

melding for et residiv av blærekreft nylig så jeg i den elektroniske pasientjournalen fire tidligere sendte meldinger på samme krefttilfellet. En henvendelse til Kreftregisteret bekreftet min anelse om at melding ved residiv av blærekreft ikke er nødvendig. Man ser for seg et misbruk/unødvendig forbruk av legetimer, kanskje spesielt for urologer, siden kreft i blære og prostata ofte fordrer transurethrale inngrep ved residiv og for palliasjon. Hvor lenge har dette misbruket foregått og hvor stort er omfanget?

I 2005 var prevalensen for prostatakreft 21 588 og for kreft i ureter/blære/urethra 10 078 (1). Hvis hver av disse pasientene får et residiv som må opereres, og den (mal)praksis som her beskrives er allmenn i Norge, må det skrives ca. 31 500 unødvendige kreftmeldinger bare for disse to diagnosene. Det kan tilsvare seks urologstillinger årlig. I mitt tilfelle fant jeg en «residivmelding» datert i 2004. Det er grunn til å anta at dette har foregått i årevis.

Vi må gå ut ifra at Kreftregisteret ekskluderer residivmeldingene når de beregner insidenser (?). Hvorfor har man ikke for lenge siden gjort meg og mine kolleger oppmerksom på at meldinger ved residiv ikke kreves? Hvor mange skoer med ubrukelige skjema må fylles opp for noen våkner og sier: «Dette har vi ikke bruk for, dette arbeidet kan dere slippe!»

Børge Ytterstad

Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad

Litteratur

1. Cancer in Norway 2005. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence. www.kreftregisteret.no/ramme.htm?start.htm [29.11.2007].

Kreftregisteret svarer:

Kreftregisteret har en hoveddatabase fra 1953. Den skal inneholde data basert på kopi av aktuelle patologiremisser og klinisk meldingsskjema om blant annet stadium og behandling ved primærtidspunktet. Gjennom 20 år har Kreftregisteret hatt som høyeste prioritet å bygge opp behandlingskvalitetsregistre for hver kreftform med bl.a. særskilt egnede skjemaer ved residiv og progrediering av hver kreftsykdom. Vi er dessverre ikke kommet langt nok i denne prosessen. Men hva angår hoveddatabase, har Kreftregisteret aldri bedt om klinisk meldingsskjema utover primærdiagnosetidspunktet.

Når det er sendt én melding fra kliniker på et krefttilfelle, er dette tilstrekkelig. Det er bare ved ny primærtumor eller endring av diagnose det skal sendes ny melding. Det er kun patologilaboratoriene som sender kopi av histologirapport ved residiv og metastase. Laboratoriene holder selv oversikt over sin meldeplikt for alle krefttilfeller ved å påføre teksten «Meldt Kreftregisteret» på hver enkelt remisse hvor kreft eller forstadier til kreft er angitt. Det er den lokale IT-leverandøren og legene/sykehuset selv som

er ansvarlig for at «Meldt Kreftregisteret» utløser kaskaden. Denne teksten er ikke ment som en påminnelse til klinikerne. Residivmelding er altså et begrep som ikke eksisterer for klinikerne med hensyn til hoveddatabase.

Kreftregisteret antar at leverandører av journalsystemer enkelte steder ennå ikke har organisert systemet slik at det holder oversikt over tidligere utfylte meldinger. Systemet bør gi oversikt over hva som allerede er innsendt til Kreftregisteret. Hvis kreftsykdommen er rapportert tidligere, bør det være en opsjon for å kunne bekrefte dette og dermed ikke fylle ut nytt skjema. Beregning av insidens er selvsagt basert på krefttilfellene og ikke antall meldinger. Det er viktig at sykehusene og den enkelte lege kommuniserer med egen IT-leverandør for å forbedre rutineene. Regnestykket om antall kliniske residivmeldinger er meget langt fra realiteten og tyder på at Harstad har et svakt punkt i sin pasientjournallogistikk.

Froydis Langmark

Tom Børge Johannesen
Kreftregisteret

Vaksinasjonsstrategien for kikhoste bør revurderes

I 1997 startet et større utbrudd av kikhoste i Norge, særlig blant ungdom og voksne (1). Økningen sammenfalt med innføring av serologisk diagnostikk, som er betydelig mer sensitiv enn dyrking. Mer oppmerksomhet rundt sykdommen har nok også bidratt til at flere tilfeller er diagnostisert og innrapportert, men det er liten tvil om at vi nå har et reelt utbrudd av kikhoste med klassiske svingninger og epidemiotopper (2). I 2004 hadde Norge den høyeste forekomsten av kikhoste i Europa (1).

Norge har hatt en vaksinasjonsdekning på over 90 % (3). Vaksineeffekten mot kikhoste varer imidlertid kun i 6–10 år, og flest antall tilfeller forekommer nå i aldersgruppen 10–19 år (1). Norske helsemyndigheter har innført en boosterdose for norske sjuåringer fra 2006, delvis begrunnet i at barn angivelig skal være viktigst som smittespredere til uvaksinerte spedbarn (2). Det er holdepunkter for at denne antakelsen ikke stemmer. En fransk studie fant at aldersgjennomsnittet til smittekilden avhenger av vaksinasjonsdekningen (4). I Paris, med 91 % vaksinasjonsdekning, var gjennomsnittsalderen til smittekilden 23,3 år, mens den i Marseille, med 61 % vaksinasjonsdekning, var 7,4 år (4). I en tysk studie fra et område med svært lav vaksinasjonsdekning var barn smittekilden i flesteparten av tilfellene (4), mens foreldrene var den hyppigste smittekilden i nyere studier fra Storbritannia og USA (1, 5, 6).

Innføring av en boosterdose til norske

sjuåringer er et viktig tiltak for å hindre smitte til uvaksinerte spedbarn, men spørsmålet er om dette er tilstrekkelig. Med den gode vaksinasjonsdekningen i Norge er det grunn til å ta høyde for at også voksne, spesielt foreldre, kan være en viktig smittekilde. Faye-Lund og medarbeidere har nylig rapportert at mor og søsken var de hyppigste smitekilder til kikhoste blant 73 spedbarn ved Ullevål universitetssykehus (3).

I en del land har man innført en boosterdose til ungdom i vaksinasjonsprogrammet, og det diskuteres om også voksne bør revaksineres (1, 6). Også norske helsemyndigheter bør vurdere å innføre revaksinasjon blant ungdom og voksne (1). Norske helsemyndigheter bør vurdere å innføre revaksinasjon også blant ungdom og voksne.

Marius Trøseid

Martin Steinbakk

Akershus Universitetssykehus

Litteratur

1. Dudmann S, Trøseid M, Jonassen TØ et al. Kikhoste – et økende problem i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 305–8.
2. Nøkleby H. Kikhoste – gammel sykdom med ny aktualitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 295.
3. Faye-Lund A, Syversen G, Wathne K-O. Kikhoste hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1938–40.
4. Grimpel E, Baron S, Levy-Bruhl D et al. Influence of vaccination coverage on pertussis transmission in France. Lancet 1999; 354: 1699–1700.
5. Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann RN. Infant pertussis – who was the source? Pediatr Infect Dis J 2004; 23: 985–9.
6. Wendelboe AM, Njamkepo E, Bourillon A. Transmission of Bordetella pertussis to young infants. Pediatr Infect Dis J 2007; 26: 293–9.

Bytte mellom legemidler – nok en gang

I Tidsskriftet nr. 22/2007 påpekte jeg at Statens legemiddelverk åpner for reduserte krav til likeverdighet ved bytte mellom legemidler (1). Når denne endringen har skjedd på tvers av politiske, juridiske, forvaltningsmessige og faglige forutsetninger, forventet jeg at Legemiddelverket hadde klarlagt forholdene rundt endringene og informasjonsvikten. I sitt tilsvare gir imidlertid ikke Madsen & Holmboe noen forklaring på hvorfor ikke helsepersonell ble informert om endrede krav i 2006 (2). De gir heller ingen troverdig avklaring på hva som nå skal legges til grunn når det ikke kreves bioekvivalens. Først henviser de til at bioekvivalensstudier ikke er nødvendige for perorale oppløsninger og intravenøse legemidler (det siste er jeg selvfølgelig enig i), dernest viser de til andre måter å vurdere byttbarhet på: «Det finnes legemidler der kunnskapen om opptaket i kroppen bare er basert på publisert litteratur (bibliografiske søknader), og det finnes legemidler der likeverdighet er påvist gjennom kliniske effektstudier» (2). Slike baserer seg neppe på sammenliknende undersøkelser av legemidlene, siden bioekvivalens ikke nevnes. Sammen-