Entusiasme avgjør hjemmerespiratortilbudet

Ulik fordeling av entusiaster kan forklare hvorfor det er store regionale forskjeller i det norske hjemmerespiratortilbudet.

I Norge er det store regionale forskjeller i hjemmerespiratortilbudet. I en ny studie forsøkte vi å finne årsakene til dette (1).

Data fra fokusgrupper med helsepersonell involvert i hjemmerespiratorbehandling ved fem norske sykehus ble analysert med forklaringsbasert teori (grounded theory). Fokusgruppene ble gjennomført på sykehus i fylker med behandlingsprevalens 24–58 av 100 000 innbyggere. Den nasjonale behandlingsprevalensen var 19,9/100 000 ved utgangen av 2007.

På sykehus i fylker med høy behandlingsprevalens fant man entusiaster, både leger og sykepleiere, med spesiell kompetanse og interesse for hjemmerespiratorbehandling. Men en slik entusiasme alene forklarer ikke de regionale forskjellene. Disse entusiastene har også bygd opp en kultur på sine sykehus som består i høy kompetanse, kompetanse-spredning i og utenfor sykehuset og tverr-

faglig samarbeid. Denne kulturen beskrives som «klok entusiasme». Studien avdekket også at holdninger hos beslutningstakende leger – særlig blant nevrologer – til at hjemmerespiratorpasienter har lav livskvalitet, kan føre til at pasienten ikke får informasjon eller tilbud om denne behandlingen.

For å utjevne forskjeller i hjemmerespiratortilbudet er det viktig å bygge opp kompetanse i regioner med lav behandlingsprevalens. En tredel av sykehusene som har meldt inn pasienter til det nasjonale pasientregisteret, har rapportert inn 90 % av pasientene. Derfor bør det vurderes om etablering og oppfølging av hjemmerespiratorbehandling bør sentraliseres til færre kompetansesykehus. Nasjonale retningslinjer bør også komme på plass.

Knut Dybwik

dybwik@gmail.com
Akuttmedisinsk avdeling
Nordlandssykehuset
Bodø

Litteratur

1. Dybwik K, Tollåli T, Nielsen EW et al. Why does the provision of home mechanical ventilation vary so widely? *Chron Respir Dis* 2009; doi: 10.1177/1479972309357497.

Mange brudd hos eldre kvinner

Kvinner over 50 år har tre ganger så høy sannsynlighet for å bli behandlet for et brudd i lange rørknokler som menn i samme alder. Det viser en ny norsk studie.

Brudd i de lange rørknoklene (overarm, underarm, lår og legg) står for meste parten av all bruddbehandling. Mange av bruddene kan behandles konservativt med eller uten gips utenfor sykehus. Omtrent en tredel av bruddene trenger behandling i regional eller generell anestesi i sykehus. Type brudd og alders- og kjønnsfordeling i denne gruppen er ikke tidligere undersøkt prospektivt i en definert befolkning.

I Bruddregisteret i Stavanger registreres alle brudd som er behandlet i sykehus. Hvert brudd blir klassifisert og registrert med flere variabler. I studieperioden 2004–07 ble 4 890 brudd registrert (1). Total bruddforekomst per 100 000 per år var 406 (95 % KI 395–417).

For barn opptil ca. 11 års alder var det bare mindre kjønnsforskjeller. I tenårene var det en ekstra høy forekomst av brudd hos gutter, mens hos jentene ble forekomsten betydelig redusert. I alderen 20–45 år var det ca. dobbelt så stor forekomst av brudd i den mannlige befolkningen. Etter 50 års alder økte forekomsten av brudd hos kvinner mye mer enn hos menn. Det var tre ganger så høy bruddforekomst blant kvinner over 50 år som hos menn.

Brudd i øvre femurende var spesielt relatert til høy alder, og forekomsten av disse bruddene økte med økende alder hos begge kjønn. Kvinnenes økte forekomst startet imidlertid i en yngre alder, omtrent ti år før mennene. Brudd i de fleste andre knokkelsegmenter økte med alderen blant kvinner. Hos mennene derimot så man denne økningen kun for hoftebrudd.

Terje Meling

mete@sus.no
Ortopedisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus

Litteratur

1. Meling T, Harboe K, Søreide K. Incidence of traumatic long-bone fractures requiring in-hospital management: a prospective age- and gender-specific analysis of 4890 fractures. *Injury* 2009; 40: 1212–9.

VERDENS HELSE

Vaksine mot denguefeber under utvikling

Samtidig som det er gjort fremskritt i utviklingen av en vaksine mot denguefeber, har sykdommen spredd seg raskt og er et økende folkehelseproblem i tropiske strøk.

Rundt 50–100 millioner mennesker blir smittet av viruset hvert år, hvorav ca. en halv million blir livstruende syke med dengue hemoragisk feber og dengue sjokk-syndrom. Dengue er assosiert med store urbane epidemier, da *Aedes*-myggen som sprer smitten, formerer seg lett i fattige, urbane strøk (1).

Utvikling av en vaksine mot dengue er blitt sinket på grunn av frykt for at immunisering kunne predisponere for den alvorlige formen. Blant personer som utvikler alvorlig dengue, har 85 % vært eksponert for dengue tidligere. Alvorlig dengue kan imidlertid også forekomme hos førstegangsinfiserte, og bare en liten andel av personene med andregangsinfeksjoner får den alvorlige formen.

En vaksine må beskytte mot alle fire serotyper av dengueviruset som tilhører

gruppen flavovirus. Patogenesen ved alvorlig dengue er ikke fullt ut forstått. Ytterligere prekliniske studier trengs for å klargjøre hvilke immunmekanismer som er beskyttende mot sykdom og hvilke mekanismer som fører til alvorlig sykdom.

Flere vaksinekandidater finnes, og noen av disse er klare til klinisk utprøving. Kliniske studier må til for å klargjøre vaksinens varighet, betydningen av immunitet mot andre flavovirus og om vaksinene er trygge for spedbarn og hivsmittede. Det blir viktig med en koordinert innsats og deling av informasjon fra ulike vaksinstudier.

Øyunn Holen

oeyhole@online.no
Medisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Webster DP, Farrar J, Rowland-Jones S. Progress towards a dengue vaccine. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 678–87.