**Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning**

# Oslo universitetssykehus HF

# Rikshospitalet

Postboks 4950 Nydalen

0424 Oslo

Sentralbord: 915 02 770

Oslo, april 2022

**Innspill til Kvinnehelseutvalget**

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning takker for muligheten til å gi innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid med ny NOU.

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning er et nasjonalt forskningsmiljø som skal utvikle og øke kunnskapen om kvinners helse. Det gjør vi med forskning, fagutvikling og formidling. Senterets formål er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på kunnskap om kvinnehelse og kvinnesykdom, samt å overføre kunnskap tilbake til hele behandlingskjeden.

Forskningssenteret skal gjennomføre forskningsprosjekter, og sikre at helsepersonell får overført kunnskap fra slik forskning i sitt arbeid, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Nettverksbygging på tvers av fagfelt og regioner er en viktig del av forskningssenterets oppgaver. Satsingen er i tråd med regjeringens seks punkter for bedre kvinnehelse.

**Våre innspill**

**1. Psykisk helse og graviditet**

Å bli gravid og føde barn innebærer store forandringer i alle kvinners liv, med kroppslige, psykiske og sosiale endringer. Men for kvinner som har, eller er i risikosonen for å utvikle psykiske plager, eller lidelser, kan overgangen til å bli mor være ekstra vanskelig.

**Hvor vanlig er det?**

Graviditet og barseltid har blitt beskrevet som en risikoperiode når det gjelder kvinners psykiske helse. Tall fra en stor dansk registerstudie publisert i det amerikanske legetidsskriftet viser dette tydelig (1). Risikoen for innleggelse på grunn av psykiatrisk sykdom var klart fornøyet første månedene postpartum og risikoen for å trenge psykisk helsehjelp var doblet de tre første månedene etter en fødsel sammenliknet med ett år senere. Tilsvarende mønster finner man ikke hos menn (1,2).

Mange tror at psykiske lidelser er mindre hyppig forekommende under svangerskap og barsel, men slik er det ikke (3). Psykiske problemer i denne livsfasen er derimot ofte skambelagt, siden det er forventet at en kvinne skal være fornøyd og lykkelig. De færreste snakker derfor om psykiske helseutfordringer, dersom de ikke blir spurt. Det er et paradoks at gravide blir fulgt opp nøye, når det gjelder kroppslige ting som blodtrykk, vektoppgang, sukker i urinen osv., men ikke blir spurt systematisk om psykisk helse, til tross for at vi vet at psykiske lidelser kan få vel så dramatiske konsekvenser som kroppslige. Omtrent 20 prosent av alle dødsfall i barselperioden er forårsaket av selvmord, som dermed er en av de vanligste årsakene til død i forbindelse med graviditet og fødsel (4). Basert på tall fra legeforeningens Fødselsveileder (5), har omtrent 6 000-12 000 kvinner hvert år en psykisk lidelse som trenger spesialkompetanse for å ivareta i forbindelse med graviditet og barseltid. Til sammenligning har rundt 3 000 diabetes (6).

Den siste utviklingen er at WHO 30.03.2022 lanserte sine første globale retningslinjer for støtte av mødre og nyfødte de første seks ukene etter fødselen. Retningslinjene inneholder 63 anbefalinger til alle verdens regjeringer, også den norske. Disse retningslinjene tilsier at «screening for perinatal depresjon og angst ved bruk av validert instrument anbefales og bør ledsages av diagnostiske og behandlingsmessige tjenester for kvinner som screener positivt» (7).

En tredel av kvinnene i en nylig norsk undersøkelsen (8) oppga at de ikke hadde blitt spurt om sin psykiske helse av helsepersonell. Blant de som hadde blitt spurt, hadde omtrent halvparten fått spørsmålet av helsesykepleier, en tredel av jordmor og ti prosent av fastlegen. Hver femte kvinne rapporterte imidlertid at de hadde ønsket å få prate med fastlegen, eller psykolog, om sin psykiske helse. Resultatene antyder dermed at en stor andel kvinner hadde behov for mer oppfølging enn hva helsestasjonen kunne tilby.

**Store kostnader**

Alvorlig psykisk lidelse hos en spedbarnsmor kan gi store ringvirkninger fordi sykdommen ikke bare vil påvirke kvinnen, men også barnet og hele familien (9). I mange land er derfor gravide og nye mødres psykiske helse, såkalt perinatal mental helse, en egen sub-spesialitet (10). Helsepersonell tar videreutdanning for å lære seg å håndtere de spesielle mentale helseutfordringer som kan oppstå i denne livsfasen. Perinatal mental helse omfatter et bredt spekter av psykiske vansker og lidelser; fra lettere angst- eller depresjonssymptomer til livstruende barselpsykoser. Fagfeltet befinner seg i skjæringspunktet mellom mange fag, hvilket nødvendiggjør tverrfaglig koordinering og samarbeid. Dessverre kan det se ut som at ingen tar hovedansvar for denne gruppen i Norge.

Et av verdens mest anerkjente universitet, London School of Economics (LSE), regnet i 2014 på hva det koster samfunnet dersom man gir nødvendig psykisk helsehjelp til gravide og nye mødre (11). Rapporten beregnet, i tillegg til helseutgifter koblet til mammaen, også utgifter koblet til mulig skeivutvikling hos barna. Kostnadene ble da mye høyere enn tidligere antatt til tross for at man kun hadde begrenset beregningene til kun tre typer psykiske lidelser: depresjon, angst og psykoser. Man regnet dermed ikke inn for eksempel spiseforstyrrelser, tvangslidelser eller personlighetsforstyrrelser. Analysene viste videre at det å bygge ut helsetjenestene godt nok til å kunne følge de nasjonale, kliniske retningslinjene bare ville koste en brøkdel av utgiftene knyttet til hva disse lidelsene koster samfunnet om de forblir ubehandlede. På bakgrunn av denne rapporten gikk alle de politiske partiene i England sammen om et manifest «The 1001 critical days»; det vil si fra unnfangelse til 2 års alder. Disse 1001 første dagene er uhyre viktige for barnets videre utvikling. Manifestet har resultert i en stor satsing på å bygge opp helsetjenestene slik at de er mulig å gi god psykisk helsehjelp til nye mødre ([1001-days\_oct16\_1st.pdf (parentinfantfoundation.org.uk)](https://parentinfantfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/1001-days_oct16_1st.pdf).

**Dårlig koordinerte tjenester**

På sykehusene har man i Norge mange år kuttet kostnader og løst kapasitetsproblemer ved å redusere liggetid, og behandle flere pasienter poliklinisk (12). Det gjelder også friske barselkvinner. Ansvaret for oppfølgingen av nye mødre og spedbarn har i stadig større grad blitt overført fra sykehusene til kommunene, hvor helsesykepleiere og fastleger spiller en sentral rolle. Dette er en betenkelig utvikling fordi mange kommuner fortsatt mangler rutiner, tid og ressurser til å følge opp gravide og nye mødre med psykiske helseproblemer.

De færreste spedbarnsmødre med psykiske vansker er alvorlig syke i den forstand at de vil trenge behandling av lege, og kan dermed hjelpes på et lavere omsorgsnivå. Dersom problemene vedvarer, eller er av en mer alvorlig karakter, bør imidlertid kvinnens fastlege trekkes inn.

Dette krever *g*od kommunikasjon. Flere rapporter har imidlertid pekt på store mangler i kommunikasjonen mellom helsestasjon og fastlege mange steder. Vi vet ikke om det skyldes at helsestasjonene mener å kunne håndtere psykiske helseplager hos gravide og barselkvinner uten hjelp av fastlegen, om de ber kvinnene selv å ta kontakt med fastlegen, eller om det er andre grunner. Fastlegen er vant til å håndtere psykiske helseplager hos alle typer pasienter, og her ligger det et stort potensiale i en bedre samhandling, til kvinnenes beste.

**Skrikende behov for kunnskapsbaserte tiltak**

Det er bred enighet om at kvinner som strever med psykiske helseproblemer i denne livsfasen skal få tilgang til psykisk helsehjelp så raskt som mulig. Allikevel er det ingen tvil om at dette per i dag *ikke* fungerer tilfredsstillende mange steder (12). Vi oppfordrer derfor helsemyndighetene til å bedre rutinene ute i kommunene, for å fange opp dem som strever. Psykisk helse må bli en naturlig integrert del av fødselsomsorgen. Behovet for flere kunnskapsbaserte tiltak er skrikende. De tiltakene som finnes må koordineres bedre, og det må klargjøres hvem som skal ivareta hva (13).

I mange kommuner mangler de fortsatt kommunepsykolog, som kan være et tilbud til kvinner som skal, eller har født. Sist, men ikke minst, så mangler helsepersonell spesialisert kunnskap om perinatal mental helse (13). For å sikre at evidensbasert kunnskap fremskaffes og formidles bør et Nasjonalt kompetansesenter for perinatal mental helse etableres.

Det norske helsevesenet ble nylig kåret til et av de beste blant 11 land i den rike delen av verden (13). Det er nok ingen tvil om at det er mye som fungerer bra i Norge, særlig hva gjelder fysisk helse. Men når det kommer til psykisk helse er det dessverre mye som ikke er optimalt. Det gjelder særlig perinatal mental helse. Det er generelt for lite fokus på psykisk helse i denne fasen av et kvinneliv, og her har alle yrkesgrupper som jobber med gravide og barselkvinner et stort forbedringspotensial, så flere kjenner på en større mestring og glede i en viktig og sårbar tid.

**Referanser:**

1. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental and mental disorders: a population-based register study. JAMA 2006; 296:2582-2589.
2. Madsen KB, Mægbæk ML, Thomsen NS, Liu X, Eberhard-Gran M, Skalkidou A, Bergink V, Munk-Olsen T. Pregnancy and postrpartum psychiatric episodes in fathers: A population-based study on treatment incidence and prevalence. J Affect Disord 2021; 296:130-135.
3. [Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)](https://tidsskriftet.no/2014/02/oversiktsartikkel/screening-barseldepresjon-en-kunnskapsoppsummering)
4. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Women Ment Health 2005; 8: 77 – 87.
5. Steen, TB, Eberhard-Gran, M, Nordeng, H, Nerum, H, Lyng, S. *Mental helse i svangerskapet. Veileder i fødselshjelp [Guidelines in Obstetrics 2020]*. Norsk gynekologisk forening, 2020 (<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/mental-helse-i-svangerskapet/>
6. [Medisinsk fødselsregister - statistikkbank (fhi.no)](http://statistikkbank.fhi.no/mfr/)
7. World Health Organisation (WHO). (30. March, 2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989
8. <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og-fodselsopplevelse-hos-spedbarnsmodre-under-covid> .
9. Stein A, Pearson RM, Goodman SH et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 2014 Nov 15;384(9956):1800-19.
10. [critical-days-manifesto.pdf (nspcc.org.uk)](https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/news/critical-days-manifesto.pdf)
11. Personal Social Services Research Unit Centre for Mental Health Maternal Mental Health Alliance (2014) *Costs of perinatal mental health problems.* . London School of Economics and Political Science, London, UK.
12. [Nyfødte barn og sårbare mødre | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no](https://tidsskriftet.no/2018/12/leder/nyfodte-barn-og-sarbare-modre)
13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34747945/>
14. [Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly | Commonwealth Fund](https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly)

Malin Eberhard-Gran,

Seniorforsker Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Professor Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**2. Beinskjørhet og brudd – folkehelseproblem og kvinnehelseproblem**

Beinskjørhet og brudd er et folkehelseproblem fordi tilstanden er vanlig og rammer mange. Det er et kvinnehelseproblem fordi 70 % av bruddpasientene er kvinner, særlig eldre kvinner. Etter å ha fylt 50 år, vil 50 % av kvinner og 25 % av menn oppleve å få et brudd (1). Dette utgjør omtrent 50 000 nye brudd per år i Norge og 9000 av disse er hoftebrudd (2). Hvert hoftebrudd kostet samfunnet 1 million kroner, og det betyr 9 milliarder kroner (3). Kostnader til andre brudd, smerter, redusert livskvalitet og sykemeldinger for yrkesaktive er ikke medregnet.

I løpet av det første året etter et hoftebrudd dør 25 % av pasientene, 30 % blir pleiepasienter og 40 % kan ikke gå uten hjelp fra andre (4, 5). Eldrebølgen forventes å forsterke disse utfordringene. En annen utfordring er at pasienter underbehandles. Medisiner mot beinskjørhet er billige og effektive, og kan bortimot halvere risiko for nye brudd (6, 7). Likevel er det få som får slik behandling etter å ha hatt et hoftebrudd eller underarmsbrudd (11-15 % av kvinner og 3-4 % av menn) (8, 9). Det er et gap mellom anbefaling og praksis. I tillegg har vi engeografisk skjev fordeling av DXA-maskiner for måling av beintetthet (BMD). Finnmark har ingen DXA-maskin, Nord-Norge har dette i 3 byer. Geografi bør ikke styre hvem som får utredning og behandling. Det bør alle få, uavhengig av hvor man bor**.** Vi bør tilby like helsetjenester i Norge.

**Hva er beinskjørhet**

Beinskjørhet er en tilstand med redusert beinmasse og forandringer i beinvevets mikroarkitektur som fører til redusert styrke og økt risiko for brudd (10). Forandringer i mikroarkitekturen innebærer fortynning, perforasjon og tap av trabekler (bærebjelker) i det trabekulære beinvevet som særlig finnes i ryggvirvler, samt økt porøsitet (hulrom) i det kortikale beinvevet i de lange rørknoklene som lårbeinet (11, 12). Beinskjørhet er en multifaktoriell tilstand, som kan skyldes at det i ung alder bygges lite beinmasse, eller at mye beinmasse tapes med økende alder. Den individuelle beinmassen er i stor grad genetisk bestemt, men livsstilsfaktorer er også viktig.

**Risikofaktorer og symptomer**

Risikofaktorer som ikke kan påvirkes ved forebyggende tiltak er økende alder, kvinnelig kjønn og arvelig disposisjon (13). Modifiserbare faktorer er tidligere beinbrudd, falltendens, lav BMD lav kroppsmasseindeks (BMI), fysisk inaktivitet, tidlig menopause, røyking, høyt alkoholinntak, revmatiske sykdommer, diabetes, malabsorpsjon (inflammatorisk tarmsykdom, cøliaki), myelomatose, hypertyreose, kronisk nyresvikt og systemisk bruk av glukokortikoider.

Beinskjørhet gir ingen symptomer før man plutselig får et brudd. Beinskjørhet rammer hele skjelettet, men typiske beinskjørhetsbrudd skjer i ryggvirvler, skulder, underarm og hofte. Hoftebruddene er de mest alvorlige. Personer som faller og brekker bein tenker ofte at det skyldes at de var uheldig med hvordan de falt. Ofte skyldes det beinskjørhet.

**Diagnostikk av beinskjørhet og risiko for brudd**

BMD måling er sentralt i diagnostikk av beinskjørhet. Med en DXA maskin måles BMD i hofter og rygg (lumbalkolumna), og BMD T-skår < -2.5 er definert som beinskjørhet. Selv om lav BMD er en sterk risikofaktor for brudd, så har BMD måling sine begrensninger, fordi BMD T-skår < -2.5 har lav sensitivitet for å identifisere de fleste bruddpasientene (14). Ved utredning av risiko for brudd er det derfor viktig å også anvende de andre risikofaktorene. FRAX er en risikokalkulator som kombinerer mange av de viktigste risikofaktorene og beregner 10-års absolutt sannsynlighet for beinskjørhetsbrudd og hoftebrudd (www.shef.ac.uk/FRAX/) (15). Personer med disponerende faktorer som genetisk disposisjon, lav BMI, menopause før 45 år, tidligere brudd, systemisk bruk av glukokortikoider i over tre måneder, røyking, og falltendens.

Kompresjonsbrudd i ryggvirvlene er et av kjennetegnene på beinskjørhet. Slike brudd oppstår ofte spontant og er et uttrykk for nedsatt beinstyrke (16). Høydetap og utvikling av en fremoverlutende kroppsholdning (kyfose) er typiske funn. Ryggbrudd gir ofte kroniske smerter, men de færreste blir diagnostisert. Som ledd i utredningen av beinskjørhet anbefales det å ta et sidebilde av ryggen i DXA maskinen for å undersøke om det foreligger kompresjonsbrudd.

**Behandling av beinskjørhet**

Siden beinskjørhet er en kronisk tilstand, trenger de fleste pasienter behandling over lang tid for å forebygge brudd. Førstevalget er bisfosfonat (alendronat) som hemmer beinresorpsjon (6). De som får bivirkninger, kan bytte behandling til intravenøst bisfosfonat (zoledronsyre) eller denosumab sprøyter. Østrogen behandling er et godt alternativ for kvinner under 60 år med høy risiko for brudd og plagsomme hetetokter (17). Pasienter med alvorlig beinskjørhet kan behandles med teriparatide eller romosozumab som er beinnydannende (18, 19). Det er viktig med et tilstrekkelig inntak av kalsium, vitamin D og proteiner i kostholdet og/eller som tilskudd (www.melk.no). Det er viktig med individuelt tilpasset fysisk aktivitet der særlig vektbærende aktivitet bidrar til å styrke skjelett og muskler og til å forebygge fall (20).

**Tiltak som har betydning for kvinner og menn med beinskjørhet og brudd**

Bruddforebygging er viktig. Det anbefales utredning av de som har høy risiko for brudd (21, 22). Pasienter som har hatt et brudd har en doblet risiko for å få nytt brudd. Disse pasientene er en viktig risiko-gruppe. Ved å gi forebyggende behandling når man har sitt første brudd, kan det første bruddet bli det siste. Internasjonalt anbefales det at bruddforebyggende behandling koordineres av en sykepleier som sørger for utredning og behandling i samarbeid med lege (21).Det er stor variasjon i hvordan dette praktiseres ved ortopediske avdelinger i Norge i dag.

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer fra 2005 må oppdateres, slik at ny kunnskap og moderne behandling kommer pasientene til gode. Norsk Endokrinologisk Forening, Norsk Revmatologisk Forening og Norsk Ortopedisk Forening har utarbeidet veiledere for anbefalt utredning og behandling av beinskjørhet. Det anbefales zoledronsyre intravenøst til pasienter med hoftebrudd mens de er inneliggende til operasjon (www.lavenergibrudd.no).Dette sikrer god etterlevelse og slik behandling har langtidseffekt og er mer effektiv enn alendronat. Dette er viktig fordi det er ekstra høy risiko for nytt brudd første tiden etter et brudd. Forskning og klinisk erfaring tilsier at utredning og initiering av behandling av beinskjørhet i sykehus gir høyest forskrivningsrate og behandlingsetterlevelse (23). Behandling bør derfor initieres av sykehusspesialister, og følges opp i et godt samarbeid mellom allmennleger og sykehusene.

Det koster å lønne sykepleiere til å drive bruddforebygging. Dette koster likevel mindre enn å la være. Problemet for ledere ved sykehusavdelinger er at de ikke har budsjett til dette viktige arbeidet. Vi trenger et politisk vedtak om å styrke behandling av beinskjørhet og sikre finansiering av dette i alle helseforetak. Håper den nye regjeringen vil få dette på plass. Dette handler om sårbare, eldre kvinner som har behov for å bli best mulig ivaretatt.

**Kort oppsummert:** Beinskjørhet er en folkesykdom som er underbehandlet og får lite oppmerksomhet. Beinskjørhet kan behandles, bør prioriteres og sikres finansiering.

**Referanser**

1. Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis. Lancet. 2006;367(9527):2010-8.

2. Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al. Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. Eur J Epidemiol. 2012;27(10):807-14.

3. Hektoen LF. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre, Rapport 2014 nr 3: Høgskolen i Oslo og Akershus. HiOA rapport. 2014(3).

4. Omsland TK, Emaus N, Tell GS, Magnus JH, Ahmed LA, Holvik K, et al. Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999-2008). A NOREPOS study. Bone. 2014;63:81-6.

5. Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. Injury. 2018;49(8):1458-60.

6. Ensrud KE, Black DM, Palermo L, Bauer DC, Barrett-Connor E, Quandt SA, et al. Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk: results from the Fracture Intervention Trial. Arch Intern Med. 1997;157(22):2617-24.

7. Guyatt GH, Cranney A, Griffith L, Walter S, Krolicki N, Favus M, et al. Summary of meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis and the relationship between bone density and fractures. Endocrinol Metab Clin North Am. 2002;31(3):659-79, xii.

8. Devold HM, Sogaard AJ, Tverdal A, Falch JA, Furu K, Meyer HE. Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drug use in Norway. Osteoporos Int. 2013;24(4):1225-33.

9. Hoff M, Skurtveit S, Meyer HE, Langhammer A, Sogaard AJ, Syversen U, et al. Use of anti-osteoporotic drugs in central Norway after a forearm fracture. Arch Osteoporos. 2015;10:235.

10. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, March 7-29, 2000: highlights of the conference. South Med J. 2001;94(6):569-73.

11. Zebaze RM, Ghasem-Zadeh A, Bohte A, Iuliano-Burns S, Mirams M, Price RI, et al. Intracortical remodelling and porosity in the distal radius and post-mortem femurs of women: a cross-sectional study. Lancet. 2010;375(9727):1729-36.

12. Bjørnerem Å. The clinical contribution of cortical porosity to fragility fractures. Bonekey Rep. 2016;5:846.

13. Trajanoska K, Rivadeneira F. The genetic architecture of osteoporosis and fracture risk. Bone. 2019;126:2-10.

14. Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment. JAMA. 2001;286(22):2815-22.

15. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. Osteoporos Int. 2008;19(4):385-97.

16. Genant HK, Delmas PD, Chen P, Jiang Y, Eriksen EF, Dalsky GP, et al. Severity of vertebral fracture reflects deterioration of bone microarchitecture. Osteoporos Int. 2007;18(1):69-76.

17. Delmas PD, Davis SR, Hensen J, Adami S, van Os S, Nijland EA. Effects of tibolone and raloxifene on bone mineral density in osteopenic postmenopausal women. Osteoporos Int. 2008;19(8):1153-60.

18. Kaufman JM, Orwoll E, Goemaere S, San Martin J, Hossain A, Dalsky GP, et al. Teriparatide effects on vertebral fractures and bone mineral density in men with osteoporosis: treatment and discontinuation of therapy. Osteoporos Int. 2005;16(5):510-6.

19. Saag KG, Petersen J, Brandi ML, Karaplis AC, Lorentzon M, Thomas T, et al. Romosozumab or Alendronate for Fracture Prevention in Women with Osteoporosis. N Engl J Med. 2017;377(15):1417-27.

20. Benedetti MG, Furlini G, Zati A, Letizia Mauro G. The Effectiveness of Physical Exercise on Bone Density in Osteoporotic Patients. BioMed Res Int. 2018:4840531. eCollection 2018.

21. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int. 2013;24(8):2135-52.

22. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY, Scientific Advisory Board of the European Society for C, Economic Aspects of O, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2019;30(1):3-44.

23. Ganda K, Puech M, Chen JS, Speerin R, Bleasel J, Center JR, et al. Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2013;24(2):393-406.

Åshild Bjørnerem,

Seniorforsker Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning,

Professor i obstetrikk og gynekologi, Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet.

**3. Fysisk aktivitet i svangerskapet og etter fødselen**

**Utfordring:** Høy andel fysisk inaktive, høy andel kvinner med overvekt/fedme i reproduktiv alder, mangelfulle råd om fysisk aktivitet for gravide.

**Behov for mer kunnskap:** Kartlegging av fysisk aktivitetsnivå blant gravide kvinner i Norge, kunnskapsbaserte råd om fysisk aktivitet i svangerskapet og etter fødsel, effekten av fysisk aktivitet for gravide med kroniske sykdommer, moderate svangerskapsrelaterte komplikasjoner og for kvinner som er gravid med flerlinger.

Svangerskapet er karakterisert av store fysiologiske endringer i det kardiovaskulære og respiratoriske system i tillegg til endringer i muskel-skjelett systemet samt i det endokrine- og metabolske system. Fysisk aktivitet er en vesentlig del av et sunt svangerskap siden det å være fysisk aktiv gir flere positive helsegevinster for både mor og barn. Forskning har vist at regelmessig fysisk aktivitet kan redusere risikoen for svangerskapskomplikasjoner som svangerskapsdiabetes og svangerskapsforgiftning (preeklampsi) med hhv. 34 og 21%. I tillegg har flere studier vist at risikoen for å føde for tidlig er 20% lavere for gravide som er fysisk aktive.

Regelmessig fysisk aktivitet påvirker den gjennomsnittlige fødselsvekten i liten grad, men kan redusere risikoen for å føde et barn med høy fødselsvekt med 49% uten at det gir en økt risiko for å føde et barn med lav fødselsvekt. Studier har også at vist sannsynligheten for å ende med et akutt keisersnitt er lavere for kvinner som har vært fysisk aktive gjennom svangerskapet. For å unngå stor vektøkning i svangerskapet, har studier vist at regelmessig fysisk aktivitet sammen med et balansert kosthold gir størst effekt. I tillegg kan fysisk aktivitet redusere alvorlighetsgraden av depressive symptomer i svangerskapet og redusere sannsynligheten for å utvikle en svangerskapsdepresjon. For å oppnå mange av disse helsegevinstene er det tilstrekkelig med moderat intensiv aktivitet, som for eksempel rask gange, vanngym, stasjonær sykling eller styrketrening i 150 minutter per uke.

På bakgrunn av de positive helsegevinstene og i fravær av uønskede effekter, oppfordrer derfor dagens anbefalinger alle friske gravide kvinner til å delta i fysisk aktivitet av moderat intensitet i minst 150 minutter i uken. Disse anbefalingene gjelder også for kvinner som ikke har drevet med fysisk aktivitet før de ble gravide. Alle gravide kvinner anbefales også å trene bekkenbunnsmusklene spesifikt under graviditeten for å forbygge urinlekkasje.

En norsk studie fra 2012 viste at om lag 15 prosent av kvinnene fulgte de tidligere gjeldende anbefalingene om trening under graviditeten (≥3 ganger i uka, >20 min med moderat intensitet) og en tredjedel trente mindre en gang i uken. Til tross for den kunnskapen vi i dag har om effektene av å delta i fysiske aktivitet når man er gravid, så mangler vi nasjonale tall som viser hvor mange gravide kvinner i Norge som oppfyller dagens anbefalinger om fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået ser ut til å reduseres fra før man blir gravid og fram til siste delen av svangerskapet, mens vi vet lite om hva som skjer med mors fysiske aktivitetsnivå etter fødsel. Vi mangler imidlertid også data for å kunne si om aktivitetsmønsteret hos gravide har endret seg de siste årene.

Om dagens anbefalinger om fysisk aktivitet i svangerskapet også kan følges av gravide kvinner med diabetes, høyt blodtrykk eller som er gravide med flerlinger er fortsatt usikkert. Vi mangler studier som undersøker dette og som kan danne grunnlag for å utvikle kunnskapsbaserte kliniske råd til disse gravide kvinnene. Studier av fysisk aktivitet i svangerskapet tar også i liten grad hensyn til at om lag 30% av de fødende i Norge i dag er utenlandskfødte kvinner. Det bør også gjenspeiles i rådene som blir gitt til gravide når det gjelder fysisk aktivitet både i svangerskapet, men også etter fødsel.

Katrine Mari Owe,

Forsker, Ph.d., Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

**4. Kvinner med sykdommer i vulva (ytre kjønnsorgan) i Norge**

Helse-Norge har en stor utfordring, når det gjelder vulvalidelser.

Dette er en av de hurtigst voksende henvisningsårsaker til gynekologiske poliklinikker. Ventelister øker, og tilbudet på vulvaklinikker er svært begrenset i Norge, og helt fraværende i Helse Midt-Norge.

I løpet av livet vil 10–20 prosent av alle kvinner få en kronisk lidelse i vulva (definert som smerter over 3 måneder). I Norge vil dermed ca. 300 000 pasienter få en vulvasykdom i løpet av livet.

**Å leve med en vulvalidelse er svært tabubelagt,** det er derforstore mørketall i antall pasienter, og et stort behov for åpenhet og anerkjennelse av denne pasientgruppen.

Ulike vulvalidelser gir store utfordringer seksuelt, og langvarige problemer for kvinner og deres partnere i alle aldre. Dette går utover helse, dagligliv og livskvalitet.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24833921>

**Vulvodyni** (tidligere kalt vestibulitt) betyr «smerter i vulva». Antagelig er dette den vanligste årsak til smertefulle samleier hos kvinner. Tilstanden er sammensatt og kompleks, ofte med ulike årsaker. Pasientene er oftest unge, under 30 år. Mange kan ikke gjennomføre samleie på flere år grunnet smerter. De kan heller ikke sykle, bruke tamponger, eller ha på tights. Tidlig igangsatt behandling er viktig for å sikre en god prognose. Svært mange leger er ukjente med diagnosen. <https://vulva.no/lokalisert-vulvodyni-pasient/>

**Kroniske hudsykdommer** i vulva oppstår spontant, og kan gi varige skader i vulva og vagina, som sammenvoksinger av kjønnslepper, tette vaginalrør og store smertefulle sårdannelser, i tillegg til invalidiserende kløe. Disse lidelsene varer livet ut. De kan være vanskelige å diagnostisere, krever kontinuerlig behandling, og vanskelige tilfeller setter store krav til oppfølging. Genital psoriasis, ulike eksemer, lichen sklerosus og lichen planus er eksempler på dette. <https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/journals/afp/Ringel.pdf>

**Vulvaklinikker**

Norge har tre tverrfaglige vulvapoliklinikker (Oslo, Trondheim og Tromsø), hvor hudlege, gynekolog, evt. fysioterapeut og sexolog jobber sammen om pasientene. Ventetiden er over seks måneder, og det kreves henvisning fra annen spesialist/poliklinikk.

Kapasiteten er begrenset, hver pasient tilbys oftest kun en konsultasjon. Behandling og oppfølging må skje lokalt, selv om dette dreier seg om kompliserte lidelser som krever spesialkompetanse over tid, for å få til en vellykket behandlingsstrategi. I mange områder finnes ingen behandlingstilbud.

Sosialstyrelsen i **Sverige** laget i 2018 en statusrapport bl.a. over vulvaklinikk-dekningen i landet. Sverige har over 20 vulvapoliklinikker i 11 fylker, dvs. dekning i ca. halvparten av alle fylker. Man er likevel bekymret i Sverige for den dårlige landsdekningen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-16.pdf>

**Diagnose og behandling**

Svært mange vulvapasienter venter i årevis på å få riktig diagnose og behandling. Dette er sårbare pasienter med behov for spesialkunnskap og varsom tilnærming. Helsepersonell mangler ofte erfaring og kunnskap. Behovet for større tilgjengelighet og flere tilbud til pasientgruppen er presserende.

**Forskning**

Generelt er det et stort internasjonalt behov for mer forskning på ulike vulvalidelser. Pasientgruppen har vært neglisjert og underdiagnostisert over lang tid, og det er derfor store kunnskapshull med tanke på de ulike vulvasykdommene. Noe av årsaken kan være at dette ikke er en prestisjefylt diagnosegruppe, som dermed lett faller mellom ulike medisinske faggrupper.

*Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning* har forsket på vulvasykdommer siden 2008. På nettsiden Vulva.no (under forskning) er det en oversikt over tidligere og pågående studier.

[https://vulva.no/forskning-pa-vulvalidelser-i-norge-helsepersonell/#](https://vulva.no/forskning-pa-vulvalidelser-i-norge-helsepersonell/)

<https://vulva.no/forskningsprosjekter/>

**Pasientforening** I 2020 ble Vulvodyni-foreningen opprettet. Foreningen engasjerer seg for å etablere et bedre offentlig behandlingstilbud. Dessverre vegrer mange pasienter seg for å stå frem og bli medlem – igjen av tabubelagte årsaker.

**Hva kan vi gjøre?**

* **Kartlegge behovet for vulvaklinikker**

Behovet for ekstra satsing for vulvapasienter bør offentlig utredes. Hvordan får vulvapasientene hjelp i dag? Hvor lang er ventetiden? Har helsepersonell nok kunnskap? Er spesialister interessert i å ta imot pasientgruppen? Dette har ikke vært undersøkt tidligere i Norge.

* **Kompetanseheving** for helsearbeidere og pasienter.

Det bør etableres *krav om* undervisning i vulvasykdommer på medisin- og fysioterapistudiet, i tillegg til spesialistutdannelsen for hudleger og gynekologer. Kurs i vulvasykdommer for helsepersonell bør gjøres obligatoriske. Det må opprettes klare krav til behandlingsrettigheter for pasientgruppen. Informasjon må gjøres lett tilgjengelig – som nettsiden Vulva.no.

* **Flere offentlige vulvaklinikker – øremerkede midler.**

Tilbudet for vulvapasienter må få høyere prioritet, øremerkede midler er nødvendig. Nåværende klinikker bør styrkes og nye bør opprettes. Et minimum er *en* vulvaklinikk i hvert helseforetak, det finnes ikke nå. Klinikkene må budsjetteres, slik at de kan gi et godt tverrfaglig tilbud (gynekolog, hudlege, sykepleier, fysioterapeut og sexolog). Dette er en viktig oppgave for det offentlige helsevesen. Det finnes private tilbud, men deres kompetanse kan diskuteres. Private tilbud blir fort kostbart for pasientene, som ofte er unge og i en spesielt sårbar situasjon.

* **Forskning på ulike vulvasykdommer.**

Det er et stort og bredt internasjonalt behov for mer forskning, både på årsaker og behandling. Store pasientdatabaser er tilgjengelige for studier på OUS, hvor vi har samlet pasientinformasjon siden 2003. I Norge har vi allerede registrert betydelig tverrfaglig økende interesse for forskning på feltet.

Anne Lise Ording Helgesen,

Ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer, seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus,

Postdoktorstipendiat ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

**5. Ufrivillig barnløshet og behandling med assistert befruktning**

Ufrivillig barnløshet kalles på fagspråket *infertilitet*, og er av ESHRE (1) definert som når et par har hatt regelmessig samleie i ett år uten å bli gravide. Ufrivillig barnløshet rammer ett av syv par, og i de siste 20-30 årene har forekomsten økt betraktelig (2). Årsaken til denne økningen er i hovedsak at kvinner og par stifter familie senere i livet nå enn før.

Prøverørsbehandling, eller assistert befruktning, er førstevalgfor behandling av infertilitet. I 1979 ble Louise Brown født i Storbritannia som verdens første «prøverørsbarn», (3) unnfanget etter assistert befruktning. Og, i løpet av de påfølgende 40 årene har teknologiske fremskritt innen reproduksjonsmedisin og laboratoriemedisin ført til at flere og flere par tilbys behandling med assistert befruktning, med samtidig som økte sjanser for å få barn etter behandling og samtidig færre bivirkninger. Sjansen for å få barn etter assistert befruktning er avhengig av flere faktorer hos paret, men kan sies å være ca. 30-50% hos par der kvinnen er ca. 35 år gammel. Er kvinnen 40 år er sjansen 10-15%, og helt nede i 5% etter fylte 43 år (4).

I norsk medisinsk fødselsregister har man siden 1988 registrert barn som blir født assistert befruktning. I 2021 ble 3137 barn født i Norge etter assistert befruktning, og antagelig er dette enda flere, da mange barn unnfanget i utlandet ikke er registrert systematisk (5).

*Behandling med assistert befruktning (prøverørsbehandling)*

Behandling med assistert befruktning kan deles opp i tre hoveddeler:

1. Hormonstimulering av kvinnen for å oppnå mange modne egg til som hentes ut fra skjeden.
2. Blanding av egg og sædceller in vitro for å oppnå befruktning, samt modning av embryo i laboratoriet til 2,3 eller 5 dager.
3. Tilbakesetting av embryo i kvinnens livmor.

**Behandlingstilbud i Norge**

Det tilgjengelige behandlingstilbudet for infertile par i Norge er to-delt, behandling tilbys både av den offentlig helsetjenesten og av flere private aktører. Institusjoner som skal tilby behandling må være godkjente av Helsedirektoratet. De offentlige klinikkene som tilbyr behandling er lokalisert til Oslo, Porsgrunn, Haugesund, Bergen, Trondheim og Tromsø. Det eksisterer i dag 5 private aktører som tilbyr behandling, og disse er lokalisert i Oslo, Bergen, Stavanger, Haugesund og Trondheim.

For å kvalifisere for offentlig behandling må kvinnen oppfylle noen kriterier, blant annet ha kroppsmasseindex (BMI) under et visst nivå, og være under en viss alder (ved OUS er disse grensene hhv BMI 33 og alder 38). Offentlige klinikker tilbyr behandling for å få søsken, men ventetiden kan være svært lang. Alle disse nevnte kriterier betyr at mange par ikke «kvalifiserer» til offentlig behandling, og dermed enten står uten behandlingstilbud, eller må betale selv for behandling i regi av private klinikker.

**Kostnader**

Infertilitet er beskrives som en høy stressor med liten grad av selv-innflytelse. Forskning har vist at par som er rammet av infertilitet i liten grad deler disse problemene med venner og familie, og at par som gjennomgår behandling tenderer til å isolere seg. Forekomst av depresjon blant kvinner og menn er høy, hhv. 15% og 6% (6). Par rapporterer også økt fare for seksuelle problemer og samlivsbrudd. Infertilitet er fortsatt et svært tabu-belagt tema, og mye tyder på at par kommer sent til behandling. Siden alder er den viktigste prognostiske faktoren med hensyn til utfall av behandlingen, er dette viktig.

I tillegg til de emosjonelle omkostningene er det også en del økonomiske kostnader i forbindelse med behandlingen. Ved behandling i det offentlige, dekkes kostnader til medikamenter som overstiger 16 000 NOK pr år, dersom man sparer kvitteringer og sender inn til HELFO. I sykehus, betales vanlige egenandeler som etterhvert dekkes over frikort ordningen. Private aktører tar ulikt betalt, men det kan koste ca. 50 000 NOK per påbegynte behandling. Dette er altså uavhengig av om man lykkes med å bli gravid eller ei.

**Systemer og nasjonale foreninger**

I Norge finnes en forening for helsepersonell som jobber med reproduksjonsmedisin, Norsk forening for Assistert befruktning. Det eksisterer også en pasientorganisasjon som heter Ønskebarn. Det er ingen nasjonale retningslinjer for behandling eller oppfølging av kvinner eller barn som har vært behandlet med assistert befruktning.

Medisinsk fødselsregister startet i 1988 med registrering av alle fødsler som oppstår etter assistert befruktning, samt en del tilleggsinformasjon. Men det eksisterer ikke et nasjonalt syklusbasert register, noe som gjør at all informasjon om behandlinger som ikke fører til graviditet går tapt. I både Sverige og Danmark finnes det nasjonale syklusbaserte IVF-register (7,8), som tillater kontroll og oppfølging av sykluser som ikke fører til graviditeter, og dermed tillater en mer komplett overvåkning av fertilitetsbehandling.

**Kunnskapshull**

Det er ikke sett på sosiale ulikheter ved bruk av assistert befruktning, men data fra internasjonal forskning tyder på at par med minoritetsbakgrunn ikke benytter seg av behandlingstilbudet (9). Vi vet heller ikke om det tar lengre tid for utsatte grupper å komme til behandling. Dette er viktig, siden økende alder betyr noe både som årsak til infertilitet, men også er en viktig prognostisk faktor.

Infertilitet er et økende problem i dagens samfunn. Og, selv etter vellykket behandling, medfører det trolig store sosiale, helsemessige og økonomiske omkostninger. Til tross for dette er det ingen fast finansiering av forskning på dette området. Det er aldri gjort studier som viser økonomiske belastninger og sykemeldinger. Det er aldri satt i gang forebyggende tiltak for å begrense omfanget, og bremse økningen av infertilitetsproblematikk.

**Forslag til tiltak:**

* **Systematisk og fast finansiert forskning på infertilitet.** Man bør sikre forskningsledelse med klinisk og forskningsfaglig kompetanse. Samtidig som det er viktig at forskningen er klinikknær, er det nødvendig å nyttegjøre seg av norske og nordiske registerbaserte, epidemiologisk data som er unike i verdenssammenheng.
* **Forskning på forebygging av infertilitet, og årsaker til infertilitet.** Herunder gjelder spesielt årsaker til manglende befruktning mellom egg og sædceller, årsaker til dårlig eggkvalitet og mannlig infertilitet.
* **Psykososiale og økonomiske aspekter av infertilitet.** Herunder bør man se på utnyttelse av behandlingstilbud, tid til behandling, og behandlingsutfall; spesielt blant sårbare grupper, som par med lav inntekt og med minoritetsbakgrunn.
* **Seneffekter av assistert befruktning.** Det er viktig ettersom barna nå bli flere og eldre, og selv begynner å stifte familie. Internasjonal forskning har undersøkt helse til barn unnfanget etter assistert befruktning, men i Norge er det kun sett på kreftrisiko.
* **Opprette et syklusbasert, nasjonalt register for assistert befruktning.** Eksisterende registrering gjøres nå via medisinsk fødselsregister, og dermed blir kun behandlinger som leder til en graviditet registrert. I Sverige eksisterer et slikt populasjonsbasert register, og det haster med opprettelsen av et lignende register i Norge.
* **Opprette et nasjonalt forskningssenter for infertilitet og assistert befruktning.** Her blir det viktig å samarbeide med pasientorganisasjonen Ønskebarn for å sikre best mulig pasientmedvirkning i utforming av prosjekter. Samarbeid med foreningen NOFAB for i så stor grad det er mulig å forene behandling mellom offentlige og private aktører og sikre at forskningsprosjekter er klinisk relevante.
1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertil Steril. 2017 Sep;108(3):393-406. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005. Epub 2017 Jul 29. PMID: 28760517.
2. Daltveit AK, Løkeland-Stai M, Stangenes KM, Akerkar RR, Askeland OM, Júlíusson PB. Færre vert gravide [Fall in pregnancies]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2020 Aug 13;140(11). Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.19.0725. PMID: 32815336.
3. Brinsden PR, Brinsden PR. Thirty years of IVF: the legacy of Patrick Steptoe and Robert Edwards. Hum Fertil (Camb). 2009;12(3):137-43. doi: 10.1080/14647270903176773. PMID: 19925325.
4. Malizia BA, Hacker MR, Penzias AS. Cumulative live-birth rates after in vitro fertilization. N Engl J Med. 2009 Jan 15;360(3):236-43. doi: 10.1056/NEJMoa0803072. PMID: 19144939.
5. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
6. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. Hum Reprod 2009; 24: 2810-2820.
7. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/ivf-registeret>
8. <https://www.medscinet.com/qivf/>
9. <https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/ethnic-diversity-in-fertility-treatment-2018/>

Marte Myhre Reigstad,

Gynekolog og forsker, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

Vi ønsker utvalget lykke til i det videre arbeidet, og ser fram til å kunne bidra med ytterligere innspill.

Vennlig hilsen



Siri Vangen

Leder Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning