed og skepsis. Endvidere kan der i et samfundsøkonomisk perspektiv være store udgifter forbundet med, at de alment praktiserende læger ikke besidder nok viden om osteoporose. Lykkes det ikke lægerne at identificere, hvilke patienter der er i risiko for at have eller udvikle osteoporose, kan det betyde, at sygdommen først

opspores, efter de(t) første brud har fundet sted. Hvert år forekommer der mindst 35.000 brud på grund af osteoporose, og sygdommen og dens følgevirkninger koster hvert år 11,6 milliarder kroner (Hansen et al. 2011). Halvdelen af alle brud, der skyldes osteoporose, kunne undgås ved bl.a. den rette forebyggende indsats og tidlig diagnostik. Når det tilmed vides, at behandling af ét hoftebrud koster ca. 200.000 kr. per patient, vil en styrket indsats potentielt kunne løbe op i besparelser i millionklassen. Derfor er det afgørende, både for patient og samfund, at de praktiserende lægers viden om osteoporose højnes markant (Hansen et al.).

*Tabel 1: Oversigt over hvilken faggruppe, der for hver af de fem svarmuligheder, har fået den henholdsvis højeste og laveste score.*

	I meget lav grad	I lav grad	Hverken/eller	I høj grad	I meget høj grad
Højeste score	Læger	Læger	SOSU'er	Fysioterapeuter	Fysioterapeuter
Laveste score	Fysioterapeuter	Fysioterapeuter	Læger	Læger	SOSU'er

I medlemmernes vurdering af faggruppernes kompetencer er det vigtigt at huske, at man ofte har forskellige forestillinger om og forventninger til, hvad de enkelte faggrupper skal kunne, og hvad de skal vide noget om. Derfor kan faggruppernes vurdering også være et udtryk for, at der ikke er overensstemmelse mellem medlemmernes forventninger til faggrupperne, og så disses egentlige og tiltænkte kompetencer.

## Regionale forskelle

I Danmark er det de fem regioners hovedopgave at styre sundhedsvæsenet. Sygehusene udgør den sekundære sundhedssektor, hvilket vil sige, at de varetager den mere komplekse og ressourcetrækkende behandling af patienter. På sygehuset samarbejder bl.a. speciallæger, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt andet sygeplejepersonale. Når en patient er afsluttet i sygehusregi, vil denne blive udskrevet med en epikrise, hvorefter ansvaret for koordinering og behandling overtages af den tilknyttede alment praktiserende læge. Efterbehandlingen vil typisk foregå i kommunen, den primære sundhedssektor, og varetages oftest af ergo- og fysioterapeuter samt andet sygeplejepersonale. Med så mange kontakter til forskelligt sundhedspersonale på tværs af sektorer og regioner, vil patienter med osteoporose med al sandsynlighed opleve variation i graden af kompetence, de fagprofessionelle er i besiddelse af. Dette er forsøgt illustreret med tabel 2, der viser regionale forskelle i oplevelsen af kompetence inden for de udvalgte fagområder.

Her bør det nævnes, at Osteoporoseforeningens medlemsundersøgelse ikke har spurgt ind til oplevelsen af de fagprofessionelles kompetencer opdelt på hhv. regionalt og kommunalt niveau. Derfor kan det ikke læses ud af tabellen, om medlemmernes vurdering er baseret på sundhedspersonale, de har mødt i et behandlingsforløb i kommunen eller på sygehuset.

Tabel 2 Vurderingen af udvalgt sundhedspersonales osteoporoseviden opdelt i regioner

I hvilken grad har du oplevet, at den sundhedsprofessionelle har haft viden om osteoporose ?					
	I meget lav grad	I lav grad	Hverken/eller	I høj grad	I meget høj grad
<b>Fysioterapeuter</b>					
Region Hovedstaden	10,8%	13,6%	34,7%	31,3%	9,7%
Region Midtjylland	8,9%	13,1%	30,4%	34,6%	13,1%
Region Nordjylland	14,3%	11,4%	24,3%	41,4%	8,6%
Region Sjælland	11,7%	15,6%	19,5%	41,6%	11,7%
Region Syddanmark	14,7%	11,2%	27,6%	35,3%	11,2%
<b>Ergoterapeuter</b>					
Region Hovedstaden	16,3%	16,3%	36,7%	24,5%	6,1%
Region Midtjylland	12,8%	20,5%	25,6%	30,8%	10,3%
Region Nordjylland	4,6%	9,1%	40,9%	40,9%	4,6%
Region Sjælland	27,3%	13,6%	36,4%	22,7%	0,0%
Region Syddanmark	9,1%	0,0%	54,6%	36,4%	0,0%
<b>Sygeplejersker</b>					
Region Hovedstaden	33,9%	16,4%	36,4%	12,3%	1,0%
Region Midtjylland	25,4%	19,3%	40,2%	13,5%	1,6%
Region Nordjylland	30,0%	19,1%	40,0%	9,1%	1,8%
Region Sjælland	34,3%	18,2%	35,4%	9,1%	3,0%
Region Syddanmark	26,6%	17,3%	35,3%	16,8%	4,1%
<b>SOSU-arbejdere</b>					
Region Hovedstaden	27,3%	12,1%	45,5%	15,2%	0,0%
Region Midtjylland	14,7%	32,4%	38,2%	14,7%	0,0%
Region Nordjylland	35,0%	0,0%	45,0%	20,0%	0,0%
Region Sjælland	28,6%	14,3%	57,1%	0,0%	0,0%
Region Syddanmark	55,0%	10,0%	10,0%	20,0%	5,0%
<b>Speciallæger</b>					
Region Hovedstaden	29,7%	16,1%	30,2%	18,6%	5,5%
Region Midtjylland	27,2%	22,3%	34,5%	13,1%	2,9%
Region Nordjylland	28,1%	15,6%	40,6%	12,5%	3,1%
Region Sjælland	30,0%	16,4%	34,6%	16,4%	2,7%
Region Syddanmark	30,9%	16,8%	30,9%	16,8%	4,7%
<b>Læger</b>					
Region Hovedstaden	34,7%	20,8%	30,4%	12,5%	1,6%
Region Midtjylland	31,9%	24,3%	31,7%	10,8%	1,4%
Region Nordjylland	32,4%	25,0%	28,7%	13,0%	0,9%
Region Sjælland	42,6%	23,5%	25,7%	8,3%	0,0%
Region Syddanmark	37,8%	26,9%	24,4%	9,4%	1,4%

Fysioterapeuterne står, som tidligere nævnt, i gennemsnit stærkest, ifølge medlemmerne, når det kommer til viden om osteoporose. Region Midtjylland vurderer samlet set fysioterapeuterne bedst, hvorimod patienter i Region Syddanmark og Region Nordjylland har den største andel, der vurderer fysioterapeuterne lavest. Dette skal dog holdes op mod, at fysioterapeuterne generelt placerer sig bedre end de andre faggrupper.

For ergoterapeuterne ses et lignende billede; her vurderer flest medlemmer i Region Midtjylland, at ergoterapeuterne i høj eller meget høj grad har haft viden om osteoporose. I den anden ende ligger Region Sjælland,

hvor hele 27,3% af medlemmerne oplever, at ergoterapeuterne i meget lav grad har viden om osteoporose. Dertil kommer at ingen i regionen har vurderet, at ergoterapeuterne har viden i meget høj grad. Sidstnævnte gælder også for Region Syddanmark, hvor dog hele 36,4% oplever, at ergoterapeuterne har viden i høj grad, og kun 9,1% oplever, at ergoterapeuterne har viden i meget lav grad. Dermed synes medlemmerne i Region Syddanmark stadig samlet set at vurdere ergoterapeuternes viden højere sammenlignet med i Region Sjælland.

Overordnet set klarer sygeplejerskerne sig bedst blandt medlemmerne i Region Syddanmark. Medlemmer i Region Sjælland og Region Hovedstaden vurderer begge sygeplejerskerne lavest. For SOSU-arbejderne ses den laveste vurdering blandt medlemmer i Region Syddanmark, der dog som den eneste region har en andel, der svarer, at SOSU-arbejdere i meget høj grad har viden om osteoporose. I Region Sjælland svarer ingen medlemmer, at SOSU-arbejdere har viden i høj eller i meget høj grad. Blandt dem, der trods alt giver udtryk for en oplevelse af viden blandt SOSU-arbejdere, ses den største andel af medlemmerne at være bosiddende i hhv. Region Midtjylland og Region Nordjylland.

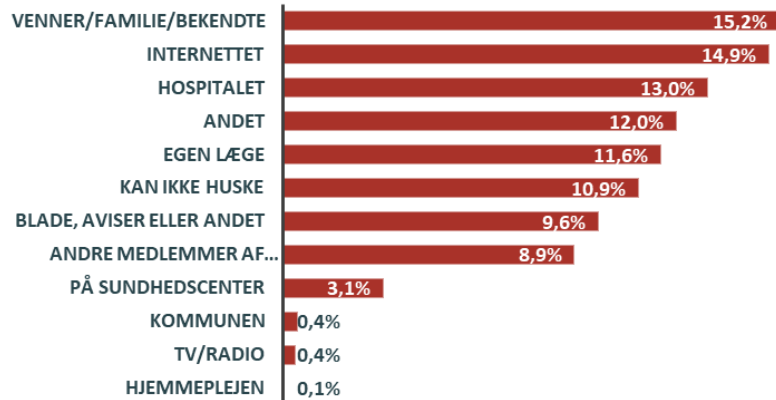
Som speciallæge forventes det, at man besidder omfattende og grundig viden inden for sit fagområde. Medlemmer i Region Hovedstaden synes at have den bedste oplevelse af speciallægenes grad af viden om osteoporose, hvor det modsatte faktisk er tilfældet for de andre regioner, der ligger meget lige.

Sidst i tabellen kommer de alment praktiserende læger, og her er resultaterne generelt negative. Som tovholder på behandlingsforløbet og gatekeeper for visitering til andre behandlingstilbud bør det bekymre, at lægen ikke scorer højere. I Region Sjælland er der ingen medlemmer, der vurderer at lægen i meget høj grad har viden om osteoporose. Også i næste kategori, viden i høj grad, er andelen af medlemmer fra Region Sjælland mindst. For samtlige regioner ligger mere end halvdelen af medlemmernes vurderinger i den kategorien viden "i lav grad" eller "i meget lav grad". Resultaterne taler sig klare sprog; lægerne ved for lidt om osteoporose.

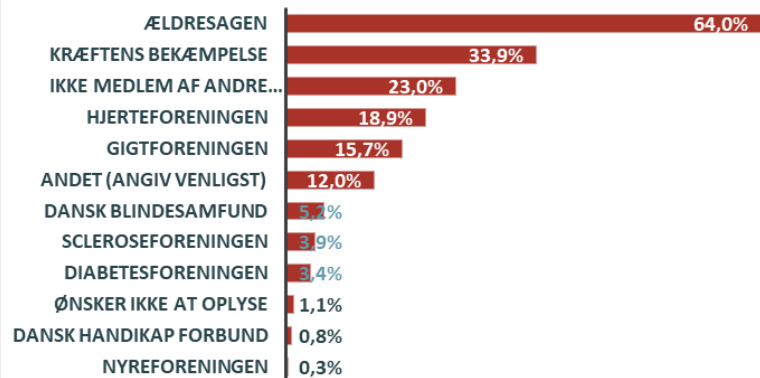
## Øvrige resultater

I medlemsundersøgelse var indbygget spørgsmål rettet mod medlemmernes personlige oplevelse af, at være medlem i Osteoporoseforeningen. Der er bl.a. spurgt ind til personlige præferencer i forbindelse med ny viden om osteoporose; hvilken type viden, der blev efterspurgt, gennem hvilket medie det skulle formidles mv. Der spurgtes ligeledes ind til medlemmernes oplevelse af foreningens evne til at inddrage og informere pårørende, samt til deres generelle tilfredshed med foreningen. Nedenfor ses en grafisk fremstilling af førnævnte og andre spørgsmål med medlemmernes tilhørende svar.

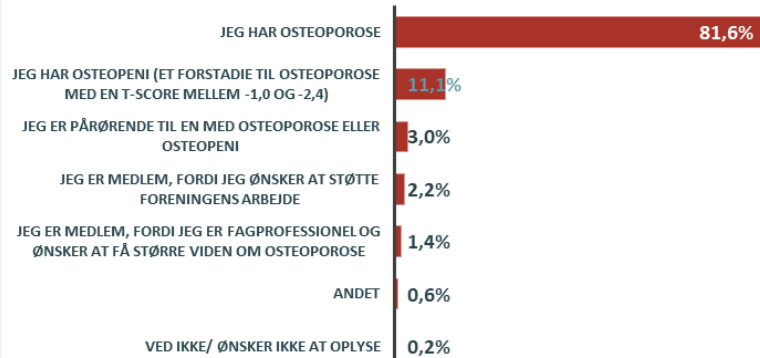
### Hvordan blev du første gang gjort opmærksom på Osteoporoseforeningen?



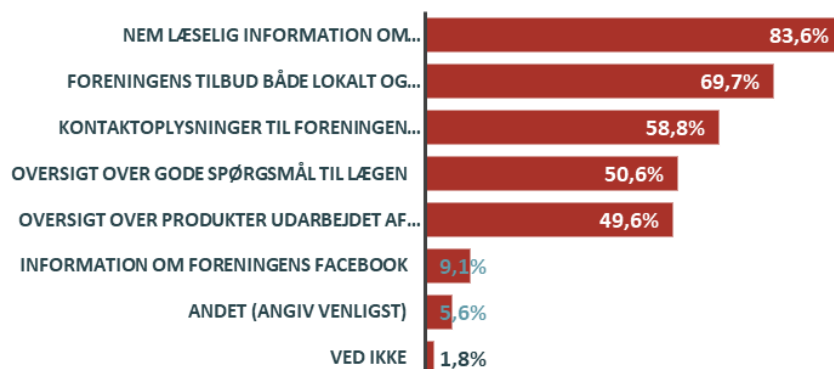
### Er du medlem af andre patientforeninger eller lignende ud over Osteoporoseforeningen?



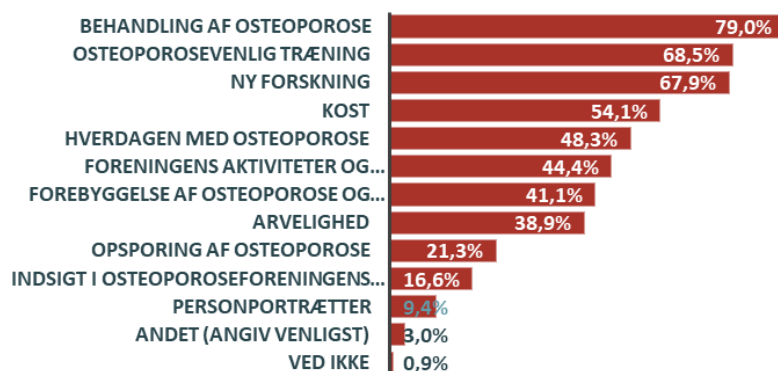
### Hvad er den primære grund til, at du har meldt dig ind i Osteoporoseforeningen?



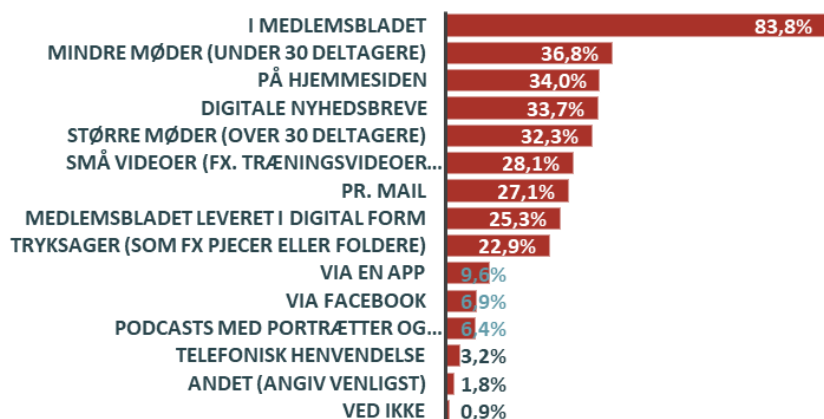
### Hvad tænker du, er relevant at nye medlemmer får tilsendt ved indmeldelse i foreningen?



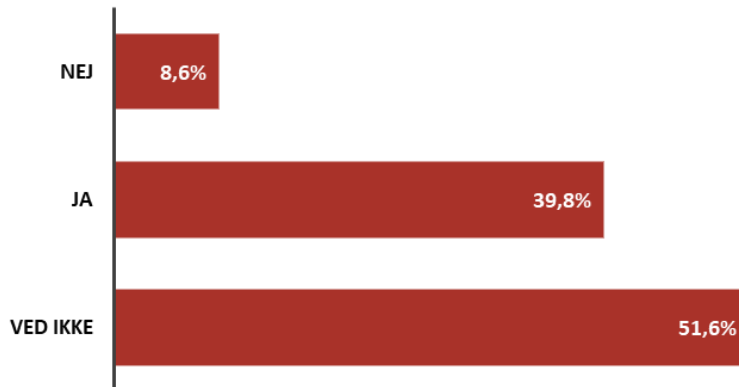
### Hvilke emner er du interesseret i at høre om fra Osteoporoseforeningen?



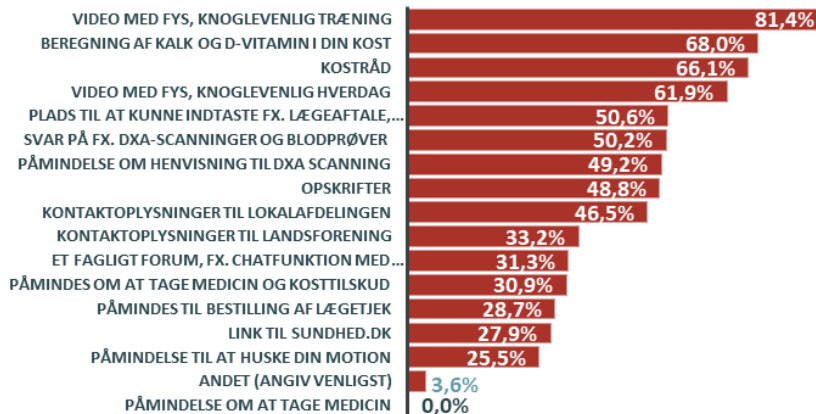
### Hvordan ønsker du at få denne viden?



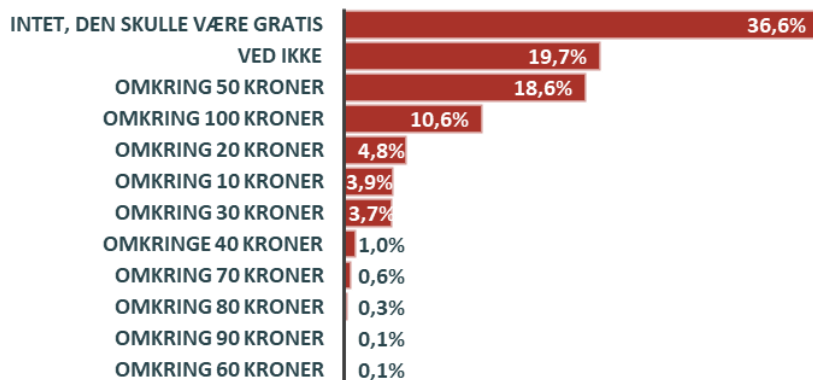
### Kunne en app til en mobil eller tablet være et relevant tilbud til personer med osteoporose?



### Hvad skal sådan en app indeholde?

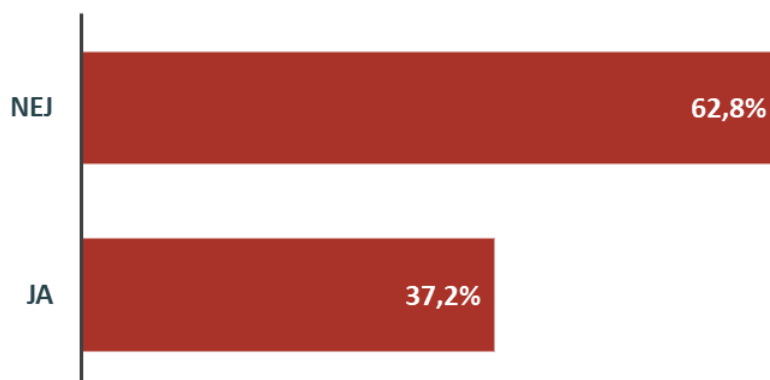


### Hvad ville du være villig til at betale for sådan en app?

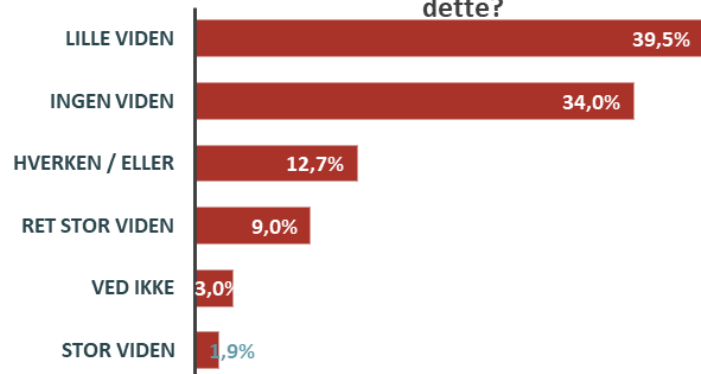




Mener du, at Osteoporoseforeningen bør gøre mere for at informere og inddrage pårørende?



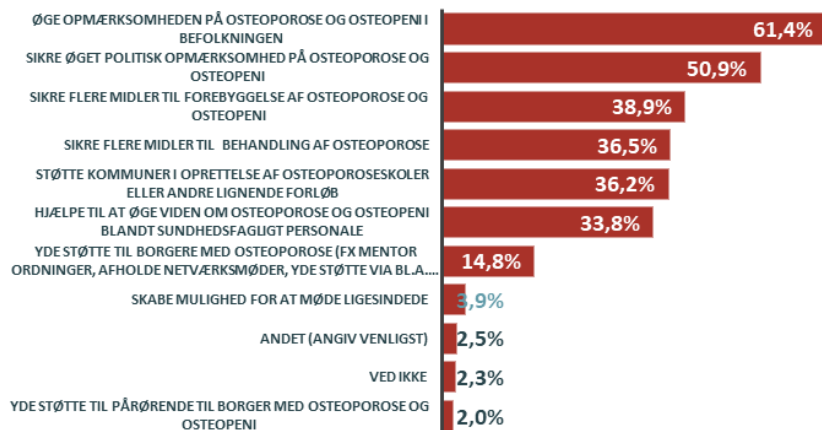
Oplevede du, at dine pårørende og/eller omgangskreds havde viden om osteoporose, da du fik konstateret dette?



Osteoporose er arveligt. Gør du selv noget for at informere dine nærmeste pårørende om arveligheden?



### Osteoporoseforeningens 3 vigtigste formål?



## Referenceliste

- WHO (2004) SCIENTIFIC GROUP ON THE ASSESSMENT OF OSTEOPOROSIS AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL, Tilgængelig: <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf> [Tilgået d. 19. februar 2019]
- Cummings SR, Melton LJ III. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 359:1761-1767.
- Hansen L, Mathiesen AS, Vestergaard P, Ehlers LH og Petersen KD. A health economic analysis of osteoporotic fractures; who carries the burden? *Archives of Osteoporosis*; 2013; 8(1-2):126.
- Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. (2015) Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark. *Osteoporos Int.* 2005 Feb;16(2):134-41.
- Dontas I.A. & Yiannakopoulos C.K. (2007) Risk factors and prevention of osteoporosis-related fractures, Hylonome. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2007; 7(3):268-272  
Johnell O, Kanis J. *Epidemiology of osteoporotic fractures*. *Osteoporos Int* 2005; 16(Suppl.2):3-7.
- Lane N., (2006) Osteoporosis - Is There a Rational Approach to Fracture Prevention? *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*. Volume 64, Numbers 1 & 2, 2006
- Frederiksen A., Abrahamsen B., Johansen P. B., Sørensen H. A. (2018) Danish, national cross-sectional observational study on the prevalence of prior major osteoporotic fractures in adults presenting with hip fracture—limitations and scope for fracture liaison services in prevention of hip fracture. *Cross Mark. Osteoporos Int* (2018) 29:109–114
- Regeringen (2002) Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-10 Tilgængelig: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137\\_D73D0C.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137_D73D0C.ashx) [Tilgået d. 4. januar 2019]
- Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Vejledning til udredning og behandling af Osteoporose. Dansk Knoglemedicinsk Selskab; 2009/2012.  
Tilgængelig: [http://wp.dkms.dk/wpcontent/uploads/2013/08/Samlet-osteoporose\\_180913.pdf](http://wp.dkms.dk/wpcontent/uploads/2013/08/Samlet-osteoporose_180913.pdf) [Tilgået d. 19. februar 2019]
- Sundhedsstyrelsen (2018) Osteoporose – en indsats af den samlede indsats mod osteoporose. København: Sundhedsstyrelsen. Tilgængeligt: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/osteoporose-en-afdaekning-af-densamlede-indsats-mod-osteoporose> [Tilgået d. 14 december 2018]

Juby AG, Davis P. A prospective evaluation of the awareness, knowledge, risk factors and current treatment of osteoporosis in a cohort of elderly subjects. *Osteoporos Int.* 2001;12(8):617-22.

Regeringen (2002) Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-10 Tilgængelig:[http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137\\_D73D0C.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/F7BABB17699E42B4A11623E137_D73D0C.ashx)  
[Tilgået d. 4. januar 2019]

Hansen, M. N. H., Marckmann, B., Nørregård-Nielsen, E., Rosenmeier, L. S., & Østergaard, J. (2015) Spørgeskemaer i virkeligheden. (2. udgave), Frederiksberg C, Samfundslitteratur