

nukleinsyrebasert testing for hepatitt A-virus av blodgivere i et begrenset tidsrom. Ingen av disse tiltakene ville ha forhindret dette tilfellet av smitte ved transfusjon, ettersom det ikke var utbrudd av hepatitt A i det aktuelle tidsrommet. Kun rutinemessig nukleinsyrebasert testing av alle tappinger ville ha hindret smitte.

Transfusjon av blodprodukter gis som oftest til syke, svekkede individer, ofte med svekket infeksjonsforsvar. Overførte smittestoffer kan da gi et mer ondartet sykdomsbilde enn normalt (4, 5). Dette må alltid tas med i betraktningen når man vurderer å gi transfusjon til en pasient.

Kathrine Stene-Johansen

kathrine.stene-johansen@thi.no
Virusavdelingen
Folkehelseinstituttet
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Hans Erik Heier

Avdeling for immunologi og
transfusjonsmedisin
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Annette Onken

Avdeling for medisinsk mikrobiologi
Vestre Viken, Sykehuset Asker og Bærum

Kjell Skaug

Virusavdelingen
Folkehelseinstituttet

Vi takker Ellen Holter ved Mikrobiologisk institutt, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Inger Sofie Samdal Vik, Virusavdelingen ved Folkehelseinstituttet for kliniske data og diskusjon.

Begge pasienter har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge. 6. utg. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00100/veileder_for_transf_100599a.pdf [31.3.2010].
2. Stene-Johansen K, Jonassen TO, Skaug K. Characterization and genetic variability of Hepatitis A virus genotype IIIA. *J Gen Virol* 2005; 86: 2739–45.
3. Gowland P, Fontana S, Niederhauser C et al. Molecular and serologic tracing of a transfusion-transmitted hepatitis A virus. *Transfusion* 2004; 44: 1555–61.
4. Keeffe EB. Acute hepatitis A and B in patients with chronic liver disease: prevention through vaccination. *Am J Med* 2005; 118 (suppl 10A): 21–7.
5. Vento S, Garofano T, Renzini C et al. Fulminant hepatitis associated with hepatitis A virus superinfection in patients with chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 1998; 338: 286–90.

Manuskriptet ble mottatt 10.3. 2009 og godkjent 8.4. 2010. Medisinsk redaktør Are Brean.

Nytt forslag til refusjon for alendronat

De nye refusjonsvilkårene for osteoporosebehandling er inkonsistente og motsetningsfulle.

■ I nyheter levert fra Statens legemiddelverk i Tidsskriftet nr. 4/2010 melder de om et forslag til endrede refusjonsvilkår for osteoporosebehandling med alendronat (1). Forslaget bygger på helseøkonomiske analyser utført i regi av Kunnskapssenteret. For en gammel travet i osteoporosefeltet er denne meldingen om mer liberale regler for refusjon gledelig, men den inneholder også forbausende elementer.

Under punkt 1 anføres at kvinner over 65 med T-skår < -1,5 skal tilkjennes refusjon for behandling med alendronat. Dette forslaget innebærer at i praksis nesten alle kvinner over 65 år vil være berettiget til alendronat på blåresept. Mener Legemiddelverket/Kunnskapssenteret virkelig dette? Regnestykket er enkelt: Dersom kvinner ved menopausealder (50 år) har T-skår - 0,0 (i realiteten er gjennomsnittlig T-skår noe lavere ved menopause) og taper 1 % beintetthet per år, vil «alle» ved 65 års alder ha en T-skår på om lag -1,5 på ett eller flere målesteder. Dette regnestykket er omtrentlig, men ikke vesentlig ukorrekt. Jeg ikke funnet dokumentasjon for at alendronat har frakturforebyggende effekt ved så høye T-skårverdier. Rett nok er det vist at midlet øker beintettheten hos dem som har nedsatt tetthet for alderen (uten osteoporose), men effekt på frakturrisikoen er først dokumentert ved lavere T-skårverdier. Har man foretatt en ekstrapolering av data for å komme frem til tallet T-skår < -1,5? I så fall kan dette minne om han som på grunnlag av høydeutviklingen hos rekruttene fant at vikingene var 60 cm høye.

I klinisk praksis antar vi at om lag 15 % av pasientene avslutter alendronatbehandlingen på grunn av gastrointestinale bivirk-

ninger, og man må trolig ha en etterlevelse mer enn 70 % for å få en sikker frakturforebyggende effekt av slik behandling. Risikoen er stor for at en så svær utvidelse av indikasjons- og refusjonsområdet for alendronatbehandling som her er foreslått vil føre til plager, unødige utredninger og mangelfull behandlingseffekt for mange. Legemiddelverket går i disse anbefalingene lenger enn noen annen organisasjon jeg kjenner til.

Punkt 2 angir at kvinner under 65 år med T-skår < -2,5 og lavenergi-brudd skal få refusjon for alendronatbehandling. Dette punktet er uendret fra tidligere. For postmenopausale kvinner med T-skår < -2,5 foreligger det imidlertid dokumentasjon for frakturforebyggende effekt av alendronatbehandling, og studier har vist at behandlingen er kostnadseffektiv selv med den opprinnelige prisen på originalpreparatet. Hvorfor ikke fjerne kravet om lavenergi-brudd for denne gruppen?

Er det mulig å få en forklaring på disse motsetningsforhold og inkonsekvenser?

Johan Halse

johalse@online.no
Osteoporoseklinikken
Pilestredet Park 12A
0176 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Statens legemiddelverk. Nytt om legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 361.

Manuskriptet ble mottatt 9.3. 2010 og godkjent 25.3. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.