

Projektarbete VESTA

Osteoporos – prevalens och behandling på Dalens vårdcentral

Charlotte Sundh Åhman, ST-läkare, Dalens vårdcentral

Stockholm 2017-10-29

charlotte.ahman@gmail.com

Klinisk handledare: Solveig Rhodin, Astrid Rakhorst Wennström specialister i allmänmedicin, Dalens vårdcentral

Vetenskaplig handledare: Eva Toth-Pal, specialist i allmänmedicin, med. dr, samordnare för Liljeholmens akademiska vårdcentral

Sammanfattning

Bakgrund Enligt Socialstyrelsen är osteoporos underdiagnostiserat och underbehandlat. Diagnos sker med hjälp av FRAX och DXA. Rekommenderad behandling vid hög frakturrisik är benspecifika läkemedel. Primärvården har ett stort ansvar och lämpar sig bäst för att diagnostisera och behandla osteoporospatienter.

Syfte Att kartlägga patienter med diagnosen osteoporos listade på Dalens vårdcentral och beskriva handläggningen vid diagnossättning med avseende på FRAX, DXA-mätning och benspecifik behandling.

Metod Studien är en kvantitativ, retrospektiv journalstudie. Samtliga patienter listade på Dalens vårdcentral med osteoporosdiagnos perioden 131101–161031 inkluderades och studerades utifrån antal, ålder, kön, FRAX, DXA och benspecifik behandling. Datainsamling gjordes med hjälp av Medrave 4 Primärvård samt granskning av journaltext i Journal III/ProfDoc.

Resultat Totalt inkluderades 54 patienter, 0,3 % av samtliga listade. Av dessa var 6 % män och 94 % kvinnor. Medianåldern var 72,5 år (36 - 95 år). Beräkning av 10-årsrisiken för fraktur enligt FRAX fanns i journalen hos 9 %. DXA hade genomförts i samband med diagnos hos 67 %. Benspecifik behandling ordinerades i 87 % av fallen. Bisfosfonater var ordinerat hos 87 % av patienterna. Resterande 13 % ordinerades RANK-ligandantikroppar. Gällande kalcium och D-vitamin substituerades 85 %.

Slutsats Andelen patienter med osteoporosdiagnos i förhållande till alla listade var låg. Två tredjedelar av patienterna genomgick DXA-mätning i samband med diagnostisering. FRAX användes i liten utsträckning, trots att det är rekommenderat innan DXA-mätning. Av alla med osteoporosdiagnos behandlades majoriteten utifrån SLL´s läkemedelskommittés expertråds rekommendationer gällande benspecifikt preparatval. Det finns förbättringspotential för handläggning av osteoporos på Dalens vårdcentral.

MeSH-termer osteoporos, osteoporosfraktur, primärvård, prevalens.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4
Syfte	6
Frågeställningar	6
Material och metod	6
Studiedesign.....	6
Material och urval.....	6
Metod.....	7
Analys av data.....	8
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Köns- och åldersfördelning.....	9
FRAX.....	9
DXA-mätning.....	10
Benspecifik behandling.....	11
Diskussion	12
Köns- och åldersfördelning.....	12
Diagnostik.....	12
Benspecifik behandling.....	13
Styrkor och svagheter.....	14
Implikationer och framtida studier.....	15
Slutsats	15
Referenser	16
Bilaga 1, studieprotokoll	19
Bilaga 2, anslag	20

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar” är osteoporos, benskörhet, underdiagnostiserat och därmed underbehandlat (1). Osteoporos med fragilitetsfraktur beskrivs som en av Sveriges stora folksjukdomar (2). I Sverige inträffar cirka 70 000 osteoporosrelaterade frakturer per år (3, 4). Vid tidig diagnostik och behandling kan osteoporos förebyggas och individuellt lidande och sjukvårdskostnader minskas (5).

Osteoporos är en systemisk skelettsjukdom karaktäriserad av låg benmassa och förändrad mikroarkitektur. Detta leder till nedsatt hållfasthet och ökad risk för fraktur (6). Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, är definitionen av osteoporos när bentäthetsmätning ger ett T-score på $-2,5$ standardavvikelser eller mindre för friska unga kvinnor. Definitionen gäller mätning med Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA, i höft eller rygg och används i praktiken även på män (7).

Riskfaktorer för osteoporos är låg vikt, ärftlighet för fraktur och rökning (8). Riskfaktorer för fraktur vid osteoporos är framför allt kvinnligt kön, hög ålder, tidigare lågenergifrakturer hos individ yngre än 50 år, bentäthet mindre än $-2,5$ SD, ärftlighet för höft-/kotfraktur samt systemisk kortisonbehandling i mer än tre månader. Frakturrisken ökar med antalet riskfaktorer (2, 6, 9).

Både förekomsten av osteoporos och frakturrisken är starkt åldersberoende. De vanligaste osteoporosrelaterade frakturerna sitter i handled, höft och kota och utgör 73 % av alla osteoporosfrakturer. Framför allt höft- och kotfrakturer leder till stora samhällskostnader. Förutom höga kostnader leder fragilitetsfrakturer till minskad livskvalitet, ökad morbiditet och ökad mortalitet. Höftfrakturpatienterna har högst morbiditet och mortalitet. Patienter med kotfrakturer är förknippade med högst samhällskostnad och mest uttalad livskvalitetspåverkan (4).

Osteoporos diagnostiseras med bentäthetsmätning, DXA. DXA bör föregås av WHO:s frakturrisikkalkulator FRAX, ett datorbaserat instrument för beräkning av den absoluta 10-årsrisken för frakturer med utgångspunkt från tidigare nämnda riskfaktorer (3, 6). Vid klinisk misstanke om osteoporos/misstänkt hög frakturrisken har man sett att evidensstyrkan för att beräkna absolut 10-årsrisk för osteoporosfraktur enligt FRAX utan bentäthetsvärde är låg till måttlig. Om man däremot får ett värde på 15 % eller mer och går vidare med DXA ger detta betydligt högre evidensstyrka (1).

Socialstyrelsen har som mål inför nästa utvärdering av följsamhet till ”Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar” att definiera målnivåer gällande hur stor del av patienterna med misstänkt fragilitetsfraktur som skall utredas med FRAX och DXA. Detta som ett led i att öka diagnostisering och specifik behandling av osteoporos (1).

Osteoporos ger inga symtom vilket gör att det är svårt att identifiera de patienter som skulle ha nytta av benspecifik behandling innan deras första fragilitetsfraktur uppkommer/inträffar. Frakturkedjor (Fracture Liaison Services, FLS) syftar till att diagnostisera osteoporos, beräkna/uppskatta frakturrisk och ge sekundärpreventiv behandling till frakturpatienter (2,10). Detta har utvärderats av Socialstyrelsen och visat sig ha hög evidensgrad (1). Arbetsmodellen innebär ökad samordning mellan de aktörer i vårdkedjan som tar hand om patienter med osteoporos samt ett systematiserat omhändertagande av patienter med osteoporosjukdom. Frakturkedjor är idag etablerat på flera ställen i Sverige. I Stockholm är det enbart Norrtälje som arbetar enligt FLS (11).

Icke-farmakologiska åtgärder som minskar frakturrisken är fallprevention. Fallpreventiva åtgärder är läkemedelsgenomgång, synhjälpmedel och fysisk träning (2). Syftet med farmakologisk benspecifik behandling är att förebygga osteoporosrelaterade frakturer (6, 12). Enligt Stockholms läns läkemedelskommittés (SLL´s) expertråd rekommenderas benresorptionshämmande läkemedel i första hand, bisfosfonater (alendronat, zoledronat) alternativt RANK-ligandantikroppar (denosumab). Behandlingen kompletteras med kalcium- och D-vitaminsubstitution (1, 2, 13). All benspecifik läkemedelsbehandling ska utvärderas och tidsbegränsas för att undvika läkemedelsrelaterade komplikationer. Behandlingsuppehåll med bisfosfonater rekommenderas efter 3–5 års behandling. Effekten kvarstår upp till 10 år (1, 13).

Ökad osteoporosdiagnostik leder till ökade behandlingsinsatser och på individnivå minskat frakturrelaterat lidande. På samhällsnivå ges förbättrad hälsoekonomi. Inom svensk sjukvårdsorganisation lämpar sig primärvården bäst att utreda och behandla eventuell osteoporos. Detta på grund av lättillgängligheten för både patienter och remitterter samt det allmänmedicinska och därmed breda kompetensområdet (6).

Denna studie avsåg att ta reda på hur stor andel av patienterna listade på Dalens vårdcentral som har diagnostiserad osteoporos och hur stor andel av dessa patienter som även har dokumenterad FRAX och har genomgått DXA i samband med diagnos. Studien avsåg också

att beskriva hur aktuell benspecifik behandling ser ut på Dalens vårdcentral och om den följer Stockholms läns läkemedelskommittés expertråds rekommendationer gällande läkemedelsval.

Syfte

Att kartlägga patienter med diagnosen osteoporos listade på Dalens vårdcentral och beskriva handläggningen vid diagnossättning med avseende på FRAX, DXA-mätning och benspecifik behandling.

Frågeställning

1. Hur många patienter, listade på Dalens vårdcentral under perioden 131101 - 161031, hade diagnosen osteoporos?
2. Hur stor andel av patienterna var kvinnor och hur stor andel var män?
3. Hur stor andel av patienterna hade dokumenterad beräkning av 10-årsrisken för fraktur enligt FRAX i journalen?
4. Hur stor andel av patienterna hade genomgått DXA-mätning i samband med diagnos?
5. Om benspecifik behandling satts in, vilka läkemedel var i så fall ordinerade och följde behandlingen Stockholms läns läkemedelskommittés expertråds rekommendationer gällande preparatval?

Material och metod

Studiedesign

Studien är en kvantitativ retrospektiv journalstudie. Datainsamling gjordes med hjälp av Medrave 4 Primärvård samt granskning av befintlig journaltext i journalsystemet Journal III/ProfDoc på Dalens vårdcentral.

Material och urval

Dalens vårdcentral är en privat vårdcentral i Praktikertjänsts regi. Vårdcentralen ligger på Dalens sjukhus i Enskededalen i söderort i Stockholms kommun. Enskededalen tillhör Skarpnäcks stadsdelsområde med totalt cirka 45 340 invånare. I upptagningsområdet förväntas antalet invånare mellan 65 och 79 år öka inom de närmaste åren (14). Dalens

vårdcentral hade under studieperioden cirka 16 500 listade patienter. På vårdcentralen arbetade tio specialister i allmänmedicin fördelat på åtta heltidstjänster, fem ST-läkare, en AT-läkare och en vikarierande underläkare utan legitimation.

Den population som inkluderades i studien var patienter listade på Dalens vårdcentral som gjorde ett läkarbesök under tidsperioden 131101 - 161031 med osteoporosdiagnos registrerad i journalen enligt ICD10. De patienter som var avlidna exkluderades.

Metod

Med hjälp av rapporteringsverktyget Medrave 4 Primärvård hämtades information från journalsystemet Journal III/ProfDoc. Sökningen i Medrave 4 gjordes utifrån förutbestämda diagnoskoder enligt ICD10 (M80.0, M80.0A-K, M80.8, M80.9, M81.0, M81.8, M81.9 samt M85.9) under en definierad tidsperiod (131101–161031). Sökningen innefattade samtliga läkare aktiva på Dalens vårdcentral under angiven tidsperiod.

Samtliga journaler granskades utifrån studiens syfte och frågeställningar. Patientjournalerna avidentifierades och studiedeltagarna gavs ett ID-nummer.

Data som insamlades registrerades i ett studieprotokoll i Microsoft Excel 2010, se bilaga 1. På samtliga patienter registrerades ålder, kön, dokumentation av FRAX i journalen, om DXA hade genomförts i samband med diagnos samt förekomst av ordinerad benspecifik läkemedelsbehandling och vilken/vilka läkemedelsgrupper som förskrevs.

Ålder definierades utifrån 2016 minus födelseår. Kön identifierades utifrån personnummer. Dokumentationen av FRAX gav ja=1 om man i journaltext kunde utläsa resonemang kring den absoluta 10-årsrisken för fraktur eller om det fanns en faktiskt angiven procentsats. Annars gav FRAX utfall nej=0. Förekomst av DXA räknades om det fanns ett faktiskt svar från aktuell undersökning i journalen alternativt om svaret fanns beskrivet i löpande journaltext eller i konsultationssvar. Om det fanns omnämnt att DXA genomförts i samband med diagnos gav detta utfallet ja=1. I övriga fall gavs utfallet nej=0. Löpande text, konsultsvar, läkemedelslistan och receptlistan i aktuella journaler genomlästes för att kunna beskriva ordinerad benspecifik läkemedelsbehandling. Om benspecifik behandling saknades under definierad tidsperiod gavs utfall 0, annars 1. För att beskriva läkemedelsbehandlingen och möjliggöra jämförelse med Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd gällande läkemedelsval dokumenterades ordinerade läkemedelsgrupper. Om kalciumtillskott var ordinerat gavs utfall ja=1/nej=0, om D-vitamintillskott var ordinerat gavs utfall ja=1/nej=0,

om bisfosfonat (alendronat eller zoledronat) fanns ordinerat gavs utfall ja=1/nej=0 och om denosumab fanns ordinerat gavs utfall ja=1/nej=0. Om annan benspecifik behandling än Stockholms läns läkemedelskommittés expertråds förstahandsrekommendation var ordinerad gavs utfall ja=1/nej=0.

Analys av data

Data dokumenterades löpande i studieprotokollet i Microsoft Excel 2010, se bilaga 1. Ur dessa data beräknades sedan den deskriptiva statistiken så som antal, procent och andelar. Övrig statistik beräknades med hjälp av PAST 3 (Palaentological Statistics version 3.14). Ålder är data på intervallnivå och presenterades både som medelålder och medianålder. Spridningsmått beräknades gällande ålder. Kön är data på nominal nivå och presenterades deskriptivt i procent. Även dokumentation av FRAX i journalen, förekomst av DXA i samband med osteoporosdiagnos och ordinerad benspecifik läkemedelsbehandling är data på nominal nivå och presenterades deskriptivt i procent.

Etiska överväganden

Verksamhetschefen på Dalens vårdcentral har gett projektledaren i uppdrag att utföra aktuell studie.

Det fanns risk för att både studiedeltagare och läkarkollegor utsattes för integritetsintrång när journaler granskades av projektledaren i de fallen densamma inte var behandlande läkare. Journalerna lästes enbart för att kunna besvara ovanstående frågeställningar. Studiedeltagarna kodades/avidentifierades och garanterades anonymitet. Kodnyckeln hanterades enbart av projektledaren och materialet förvarades inlåst på vårdcentralen. Kodnyckeln förstördes efter avslutat projekt. Inga enskilda studiedeltagare identifierades vid presentation av studien, samtliga data analyserades på gruppnivå.

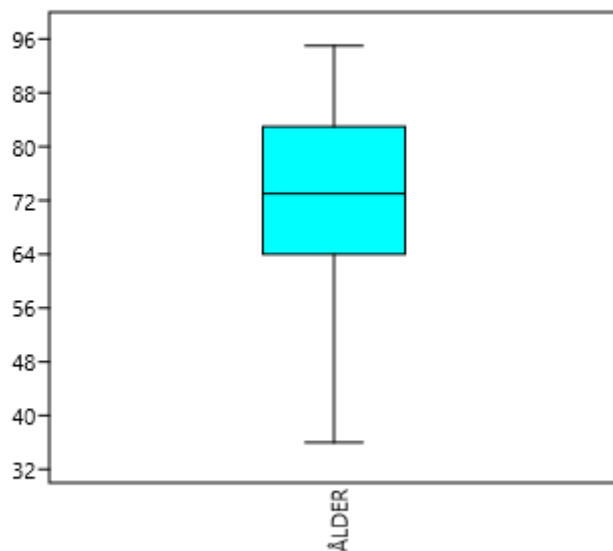
Läkarkollegor informerades muntligen om projektet på möten. Riskerna uppvägdes av att omhändertagandet av patienter med osteoporos på Dalens vårdcentral kan förbättras med hjälp av studieresultatet.

På vårdcentralen fanns under projekttiden anslag i väntrummet om att granskning av journaler gjordes i kvalitetssyfte, se bilaga 2.

Resultat

Köns- och åldersfördelning

Under tidsperioden 131101 - 161031 var 16 500 patienter listade på Dalens vårdcentral och 58 av dessa hade diagnosen osteoporos satt i journalen, vilket ger en periodprevalens på 0,3%. Fyra av dessa patienter exkluderas då de var avlidna. Övriga 54 patienter inkluderades. Tre patienter (6 %) var män och 51 (94 %) var kvinnor. Populationen var ej normalfördelad åldersmässigt, medianåldern var 72,5 år med spridning från 36 till 95 år. Medelåldern var 72,6 år. Åldersfördelningen presenteras i figur 1.



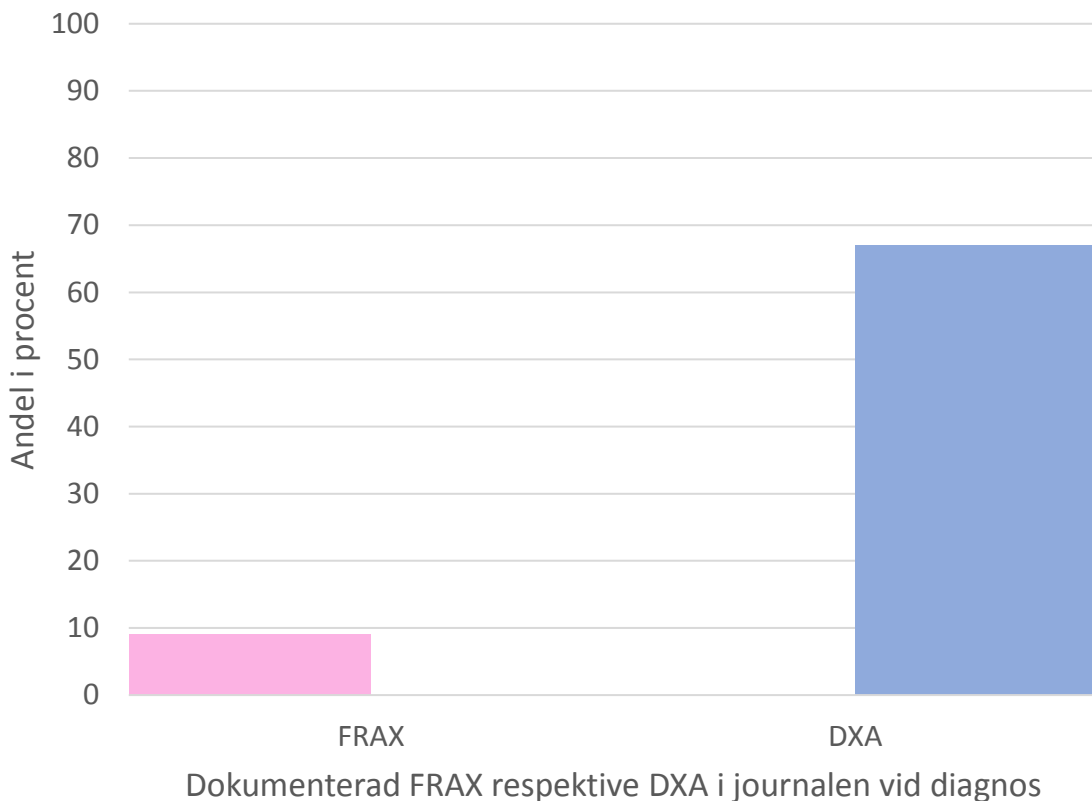
Figur 1. Åldersfördelning hos samtliga patienter med diagnosen osteoporos på Dalens vårdcentral under studieperioden. N=54.

FRAX

Av de 54 inkluderade patienterna hade fem (9 %) patienter dokumenterad beräkning av 10-årsrisken för fraktur enligt FRAX i journalen. Samtliga av dessa var kvinnor.

DXA-mätning

Av de 54 patienterna genomgick 36 (67 %) DXA-mätning i samband med diagnossättning. I ett fall valde patienten själv att avstå DXA-mätning, förklaring fanns ej dokumenterad i journalen men benspecifik behandling initierades. I ett annat fall gjordes DXA-mätning som visade på osteoporos men patienten valde själv att avstå benspecifik behandling. I ytterligare ett fall avstod patienten i samråd med behandlande läkare DXA-mätning men även här initierades benspecifik behandling. I två fall grundades diagnosen på röntgen- eller MRT-verifierade osteoporosrelaterade frakturer. Ingen av dessa två patienter genomgick DXA-mätning. Av de 36 patienter som genomgick DXA-mätning i samband med osteoporosdiagnos inledde 32 (89 %) benspecifik behandling.



Figur 2. Andel av patienterna med osteoporosdiagnos på Dalens vårdcentral som hade dokumenterad FRAX i journalen samt andel som hade genomgått DXA-mätning i samband med diagnostisering. N=54.

Benspecifik behandling

Av de 54 patienterna hade 47 (87%) ordinerats benspecifik behandling som resultat av osteoporosutredning och diagnostik. Bisfosfonater (alendronat respektive risedronat) var ordinerat hos 41 av 47 patienter (87 %). RANK-ligandantikroppar (denosumab) var ordinerat hos 6 patienter (13 %). I bisfosfonatgruppen hade 4 av 41 risedronat (10 %) och 37 av 41 hade alendronat (90 %). Ingen hade zoledronat. Sju patienter saknade benspecifik behandling. I två av dessa fall fanns beskrivet att patienten aktivt valt att avstå behandling. I övriga fem fall fanns ingen dokumenterad kommentar till beslutet. Till den benspecifika behandlingen kom också olika kombinationer med eller utan kalcium- och D-vitaminsubstitution, se tabell 1 nedan för fördelning.

Totalt följde behandlingen SLL´s läkemedelskommittés expertråds rekommendationer gällande benspecifikt preparatval i 43 av 54 fall, 80%. Kalcium- och D-vitaminsubstitution var ordinerad hos 85 % av patienterna.

Tabell 1. Antal patienter med osteoporos på Dalens vårdcentral som ordinerats rekommenderad benspecifik behandling samt olika kombinationer av substitutionsbehandlingar enligt SLL´s läkemedelskommittés expertråd. N=54.

SUBSTITUTION/BENSPEC BEH.	Alendronat		Risedronat		Denosumab		Ej benspecbeh.	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Kalcium	0	0	0	0	0	0	0	0
D-vitamin	0	0	0	0	0	0	0	0
Kalcium + D-vitamin	35	4	6	1				
Ingen substitution	2	0	0	6				
Summa antal pat. (st)	37	4	6	7				
Andel pat. (%) med rek/ inte rek benspec beh.	69%	7%	11%	13%				

Diskussion

Det var få patienter med registrerad osteoporosdiagnos på Dalens vårdcentral under studieperioden. Periodprevalens 0,3 %. Majoriteten var kvinnor. Gällande diagnostiken beräknades FRAX knappt i en tiondel av fallen men två tredjedelar genomgick DXA-mätning. När osteoporosdiagnosen var satt behandlades majoriteten utifrån SLL's läkemedelskommittés expertråds rekommendationer gällande benspecifikt preparatval.

Köns- och åldersfördelning

Förvånansvärt få patienter med osteoporosdiagnos kunde identifieras på Dalens vårdcentral. Detta stärker Socialstyrelsens antagande i "Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar" gällande underdiagnostisering och därmed underbehandling av osteoporos (1). Detta trots att studerad tidsperiod löpte över tre år och att patientunderlaget var högt med 16 500 listade patienter under tidsperioden. Periodprevalensen blev 0,3 %. Det är svårt att få fram jämförande siffror i Sverige generellt då osteoporos är en tyst sjukdom fram till fragilitetsfraktur inträffar (15). Man har i större material uppskattat prevalensen på osteoporos till 20 % av kvinnor och 6 % av män i åldern 50–84 år (2). Således betydligt högre prevalens än vad som kunde påvisas i denna studie. I diagnosökningen togs ej M82-diagnoser med då dessa klassas som "osteoporos vid sjukdomar som klassificeras annorstädes" och inte bedömdes representativa för primär osteoporos. Kanske finns det ytterligare dolda osteoporospatienter på Dalens vårdcentral som utretts och behandlas men som inte fått någon av de diagnoser som var utvalda för denna studie och därmed inte inkluderats. Möjligen skulle fler osteoporosrelaterade diagnoskoder inkluderats för att få bättre träff vid sökning i Medrave 4 eller så kunde tidsperioden ha ökats ytterligare. Kvinnor med osteoporos var tydligt överrepresenterade i studien, 94 % jämfört med enbart 6 % män. Detta överensstämmer med förväntan då osteoporos är vanligare hos kvinnor (2). Åldersfördelningen överensstämmer med andra studier (4).

Diagnostik

Osteoporos diagnostiseras med DXA-mätning vilken bör föregås av FRAX (3,6). I studiematerialet fanns FRAX dokumenterat i endast cirka 9 % av fallen. Syftet med FRAX är inte att ersätta den kliniska bedömningen, men att underlätta vid bedömning av frakturrisik där flera riskfaktorer samverkar. DXA-mätning kan också inkluderas i beräkningen, vilket

förbättrar riskprediktionen (3). Frågan är varför FRAX används i så pass liten utsträckning på Dalens vårdcentral då FRAX är ett enkelt riskskattningsformulär som finns tillgängligt kostnadsfritt online. I denna studiepopulation använde man DXA-mätning i två tredjedelar av fallen, alltså i betydligt större utsträckning än FRAX. Rent hypotetiskt kan detta bero på traditionen i läkargruppen, att det ligger mer naturligt att ordinera en radiologisk undersökning än att ta fram ett nätbaserat formulär. Ett annat skäl kan vara att man använder FRAX när misstanken är väldigt låg gällande osteoporos och då för att tydliggöra för både läkare och patient att man inte behöver gå vidare med ytterligare diagnostik. Dessa patienter får aldrig osteoporosdiagnos och blir därmed inte synliga i denna studie. När läkaren anamnestiskt gör en klinisk värdering av aktuell patients riskfaktorer väljer man möjligtvis i större utsträckning att gå vidare med DXA utan att göra FRAX om misstanken om osteoporos väcks. Detta är inget som kan påvisas i aktuell studie då det inte var en av frågeställningarna. I framtiden har Socialstyrelsen planerat att definiera målnivåer gällande hur stor andel av patienterna med misstänkt fragilitetsfraktur som skall utredas med FRAX och DXA-mätning för att öka diagnostisering och specifik behandling av osteoporos (1). Tillsammans med utbyggda frakturkedjor, med primärvården som självklar sammanhållande länk, kommer detta förhoppningsvis öka de sekundärpreventiva åtgärderna gällande osteoporosrelaterade frakturer och på så sätt ge både minskat frakturelaterat lidande och förbättrad hälsoekonomi.

Benspecifik behandling

Den rekommenderade behandlingen för att förebygga osteoporosfrakturer är benspecifika läkemedel (6, 12). I första hand rekommenderas bisfosfonater och i andra hand RANK-ligandantikroppar. I båda fall med tillägg av calcium- och D-vitaminsubstitution (1, 2, 13).

I resultatet sågs att 87 % av patienterna med osteoporosdiagnos sattes in på benspecifik behandling. Av de som inte sattes in på benspecifik behandling, fann vi endast i två fall beskriven anledning i journaltext. I båda de fallen ville patienten aktivt avstå behandling. Hos de övriga fem, med utredning och diagnos förenligt med osteoporos som inte hade benspecifik behandling, fanns det ingen bakomliggande dokumentation om beslutet i journalen. Den behandling som ordinerades var bisfosfonater och RANK-ligandantikroppar vilket är förenligt med Stockholms läns läkemedelskommittés expertråds rekommendationer. I 80 % av fallen följde man rekommendationerna gällande preparatval både ur bisfosfonatgruppen och RANK-ligandantikropsgruppen, det vill säga alendronat/zoledronat och denosumab. I fyra fall av 41 var patienter med bisfosfonatbehandling ordinerade risedronat istället för de rekommenderade preparaten alendronat och zoledronat. Vad detta

beror på kan inte fastställas i aktuell studie men när man läser tillbaka i SLL's expertråds rekommendationer gällande bisfosfonatbehandling och osteoporos så var risedronat rekommenderat i Kloka Listan fram till och med 2005, därefter har risedronat tagits bort och istället har alendronat varit det perorala förstahandsalternativet. Möjligen har vissa kollegor fortsatt ordinera risedronat då man känt sig trygg med det preparatet sedan tidigare.

Att behandla med kalcium- och D-vitaminsubstitution samtidigt med benspecifik behandling var väletablerat i studiens population, 85%

Intressant är att det finns sex patienter med osteoporos som i samband med diagnostisering varken fått benspecifik behandling eller substitutionsbehandling. I två fall finns det dokumenterat att patienten önskat avstå behandling men i övriga fyra fall finns det ingen kommentar. Möjliga scenarion är att behandling inte bedömts lämplig på grund av till exempel nedsatt njurfunktion, kognitiv svikt eller andra svårigheter med tablettintag/infusions- eller injektionsbehandling. Det är också möjligt att patienten tidigare i livet haft bisfosfonatbehandling och därför inte bedömts lämplig. Oavsett så är inget av ovanstående dokumenterat och kan därför inte påvisas.

Styrkor och svagheter

En styrka i studien är att studietiden är så lång som tre år, stickprovet blir förhållandevis stort. Det var också ett litet bortfall, enbart fyra patienter behövde exkluderas.

Det finns svagheter med studien. Dels är den undersökta populationen liten, n=54. Det är svårt att dra några egentliga slutsatser på ett så pass litet material. Hela studiematerialet bygger på journalgranskning och detta innebär risk för tolkningsfel och även att viss information missas. Skriftliga journaler är långt ifrån kompletta och detta finns många anledningar till. En anledning är traditionen att vara kortfattad i anteckningar. En annan anledning är ett pressat tidsschema på mottagningen vilket leder till faktisk tidsbrist och prioriteringsbehov.

Implikationer och framtida studier

Denna studie kommer att ligga till grund för ett förbättringsarbete för patienter med misstänkt och manifest osteoporos på Dalens vårdcentral. Det finns flera områden med förbättringspotential. Läkargruppen behöver uppmärksammas på diagnosen osteoporos och när och hur man utreder. Att så få patienter har diagnostiserats talar för att vi behöver öka vår medvetenhet kring osteoporos och på så sätt identifiera och utreda fler möjliga patienter. Att implementera användandet av FRAX är en enkel åtgärd. En kvalitativ studie med intervjuer alternativt enkäter till läkargruppen gällande attityd gentemot FRAX och DXA skulle vara intressant. Framgent skulle även ett samarbete med ortopedkliniker i området vara gynnsamt för både patienten, sjukvården och samhället. Frakturkedjor med distriktssköterskor som kallar patienter efter misstänkt fragilitetsfraktur, FRAX:ar och sedan bokar upp ett läkarbesök för slutlig bedömning gällande DXA-mätning och eventuell behandling. Distriktssköterskor ser även patienter i hemmet som har eller har haft frakturer och kan på så sätt identifiera riskfaktorer/riskpatienter.

I framtiden vore det också intressant att titta på hur vi följer upp insatt benspecifik behandling. Hur länge behandlas patienten? Följs riktlinjerna gällande tidsaspekten? Finns det planerad uppföljning med till exempel behandlingsutvärdering genom upprepning av DXA?

Slutsats

Det låga antal patienter med osteoporosdiagnos tyder på att det förekommer underdiagnostisering och därmed underbehandling av osteoporos på Dalens vårdcentral. Två tredjedelar av patienterna genomgick DXA-mätning i samband med diagnostisering. FRAX användes i liten utsträckning, trots att det är rekommenderat innan DXA-mätning. När osteoporosdiagnosen väl var satt behandlades majoriteten, 80 %, utifrån SLL's expertråds rekommendationer gällande benspecifikt preparatval. Det finns förbättringspotential gällande både identifiering och handläggning av osteoporospatienter på Dalens vårdcentral.

Referenser

1. Socialstyrelsen (2014). Nationella riktlinjer – utvärdering – vård vid rörelseorganens sjukdomar.
Tillgängligt via:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19527/2014-10-3.pdf>
Hämtad 2017-02-08
2. Internetmedicin.se. Mellström D, Lorentzon M. Osteoporos, primär.
Tillgänglig via:
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=360>
Hämtad 2017-02-22
3. Johansson H, Kanis J, Ljunggren Ö. FRAX – modell för att beräkna 10-årsrisken för fraktur. Läkartidningen. 2011;108(7):336–339
Tillgänglig via:
http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/15984/LKT1107s336_339.pdf
Hämtad 2017-02-10
4. Ström O, Borgström F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, Svensson O, Abdon P, Ornstein E, Ceder L, Thorngren K-G, Sernbo I, Jönsson B. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. Acta Orthopaedica. 2008;79(2):269-280.
5. Calik Basaran N, Sözen T, Özisik L. An overview and management of osteoporosis. Eur J Rheumatol. 2017 Mar; 4(1): 46–56.
6. Viss. Stockholms läns landsting (2016). Palmér M, Tovi J. Osteoporos.
Tillgängligt via:
<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Endokrina-organ/Osteoporos/>
Hämtad 2017-02-08
7. Läkemedelsverket (2007). Behandling av osteoporos. Information från läkemedelsverket 4, 2007:19–29.
Tillgänglig via:
https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2007-4.pdf
Hämtad 2017-02-22

8. SBU. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003. SBU-rapport nr 165/1.
9. Carlsten A, redaktör. Läkemedelsboken.se. Osteoporos och frakturprevention. Uppsala (2016).
Tillgänglig via:
https://lakemedelsboken.se/kapitel/endokrinologi/osteoporos_och_frakturprevention.html#facts_2_header
Hämtad 2017-02-22
10. Lovric M, Ribom Bornefalk E. Fler utreddes för osteoporos efter införandet av frakturkedja. Läkartidningen. Tema osteoporos. 2016;113: D7HL
Tillgänglig via:
<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Temaartikel/2016/11/Fler-utreddes-for-osteoporos-efter-inforande-av-frakturkedja/>
Hämtad 2017-02-22
11. Jutberger H, Åkesson K. Frakturkedjor är den mest effektiva sekundärpreventionen. Läkartidningen. Tema osteoporos. 2016;113: D9HX.
Tillgänglig via:
<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Temaartikel/2016/11/Frakturkedjor-ar-den-mest-effektiva-sekudarpreventionen/>
Hämtad 2017-03-19
12. Åstrand J, Nilsson J, Thorngren K-G. Screening for osteoporosis reduced new fracture incidence by almost half. Acta Orthopaedica. 2012; 83(6): 661–665.
13. Janusinfo, Stockholms läns landsting. Kloka listan 2016, osteoporos.
Tillgänglig via:
<http://klokalistan.janusinfo.se/2016/Osteoporos/>
Hämtad 2017-02-22
14. Hamberg P. Verksamhetsplan 2017 för Skarpnäcks stadsdelsnämnd.
Tillgänglig via:
<https://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=1870288>
Hämtad 2017-02-20

15. Claesson A, Toth-Pal E, Piispanen P, Salminen H. District nurses' perceptions of osteoporosis management: a qualitative study; *Osteoporosis International*, 2015, Vol.26(7), pp.1911–1918

Bilaga 1

Studieprotokoll i Microsoft Excel 2010

Kontrollerade data	Kodnyckel
ID-nummer	Identifikationsvariabel
Ålder	År
Kön	Man=1 Kvinna=0
FRAX [®] i journalen?	Ja=1 Nej=0
DXA i samband med diagnos?	Ja=1 Nej=0
Benspecifik behandling?	Ja=1 Nej=0
Kalciumsubstitution?	Ja=1 Nej=0
D-vitaminsubstitution?	Ja=1 Nej=0
Bisfosfonat (alendronat/zoledronat)?	Ja=1 Nej=0
Denosumab?	Ja=1 Nej=0
Annan benspecifik behandling?	Ja=1 Nej=0

Bilaga 2

Anslag

Till dig som är patient på Dalens vårdcentral

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kvalitén på vårdcentralen systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, så att du som patient får rätt och säker vård.

Läkare som gör sin specialistutbildning här på vårdcentralen är enligt Socialstyrelsens bestämmelser skyldiga att göra ett vetenskapligt projekt-arbete. Detta kvalitetsarbete görs på uppdrag av verksamhetschefen. Det kan innebära att viss avkodad information inhämtas från patientjournaler. Inga namn eller data som kan härledas till enskilda individer kommer att redovisas i dessa kvalitetsarbeten.

Verksamhetschefen ansvarar för att projektarbetet görs enligt Patientdata-lagen, PDL, det vill säga enligt riktlinjer för hantering av patient-/journal-uppgifter.

Har du några frågor eller synpunkter, eller om du inte vill att din journal ska ingå i detta arbete, är du välkommen att kontakta verksamhetschefen, se nedan.

Stockholm 2017-04-20

.....
Marta Gräslund, verksamhetschef, Dalens vårdcentral
Tel: 08-686 52 25