



Til diætister

Op mod **500.000** danskere
har **osteoporose** uden at vide det.

I denne folder kan du læse om, hvad du som diætist skal være opmærksom på i forhold til risikovurdering, forebyggelse og behandling.



osteoporose
foreningen



Hvad er osteoporose?

Sundhedsstyrelsen vurderer, at op mod 650.000 danskere har osteoporose. Heraf er 172.000 diagnosticeret med sygdommen, og cirka 90.000 er i medicinsk behandling. Op mod 500.000^{*} danskere formodes således at have osteoporose uden at vide det (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Osteoporose er en kronisk sygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og dermed forringelse af knoglevævets styrke. Dette fører til øget risiko for lavenergibrud, dvs. knoglebrud, der opstår spontant eller i forbindelse med mindre traumer. Osteoporotiske brud ses typisk ved håndled, overarm eller hofte eller som sammenfald af en ryghvirvel.

Knoglebrud på grund af osteoporose kan medføre smerter, nedsat funktionsevne og livskvalitet samt øget dødelighed. Sygdommen kan således have både fysiske og psykiske konsekvenser. Sygdommen og dens følgevirkninger er beregnet til at koste det danske samfund 11,6 mia. kr. årligt (Hansen et al., 2013), og med det store mørketal er opsporing og forebyggelse en vigtig opgave.



* Estimatet for mørketalet varierer alt efter beregningsgrundlag og -metode. Tre estimater er baseret på T-score målt i hofte, og de angiver et mørketal mellem 146.481 og 358.240 borgere. De to øvrige estimater er baseret på T-score målt i hofte og/eller ryg, og de angiver et større mørketal på hhv. 492.877 og 518.272 borgere (Sundhedsstyrelsen, 2018).



Primær osteoporose forekommer hos kvinder efter overgangsalderen grundet østrogenmangel og hos mænd og kvinder som en naturlig konsekvens af aldring. Herudover kan osteoporose skyldes suboptimal udvikling af knoglemasse, fx på grund af mangel på D-vitamin eller kalk.

Sekundær osteoporose ses efter medicinsk behandling af visse sygdomme og som følge af sygdomme, der påvirker knoglemetabolismen. For eksempel:

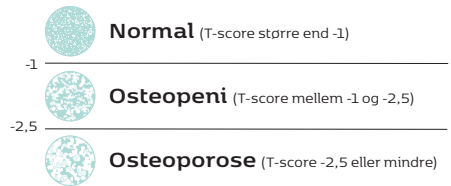
- Malabsorption
- Cøliaki
- Anoreksi og bulimi

Osteoporose rammer

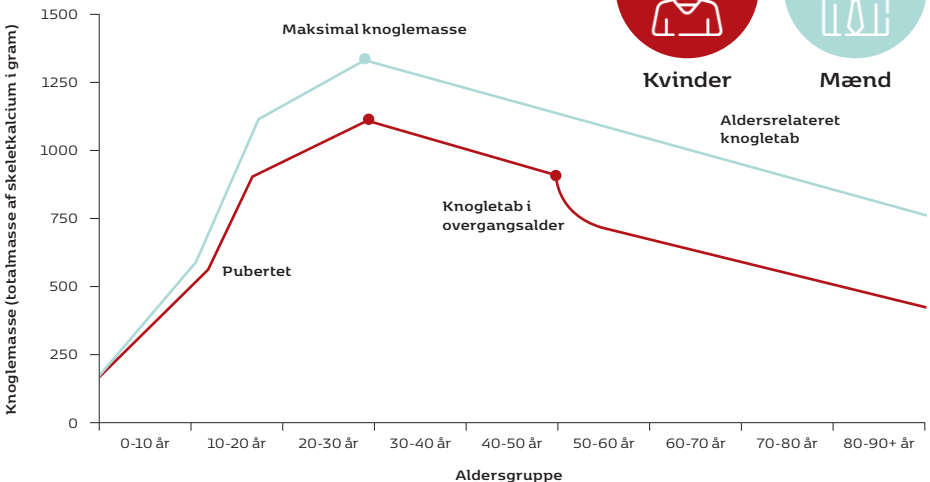
hver 3. kvinde og hver 6.-8. mand



Måling af knogletæthed



Udvikling i knoglemasse hos kvinder og mænd i forhold til alder



Hvad kan du gøre?

Det er vigtigt, at osteoporose opdages tidligt, så brud og sammenfald kan forebygges. Som diætist møder du gennem dit kliniske arbejde en bred målgruppe af borgere. Du kan derfor gøre en stor forskel i det forebyggende arbejde, fx ved individuel rådgivning om knoglevenlig livsstil og ved at være opmærksom på nedenstående risikofaktorer i anamnesen, som kan føre til behov for yderligere udredning hos egen læge:

Risikovurdering

- Får borgeren tilstrækkeligt kalk og D-vitamin?
- Er – eller har borgeren været – i længerevarende behandling med Prednisolon?
- Har borgeren et BMI under 19 kg/m²?
- Ryger borgeren?
- Er borgeren varigt immobiliseret?
- Er borgeren gået i overgangsalder før 45 år?
- Har borgeren oplevet tab af kropshøjde på > 4 cm?
- Har borgeren et stort alkoholforbrug?
- Er der osteoporose blandt forældre/søskende?
- Er borgeren i risiko for at falde?
- Har borgeren oplevet lavenergi-brud?



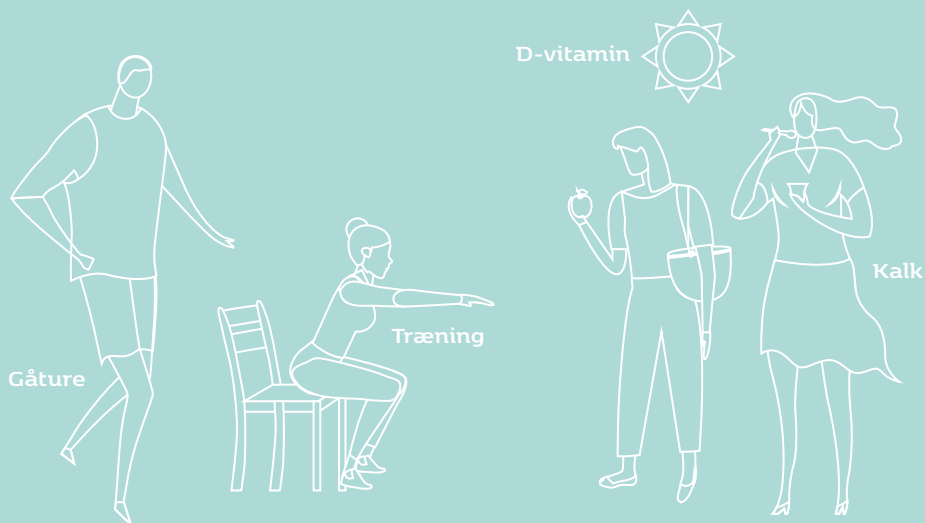
Flere af risikofaktorerne kan borgeren selv gøre noget ved, fx ved at være fysisk aktiv, spise knoglevenligt med sufficient indtag af kalk og D-vitamin, påbegynde rygestop eller reducere et stort alkoholforbrug. Dette kan nedsætte risikoen for at få osteoporose eller risikoen for at forværre allerede opstået sygdom.

På baggrund af en individuel gennemgang af borgerens samlede risikofaktorer kan lægen vælge at udrede for osteoporose med DXA-scanning og blodprøver.

Læs mere på Osteoporoseviden.dk

Kost, kalk og D-vitamin

Borgere med osteoporose og borgere i risiko for at udvikle osteoporose anbefales en sund og varieret kost i overensstemmelse med De officielle Kostråd med særligt fokus på indholdet af kalk og D-vitamin. D-vitamin er vigtig, da kalk optages dårligt fra tarmen, når der mangler D-vitamin. Samlet skal kost og tilskud sikre et dagligt indtag af 1000-1200 mg calcium og 20-40 mikrogram D-vitamin. Kalkindtaget bør fordeles over flere måltider.



Anbefalinger til øvrige befolkningsgrupper.

Med alderen falder kroppens evnen til at optage kalk, og dannelsen af D-vitamin i huden aftager. For at forebygge svækkelse af muskler og knogler anbefales det, at personer over 70 år og plejehjemsboere indtager 800-1000 mg kalk og 20 mikrogram D-vitamin.

Endvidere anbefaler Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen et dagligt tilskud på 10 µg D-vitamin hele året rundt til børn på 0-4 år, gravide, personer med mørk hud, personer som bærer en tildækkende påklædning om sommeren og personer, som ikke kommer udendørs til daglig, eller som undgår sollys.

Medicinsk behandling

Der er to overordnede typer lægemidler til behandling af osteoporose.

Knoglestyrkende medicin

- Bisfosfonater (Alendronat, Aclasta® m.fl.)
- RANK-ligand-antistof (Prolia®)
- Selektive østrogenreceptormodulatorer (SERM – Evista®)

Knogleopbyggende medicin

- Anabole præparater (Forsteo® eller Terrosa®)
- Romosozumab (Evenity)

Den medicinske behandling bør ledsages af dagligt tilskud af D-vitamin og kalk. Fælles for alle lægemidlerne er, at det er vigtigt, at borgeren får taget en blodprøve for at fastslå, at denne befinder sig i normalområdet inden for kalk (2,2-2,55 mmol/L) og D-vitamin (> 50 nmol/L, gerne mellem 80-150 nmol/L).

Alendronat og kosttilskud

I modsætning til de øvrige lægemidler er Alendronat ikke en indsprøjtning, men en tablet. Optagelsen af Alendronat fra tarmen er lav, og hvis tabletterne indtages sammen med mad, drikke eller kalktilskud, kan optagelsen reduceres væsentligt. Derfor skal tabletten indtages fastende med et helt glas postevand (ikke mineralvand) mindst 30 minutter før andre føde- og drikkevarer, kosttilskud eller lægemidler. Det er her vigtigt, at borgeren enten sidder eller står op ved indtagelsen af tabletten og ikke ligger ned i 30 minutter efter.



Tjekliste

Tænk på følgende:

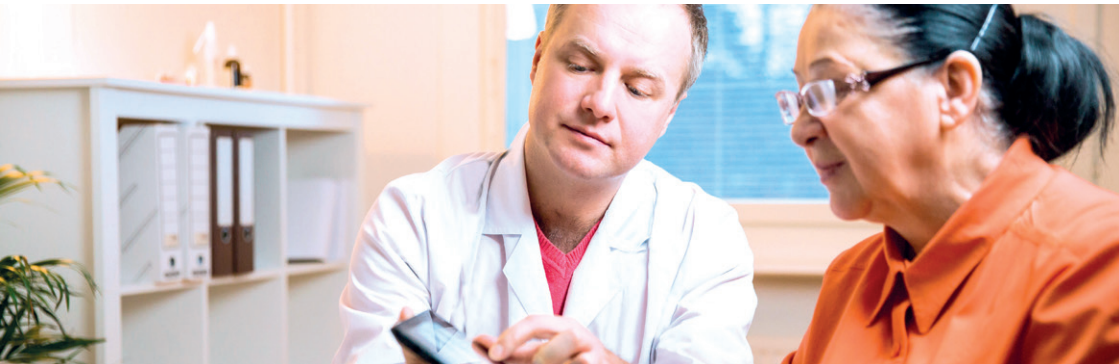
- Kan borgeren sige ja til flere af risikofaktorerne?
- Har borgeren haft osteoporotiske brud?
- Har borgeren en sygdom – somatisk eller psykisk – der øger risikoen?
- Får borgeren tilstrækkeligt kalk og D-vitamin via kosten eller tilskud?
- Får borgeren medicinsk behandling for anden sygdom, som øger risikoen for osteoporose?
- Tager borgeren sin medicin og sit tilskud som anbefalet?

Gode råd

Vær særlig opmærksom på følgende risikogrupper:

- Vegetarer og veganere
- Borgere med mørk hud – *da huden har sværere ved at danne D-vitamin*
- Borgere, som sjældent er udenfor, eller som er tildækkede
- Småtspisende og borgere med spiseforstyrrelser eller kvalme
- Plejehjemsbeboere

Du kan også teste din viden: www.osteoporoseviden.dk





Udarbejdet af Osteoporoseforeningen
i samarbejde med
Fagligt Selskab af Kliniske Diætister

Osteoporoseforeningen er en landsdækkende patientforening. Vi arbejder på at sikre et godt liv for mennesker med knogleskørhed, og vi taler deres sag over for landets politikere. Vi støtter både forskning, forebyggelse og behandling.

Siden 1992 har Osteoporoseforeningen arbejdet for:

- At udbrede kendskabet til knogleskørhed
- At støtte mennesker med knogleskørhed
- At skabe politisk handling
- At støtte forskning til gavn for patienter

Osteoporoseforeningen – Landsforeningen mod knogleskørhed

Park Allé 5, 1. sal ● 8000 Aarhus C ● +45 86 13 91 11
info@osteoporose-f.dk ● www.osteoporose-f.dk

Kilder benyttet:

Sundhedsstyrelsen (2018): Osteoporose – en afdækning af den samlede indsats mod osteoporose, København.

Hansen et al. (2013): A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden?, Archives of Osteoporosis.

