

5. Baastrup R, Sorensen M, Hansen J et al. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the oesophagus, stomach and pancreas in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:1962-77.
6. Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G et al. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:1989-95.
7. Eriksen KT, Petersen A, Poulsen AH et al. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the kidney and urinary bladder in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:2030-42.
8. Jensen KE, Hannibal CG, Nielsen A et al. Social inequality and incidence of and survival from cancer of the female genital organs in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:2003-17.
9. Carlsen K, Hoybye MT, Dalton SO et al. Social inequality and incidence of and survival from breast cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer* 2008;44:1996-2002.
10. Sant M, Aareleid T, Berrino F, et al. EURO-CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 – results and commentary. *Ann Oncol* 2003;14 Suppl 5: v61-118.

Brug af undersøgelse for prostataspecifikt antigen

Læge Thomas Ostensen Mukai, professor Flemming Bro, professor Knud Venborg Pedersen & seniorforsker Peter Vedsted

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, og Afdeling for Almen Medicin, og Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk Afdeling K

RESUME

INTRODUKTION: Cancer prostatae (CP) er den hyppigste kræftform blandt danske mænd, og incidensen er stigende. CP er ofte asymptomatisk, hvilket vanskeliggør klinisk diagnosticering. I udredningen for CP kan man benytte en prøve for prostataspecifikt antigen (PSA)-niveau. Dansk Urologisk Selskab har siden 1997 anbefalet brugen af PSA-prøver i udredning af CP. Formålet var at undersøge udviklingen i anvendelsen og resultaterne af PSA-prøver samt at beskrive udviklingen i incidensen af CP i det tidligere Århus Amt.

MATERIALE OG METODER: Vi brugte data fra laboratoriedatabasen LABKA og fra Landspatientregisteret fra 1995 til 2006. Prøveekvivalensen blev identificeret som almen praksis eller specialiseret sundhedsvæsen, hvorefter data blev sammenkørt via cpr-nummer. Herudover kategoriserede vi prøverne som *incidente*, *gentagne normale*, *gentagne forhøjede* eller *kontroller*.

RESULTATER: Vi fandt, at antallet af PSA-prøver steg med en faktor 43 over perioden, og at andelen af prøver, der var rekvireret af almen praksis, steg fra 38,6% (95% sikkerhedsinterval (SI): 36,4-40,8%) i 1998 til 66,1% (65,4-66,8%) i 2006. Antallet af incidente prøver, der var rekvireret af almen praksis, og som havde et resultat på under fire mikromol/l, steg markant, mens det faldt i det specialiserede sundhedsvæsen fra 2001. Incidensen af CP i den undersøgte population steg i samme periode, men stabiliseredes fra 2004 og frem. Vi fandt desuden, at det gennemsnitlige antal prøver pr. undersøgt mand pr. år steg i almen praksis.

KONKLUSION: I almen praksis tages der flere PSA-prøver, hvilket kan forklares ved flere kontroller efter behandling af CP, *watchful waiting* samt opportunistisk screening.

Cancer prostatae (CP) er den hyppigste kræftform blandt danske mænd med en incidens på 122 pr. 100.000 i 2006. Incidensen er steget mere end 50% på ti år [1]. Den standardiserede mortalitetsrate for CP lå i 2005 på niveau med mortalitetsraten for kronisk obstruktiv lungesygdom, på henholdsvis 52 og 65 pr.

100.000 mænd, hvilket kun blev overgået af iskæmiske hjertesygdomme, andre hjertesygdomme og karsygdomme i hjernen, med henholdsvis 165, 83 og 97 pr. 100.000 mænd [2]. CP er ofte asymptomatisk, langsomtvoksende og mindre aggressiv end andre cancer typer. En undersøgelse blandt mænd med CP viste, at 57% ikke havde symptomer, inden de fik stillet diagnosen [3, 4]. De manglende symptomer komplicerer diagnosticering af CP i klinikken. Alligevel er CP den mest behandlede cancersygdom hos mænd, idet 11.638 mænd modtog behandling i 2007, og antallet af årlige ambulante besøg i perioden 2005 til 2007 steg med 63,1% fra 38.621 til 62.992 [5]. CP spiller således en stor rolle i forhold til resurseforbruget i sundhedsvæsnets indsats over for kræft samt for en stor gruppe mænds livskvalitet, helbred og overlevelse.

Ved diagnosticering af CP anvendes bl.a. bestemmelse af det totale niveau af prostataspecifikt antigen (PSA) i serum, evt. ratioen mellem frit og bundet. PSA blev opdaget i serum første gang i 1980 [6]. I Danmark blev prøven accepteret som erstatning for de mere uspecifikke markører *prostataspecifikke isoenzymer af sure fosfataser* i 1997. PSA-prøven benyttes herudover i kontrolforløbet efter behandling af CP.

I almen praksis har PSA primært været introduceret som et diagnostisk værktøj i udredningen af mænd med prostatarelaterede symptomer. Den hidtidige anbefaling har en tærskelværdi på fire mikromol/l, før yderligere tiltag bør iværksættes [7]. Ved denne grænseværdi har undersøgelsen vist en specificitet på 90% og en sensitivitet på 71,9% til identifikation af CP i en praksispopulation [8]. Screeningsrelaterede studier har vist, at 60-80% af de patienter, der har forhøjet PSA, ikke har PC [9]. Der synes dog internationalt at være en voksende tendens til at anvende PSA som et screeningsværktøj, både populationsbaseret og opportunistisk [10, 11]. Dansk Uro-

logisk Selskab anbefaler imidlertid, at PSA-måling kun foretages på mænd med symptomer og/eller fund, der gør CP til en diagnostisk mulighed, samt ved familiær disposition [7].

Formålet med dette studie var at undersøge udviklingen i anvendelsen og resultaterne af PSA-undersøgelser i det tidligere Århus Amt.

MATERIALE OG METODER

Vi gennemførte en populationsbaseret registerundersøgelse i henholdsvis laboratedatabasen LABKA og Landspatientregisteret (LPR) [12]. Den åbne studiepopulation bestod af mænd, der var bosiddende i Århus Amt. I begge registerudtræk var 1995 første hele år med data, og grundet regionernes dannelse 1.1.2007 inkluderede vi kun data fra den mellemliggende periode.

Fra LABKA blev alle PSA-resultater med tilhørende cpr-numre [13], prøvedatoer og rekvirenter (almen praksis eller specialiserede sundhedsvæsen) indsamlet. Der er i denne artikel ikke skelnet mellem de forskellige rekvirenter fra det specialiserede sundhedsvæsen, og begrebet dækker derfor over alle afdelinger og læger, der ikke er tilknyttet et praksisnummer.

Eksklusion fandt sted af tre grunde: 1) Ugyldigt cpr-nummer, 2) prøven var foretaget på en kvinde, og 3) prøven var foretaget på en person under 20 år. Hver prøve blev karakteriseret i forhold til, om den var en *incident prøve*, en *gentaget normal prøve*, en *gentaget forhøjet prøve* eller en *kontrolprøve*. En *incident prøve* blev defineret som første prøve i en toårig periode, uden at den pågældende mand var registreret med en CP-diagnose. Incidente prøver er derfor kun karakteriseret fra 1997 og frem. En *gentaget normal prøve* var en prøve, der var forudgået af en prøve inden for to år med en værdi under fire mikromol/l. Hvis en prøve inden for en toårig periode var forudgået af en prøve med et prøveresultat over fire mikromol/l, blev den karakteriseret som en *gentaget forhøjet prøve*. *Kontrolprøver* blev defineret som prøver, hvis prøvedato lå senere end en CP-diagnosedatoen.

Fra LPR indsamlede vi landsdækkende data med cpr-nummer og indlæggelsesdato, hvor DC619 (neoplasma malignum prostatae) var aktions- eller bidiagnose. Data fra LPR blev samkørt med data fra LABKA.

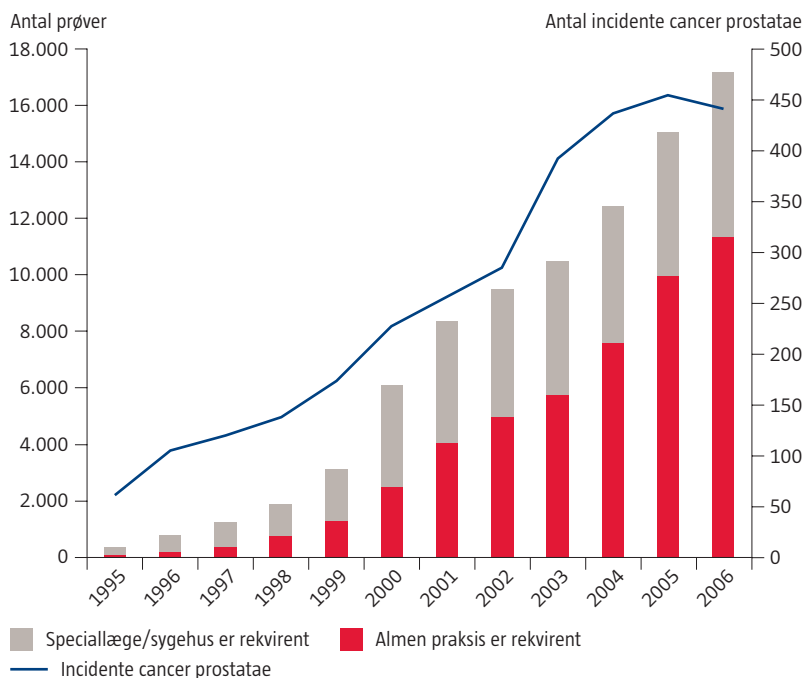
Der blev anvendt deskriptiv statistik, og resultaterne er angivet med 95% sikkerhedsinterval (95% SI), hvor det var relevant.

RESULTATER

I alt blev der i perioden taget 86.660 prøver, hvoraf 583 blev ekskluderet. De 86.077 inkluderede prøver blev foretaget på 39.019 mænd. Fra LPR blev i alt 148.210 ambulante forløb eller indlæggelser inklude-

FIGUR 1

Udviklingen i antal prøver, rekvirent og cancer prostatae i denne population for hvert år.



ret. I alt var 3.058 mænd registreret i begge databaser med mindst en PSA-prøve og en CP.

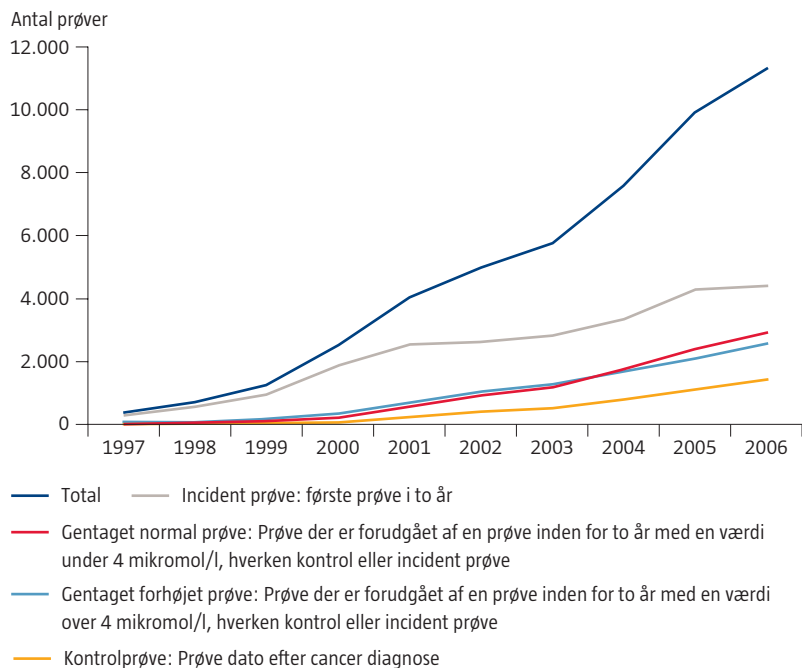
Det samlede antal prøver pr. år steg i perioden med en faktor 43 (Figur 1). Andelen af alle PSA-prøver, der blev foretaget i almen praksis var i 1998 38,6% (36,4-40,8%), og den steg til 66,1% (65,4-66,8%) i 2006. Incidensen af CP i denne population af PSA-undersøgte mænd fulgte samme udvikling med en stigning fra 60 registrerede tilfælde i 1995 til 438 i 2006.

Ved opdeling af prøverne, der var rekvireret af almen praksis i kategorierne *incidente*, *kontroller*, *gentagne forhøjede prøver* og *gentagne normale prøver*, steg antallet af prøver i hver kategori gennem hele perioden (Figur 2). Dog var tilvæksten størst for kategorierne *incidente* og *gentagne normale prøver*. I 2006 var en tredjedel af det samlede antal prøver *kontroller* og *gentagne forhøjede prøver*.

Antallet af incidente prøver, der var rekvireret i almen praksis med et resultat under fire mikromol/l, steg markant gennem perioden fra 201 i 1997 til 3.411 i 2006 (Figur 3). Antallet af prøver, der var rekvireret i det specialiserede sundhedsvæsen med et prøveresultat under fire mikromol/l blev tredoblet fra 1997 til 2001, hvorefter det faldt. Antallet af prøver fra almen praksis med et resultat på over fire mikromol/l blev næsten fordoblet fra 504 i 2000 til 980 i 2006. Prøveantallet, der blev rekvireret i det speciali-

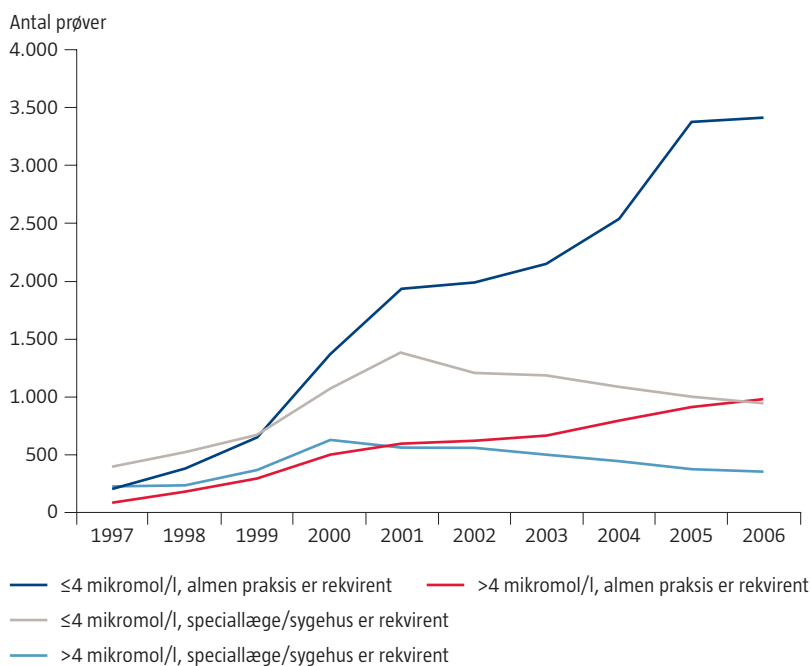
FIGUR 2

Fordeling af prøver rekvireret i almen praksis pr. år.



FIGUR 3

Udviklingen i antal incidente prostataspecifikt antigen-prøver, pr. rekvirent, henholdsvis under og over fire mikromol/l.



serede sundhedsvæsen med et resultat på over fire mikromol/l, steg til 628 i 2000, hvorefter det igen faldt frem til 359 i 2006.

Gennemsnitsalderen ved prøvetagning for hvert år var stort set konstant og ses i **Tabel 1**. Baseret på populationen af mænd på 20 år og derover i Århus Amt var den femårige kumulerede incidensproportion af mænd, der fik foretaget en incident PSA-prøve, på 11%. Den kumulerede incidensproportion af mænd, der fik foretaget en incident PSA-prøve, steg fra 0,4% i 1997 til 2,4% i 2006.

Kolonne 6 og 7 i **Tabel 1** viser, at antallet af *incidente* PSA-prøver, der var rekvireret i almen praksis, steg gennem hele perioden, mens antallet af *incidente* PSA-prøver, der var rekvireret i det specialiserede sundhedsvæsen, faldt fra 2001.

Det gennemsnitlige antal prøver pr. mand pr. år i almen praksis steg fra 1,07 (1,02-1,13) i 1997 til 1,28 (1,26-1,29) i 2006. Ved at ekskludere kontrolprøver og *gentagne forhøjede* prøver i denne periode var det gennemsnitlige antal prøver pr. mand pr. år henholdsvis 1,03 (0,99-1,08) i 1997 og 1,06 (1,05-1,06) i 2006 (**Tabel 1**).

Antallet af ydernumre i almen praksis, hvorfra der blev rekvireret PSA-prøver (unikke rekvirenter), steg jævnt de første fem år og tog så et spring til størstedelen af alle praksis på to år (2000-2001) og omfattede fra 2003 nærværd alle praksis. Det totale antal prøver pr. praksis pr. år steg ligeledes i denne periode (**Tabel 1**).

DISKUSSION

Hovedfund

Vi fandt, at antallet af PSA-målinger i det tidligere Århus Amt steg markant i perioden fra 1995 til 2006. Væksten var størst de første år efter anbefalingen om brug af PSA. Samtidig fandt vi, at almen praksis stod for en stigende andel af prøverne. Således blev to tredjedele af alle prøver og tre fjerdedele af alle *incidente* prøver rekvireret i almen praksis i 2006. Det var bemærkelsesværdigt, at antallet af *incidente* PSA-målinger, der var rekvireret i det specialiserede sundhedsvæsen i samme periode, faldt, hvilket indikerer, at almen praksis har overtaget en større del af den primære brug af PSA-målinger. Endvidere tyder det på, at færre henvises til specialiseret indsats uden at have fået foretaget en PSA-prøve, og at almen praksis dermed i stigende grad spiller en rolle i udredningen af mænd med prostatarelaterede symptomer.

Udviklingen i fordelingen af PSA-prøver, der var rekvireret i almen praksis, viser med de markante stigninger i antallet af *incidente* prøver, at flere mænd får foretaget en PSA-prøve. PSA anbefales kun anvendt hos mænd i høj risiko. Det vil sige mænd, der har CP-relaterede symptomer eller er nært beslægtede med patienter med CP. Samtidig er antallet af *incidente* PSA-prøver med et resultat over fire mikro-



TABEL 1

Karakteristika for mænd, der fik foretaget en prostataspecifikt antigen-prøve samt antal rekvirenter i almen praksis og det gennemsnitlige antal prøver pr. praksis, angivet for hvert år.

Mænd	mænd i Århus Amt (20-101 år) ^a , n		maksimal alder ved prøve	antal prøver pr. undersøgt ^b (almen praksis) (95% SI)	incidente prøver, n		ratio mellem rekvirenter ved incidente prøver	Almen praksis		
	medialder ved prøve, år (95% SI)	almen praksis			speciallæge/sygehus	unikke rekvirenter i almen praksis, n		ydemr. i Århus Amt, n	antal prøver i almen praksis, median (95% SI)	
1995	229.410	71,1 (70,1-72,2)	96	1,03 (0,99-1,08)	–	–	–	29	273	3,5 (2,1-4,9)
1996	232.182	68,9 (68,0-69,8)	96	1,01 (0,99-1,02)	–	–	–	52	272	4,2 (2,8-5,5)
1997	233.613	69,0 (68,3-69,7)	98	1,03 (1,01-1,05)	290	615	0,5	78	273	4,9 (3,5-6,4)
1998	234.476	68,4 (67,9-69,0)	100	1,01 (1,00-1,02)	561	763	0,7	131	275	5,5 (4,2-6,7)
1999	235.619	68,0 (67,6-68,4)	101	1,03 (1,02-1,04)	948	1.027	0,9	155	273	8,2 (6,5-9,9)
2000	236.518	68,3 (68,0-68,6)	98	1,02 (1,01-1,02)	1.873	1.702	1,1	232	272	10,8 (9,1-12,5)
2001	237.380	68,7 (68,5-69,0)	99	1,05 (1,04-1,06)	2.537	1.958	1,3	260	272	15,5 (12,8-18,2)
2002	238.307	68,8 (68,6-69,1)	99	1,06 (1,05-1,07)	2.607	1.765	1,5	263	274	18,9 (15,6-22,2)
2003	239.590	68,5 (68,3-68,8)	99	1,05 (1,04-1,06)	2.814	1.677	1,7	273	275	21,1 (17,9-24,3)
2004	240.536	68,3 (68,1-68,5)	101	1,06 (1,05-1,07)	3.344	1.534	2,2	275	271	27,6 (23,2-31,9)
2005	241.540	68,2 (68,0-68,3)	100	1,05 (1,05-1,06)	4.295	1.381	3,1	278	268	35,6 (31-40,2)
2006	242.733	68,1 (68,0-68,3)	98	1,06 (1,05-1,06)	4.391	1.315	3,3	274	270	41,3 (36-46,6)

SI = sikkerhedsinterval. a) Folketal pr. 1. januar fra Danmarks Statistik. b) Ekskl. kontrol og gentagne forhøjede prøver.

mol/l steget gennem perioden. Det øgede antal mænd med en nyopdaget forhøjet PSA fulgtes af en øget incidens af CP frem til 2004. Fra 2004 forblev incidensen af CP i denne population stabil på ca. 440 pr. år på trods af en stigning i det samlede antal prøver. Den faldende andel af *incidente* prøver med et resultat over fire mikromol/l tyder således på en stigning i antallet af prøver hos mænd med lav a priori-risiko for CP. Det tyder derfor på, at der tages flere *incidente* prøver på raske mænd og dermed på, at opportunistisk screening er blevet mere og mere almindelig.

Gennemsnitsalderen ved første prøvetagning er stort set uændret gennem perioden, hvilket kan både tale imod en egentlig screeningsaktivitet og være et udtryk for at lægerne er tilbageholdende med at teste yngre mænd. Selv om ændringerne i gennemsnitsalderen er små, er tendensen dog, at gennemsnitsalderen er faldende. Det er ikke muligt – på baggrund af dette studie – at afgøre årsagen til denne udvikling.

Vi fandt, at det gennemsnitlige antal prøver pr. undersøgt mand pr. år steg. En forklaring herpå kan være en opgaveglidning, hvor flere kontroller efter hospitalsbehandling flyttes fra ambulatorier til almen praksis. Stigningen kan også skyldes en øget grad af *watchful waiting* i almen praksis. *Watchful waiting* er strategien, hvor der ses an, indtil tilstand og symptomer progredierer, og yderligere handling vil være fordelagtig. Strategien anbefales til mænd, hvor primærbehandling ikke er en fordel for manden, f.eks. ældre

mænd og/eller mænd med konkurrerende sygdomme [14]. I dette studie dækker begrebet *watchful waiting* perioden, fra patienten henvender sig første gang, og mistanken om CP etableres, til den praktiserende læge på baggrund af både det kliniske og parakliniske billede finder det nødvendigt at henvise patienten til et specialiseret videreførløb. Prøver, der er karakteriseret som *gentagne forhøjede*, tolkes i dette studie som den praktiserende læges valg af *watchful waiting*. I almen praksis er *watchful waiting* en central strategi, der optimalt anvendt balancerer parametre af afgørende betydning for både mænd og sundhedsvæsen.

En tredje forklaring på stigningen i antal prøver pr. mand pr. år kan være det stigende antal gentagne prøver på raske mænd, eksempelvis på grund af opportunistisk screening. Ved eksklusion af prøver, der var taget ved kontrol og *watchful waiting*, fandt vi en beskedent stigning i det gennemsnitlige antal prøver pr. mand pr. år. Det betyder, at netop kontrolprøver og *watchful waiting* er hovedårsag til et kortere interval mellem prøver pr. mand.

I Tabel 1 vises stigningen i antallet af unikke rekvirenter i almen praksis. Denne udvikling følger ret præcist modellen for adaptationen af en ændring [15]. Beslutningen om at anbefale PSA-prøver blev truffet i november 1997 i Dansk Urologisk Selskab, og det tog 5-6 år inden prøven blev rekvireret i næsten alle praksis. Samtidig med stigningen i antallet af unikke rekvirenter steg det gennemsnitlige antal prøver, der blev rekvireret i hver enkelt praksis.

Styrker og svagheder

Dette populationsbaserede registerstudie har en høj statistisk præcision. Samtidig er det baseret på standardiserede laboratoriedata, hvilket giver fuldstændige og præcise data. Da data er fra en åben population, er der til- og afgang ved migration og død. Derfor kan nogle af de mænd, som fik målt en incident PSA, måske have fået foretaget en tidligere måling i et andet amt. Da studiepopulationen fortrinsvis består af mænd, der har en lav grad af migration, anser vi denne bias for negligeabel i forhold til de fundne estimater. Den praktiserende læges anvendelse af *watchful waiting* er i dette studie estimeret på baggrund af prøvekategori *gentagne forhøjede prøver*, hvilket er meget forenklet og derfor undere-stimeret.

Konklusion

Såvel det samlede antal prøver som antallet af prøver med forhøjede resultater er steget. PSA-prøvetagning er i løbet af de seneste ti år blevet implementeret fuldt ud i almen praksis, hvor de fleste PSA-prøver i dag foretages. Almen praksis får således en stadig større rolle i udredning og kontrol af patienter med prostataproblemer, herunder CP. Samtidig udvides gruppen af mænd, der får foretaget en PSA-prøve, hvilket fører til et øget resurseforbrug med øget pres på de urologiske afdelinger. Det bør derfor sikres, at anvendelsen af PSA-prøver i almen praksis følger de praksisorienterede vejledninger og monitoreres for at

optimere resurseforbruget i det danske sundhedsvæsen.

KORRESPONDANCE: Thomas Ostensen Mukai, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: mukai@alm.au.dk

ANTAGET: 26. april 2009

FØRST PÅ NETTET: 21. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Tak for økonomisk støtte fra Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom bevillingsnummer 271-07-0444, Trygfonden journalnummer 7948-07, Brystkræftscreeningsprojektet Region Midtjylland samt Praksisenheden Århus.

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 2005-2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008;14;1-42 (4. november 2008).
2. Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2005 (foreløbige tal). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2006;18;1-20 (22. august 2008).
3. Sunny L, Hopfgarten T, Adolfsson J et al. Predictors for the symptomatic prostate cancer patient's delays in seeking care. Eur J Cancer 2008;44:733-9.
4. Damber JE, Aus G. Prostate cancer. Lancet 2008;371:1710-21.
5. Sundhedsstyrelsen. Kræftstatistik baseret på Landspatientregisteret 2000-2007. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008;12;1-23 (10. oktober 2008).
6. Polascik TJ, Oesterling JE, Partin AW. Prostate specific antigen: a decade of discovery - what we have learned and where we are going. J Urol 1999;162:293-306.
7. Mommsen S, Brasso K, Graversen P et al. Prostatacancerbetænkning 2005. Dansk Urologisk Selskab. www.urologi.dk (21. august 2008).
8. Mettlin C, Littrup PJ, Kane RA et al. Relative sensitivity and specificity of serum prostate specific antigen (PSA) level compared with age-referenced PSA, PSA density, and PSA change. Cancer 1994;74:1615-20.
9. Brasso K, Iversen P. Screening for prostatacancer. Ugeskr Læger 2002;164:155.
10. Stattin P, Johansson R, Damber JE et al. Non-systematic screening for prostate cancer in Sweden - survey from the National Prostate Cancer Registry. Scand J Urol Nephrol 2003;37:461-5.
11. Gjengsto P, Eide J, Frugard J et al. The potentially curable prostate cancer patient and the pathways leading to diagnosis and treatment. Scand J Urol Nephrol 2004;38:15-8.
12. Andersen TF, Madsen M, Jorgensen J et al. The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences. Dan Med Bull 1999;46:263-8.
13. Pedersen CB, Gotzsche H, Moller JO et al. The Danish civil registration system. A cohort of eight million persons. Dan Med Bull 2006;53:441-9.
14. Neal RD. NICE prostate cancer clinical guideline: implications for primary care. Br J Gen Pract 2008;58:607-8.
15. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press, 2003.

Udredning og behandling af osteoporotiske hoftefrakturer

Overlæge Pia A. Eiken & overlæge Bo Abrahamsen

ORIGINALARTIKEL

Hillerød Hospital, Kardiologisk-endokrinologisk Afdeling, og Gentofte Hospital, Medicinsk Afdeling F

RESUME

INTRODUKTION: Osteoporose er en årsag til lavenergihoftefrakturer. Selv om der er lægemidler indregistreret til forebyggelse og behandling af osteoporose, kommer under 10% af de, der har hoftebrud, i medicinsk behandling.

MATERIALE OG METODER: I 1995 og 2008 forespurgtes ortopædkirurgiske afdelinger: a) Om patienter med hoftebrud og dermed mulig osteoporose identificeres, b) om der påbegyndes medicinsk behandling, og c) om læger ønsker mere information om osteoporose.

RESULTATER: I alt 56 (97%) ortopædkirurgiske afdelinger sva-

rede på spørgeskemaet i 1995 og 25 (95%) i 2008. I 2008 henviste 40% (12% i 1995) patienter med hoftefrakturer til knogletæthedsmåling. 84% (11% i 1995) af afdelingerne satte patienterne med hoftebrud i behandling med kalk og D-vitamin. Medicinsk behandling indledtes i 2008 af 28% (0% i 1995) af afdelingerne. Over 80% (54% i 1995) af afdelingerne rådgav patienterne om vigtigheden af ændringer i deres livsstil. Halvdelen af afdelingernes læger ønskede i 1995 mere information om osteoporose mod kun 16% i 2008. I 2008 skrev 48% af afdelingerne til egen læge, at patienten med hoftebrud kunne have osteoporose og evt. burde videreudredes.