

Hurtigtest for malaria

Bruk av hurtigtester for å påvise *Plasmodium falciparum*-malaria hos pasienter med feber i Afrika kan forbedre behandling og resistensutvikling uten økte kostnader per pasient (PLoS Med 2009; 6: e1000070).

1 887 feberpasienter fra Zanzibar ble enten vurdert klinisk eller med en hurtigtest for malaria. Bruk av hurtigtest var assosiert med lavere forbruk av antimalariamidler (361/1 005 [36 %]) sammenliknet med symptombasert undersøkelse (752/882 [85 %]) (OR 0,04). Rekontakt pga. manglende bedring var også lavere etter bruk av hurtigtest (2,5 %) enn ved klinisk vurdering (4,9 %) (OR 0,5).

Fars alder øker risiko for utviklingsforstyrrelser

Høy alder hos far er assosiert med økt risiko for utviklingsforstyrrelser som autisme, schizofreni, dysleksi og redusert intelligens (PLoS Med 2009; 6: e40). Data fra 33 000 enkeltfødsler i USA ble gjennomgått. Barna ble testet med ulike utviklings- og intelligensstester da de var åtte måneder, fire år og sju år.

Sammenhengen mellom barnas kognitive evner og foreldrenes alder ble analysert etter justering for mulige konfundrende faktorer. For alle tre aldersgrupper fant man noe svakere resultat hos barn av eldre fedre, mens det var motsatt for barn av eldre mødre.

Risiko for postpartumpsykose

Insidensen av psykoser hos kvinner når en topp umiddelbart etter første fødsel, og nesten halvparten av tilfellene ses hos kvinner uten tidligere innleggelse i psykiatrisk avdeling (PLoS Med 2009; 6: e13). Dette viser en populasjonsstudie med 750 000 førstegangs fødende basert på det svenske fødselsregisteret i perioden 1983–2000.

Analysene viste også at risikoen for psykose de første 90 dager etter fødselen økte med mors alder (≥ 35 år versus ≤ 19 år; hasardratio (HR) 2,4), men sank med høy fødselsvekt (≥ 4 500 g) og diabetes (HR 0).

Medisinske nyheter

fra internasjonale tidsskrifter:
Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes erlend.hem@medisin.uio.no

Økende forskrivning av opioider i Norge

470 000 nordmenn fikk utlevert opioider i 2007, men bare 13 000 pga. kreftsykdom. Disse tallene tilsvarer en økning på 10 % fra 2004.

13 % av den voksne norske befolkningen mottar opioider årlig (1). Bare 2,8 % av dem som mottar opioider, får refusjon for palliativ behandling. Av dem som mottar opioider uten refusjon for palliativ behandling, mottar 77 % mindre enn 50 definerte døgn-doser (DDD) per år, tilsvarende inntil 200 tabletter kodein-paracetamol. Ytterligere 18 % mottar 50–300 DDD. Altså mottar det store flertallet opioider for akutt smerte, tilbakevendende smerter eller kronisk smerte uten behov for døgnkontinuerlig behandling.

Kun ca. 13 000 personer mottok ≥ 400 DDD og kan antas å være faste brukere for kronisk ikke-malign smerte. Blant disse pasientene er det imidlertid bare et mindretall som bruker lengevirkende opioider alene, slik nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler. Blant pasientene som mottok opioider med refusjon for palliativ behandling,

startet 46 % direkte med et WHO-trinn 3 opioid mens de øvrige startet med et svakt opioid. Bare 36 % av kreftpasienter som startet med WHO-trinn 3 opioider, mottok både kortvirkende og lengevirkende formuleringer slik retningslinjer for kreftrelatert smertebehandling anbefaler.

Økende bruk av opioider mot akutt smerte og kreftsmerte må oppfattes som positivt. Derimot er det uklart om økningen i bruk av opioider mot kronisk ikke-malign smerte er gunstig, siden bare et fåtall av disse pasientene synes å motta forskrivning i tråd med gjeldende retningslinjer. Vi mistenker at dagens forskrivningsmønster i denne gruppen kan disponere for problematisk opioidbruk.

Olav Magnus S. Fredheim

olavmagn@ntnu.no
Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser
St. Olavs hospital

Litteratur

1. Fredheim OM, Skurtveit S, Breivik H et al. Increasing use of opioids from 2004 to 2007 - harmacoepidemiological data from a complete national prescription database in Norway. *Eur J Pain* 2009; doi 10.1016/j.ejpain.2009.05.006.

Bedre behandling ved brystdiagnostiske sentre

Kvinner som ikke inviteres til mammografiscreening har bedret overlevelse etter innføring av mammografiscreening. Det viser en norsk studie.

Studien sammenlikner kvinner som får behandling på sykehus som følger retningslinjene til Mammografiprogrammet, med en gruppe kvinner som behandles på sykehus der disse retningslinjene ikke følges (1). Mammografiprogrammet startet opp i fire fylker i 1995–96. Utbredelsen av programmet skjedde trinnvis, og i løpet av 2005 ble alle kvinner i alderen 50–69 år invitert til mammografiundersøkelse hvert annet år.

Et av kriteriene for at fylkene ble innlemmet i programmet var at de omorganiserte diagnostikk og behandling av brystkreftpasientene. Brystdiagnostiske sentre ble opprettet på sykehusene og ukentlige, tverrfaglige møter mellom diagnostikere og behandlere av brystkreftpasienter ble innført. Reorganiseringen av diagnostikk og behandling av brystkreft vil ikke bare komme kvinnene som inviteres til Mammografiprogrammet til gode, men alle kvinner som diagnostiseres og behandles på disse sykehusene.

Resultatene viste at minst 33 % av den

forbedrede overlevelsen av brystkreft skyldes omorganiseringen av brystkreftbehandling i form av tverrfaglig samarbeid i brystdiagnostiske sentre. 41 833 kvinner med brystkreft ble studert. Niårs-overlevelse i gruppen som ble diagnostisert og behandlet ved brystdiagnostiske sentre, var 72 % (95 % KI 70–74 %), mens i gruppen som ikke ble diagnostisert og behandlet ved slike sentre var niårs-overlevelse 66 % (95 % KI 65–67 %).

Helse- og omsorgsdepartementet har bevilget betydelige midler til å evaluere bl.a. programets effekt på dødelighet av brystkreft. Det er derfor viktig å være klar over at det er effekter foruten mammografiscreening ved tolking av eventuell reduksjon av brystkreftdødelighet etter innføring av Mammografiprogrammet.

Mette Kalager

mette.kalager@krefregisteret.no
Harvard School of Public Health
Boston

Litteratur

1. Kalager M, Haldorsen T, Bretthauer M et al. Improved breast cancer survival following introduction of an organized mammography screening program among both screened and unscreened women: a population based cohort study. *Breast Cancer Res* 2009; 11: R44.