

UGESKRIFT FOR LÆGER

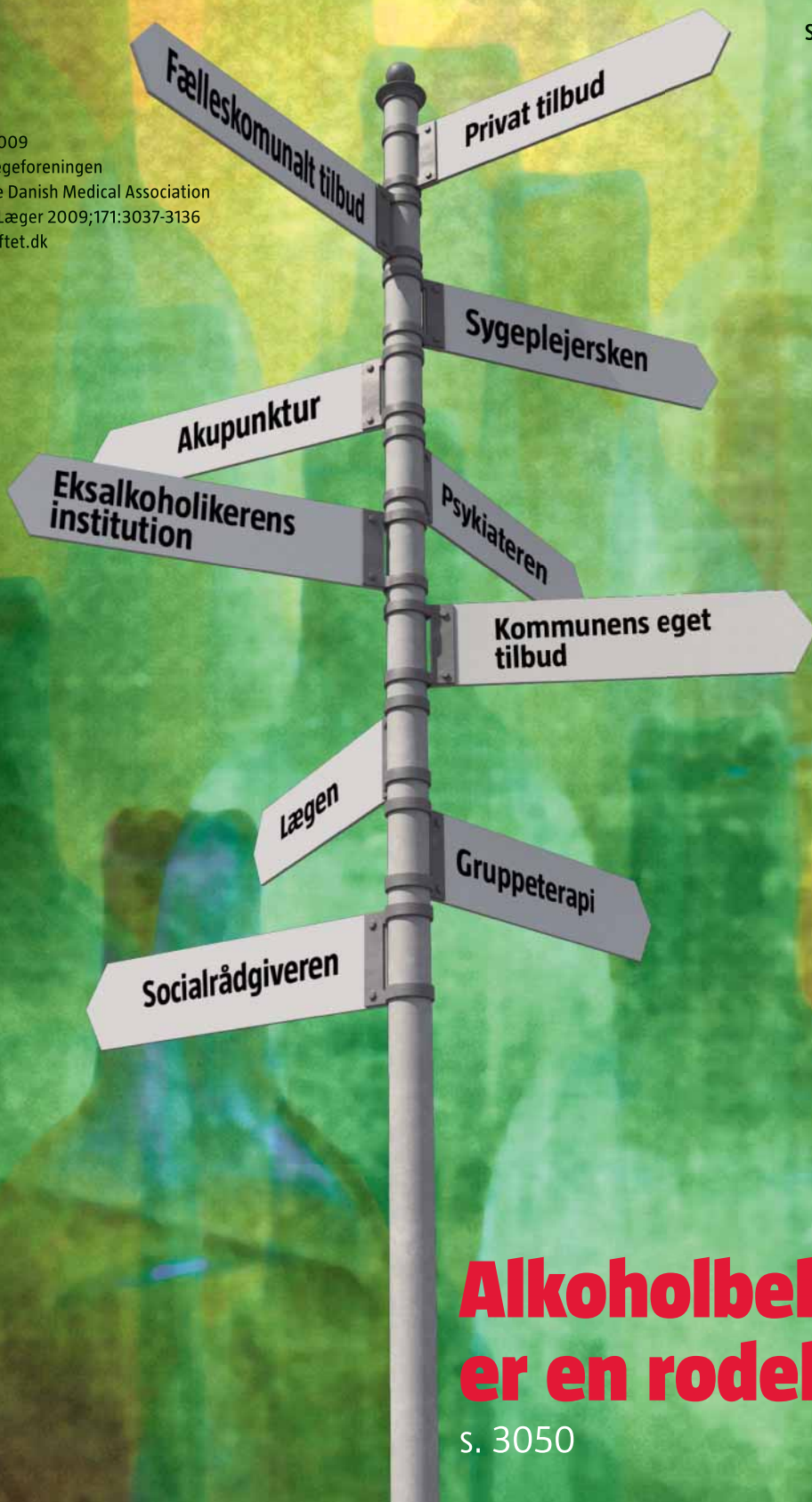


19. oktober 2009
Udgivet af Lægeforeningen
Journal of The Danish Medical Association
Ugeskrift for Læger 2009;171:3037-3136
www.ugeskriftet.dk

43/2009

Forbruget af
forsøgsdyr er uændret
s. 3088

Mange kvinder får
inkontinens efter fødsel
s. 3073



**Alkoholbehandlingen
er en rodebutik**

s. 3050



Spørg til alkoholforbrug – men hold pegefingern i ro. 3132



Regeringen har fremlagt »Sundhedspakke 2009« med et mylder af forslag. 3044



Nu skal det (igen) være slut med it-bøvl. 3056

INDHOLD

3043 Leder

Kommunernes alkoholbehandling i krise.
Jette Dam-Hansen

3044 Nyheder

Diagnosegaranti på vej. *Annette Hagerup*
Fem Spørgsmål, Sagt & Skrevet,
Ugens Billede og øvrige nyheder.

3050 Fokus

Alkoholbehandlingen er en rodebutik.
Anne Steenberger
Hver kommune – sin alkoholbehandling
Kirsten Winding. 3053

3056 Sundhedspolitik

It skal være nemt.
Registreringshelvedet skal være mindre
hedt. 3057. Fordele og ulemper for udsatte
børn. 3057. *Bente Bundgaard*

3058 Overlæger

Overlæger sætter stillingsreform på skinner.
Ingen udsigt til lønfest. 3059
Mere ledelse – mindre økonomisk styring.
3060. *Ole Felsby*
Drivkraften i speciallægepraksis skal være
arbejdsglæden og autonomien. 3061
Jesper Brahm

3065 Videnskabelige artikler

Se videnskabeligt indhold på side 3041.

3104 Anmeldelser

3106 Meddelelser & navnestof

3107 Job & praksis

3121 Debat

Behandling på intensivafdeling af uhelbre-
deligt syg patient. *Birthe Thørring*. Med svar
af *Rico Frederik Schou*
Farlig adjuvans i svineinflenzavaccine.
Anders Bruun Laursen. Med svar af
Kåre Mølbak. 3122
Misoprostol er ikke kontraindiceret til
patienter med astma. *Mikkel Christensen &*
Lars Lundgaard Hansen. 3123
Mere om retten til en akut død uden forsøg
på genoplivning. *Hans Jørgen Vognsen*. 3124
Lyndiagnosegaranti – absurd politisk udspil!
Karin Helweg-Larsen. 3125
Jeg kender ikke en, der synes, at 4-års-reg-
len er en god ide! *Hans Kristian S. Brødløs*.
Med svar af *Lisbeth Lintz*. 3125
Om at kende sin sendetid. *Lone Graff*
Stensballe. Med svar af *Birte Obel*. 3126
Hvor blev epikrisen fra lægevagten af?
Kim Jørsing. Med svar af *Jakob Axel Nielsen*.
3127

3131 Min mening

Et amerikansk øjeblik. *Julie Mackenhauer*

3132 Kronik

Kan man tale med voksne om deres alkohol-
forbrug? *Anders Blædel Gottlieb Hansen,*
Ulrik Becker, Tine Curtis et al

3134 De ti

Danmark(s) sundhedsvæsen) for danskerne?
Imran Rashid



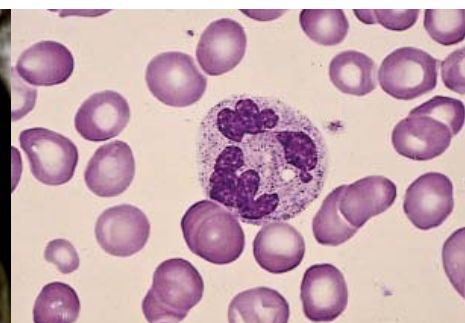
Kontrolleret oplag:
24.430 eksemplarer



Forbruget af forsøgsdyr er uændret. 3088



Indtagelse af knapbatteri kan medføre alvorlige komplikationer, såfremt det sidder i øsofagus. 3098



Børn af vegetarianer- og veganermødre kan mangle B₁₂. 3099

VIDENSKABELIGE ARTIKLER

3062 Medicinske nyheder

Christina E. Høi-Hansen

3065 Ledere

Standardformular til angivelse af interessekonflikter i The International Committee of Medical Journal Editors-tidsskrifterne.

Jeffrey M. Drazen,

Martin B. Van Der Weyden, Paush Sahni et al

Fedme og helbredsrisiko – hvad skal vi måle på? *Berit L. Heitmann.* 3067

3068 Sekundærpublikation

Fedmerelaterede sundhedsomkostninger vurderet ud fra måling af enten BMI eller taljeomkreds. *Betina Højgaard,*

Kim Rose Olsen, Jes Søgaard et al

3071 Klinisk procedure

Måling af legemsmasseindekset og talje- og hofteomkreds hos voksne.

Jens Meldgaard Bruun & Bjørn Richelsen

3073 Originalartikler

Urininkontinens de første 12 år efter fødsel. *Lars Viktrup & Gunnar Lose*

Walk-in-spirometri-pilotundersøgelse til tidlig opsporing af kronisk obstruktiv lungesygdom. *Anders Løkke, Lotte Bloch Christensen & Charlotte Fuglsang.* 3083

3078 Oversigtsartikler

Ekstraintestinale manifestationer ved inflammatorisk tarmsygdom. *Signe Larsen, Klaus Bendtzen & Ole Haagen Nielsen*

Status over forbruget af forsøgsdyr siden år 2000. *Aage Kristian Olsen Alstrup & Axel Kornerup Hansen.* 3088

Delirium hos kritisk syge patienter.

Thomas Strøm, Guri Pande-Rolfen,

Christine Hagen et al. 3094

3092 Statusartikel

Raske overvægtige.

Bjørn Richelsen & Steen B. Pedersen

3098 Kasuistikker

Hjertestop hos barn som følge af knapbatteri i øsofagus kompliceret med aorto-øsofageal fistel. *Anette Mortensen, Nikolaj Friis Hansen & Ole Mikael Schiødt*

Svær vitamin B₁₂-mangel hos spædbørn brysternæret af veganere. *Casper Roed, Flemming Skovby & Allan Meldgaard Lund.* 3099

Falsk positivt fund ved screening for abdominelt aortaaneurisme. *Annette Høgh, Nikolaj Grøndal & Jes S. Lindholt.* 3101

3103 Akademiske afhandlinger

3103 Lægemiddelstyrelsen

Kommunernes alkoholbehandling i krise

Stik imod intentionerne i kommunalreformen, så er det gået tilbage med alkoholbehandlingen, siden opgaven blev placeret hos kommunerne. Det er den klare konklusion i en spørgeskema undersøgelse gennemført af Lægeforeningens Misbrugsudvalg. Undersøgelsen, der er nærmere omtalt i dette nummer af Ugeskriften, konkluderer, at tilbuddene er blevet spredt for alle vinde, og der er opstået meget store forskelle i kvaliteten af tilbuddet. Generelt er det bedre i store kommuner end i de små. Og der er sket en glidning over mod det socialfaglige område i modstrid med den faglige evidens på området. Det kalder på, at sundhedsministeren indfører godkendelsesordninger både for ambulante og døgninstitutioner i alkoholbehandlingen.

” Sundhedsministeren bør sammen med Sundhedsstyrelsen udforme retningslinjer for »den funktionsbærende alkoholbehandlingsenhed«.

Det skønnes, at omkring 140.000 danskere er afhængige af alkohol. Vi har altså at gøre med et ganske stort misbrugs- og samfundsproblem. Den gennemførte undersøgelse viser, at det årlige antal behandlede ligger på mellem 12.000 og 14.000 patienter. Dette alene fortæller, at det er helt utilstrækkeligt, hvad der foregår i alkoholbehandlingen. I princippet betyder det, at der vil gå ti år, før de nuværende afhængige er blevet behandlet. Desuden er der meget stor variation i, hvad der bliver tilbudt i kommunerne, hvor antallet af behandlingssteder er gået fra 17-18 amtslige institutioner til mere end 50 kommunale.

Kommuner med indbyggertal helt ned til omkring 20.000 har etableret egen alkoholbehandling, og undersøgelsens forfattere undrer sig over, at det på grundlag af så beskedent et befolkningstal kan lade sig

gøre at opretholde en differentieret, kvalificeret behandling, som opfylder kriterierne for god alkoholbehandling. De giver selv svaret: det kan det heller ikke. Det er påfaldende, at alkoholbehandling i stort omfang er flyttet fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen, stik imod faglige anbefalinger. Alkohol har en række sociale konsekvenser, men det er ikke givet, at man får et misbrugsproblem, fordi man har sociale problemer. Risikoen er, at socialforvaltningerne opfatter afhængighed som et socialt problem, som kan løses ved socialintervention. Det kan det ikke.

Desuden er det bekymrende, at der i kommunernes alkoholbehandling i stort omfang anvendes akupunktur. Det er en ikke evidensbaseret behandling og altså uden dokumenteret effekt. Men over en tredjedel af kommunerne angiver, at de anvender akupunktur i deres behandling. Videre er antabus stadig det helt dominerende lægemiddel i alkoholbehandlingen. Ganske vist har kommunerne (og almen praksis) her lægevidenskaben på deres side. Men de sidste ti år har man kendt til to andre medikamenter: Acamprosat og Naltrexon, der har dokumenteret effekt uden, at de synes at have vundet større udbredelse.

Summa summarum tegnes der et trist billede af alkoholbehandlingen i Danmark i almindelighed, og kommunernes tackling af opgaven i særdeleshed. Der, hvor det ser bedst ud, er i kommuner, der anvender fælleskommunal eller regionale institutioner, altså relativt store institutioner. Vi mener, at sundhedsministeren bør indføre godkendelsesordninger for institutioner, der beskæftiger sig med alkoholbehandling. Det gælder konkrete krav til kortlægning og diagnostik, behandlingsmetoder, personalesammensætning og krav til efteruddannelse og dokumentation. Sundhedsministeren bør sammen med Sundhedsstyrelsen udforme retningslinjer for »den funktionsbærende alkoholbehandlingsenhed«.

Jette Dam-Hansen,
formand, Forebyggelses-
politisk Styregruppe



LÆGEFORENINGEN



Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Telefon 35 44 85 00
Telefax 35 44 85 03
E-mail dadl@dadl.dk
www.laeger.dk

BESTYRELSE

Jens Winther Jensen,
formand
Yves Sales, næstformand
Lisbeth B. Lintz Christensen
Michael Dall

Jette Dam-Hansen
Michael Dupont
Poul Jaszczak
Klaus Klausen
Erik Kristensen
Niels Siebuhr

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Michael Dupont, formand

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

Erik Kristensen, formand

YNGRE LÆGER

Lisbeth B. Lintz Christensen, formand

Diagnosegaranti på vej

Regeringen er klar med et lovforslag, der giver borgerne ret til at blive undersøgt på et privathospital, hvis der er for lang ventetid hos det offentlige.



Journalist
Annette Hagerup,
annette@hagerup.info

FOTOS
Istock &
Ugeskrift for Læger

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen vil nu give danske patienter en diagnosegaranti, så de kan få det fulde udbytte af den eksisterende behandlingsgaranti på en måned. I øjeblikket må patienter typisk vente i månedsvis på f.eks. CT, røntgenundersøgelser, ultralydsdiagnostik m.m.

»Hvis sundhedsvæsenet ikke kan give svar inden en måned, skal borgerne på det offentlige regning kunne gå til en privat klinik eller hospital og få stillet diagnosen,« fortæller Jakob Axel Nielsen.

Lægeforeningen spillede allerede i marts i år ud med et forslag om rettigheder til hurtig udredning. Lægeforeningens formand, Jens Winther Jensen, hilser derfor forslaget velkomment.

»For både patienten og lægen er det selvsagt frustrerende med lange ventetider på de undersøgelser, der er nødvendige for at få stillet diagnosen og komme videre med behandlingen. Den nuværende behandlingsgaranti er kun et plaster på såret, hvis man er blevet alvorligt syg, mens man har ventet på at blive udredt,« siger Jens Winther Jensen.

Han havde dog gerne set, at diagnosegarantien omfattede alle patientgrupper og ikke kun de typer af

undersøgelser, som de private klinikker aktuelt udbyder.

»Der er ingen tvivl om, at det vil betyde noget for rigtig mange patienter, at de nu inden for kort tid kan komme til f.eks. CT-scanning, MR-scanning m.m. i det private. Mekanismen i regeringens udspil er derimod problematisk. Udspillet lader det nemlig være op til de private klinikker at bestemme tilbuddet. Lader dem afgøre, om der er en fornuftig *business case* i at tilbyde en bestemt undersøgelse. Vi frygter, at mindre patientgrupper med behov for meget specialiserede undersøgelser vil komme i klemme, fordi ingen private har disse undersøgelser med i deres katalog,« siger han.

Lægeforeningens formand foreslår også, at diagnosegarantien bruges til at indføre fleksible eller graderede behandlingsgarantier, hvor livstruende diagnoser giver ret til behandling uden ventetid.

NYHEDER
REDIGERET AF
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk



KORTE NYHEDER

Kromosomforskere får Nobelprisen i medicin

Elizabeth H. Blackburn fra University of California, San Francisco, Carol W. Greider fra Johns Hopkins University i Baltimore og Jack W. Szostak fra Harvard Medical School i Boston har fået Nobelprisen i medicin.

De tre forskeres arbejde handler om, hvordan kromosomer beskyttes mod nedbrydning.

»Nobelprismodtagerne har vist, at forklaringen findes i enden af kromosomerne – telomererne – og i et enzym, som danner dem, nemlig telomerase, som Nobelkomiteen begrundet prisen. Prisen er på i alt 10 mio. svenske kroner – ca. 7,4 mio. danske kroner.

Ny pakkeportal for praksis

Alle regioner har udarbejdet beskrivelser af kræftpakkerne, og de samles nu på en ny hjemmeside: www.sundhed.dk/info/pakkeforloebforalmenpraksis, som en service for de praktiserende læger.

Det er Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed (DAK-E), Praksiskonulentordningen og sundhed.dk, der står bag tjenesten.

På siden er der også direkte adgang til Lægehåndbogens faglige artikler om kræft samt den nationale patientvejledning vedrørende den specifikke kræftform.

Læger, sundhed og klima

World Medical Association (WMA) og Lægeforeningens afholdt i september en konference i København om sundhed og klima.

Rapporten fra konferencen er nu kommet og kan hentes på www.laeger.dk. Rapporten skulle bl.a. give input til drøftelserne om sundhed og klima på WMA's generalforsamling, der fandt sted i sidste uge i New Delhi.

Bestil ikke for megen vaccine!

Sundhedsstyrelsen opfordrer de praktiserende læger til ikke at bestille for megen A (H1N1)-vaccine, da den er en mangelvare. Bestilling til første vaccinationsrunde skal ske inden 21. oktober, og selve vaccinationen ventes at gå i gang i starten af november.

Styrelsen præciserer, at patienter under 65 år med f.eks. diabetes, KOL eller andre risikofaktorer, skal tilbydes vaccination først.

I denne uge går en større informationskampagne i gang bl.a. via medierne og patientforeningerne, ligesom der er information på www.sst.dk og en hotline med telefonnummer 72 22 85 22.

Ny patientombudsmand

Patienterne skal fremover kun behøve at henvende sig ét sted, hvis de vil klage. Nemlig hos deres helt egen patientombudsmand.

Regeringen vil etablere et helt nyt klagesystem, der dels skal gøre det både lettere og hurtigere at klage, dels sikre at eventuelle fejl ikke gentages.

Det betyder, at Patientklagenævnets nuværende sekretariat omdannes til én samlet institution under en patientombudsmand med kontor i København.

»Det primære formål med et nyt patientklagesystem er at få fejlene frem i lyset, så alle instanser kan lære af dem og sørge for, at fejlene ikke gentager sig,« siger sundhedsminister Jakob Axel Nielsen. Han tilføjer, at et enstrengt system skal sikre, at det bliver nemt og overskueligt at klage.

Samtidig bebuder han, at hele patientklagesystemet – med Patientklagenævn og Patientforsikring – skal kulegraves.

Lægeforeningens reaktion er blandet.

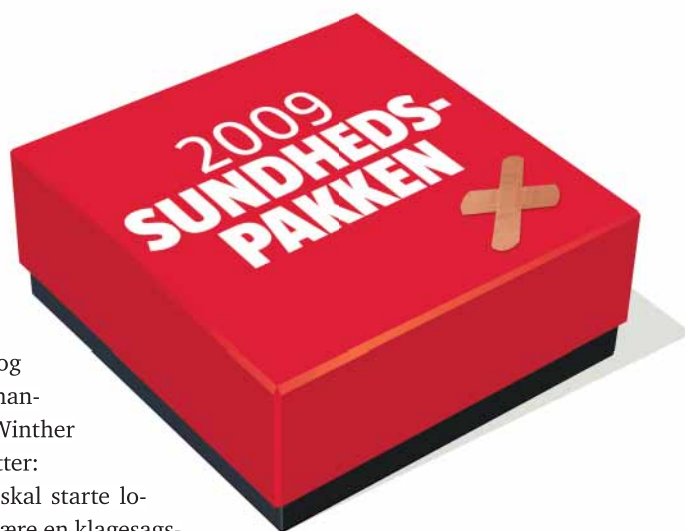
»Ingen tvivl om, at det nye klagesystem er et stort skridt i retning af det lærende sundhedsvæsen, hvor man tager ved lære af sine fejl. Som noget nyt kan man nu også klage over patientforløb, og det er Lægeforeningen godt tilfreds med,« siger formanden, Jens Winther Jensen. Han savner dog et menneskeligt ansigt på modellen.

»Med den nye patientombudsmandsinstitution har man i stedet skabt et virkelighedsfjernt, bureaukratisk element, der først kommer ind til sidst i forløbet. Der er tale om en statslig institution fjernt fra det

miljø, hvor læge og patient møder hinanden,« siger Jens Winther Jensen og fortsætter:

»Klagesager skal starte lokalt, og der bør være en klagesagsansvarlig på hver afdeling. En patient, der har været ude for en utilsigtet hændelse, ønsker sig først og fremmest en forklaring på det, der er sket. Sikkerhed for, at det ikke vil ske igen og også gerne en undskyldning. Det skal alt sammen foregå mellem læge og patient. I Lægeforeningen havde vi ønsket, at man havde lagt vægt på denne personlige kontakt og understøttet, at man tog opgaven på sig lokalt.«

Annette Hagerup, annette@hagerup.info



FAKTABOKS

Det vrirler med sundhedstiltag. Diagnosegarantien og det nye klagesystem nævnt her på siderne er konkrete elementer i Regeringens »Sundhedspakke 2009«. Den indeholder også en handlingsplan for forebyggelse, nye incitamenter til at holde patienterne væk fra sygehusene samt nyt om støtte fra kvalitetsfonden. Se de næste nyhedssider.

Desuden bebuder pakken på lidt længere sigt en handlingsplan for psykiatrien og endnu en kræftpakke.

Derudover omfatter regeringens afbureaukratiseringsplan adskillige initiativer af betydning for sundhedssektoren – se siderne 3056-7.

FEM SPØRGSMÅL TIL

Foto: Anders Gade



Anders Fink-Jensen overlæge, dr. med., formand for Dansk Psykiatrisk Selskab

Hvad er dit overordnede ønske til den psykiatrilighedsplan, der lige nu forhandles af satspuljepartierne?

At psykiatrien ligestilles økonomisk med somatikken. Det vil også være yderst relevant at løfte det ikkepsykiotiske område.

Regeringens oplæg ønsker flere senge og vil samtidig give psykiatriske patienter ventetidsgaranti og ret til privat behandling. Er der psykiatere nok?

Det er vigtigt, at psykiatere laver det, de er uddannet til, og ikke f.eks. sekretærarbejde. Men der er mangel på psykiatere, så et samarbejde med praktiserende læger, psykologer og sygeplejersker er nødvendigt. Hvad sengepladser angår, er det vigtigt, at der også er pladser til almen psykiatri, og at det hele ikke går til retspsykiatriske pladser.

Regeringen foreslår »tvungen opfølgning«. Vil du gerne kunne sende politiet ud og afhente patienter, så de kan få deres medicin?

Nej. Jeg er modstander af »ambulant tvang«. Det er et voldsomt indgreb, og man kan nå meget langt inden for lovens rammer i dag.

Danske Regioner er utilfreds med, at pengene skal komme fra satspuljer i stedet for finansloven.

Er det ikke lige meget – bare pengene kommer?

Det er regionerne, der skal disponere og organisere, og det er svært f.eks. at finde penge til sengepladser osv., hvis du med jævne mellemrum skal ud og forhandle om midler. Det vanskeliggør planlægningen. Det bør ske via finansloven.

Hvor langt er der igen, til vi kan tale om »en psykiatri i verdensklasse«?

Meget langt.

Klaus Larsen, kll@dadl.dk

Patienterne skal blive hjemme

Regeringen vil nu belønne kommunerne for at holde patienterne væk fra sygehuse. Samtidig skal det koste kommunerne penge at lade færdigbehandlede borgere blive liggende og optage en hospitalsseng.

Hver dag har sygehuse ca. 300 færdigbehandlede patienter, som bare venter på at komme hjem til kommunerne, og det er ifølge sundhedsminister Jakob Axel Nielsen spild af ressourcer.

De 98 danske kommuner har som følge af kommunalreformen ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og skal samtidig finansiere knap en femtedel af det regionale sundhedsvæsen. Medfinansieringen udgør i 2010 godt 17 mia. kr.

Kommunerne skal fremover mærke, at det kan betale sig at forebygge, ikke mindst de mange genindlæggelser. Regeringen ønsker at sende et klart signal om, at det skal være slut med svingdørspatienter som f.eks. diabetikere, der ryger på hospitalet med insulinchok, fordi deres diabetes ikke har været velreguleret i kommunalt regi.

Det skønnes, at hele 30 pct. af de medicinske indlæggelser på landets sygehuse kunne undgås.

Kommunernes Landsforening, KL, ser umiddelbart positivt på at omlægge den kommunale medfinansiering, så det i højere grad er borgernes forbrug af sundhedsydelser, der bestemmer, hvor meget kommunen skal betale.

Men KL er lang fra enig i, at det altid er kommunens skyld, hvis en patient bliver genindlagt. »Det kan lige så vel skyldes manglende kvalitet i sygehusbehandlingen eller for hurtig udskrivning. Der er brug for et generelt løft af indsatsen, som også omfatter sygehuse og de praktiserende læger,« siger KL-formand Erik Fabrin i en pressemeddelelse.

Annette Hagerup, annette@hagerup.info



Nu mangler kun Region Sjælland

Ved sidste årsskifte satte regeringen navn på elleve sygehusprojekter, som skulle have støtte fra kvalitetsfonden på i alt 25 mia. kroner.

Nu er der kommet fire navne til: Gødstrup, Aabenraa, Hillerød og Bispebjerg.

Alt sammen efter en såkaldt screening procedure i regeringens ekspertudvalg – det såkaldte Juhl-udvalg – som har vurderet de forskellige regioners ønsker. Og dermed »er vi parate til at sætte konkrete adresser på den fremtidige sygehusstruktur i Danmark på akutområdet«, som der står i regeringens »Sundhedspakke 2009«.

Dermed udestår kun Region Sjælland, som forventes at komme med i løbet af 2010, fremgår det.

Regeringen lover, at der stadig vil være midler til rådighed for sjællænderne inden for rammen på i alt 40 mia. kroner – dvs. de 25 mia. kroner fra kvalitetsfonden samt regionernes egen medfinansiering.

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

Felthospital godkendt til speciallægeuddannelse

For første gang er forsvaret blevet blåstemplet til at stå for en del af speciallægeuddannelsen. Tre måneder i Afghanistan er godkendt som uddannelse.

Forsvaret har længe ønsket at kunne deltage i den lægelige videreuddannelse på højere niveau end turnus/basisuddannelse. Nu ser det ud til at lykkes – men der skulle bogstavelig talt en krig til.

Louise Amstrup var nytiltrådt i en hoveduddannelsesstilling i anæstesi, men fik orlov for at arbejde i tre måneder på det danskledede felthospital i Camp Bastion i Afghanistan. Videreuddannelsesrådet i Region Syddanmark sagde ja til hendes ansøgning om at få forhåndsgodkendt opholdet som uddannelse, fordi der var lavet et fyldestgørende uddannelsesprogram.

Hun fik således ikke alene lov at tage kompetencerne med hjem, men fik tillige godkendt tidsperioden, så orloven indgår i hoveduddannelsen.

Den uddannelsesansvarlige overlæge, Peter A. Christensen, mener, at uddannelsesværdien af opholdet ikke kan overvurderes:

»Man bliver eksponeret for akut tilskadekomne i et omfang, der langt overstiger det, en yngre læge ville se derhjemme. Og de yngre læger har langt flere arbejdstimer – 80-90 timer pr. uge og altid med en overlæge til stede«, siger han

»Louise Amstrup har personligt håndteret 39 traumer under supervision. Ud-



Foto: Klaus Larsen

Louise Amstrup i gang med sin uddannelse i Afghanistan.

dannelseskravet er fem. Hun har på otte uger udført 100 helbedøvelser selvstændigt. Kravet for hele den femårige uddannelse er 500«.

Selv siger hun:

»Opholdet giver mig et helt unikt indblik i den nyeste traumebehandling og den nyeste traumatologiske anæstesi. Ikke kun

bedøveteknisk, men også hæmostatisk resuscitation, traumemodtagelse og logistikken omkring det.

God uddannelse kræver tæt supervision fra overlæger. Og det har jeg i hvert fald fået hernede«.

Klaus Larsen, kll@dadl.dk



SAGT & SKREVET

»Jeg kender en del borgerligt orienterede læger, og af dem er der kun én, som synes, at den nuværende regering fører en hensigtsmæssig politik på sundhedsområdet«.

Yngre læge Peter Agergaard
på YL's nye sundhedsblog på www.laeger.dk.

»Forslaget er for mig at se den største papirtiger i sundhedsvæsenet i mange år og bliver et beskæftigelsesprojekt for bureaukrater«.

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S),
om regeringens forslag til nyt patientklagesystem.
www.regioner.dk.

»Pizzasnegle, cacaomælk og alle mulige andre underlødige ting klarer fint de officielle danske krav til sund mad ...«.

Kostkonsulent Frede Breuner, om skolemadens kvalitet. Ritzau.

»Vi risikerer at dømme endnu en generation af europæiske arbejdstagere til skrøbelige jobudsigter, arbejdsløshed og dårlig livskvalitet«.

Rapport om muskel- og skeletlidelser
fra The Work Foundation. The Lancet.

»Enhver kan købe et nedlagt landbrug og slå en pæl i jorden og sige, at her laver vi alkoholbehandling«.

Overlæge på Hvidovre Hospital og forsker på Statens Institut for Folkesundhed, Ulrik Becker,
om alkoholbehandlingen i Danmark. Politiken.

»Danmark er et fantastisk land. Et af de bedste steder i verden«.

Statsminister Lars Løkke Rasmussen
i sin åbningstale til Folketinget.



UGENS BILLEDE



ELEGANT KAMPAGNE – Svævende, pink parasoller og balloner er med til at højne bevidstheden om brystkræft hos befolkningen i Sydkorea. (Foto: AP/Ahn Young-Joon).

Øget ansvar for egen sundhed



Det sunde valg skal både være billigere og lettere for borgerne.

Regeringen lægger med en ny national handlingsplan for forebyggelse op til, at danskerne selv skal tage øget ansvar for deres egen og deres nærmestes sundhed.

Samtidig understreges kommunernes ansvar for at få skabt sunde rammer for borgerne lige fra vuggestuen til plejehjemmet.

Det er regeringens målsætning, at danskernes levetid skal forlænges med tre år i løbet af de kommende ti år. Det skal bl.a. nås ved at intensivere kampen mod rygning, både den aktive og den passive. En ny fælles nordisk mærkningsordning, »Nøglehulsmærket« skal øge forbrugernes bevidsthed om sunde fødevarer. Og som led i bestræbelserne på at lære de unge nogle gode alkoholvaner, vil regeringen tage initiativ til at indføre en aldersgrænse på 18 år for køb af hård spiritus.

En aldersgrænse på 18 år for køb af

smertestillende håndkøbsmedicin skal dæmme op for misbrug og selvmordsforsøg blandt især unge kvinder.

Også virksomhederne har efter regeringens mening et ansvar og opfordres til at tænke sundhed ind i deres produkter (læs: undgå usunde slagtilbud, fjerne usund mad fra idrætshaller etc.) og tage ansvar for de ansatte ved at tilbyde sund mad i kantinen.

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen understreger, at hele forebyggelsesindsatsen skal baseres på et solidt vidensgrundlag, så man får mest forebyggelse for pengene.

Står det til Det Nationale Forebyggelsesråd skal fokus flyttes fra en overvejende individorienteret indsats til en skarpere prioritering af sunde rammer om danskernes hverdag, lyder det fra Forebyggelsesrådets formand, Lene Sillasen.

Annette Hagerup, annette@hagerup.info

Bevægeapparatets Årti, Bone and Joint Decade 2000-2010
Dansk Militærmedicinsk Selskab
– Dansk Ortopædisk Selskab – Danske Fysioterapeuter

Traumatiske amputationer-proteser



Opdatering på udvikling og forskning
Torsdag den 19. november 2009

*Store Auditorium, indgang 50, Bispebjerg Hospital,
Region Hovedstaden, KU-SUND*

Program

- kl. 10.15-10.25 Velkomst, *Jes Bruun Lauritzen*
kl. 10.25-11.00 Underekstremitetsamputationer – proteselevering. *Christa Levin*
kl. 11.00-11.10 Amputationer og forskningspublikation. Bibliometri. *Henrik L. Jørgensen*
kl. 11.10-11.25 Ganganalyser – underekstremitetsamputationer. *Erik B Simonsen*
kl. 11.25-12.00 Kriterier for ansøgning om c-amputationsprotese. *Jes Bruun Lauritzen*
kl. 12.00-13.00 Frokost
kl. 13.00-13.30 Overekstremitetsamputationer og myoelec. proteser. *Stig Jensen*
kl. 13.30-14.15 Klinisk præsentation. *Allan Desdorf*. C-leg protese. *Peter Carnall*
kl. 14.15-14.30 Osseointegrationsproteser. *Peter Holmberg Jørgensen*
kl. 14.30-15.00 Amputationer – udenlandske missioner. *Erik Darre*
kl. 15.00-15.30 BJD Årets Pris 2009: Idræt og handicap: *Rene Nielsen, Lene Witte*

Deltagelse: gratis

Tilmelding nødvendig af hensyn til frokostbestilling til Vibeke Laumann på e-mail: vl@fysio.dk

Panel

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <i>Jes Bruun Lauritzen</i> | formand for BJD-DK, professor, institutleder, overlæge, dr.med., ortopædkirurgisk afdeling M, Bispebjerg Hospital, KU-SUND |
| <i>Henrik Løvendahl Jørgensen</i> | overlæge, ph.d., klinisk biokemisk afdeling, Bispebjerg Hospital, KU-SUND |
| <i>Erik B. Simonsen</i> | associate professor, dr.med., Biomekanisk Laboratorium, KU-SUND |
| <i>Erik Darre</i> | generallægen |
| <i>Christa Levin</i> | chefbandagist, SAHVA (underekstremitetsproteser) |
| <i>Lene Witte</i> | næstformand i BJD-DK, direktør, cand.jur., Gigtforeningen |
| <i>Stig Jensen</i> | chefbandagist, SAHVA (overekstremitetsproteser) |
| <i>Peter Holmberg Jørgensen</i> | overlæge, ortopædkirurgisk afdeling, Århus Sygehus, Aarhus Universitet |
| <i>Peter Carnall</i> | bandagist, SAHVA, København |

Alkoholbehandlingen er en rødebutik



Journalist
Anne Steenberger,
as@dadl.dk

FOTOS
iStock

Kommunernes alkoholbehandling svinger for meget i kvaliteten, og alt for mange steder møder den alkoholafhængige ikke sundhedsfagligt personale på behandlingsinstitutionerne. Sådan lyder de overordnede konklusioner i en rapport, som Lægeforeningens Misbrugsudvalg i dag offentliggør.

»Det er foruroligende og urimeligt at patienter med alkoholproblemer bliver behandlet forskelligt fra kommune til kommune,« siger en af rapportens forfattere, overlæge Ulrik Becker, Hvidovre Hospital.

Lægeforeningen opfordrer nu de centrale sundhedsmyndigheder til at formulere kvalitetskrav til landets alkoholinstitutioner.

»Der skal være retningslinjer for kvaliteten i alkoholbehandlingsinstitutionerne,« siger Jette Dam-Hansen, praktiserende læge og medlem af Lægeforeningens bestyrelse. »De konkrete procedurer for behandlingen skal beskrives, og der skal være krav om en personalesammensætning, der har diagnostiske kompetencer, fordi alkoholmisbrug er en sygdom. Kommunerne har en stor social forståelse i deres tilbud, men det sundhedsfaglige må opprioriteres.«

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplyser, at en arbejdsgruppe med repræsentanter fra ministeriet selv, KL, Indenrigs- og Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen er på vej med et oplæg til en kommunalt baseret godkendelses- og tilsynsordning for alkoholbehandlingssteder. Det forventes, at den nye ordning kan anvendes fra næste år.

KOMMUNERNE UNDERPRIORITERER

Der antages at være omkring en halv million alkoholmisbrugere i Danmark. Af dem vurderes 140.000 at være afhængige af alkohol. Hvad kan de gøre, hvis de vil behandles? Indtil 2006 kunne de gå til en af de tidligere amters 17-18 institutioner. Efter kommunalreformen blev opgaven lagt ud til de 98 kommuner. Det var ikke paradiset, da amterne bestyrede tilbudene, lyder det fra Lægeforeningens rapport, som konkluderer, at det er det heller ikke blevet efterfølgende. Rapporten er skrevet på baggrund af besvarelser af spørgeskemaer sendt ud til alle 98 kommuner – 80 har svaret.

Ligesom der er stor forskel i tilbuddene, er der forskelle på, hvor mange penge, kommunerne bruger på området.

»Der er klart mange kommuner, der underprioriterer opgaven. Ifølge Danmarks Statistik bruger nogle kommuner 10 kr. per borger til alkoholbehandling. Andre 140 kroner. Den store variation på området tyder på, at mange kommuner godt kunne stramme sig mere an på dette område.«

En nål i øret, samtaler med en socialrådgiver eller med en psykiater. Kommunernes behandlingstilbud til alkoholmisbrugere er mangeartede og nogle gange ringe, viser en ny rapport. Lægeforeningen vil have kvalitetskrav og mere sundhedsfaglighed i behandlingen.

Rapporten har ikke undersøgt, om der er en sammenhæng mellem kvalitet og økonomi, men rapportens anden forfatter, praktiserende læge Sverre Barfod, opfatter, at alkoholbehandlingen er blevet et spareobjekt i nogle kommuner:

»Hvis kommunen kan finde en billig udbyder, eller en billigere løsning, så siger den ja tak. Det er derfor, at vi gerne ser, at der bliver visse kvalitetskrav, som en institution skal overholde for at kommunen kan bruge den,« siger han.

STØRST ER BEDST

Kommunerne organiserer alkoholbehandlingen på forskellige måder og i forskelligt regi. Nogle har etableret egne tilbud – ikke bare de store kommuner, men også kommuner på ned til 21.000 borgere. De kan også indgå i en regional institution. Nogle kommuner køber ydelser på private institutioner. Endelig er flere kommuner gået sammen om at etablere fælles kommunale tilbud. Nogle gør lidt af hvert.

Sammenholdt med behandlingstilbuddet viser det sig, at større behandlingsenheder tilbyder den bedste behandling. Bedst i betydningen, hvad der er evidens for.

»Den gode institution er så stor, at den har mulighed for at tilbyde en differentieret kvalificeret alkoholbehandling. Det vil sige at have stor tværfaglighed i personalet, eksempelvis med fastansatte læger og en fast psykiatrisk konsulent tilknyttet. Den kan sørge for, at der foregår en ordentlig kortlægning og diagnostik af patienten, hvilket er meget vigtigt, fordi de senere års forskning har vist, at alkoholpatienter har en lang række andre problemer end præcis alkoholmisbrug. Det er forskellige psykiatriske problemstillinger som angst og depression bl.a.

og desuden somatiske problemer og sociale problemer,« siger Ulrik Becker

De små behandlingssteder vil omvendt have problemer.

»Når forskningen peger på at alkoholafhængige skal tilbydes differentieret og evidensbaseret behandling, kan man jo sige sig selv, at det kan institutioner, som er så små at de kun har 1,7 årsværk ansat, umuligt tilbyde,« siger Ulrik Becker.

KVALITETEN I BEHANDLINGEN

Undersøgelsen forsøger at få et overblik over, hvilke behandlinger, kommunerne tilbyder på et par områder. F.eks. når det gælder abstinensbehandling. De fleste anvender benzodiazepiner. Men 36 pct. af kommunerne anvender en såkaldt NADA-akupunktur i den ambulante



afrusning- og abstinensbehandling. Det er en behandling, der ikke findes evidens for. Det er især kommuner med eget behandlingstilbud, der tilbyder akupunktur.

Antabusbehandling bruger de fleste kommuner (93 pct.) Men der findes rent faktisk andre præparater, der med Ulrik Beckers ord er særdeles veldokumenterede, men de bruges i langt mindre grad. Igen er der en sigende forskel mellem flere af kommunernes egne tilbud og de fælleskommunale/regionale. Sidstnævnte bruger i højere grad de nye farmakologiske behandlingsprincipper end kommunernes egne – og i øvrigt de private behandlingsinstitutioner – gør.

»Behandlingen afhænger af størrelsen på institutionen, personalets uddannelsesniveau, herunder om der er en læge fast tilknyttet. Er den større og

er der en læge fast tilknyttet, vil der være et fagligt miljø, der gør, at det er nemmere at samle den nyeste viden op,« siger Ulrik Becker.

ALKOHOLAFHÆNGIGHED ER EN SYGDOM

»Med den viden, vi har opnået i de senere år, er der ingen tvivl om, at det at være alkoholafhængig er forbundet med en række konsekvenser både af somatisk, psykiatrisk og social karakter,« siger Ulrik Becker. Derfor er et budskab fra Lægeforeningens rapport da også, at det sundhedsfaglige personale i alkoholbehandlingen skal oprustes.

Men kun halvdelen af kommunerne har sundhedsfagligt personale ansat. De bruger med andre ord alene socialfagligt personale. De kommuner, der har egne tilbud eller benytter private tilbud, er mindre tilbøjelige til at anvende sundhedsfagligt personale end de regionale/fælleskommunale tilbud. Især regionale eller fælleskommunale tilbud har læger eller en psykiater ansat.



Over halvdelen af kommunerne har valgt at placere alkoholbehandlingen i socialforvaltningen. Det hænger dårligt sammen med opfattelsen af at alkoholafhængighed i al væsentlighed er et sundhedsproblem. Desuden skræmmer det folk væk:

»Rigtig mange af dem med et problematisk alkoholforbrug er ikke sociale klienter – de kommer fra alle sociale lag. Og de har ikke lyst til at gå ind ad en dør, som der står noget med socialforvaltningen på,« siger Sverre Barfod.

PRAKTISERENDE LÆGERS VURDERING

De fleste praktiserende læger har om ugen mellem en og fem kontakter, som skyldes alkohol, viser rapporten, hvor man også har fået omkring halvdelen af landets praktiserende læger til at besvare spørgsmål. Godt 60 procent af de praktiserende læger synes, at udbud og kvalitet i den ambulante behandling er utilstrækkelig. Mange efterlyser bedre samarbejde.

»Det, vi mangler, er, at kommunerne udpeger en alkoholansvarlig, som skal sørge for kontakten mellem os, kommune og behandlingssted, og som sørger for, at borgeren ved hvor, hvordan og hvornår, man kan henvende sig, hvis man ønsker behandling for misbrug. Det er der ikke mange steder,« siger Sverre Barfod.

Kommunernes Landsforening (KL) holder i dag en konference med emnet »Kvalitet og organisering i den kommunale misbrugsbehandling.«

Se rapporten på www.laeger.dk



TAL FRA RAPPORTEN

51 pct. af kommunerne har placeret alkoholbehandlingen i socialforvaltningen – 21 pct. i sundhedsforvaltningen.

Halvdelen af kommunerne har ansat personale med mellemlang sundhedsfaglig uddannelse. 90 pct. har ansat socialfagligt personale.

En fjerdedel af kommunerne har fast læge. Godt 15 procent har fast psykiatrisk assistance.

25 pct. har egne tilbud. 25 pct. er i en fælleskommunal institution. 20 pct. køber hos privat udbyder og 25 pct. køber ydelser hos en regional institution. Der er overlap, så kommuner køber ydelser flere forskellige steder.

36 procent af kommunerne anvender NADA-akupunktur i abstinensbehandlingen.

Næsten alle kommuner anvender antabus. Men hhv. 40 pct og 70 pct. bruger ikke Acamprosat og Naltrexon, som er to veldokumenterede farmakologiske behandlinger.

Hver kommune – sin alkoholbehandling

Flere små kommuner opsiger entrepriseaftaler med store kommuner, både for at spare og for at tage styringen selv. Vi ser på, hvordan den ambulante alkoholbehandling udvikler sig netop nu på Fyn.

Alkoholbehandlingen i Odense var før kommunalreformen centrum for Fyns Amts alkoholbehandling. I dag fungerer centret i Odense stadig som paraply for flere fynske kommuners tilbud. Det er stadig det største ambulante alkoholbehandlingstilbud på Fyn, og her kan man finde den bredeste vifte af medarbejdere. For eksempel er det her de to læger, der også var ansat før reformen, holder til. Det er en samfundsmediciner og en psykiater. Desuden er en psykiater fra Psykiatrisk Afdeling på OUH tilknyttet på deltid.

Ingen af de øvrige ambulatorier på Fyn har i dag fastansatte læger. Svendborg har en fast aftale med Odense om at købe lægedækning i Alkoholbehandlingen i Odense. De øvrige kommunale ambulatorier står selv for at tilkalde og betale en læge, når de skønner, der er behov for det.

Otte ud af ti fynske kommuner har hidtil købt behandlingstilbud af de større kommuner, nemlig Odense og Svendborg. Nu forsøger mange af dem at spare på den daglige drift af deres lokale tilbud ved at tage flere opgaver hjem.

Der er en tendens til, at kommunerne ser alkoholbehandlingen mere som en social opgave end en sundhedsmæssig, og derfor lægger de fleste kommuner mest ansvar og økonomisk forvaltning af området i socialforvaltningen.

Det hænger sammen med, hvilken opfattelse man har af alkoholafhængige. »Desværre har mange et lidt forældet billede af, hvem den typiske alkoholafhængige er,« forklarer Anette Søgaard Nielsen, der er centerleder i Alkoholbehandlingen i Odense. »Og dermed også af, hvem der er den primære bruger af alkoholambulatoriet. Manden på bænken udgør ikke majoriteten af de alkoholaf-

hængige. Det gør derimod lærer Hansen – og dig og mig – der har både arbejde, familie, parcelhus og bil og intakt netværk.«

Det betyder noget for, hvilke tilbud der skal være, mener hun. »For den velfungerende alkoholafhængige har i højere grad brug for medicinsk hjælp og samtalebehandling, der er målrettet alkoholafhængigheden, end for social støtte til at få hverdagen til at fungere. Man kan derfor hævde, at udgiften til behandling af alkoholafhængige snarere hører hjemme i sundhedsforvaltningen end i socialforvaltningen.«

MIDDELFART HAR STARTET SIT EGET

I Middelfart opsigde man entrepriseaftalen på både alkohol- og stofmisbrugsbehandling med Odense i 2008. Alle medarbejdere fra Odense blev opsagt, og man ansatte helt nyt personale i det, der i dag hedder et rusmiddelcenter Middelfart. Her er 14 medarbejdere ansat eller tilknyttet, det er sygeplejersker, socialrådgivere, HK'ere, fysioterapeut, pædagog samt misbrugsarbejderuddannede. En enkelt praktiserende læge er tilknyttet seks timer om ugen.

Behandlingsformerne, der tilbydes, er – ud over den indledende afrusning, abstinensbehandling og antabusbehandling – samtaleterapi i form af både gruppe- og

Journalist
Kirsten Winding,
winding@newmail.dk

FOTOS
iStock



individuelle forløb. Klientellet er overvejende folk fra middelklassen, der har arbejde og netværk.

Centret havde budgetteret med en besparelse på omkring en halv million i forbindelse med omlægningen. Det var beregnet på et uændret antal brugere, som i 2008 var på 160. Men indtil nu har der været 400 brugere i 2009. Så budgettet holder naturligvis ikke.

»Hvad den øgede tilgang skyldes, ved vi ikke,« siger centerleder Bent Kidmose. »Men vi kan se, at tilgangen fordeler sig på både stofmisbrugere og alkoholmisbrugere. I 2008 var 36 ud af de 160 stofmisbrugere, og i år er det 67 ud af de 400.

Man kan gætte på, om tilgangen skyldes, at vi måske er blevet mere tilgængelige, det kan også være den omtale, vi har fået i forbindelse med omlægningen, eller måske er det rygtedes, at vi gør et godt stykke arbejde! Men jeg har også en ide om, at det kan skyldes et bedre samarbejde med for eksempel jobcentret, hvorfra vi har lånt to medarbejdere.«

I Middelfart hører rusmiddelcentret under handi-cap- og psykiatriområdet, og ligger altså budgetmæssigt i sundhedsforvaltningen.

NYBORG VIL GØRE DET

I Nyborg Kommune har man valgt selv at stå for alkoholbehandlingen fra nytår 2010. De to medarbejdere, en lægesekretær og en sygeplejerske, som de før har tilkøbt i entreprise fra Odense Kommune, bliver fastansatte i Nyborg. Ud over de to er der ansat en socialrådgiver. Desuden vil de købe assistance af en læge, der er

specialiseret på feltet. Yderligere har de opsagt aftalen med to fynske børnekonsulenter, der er specialiserede inden for alkoholområdet. I stedet vil de bruge kommunens egen børn og unge-koordinator og deres egne sagsbehandlere.

Kommunen regner med at spare cirka 100.000 kr. på det.

»Vi forventer en større sammenhæng på hele det sociale område på den måde,« siger socialchef i Nyborg Kommune, Trine Eegholm. »For eksempel er det en fordel, at medarbejderne i alkoholbehandlingen er ansat i kommunen, da det letter det tværfaglige samarbejde.«

Sygeplejerske Anne Marie Dupont Kristensen er den ene af de to medarbejdere, Nyborg Kommune overtager fra Odense fra nytår. Hun forventer, at alkoholklinikken kommer til at køre videre omtrent som før.

»Dog tror jeg, vi får et endnu tættere samarbejde med de kommunale institutioner som for eksempel familieplejen og



jobcentret. Vores socialrådgiver har arbejdet i kommunen i mange år og kender den godt. Min kollega, der er lægesekretær, har arbejdet med alkoholbehandling i 17 år, og jeg selv har gjort det de sidste fem. Så vi er ikke novicer.«

I Nyborg tilbyder de i øjeblikket de samme behandlingsformer som i Odense. Det er forskellige former for motiverende samtaler som for eksempel støttende samtaler, kontraktsamtaler og kognitiv behandling, der går ud på at give klienten et mere positivt syn på sig selv og en evne til mestring af eget liv.

I Nyborg hører al alkoholbehandling budgetmæssigt under Socialafdelingen. Kun den generelle forebyggelse hører under Sundhedsafdelingen.

LÆGENS ROLLE

Hos en del af brugerne i Nyborg ligger der enten afrusning, abstinensbehandling eller antabusbehandling forud for samtalerne. Den medicin, der gives, ordineres altid af en læge. Det kan være patientens egen praktiserende læge eller den ansvarlige læge fra ambulatoriet i Odense. Den ansvarlige læge ser yderst sjældent patienterne selv. Det er sygeplejersken, der måler patientens promille og blodtryk og danner sig et billede af patientens almene situation, og medicinen ordineres så af den ansvarlige læge i Odense.

Fra nytår bliver det den læge, der også ordinerer medicin til ambulatoriet i Middelfart, der bliver tilknyttet klinikken i Nyborg. Han vil kun være fysisk til stede i Nyborg på en konference fire timer om måneden.



LÆGE DAGE

**LÆGEDAGE
I BELLA CENTER
9. – 13. NOVEMBER 2009**

BESØG

LÆGETORVET



PRÆKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

UGESKRIFT
FOR
LÆGER



dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

MÅNEDSSKRIFT
for praktisk lægegering



DAKE

WWW.LAEGEDAGE.DK

IT skal være nemt

Bøvl og besvær med elektroniske patientinformationer og ikke mindst systemernes opbygning har været en kæmpefrustration i årevis. Nu skal det være slut – igen, igen.



Journalist
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk

FOTOS
Istock

Står det til regeringen, vil dagligdagen på hospitalernes afdelinger snart blive meget lettere. Det skal være fortid at bruge dyrebar tid på log-in, hver gang man skal håndtere en computer.

Det skal også være slut med de mange forskellige regler for, hvordan læger, sygeplejersker og andre fører journal.

Ifølge regeringens digre plan for mindre bureaukrati i det offentlige »Mere tid til velfærd« vil der »fremover ikke være separate krav til journaler for de forskellige faggrupper. Alle patientens oplysninger kan dermed registreres i én samlet patientjournal, som kan bruges af alle faggrupper«.

Herlige nye verden.

Der er dog ikke tale om en ny, forkromet cyberjournal til erstatning for alle de eksisterende. »Journalen føres i den form, sygehusene bruger i dag«, som der står.

»Det afgørende er ikke at samle alle informationer i én journal. Det afgørende er, at alle har adgang til data uafhængigt af, hvor de er registreret«, forklarer direktør for Digital Sundhed, Otto Larsen.

Og det er muligt at tage højde for, at ikke alle data er relevante for alle personalegrupper.

»Man kan godt styre uden om irrelevante oplysninger. Det handler om at strukturere data på en fornuftig måde«, siger han.

REGISTRER DIG ÉN GANG

En enklere adgang til at registrere – og finde – patientdata er en af afbureaukratiseringsplanens rigtigt store it-ting af relevans for sygehusene og de mennesker, der arbejder i dem.

En anden stor ting er det såkaldte *single sign-on* – det vil sige, at læger og andre kun behøver at logge sig på én gang, når de skal håndtere en computer. Nu er det ofte sådan, at de skal logge sig på flere gange, hvis de skal ind i forskellige systemer. Planen nævner, at arbejdet med at lave standarder til understøttelse af *single sign-on* forventes at gå i afprøvningsfase i regionerne næste år. I forvejen er en række sygehuse i gang med *single sign-on*-forsøg på deres eksisterende systemer.

DEJA-VU

Set med lægeøjne er forslagene velkomne – men der er også et vist gensynets skær over dem.

»Det er utroligt, at der står de samme ting gang efter gang«, siger medlem af Lægeforeningens bestyrelse, Klaus Klausen.

»Det er de helt rigtige ting at gøre, men der er lang vej igen, hvis tingene foregår i det sædvanlige tempo«, siger han og efterlyser enten et decideret krav til regionerne om at bruge midler på dette område – midler som så må tages fra noget andet – eller tilførsel af nye midler fra regeringen.

»Spørgsmålet er, om man er villig til at investere først for så først senere at høste rationaliseringsgevinsterne«, siger han.



Registreringshovedet skal være mindre hedt

Indberetningerne til Landspatientregisteret skal dropes, når en mistanke om kræft er afkræftet.

De fem forskellige blanketter til tvang mod en psykiatrisk patient skal væk.

Og de mange lokale, regionale og nationale registreringer, som er blevet sat i gang i tidens løb, skal have et eftersyn – for måske er de slet ikke relevante længere.

Sådan står der i regeringens nye plan for mindre bureaukrati i det offentlige.

Planen indeholder også et opgør med indberetningspligten om bivirkninger, som lægerne nu ikke er for gode til at overholde i forvejen.

Måske vil det hjælpe, når de nu ifølge planen ikke længere skal indberette allerede velkendte bivirkninger ved veletableret medicin – dvs. lægemidler, der har været på markedet i over to år.

Og endelig skal de mange forskellige kategorier af »ulykker« reduceres, så sygehuse og skadestuer ikke længere skal bruge så megen tid på at hitte rede i de mange og meget detaljerede kategorier.

Oven i købet slipper sundhedsfolket helt for at indberette til ulykkesregisteret på Statens Institut for

Folkesundhed – registreringen af ulykker samles i Landspatientregisteret.

Og regeringens livtag med registreringsmanien stopper ikke der. Sygehusafdelingerne slipper også for at indberette de nøgletal til regionen, som regionen selv kan finde hos Sundhedsstyrelsen – hvis altså Sundhedsstyrelsen ville sørge for at opdatere sine registre.

Men hospitalerne må også selv oppe sig. Deres indberetninger af beregnede ventetider til www.ventefo.dk stritter i alle retninger og skal derfor standardiseres.

Og de private hospitaler skal melde sig ind i it-samfundet, hvis de ikke allerede har gjort det. »Privathospitaler skal modtage og afsende patientinformationer, henvisninger og udskrivningsbreve elektronisk«, som der står i planen. Der er dog her »kun« tale om en anbefaling til regionerne om at sørge for, at privathospitalerne går online.

Men lykkes det, vil det lette hverdagen for mange af samarbejdspartnerne andre steder i sundhedsvæsenet, som ofte er irriterede over, at f.eks. epikriser ikke altid kommer i elektronisk form.

Fordele og ulemper for udsatte børn

Behandlingen af sager om udsatte børn og unge skal »afbureaukratiseres«, hvis det står til regeringen.

For eksempel får fagpersoner – herunder læger – »udvidet mulighed for at udveksle oplysninger om børn, de er bekymrede for«, som der står i regeringens nye plan.

Læger og andre har til tider holdt sig tilbage med at give oplysninger videre på grund af tavshedspligten, og den foreslås her altså i realiteten smidiggjort.

Et andet tiltag, der kan påvirke læger, er afskaffelsen af kravet om kommunernes tværfaglige grupper for udsatte børn og unge.

Forkæmpere for de unges sag er glade for det første og mindre glade for det andet.

»Det ville være ærgerligt, hvis de, der kan bidrage med information – herunder sundhedsplejersker og læger – ikke kunne dele information lidt mere frit. Selvfølgelig under hensyntagen til, at tingene ikke

bare flyder rundt«, siger Peter Albæk, formand for Børns Vilkår.

Men afskaffelsen af de obligatoriske tværfaglige grupper er han ikke begejstret for.

»De har ikke fungeret godt i alle kommuner. Men det ser ud til, at i stedet for at prøve at få dem til at fungere, så afskaffer man dem. Det er for laissez faire«, siger han.



MINDRE BUREAUKRATI PÅ SYGEHUSENE SKAL SPARE MILLIONER

Der kan spares hele 50 mio. kroner på sygehusene, hvis læger og sygeplejersker kan komme til at bruge så megen tid som muligt på patienterne, og hvis opgaver med dokumentation og indberetning kan gøres enklere.

Det vurderer regeringen i sin nye afbureaukratiseringsplan »Mere tid til velfærd«.

Mindre bureaukrati vil være velkomment ude på sygehusene. Ifølge den seneste undersøgelse af overlægenes arbejdsvilkår tager administration i snit 18 pct. af deres tid – dog betydeligt mere, nemlig 43 pct., for de ledende overlæger.

Overlæger sætter stillingsreform på skinner

Overlægeforeningens repræsentantskab giver solid opbakning til grundlæggende reform af overlægestillingen på fremtidens sygehuse.



Ole Felsby,
presserådgiver
for OL og FAS

FOTOS

Hung Tien Vu

Talelysten var stor og indvendingerne få, da Overlægeforeningens 91 m/k store repræsentantskab skulle tage stilling til et forslag til den største stillingsreform på overlægeområdet i nyere tid. Folk var samlet på Hotel Munkebjerg uden for Vejle for at kridte banen op for de kommende forhandlinger om en ny overenskomst. Til bestyrelsens glæde var der solid og entydig opbakning til at sætte overlægefunktionen på en ny formel.

»Oplægget til fremtidens overlægefunktion er spændende, og det er godt, at vi kommer med et forslag til, hvordan stillingen som afdelingslæge og overlæge kan smelte sammen. De nuværende regler er for forskellige,« lød det bl.a. fra ledende overlæge Lars Erik Matzen fra Odense.

Overlægeforeningens formand, Erik Kristensen, ridsede de fire vigtigste argumenter for en reform op:

- Arbejdsgiverne vil sætte overlægestillingen under pres. Danske Regioner har tidligere arbejdet med modeller, hvor der kun eksisterer speciallæger og ledende overlæger. Vi skal i offensiven for at fastholde overlægestillingen.
- Det er nødvendigt at tilpasse overlægefunktionen til den nye centraliserede sygehusstruktur, der vil give langt større afdelinger, som ofte vil være spredt på flere matrikler.

- Overlægegruppen har ændret sig markant i takt med, at den er vokset fra 1.500 i 1995 til 5.400 erhvervsaktive i år.
- Overlægenes arbejde er blevet stadig mere komplekst i takt med bl.a. øget subspecialisering, kvalitetsmålinger, nye registreringer og dokumentation.

LEDELSESFUNKTIONEN

Et af de svære spørgsmål, som reformudspillet tager fat på, er overlægenes ledelsesfunktion. Erik Kristensen understregede, at tredoblingen i antallet af overlæger gør det nødvendigt at tage spørgsmålet op:

»I dag har mange overlæger samme indhold i stillingen som afdelingslæger, fordi overlægestillingen er blevet brugt som rekrutteringsredskab. Vi taler stadig som om, at ledelsesansvar er en fysisk lov, men i virkeligheden er der jo en enorm spændvidde i ansvaret,« sagde Erik Kristensen.

Modellen fik megen ros for at skabe klarhed mellem de forskellige overlægefunktioner. »Det er rigtig godt, at vi får en debat om overlægens rolle, for den manglende afstemning af forventningerne til rollen skaber problemer på afdelingerne,« sagde ledende overlæge Benn Duus. Samme melding kom fra klinikchef Arne Borgwardt. Han pegede på, at det er vigtigt at sikre vilkårene for de funktionsansvarlige overlæger.

»De funktionsansvarlige overlæger får et stort ansvar, men det er ikke sikkert, at de får stillet ressourcer til rådighed. Det er vigtigt at sikre, at der er symmetri mellem ansvar og kompetence,« sagde Arne Borgwardt.

Og så var der en enkelt kritisk røst i repræsentantskabet i forhold til, om den store gruppe af almindelige overlæger får nok at skulle have sagt.

»Vores arbejdsvilkårsundersøgelse viser, at ringe indflydelse på arbejdet er et stort problem. Her er udspillet lidt i modstrid med undersøgelsens resultater, for det kan blive rigtig trist at være overlæge, når man ikke får indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen,« sagde overlæge Ulrik Talleruphuus.



TRE SLAGS OVERLÆGER

Overlægen

- Klinisk ledelse af patientforløb
- Bidrager til faglig udvikling i afdelingen
- Kan have vagtforpligtelse

Den funktionsansvarlige overlæge

- Klinisk ledelsesfunktion inden for et ekspertområde eller speciale, herunder teamledelse
- Del af afdelingens kliniske ledelse
- Kan have vagtforpligtelse

Den ledende overlæge

- Klinisk, strategisk, driftsøkonomisk og personalemæssigt ledelsesansvar
- Klinisk aktiv
- Leder afdelingens team af funktionsansvarlige overlæger



MODULANSÆTTELSE

Et andet centralt element er modulansættelsen. Den indebærer, at arbejdstiden deles i f.eks. ni blokke på hver ca. fire timer, hvor overlægen kan aftale, at fire moduler bruges til forskning og fem til klinisk arbejde. Eller at man har syv moduler på det offentlige sygehus og fire moduler på et privathospital. Eller tager tolv moduler på det offentlige hospital.

Netop gennemskueligheden er den store fordel, fastslog Erik Kristensen, som undrer sig over, at arbejdsgiverne i Danske Regioner ikke siger ja til forslaget, også fordi det ikke nødvendigvis skal koste dem noget.

Repræsentantskabet tilsluttede sig modellen, men der er fortsat mange detaljer i forslaget, som skal afklares. F.eks. rejste flere spørgsmål om en nedre grænse for timetallet i en modulansættelse, og der blev ligele-

des peget på, at modulansættelse kan svække loyaliteten i forhold til afdelingen.

»Jeg kan godt blive bekymret for, om modellen fører til, at vi får en slags 'lonely riders', som kun er 40 pct. ansvarlige for afdelingen,« sagde ledende overlæge Lone Winther Jensen.

Hertil svarede Erik Kristensen, at det er afdelingsledelsens opgave at sikre, at alle opgaver bliver løst, og at netop modulerne kan være med til at skabe sammenhæng. Han fik opbakning fra flere, som pegede på, at modellen kan synliggøre alle de opgaver, som skal løses og dermed sikre større ansvarlighed og overblik.

Efter godt en times debat blev forslaget vedtaget af repræsentantskabet, og det videre arbejde før overenskomstforhandlinger er lagt i hænderne på bestyrelse og tillidsfolk.

»Mange overlæger har samme indhold i stillingen som afdelingslæger, fordi overlægestillingen er blevet brugt som rekrutteringsredskab,« sagde overlægeforeningens formand Erik Kristensen til repræsentantskabet.

Ingen udsigt til lønfest

Finanskrisen og krav om skævdeling giver begrænset spillerum.

Overlægerne må imødesee at blive presset fra alle sider, når der skal aftales nye løn- og arbejdsvilkår ved OK-forhandlingerne i 2011. Det fastslog Overlægeforeningens formand Erik Kristensen i sin mundtlige beretning på foreningens repræsentantskabsmøde.

»Med baggrund i den finansielle krise og heraf følgende underskud på finansloven på 64 mia. kr. er det så godt som 100 procent sikkert, at man fra re-

geringens side vil være stærkt løntilbageholdende,« sagde han.

Dertil kommer, at FOA, som er et af LO's største forbund, vil forsøge at få en større del af den samlede ramme til lønstigninger – på linje med sygeplejerskerne. Erik Kristensen understregede dog, at Overlægeforeningen under ingen omstændigheder vil acceptere krav om skævdeling.

Ole Felsby,
presserådgiver for OL
og FAS

Omlægningen af Foreningen af Speciallæger betyder, at de nuværende 5.372 erhvervsaktive medlemmer af Overlægeforeningen slipper billigere i kontingent de kommende år. Nærmere bestemt falder det fra 8.885 kr. i 2008 til 8.215 kr. i år og 8.018 kr. i 2010, inklusive bidrag til Lægeforeningen, FAS og konflikt-fonden.

Repræsentantskabet vedtog at ændre vedtægterne, så det udvides med to repræsentanter for medlemmerne i Grønland. De grønlandske medlemmer

indgår nu som medlemsgruppe i Overlægeforeningen efter ændringen af FAS' organisation. Et forslag om at formalisere bestemmelser om regionale talsmænd valgt blandt de lokale repræsentanter blev ikke vedtaget.

Klinikchef Carsten Lenstrup og overlæge Mogens Tangø blev genvalgt til Overlægeforeningens bestyrelse, og ledende overlæge Lone Winther Jensen blev nyt medlem. Repræsentantskabet sagde farvel til overlæge Helge Fasting, som efter tre år i bestyrelsen valgte ikke at genopstille.

Mere ledelse – mindre økonomisk styring

Ole Felsby,
presserådgiver
for OL og FAS

Sygehusene har brug for bedre ledelse og mindre fokusering på økonomiske incitamenter, hvis kvaliteten i behandling skal højnes. Det var et af budskaberne, da FAS havde sat en række fagfolk og eksperter i stævne til et temamøde under den lange overskrift: »Produktivitetsfokusering i det danske hospitalsvæsen – den økonomiske styring, kvalitet og vilkår for uddannelse, klinisk forskning og arbejdsmiljø.«

Efter et årti med stadig større fokusering på drg, takststyring og andre økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet er der behov for at se mere på ledelse som værktøj, påpegede sundhedsøkonom og seniorforsker ved Dansk Sundhedsinstitut, Jakob Kjellberg. Han illustrerede pointen med et eksempel fra Sundhedsstyrelsens kirurgiprojekt – de accelererede patientforløb for hoftepatienter: »Vi ved godt, at hoftepatienter får det bedre, når de er indlagt i tre dage frem for 20. Alligevel ligger de typisk mellem fire og 12

dage. Og på trods af, at der er massive økonomiske incitamenter til at indføre accelererede forløb, går det uendeligt langsomt med at ændre det forhold. På den baggrund kan man spørge, om det er de økonomiske incitamenter, der skal ændres. Måske ville det være mere oplagt, at ledelserne i hospitalsvæsenet tog fat og fokuserede på kvaliteten. Man kan jo også bruge tjenestlige samtaler som styringsredskab,« sagde Jakob Kjellberg.

Regionsrådsmedlem Anders Künaus (S) fra Region Midtjylland slog til lyd for, at man fra politisk hold fokuserer mindre på aktivitetsstyring og i højere grad satser på tillid til de ansatte i sundhedsvæsenet.

Lægelig direktør Torben Mogensen, Hvidovre Hospital, konstaterede, at der ikke eksisterer en modsætning mellem kvalitet og produktivitetskrav. Tværtimod fører høj kvalitet ofte til høj produktivitet, og derfor er der brug for at lægge behandlingen i fastere rammer for at fjerne fejlmuligheder sagde han.

Sundhedsøkonom Jakob
Kjellberg og lægelig di-
rektør Torben Mogensen
(th) under debatten om
ledelse og kvalitet.





Drivkraften i speciallægepraksis skal være arbejdsglæden og autonomien

I en tid, hvor fremtidens speciallægepraksis er til debat, blev vigtigheden af at bevare mest mulig indflydelse på eget arbejde understreget.

På FAPS' repræsentantskabsmøde i Vejle den 3. oktober 2009 var der fokus på fremtidens speciallægepraksis.

FAPS' formand, Niels Siebuhr, fremhævede i sin beretning, at drivkraften i speciallægepraksis skal være arbejdsglæden og autonomien, og at de praktiserende speciallæger også fremover ønsker at have mest mulig indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde. Niels Siebuhr fortsatte: »Speciallægepraksis er specialiseret lægehjælp tæt på borgerne i sammenhæng med et stadigt mere centraliseret og højt specialiseret sygehusvæsen. Det burde ikke være nødvendigt at fremhæve, at behandling i speciallægepraksis naturligvis tager udgangspunkt i patienternes behov«.

I en tid, hvor blandt andre Danske Regioner har sat fremtidens speciallægepraksis til debat, er der i FAPS' bestyrelse enighed om, at overenskomstsyste- met fortsat skal være udgangspunktet for arbejdet i speciallægepraksis. »Men i en tid med stigende markedsføring af sundhedsvæsenet må vi være åbne over for den konkurrence, der kommer fra verden omkring os«, sagde Niels Siebuhr.

På Danske Regioners konference om speciallægepraksis i foråret blev der bl.a. luftet tanker om differentiering af praksisspecialerne. For så vidt angår

denne idé om opdeling i egnede, måske egnede og ikke egnede specialer var meldingen fra Niels Siebuhr klar: »Det bryder vi os ikke om. Efter FAPS' opfattelse udfylder de 17 praksisspecialer hver for sig vigtige roller i sundhedsvæsenet, og der er for os at se ingen tvivl om, at samtlige 17 specialer også i fremtiden skal fungere efter overenskomsten. Nogle specialer fylder mere end andre, men for alles vedkommende vil det være århundredets selvmål at nedlægge dem som praksisspecialer. Opgaverne varetages glimrende i speciallægepraksis, og der er ingen – heller ikke i regionerne – som har et bud på, hvor og hvordan opgaverne skal løses, hvis man vælger at nedlægge et eller flere specialer.«

Speciallægepraksis kan også bryste sig af at have iværksat KVIS-projektet (Kvalitetsudvikling i Speciallægepraksis), som er godt i gang – og med vide perspektiver. I foråret 2009 var projektet nået halvvejs i den planlagte projektperiode. Styregruppen kunne konstatere, at delmålene var blevet forsinket, og besluttede derfor at forlænge projektperioden med godt et år. Der er fuld enighed om, at projektet vil være et løft for speciallægepraksis, som Niels Siebuhr udtrykte således: »Det er helt o.k. at stille kliniske kvalitetskrav – KVIS er en begyndelse. Ved at vægte kvalitet som et konkurrenceparameter kan overenskomstsystemets fordele kvalificeres således, at der ikke kun ses på pris«.



Jesper Brahm,
FAS-redaktør,
j.brahm@dadlnet.dk



REDIGERET AF
Læge Christina E.
Høi-Hansen
chh@dadlnet.dk

FOTOS
Istock

Pregabalin reducerer smerter og giver bedre søvn ved fibromyalgi

> PAIN

For patienter med fibromyalgi kan der opnås reduktion i smerter og søvnforstyrrelser ved behandling med gabapentin og pregabalin – dog med små effektstørrelser. Dette konkluderes i en metaanalyse publiceret i septembernummeret af Pain.

Nøglesymptomerne for fibromyalgisyndrom er kronisk udbredt smerte, træthed og søvnforstyrrelser. »I andre metaanalyser har man anbefalet motion, antidepressiva og psykoterapi. Pregabalin er ikke tidligere blevet vurderet i en metaanalyse, og det er registreret til smertebehandling af fibromyalgi i USA«, skriver Winfried Häuser fra Klinikum Saarbrücken, Tyskland.

Der blev inkluderet seks randomiserede, kontrollerede studier med i alt 2.422 forsøgsparticipanter, der fik gabapentin (et studie) eller pregabalin (fem studier), og 1.056 forsøgsparticipanter, der fik placebo. Median behandlingstid var 11 uger.

Der var stærk evidens for reduktion af smerte (standardmiddelværdi (SMD): -0,28, $p < 0,001$), for bedre søvn (SMD: -0,39, $p < 0,001$) og for øget sundhedsrelateret livskvalitet (SMD: -0,39, $p < 0,001$). Der var desuden stærk evidens for reduktion

af træthed og angst, men ikke for reduceret nedtrykthed.

Bente Danneskiold-Samsøe, Parker Institutet, Frederiksberg Hospital, kommenterer: »Number needed to treat (NNT) er 7-9, hvilket vil sige, at ud af 100 behandlede fibromyalgi-patienter vil 14-11 være signifikant bedre end patienter, der har fået placebo. Det svarer nogenlunde til de resultater, der ses i behandlingen af andre neurogene tilstande, hvor den farmakologiske behandling er veletableret. Det er derfor urimeligt, at fibromyalgi ikke har samme behandlingsmæssige status som de neurogene tilstande. Dansk Reumatologisk Selskab arbejder målrettet på at udarbejde kliniske retningslinjer. Tre præparater er nu godkendt af FDA i USA til behandling af fibromyalgi baseret på evidens (Carville et al., Annals of the Rheumatic Diseases, 2008). Meget tyder på, at man i fremtiden vil have mulighed for at skræddersy behandlingen til fibromyalgi, en lidelse som rammer 1% af den danske befolkning«.

Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin – a meta-analysis of randomized controlled trials. Pain 2009;145:69-81.

Måling af troponin I forbedrer diagnostik af akut myokardieinfarkt

> N ENGL J MED

Ved måling af troponin I forbedres tidlig diagnostisering og risikovurdering ved akut myokardieinfarkt (AMI). Dette konkluderer Till Keller fra Johannes Gutenberg University, Mainz, Tyskland. Forfatterne skriver: »En enkelt måling ved indlæggelsen gav en meget god skelnen mellem, hvilke patienter der havde AMI, og hvilke der ikke havde det, med en area under curve (AUC) på 0,96«.

I New England Journal of Medicine er der publiceret et multicenterstudie, hvor man ved indlæggelse samt efter tre og seks timer målte niveauer af troponin I, troponin T og traditionelle myokardienekrosmarkører (myoglobin, kreatinkinase-MB, kreatinkinase) hos 1.818 patienter med nyopståede bryst smerter. Af disse endte 22,7% med at få diagnosen AMI.

For prøver taget ved indlæggelse var den diagnostiske nøjagtighed højere med troponin I end med troponin T og traditionelle markører. Troponin I gav en

sensitivitet på 90,7% og en specificitet på 90,2%. Den diagnostiske nøjagtighed var stort set ens i efterfølgende prøver, uafhængigt af hvornår bryst smerterne var opstået. Ved forhøjet niveau af både troponin I og troponin T sås association med dårlig prognose.

Lignende resultater blev fundet af Reichlin et al. i samme udgave af tidsskriftet.

Jan Ravkilde, Hjertemedicinsk Afdeling, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, kommenterer: »Det er af stor betydning, at de nye højsensitive troponinimmunoassays er udviklet, idet hurtigere diagnostik af AMI nu er muligt til fordel for patientbehandlingen og i logistikken omkring håndteringen af patienten. Anvendelse af lavere diagnostiske grænseværdier for AMI kræver imidlertid yderligere videnskabelige undersøgelser, inden de kan indføres i daglig rutine«.

Keller T, Zeller T, Peetz D et al. Sensitive troponin I assay in early diagnosis of acute myocardial infarction. N Engl J Med 2009;361:868-77.



Pneumokokker er en hyppig årsag til infektion og død hos børn i hele verden

> LANCET

Et globalt estimat af *Streptococcus pneumoniae* viser, at denne bakterie forårsager ca. 11% af dødsfaldene for hiv-negative børn i alderen 1-59 måneder. En 7-valent konjugeret pneumokokvaccine er i de senere år indgået i det danske børnevaccinationsprogram.

»Pneumokokvacciner er således tilgængelige, men anvendes ikke globalt, og derfor har vi estimeret incidenser for alvorlig sygdom og død for børn under fem år i de enkelte lande« skriver Katherine L. O'Brien fra John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA, i Lancet.

Vurderingen af byrden af pneumokokpneumoni skete ved at sammenholde andelen af tilfælde af *S. pneumoniae*-pneumonier fra estimater fra vaccinestudier med WHO-landsspecifikke estimater af pneumoni og mortalitet af alle årsager. Byrden af meningitis og andre invasive sygdomme blev vurderet ud fra systematisk litteraturgennemgang.

I år 2000 blev der estimeret globalt at være ca. 14,5 millioner tilfælde af alvorlig pneumokoksygdom (interval: 11,1-18,0 millioner). Pneumokoksygdom forårsagede ca. 826.000 tilfælde af død for børn un-

der fem år. Af disse var 91.000 hiv-positive. De ti lande med flest tilfælde af pneumokoksygdom lå alle i Afrika og Asien (bl.a. Indien, Kina, Nigeria og Etiopien).

Freddy Karup Pedersen, Pædiatrisk Klinik, Rigshospitalet, kommenterer: »Behovet for forebyggelse af pneumokosygdom hos børn (og voksne) i både lavindkomstlande og Danmark er stort. Ud over den nævnte 7-valente vaccine findes der nu også markedsført en 10-valent og formentlig i løbet af få måneder en 13-valent konjugeret pneumokokvaccine med større dækning. Sundhedsstyrelsen vil derfor skulle forholde sig til, om vi i det danske børnevaccinationsprogram skal skifte til en af de nye vacciner. Vaccineprisen er desværre på nuværende tidspunkt prohibitiv for de fleste lavindkomstlande, men bl.a. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) støtter på forskellig vis indførelsen af pneumokokvaccination i disse lande«.

INTERESSEKONFLIKTER: FKP er medlem af Glaxo-Smith-Klines advisory panel vedrørende pneumokokvaccine.

O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP et al. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. Lancet 2009;374:893-902.

Flere burde vaccineres for hepatitis B

> J INFECTION

Universel immunisering mod hepatitis B har været anbefalet af WHO siden 1997, men i Danmark anbefales selektiv vaccinationsstrategi baseret på individuel risikoevaluering og formodet risikoadfærd på rejser. Der ses ca. fem nye tilfælde af kronisk hepatitis pr. 100.000 danskere pr. år.

»Baseret på vores resultater og tilgængeligheden af vacciner med langvarig dækning finder vi, at rekommandationerne for vaccination skulle baseres på livstidsrisiko i stedet for på enkeltrejsebeskrivelser«, skriver Ulla Schierup Nielsen og medforfattere fra Infektionsmedicinsk Afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby, i studiet, der er publiceret *early online* i Journal of Infection.

Forfatterne gennemførte ved en spørgeskemaundersøgelse kortlægning af et repræsentativt udsnit af danskeres rejse længder, vaccinationsdækning, risikoadfærd og destinationer. I alt 11.688 personer i alderen 18-79 år besvarede spørgeskemaet.

Den estimerede kumulative livstidsopholds-

længde i endemiske områder uden for Europa var 4,3 måneder. Hovedparten af risikosituationerne var ufri-villige og uforudsigelige og opstod på korttidsrejser. 5% af de ikkeimmuniserede og 5% af de korttidsrejsende oplevede mindst en risikosituation, som for eksempel injektioner, operationer eller tatoveringer på deres rejse. Niveauet af kendskab til hepatitis A og B var lavt.

Gitte Kronborg, Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital, kommenterer: »Blandt 1.090 danske rejsende til Asien, Afrika eller Sydamerika var 57% ikke vaccineret imod hepatitis B. Studiet belyser ikke, om de rejsende havde søgt rådgivning forud for rejsen, ej heller om nogle af de rejsende udviklede akut eller kronisk hepatitis B. Trods dette synes forfatterens råd at være fornuftigt, nemlig at ved rådgivning om rejsevaccination er det rimeligt at inddrage de næste mange års mulige rejser«.

Nielsen US, Petersen E, Larsen CS. Hepatitis B immunization coverage and risk behaviour among Danish travellers. Are immunization strategies based on single journey itineraries rational? J Infection 2009, DOI: 10.1016/j.jinf.2009.08.018.



Standardformular til angivelse af interessekonflikter i The International Committee of Medical Journal Editors-tidsskrifterne

Angivelse af finansielle interessekonflikter for forfattere af artikler, der publiceres i biomedicinske tidsskrifter, er blevet almindelig praksis. Disse oplysninger hjælper læseren til at forstå forholdet mellem forfattere og forskellige kommercielle foretagender, som kan have en interesse i de oplysninger, der rapporteres i den artikel, der offentliggøres. På nuværende tidspunkt beder mange tidsskrifter forfatterne om at indberette sådanne oplysninger ved at udfylde en formular med oplysninger om deres finansielle interessekonflikter. Tidsskrifterne offentliggør derefter enten fuldstændige oplysninger online eller opretter et resume af oplysningerne og publicerer dem sammen med den pågældende artikel. Selv om der er initiativer på vej til at indføre ensartede rapporteringssystemer, er der i øjeblikket ikke en ensartet metode til offentliggørelse af finansielle interessekonflikter. Således må forfattere typisk give de samme oplysninger til forskellige tidsskrifter i flere formater. Desuden kan små forskelle mellem tidsskrifter i kravene til rapportering føre til forvirring, og den samme person kan blive bedt om at indberette forskellige oplysninger til forskellige tidsskrifter. Med denne leder, som offentliggøres samtidigt i alle *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE)-tidsskrifter, indfører vi en ny formular til angivelse af interessekonflikter. Formularen er blevet vedtaget af alle tidsskrifter, der er medlemmer af ICMJE. Vi opfordrer andre tidsskrifter til at anvende samme formular, og vi lægger den derfor ud frit tilgængelig for alle.

Vi beder forfattere om at videregive fire typer af oplysninger. For det første interessekonflikt med kommercielle foretagender, der har givet støtte til det arbejde, der rapporteres i det indsendte manuskript (tidsrammen for offentliggørelse i denne del af skemaet er levetiden for det arbejde, der indberettes). For det andet interessekonflikt med kommercielle foretagender, der kunne tænkes at have en interesse i det generelle område for det indsendte manuskript (tidsrammen for offentliggørelse i dette afsnit er 36 måneder forud for indsendelse af manuskriptet). For det tredje, lignende finansielle interessekonflikter med ægtefælle eller egne børn under 18 år. Og ende-

lig ikkefinansielle interessekonflikter, som kan være relevante for det indsendte manuskript.

Formularen, som nu er lagt ud på ICMJE's websted [1] indeholder vejledning og eksempler til at hjælpe forfattere med at give oplysningerne. Forfattere kan hente skemaet fra internettet tilføje de ønskede oplysninger og gemme den udfyldte formular på deres computer. Den udfyldte formular kan derefter uploades til webstedet for tidsskriftet, der har anmodet om oplysningerne. Da alle ICMJE-tidsskrifter nu bruger samme rapporteringsformat, kan forfattere gemme en delvist udfyldt formular på deres computere, og når et manuskript er klar til indsendelse til et tidsskrift, der accepterer dette rapporteringsformat, kan forfattere simpelthen færdigudfylde formularen ved at tilføje specifikke oplysninger for manuskriptet og derefter sende den udfyldte formular til tidsskriftets hjemmeside. Vores mål er at gøre processen for offentliggørelse ensartet og let. Den nye formular bør fjerne behovet for at omformatere angivelser af oplysninger til specifikke tidsskrifter.

Vi er klar over, at denne formular kræver, at forfatterne rapporterer en hel del oplysninger om deres relationer til virksomheder, som kunne tænkes at have interesser, som konkurrerer med den forskning, der rapporteres. Nogle tidsskrifter beder om alle disse detaljer på tidspunktet for den oprindelige indsendelse af manuskriptet, mens andre tidsskrifter anmoder om langt færre oplysninger ved indsendelse og kræver færdiggørelsen af den detaljerede formular senere i den redaktionelle proces. Disse beslutninger vil blive overladt til det enkelte tidsskrift.

Vi er også klar over at for at være nyttige, skal formatet for rapporteringen være i overensstemmelse med samfundets behov. Selv om ICMJE-medlemstidsskrifterne har pilottestet formularen, kan der være situationer, der ikke er omfattet af den aktuelle formular, aspekter af instruktionerne, der er uklare, eller fejl i programmeringen, som vi endnu ikke har opdaget. Derfor betragter vi perioden fra offentliggørelsen af denne leder indtil 10. april 2010 som en periode med betatest. Vi opfordrer derfor forfatterne til at give os besked om problemer, der opstår med an-

LEDER

The International
Committee of Medical
Journal Editors^a

KORRESPONDANCE:

Jacob Rosenberg,
Kirurgisk Gastroenterologisk
Afdeling, Herlev Hospital,
DK-2730 Herlev.
E-mail: jaro@heh.regionh.dk
INTERESSEKONFLIKTER:
Ingen

vendelsen af formularen og til at sende os kommentarer ved at bruge kommentarfeltet på ICMJE's hjemmeside [1]. ICMJE mødes i slutningen af april 2010 og vil tilpasse formularen for at løse problemer, der måtte være identificeret af brugerne. I fremtiden vil vi revurdere formularens nytte og ændre den efter behov. Vi er taknemmelige over for de forfattere, der tager sig tid til at give fuldstændige oplysninger om interessekonflikter og dermed bidrager til at sikre gennemsigtighed i publikationsprocessen. Ved at vedtage et ensartet format håber vi at gøre processen for offentliggørelse af interessekonflikter lettere for forfattere og mindre forvirrende for læserne.

a) ICMJE-gruppen består af: *Jeffrey M. Drazen*, Editor-in-Chief, New England Journal of Medicine; *Martin B. Van Der Weyden*, Editor, The Medical Journal of Australia; *Paush Sahni*, Repræsentant og tidligere formand, World Association of Medical Editors; *Jacob Rosenberg*, Editor, Ugeskrift for Læger; *Ana Marusic*, Editor-in-Chief, Croatian Medical Journal; *Christine Laine*, Editor, Annals of Internal Medicine; *Sheldon Kotzin*, Associate Director for Library Operations, National Library of Medicine; *Richard Horton*, Editor, The Lancet; *Paul C. Hebert*, Editor-in-Chief, Canadian Medical Association Journal; *Charlotte Haug*, Editor-in-Chief, Tidsskrift for Den norske legeforening; *Fiona Godlee*, Editor-in-Chief, BMJ; *Frank A. Frizelle*, Editor-in-Chief, The New Zealand Medical Journal; *Peter W. de Leeuw*, Editor-in-Chief, Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde; *Catherine D. DeAngelis*, Editor-in-Chief, JAMA.

Denne leder bliver offentliggjort samtidig i alle ICMJE-medlemmernes tidsskrifter og på ICMJE's hjemmeside [1]. *Dr. Sahni's* tilslutning som repræsentant og tidligere formand for World Association of Medical Editors (WAME) betyder ikke godkendelse af WAME-medlemstidsskrifter, der ikke er en del af ICMJE.

LITTERATUR

1. www.icmje.org.

Fedme og helbredsrisiko – hvad skal vi måle på?

Den voldsomme stigning i forekomsten af fedme, der er observeret over de seneste 40-50 år – i Danmark såvel som i resten af verden – har for alvor sat fedmen og dens følgesygdomme på sundhedsdagsordenen. WHO har udråbt fedme til et af de største globale folkesundhedsproblemer som – næst efter rygning – udgør den væsentligste årsag til tidlig død, bl.a. fordi fedme har tæt sammenhæng med og er årsag til udvikling af type 2-diabetes.

I Danmark foretages der ikke rutinemæssige opgørelser over befolkningens vægt og højde, og vi ved derfor ikke, hvor mange danskere der reelt lider af overvægt og fedme [1]. Der findes officielle sundheds- og sygelighedsundersøgelser, eksempelvis de, der er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed eller Fødevareinstituttet ved DTU, men i disse undersøgelser spørges der til befolkningens vægt og højde snarere end at måle den. Det kan være problematisk, for undersøgelser har vist, at forekomsten af fedme målt som *body mass index* (BMI) ≥ 30 kg/m², undervurderes med op til 50%, når oplysningerne om vægt og højde er selvrapporterede snarere end målt af en fagperson [2]. Forskellen skyldes, at vi tilsyneladende pynter på vægten og overvurderer vores højde, når vi selv skal oplyse disse. Der findes dog systematiske undersøgelser over visse befolkningsgruppers fedmeforekomst og udvikling – f.eks. fra indskolings- og sessionsundersøgelserne. Disse opgørelser viser endog meget voldsomme stigninger i fedmeforekomsten. Sessionsdata viser f.eks., at hvor fem af 1.000 unge mænd i 1948 var svært overvægtige gjaldt det samme for 72 ud af 1.000 i 2004. I samme tidsperiode viser udskolingsundersøgelse resultater, at fedmeforekomsten er 39-doblet for pigerne og 115-doblet for drengene [2]. Der er desværre ikke tilsvarende systematiske målinger af den voksne befolknings fedmegrad.

Det har været kendt i snart 25 år, at ikke kun den generelle fedme, men også fedmens fordeling på kroppen har betydning for de negative konsekvenser for helbredet. Især den såkaldte abdominale fedme, hvor fedtet ophobes på maven, er helbredsskadelig, men indtil for nylig har kendskabet til dette ikke resulteret i rutinemæssige målinger af befolkningens fedtfordeling, og langt de fleste nationale opgørelser baseres stadig på BMI. Der findes således ikke officielle nationale opgørelser over danske børn og voksnes fedtfordeling. Til trods for at flere af de forskningsbaserede helbredsundersøgelser, der er foretaget blandt udsnit af den danske befolkning gen-

nem en periode på mere end 20 år, har registreret talje- og eventuelt hofteomkreds som mål for fedtfordeling, omhandler de nationale undersøgelser kun oplysninger om højde og vægt. Givet vores kendskab til den abdominale fedmes betydning for helbredsrisikoen, er det beklageligt, at måling af fedtfordeling endnu ikke foretages rutinemæssigt i nationale befolkningsbaserede undersøgelser og i klinikken som to af ugeskriftets artikler i denne uge viser, er der god grund – ikke blot for den enkelte, men også for samfundet – til at foretage målinger af fedtets fordeling på kroppen. Artiklen af Bruun & Richelsen [3] specificerer retningslinjer som handlekriterier for måling af fedme og fedtfordeling, mens der i artiklen af Højgaard *et al* [4] sættes tal på de sundhedsmæssige omkostninger. Med al klarhed vises det, at der er god fornuft i at foretage målingerne rutinemæssigt, så forebyggende foranstaltninger kan sættes i værk, inden den helbredsskadelige abdominale fedme manifesterer sig. Endelig viser nyere forskning at ikke alene den abdominale, men også den glutfemorale fedme har betydning for helbredet. Manglende fedt og muskelvæv omkring hofterne er stærkt associeret til øget risiko for diabetes, hjertesygdom og tidlig død [5]. Dette er muligvis en konsekvens af, at det gluteale fedt tilsyneladende producerer antiinflammatoriske og antiaterogene adipokiner, og af at glutealmusklen har en særlig betydning for udvikling af insulinresistens. Når man derfor nu skal i gang med at revidere, hvilke fedtmemålinger der bør foretages rutinemæssigt i såvel befolkningsbaserede undersøgelser som ved den kliniske undersøgelse for at kunne vurdere befolkningens og det enkelte individs fremtidige helbredsrisiko, er tiden måske inde til, at vi for alvor begynder at fokusere på fedtets fordeling på kroppen – såvel på bugen som på bagen.

LITTERATUR

1. Sørensen TIA, Due P, Hansen B *et al*. Monitorering af forekomsten af fedme. Motions- og Ernæringsrådet, 2008.
2. Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Adipositasepidemien i Danmark. Ugeskr Læger 2006;168:129-32.
3. Bruun JM, Richelsen B. Måling af legemsmasseindekset og talje- og hofteomkreds hos voksne. Ugeskr Læger 2009;171:3071-2.
4. Højgaard B, Olsen KR, Sjøgaard J *et al*. Fedmerelaterede sundhedsmkostninger vurderet ud fra måling af enten BMI eller taljeomkreds – sekundærpublikation. Ugeskr Læger 2009;171:3068-71.
5. Lissner L, Björkelund C, Heitmann BL *et al*. Larger hip circumference independently predicts health and longevity in a Swedish female cohort. Obes Res 2001;10:644-6.

LEDER

Professor Berit L Heitmann

KORRESPONDANCE:

Berit L. Heitmann,
Enheden for Epidemiologisk
Kostforskning, Institut for
Sygdomsforebyggelse, Center
for Sundhed og Samfund,
DK-1357 København K.
E-mail blh@ipm.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

Fedmerelaterede sundhedsomkostninger vurderet ud fra måling af enten BMI eller taljeomkreds – sekundærpublikation

Sundhedsøkonom Betina Højgaard, sundhedsøkonom Kim Rose Olsen, professor Jes Søgaard, professor Dorte Gyrd-Hansen & professor Thorkild I.A. Sørensen

SEKUNDÆR-PUBLIKATION

Dansk Sundhedsinstitut

RESUME

Fedme øger risikoen for en lang række sygdomme og øger dødeligheden. Risikoen er relateret til kroppens fedtfordeling, således at abdominal fedme er forbundet med større risiko end gluteo-femoral fedme. De individuelle akkumulerede sundhedsomkostninger blev beregnet i relation til *body mass index* (BMI) og taljeomkreds (TO). Analyserne viser, at kombineret brug af BMI og TO ikke giver en bedre identifikation af højrisikoindivider end brug af TO alene. Sundhedsomkostningerne stiger med 1,24% hos kvinder og med 2,08% hos mænd pr. cm over normal TO.

Epidemiologisk forskning viser, at ikke blot kroppens totale fedtindhold, men også fordelingen af fedtvævet på kroppen har betydning for den øgede helbredsrisiko ved overvægt og fedme [1]. Mange undersøgelser har vist, at abdominal fedme er farligst. Overvægt og fedme er traditionelt blevet defineret ved brug af *body mass index* (BMI). Imidlertid kan der ved samme BMI være store forskelle i fordelingen af kroppens fedt og i forholdet mellem den magre og fede kropsmasse, hvorfor en kombineret brug af BMI og taljeomkreds (TO) har været overvejet som en bedre måde at identificere højrisikoindivider på.

Tidligere undersøgelser har kun analyseret mortalitet eller specifikke sygdommes forbindelse med fedme. Her vises resultaterne fra to studier af sammenhængene mellem sundhedsomkostninger, BMI og TO. Studiet adskiller sig fra tidligere danske studier ved at benytte individbaserede dataindsamlet fra hele sundhedsområdet gennem en årrække. Tidligere analyser har kun inddraget udgifter til det somatiske sygehusvæsen [2-4].

Sundhedsomkostninger kan tolkes som et mål for intensiteten af kontakterne med sundhedssystemet og herved opfattes som en proxy for sygelighed. Sygelighed medfører ikke altid forbrug af sundhedsydelser, og sygdomsbelastning og behandlingsomkostninger er ikke altid proportionale. Dog forventes der generelt en stærk korrelation mellem sygelighed og forbrug af sundhedsydelser. Anvendelsen af forbruget af sund-

hedsydelser som et mål for sygelighed kræver ikke en a priori-definition af fedmerelaterede sygdomme.

To hypoteser blev testet. *Hypotese 1*: For alle niveauer af BMI vil en øget TO medføre øgede sundhedsomkostninger. *Hypotese 2*: For en given TO vil en øget BMI medføre reducerede sundhedsomkostninger. Endvidere blev det undersøgt, om kombineret brug af BMI og TO er bedre til at forudsige sundhedsomkostninger end de to mål enkeltvis. Analyserne viste, at BMI kan udelades, og på baggrund heraf blev sammenhængen mellem TO og sundhedsydelserne kvantificeret. Det blev undersøgt, om resultaterne var afhængige af ledsagesygdomme og andre faktorer, som kunne være konfundere, og om omkostningerne ændredes monotont med stigende TO.

METODE

Analyserne er baseret på data fra den prospektive befolkningsundersøgelse *Kost, kræft og helbred* (KKH). Studiepopulationen i KKH-studiet bestod af personer, som ikke tidligere havde haft cancer, var født i Danmark, var 50-64 år ved *baseline* og var bosiddende i Storkøbenhavn eller Århusområdet. I alt blev 160.725 personer inviteret til at deltage i den første undersøgelse i årene 1993-1997, og af disse deltog i alt 57.055. Der udførtes antropometriske målinger, måling af blodtryk, indsamling af biologisk materiale, og endvidere besvarede deltagerne spørgeskemaer om livsstilsfaktorer og kost [5]. Kun personer, der var undersøgt i 1996-1997, blev inkluderet i nærværende analyser for at få ensartede økonomiske data (afrapporteringsproceduren var anderledes i perioden før). For at eliminere potentielle fejl som følge af forudgående sygdomsrelateret vægttab blev analyserne begrænset til kun at omhandle personer med et BMI på 18,50 kg/m² eller mere. Analyserne er således baseret på data fra 15.334 mænd og 16.506 kvinder.

Sundhedstilstand, livsstil og socioøkonomiske variabler blev indhentet ved *baseline*, mens individuelle data for forbrug af sundhedsydelser (sygehusydelser (somatiske og psykiatriske), sygesikrings-



TABEL 1

Fordelingen af individerne i forhold til de tre taljeomkreds- (TO) og tre *body mass index* (BMI)-kategorier, samt de gennemsnitlige årlige sundhedsomkostninger for de forskellige BMI/TO-kategorier.

BMI/TO	Antal individer (%)				Gennemsnitsomkostninger				Trend p-værdi
	normal TO ^a	øget TO ^b	meget øget TO ^c	total	normal TO ^a	øget TO ^b	meget øget TO ^c	total	
Kvinder (n = 16.506)									
BMI 18,5 til 24,9 kg/m ²	6.619 (86,3)	1.578 (36,5)	269 (6,0)	8.466	11.264 kr.	13.241 kr.	15.758 kr.	11.776 kr.	< 0,001
BMI 25,0 til 29,9 kg/m ²	1.038 (13,5)	2.583 (59,8)	2.137 (47,3)	5.758	11.316 kr.	12.437 kr.	15.126 kr.	13.236 kr.	< 0,001
BMI ≥ 30,0 kg/m ²	10 (0,1)	162 (3,7)	2.110 (46,7)	2.282	6.305 kr.	13.276 kr.	15.155 kr.	14.983 kr.	< 0,001
Total	7.667	4.323	4.516		11.264 kr.	12.764 kr.	15.178 kr.		
Trend, p-værdi					0,580	0,296	0,182		
Mænd (n = 15.334)									
BMI 18,5 til 24,9 kg/m ²	4.501 (69,8)	778 (15,7)	42 (1,1)	5.321	11.799 kr.	14.230 kr.	27.580 kr.	12.282 kr.	< 0,001
BMI 25,0 til 29,9 kg/m ²	1.944 (30,1)	3.968 (80,1)	1.840 (46,8)	7.752	11.167 kr.	12.287 kr.	16.115 kr.	12.914 kr.	< 0,001
BMI ≥ 30,0 kg/m ²	7 (0,1)	206 (4,2)	2.048 (52,1)	2.261	12.557 kr.	13.339 kr.	18.477 kr.	17.994 kr.	0,004
Total	6.452	4.952	3.930		11.609 kr.	13.638 kr.	17.466 kr.		
Trend, p-værdi					0,050	0,110	0,092		

a) Kvinder: < 80 cm, mænd: < 94 cm. b) Kvinder: ≥ 80 cm, mænd: ≥ 94 cm. c) Kvinder: ≥ 88 cm, mænd: ≥ 102 cm.

ydelse, samt receptpligtig medicin) blev udtrukket fra registre for de efterfølgende syv år.

Sammenhængen mellem fremtidige sundhedsomkostninger og BMI og TO blev analyseret ved kategoriske og kontinuerte analyser, mens lineær regression blev anvendt til at undersøge sammenhængen mellem TO og de gennemsnitlige årlige sundhedsomkostninger. Forskelle i sammenhængen mellem TO og forbruget af sundhedsydelse hos personer med og uden ledsagesygdomme (hypertension, diabetes eller kardiovaskulære sygdomme) ved den indledende undersøgelse blev vurderet. På grund af højreskæve omkostningsdata – som hyppigt observeres for omkostningsdata – blev der foretaget logtransformation af omkostningerne. Endvidere blev der justeret for potentielle konfoundere (alder, uddannelse, indkomst, rygevaner og fysisk aktivitet). Der henvises til de originale publikationer for en mere detaljeret beskrivelse og diskussion af den anvendte analysestrategi.

RESULTATER

Tabel 1 viser fordelingen af populationen for ni kombinerede kategorier af BMI og TO, samt deres årlige gennemsnitlige sundhedsomkostninger i den syvårige observationsperiode. For et givet BMI-niveau forudsiger TO de øgede sundhedsomkostninger. Holdes TO derimod konstant, bidrager BMI ikke yderligere. Herved bekræftes hypotese 1 om, at et forhøjet TO-niveau ved en given BMI giver højere sundhedsomkostninger, hvorimod hypotese 2 om, at BMI har en beskyttende effekt for en given TO, kun blev bekræftet i de kontinuerte analyser og for en undergruppe af

kvinder (BMI < 30 kg/m² og TO < 88 cm). Endvidere viste resultaterne, at kombineret brug af BMI og TO ikke giver en bedre prædiktion af sundhedsomkostningerne end brug af TO alene.

Resultaterne af analysen af sammenhængen mellem TO og sundhedsomkostningerne viste, at sundhedsomkostningerne stiger med 1,24% hos kvinderne og 2,08% hos mændene pr. cm over normal TO. Dette betyder, at kvinder uden ledsagesygdomme ved *baseline*, der har en TO på 95 cm, årligt vil have et merforbrug på 2.282 kr. i forhold til en kvinde med en normal TO. Tilsvarende vil den samme forskel i TO hos en kvinde med ledsagesygdom af den definerede art medføre et merforbrug på 2.822 kr. De årlige sundhedsomkostninger som funktion af TO vises i **Figur 1**.

Omkostningsbyrden er forholdsvis jævnt fordelt mellem de forskellige offentlige kasser: sygesikringsydelse, receptpligtig medicin, somatiske og psykiatriske, ambulante og stationære behandlinger (data ikke vist).

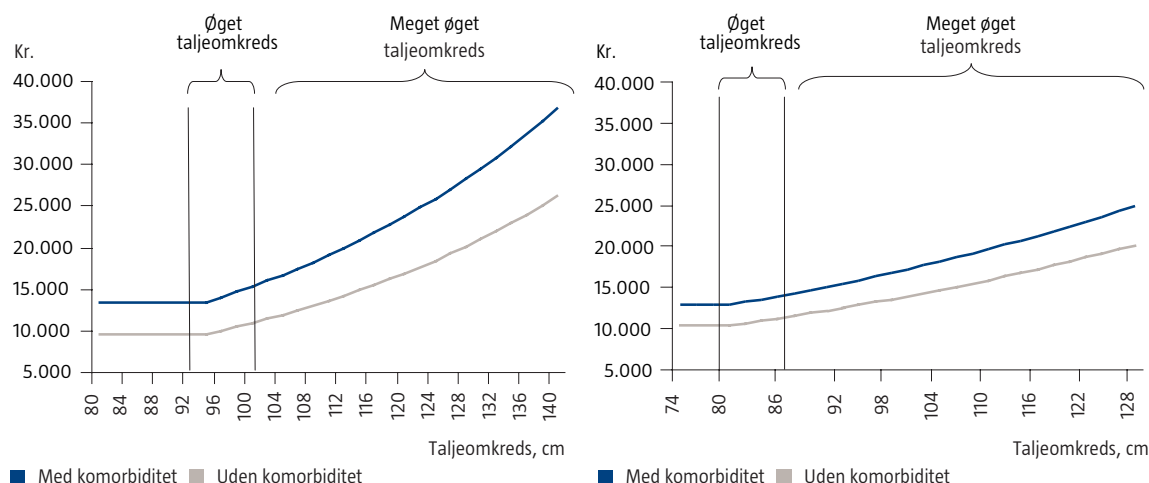
DISKUSSION

Vores resultater peger på, at en kombineret brug af BMI og TO ikke giver bedre identifikation af højrisikoindivider. I tråd med tidligere studier fandt vi en høj korrelation mellem BMI og TO. Trods dette viste vores resultater, at opdeling af individer i risikogrupper efter TO giver et mere sensitivt mål til at indfange individer med høje sundhedsomkostninger.

Et tidligere studie af beskeden størrelse (n = 424) fandt, at de totale sundhedsomkostninger er bedre korreleret med TO end med BMI [6]. Resultatet svarer

FIGUR 1

De gennemsnitlige årlige sundhedsomkostninger for mænd (tv.) og kvinder (th.) over en 7-årig periode som funktion af taljeomkredsen.



også til tidligere epidemiologiske studier, der har vist, at TO er en stærkere markør for helbredsrisiko end BMI [7, 8]. Dog afviger resultaterne fra dødelighedsanalysen [9] med hensyn til gavnlig virkning af stigende BMI for en given TO. Forklaringen kan være, at en række helbredsfølger af overvægten ikke er dødelige, men opfanges lige godt af BMI og TO.

BMI kan fejlklassificere magre muskulære individer som overvægtige. Det har også vist sig, at mængden af abdominalt fedt kan variere meget inden for et snævert BMI-område [10]. Forklaringen på resultaterne er højst sandsynligt, at TO er en god indikator for de abdominale fedtdepoter, der er stærkt relaterede til sygdomsrisikoen ved overvægt.

Den kvantitative analyse af sammenhængen mellem TO og fremtidige sundhedsomkostninger viste en stigning på henholdsvis 1,25% og 2,08% for kvinder og mænd pr. cm over normal TO. De absolutte stigninger i omkostningerne pr. cm er højere for personer med ledsagesygdomme på grund af deres generelle højere omkostningsniveau jf. Figur 1.

Som *Folmann et al* [2] fandt vi en stærkere sammenhæng mellem TO og sundhedsomkostninger hos mændene. Forklaringen kan være, at forøgelsen af de abdominale fedtdepoter for en given ændring i TO er mindre hos kvinderne.

Om forskellen i sundhedsomkostninger mellem individerne med forskellige TO også vil udmøntes i tilsvarende forskelle, hvis den enkelte ændrer sin TO, kræver yderligere undersøgelser. For de individer, der er raske ved *baseline*, synes en øget TO imidlertid at være en god prædiktør for følgesygdomme og associerede sundhedsomkostninger.

I modsætning til mange andre lande er der i Dan-

mark mulighed for at akkumulere de omkostninger, der er knyttet til den enkelte identificerbare persons brug af sundhedsvæsenet. Dette er en betydelig styrke ved danske analyser, da det giver en mere korrekt estimering af de sundhedsrelaterede omkostninger end den hyppigt benyttede *population attributable risk* (PAR)-metode. Nærværende studie giver herved et godt skøn over de potentielle besparelser ved forebyggelse af fedme. Da omkostningsbyrden er forholdsvis jævnt fordelt mellem de forskellige offentlige instanser, skulle det økonomiske incitament til at iværksætte forebyggelsesinstanser være til stede hos alle.

KORRESPONDANCE: Betina Højgaard, Dansk Sundhedsinstitut, Dampfærgevej 27-29, DK-2100 København Ø. E-mail: beh@dsi.dk

ANTAGET: 10. august 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Studierne var finansieret af Sanofi Aventis. Dorte Gyrd-Hansen og Thorkild I.A. Sørensen var medlemmer af det tidligere Advisory Board for Sanofi Aventis, Danmark. Thorkild I.A. Sørensen samarbejder med industrien er beskrevet her: www.ipm.regionh.dk/person/tias.htm. De andre forfattere har ingen interessekonflikter.

TAKSIGELSE: Kræftens Bekæmpelse takkes for at stille data fra Kost, Kræft og Helbredsundersøgelsen til rådighed for disse artikler.

This article is based on two studies first reported in *Obesity Facts* 2008;1:146-54 and *PLoS ONE* 2008;3:e2619.

LITTERATUR

- Ross R, Berentzen T, Bradshaw AJ et al. Does the relationship between waist circumference, morbidity and mortality depend on measurement protocol for waist circumference? *Obesity reviews* 2008;9:312-25.
- Folmann NB, Bossen KS, Willaing I et al. Obesity, hospital services use and costs. I: Bolin K, Cawley J, eds. *The economics of obesity*. Amsterdam: Elsevier, 2007:319-32.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt. København, 2007.
- Worre-Jensen AL, Jensen NB, Heitmann BL et al. Sygehusomkostninger i forbindelse med svær overvægt. *Ugeskr Læger* 2007;169:2634-7.
- Tjønneland AM, Overvad OK. Kost, kræft og helbred en befolkningsundersøgelse og etablering af en biologisk bank i Danmark. *Ugeskr Læger* 2000;162:350-4.
- Cornier M-A, Tate CW, Grunwald GK et al. Relationship between waist circumference, body mass index, and medical care costs. *Obes Res* 2002;10:1167-72.
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity related health risk. *Am J Clin Nutr* 2004;79:379-84.
- Zhu SK, Wang Z, Heshka S et al. Waist circumference and obesity-associated risk

factors among whites in the third national health and nutrition examination survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr* 2002;76:743-9.

9. Bigaard J, Tjønneland A, Thomsen BL et al. Waist circumference, BMI, smoking, and mortality in middle-aged men and women. *Obes Res* 2003;11: 895-903.

10. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000;894:1.

Måling af legemsmasseindekset og talje- og hofteomkreds hos voksne

Læge Jens Meldgaard Bruun & professor Bjørn Richelsen

Såvel undervægt som fedme er associeret med øget morbiditet og mortalitet [1]. Undervægt er en tilstand, hvor både kroppens fedt- og muskelmasse er nedsat. Tilstanden er i Danmark oftest forårsaget af utilstrækkelig ernæring på grund af enten kronisk sygdom eller psykiatrisk lidelse (f.eks. anorexia nervosa). Fedme er en tilstand, hvor en unormal stor del af legemsvægten udgøres af fedt. Der er i epidemiologiske studier både nationalt og internationalt rapporteret en øget prævalens af fedme, og det er vist, at der med stigende grader af fedme ses en øget risiko for at udvikle følgesygdomme som type 2-diabetes, cancer og hjerte- og karsygdom [2, 3]. I den almindelige kliniske hverdag kan såvel diagnosen *undervægt* som *fedme* sædvanligvis stilles ved bestemmelse af legemsmasseindekset *body mass index* (BMI), som er vægten målt i kilogram divideret med højden målt i meter, hvor højden er opløftet i anden potens (enhed kg/m^2). BMI er i de fleste tilfælde relativt tæt associeret til kroppens fedtmasse. Undtagelser er personer med stor muskelmasse (f.eks. bodybuildere) og med stort vandindhold (f.eks. ascitis). BMI er således et indirekte mål for kroppens totale fedtindhold, men det har vist sig, at lokaliseringen af kroppens fedtdepoter snarere end kroppens totale fedtindhold er forbundet med risikoen for at udvikle sygdom, således at specielt fedtaflejringer i bughulen (og i leveren) er forbundet med en øget risiko for metaboliske komplikationer [4]. Det er derfor også hensigtsmæssigt at have et mål for det »usunde« fedtdepot i bughulen, og til dette formål kan man enten anvende taljeomkredsen alene eller taljeomkredsen divideret med hofteomkredsen, den såkaldte talje-hofte-ratio.

Der findes mange metoder til direkte bestemmelse af kroppens fedtmængde (f.eks. impedansmåling og *dual energy X-ray absorptiometry* (DEXA)-skanning), hvor specielt impedansmålingen er en billig og relativt hurtig metode til at bestemme krop-

pens totale fedtmængde. Ulempen ved både DEXA-skanning og impedansmåling er, at det i forhold til personer med fedme ikke umiddelbart er muligt at få bestemt størrelsen af det viscerale fedtdepot. Der findes andre metoder, som ud over kroppens totale fedtmængde også direkte kan bestemme størrelsen af det viscerale fedtdepot (f.eks. computertomografi (CT) og magnetisk resonans (MR)-skanning), men disse undersøgelser er for omfattende, for belastende og for dyre at anvende i den almindelige kliniske hverdag.

Prævalensmål og risikoestimer for personer med overvægt og fedme bygger på såvel selvrapporterede som observerede oplysninger om vægt/højde (BMI) og i noget mindre udstrækning om talje- og hofteomkredsen. Da risikoestimerne hovedsageligt bygger på data, der er indsamlet i kohorter, som består af voksne personer (> 18 år), vil nedenstående procedurer være rettet mod voksne personer. Retningslinier for børn, som er internationalt accepteret af *International Obesity Taskforce* og *World Health Organization* (WHO), er bl.a. beskrevet i et arbejde af *Cole et al.*, der blev publiceret i 2000 [5].

SPECIFIKKE MÅL

For at kunne følge ændringer i vægt/højde-forholdene samt i kropssammensætningen hos den enkelte person, men også i populationer over tid, er det vigtigt at sikre en enkel og ensartet bestemmelse af de specifikke mål for kropssammensætningen.

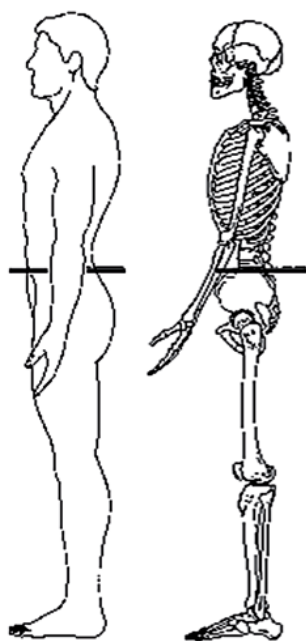
De specifikke mål, der i klinikken anvendes til bestemmelse af kroppens fedtmængde, er for det første forholdet mellem legemsvægten og legemshøjden, som bestemmes ved at udregne BMI som anført ovenfor. Personer med BMI under $18,5 \text{ kg/m}^2$ defineres som undervægtige, ved BMI mellem $18,5$ og 25 kg/m^2 som normalvægtige, ved BMI mellem 25 og 30 kg/m^2 som overvægtige og ved BMI over 30 kg/m^2 som li-

KLINISK PROCEDURE

Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling C

 **FIGUR 1**

Bestemmelse af taljeomkredsen i stående stilling med målebåndet midt mellem nedre ribbenskant og hoftekam.



dende af fedme. For det andet anvendes forholdet mellem talje- og hofteomkredsen eller talje/hofte-ratio (THR), hvor taljeomkredsen (i cm) sættes i relation til hofteomkredsen (i cm). $THR > 0,8$ (kvinder) og $1,0$ (mænd) angiver, at personen lider af visceral fedme. Et alternativt og enkelt antropometrisk mål er taljeomkredsen alene, hvor en omkreds > 80 cm (kvinder) og 94 cm (mænd) hhv. 88 cm (kvinder) og 102 cm (mænd) er associeret med øget hhv. betydelig øget risiko for at udvikle følgesygdomme [6]. I en ny-lig oversigtsartikel har Ross *et al* sammenlignet forskellige metoder til at bestemme taljeomkredsen og metodernes association med bl.a. type 2-diabetes og hjerte- og karsygdom [7]. Forfatterne fandt ingen forskel mellem de forskellige metoder og de undersøgte associationer, hvorfor den af WHO anbefalede metode benyttes i denne artikel [6].

I forbindelse med BMI-grænserne bør det bemærkes, at BMI ved anorexia nervosa sædvanligvis er under $17,5 \text{ kg/m}^2$.

REDSKABER

Til bestemmelse af kropsvægten benyttes en kalibreret vægt (EU-klasse III) med en relevant skala, således at kropsvægten kan bestemmes selv hos personer med svær fedme. Til bestemmelse af legemshøjden benyttes et centimeterinddelt mål, der er monteret på et underlag, som ikke giver efter (f.eks. en væg). Til bestemmelse af talje- og hofteomkredsen benyttes et

fleksibelt målebånd med en relevant skala, således at både talje- og hofteomkredsen kan bestemmes selv hos personer med svær fedme.

PROCEDURE

Kropsvægt og talje- og hofteomkreds bør bestemmes om morgenen, helst fastende og efter at vandet er ladt. Kropsvægten bestemmes ved at personen iført let beklædning og uden sko står på vægten til denne har stabiliseret sig til nærmeste $0,1 \text{ kg}$. Legemshøjden bestemmes ved at personen uden sko står stille med ryggen mod det centimeterinddelte mål, indtil nærmeste $0,1 \text{ cm}$ kan fastslås. Inden bestemmelse af talje- og hofteomkredsen skal personen have løsnet livrem eller bælte. Taljeomkredsen bestemmes i stående stilling ved at anbringe målebåndet midt mellem nedre ribbenskant og hoftekam (Figur 1). Taljeomkredsen registreres til nærmeste hele cm efter at personen i afslappet tilstand har foretaget en eksspiration. Hofteomkredsen bestemmes ligeledes i stående stilling svarende til hofternes største omkreds. Ved bestemmelse af såvel kropsvægten, legemsvægten, talje- og hofteomkredsen foretages tre målinger, hvorefter gennemsnittet noteres.

KOMMENTAR

Bestemmelsen af ovenstående antropometriske mål er uden risici for patienten og er de mest fornuftige at anvende i den kliniske hverdag, da de korrekt udført giver de bedste og simpleste oplysninger med henblik på monitorering af fedmeforekomsten over tid samt en risikovurdering, som sammenholdt med andre risikofaktorer kan bruges til at vurdere personens samlede risikoprofil og dermed forebyggelses- og behandlingsstrategien.

KORRESPONDANCE: Jens Meldgaard Bruun, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling C, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, DK-8000 Århus C. E-mail: Jens.Bruun@ki.au.dk

ANTAGET: 7. september 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Endokrinologisk Selskab

LITTERATUR

1. Ringbäck Weitoft G, Eliasson M, Rosén M. Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. *Scand J Public Health* 2008;36:169-76.
2. Despres JP, Lemieux I. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature* 2006;444:881-7.
3. Due P, Heitmann BL, Sørensen TI. Prevalence of obesity in Denmark. *Obes Rev* 2007;8:187-9.
4. Tanko LB, Bruun JM, Alexandersen P *et al*. Novel associations between bioavailable estradiol and adipokines in elderly women with different phenotypes of obesity: implications for atherogenesis. *Circulation* 2004;110:2246-52.
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM *et al*. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3.
6. World Health Organization. Preventing and Managing the Global Epidemic, Report of a Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organisation, 1998.
7. Ross R, Berentzen T, Bradshaw AJ *et al*. Does the relationship between waist circumference, morbidity and mortality depend on measurement protocol for waist circumference? *Obes Rev* 2007, 23. okt. (Epub ahead of print).

Urininkontinens de første 12 år efter fødsel

Forskningslæge Lars Viktrup & professor Gunnar Lose

RESUME

INTRODUKTION: Urininkontinens optræder ofte i forbindelse med første graviditet og fødsel. Formålet med denne undersøgelse var at bestemme omfanget af inkontinens de efterfølgende 12 år samt at vurdere behandlingsbehovet.

MATERIALE OG METODER: I alt 305 kvinder blev udspurgt om nedre urinvejssymptomer henholdsvis få dage, tre måneder, fem år og 12 år efter deres første fødsel.

RESULTATER: I alt 242 ud af 305 kvinder besvarede et spørgeskema; 114 havde inkontinens 12 år senere ($p < 0,05$). Femogtyve ud af 102 kvinder med stressinkontinens (SI) og syv ud af 49 kvinder med urgeinkontinens (UI) anførte, at de havde haft symptomer i minimum 12 år. Tre ud af 114 inkontinente kvinder (2,6%) havde modtaget behandling, mens 162 kvinder havde udført bækkenbundsøvelser de seneste tre måneder. Ingen var kirurgisk behandlet for SI. Hos 18 inkontinente kvinder med behandlingsønske havde seks SI alene, mens 12 kvinder havde både SI og UI. Hos de 18 inkontinente kvinder havde ti daglig inkontinens, mens ni kvinder havde sociale og eller hygiejniske gener. Hos 86 inkontinente kvinder uden behandlingsønske havde 51 kvinder SI alene, 24 havde både SI og UI, mens 11 kvinder havde UI alene. Hos 75 inkontinente (alle med SI) kvinder havde fem kvinder daglig inkontinens, mens ti kvinder havde sociale og eller hygiejniske gener.

KONKLUSION: Selv om inkontinens optræder hyppigt 12 år efter første graviditet og fødsel, så modtager få behandling. Behandlingsønske øges med inkontinensens sværhedsgrad.

Vi fulgte en kohorte af 305 kvinder efter deres første graviditet og fødsel og fandt ved hjælp af spørgeskema-interviews og oplysninger fra fødselsresuméer og hospitalsjournaler, at mange kvinder havde enten stressinkontinens (SI) eller urgeinkontinens (UI), men også andre nedre urinvejssymptomer (NUS) såsom, imperiøsitet, pollakisuri og nykturi ved opfølgning fem år og 12 år senere [1-3]. Vakuumeekstraktion og episiotomi under første fødsel udgjorde de obstetriske risikofaktorer for SI fem år senere, mens kejsersnit reducerede risikoen. Risikoen ved vakuumeekstraktion og episiotomi for udvikling af vedvarende SI kunne ikke genfindes 12 år senere, mens den »beskyttende« effekt af kejsersnit varede ved [1].

Risikoen for inkontinens 12 år senere var dobbelt så stor, hvis symptomerne debuterede under første graviditet, fødsel eller barselsperiode, som hvis de opstod senere [2]. Til gengæld var disse kvinders nedre urinveje og bækkenbund tilsyneladende mindre føl-

somme over for efterfølgende maternelle risikofaktorer såsom overvægt, prolaps og tunge løft på arbejdet [2].

Selv om hyppigheden af inkontinens generelt set steg i løbet af de 12 år, kvinderne var fulgt, så fluktuerede symptomerne i intensitet og varighed, og inkontinens kunne variere fra en type til en anden [3].

Formålet med denne delundersøgelse var at identificere omfanget af SI og UI 12 år efter 1. fødsel i den samme kohorte og vurdere brugen eller ønsket om behandling samt udgifter til bind eller bleer.

MATERIALE OG METODER

I 1989 blev 305 førstegangsfødende i alderen 17-41 år (median 26) konsekutivt inkluderet og interviewet vedrørende NUS ved hjælp af et standardspørgeskema, der var udformet i henhold til *International Continence Society's* (ICS's) definition [4]. Kvinderne blev interviewet i afdelingen 3-5 dage efter fødslen og pr. telefon tre måneder senere [5].

ORIGINALARTIKEL

Københavns Universitet
og Glostrup Hospital,
Gynækologisk og
Obstetrisk Afdeling



Selv om inkontinens optræder hyppigt 12 år efter første graviditet og fødsel, modtager få behandling.

Kvinderne blev spurgt, om de før og/eller under graviditeten og/eller efter fødslen havde: urinlækage i forbindelse med stærk vandladningstrang (urgein-

TABEL 1

Stress- og urgeinkontinens 12 år efter 1. fødsel.

Spørgsmål	n/N (%)
Har du ufrivillig vandladning ved fysisk aktivitet? ^{a,b}	
Ja	102/241 (42)
Ubesvaret	1
Hvis Ja, hvor ofte?	
Sjældent	44/101 (44)
Mindst en gang om måneden	23/101 (23)
Mindst en gang om ugen	20/101 (20)
Dagligt	13/101 (13)
Ubesvaret	2 ud af 103
Hvis Ja, hvor længe har dine aktuelle symptomer været?	
1-2 år	19/71 (27)
3-10 år	24/71 (34)
Siden 1. fødsel	25/71 (35)
»Hele livet«	3/71 (4)
Ubesvaret	32 ud af 103
Giver det dig hygiejniske gener (eksempelvis lugt eller irritation af hud)?	
Ja	19/102 (19)
Giver det dig sociale gener (eksempelvis hæmmet ved samvær med andre pga. nervøsitet for lugtgener eller risiko for ufrivillig vandladning)?	
Ja	10/102 (10)
Har du ufrivillig vandladning samtidig med stærk/pressende vandladningstrang? ^c	
Ja	49/240 (20)
Ubesvaret	2 ud af 51
Hvis Ja, hvor ofte?	
Sjældent	21/49 (43)
Mindst en gang om måneden	13/49 (27)
Mindst en gang om ugen	11/49 (22)
Daglig	4/49 (8)
Ubesvaret	2 ud af 51
Hvis Ja, hvor længe har dine aktuelle symptomer været?	
1-2 år	7/26 (27)
3-10 år	11/26 (42)
Siden 1. fødsel	7/26 (27)
»Hele livet«	1/26 (4)
Ubesvaret	25 ud af 51
Giver det dig hygiejniske gener (eksempelvis lugt eller irritation af hud)?	
Ja	10/49 (20)
Giver det dig sociale gener (eksempelvis hæmmet ved samvær med andre pga. nervøsitet for lugtgener eller risiko for ufrivillig vandladning)?	
Ja	6/49 (12)

N = antal personer der besvarede det givne spørgsmål. a) Stressinkontinens; b) Kilde: [1]; c) Urgeinkontinens.

kontinens – UI) og/eller urinlækage i forbindelse med fysisk anstrengelse, hoste eller nys (stressinkontinens – SI), og debut og ophør af inkontinens, daglig inkontinens, samt om evt. inkontinens udgjorde et socialt eller hygiejnisk problem (inkontinens defineredes i overensstemmelse med ICS's 1988-definition) [5]. Blandings-inkontinens (*mixed incontinence* = MI), SI alene eller UI alene blev beregnet på basis af ovenstående oplysninger.

Maternelle, obstetriske og neonatale data vedrørende første fødsel blev indhentet fra fødselsresuméer og hospitalsjournaler.

Fem år senere blev det samme spørgeskema tilsendt de samme 305 kvinder og besvaret af 278 (91%). Efter yderligere syv år blev adresser fra de samme 278 kvinder identificeret via registersøgning (ingen var død), og et nyt spørgeskema blev tilsendt.

Ud over mere detaljerede spørgsmål om inkontinens indeholdt skemaet 12 år senere også spørgsmål om anerkendte maternelle risikofaktorer igennem observationsperioden [2] samt om brugen af eller ønsket om behandling og udgifter til bind eller bleer (Tabel 1 og Tabel 2). Alle spørgeskemaer indeholdt de samme basisspørgsmål. Validiteten af grundspørgeskemaet har været diskuteret tidligere [1, 2, 6]. Validiteten af spørgsmålene omkring behandling eller udgifter til bind og bleer blev testet i en mindre gruppe af kvinder, før det endelige spørgeskema blev udsendt (*face validity*). Oplysninger vedrørende efterfølgende fødsler eller kirurgiske indgreb, som kunne have indflydelse på de nedre urinveje i løbet af observationsperioden på 12 år, blev indhentet fra 23 forskellige hospitaler.

Kvalitative data blev testet med χ^2 eller Fishers eksakte test, hvis analysen havde for små tal. Signifikansniveauet blev sat til $< 0,05$.

Der blev indhentet informeret samtykke fra alle kvinderne. Den primære undersøgelse samt de opfølgende undersøgelser fem og 12 år senere var godkendt af Københavns etiske komite.

RESULTATER

I alt 242 kvinder (79%) besvarede det tilsendte skema 12 år efter 1. fødsel. Alle kvinder besvarede 12-års-spørgeskemaet mindst et år efter seneste fødsel, bortset fra en gravid kvinde, som derfor først besvarede spørgeskemaet tre måneder efter denne fødsel [1-3].

Af de kvinder, der besvarede spørgeskemaet 12 år senere, blev 48 kvinder forløst med kejsersnit ved første fødsel. Fireogtredive førstegangsfødende kvinder blev forløst med vakuumelekstraktion, mens 124 kvinder fik anlagt en episiotomi. Vakuumelekstraktion var forudgået af episiotomi hos alle. Ti kvinder på-

drog sig en anal sfinkterruptur. Den gennemsnitlige fødselsvægt af alle nyfødte ved første fødsel var 3.352 g (1.480-5.400 g), mens deres gennemsnitlige gestationsalder var 39,4 uger (33-44 uger). I alt 201 kvinder var efterfølgende gravide 1-5 flere gange, og 187 kvinder havde efterfølgende 1-4 fødsler [1-3]. Efterfølgende graviditeter eller fødsler havde ingen signifikant indflydelse på udvikling af inkontinens i vores studie [1-3]. I løbet af observationsperioden på 12 år efter første fødsel fik syv kvinder foretaget kirurgiske indgreb, der teoretisk set kunne påvirke deres kontinensfunktion; hysterektomi pga. fibroma uteri, blæredilatation pga. interstitial cystitis, vaginalkirurgi pga. *pelvic organ prolapse*, korrektion af tidligere episiotomi, anal sfinkterkorrektion og lumbo-sacral diskusprolaps. Tre af disse kvinder havde SI 12 år efter første fødsel [1-3].

Tidligere behandling af nedre urinvejssymptomer blev af 11 kvinder opfattet som behandling af urinvejsinfektion og er ikke medtaget i denne analyse.

I løbet af observationsperioden havde ti kvinder ubesvarede enkeltspørgsmål vedrørende SI eller UI. Gennemsnitsalderen for de 242 kvinder, der besvarede 12-års-skemaet, var 38 år (29-53), mens de kvinder, der ikke besvarede, havde en alder på 37 år (30-47). Hyppigheden af inkontinens tre måneder efter første fødsel var ikke signifikant forskellig hos de 63 kvinder, der ikke besvarede skemaet [1].

Hyppigheden af inkontinens i løbet af 12-årsperioden efter overstået første graviditet og fødsel steg igen signifikant ($p < 0,05$) (Tabel 2). Stressinkontinens og urgeinkontinens optrådte dog med varierende hyppighed, sværhedsgrad og varighed (Tabel 1).

Urininkontinens (SI alene hos 64 kvinder, UI alene hos 12 kvinder, MI hos 38) uafhængig af sværhedsgrad optrådte hos 114 kvinder (47%) 12 år efter første fødsel, 14 kvinder (6%) havde daglige symptomer, mens 23 kvinder (10%) havde sociale og eller hygiejniske gener (Tabel 2). Daglig inkontinens og inkontinens, der resulterede i sociale og eller hygiejniske gener, optrådte samtidigt hos ni kvinder. Der var en dosis-respons-lignende sammenhæng mellem debut samt varighed af SI og UI under første graviditet og barselsperiode – og hyppigheden af symptomet 12 år senere (Figur 1).

Kun tre kvinder oplyste, at de tidligere havde modtaget behandling for inkontinens (egen læge anbefalede bækkenbundstræning til to kvinder, mens en kvinde fik foretaget blæredilatation pga. mistanke om interstitiel cystitis) (Tabel 2) [1].

Af de 18 inkontinente kvinder (17%), som ønskede at modtage behandling, havde seks kvinder SI alene, mens 12 kvinder havde både SI og UI (Tabel



TABEL 2

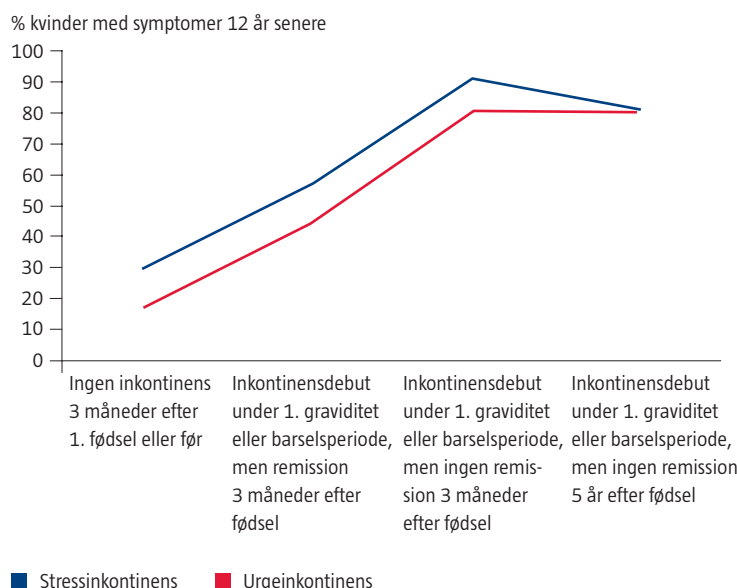
Behandling eller ønske om behandling af urininkontinens 12 år efter 1. fødsel. Tre kvinder uden inkontinens men med behandlingsønske af andre urinvejssymptomer er fjernet fra denne oversigt.

Spørgsmål	n/N (%)
<i>Har du tidligere fået eller får du i dag behandling af de nedre urinvejssymptomer, du lige er blevet spurgt om?^a</i>	
Ja	3/114 (3)
<i>Hvis Ja, hvilket urinvejssymptom(er) er du blevet behandlet for og i så fald hvor, hvornår og hvorledes?^a</i>	
»Anbefalet knibeøvelser af egen læge«	1/114 (1)
»Gjort knibeøvelser hjemme«	1/114 (1)
»Fået skrabet blæren pga. gentagne blærebetændelser«	1/114 (1)
<i>Hvis du ikke får behandling af de nedre urinvejs-symptomer, du har aktuelt, ønsker du så behandling nu?</i>	
Ja	18/104 (17)
Ubesvaret	10
<i>Hvis Ja til at du ønsker behandling nu, hvad er så årsagen til, at du ikke har fået det allerede?</i>	
»Ved ikke«	8/18 (44)
»Ved ikke hvad der kan gøres«	4/18 (22)
»Tid«	3/18 (18)
»Kan ikke tage mig sammen og gå til læge«	1/18 (6)
»Ikke stort nok problem«	1/18 (6)
»Andre helbredsgener større«	1/18 (6)
<i>Har du lavet knibeøvelser af bækkenbunden de seneste tre måneder?^a</i>	
Slet ikke	70/232 (30)
Nogle gange om måneden	81/232 (35)
Nogle gange om ugen	54/232 (23)
Nogle gange daglig	14/232 (6)
Mere end to gange dagligt	13/232 (6)
Ubesvaret	10
<i>Ved du, at du kan få bind og bleer gratis? (i henhold til serviceloven)</i>	
Ja	57/230 (25)
Ubesvaret	12
<i>Hvis Ja, har du modtaget gratis bind og bleer fra kommunen?</i>	0
<i>Hvis Ja, hvor længe har du modtaget gratis bind og bleer fra kommunen?</i>	0
<i>Hvor store er dine ugentlige udgifter til bind, bleer, vat, sæbe, vask, osv., som følge af nedre urinvejssymptomer?</i>	
Ingen udgifter	54 (74)
Mindre end 50 kr.	14 (19)
Mere end 50 kr.	5 (7)
Ubesvaret	169

a) Kilde: [1]

FIGUR 1

»Dosis-respons-lignende« sammenhæng mellem debut og varighed af stress- eller urgeinkontinens ved 1. graviditet og fødsel og hyppigheden af symptomet 12 år senere. Data er baseret på 224 kvinder, idet ni kvinder havde inkontinens før 1. graviditet og fødsel, og ni kvinder ikke besvarede spørgsmålet. Stressinkontinens er tidligere diskuteret i [1].



2). Hos de seks kvinder med SI alene havde tre daglig SI, og hos de 12 kvinder med både SI og UI havde syv daglig inkontinens. To ud af de seks kvinder med SI alene havde sociale og eller hygiejniske gener pga. SI, og hos de 12 kvinder med både SI og UI havde syv sociale og eller hygiejniske gener pga. inkontinens. Hos de 18 inkontinente (alle med SI) kvinder havde ti daglig inkontinens, mens ni kvinder havde sociale og eller hygiejniske gener.

Blandt de 86 inkontinente kvinder (83%), der ikke ønskede behandling, havde 51 kvinder SI alene, 24 havde både SI og UI, mens 11 kvinder havde UI alene. Hos de 75 kvinder med SI havde fem kvinder daglige symptomer, mens ti kvinder havde sociale og eller hygiejniske gener. Daglig inkontinens eller sociale og hygiejniske gener pga. inkontinens var signifikant ($p < 0,05$) hyppigere forekommende hos stressinkontinente kvinder med et behandlingsønske.

I alt ti kvinder med SI (inklusive tre kvinder med UI) besvarede ikke spørgsmålet om behandling.

Ingen af kvinderne blev i observationsperioden kirurgisk behandlet for SI eller udførte blæret træning. Derimod svarede 162 kvinder ja til varierende grader af knibeøvelser af bækkenbunden de seneste tre måneder, når de blev direkte udspurgt om denne behandlingsform (Tabel 2) [1].

Selv om 25% af kvinderne kendte til muligheden for at ansøge om gratis bind og bleer i henhold til ser-

viceloven, så havde ingen gjort det (Tabel 2). Udgifter til bind, bleer, vat og sæbe blev af fem kvinder anslået til mere end 50 kr. (Tabel 2).

DISKUSSION

Mange kvinder har inkontinens i løbet af de første 12 år efter første graviditet og fødsel, men få modtager behandling. Når de udspurgtes om, hvor længe SI eller UI havde været, så fordelte svarkategorierne sig nogenlunde ligeligt med cirka en tredjedel de seneste 1-2 år, en tredjedel de seneste 3-10 år og en tredjedel mindst siden første fødsel (Tabel 1). Ligeledes var der betragtelig variation i sværhedsgraden af, hvor ofte både SI og UI var tilstede. Hygiejniske gener optrådte tilsyneladende cirka dobbelt så ofte som sociale gener (Tabel 1).

Hvis inkontinens optrådte under første graviditet eller i løbet af den efterfølgende barselsperiode og persisterede tre måneder efter fødslen, så var risikoen for symptomer 12 år senere betragtelig. Prognostisk var tre måneder tilsyneladende ligeså god en markør for persisterende symptomer som tilstedeværelse af symptomet fem år efter fødslen (Figur 1). Mens betydningen af graviditet og fødsel for udvikling af nedre urinvejssymptomer – og især inkontinens – er velkendt fra flere retrospektive studier [7, 8], så er der yderst sparsom litteratur om langtidsvirkningerne.

Få kvinder modtog behandling for deres inkontinens, og de kvinder, der ønskede et sådant tilbud, var ikke sikre på, hvad de skulle gøre for at få behandling. De anslåede ugentlige udgifter til bind og bleer var moderate hos få og ikkeeksisterende hos de fleste. Kun en fjerdedel af kvinderne var bekendt med servicelovens mulighed for økonomisk hjælp til bind og bleer, men ingen af dem havde benyttet sig af denne mulighed.

Der var en klar sammenhæng mellem sværhedsgraden af SI og UI i form af hyppighed eller sociale og hygiejniske symptomer og ønsket om behandling. Ligeledes havde inkontinente kvinder med et behandlingsønske oftest MI.

Det er velkendt, at rapporteret inkontinens varierer imellem forskellige undersøgelser. Da 2.860 danske kvinder i alderen 40-60 år blev udspurgt om nedre urinvejssymptomer, svarede 72%, at de havde inkontinens, mens 4% havde daglig inkontinens [9]. Den pågældende gruppe af kvinder var dog generelt ældre, og ikke alle kvinderne havde født. Der er behov både for en større kohorteundersøgelse af kvinder, der har født, og for at sammenligne omfanget af symptomerne med en alderssvarende kontrolgruppe af kvinder, der ikke har født.

Selv om praktiserende læger tilsyneladende aktivt udspørger deres patienter om inkontinens, så bli-

ver mange inkontinente patienter ikke identificeret [10]. At der kun er ganske få, som opsøger læge for deres symptomer, er i overensstemmelse med en samtidig medicinsk teknologirapport, i hvilken man fandt, at kun cirka 8.000 af de anslåede patienter med inkontinens (< 2,6%) blev henvist eller konsulterede et af de gynækologiske ambulatorier, kirurgiske ambulatorier, eller inkontinensklivniker, der var til rådighed [11]. Det er bemærkelsesværdigt, at der ud af de 114 inkontinente kvinder, der havde modtaget behandling i vores studie, ligeledes er 2,6% (3/114), som blev henvist.

Der kan være mange forklaringer på, hvorfor så få søger læge, men resultaterne fra dette studie tyder på, at tilstedeværelse af inkontinens ikke nødvendigvis resulterer i et behandlingsønske, hvis symptomet kun optræder i lettere grad, og derfor kun påvirker livskvaliteten i ringe omfang.

Inkontinente kvinder med behandlingsønske har dog også svært ved at søge læge, hvilket er i overensstemmelse med en tidligere Gallup-undersøgelse fra 1997 af 1.023 kvinder og mænd, i hvilken man fandt, at inkontinens var vanskeligt at præsentere for egen læge – i øvrigt kun overgået af seksuel dysfunktion og depression [10].

Betydningen af flere kliniske vejledninger for udredning og behandling af urininkontinens i både primær- og sekundærsektoren samt honorering af udfyldelse af væskevandladningskemaer i primærsektoren har ikke med sikkerhed kunne fastslås [10].

Inkontinens er tilsyneladende ofte ubehandlet og det til trods for, at der er både kirurgiske og noninvasive behandlingsmuligheder for de fleste. Ud af 114 kvinder med inkontinens i årene efter første graviditet og fødsel ønskede 18 (17%) behandling. Uanset tilstedeværelse af inkontinens eller ej så bekræftede 69% af kvinderne, at de udførte knibevelser mellem to gange månedligt og to gange dagligt, når de blev udspurgt specifikt om dette. Om denne træning var struktureret eller på noget tidspunkt superviseret var ikke oplyst. Hyppigheden af SI 12 år efter første fødsel var ikke signifikant forskellig hos kvinder, der rapporterede, at de udførte bækkenbundstræning i sammenligning med kvinder, der ikke gjorde [1]. Det er dog velkendt, at hvis bækkenbundstræning skal have nogen effekt på inkontinens, så skal træningen være grundig, hyppig og vedvarende. Det kan derfor ikke undre, at der ikke kunne demonstreres nogen betydende effekt.

Der kan også være mange forklaringer på, at ingen benyttede sig af servicelovens hjælpemidler; dels kan problemet synes for lille til at bruge tid på at an søge om hjælp, dels kan udgifterne af mange opfattes som overkommelige, og dels kan man i mange kom-

muner ikke få gratis bind uden at være undersøgt først.

Dette opfølgningsstudie er karakteriseret af stor besvarelse af spørgeskemaerne ved henholdsvis fem og 12 års opfølgning. Spørgsmålene om nedre urinvejsymptomer og især inkontinens har dog gennemgået en betragtelig udvikling i løbet af denne periode, som det ikke er muligt fuldstændigt at korrigere for ved gentagne opfølgninger. En vis *recall*-bias [12] af den modtagne behandling i denne periode kan heller ikke udelukkes, selv om vi fandt god overensstemmelse med besvarelserne angående behandling ved femårs opfølgningen [13]. Endelig kan det ikke udelukkes, at kvinder *uden* inkontinens ved 12-års opfølgningen har modtaget behandling ud over bækkenbundstræning og derfor ikke har symptomet mere. Denne mulighed burde dog være lille, idet det indsamlede journalmateriale ikke indeholdt oplysninger om dette.

Selv om SI og UI fluktuerer i årene efter første graviditet og fødsel, så stiger hyppigheden år for år. Mange kvinder har SI eller UI 12 år senere, men ganske få har symptomer, der er så alvorlige, at de opsøger læge for det. Ikke desto mindre er disse kvinder besværet af deres symptomer og interesserede i behandling, hvis de bliver spurgt.

KORRESPONDANCE: Lars Viktrup, Corporate Center Faris, Lilly Research Laboratories, Eli Lilly & Company, Indiana, USA. E-mail: viktrupla@lilly.com

ANTAGET: 17. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:248-54.
2. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Does the impact of subsequent incontinence risk factors depend on continence status during the first pregnancy or the postpartum period 12 years before? A cohort study in 232 primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:73.e1-4.
3. Viktrup L, Lose G. Incidence and remission of lower urinary tract symptoms during 12 years after the first delivery: a cohort study. *J Urol* 2008;180:992-7.
4. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardization of Terminology. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1988;114:5-19.
5. Viktrup L, Lose G, Rolff M et al. Urinvejsymptomer i relation til graviditet og fødsel hos førstegangsfødsende. *Ugeskr Læger* 1993;155:789-93.
6. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn* 2002;21:2-29.
7. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900-7.
8. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97:350-6.
9. Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298–305.
10. Viktrup L, Møller LA. The handling of urinary incontinence in Danish general practices after distribution of guidelines and voiding diary reimbursement: an observational study. *BMC Fam Pract* 2004;5:13.
11. MTV-rapport: Inkontinensbehandling i Danmark. En statusbeskrivelse over ambulant behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse. Center for Evaluerende og Medicinsk Teknologivurdering, 2001.
12. Viktrup L, Lose G. Do fertile women remember onset of stress incontinence; recall bias 5 years after 1st delivery. *Acta Scand Obstet Gynecol* 2001;80:952-5.
13. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after 1st delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:82-7.

Ekstraintestinale manifestationer ved inflammatorisk tarmsygdom

Stud.med. Signe Larsen, professor Klaus Bendtzen & overlæge Ole Haagen Nielsen

OVERSIGTSARTIKEL

Herlev Hospital, Gastroenheden, Medicinsk Sektion, og Rigshospitalet, Institut for Inflammationsforskning

RESUME

Ekstraintestinale manifestationer er relativt hyppige ved kronisk inflammatorisk tarmsygdom og påvirker led, hud, øjne og galdeveje. Af reumatologiske manifestationer ses oftest perifer arthritis og aksiale artropatier. Erythema nodosum og pyoderma gangraenosum er de hyppigste dermatologiske manifestationer, mens episkleritis, iridocyclitis og uveitis er oftalmologiske komplikationer. Konventionelle og biologiske lægemidler har vist sig effektive i behandlingen af flere af manifestationerne herunder perifer arthritis, pyoderma gangraenosum, erythema nodosum og episkleritis.

Colitis ulcerosa (UC) og Crohns sygdom (CD) er de to hovedsygdomme under fællesbetegnelsen kronisk inflammatorisk tarmsygdom (IBD). I Danmark er incidensen af UC 13,4 pr. 10⁵ og af CD 8,6 pr. 10⁵ [1]. Ætiologien er ukendt, og ud over tarminflammation er der også ekstraintestinale manifestationer [2-6].

Formålet med denne oversigt er at belyse de ekstraintestinale manifestationers hyppighed, diagnostik (klinisk og paraklinisk) og behandling (**Figur 1**).

De ekstraintestinale manifestationer er på et givet tidspunkt beskrevet at optræde hos 6-47% af IBD-populationen [2, 4, 6-10].

METODE

Ved dette litteraturstudie anvendtes søgeordene *Crohn's disease, inflammatory bowel disease* og *ulcerative colitis* kombineret med *adalimumab, anaemia, arthritis, bronchiolitis obliterans organizing pneumonia, cutaneous manifestations, erythema nodosum, extraintestinal manifestations, frequency, hyperhomocysteinemia, infliximab, iridocyclitis, lung disease, ocular manifestations, osteomalacia, pancreatitis, primary sclerosing cholangitis, renal stones, sulfasalazine, thromboembolism* og *treatment* i PubMed- og Cochrane-databaserne for perioden fra november 1991 til december 2008. Såvel engelsk- som dansksprogede artikler er inkluderet. Artikler er udvalgt efter klinisk relevans, de nyeste resultater og med vægt på randomiserede, klinisk kontrollerede undersøgelser.

EKSTRAINTESTINALE MANIFESTATIONER

Reumatologiske

I alt 20-35% af alle IBD-patienter (med ligelig køns-

fordeling) får på et tidspunkt ledsymptomer [2, 4, 9-12] (**Tabel 1**).

Perifer arthritis: 5-10% af patienter med UC og 10-20% med CD rammes af gener i form af perifer arthritis [2, 4]. Symptomerne er smerte, hævelse og indskrænket bevægelighed med ringe eller ingen leddestruktion. Der findes to typer af perifer arthritis: Type 1 afhænger af sygdomsaktiviteten ved IBD, påvirker mindre end fem store led oftest i de nedre ekstremiteter og varer gennemsnitligt få uger. Type 2 er uafhængig af IBD-aktiviteten, viser sig som symmetrisk polyarthritis med involvering af fem eller flere små led og kan vare i flere måneder [2, 4, 9, 10, 13, 14].

Blodprøver for reumafaktor, antinukleært antistof (ANA) og lupus erythematosus (LE) -faktor er negative. Diagnosen stilles klinisk ved hjælp af anamnese og objektiv undersøgelse [2-4]. Ved vedvarende symptomer bør patienterne udredes for reumatoid arthritis med henblik på at udelukke denne sygdom [2, 4].

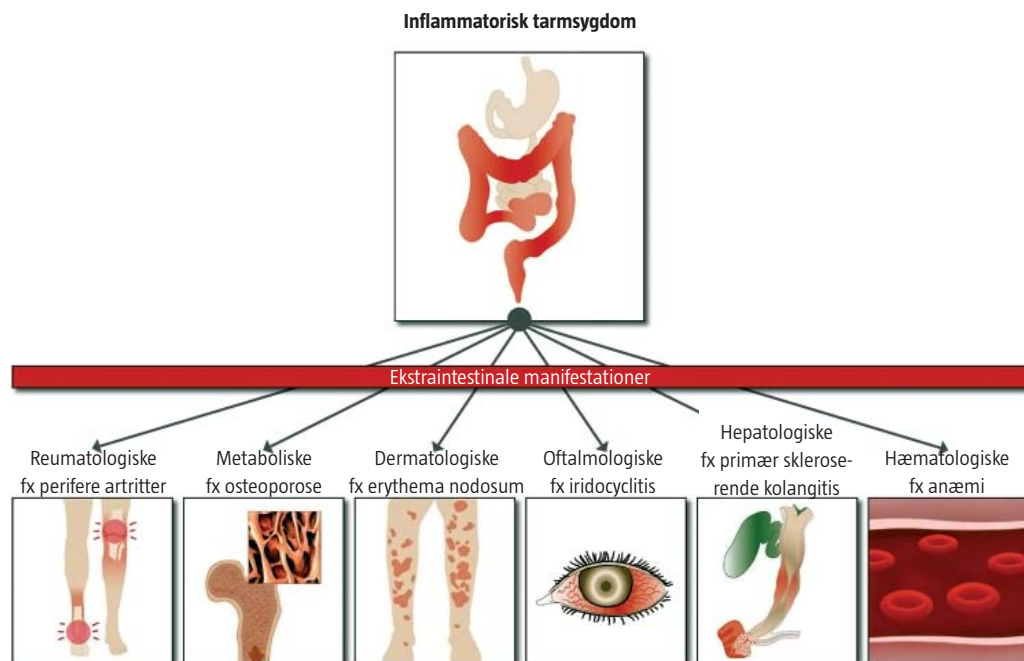
Den foretrukne behandling af type 1-generne er behandling af den underliggende IBD, da type 1 afhænger af sygdomsaktiviteten. Symptomatisk behandling er ofte sufficent. Her bør førstevalget være paracetamol. Nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer (NSAID) bør så vidt muligt undgås grundet deres potentiale til at aktivere inflammationen ved IBD [2, 4, 10, 12]. Ved type 2-gener kan behandling med sulfasalazin i en dosis op til tre gram daglig være gunstig. Hvis dette ikke har effekt, bør immunsuppressiv behandling med eksempelvis methotrexat (MTX) eller glukokortikoid initieres [2, 4, 5, 9, 10, 13]. For MTX anbefales en maksimal ugentlig dosis på 25 mg. MTX kan gives peroralt eller intramuskulært, men kun sidstnævnte administrationsvej virker også på selve tarmsygdommen. Ledsagende folinsyre (5 mg pr. uge) givet »midtvejs« mellem MTX-doseringerne anbefales for at reducere bivirkninger [2, 4].

Infliximab, som er et anti-tumornekrosefaktor (TNF)- α -immunoglobulin g1 (IgG1)-antistof, er effektivt i behandlingen af perifer arthritis, som er associeret til tarmsygdommens aktivitet. Infliximab doseres intravenøst 5 mg/kg legemsvægt til tiderne nul, to og seks uger eventuelt efterfulgt af en infusion hver ottende uge [5, 6, 9].



FIGUR 1

Ekstraintestinale manifestationer i hovedgrupper som ses ved inflammatorisk tarmsygdom.



Aksiale artropatier inkluderer isoleret sacroiliitis og progressiv ankyloserende spondylitis. De ses hos 3-10% af IBD-patienter og er ikke associeret til sygdomsaktiviteten [4, 10, 12].

Ankyloserende spondylitis (AS) ses oftere ved IBD (1-6%) end i baggrundsbefolkningen (0,25-1%) [2]. AS er karakteriseret ved spondylitis og sacroiliitis med smerter i nederste del af columna og morgenstivhed. Smerterne forværres i hvile og bedres ved bevægelse [4]. AS er koblet til perifer artrit hos 30% og til uveitis hos 25% af patienterne [2]. AS kan udvikles uafhængigt af IBD-aktiviteten [4, 6]. Diagnosen stilles ved hjælp af røntgen kombineret med objektive fund. Udredning samt behandling foretages bedst i et samarbejde mellem reumatolog og gastroenterolog.

Isoleret sacroiliitis ses, men de fleste patienter er asymptomatiske, og sygdommen er ikke progressiv. Prævalensen afhænger af den radiologiske diagnostik og varierer mellem 10% og 52%. Ofte mangler radiologiske fund, og diagnosen stilles derfor på baggrund af anamnese og objektive fund [2-4, 9].

Målet med behandlingen af de aksiale artropatier er at lindre smerte og hindre udviklingen af deformiteter [4]. Førstevalgsbehandling er fysioterapi sammen med hvile og sulfasalazin. Paracetamol eller tramadol anbefales som smertebehandling [9, 10, 12, 15]. Ved stærke smerter er magnetisk resonans (MR)-guidede injektioner af glukokortikoid i sakroiliaka-

leddet en mulighed [2, 9, 10, 12]. Behandling med anti-TNF- α -antistof (infliximab og adalimumab) anbefales, når patienten ikke responderer tilstrækkeligt på paracetamolbehandling givet i mindst tre måneder [4, 13, 16].

Metaboliske

Osteoporose: Prævalensen af osteoporose er omkring 15% – stigende med alderen. Patogenesen er multi-



FORKORTELSER

ANA = antinukleært antistof
 AS = ankyloserende spondylitis
 BOOP = bronkiolitis obliterans-organiserende pneumoni
 CD = Crohns sygdom
 DEXA = dual energy X-ray absorptiometry
 EN = erythema nodosum
 ERCP = endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi
 IBD = inflammatory bowel disease, kronisk inflammatorisk tarmsygdom
 MRCP = magnetisk resonans-kolangiopankreatikografi
 MTX = methotrexat
 NSAID = nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer
 PG = pyoderma gangraenosum
 PIE = pulmonal eosinofili med infiltrater
 PSC = primær skleroserende kolangitis
 TNF = tumornekrosefaktor
 UC = colitis ulcerosa
 UDCA = ursodeoxykolsyre



TABEL 1

Ekstraintestinale manifestationer ved kronisk inflammatorisk tarmsygdom.

Hyppige manifestationer	Sjældnere manifestationer
<i>Reumatologiske</i>	Tromboemboli
Perifer arthritis	Hyperhomocysteinæmi
Ankyloserende spondylitis	Nyresten
Isoleret sacroiliitis	Bronkiectasi
<i>Metaboliske</i>	Kronisk bronkitis
Osteoporose	BOOP
<i>Dermatologiske</i>	Pulmonal eosinofili
Erythema nodosum	Pankreatitis
Pyoderma gangraenosum	
Aftøs stomatitis	
<i>Oftalmologiske</i>	
Episkleritis/skleritis	
Iridocyclitis	
Uveitis	
<i>Hepatologiske</i>	
Primær skleroserende kolangitis	
Galdesten	
<i>Hæmatologiske</i>	
Anæmi	

faktoriel, og risikoen for frakturer varierer meget i forskellige studier [3]. De vigtigste faktorer er den kumulerede steroiddosis, hypogonadisme induceret af IBD, malabsorption af calcium og vitamin D, lavt *body mass index*, inaktivitet, sygdomsaktivitet og alder [2, 3, 9].

Det er uklart, om knogletabet primært skyldes sygdommen eller dens behandling, men det er under alle forhold vigtigt at begrænse glukokortikoidindtaget [2, 10, 13, 17-20]. Vitamin D/kalksupplement bør overvejes til patienter over 60 år; behandling med bisfosfonater i tilfælde af osteoporose, der er identificeret ved densitometri/dual energy X-ray absorptiometry (DEXA)-skanning, osteoporotiske frakturer eller intensiv glukokortikoidbehandling, samt korrektion af tidlig menopause eller mandlig hypogonadisme ved hormonbehandling [3, 9]. Ved svært knogletab har behandling med knogledannende komponenter, herunder intermitterende lavdosis humant parathyroideahormon, vist lovende resultater [4].

Dermatologiske

Erythema nodosum (EN), pyoderma gangraenosum (PG) og orale ulcerationer er de mest almindelige (muko)kutane manifestationer ved IBD og er oftest relateret til sygdomsaktiviteten [2].

EN er den mest almindelige dermatologiske manifestation ved IBD [2, 6, 21] og findes hos 3-20% af IBD-patienterne [5, 10, 13]. Den afficerer det subkutane fedt, oftest i tibiaregionen og ses som hævede,

erytematøse, varme, runde, ømme subkutane noduli på 1-5 cm i diameter [2, 4, 9, 10, 21]. Denne komplikation ses ofte i forbindelse med eksacerbation af IBD, og den er normalt selvlimiterende eller bedres i forbindelse med behandling af den underliggende IBD [4, 5, 13, 21]. EN heler normalt uden ulcerationer. Ætiologien er ukendt [2, 10]. Hudbiopsi viser fokal panniculitis, men er oftest ikke nødvendig [4, 9].

Der er ingen specifik behandling af EN; i svære tilfælde kan orale glukokortikoider anvendes [2, 9, 10, 21]. Dapson samt infliximab har vist sig effektive i behandlingen af svære eller refraktoriske læsioner [4, 10].

PG ses blandt 1-2% af IBD-patienterne [3, 7, 10, 13]. Omvendt har 26-50% af PG-patienterne IBD [2].

PG optræder oftest i tibiaregionen og fremstår som en øm erytematøs papel, der udvikler sig til en blygrå væskeblære med central nekrose og sidenhen ulceration. Diagnosen stilles klinisk, og biopsi bør undgås, da denne kan forværre manifestationerne [2, 4, 9, 10, 21].

PG er den alvorligste hudmanifestation ved IBD, og tidlig og aggressiv behandling er nødvendig for at begrænse yderligere vævsskade [2, 4]. Lokal sårpleje består af forbindinger, forsigtig débridement af nekrotisk væv, løbende våde saltkompressioner og hydrokolloid forbindelse [2]. Som førstevalgsbehandling anbefales imidlertid prednisolon i doseringen 0,5-1 mg/kg/døgn [4, 9, 10, 13, 21]. Ved steroidafhængighed eller ved manglende effekt efter en kortere periode kan anden immunsuppressiv behandling initieres med azathioprin/6-mercaptopurin, men effekten indtræder først efter minimum 8-10 ugers behandling [2]. Ved milde tilfælde har en kombination af glukokortikoid med dapson gunstig effekt. Startdosis af dapson er 100 mg pr. os/døgn, gradvist stigende til 200-300 mg/døgn. Biologiske anti-TNF- α -antistoffer (infliximab og adalimumab) har også vist sig at være effektive, også i tilfælde hvor patienterne er resistente over for konventionel behandling [2, 9, 13, 21-24]. Behandlingstiden til fuldstændig heling er gennemsnitligt tre måneder [4]. Omkring 35% af patienterne får dog senere recidiv [2].

Aftøs stomatitis findes hos op til 10% af UC-patienterne og 20-30% af CD-patienterne [2]. Aftøs stomatitis viser sig som små, superficielle, mukobukkale sår, som kan optræde i grupper eller spredt.

Lokalbehandling med glukokortikoider i form af cremer eller mundskylde er effektiv [4, 21].

Oftalmologiske

I alt 2-10% af alle IBD-patienter oplever oftalmologiske gener [2, 7, 25].

Episkleritis ses fortrinsvist ved CD som en smertefri hyperæmi af konjunktiva og sklera uden visuelle forstyrrelser [2, 4-6, 9, 10, 13]. Rødmen kan være lokal eller diffus, og smerte eller ømhed ved palpation er almindelig [26]. Episkleritis er tæt relateret til sygdomsaktiviteten og er blevet brugt som en indikator for IBD-aktiviteten [4].

Antiinflammatorisk behandling består af lokal glukokortikoid og behandling af den underliggende tarmsygdom [2, 4, 6, 9, 10, 25].

Skleritis kan påvirke synet og ses som lokal eller diffus anterior rødme med moderate til svære smerter samt ømhed ved palpation. Skleritis kan skelnes fra episkleritis, idet sclera ved førstnævnte fremstår mere lyserød end hvid mellem de dilaterede overfladiske kar.

Da skleritis kan føre til nethindeløsning eller hævelse af nervus opticus, bør behandlingen være tidlig og aggressiv og bestå af systemiske glukokortikoider eller andre immunsuppressiva [10, 26].

Iridocyclitis (anterior uveitis) er beskrevet hos 4-6% af IBD-patienterne og er karakteriseret ved smerter, sløret syn og fotofobi [10]. Er øjet voldsomt afficeret, vil pupillerne blive miotiske, og der kan fremkomme et langsommere pupillært lysrespons [26]. Iridocyclitis er associeret med tarmsygdommens aktivitet. Behandlingen består af lokale glukokortikoider [12].

Uveitis ses hos 0,5-3% af IBD-patienter, oftest hos kvinder og ikke relateret til IBD-aktiviteten [2, 4]. Uveitis optræder oftest bilateralt som en smertefuld tilstand med sløret syn og fotofobi [2, 4, 5, 9, 10]. Den endelige diagnose stilles med en spaltelampeundersøgelse [9, 26].

Umiddelbar behandling med glukokortikoider (systemisk eller lokalt) er nødvendig, da ubehandlet uveitis kan medføre blindhed. Glukokortikoidresistente tilfælde er behandlet med cyclosporin A og infliximab med godt resultat [4, 5, 9, 27].

Hepatologiske

Primær skleroserende kolangitis (PSC) ses hos 2,4-7,5% af IBD-patienterne, hyppigst ved UC. Omvendt er prævalensen af IBD blandt PSC-patienter 70-80%. PSC udvikler sig uafhængigt af IBD's aktivitetsniveau [3, 4, 6, 7, 9].

Sygdommen er en autoimmun leversygdom og karakteriseres ved inflammation og fibrose af de intra- og ekstrahepatiske galdegange. Symptomerne kan være træthed, pruritus, ikterus og abdominalt ubehag i øvre højre kvadrant, men 15-70% af patienterne med PSC er asymptomatiske. Basisk fosfatase er forhøjet tidligt i forløbet [3, 4]. Leverbiopsi, kolangiografi eller endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP)/magnetisk resonans-kolan-

giopankreatikografi (MRCP) er nødvendige for at stille diagnosen [2-4, 9, 10].

Ursodeoxykolsyre (UDCA) i dosering på ca. 20 mg/kg reducerer risikoen for kolorektal dysplasi ved UC (dog mangler data for UC-patienter uden PSC) [2, 9, 10, 28, 29]. Dette er vigtigt, da UC-patienter med PSC ellers løber en væsentlig risiko for at udvikle både galdegangs- og kolorektal neoplasi sammenlignet med IBD-patienter uden PSC og baggrundsbefolkningen. På baggrund af risikoen for udvikling af kolangiokarcinom bør tidlig henvisning af PSC-patienter til specialafdeling overvejes under hensyntagen til vurdering for eventuel levertransplantation [5, 10].

Tidlig behandling af kolestase pga. inflammation i galdegangene er nødvendig for at undgå septiske komplikationer; den består i endoskopisk dilatation med eller uden stentindsættelse [2].

Galdesten (cholelithiasis) udvikles hos ca. 10% af IBD-patienterne, hyppigst ved CD, og er et resultat af malabsorption af galdesalte fra den inflammerede terminale ileum [2, 3]. Abnormaliteter i leverfunktionen er i øvrigt almindelige hos patienter med fejlnæring, sepsis og fedtlever som følge af langvarig IBD-aktivitet [2]. Symptomerne er abdominale smerter efter fødeindtag hyppigt med kvalme og evt. opkast. Diagnosen stilles anamnestic evt. ved hjælp af UL-skanning.

Behandling af symptomgivende galdesten er laparoskopisk kolecystektomi.

Hæmatologiske

Anæmi ses hos ca. en tredjedel af IBD-patienterne (hæmoglobin < 8 mmol/l for mænd og < 7 mmol/l for



FAKTABOKS

Kronisk inflammatorisk tarmsygdom (IBD) er en ret hyppig sygdom (incidensen er ca. 22 pr. 100.000 pr. år), og op mod halvdelen af IBD-populationen rammes på et tidspunkt af ekstraintestinale manifestationer.

Langt de hyppigste ekstraintestinale manifestationer er perifer arthritis, aksiale artropatier, osteoporose, erythema nodosum, episkleritis/iridocyclitis og anæmi.

Flere manifestationer (bl.a. perifer arthritis, erythema nodosum og episkleritis/iridocyclitis) ses oftest i forbindelse med eksacerbation af IBD og bedres ved behandling af denne grundsygdom.

Perifer arthritis, aksiale artropatier, uveitis samt pyoderma gangraenosum responderer godt på behandling med biologiske lægemidler (anti-tumornekrosefaktor α -antistoffer f.eks. infliximab og adalimumab).

Denne oversigtartikel gennemgår de enkelte ekstraintestinale manifestationer med henblik på diagnostik og behandling.

kvinder) og er den mest almindelige systemiske komplikation ved IBD [3]. Anæmi skyldes oftest jernmangel som følge af malabsorption eller intestinal blødning [30], men kan ved kronisk sygdom også skyldes en øget mængde inflammatoriske cytokiner (bl.a. interleukin-6), som i sidste ende blokerer jernfrigivelsen fra makrofager, hepatocytter og enterocytter [31]. Der ses dog også andre og sjældnere årsager til anæmi [30].

Behandling bør overvejes hos alle patienter med en hæmoglobinværdi under normalen. Oral jernbehandling er oftest sufficient, men intravenøs jernterapi kan i sjældne tilfælde komme på tale. Yderst sjældent er erythropoietinbehandling gavnlig for patienter, hvor jernbehandling har vist sig utilstrækkelig [3, 4, 30].

SJÆLDNERE MANIFESTATIONER

Tromboemboliske

Risikoen for tromboemboliske komplikationer er tre-fire gange højere hos IBD-patienter sammenlignet med baggrundspopulationen [3, 4, 13]. Dyb venetrombose og pulmonær emboli kan optræde i en yngre alder ved IBD end blandt non-IBD-patienter – og oftere ved aktiv eller kompliceret IBD [3]. Det er vist, at IBD er en selvstændig risikofaktor for tromboseudvikling, og tromboemboliske komplikationer er en ikke sjælden årsag til død ved IBD [2, 3]. Størstedelen af IBD-patienter med tromboemboliske tilfælde har aktiv sygdom.

Hyperhomocysteinæmi, som er mere almindelig hos IBD-patienter end hos kontroller, er associeret med en øget risiko for tromboemboliske tilfælde [2, 3]. Diagnosen stilles på en plasmahomocystein $\geq 12,1$ mikromol/l [30]. Mangel på vitamin B₆, B₁₂ eller folinsyre eller brug af folinsyrehæmmende stoffer (f.eks. MTX, sulfasalazin) kan føre til en erhvervet homocysteinæmi. *American Heart Institute* anbefaler et homocysteinniveau < 10 mikromol/l som et terapeutisk mål [32].

Renale

Incidensen af nyresten ligger på 12-28% hos IBD-patienter, hyppigst hos CD [33]. Nyrestenene består primært af kalciumoxalat eller urinsyre [34].

Symptomerne på nyresten er kraftige, periodevis smerter i nyrelogen, hvor patienten oftest er øm, med udstråling nedad og anteriort. Diagnosen stilles oftest ved computertomografisk urografi.

Forebyggelse af sten i urinvejene består af opretholdelse af væskebalancen og alkalisering af urinen [2]. Ved et lavt citrat x magnesium/kalcium-urinniveau bør magnesiumtilskud sigte mod at korrigere magnesiumindholdet i urinen i stedet for at justere serumniveauet til normalværdien. Desuden kan urin-

citratniveauet korrigeres ved et citrattilskud [33]. Ved recidiv er allopurinol effektivt [34].

Pulmonale

Lungefunktionen er subklinisk nedsat hos 40-60% af IBD-patienterne afhængig af sygdomsaktiviteten [2, 35]. Det drejer sig bl.a. om nedsat diffusionskapacitet for kulilte [36, 37]. Klinisk erkendelig lungesygdom er derimod meget sjælden.

Kronisk bronkitis, bronkiektasi og bronkiolitis er alle beskrevet i forbindelse med IBD [2, 10, 36, 37]. Bronkiolitis obliterans-organiserende pneumoni (BOOP) og pulmonal eosinofili med infiltrater (PIE) kan induceres af sulfasalazin eller 5-acetylsalicylsyre (5-ASA)-præparater, men begge sygdomme ses også uafhængigt af denne medicin.

Pankreatiske

Risikoen for akut pankreatitis er dobbelt så stor for UC-patienter som for baggrundsbefolkningen og fire gange så stor for CD-patienterne [2, 38, 39]. Prævalensen af pankreatitis hos patienter i azathioprin- eller 6-mercaptopurin-behandling er mellem 1,4% og 5% [40]. Idiopatisk pankreatitis ses hos 1-1,5% af IBD-patienterne [2].

KONKLUSION

IBD-patienter kan udvikle en bred vifte af ekstraintestinale manifestationer. Flere af disse er alvorlige med risiko for betydelige gener, invaliditet og øget mortalitet. Der er i dette litteraturstudie redegjort for den nyeste viden om hyppighed, diagnostik og behandling af disse manifestationer.

KORRESPONDANCE: Signe Larsen c/o Ole Haagen Nielsen, Gastroenheden, Medicinsk Sektion, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, DK-2730 Herlev. E-mail: signelarsen@stud.ku.dk, ohn@dadlnet.dk

ANTAGET: 18. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Vind I, Riis L, Jess T et al. Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen city and county, 2003-2005: A population-based study from the Danish Crohn colitis database. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1274-82.
2. Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol* 2006;12:4819-31.
3. Danese S, Semeraro S, Papa A et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2005;11:7227-36.
4. Agrawal D, Rukkannagari S, Kethu S. Pathogenesis and clinical approach to extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2007;53:233-48.
5. Barrie A, Regueiro M. Biologic therapy in the management of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflam Bowel Dis* 2007;13:1424-9.
6. Siemanowski B, Regueiro M. Efficacy of infliximab for extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Curr Treat Opt Gastroenterol* 2007;10:178-84.
7. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P et al. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1116-22.
8. Ricart E, Panaccione R, Loftus E et al. autoimmune disorders and extraintestinal manifestations in first-degree familial and sporadic inflammatory bowel disease a case-control study. *Inflam Bowel Dis* 2004;10:207-14.

9. Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis* 2008;40:5253-9.
10. Williams H, Walker D, Orchard TR. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2008;10:597-605.
11. Bernstein CN, Wajda A, Blanchard JF. The clustering of other chronic inflammatory diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Gastroenterology* 2005;129:827-36.
12. Juillerat P, Mottet C, Pittet V et al. Extraintestinal manifestations of Crohn's disease. *Digestion* 2007;76:141-8.
13. Loftus EV. Management of extraintestinal manifestations and other complications of inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2004;6:506-13.
14. Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut* 1998;42:387-91.
15. Chen J, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004800.
16. Haibel H, Rudwaleit M, Listing J et al. Efficacy of adalimumab in the treatment of axial spondylarthritis without radiographically defined sacroiliitis: results of a twelve-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial followed by an open-label extension up to week fifty-two. *Arthritis Rheum* 2008;58:1981-91.
17. Jahnsen J, Falch JA, Mowinkel P et al. Bone mineral density in patients with inflammatory bowel disease: a population-based prospective two-year followup study. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:145-53.
18. Bernstein CN, Leslie WD. The pathophysiology of bone disease in gastrointestinal disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003;15:857-64.
19. Rodríguez-Borés L, Barahona-Garrido J, Yamamoto-Furusho JK. Basic and clinical aspects of osteoporosis in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2007;13:6156-65.
20. Lopez I, Buchman AL. Metabolic bone disease in IBD. *Curr Gastroenterol Rep* 2000;2:317-22.
21. Timani S, Mutasim DF. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Clin Dermatol* 2008;26:265-73.
22. Regueiro M, Valentine J, Plevy S et al. Infliximab for treatment of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1821-6.
23. Traczewski P, Rudnicka L. Adalimumab in dermatology. *Br J Clin Pharmacol* 2008;66:618-25.
24. Brooklyn TN, Dunnill NG, Shetty A. Infliximab for the treatment of pyoderma gangrenosum: a randomized, double blind, placebo controlled trial. *Gut* 2006;55:505-9.
25. Yilmaz S, Aydemir E, Maden A. The prevalence of ocular involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:1027-30.
26. Mintz R, Feller ER, Bahr RL et al. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:135-9.
27. Ally MR, Veerappan GR, Koff JM. Treatment of recurrent Crohn's uveitis with infliximab. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2150-1.
28. Pardi DS, Loftus EV, Kremers WK et al. Ursodeoxycholic acid as a chemopreventive agent in patients with ulcerative colitis and primary sclerosing cholangitis. *Gastroenterology* 2003;124:889-93.
29. Tung BY, Emond MJ, Haggitt RC et al. Ursodiol use is associated with lower prevalence of colonic neoplasia in patients with ulcerative colitis and primary sclerosing cholangitis. *Ann Intern Med* 2001;134:89-95.
30. Gasche C, Berstad A, Befrits R et al. Guidelines on the diagnosis and management of iron deficiency and anemia in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:1545-53.
31. Ganz T. Molecular pathogenesis of anemia of chronic disease. *Pediatr Blood Cancer* 2006;46:554-7.
32. Romagnuolo J, Fedorak RN, Dias VC. Hyperhomocysteinemia and inflammatory bowel disease: Prevalence and predictors in a cross-sectional study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2143-9.
33. McConnell N, Campbell S, Gillanders I et al. Risk factors for developing renal stones in inflammatory bowel disease. *BJU Int* 2002;89:835-41.
34. Pardi DS, Tremaine WJ, Sandborn WJ et al. Renal and urologic complications of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:504-14.
35. Herrlinger KR, Noftz MK, Dalhoff K et al. Alterations in pulmonary function in inflammatory bowel disease are frequent and persist during remission. *Am J Gastroenterol* 2002;97:377-81.
36. Hoffmann RM, Kruis W. Rare extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:140-7.
37. Black H, Mendoza M, Murin S. Thoracic manifestations of inflammatory bowel disease. *Chest* 2007;131:524-32.
38. Bermejo F, Lopez-Sanroman A, Taxonera C et al. Acute pancreatitis in inflammatory bowel disease, with special reference to azathioprine-induced pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:623-8.
39. Rasmussen HH, Fonager K, Sørensen HT et al. Risk of acute pancreatitis in patients with chronic inflammatory bowel disease. A Danish 16-year nationwide follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:199-201.
40. Urlep D, Mamula P, Baldassano R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2005;51:147-63.

Walk-in-spirometri-pilotundersøgelse til tidlig opsporing af kronisk obstruktiv lungesygdom

Reservelæge Anders Løkke, afdelingssygeplejerske Lotte Bloch Christensen & cand.scient. Charlotte Fuglsang

RESUME

INTRODUKTION: I Danmark anvendes årligt ca. 10% af de samlede sygehus- og sygesikringsomkostninger til behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og der er udsigt til en drastisk stigning i nær fremtid. Vi har i samarbejde med Danmarks Lungeforening afprøvet en model for tidlig opsporing af KOL ved hjælp af lungefunktionsmåling.

MATERIALE OG METODE: I alt 344 personer i Århus og omegn tog imod et anonymt tilbud om en gratis *walk-in*-spirometriundersøgelse i SundhedsCenter Århus, og 291 af disse udfyldte et spørgeskema. I alt 135 rygere og/eller personer med nedsat lungefunktion mødte frem til den anden undersøgelse med fornyet spirometrimåling og et uddybende spørgeskema. Personer med KOL blev stadieinddelt i henhold til retningslinjerne fra *Global Initiative for Obstructive Lung Disease* (GOLD).

RESULTATER: 61% af de fremmødte var kvinder på 60 år og

derover. 43% havde en normal lungefunktionsmåling ved første undersøgelse. Kun hver fjerde med KOL vidste i forvejen, at de var lungesyg. 33% af de fremmødte ville være gået til egen læge for at få lungerne undersøgt. Rygestopsfrekvensen mellem de to undersøgelser var 11-16%.

KONKLUSION: Ved det anvendte *walk-in*-design kan man med et relativt beskedent resurseforbrug opspore en stor gruppe personer med uerkendt mild til moderat KOL og samtidig motivere til rygestop. Det er for tidligt at udtale sig om, hvorvidt rygestopet er af varig karakter.

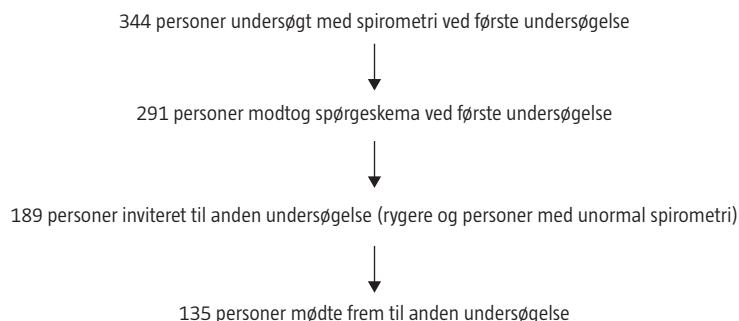
ORIGINALARTIKEL

Regionshospitalet
Silkeborg, Medicinsk
Afdeling, Århus
Universitetshospital,
Århus Sygehus,
Lungemedicinsk
Afdeling, og Danmarks
Lungeforening

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en lungesygdom, der er karakteriseret ved en kronisk betændelsestilstand i luftvejene, som over tid medfører tiltagende luftvejsobstruktion og dermed gradvis

 **FIGUR 1**

Flow chart over de inkluderede personer.



reduktion af lungefunktionen. Tobaksrygning er den største risikofaktor for udvikling af KOL, og omkring 40% af alle rygere udvikler med tiden sygdommen [1]. Symptomerne udvikler sig langsomt ofte over flere år. Mange vænner sig til deres symptomer, hvorfor den første lægekontakt og diagnose oftest først stilles, når lungefunktionen er betydeligt nedsat.

Baggrunden for denne undersøgelse er, at KOL på verdensplan er en af de hyppigste årsager til sygelighed og død, og at andelen af KOL-patienter forventes at være stigende [2-4]. Til trods herfor foreligger der på verdensplan endnu kun meget få undersøgelser vedrørende tidlig opsporing af KOL [5].

I en nylig prævalensundersøgelse på baggrund af 4. Østerbroundersøgelse fra 2001-2004 anslås, at der i Danmark findes ca. 440.000 KOL-patienter i henhold til de internationale KOL-klassifikationer fra *Global Initiative for Obstructive Lung Disease* (GOLD) [6, 7]. Af disse kender vi kun en brøkdel – helt overvejende de sværest syge.

I Danmark anvendes årligt ca. 10% (tre milliarder kroner) af de samlede sygehus- og sygesikringsomkostninger til behandling af patienter med KOL [8], og derfor er det nødvendigt at fokusere på, hvordan de fremtidige sundhedsudgifter (om 10-15 år) kan begrænses ved at forhindre, at patienter med henholdsvis mild og moderat KOL progredierer til moderat/svær KOL.

Formålet med denne undersøgelse var at opspore personer, som havde uerkendt KOL og personer, som var i risiko for at udvikle KOL senere i livet samt om muligt at påvirke dem til rygestop.

Midlet er en spirometri, også kaldet en lungefunktionsmåling, som er den undersøgelse, man bruger til at stille diagnosen KOL med.

Danmarks Lungeforening har i 2005/2006 tilbudt gratis lungefunktionsmåling efter et *walk-in*-koncept [9]. I samarbejde med Danmarks

Lungeforening har vi afprøvet en udvidet *walk-in*-model for tidlig opsporing af KOL. De første undersøgelsesresultater er gengivet i denne artikel.

MATERIALER OG METODE

I alt 12 gange i perioden fra januar 2007 til marts 2008 (fraset juli og august 2007) kunne borgere i Århus og omegn den første mandag i måneden mellem kl. 16 og kl. 18 komme ind direkte fra gaden og få foretaget en gratis spirometriundersøgelse i sundhedscentret i Jægergårdsgade 97, 8000 Århus C. Tilbuddet, som primært var rettet mod rygere og eks-rygere, blev formidlet via annoncer i Århus Onsdag, en lokal gratisavis. Hver gang var der to sygeplejersker og en læge til stede.

I alt 344 personer tog imod tilbuddet. De første 53 personer blev anonymt registreret med højde, alder, køn og spirometridata. Data for disse personer indgår alene i opgørelsen over lungefunktionsresultaterne. De resterende 291 personer fik udleveret et spørgeskema og blev bedt om at oplyse navn, adresse og telefonnummer, såfremt de var interesserede i en evt. genindkaldelse.

Alle rygere og alle med en unormal spirometri blev genindkaldt til en fornyet spirometri fire til seks måneder efter første undersøgelse (af 202 personer angav 189 kontaktdata). Når rygere også blev genindkaldt, var det for at kunne registrere, om de i mellemtiden var stoppet med at ryge, og hvis det ikke var tilfældet, at forsøge at påvirke dem til rygestop.

Til de personer, som ikke reagerede på genindkaldelsen, blev indkaldelsen gendsendt. Af de 189 genindkaldte personer mødte 135 personer (71%) frem til anden undersøgelse (se *flow chart* i **Figur 1**). Ved anden undersøgelse blev der udleveret et udvidet spørgeskema.

Lungefunktionsmålingerne blev udført af trænnede lungesygeplejersker. Der blev anvendt elektroniske spirometre af typen EasyOne (ndd Medizintechnik AG, Technoparkstrasse 1 CH-8005 Zürich, Schweiz), og alle fik udleveret en kopi af deres lungefunktionsmåling. Ved hver lungefunktionsmåling blev der udført mindst tre spirometrimålinger. Kriteriet for korrekt udførelse af spirometrien var gennemførelse af mindst to målinger, som afveg mindre end 5% fra hinanden. Den højeste målte værdi af både luftvolumen i første udåndingssekund (FEV₁) og total luftvolumen i en udånding (FVC) blev brugt som absolutte værdier i analysen. FEV₁ blev desuden udregnet som procent af den forventede værdi ud fra referenceværdier, der var baseret på en undergruppe af raske aldrigrygere [10].

KOL-stadieinddeling skete iht. GOLD, idet vi dog anvendte spirometrimål uden brug af bronkodilatorer medikamenter:

GOLD stadie 1:

$FEV_1/FVC < 70\%$ og $FEV_1 > 80\%$ af forventet

GOLD stadie 2:

$FEV_1/FVC < 70\%$ og FEV_1 50-80% af forventet

GOLD stadie 3:

$FEV_1/FVC < 70\%$ og FEV_1 30-50% af forventet

GOLD stadie 4:

$FEV_1/FVC < 70\%$ og $FEV_1 < 30\%$ af forventet

Personer med normal spirometri blev rubriceret som raske uden hensyntagen til, om de havde eventuelle risikofaktorer, og/eller om de havde kroniske lungesymptomer. Personer, som ikke opfyldte ovenstående kriterier for KOL, men som havde en unormal spirometri, blev rubriceret som potentielt lungesygge. Alle personer med en unormal lungefunktion blev samtidig tilbudt en uddybende samtale med en læge med lungemedicinsk erfaring. Disse personer blev endvidere mundtligt opfordret til at kontakte deres praktiserende læge, og fik til det formål udleveret et standardbrev med henblik på stillingtagen til nærmere udredning, medicinering m.m. Alle rygere blev tilbudt en kort, motiverende rygestopsamtale i forlængelse af spirometrimålingen ved såvel første som anden undersøgelse.

Projektet blev anmeldt til og godkendt af Datatilsynet. Endvidere blev Lægemiddelstyrelsen og Videnskabsetisk Komité i Region Midtjylland kontaktet. Begge instanser fandt, at der ikke var basis for en egentlig anmeldelse.

De statistiske beregninger blev foretaget vha. MS Office 2003, Excel Pivottabeller.

RESULTATER

Tabel 1 viser grundkarakteristika fra første undersøgelse (344 personer).

66% var over 60 år, 61% var kvinder og aldersgennemsnittet var 62,6 år med spredning fra 20 til 90 år og uden signifikant forskel i alder mellem kønnene. Med hensyn til rygerstatus var fordelingen 24% aldrigrygere, 41% eksrygere og 35% rygere. Der var lidt flere kvindelige aldrigrygere (27%) sammenlignet med andelen hos mændene (20%).

Blandt rygere var ønsket om rygestop mere udtalt hos mændene (71%) end hos kvinderne (58%). Ved anden undersøgelse ønskede lige mange kvinder og mænd rygestop, nemlig 53% (32 ud af 60 personer). 35% af de adspurgte anførte, at de havde planer om kontakt til deres egen læge inden for de kommende seks måneder for at få deres lunger undersøgt.

Kun 24% af dem, som fik konstateret KOL, havde i forvejen en kendt lungesygdom. Blandt personer med svær eller meget svær KOL vidste 73% (ti ud af 13 personer), at de havde en lungesygdom. I gruppen

med moderat KOL vidste 35% (17 ud af 51 personer), at de var lungesygge, mens kun 5% (tre ud af 63 personer) i gruppen med mild KOL var vidende herom.

I **Tabel 2** er alle personer fra henholdsvis første og anden undersøgelse (344 personer) vist iht. resultatet af deres lungefunktionsmåling med angivelse af antal pr. gruppe og i procent for begge køn. Ved første undersøgelse viste lungefunktionsmålingerne, at 43% var raske, 5% kunne ikke gennemføre anvendelig spirometri, og 9% blev placeret i gruppen potentielt lungesygge. 21% havde mild KOL svarende til GOLD 1, 17% havde moderat KOL svarende til GOLD 2, og 5% havde svær eller meget svær KOL svarende til GOLD 3+4.

Det fremgår endvidere, at andelen af personer, som ved første undersøgelse oplyste, at de fik lungemedicin, udgjorde 3% i gruppen med raske, 5% i gruppen med mild KOL, 25% i gruppen med moderat KOL og 63% i gruppen med svær til meget svær KOL. Blandt de potentielt lungesygge fik 13% lungemedicin,



TABEL 1

Grundkarakteristika for deltagerne ved første undersøgelse.

	Kvinder	Mænd	Begge køn
Alder ≤ 60 år, n (%)	70	45	115 (33)
Alder > 60 år, n (%)	137	89	226 (66)
Ved ikke, n (%)	3	0	3 (1)
I alt, n (%)	210 (61)	134 (39)	344 (100)
Yngste deltager, alder, år	20	20	-
Ældste deltager, alder, år	89	90	-
Aldersgennemsnit, år	62,1	63,5	62,6
Aldrig ryger, n (%)	47	23	70 (24)
Eksryger, n (%)	69	51	120 (41)
Ryger, n (%)	60	41	101 (35)
I alt, n (%)	176 (61)	115 (39)	291 (100)
<i>Overvejer rygestop?</i>			
Ja	35	29	64 (63)
Nej	15	6	21 (21)
Ved ikke/ubesvaret	10	6	16 (16)
I alt			101 (100)
<i>Planer om lægebesøg pga. lunger inden for seks måneder?</i>			
Ja	59	42	101 (35)
Nej	93	62	155 (53)
Ved ikke/ubesvaret	24	11	35 (12)
I alt			291 (100)
<i>Kendt lungesygdom blandt KOL-patienter?</i>			
Ja	18	12	30 (24)
Nej	40	30	70 (55)
Ved ikke/ubesvaret	15	12	27 (21)
I alt			127 (100)

KOL = kronisk obstruktiv lungesygdom.



TABEL 2

Fordeling af deltagerne efter resultatet af deres lungefunktionsmåling ved henholdsvis første og anden undersøgelse. Værdierne er antal deltagere (%).

	Raske	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3+4	Potentielt lungesygge	Mangler data	I alt
<i>Første undersøgelse</i>							
Kvinder	95	40	37	10	20	8	210
Mænd	54	33	23	6	10	8	134
Begge køn	149 (43)	73 (21)	60 (17)	16 (5)	30 (9)	16 (5)	344 (100)
Lungemedicin							
Ja	4 (3)	4 (5)	15 (25)	10 (63)	4 (13)	1 (6)	38 (11)
Nej	81 (54)	42 (58)	28 (47)	2 (13)	9 (30)	10 (63)	172 (50)
Ved ikke	44 (30)	17 (23)	8 (13)	1 (6)	7 (23)	4 (25)	81 (24)
Ej adspurgt	20 (13)	10 (14)	9 (15)	3 (19)	10 (33)	1 (6)	53 (15)
<i>Anden undersøgelse</i>							
Kvinder	42	9	16	6	7	-	80
Mænd	26	9	10	4	6	-	55
Begge køn	68 (50)	18 (13)	26 (19)	10 (7)	13 (10)	-	135 (100)
Lungemedicin							
Ja	6 (9)	3 (17)	7 (27)	4 (40)	3 (23)	-	23 (17)
Nej	53 (78)	15 (83)	17 (65)	2 (20)	7 (54)	-	94 (70)
Ved ikke	9 (13)	0	2 (8)	4 (40)	3 (23)	-	18 (13)

GOLD 1-4 = Klassifikation af sværhedsgraden af kronisk obstruktiv lungesygdom fra *Global Initiative for Obstructive Lung Disease*.

og gennemsnittet for alle grupperne er 11%. Da andelen af personer, som svarede *ved ikke*, eller som ikke blev adspurgt, udgjorde op til 43%, skal tallene tages med et vist forbehold. En tilsvarende om end knap så markant sammenhæng sås imidlertid i anden undersøgelse, hvor andelen af *ved ikke* samlet set kun var 13%.

Tabel 3 viser fordelingen af personer med nyopdaget KOL ved første undersøgelse iht. GOLD, køn og alder. Der var i alt 70 personer med en obstruktiv spirometri ved første undersøgelse, som havde svaret *nej*



TABEL 3

Fordeling af antal nyopdagede personer med kronisk obstruktiv lungesygdom ved første undersøgelse efter GOLD-klassifikation, køn, og alder.

	40-59 år	60-74 år	74-89 år	I alt
Kvinder				
GOLD 1	7	14	4	25
GOLD 2	0	12	3	15
GOLD 3+4	0	0	0	0
Mænd				
GOLD 1	4	11	4	19
GOLD 2	0	5	4	9
GOLD 3+4	0	0	2	2
I alt	11	42	17	70

GOLD 1-4 = Klassifikation af sværhedsgraden af kronisk obstruktiv lungesygdom fra *Global Initiative for Obstructive Lung Disease*.

på spørgsmålet om kendt lungesygdom forud for undersøgelsen (jf. Tabel 1 nederst). Som det fremgår, var der 11 personer under 60 år, og disse personer havde kun mild KOL svarende til GOLD 1. I alt 42 personer var mellem 60 og 74 år, og disse personer havde enten mild eller moderat KOL svarende til GOLD 1 og 2. I alt 17 personer var fra 75 år og op-efter, og disse personer var fordelt på alle sværhedsgrader med hensyn til KOL svarende til GOLD 1-4.

Herudover fandt vi, at 7% af de fremmødte kvinder ved anden undersøgelse (tre ud af 41 personer) og 27% af de fremmødte mænd (otte ud af 30 personer) var stoppet med at ryge i tiden mellem de to undersøgelser. Heraf sagde otte personer, at rygestoppet var begrundet i deltagelsen i første undersøgelse. Dette giver en rygestopfrekvens på mellem 11% (11 ud af de 101 rygere, som deltog i første undersøgelse) og 16% (11 ud af de 71 rygere som også deltog i anden undersøgelse).

Af de 135 personer, som deltog ved anden undersøgelse, fandt 126 personer tilbuddet om anonym undersøgelse godt og anbefalelsesværdigt (93%). En enkelt person syntes ikke godt om tilbuddet (1%), mens otte personer ikke svarede (6%).

Ved anden undersøgelse oplyste 28% af de fremmødte (38 ud 135), at de havde været ved egen læge siden første undersøgelse, hvilket er overensstemmende med den andel, som ved første undersøgelse angav planer om et fremtidigt lægebesøg (jf. Tabel 1). 50% sagde, at besøget var direkte foranlediget af

første undersøgelse (19 ud af 38 personer). Yderligere 21% havde planer om et fremtidigt lægebesøg inden for seks måneder efter anden undersøgelse (29 ud af 135 personer). Bortset fra enkelte studerende og erhvervsaktive var stort set alle fremmødte pensionister.

DISKUSSION

Projektet har været en stor PR-mæssig succes. Der kom mange, de stod gerne i kø, og de fandt det anbefalelsesværdigt.

En væsentlig grund er uden tvivl, at tilbuddet var anonymt og uforpligtende. Mange har en forestilling om, at de hos egen læge vil blive mødt med en fordommende holdning, hvorfor de undlader at tage kontakt.

Vi fik diagnostiseret mange med uerkendt mild og moderat KOL med et beskedent resurseforbrug ($12 \times 3 \times 2$ timer), som det også var tilfældet i Backer et als undersøgelse [9].

Vi overestimerer nok antallet af personer med mild og til dels moderat KOL, idet der ikke anvendes bronkodilaterende medicin; men da målet er at forebygge og at opdage KOL på et så tidligt stadie som muligt, således at der er tid til at motivere til rygestop og til at intervenere, er dette en acceptabel konsekvens.

Vi har konstateret en opløftende høj rygestopfrekvens på 11-16%.

Det faktum, at 63% ved første undersøgelse overvejer rygestop, viser, at vi har fat i en potentielt meget påvirkelig gruppe. Kun 21% siger, at de ikke overvejer rygestop.

Om rygestoppet er varigt, og om frekvensen holdes, falder eller stiger over tid er interessant, og vi planlægger derfor en opfølgning om et års tid med henblik på at besvare netop dette spørgsmål.

Det tyder på, at man til dels kan påvirke, hvem der henvender sig til egen læge.

Af de personer, som ved første undersøgelse havde planer om et fremtidigt lægebesøg, havde knap halvdelen af de fremmødte fra denne gruppe været ved lægen ved anden undersøgelse (22 personer ud af 46 – de øvrige 24 havde ikke været ved lægen).

Af gruppen, som ikke havde planer om et fremtidigt lægebesøg ved første undersøgelse, havde 16% af de fremmødte ved anden undersøgelse været ved lægen (12 ud af 75 personer), og en tredjedel (fire ud af 12 personer), som havde svaret *ved ikke*, havde været ved lægen ved anden undersøgelse.

Blandt dem, som efter første undersøgelse rent faktisk havde været hos egen læge, og som kom igen til anden undersøgelse, og blandt dem, der ved anden undersøgelse havde planer om at opsøge egen læge,



Sygeplejerske Lotte Bloch Christensen måler spirometri på en af deltagerne i SundhedsCenter Århus.

udgør de raske kun 25%, hvorimod halvdelen af dem med KOL – uafhængigt af sværhedsgrad – og af dem med potentiel lungesygdom har været eller planlægger besøg hos egen læge på grund af deres lunger.

På grund af den lave svarprocent og spørgsmålets vigtighed, kræver det selvstændige undersøgelser at belyse dette nærmere.

Procentandelen af medicinerede i de enkelte GOLD-klasser forekommer at være i underkanten, idet det som minimum må forventes, at andelen af medicinerede svarer til andelen med kendt lungesygdom.

Dette er imidlertid ikke helt tilfældet, men det kan skyldes manglende indrapportering.

Med det anvendte *walk-in-design* fik vi ligesom i [9] fat i en selekteret population, der hovedsageligt bestod af lidt ældre kvinder.

Kun godt hver tredje person var i den primære målgruppe, aktive rygere. Hver fjerde spirometri blev lavet på aldrigrygere, og er dermed for praktiske formål uinteressant. Det er indlysende, at man skal forsøge at målrette eventuelle fremtidige tiltag mod aktive rygere, således at forholdet mellem indsats og udbytte optimeres.

Samlet set finder vi tilsvarende resultater mht. KOL-sværhedsgrad og rygestopsfrekvens, som man har gjort i de relativt få lignende undersøgelser, som findes på verdensplan [5].

Dog er vi er ganske uenige i en nylig stor Cochraneanalyses konklusion: at KOL-screening vha. spirometri overvejende finder milde og moderate tilfælde af KOL, og at disse personer ikke får helbredsmæssige fordele af at kende deres diagnose [5], idet hele ideen jo netop er at finde folk, så tidligt som muligt (jf. punkt to i diskussionen); men vi erkender samtidig, at det er overordentlig svært at måle effekten af et tiltag som vores, idet et eventuelt resultat udmønter sig over en årrække.

Der er i høj grad brug for handling, og vi vil opfordre til flere (og større) spirometriundersøgelser med følgende anbefalinger:

For at nå ud til de unge, folk i risikoerhverv og folk med lav socialklasse, er det i høj grad nødvendigt at målrette tilbuddet – f.eks. med en spirometristand på udvalgte uddannelsesinstitutioner, på udvalgte arbejdspladser med mange ufaglærte og/eller med høj forekomst af rygere, samt i boligområder med lav gennemsnitsindkomst, idet der i løbet af de sidste ca. 35 år er opstået en markant og fortsat voksende social skævhed i tobaksforbruget. Målt i procentpoint er der således dobbelt så mange daglige rygere og tre

gange så mange storrygere blandt ufaglærte som blandt højere funktionærer [11, 12].

KORRESPONDANCE: Anders Løkke, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Silkeborg, DK-8600 Silkeborg. E-mail: aloekke@gmail.com

ANTAGET: 8. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Projektet er finansieret af Danmarks Lungeforening samt af midler fra Sundhedsministeriets rådighedspulje.

Anders Løkke har modtaget konsulenthonorar fra Boringer Ingelheim/Pfizer og AstraZenica på mindre end 25.000 kr. fra hver.

LITTERATURLISTE

1. Løkke A, Lange P, Scharling H et al. Developing COPD a 25 year follow-up study of the general population. *Thorax* 2006;61:935-9.
2. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004;364:613-20.
3. Celli BR, MacNee W, Agustí A et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
5. Lin K, Watkins B, Johnson T et al. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;148:535-43.
6. www.goldcopd.dk (1. september 2008).
7. Løkke A, Fabricius P, Vestbo J et al. Forekomst af KOL i København – resultater fra Østerbro-undersøgelsen. *Ugeskr Læger* 2007;169:3956-60.
8. Fakta om KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom (»rygerlunger«). *Danske Lungelæger*, 2002.
9. Backer V, Bolton S, Ehlers HD et al. Walk-in ambulant lungefunktionsservice for rygere i København – etårsopfølgelse. *Ugeskr Læger* 2008;170:2682-5.
10. Spirometri – en rekommandation. København: Dansk Respirationsselskab, 1986.
11. Høring om tilsætningsstoffer og tobaksvarer. Teknologirådet. Landstingssalen, onsdag d. 26. april 2006.
12. http://www.sst.dk/Forebyggelse/Alkohol_narkotika_og_tobak/Tobak/Tal_og_undersogelser/Danskernes_rygevaner.aspx. (26. juli 2007).

Status over forbruget af forsøgsdyr siden år 2000

Dyrlæge Aage Kristian Olsen Alstrup & professor Axel Kornerup Hansen

OVERSIGTSARTIKEL

Århus Sygehus,
Århus Universitets-
hospital, PET-centret, og
Københavns Universitet,
Det Biovidenskabelige
Fakultet

RESUME

Siden år 2000 har det årlige antal forsøgsdyr i Danmark ligget konstant på omkring små 350.000 forsøgsdyr. To tredjedele, hvilket svarer til ca. 220.000, af disse forsøgsdyr er blevet anvendt inden for den medicinske forskning. Heraf er hovedparten (48-69%) blevet brugt til forskning i nerve- og sindslidelser, mens 7-13% er anvendt til forskning i kræftsygdomme, og 2-3% blev anvendt til forskning i kardiovaskulære lidelser. Siden år 2000 har kaninen været på tilbagegang som forsøgsdyr, mens grisen er på vej frem.

Det totale forbrug af forsøgsdyr har været nogenlunde konstant gennem de seneste syv år, idet det hvert år har udgjort ca. 350.000 forsøgsdyr (**Figur**

1). I dette antal indgår dog også visse kliniske veterinære patienter (hunde og katte) fra Københavns Universitet (KU)/Det Biovidenskabelige Fakultet (LIFE). Men omvendt er der også et ukendt antal dyr, der juridisk set ikke er forsøgsdyr og derfor ikke indgår i statistikken, men som dog alligevel bliver aflivet af hensyn til forskningen. Det er eksempelvis dyr, hvor udtagne organer og væv skal bruges til in vitro-studier. Formålet med denne artikel er at gøre status over, hvad forsøgsdyrene i Danmark har været brugt til i perioden 2000-2007, herunder med særligt fokus på den del, der anvendes til forskning i menneskets sygdomme. De statistiske oplysninger stammer fra Dyreforsøgstilsynets årsberetninger for perioden 2000-2007 [1].



HOVEDPARTEN BRUGES TIL SUNDHEDSFORSKNING

Hvert af årene fra 2000 til 2007 er ca. to tredjedele af det totale antal forsøgsdyr blevet brugt til forskning i menneskets sygdomme (Figur 1). Dette antal, som udgjorde ca. 220.000 forsøgsdyr pr. år, har været forholdsvis konstant igennem i hele perioden. Omtrent halvdelen (48-69%) af disse forsøgsdyr blev brugt til forskning i nerve- og sindslidelser (Figur 2). Her er det tydeligt, at væsentlige dele af den danske medicinalindustri, eksempelvis Lundbeck og Neurosearch, har fokuseret på udvikling af neuro- og psykofarmaka, ligesom der også i offentligt regi er foregået en del hjerneforskning på danske forsøgsdyr. I perioden har 95-100% af forsøgsdyrene inden for forskning i nerve- og sindslidelser været gnavere, og det må formodes, at en væsentlig del af disse er brugt til screening af nye potentielle lægemidler, hvorimod der kun medgik ca. 20.000 dyr til toksikologisk afprøvning. Kræftforskningen tegnede sig i perioden for kun 7-13% af forsøgsdyrene, mens forskning i kardiovaskulære lidelser tegnede sig for endnu mindre, nemlig 2-3% (Figur 2). Den resterende tredjedel af forsøgsdyrene blev anvendt til forsøg med andre af menneskets sygdomme, som ikke var nærmere specificeret i den officielle statistik. Til kræftforskning blev der næsten udelukkende brugt mus (93-99%), mens der til forskning i hjerte-kar-sygdomme blev brugt såvel gnavere (82-96%) som andre forsøgsdyr (4-18%), hovedsagelig grise og kaniner. Teknikkerne, der anvendes til at transplantere humane og murine tumorer over på mus, er veletablerede, og derfor er der blevet brugt relativt mange mus i kræftforskningen. Behovet for at udføre forsøg på hjerter, der i størrelse og fysiologi er sammenlignelige med menneskets, er formentlig en af grundene til, at der bruges så relativt

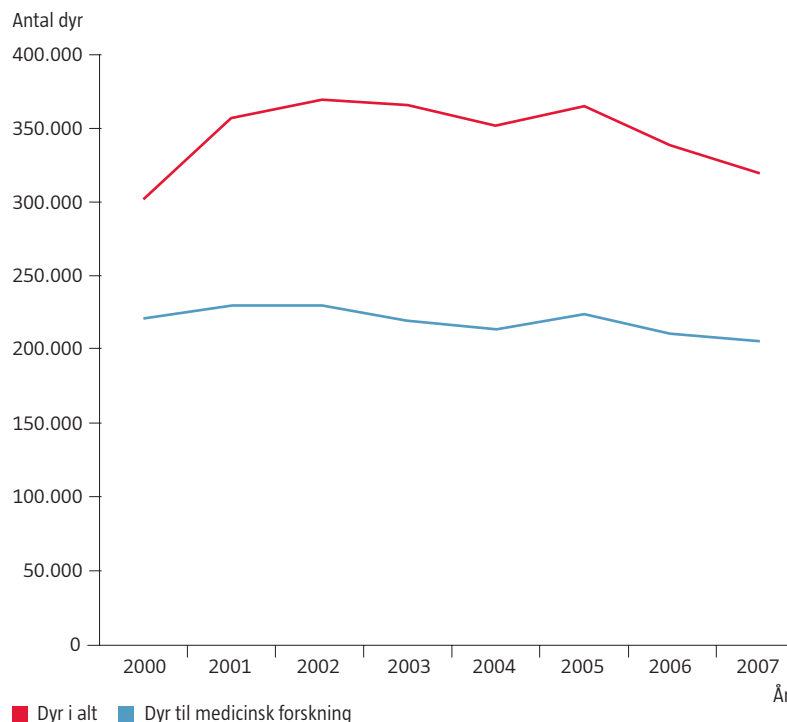
mange grise inden for dette område. Samtidig er kaminen det klassiske forsøgsdyr inden for forskning i aterosklerose, om end grise og transgene musemodeller i de senere år har vundet indpas. Der bruges så godt som kun pattedyr (> 99%) til forskning i menneskets sygdomme, mens fugle, padder og krybdyr kun spiller en ganske beskedne rolle. En undtagelse er årene 2000 og 2007, hvor der blev anvendt en hel del fisk til dette formål (for året 2000 tillige en del fugle). Den nærmest dramatiske stigning, der er sket i brugen af fisk som forsøgsdyr inden for de seneste par år, er således ikke slået igennem inden for forskning i menneskets sygdomme, om end der muligvis spores en tendens i 2007.

GNAVERE UDGØR HOVEDPARTEN AF FØRSØGSDYRENE

Som det er fremgået, er gnaverne de absolut mest anvendte forsøgsdyr i Danmark – både til forskning i menneskets sygdomme og som forsøgsdyr i det hele taget. Samlet set er omkring ni ud af ti forsøgsdyr således gnavere. Alene musene har i perioden udgjort imellem 56% og 61% af samtlige forsøgsdyr. Medvirkende hertil er udviklingen af transgene mus, som har revolutioneret forskningen i generens funktioner og menneskets arvelige sygdomme. Der har dog på

FIGUR 1

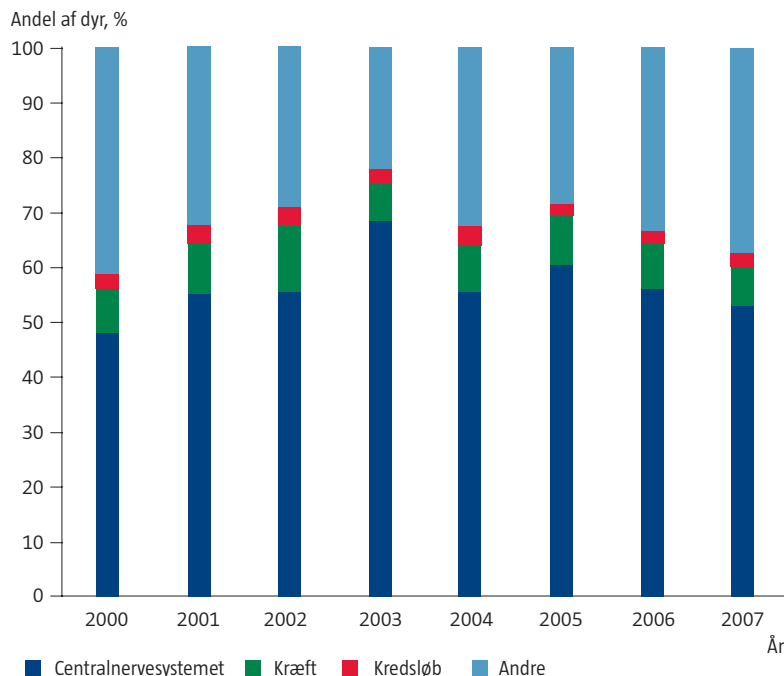
Det totale antal forsøgsdyr i Danmark (øverst) og antallet af forsøgsdyr, der er anvendt til forskning vedrørende menneskets sygdomme (nederst), for årene 2000-2007.





FIGUR 2

Den procentvise fordeling af forsøgsdyr, der er anvendt til forskning vedrørende menneskets sygdomme i årene fra 2000 til 2007.



intet tidspunkt i perioden fra år 2000 til 2007 været mere end 9% af forsøgsmusene, som var transgene. Det viser, at der må have været andre årsager til musens store popularitet som forsøgsdyr. De er således relativt billige at indkøbe og opstalde, der eksisterer stor viden om deres biologi, og endvidere findes der velbeskrevne og veletablerede musemodeller for mange af menneskets sygdomme. Endvidere er udvalget af ind- og udavlede musestammer stort sammenlignet med andre typer forsøgsdyr. Forbruget af mus og rotter til forsøg har varieret år for år, men uden at der er nogen generel tendens til hverken fald eller stigning i deres anvendelse.

GRISEN PÅ VEJ TIL AT ERSTATTE KANINEN

Siden år 2000 er der sket visse forskydninger i forbruget af de store forsøgsdyr, og de har fulgt en generel tendens, der allerede begyndte i 1980'erne og fortsatte i 1990'erne. Således er antallet af forsøgskaniner gået ca. 36% tilbage fra år 2000 til år 2007, mens antallet af grise i samme periode er steget med 54%. Ydermere synes der også at være en tendens til, at antallet af katte til forsøg er faldende, men da der bruges relativt få katte, er det svært at konkludere ud fra den foreliggende statistik. Stigningen i forbruget af grise kan skyldes flere forhold, bl.a. at der i stigende grad eksisterer information om deres biologi, der ud-

vikles til stadighed nye grisemodeller, og særligt minigrisene er blevet standardiserede forsøgsdyr.

Samtidigt har grisen vist sig økonomisk konkurrencedygtig som forsøgsdyr i forhold til flere af de andre ikkegnavere. Befolkningens accept af at bruge grise og andre produktionsdyr frem for kæledyr såsom kaniner, hunde og katte kan ligeledes tænkes at spille ind på valget af forsøgsdyr. Skiftet fra kaniner til grise synes at være et generelt fænomen og kan ikke entydigt lokaliseres til et bestemt forsøgsdyrsområde, men dækker over, at der i dag bruges flere grise og færre kaniner inden for flere forskningsområder bl.a. til forskning i kardiovaskulære sygdomme samt nerve- og sindslidelser. Udviklingen af transgene, klonede grise kan betyde, at grisen fremover bliver et endnu mere populært forsøgsdyr. Der er ikke anvendt primater til forsøg i Danmark i perioden. Årsagen til dette kan være forskernes forventninger om, at befolkningen vil være negativt stemte over for brug af primater til dyreforsøg. Det er dog mere sandsynligt, at årsagen skal findes i, at primater er særdeles dyre at holde, og at nogle af primatforsøgene har kunnet erstattes med in vitro-dyrkning af celler til vaccineformål. Modsat vores forventning er der ikke sket et fald i forbruget af hunde til forsøg fra år 2000 til 2007, men der bruges tværtimod flere hunde i dag end i år 2000. Denne stigning dækker hovedsageligt over, at der i forskningen på KU/LIFE i disse år bruges et stigende antal private hunde, som møder op til en eksperimentel undersøgelse eller som kontrolgruppe og herefter går med ejeren hjem igen.

TOKSIKOLOGI OG SIKKERHEDSVURDERING

Til toksikologiske undersøgelser blev der hvert år brugt mellem 14.000 og 22.000 forsøgsdyr, men der kan på trods af den store variation ikke spores en generel tendens i antallet af anvendte forsøgsdyr til dette formål. Toksikologiske studier bliver



FAKTABOKS

Det årlige danske forbrug af forsøgsdyr har igennem flere år ligget konstant på små 350.000 dyr.

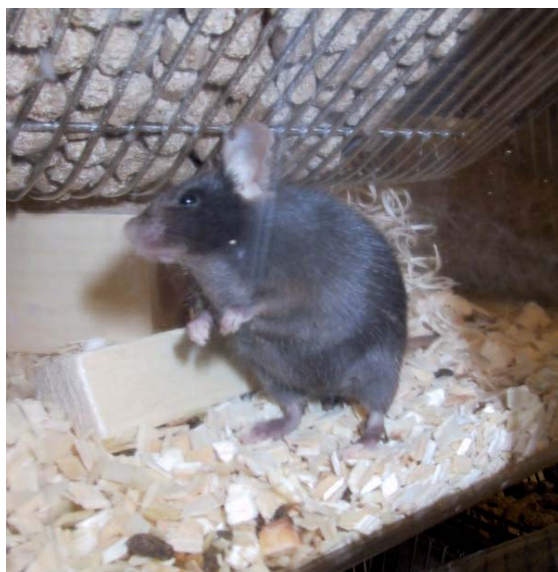
Ca. to tredjedele af alle danske forsøgsdyr bliver brugt inden for den medicinske forskning.

Gnavere, såsom mus og rotter, udgør over 90% af alle forsøgsdyr.

Grisen er på vej til at erstatte kaninen som forsøgsdyr i Danmark.

4.000-6.000 forsøgsdyr bliver årligt brugt til undervisning af blandt andet læger, tandlæger og dyrlæger.

Det har siden 2005 været forbudt at foretage regulatorisk test af kosmetik på forsøgsdyr i Danmark.



Gnavere udgør hvert år over 90% af de forsøgsdyr, som bliver anvendt i Danmark.

traditionelt udført på såvel en gnaver som en ikke-gnaver. Blandt gnaverne blev der overvejende testet på rotter, om end også mus og marsvin er blevet brugt i moderat omfang. Blandt ikkegnaverne var det oftest grise, hunde og kaniner, som blev anvendt. De fleste af de afprøvede stoffer har været lægemidler til medicinske, odontologiske og veterinærmedicinske formål. Derimod er der kun i yderst begrænset omfang testet kosmetiske produkter på forsøgsdyrene, og nogle af årene er det slet ikke blevet gjort. Fra 2005 må man i Danmark ikke længere teste stoffer, alene fordi de skal indgå i kosmetika.

FORSØGSDYR I UNDERVISNINGEN

Forsøgsdyr bliver brugt i undervisningen på de videregående uddannelser og på kurser i dyreforsøg. Efter en markant stigning i år 2002 i antallet af forsøgsdyr til undervisningsformål er antallet langsomt faldet år for år, og det nåede i år 2005 ned på 4.146 forsøgsdyr. Den markante stigning til 5.954 forsøgsdyr i år 2002 skyldtes muligvis, at uddannelsesbekendtgørelsen trådte i kraft ved indgangen til år 2003, hvilket betød lovkrav om obligatoriske dyreforsøgskurser for forskere og teknikere, der medvirkede ved dyreforsøg. I de senere år har det været diskuteret, om der bruges for mange forsøgsdyr i undervisningen på de videregående uddannelser, og det er muligt, at faldet fra 2002 til 2005 delvist er frugten af denne debat. Det kan dog også skyldes, at de fleste forskere efterhånden har fået gennemført kurser i dyreforsøg, og at der derfor deltager færre kursister på kurserne. Overraskende nok er der siden år 2005 sket en stigning i antallet af forsøgsdyr, der er blevet brugt

til undervisning, idet der blev anvendt 6.284 dyr i 2007, hvilket var dobbelt så mange som i 2000. Det er ikke umiddelbart muligt at forklare denne stigning.

BETRAGTNINGER OVER FORBRUGET AF FORSØGSDYR

Antallet af forsøgsdyr i Danmark har altså ikke ændret sig mærkbart siden år 2000, hverken det totale antal forsøgsdyr eller det antal, der bliver brugt til forskning i menneskets sygdomme. Dette synes umiddelbart at gå imod bestræbelserne på at reducere antallet af forsøgsdyr mest muligt.

Imidlertid er der i de senere år sket en øgning af forskningsaktiviteten, således at der i gennemsnit bruges færre forsøgsdyr pr. studium [2]. Således bliver der i dag foretaget flere studier på det samme antal forsøgsdyr end for år tilbage. Hvis det antages, at disse ekstra dyreforsøg er gavnlige og nødvendige for mennesket, er der således ingen konflikt. Dog reflekterer forbruget af forsøgsdyr vedrørende menneskets sygdomme ikke de sygdomme, som vi mennesker dør af. Hvis dette skulle have været tilfældet, skulle langt over halvdelen af forsøgsdyrene have været brugt til forskning i cancer og kardiovaskulære sygdomme.

KORRESPONDANCE: Aage Kristian Olsen Alstrup, PET-centret, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, DK-8000 Århus C. E-mail: aage@pet.auh.dk

ANTAGET: 7. april 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Dyreforsøgstillens årsberetninger for 2000-2007. Justitsministeriet, 2000-2007.
2. Hagelin J, Carlsson HE, Hau J. Increased efficiency in use of laboratory animals. Lancet 1999;353:1191-2.

Raske overvægtige

Er vægttabsbehandling indiceret?

Professor Bjørn Richelsen & overlæge Steen B. Pedersen

STATUSARTIKEL

Århus Universitets-
hospital, Århus Sygehus,
Medicinsk-endokrinolo-
gisk Afdeling C

Det er kendt, at sundhedskonsekvenserne af overvægt og fedme er meget forskellige fra den ene person til den anden. For at adskille grupper af overvægtige i forhold til deres helbredsrisiko har betydningen af fedtfordelingen på kroppen været fremhævet. Den subkutane gluteo-femorale fordeling, som er den typiske kvindelige fedtfordeling, er relativt ufarlig, hvorimod fedtaflejring i bughulen – den såkaldte mandlige fedtfordeling – er specielt relateret til øgede helbredsrisici [1].

Gennem de seneste år er der kommet yderligere undersøgelser, der understreger, at der er en subgruppe på omkring 20-25% af svært overvægtige personer (*body mass index* (BMI) > 30 kg/m²), der metabolisk set er helt raske, og at fedtfordelingen og fedtvævet funktion spiller en væsentlig rolle for dette [2-4].

Den sundhedsskadelige form for fedme er karakteriseret ved ektopisk fedtaflejring, dvs. fedt akkumuleret i bughulen, i leveren, i og omkring hjertet etc., samt ved dysfunktion af fedtvævet, der er karakteriseret ved store hypertrofiske fedtceller med øget basal lipolyse og øget produktion af inflammatoriske adipokiner [5].

Den raske fedmeform er karakteriseret ved, at fedtet er lokaliseret til underhuden, specielt lokaliseret i den gluteo-femorale region (**Figur 1**), og der er ikke mere fedt i leveren eller omkring hjertet end hos normalvægtige personer. En stor del af denne gruppe udgøres derfor også af præmenopausale kvinder. Nogle studier tyder på, at subkutan perifer fedtaflejring ligefrem kan have beskyttende effekt over for diverse helbredsproblemer og på den måde er associeret med reduceret forekomst af f.eks. åreforkalkning og type 2-diabetes [6-8].

HVORDAN KAN DENNE RASKE SUBGRUPPE IDENTIFICERES?

Antropometriske mål som BMI er som anført ikke anvendelige, og taljeomfanget er kun til en vis grad anvendelig ved de lettere former for overvægt (BMI < 30 kg/m²). I disse situationer er de raske overvægtige dem med det laveste taljeomfang – et taljeomfang under 80 cm hos kvinder og under 94 hos mænd. Ved de sværere former for overvægt (BMI > 30 kg/m²) findes der desværre ikke alment accepterede grænse-

værdier for taljeomfang, der kan adskille de raske fede fra dem, som har en øget sygelighed.

Det, der ellers karakteriserer denne raske gruppe, er fravær af faktorer, der indgår i det såkaldte metaboliske syndrom [9, 10].

Der er blevet foreslået forskellige grænseværdier med henblik på at kunne identificere de metabolisk raske overvægtige og svært overvægtige personer [11]. Der er dog ingen konsensus endnu; men vores forslag er følgende:

1) Triglycerider < 1,7 mmol/l. 2) Højdensitetslipoprotein (HDL)-kolesterol > 1,1 mmol/l. 3) Faste-glukose < 5,6 mmol/l og normalt blodtryk < 135/85 mmHg, og 4) *Homeostasis Model Assessment* (HOMA)-indeks < 1,95.

Det vil derfor antageligt være nødvendigt at supplere det allerede kendte screeningsprogram med bestemmelse af insulinfølsomheden ved hjælp af det såkaldte HOMA-indeks, som er en matematisk model, der ud fra fasteglukose- og fasteinsulin- (eller C-peptid) målinger kan beregne kroppens insulinfølsomhed [12]. Dette nødvendiggør en standardisering af insulin eller C-peptid-målingerne, som endnu ikke er gennemført. Adiponectin, højsensitivt C-reaktivt protein (hsCRP) og resistin med flere kunne være andre mål, der i fremtiden kan være med til at beskrive den »metaboliske profil«, men som endnu mangler at blive evalueret bedre. Det, der specielt karakteriserer den raske gruppe, er en relativt lav mængde af fedt i bughulen og specielt lav akkumulation af fedt i leveren. Mængden af fedt i bughulen og leveren kan bestemmes på forskellig måde. De nyeste undersøgelser er



FAKTABOKS

Ca. 20% af overvægtige og svært overvægtige personer er metabolisk set raske.

Disse kan identificeres ved fravær af det metaboliske syndrom og fravær af ektopisk fedtaflejring.

Det tilrådes, at disse personer orienteres om deres benigne fedme, og at man er tilbageholdende med mere aktive behandlingsformer, da ulemperne ved behandling let kommer til at overstige de mulige positive effekter.

med magnetisk resonans (MR)-skanning, alternativt ved ultralydsskanning (UL), men UL er dog endnu ikke evalueret så godt, at man kan angive grænseværdier eller lignende. Surrogatmål for normal fedtmængde i leveren er normale levertransaminaser.

BEHANDLINGSMÆSSIGE KONSEKVENSER

For den gruppe af svært overvægtige personer, der metabolisk set er raske, rejser der sig flere spørgsmål. Et af dem er »Hvad med vægttabsbehandling af denne gruppe?«. Ud fra de metaboliske forhold er der ingen grund til at foreslå behandling med vægttab, men personen kan af andre årsager have et ønske om vægttab. Det kan være af psykosociale årsager eller være på baggrund af muskel/ledproblematikker, åndenød/søvnapnø eller lignende. En problemstilling er, at hvis der induceres vægttab hos denne patientgruppe, er der en risiko for, at der svinder en betydelig del af det såkaldt sunde, subkutane fedtvæv, hvilket evt. kunne forværre de metaboliske forhold.

Dette er dog ikke endeligt afklaret, men der foreligger enkelte studier med vægttab, der er opnået ved livsstilsintervention hos denne gruppe raske overvægtige, og det viser enten ingen påvirkning af de metaboliske forhold (der jo i øvrigt var normale forud) eller faktisk forværring i forbindelse med vægttab [13].

De fleste undersøgelser, der foreligger mhp. vægttab, er netop relateret til de metaboliske forhold med forbedring i insulinfølsomheden, blodtryk etc., mens der ikke på samme måde foreligger gode undersøgelser, der viser effekten af livsstilsintervention og vægttab på dyspnø og/eller muskuloskeletale problemstillinger. Så indtil der foreligger mere klare interventionsundersøgelser hos denne raske gruppe overvægtige, tilrådes det at være tilbageholdende med mere aktiv behandling af disse.

Det vigtigste er i første omgang at orientere patienten om den benigne form af overvægt, de lider af, og at det væsentligste punkt i første omgang vil være at fokusere på at hindre yderligere vægtstigning. Herudover vil råd omkring sund kost og øget fysisk aktivitet være lige så sundt og forebyggende hos denne gruppe som hos alle andre. Hvis personen ønsker et egentligt vægttab, må man sammen med patienten nøje overveje de anførte problemstillinger, og hvad målet med vægttabet er.

Da vægttab i øvrigt er vanskeligt at opnå og specielt vanskeligt at bibeholde over lang tid (med undtagelse af kirurgi), er der ikke meget, der tyder på, at man ad den vej kan opnå substantielt, blivende vægttab, der evt. vil have smertelindrende effekt på visse muskuloskeletale problemstillinger set over et længere tidsperspektiv.



FIGUR 1

Boteros billede af en kvinde (*The Bathroom*, 1995) med typiske perifere subkutane fedtdепoter er ganske karakteristisk for den benigne fedmeform.



Når BMI er over 40 kg/m², fremgår det af en rapport fra Sundhedsstyrelsen, at der er indikation for kirurgisk behandling af fedme [14]. Det er dog uklart, om denne raske gruppe af svært overvægtige patienter har nogen helbredsmæssige fordele af at blive opereret. Resultater fra den svenske SOS-undersøgelse, hvor mortaliteten hos fedmeopererede sammenlignes med kontrolgruppen (almindelig diæt-instruktion hos egen læge) viste tydeligt, at operativt indgreb på kort sigt er forbundet med øget mortalitet (peroperativ og postoperativt), og at denne øgede mortalitet selvfølgelig trak gruppens samlede mortalitet i den forkerte retning, således at man først efter ca. 15 år kunne påvise en mortalitetsgevinst i den opererede gruppe, og denne gevinst blev hovedsageligt opnået blandt dem med komplikationer i form af diabetes. Man kan derfor forestille sig, at denne specielle undergruppe af raske, svært overvægtige (som ikke har nogen metaboliske helbredsproblemer) kun ville opleve øget mortalitet ved operation, da der ikke kan hentes nogen gevinst ved at inducere vægttab. Så indtil der foreligger specifikke undersøgelser, bør man derfor hos denne gruppe være meget tilbageholdende med kirurgi. Der kan dog være andre årsager – måske specielt ved meget højt BMI – der besværliggør livet for svært overvægtige, og man derfor af anden

årsag end metaboliske problemstillinger tilbyde fedmekirurgisk behandling. Dette må bero på en individuel vurdering.

KORRESPONDANCE: Bjørn Richelsen, Medicinsk Afdeling, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Aarhus C. E-mail: brich@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Bjørn Richelsen har deltaget i kliniske undersøgelser vedrørende antifedmemidler støttet af Roche, Abbott, Sanofi-Aventis og Novo Nordisk.

LITTERATUR

1. Richelsen B. Helbredsrisici ved fedme. Betydningen af den regionale fordeling af fedtvævet. *Ugeskr Læger* 1991;153:908-13.
2. Brochu M, Tchernof A, Dionne IJ et al. What are the physical characteristics associated with a normal metabolic profile despite a high level of obesity in postmenopausal women? *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:1020-5.
3. Karelis AD, Faraj M, Bastard JP et al. The metabolically healthy but obese individual presents a favorable inflammation profile. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90: 4145-50.
4. Stefan N, Kantartzis K, Machann J et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans. *Arch Intern Med* 2008;168:1609-16.
5. Richelsen B, Bruun JM, Pedersen SB. Fedtvævet som et sekretorisk organ. Betydning for fedmens følgesygdomme. *Ugeskr Læger* 2001;163:2913-7.
6. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
7. Tanko LB, Bagger YZ, Alexandersen P et al. Central and peripheral fat mass have contrasting effect on the progression of aortic calcification in postmenopausal women. *Eur Heart J* 2003;24:1531-7.
8. Tanko LB, Bruun JM, Alexandersen P et al. Novel associations between bioavailable estradiol and adipokines in elderly women with different phenotypes of obesity: implications for atherogenesis. *Circulation* 2004;110:2246-52.
9. Karelis AD, Brochu M, Rabasa-Lhoret R. Can we identify metabolically healthy but obese individuals (MHO)? *Diabetes Metab* 2004;30:569-72.
10. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes federation. *Diabet Med* 2006;23:469-80.
11. Karelis AD, Brochu M, Rabasa-Lhoret R et al. Clinical markers for the identification of metabolically healthy but obese individuals. *Diabetes Obes Metab* 2004;6:456-7.
12. Levy JC, Matthews DR, Hermans MP. Correct homeostasis model assessment (HOMA) evaluation uses the computer program. *Diabetes Care* 1998;21:2191-2.
13. Karelis AD, Messier V, Brochu M et al. Metabolically healthy but obese women: effect of an energy-restricted diet. *Diabetologia* 2008;51:1752-4.
14. Sundhedsstyrelsen. Fedmekirurgi i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

Delirium hos kritisk syge patienter

Afdelingslæge Thomas Strøm, læge Guri Pande-Rolfen, læge Christine Hagen & professor Palle Toft

OVERSIGTSARTIKEL

Odense Universitetshospital, Anæstesi og Intensiv Afdeling V, og Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

RESUME

Interessen for og publikationsmængden om delirium hos kritisk syge patienter er steget kraftig over det seneste decennium. Traditionelt har kritisk syge patienter i respirator været sederet for at acceptere den mekaniske ventilation. Dette har vanskeliggjort erkendelsen af delirium hos kritisk syge patienter, hvorfor tilstanden har været underdiagnosticeret. Delirium hos en kritisk syg patient er associeret med øget morbiditet og mortalitet. Mindre sedation, der er styret af protokoller med daglige wake up-test og validerede scoringssystemer for delirium, har bedret mulighederne for at diagnosticere og monitorere delirium hos kritisk syge patienter.

Svært kritisk syge patienter er oftest ikke cerebralt velfungerende, hvad angår kognitiv funktion og ofte ej heller, hvad angår bevidsthedsniveau. Således beskriver H.C. Andersen for mere end 100 år siden i romanen *At være eller ikke være*, hvordan hovedpersonen Niels Bryde såres under treårs krigen og efterfølgende udvikler livstruende febevildelse.

Mange patienter med svært kritisk sygdom, der er indlagt på intensiv afdeling vil have eller vil udvikle sepsis i forbindelse med sygdomsforløbet. Ved svært sepsis udvikles påvirkning af organsystemerne. Respirationsinsufficiens, som kan kræve respiratorterapi,

viser sig klinisk med påskyndet besværet respiration og kan dokumenteres med pulsoximetri og syrebase-måling. Septisk shock viser sig klinisk ved lavt blodtryk og stigende puls samt paraklinisk ved stigende serumlaktat og tiltagende negativt baseoverskud. Nyrepåvirkning, som kan kræve dialyse, viser sig ved oliguri og stigende azotæmiparametre. Ved sepsis påvirkes hjernen i form af såkaldt septisk encefalopati. Årsagen til den septiske encefalopati er multifaktoriel. Blandt årsagerne kan være hypoksi, hypoperfusion, inflammatoriske mediatorer, mikrovaskulære trombosier samt ændring af neurotransmittere. Den septiske encefalopati kan vise sig både ved nedsat bevidsthedsniveau, men også ved ændret kognitiv funktion. Den nedsatte kognitive funktion viser sig akut ved udvikling af delirium. Mens det er rutine og nemt at monitorere funktionen af organer som lunger, nyrer og kredsløb, er det hverken rutine eller nemt at monitorere den cerebrale dysfunktion. Monitoreringen af cerebrums funktion vanskelig-



FAKTABOKS

Udvikling af delirium hos kritisk syge er associeret med øget morbiditet og mortalitet.



FORKORTELSER

CAM-ICU:	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CIWA-Ar:	<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale</i>
DDS:	<i>Delirium Detection Score</i>
DSM III og IV:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ICDSC:	<i>Intensive Care Delirium Screening Checklist</i>
NEECHAM:	<i>The Neelon and Champagne Confusion Scale</i>
RASS:	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>

gøres yderligere ved at intuberede, kritisk syge patienter typisk er sederede. Dette umuliggør vurderingen af såvel bevidsthedsniveau som af den kognitive funktion.

Som det vil fremgå af denne artikel, er udviklingen af delirium hos svært kritisk syge patienter associeret med øget mortalitet og morbiditet. Monitorering af den cerebrale funktion kan således være en vigtig parameter til at vurdere sygdommens sværhedsgrad og udvikling.

DEFINITION

Delirium defineres som forstyrret og fluktuerende bevidsthedsniveau og problemer med at fastholde opmærksomhed, samt kognitive forstyrrelser som hukommelsestab, desorientering og taleforstyrrelser. Det er karakteristisk, at symptomerne udvikles over kort tid: få timer til dage [1].

INDELING I UNDERGRUPPER

Delirium deles i litteraturen i tre undergrupper: hyperaktiv, hypoaktiv og en blandet form, hvor den hyperaktive form er den, man oftest vil forbinde med delirium. Den er karakteriseret ved rastløshed, vrede, irritabilitet og aggression. Den hypoaktive form derimod må formodes at volde ganske store diagnostiske problemer og kan let overses. Den er karakteriseret ved uopmærksomhed, nedsat motorisk aktivitet og apati. Den blandede form er karakteriseret ved, at patienternes symptomer svarer til begge ovennævnte former [2].

METODER TIL DELIRIUMSCREENING HOS KRITISK SYGE PATIENTER

Scoresystemer til sedation

På de fleste danske intensivafdelinger benyttes scoresystemer til at vurdere graden af sedation [3]. En meget udbredt og simpel metode er Ramsays sedations-skala [4]. Problemet med denne skala er, at man ikke kan klassificere urolige patienter. Til dette kan man i stedet benytte *Richmond-Agitation and Sedation Score* (RASS) [5]. RASS er et sedationsscoresystem, som

kan give en indikation på, om hyperaktivt delirium er til stede.

Scoresystemer til delirium

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) III/IV er referencescreeningssystemet for delirium hos alle typer af patienter. Problemet er, at det ikke er udviklet til kritisk syge patienter, og det kræver psykiatrisk ekspertise at benytte systemet [6].

The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM) er et screeningsværktøj, som oprindeligt er udarbejdet til akut syge. NEECHAM kan – på trods af tilpasning – dårligt anvendes til at vurdere intuberede patienter på verbal optræden og orienterings-evne [7].

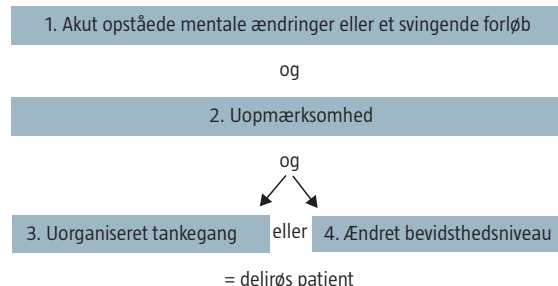
Delirium Detection Score (DDS) er en modificeret udgave af *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale* (CIWA-Ar). Testen tager højde for, at patienterne er intuberede og ikke kan tale [8]. Sammenfattende kan det siges om ovenstående deliriumscoringssystemer, at det med dem er vanskeligt at identificere patienter med hypoaktivt delirium.

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) er udviklet af *Bergeron et al* [9]. ICDSC og CAM-ICU (se nedenfor) er de eneste metoder, som kan anvendes til at identificere de hypoaktive former for delirium.

Den mest udbredte metode til deliriumscreening hos kritisk syge er *Confusion Assessment Method of the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Den er udviklet af *Ely et al* og er en videreudvikling af *Confusion Assessment Method* (CAM), men man har udskiftet den verbale del, da denne jo ikke kan vurderes hos intuberede patienter [10, 11]. CAM-ICU kan som nævnt anvendes til at diagnosticere de hypoaktive former for delirium. Testen er valideret og oversat til dansk (Figur 1). Fælles for deliriumscoringssystemerne er, at de ikke kan anvendes til sederede patienter med en RASS-score på under -3 (Figur 1).



FIGUR 1



Skematisk udgave af *Confusion Assessment Method of the Intensive Care Unit*. Kilde: www.icudelirium.org/delirium/training-pages/Danish.pdf.



FAKTABOKS

Protokolstyret sedation med daglige *wake up*-forsøg, mindsker brugen af sedativa. Validerede deliriumscoringssystemer som *Confusion Assessment Method of the Intensive Care Unit*, åbner mulighed for at erkende og behandle delirium hos kritisk syge patienter.

MATERIALE OG METODER

Der findes ingen metaanalyse, der vurderer effekten på behandlingsresultat ved udvikling af delirium hos kritisk syge patienter. Denne artikel bygger på en literatursøgning, der blev foretaget i PubMed i juni 2008. Der blev sat følgende begrænsninger: kun studier, som omhandlede mennesker over 18 år, der var originalarbejder, som højst var ti år gamle og skrevet på engelsk, er inkluderet. Primært anvendtes søgeordene *delirium* og *critically ill*. Dette blev efterfølgende kombineret med ordene: *prevalence*, *outcome*, *impact*, *morbidity* og *mortality*. Endvidere er der lavet søgning med ordene *delirium* og *intensive care* (begge MeSH ord). Efterfølgende er *reviews*, *Letter to the Editor* og artikler, der omhandler postoperative intensivforløb (< 48 timer) ekskluderet. Endvidere er der medtaget relevante referencer fra de fundne artikler. Der blev fundet i alt 37 egnede artikler, 32 blev fundet ved søgning, fem ved gennemgang af de 32 artiklers litteraturlister.

RESULTATER

Incidens

Incidensen af delirium hos kritisk syge patienter varierede fra 7,3% til 89%, afhængigt af hvilke screeningskriterier, der blev anvendt, og hvilken patientpopulation, der blev undersøgt.

CAM-ICU var det hyppigst benyttede screeningsværktøj. I alt 18 studier benyttede CAM-ICU. Incidensen af delirium varierede fra 22% til 89% [12, 13].

ICDSC benyttedes i fem studier. Incidensen af delirium varierede fra 16% til 45% [9, 14].

NEECHAM anvendtes i to studier, og incidensen af delirium var henholdsvis 35,2% og 47% [15, 7].

DDS anvendtes ligeledes i to studier, og incidensen af delirium var 28% i det ene studie og blev ikke oplyst i det andet [16].

Fire studier benyttede CAM og DSM III/IV, og incidensen af delirium varierede mellem 7,3% til 60,4% [17, 6].

Kun i seks artikler oplystes fordelingen af de forskellige undergrupper hos de patienter, der blev diagnosticerede til at have delirium. Af de tre omtalte undergrupper af delirium var den hypoaktive form den hyppigste. Op til 94% af delirøse, kritisk syge patienter havde hypoaktivt delirium [6].

MORBIDITET OG MORTALITET

Udvikling af delirium var i flere undersøgelser associeret med forlænget ophold på en intensivafdeling [6, 18]. Den totale indlæggelsestid fandtes ligeledes at være forlænget hos patienter som på intensivafdelingen udviklede delirium [6, 18-20]. Sammenhængen mellem delirium og mortalitet blandt kritisk syge patienter er undersøgt i flere studier. I de tre mest valide studier fandt man, at forekomsten af delirium var associeret med en øget mortalitet hos kritisk syge patienter [12, 19, 21], mens man i fem studier ikke kunne vise en signifikant forskel [14, 18, 20, 22, 23]. De fem sidstnævnte studier var behæftet med væsentlige svagheder: for få patienter, utilstrækkelig monitorering af delirium samt inklusion af ikkemekanisk ventilerede patienter.

DISKUSSION

Traditionelt sederes kritisk syge patienter i respirator for at acceptere trakealtuben og samarbejde med respiratoren. Med nye og mere fintfølede respiratorer behøves kun lettere eller slet ingen sedation (Figur 2). Sedation er et stort problem ved klassifikation af delirium hos kritisk syge. Patienter, som er dybt sederede (RASS < -3), kan ikke scores ved CAM-ICU.

Behandlingen af det hyperaktive delirium hos patienter på intensivafdeling har ofte været sedation. Vi ved nu, at behandling med benzodiazepin i sig selv disponerer til delirium [24]. Således påvises det i en regressionsanalyse, at benzodiazepin er en risikofaktor for udvikling af delirium [25]. Omvendt vil en patient med ubehandlet hyperaktivt delirium være i stor risiko for at fjerne diverse invasive adgange og monitoreringsudstyr. Man risikerer at behandle den delirøse med et medikament, som faktisk øger risikoen for delirium.

Fra andre undersøgelser ved vi, at patienter, som dagligt får udført en *wake up*-test, dvs. al sedation stoppes, til patienten er vågen og kan udføre simple test, har et kortere forløb i respirator end patienter med kontinuerlig sedation [26]. En *wake up*-test, som hindrer akkumulation af sedativa, giver samtidig mulighed for at diagnosticere et delirium, mens patienten er vågen (Figur 2).

Andre vigtige dele i behandlingen er korrektion af patientens hypoksi, hypovolæmi, sufficient smertebehandling, brug af sædvanlige personlige hjælpemidler (briller og høreapparater). Derudover bør



FAKTABOKS

Da kritisk syge patienter i respirator traditionelt har været sederede, har erkendelsen af delirium været vanskelig.



FIGUR 2

Vågen, mobiliseret ikkedelirøs patient i respirator (billedet er gengivet med accept fra patient og pårørende).



man tilstræbe en normal døgnrytme hos kritisk syge patienter.

Farmakologisk behandling af den delirøse patient – ud over at undgå lægemidler som disponerer til delirium – er indiceret, når ovenstående forhold er forsøgt korrigeret. Haloperidol er det bedst undersøgte stof til kritisk syge patienter med delirium [27]. Doseringen er 5-20 mg/døgn givet som bolusdoser, idet der startes med to mg, hvor dosis (om nødvendigt) fordobles, til der er klinisk effekt.

KONKLUSION

Meget tyder på, at hjernen – som andre organer – indirekte påvirkes ved kritisk sygdom. Det er alment kendt, at den primære behandling af multiorgansvigt er at identificere og behandle den tilgrundliggende årsag. Når den tilgrundliggende årsag (som infektion eller traume) er under kontrol, vil organer som lunger og nyrer langsomt genvinde deres funktion. Det samme gælder den kognitive dysfunktion i form af delirium hos kritisk syge patienter.

Tendensen på danske intensivafdelinger går i retning af mindre sedation. Det er ligeledes den bedste standard at sedationsscore kritisk syge patienter og udføre daglige wake up-test. Endvidere bør man rutinemæssigt deliriumscore kritisk syge patienter med et egnet scoresystem.

Den viden, man opnår herved, kan benyttes diagnostisk, idet centralnervesystemets (CNS) funktion er en god parameter for patientens tilstand. En vågen og relevant patient indikerer således, at patienten er i

bedring. Mens tiltagende dårlig CNS-funktion er et udtryk for en forværring i patientens tilstand.

KORRESPONDANCE: Thomas Strøm, Anæstesi og Intensiv Afdeling V, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense. E-mail: t.s@dadlnet.dk

ANTAGET: 6. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Artiklen bygger på en større litteraturn gennemgang. Den komplette litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

LITTERATUR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing 1994.
2. Liptzin B, Levkoff SE. An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* 1992;161:843-5.
3. Egerod I, Christensen BV, Johansen L. Trends in sedation practices in Danish intensive care units in 2003: a national survey. *Intensive Care Med* 2006;32:60-6.
4. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J* 1974 June 22;2(5920):656-9.
5. Ely EW, Truman B, Shintani A et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003;289:2983-91.
6. Ely EW, Gautam S, Margolin R et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001;27:1892-900.
7. Csokasy J. Assessment of acute confusion: use of the NEECHAM Confusion Scale. *Appl Nurs Res* 1999;12:51-5.
8. Otter H, Martin J, Basell K et al. Validity and reliability of the DDS for severity of delirium in the ICU. *Neurocrit Care* 2005;2:150-8.
9. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M et al. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med* 2001;27:859-64.
10. Ely EW, Margolin R, Francis J et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 2001;29:1370-9.
11. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286:2703-10.
12. Lin SM, Liu CY, Wang CH et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* 2004;32:2254-9.
13. Ely EW, Girard TD, Shintani AK et al. Apolipoprotein E4 polymorphism as a genetic predisposition to delirium in critically ill patients. *Crit Care Med* 2007;35:112-7.
14. Roberts B, Rickard CM, Rajbhandari D et al. Multicentre study of delirium in ICU patients using a simple screening tool. *Aust Crit Care* 2005;18:4-8.
15. Immers HE, Schuurmans MJ, van de Bijl JJ. Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BMC Nurs* 2005;4:7.
16. Heymann A, Sander M, Krahne D et al. Hyperactive delirium and blood glucose control in critically ill patients. *J Int Med Res* 2007;35:666-77.
17. Rincon HG, Granados M, Unutzer J et al. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics* 2001;42:391-6.
18. Thomason JW, Shintani A, Peterson JF et al. Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 nonventilated patients. *Crit Care* 2005;9:R375-R381.
19. Ely EW, Shintani A, Truman B et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004;291:1753-62.
20. Nelson JE, Tandon N, Mercado AF et al. Brain dysfunction: another burden for the chronically critically ill. *Arch Intern Med* 2006;166:1993-9.
21. Quimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med* 2007;33:66-73.
22. Micek ST, Anand NJ, Laible BR et al. Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients. *Crit Care Med* 2005;33:1260-5.
23. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M et al. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001;27:1297-304.
24. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma* 2008;65:34-41.
25. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology* 2006;104:21-6.
26. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000;342:1471-7.
27. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002;30:119-41.

Hjertestop hos barn som følge af knapbatteri i øsofagus kompliceret med aorto-øsofageal fistel

Reservelæge Anette Mortensen, læge Nikolaj Friis Hansen & uddannelsesansvarlig overlæge Ole Mikael Schiødt

KASUISTIK

Slagelse Sygehus, Operations/anæstesi-, Intensiv- og Sterilafdeling, og Københavns Universitet, Retspatologisk Afdeling

Indtagelse af knapbatteri kan medføre alvorlige komplikationer, såfremt det sidder i øsofagus. Denne kasuistik omhandler et tilfælde med et 14 måneder gammelt barn, der forblødte som følge af aorto-øsofagealfistel, der var forårsaget af et fastsiddende lithium-knapbatteri i øsofagus. Endvidere gennemgås anbefalingerne for håndtering, behandling og opfølgning ved mistanke om indtagelse af knapbatterier hos børn.

SYGEHISTORIE

Et 14 måneder gammelt barn blev indbragt på centralsygehus med asystoli. Forældrene vågnede ved, at barnet havde blodige opkastninger. Barnet blev intuberet af ambulancelæge. Ved ankomsten til centralsy-

gehuset fremstod barnet blegt og refleksløst med dilaterede, lysstive pupiller, hvilket tolkedes som nedblødthed. Der var intet respons trods avanceret genoplivning, som blev indstillet cirka 50 minutter efter alarmopkaldet.

Af journalen fremgik det, at der havde været fire kontakter til Pædiatrisk Afdeling de seneste 10 dage før dødsfaldet. Barnets symptomer var febrilia, hoste, opkastninger, episodisk sort afføring, spisevægring for fast føde og rødt makulært eksantem på ekstremiteterne. Endvidere vekslede barnet mellem at være velbefindende og irriteret og utilpas. Blodprøver viste svært forhøjet C-reaktivt protein (CRP). Tilstanden blev tolket som infektiøst betinget. Der blev konstateret unilateral otitis media og startet antibiotisk behandling. CRP faldt herefter. Afføringsprøver, der blev sendt til undersøgelse for tarmpatogene bakterier, var negative.

Der blev begæret retslægelig obduktion.

Obduktionsfund: Computertomografi forud for obduktionen viste overraskende et fladt, cirkulært fremmedlegeme i thorax umiddelbart bag ved og nedenfor tracheas bifurkatur (**Figur 1**). Dette viste sig at være et knapbatteri af typen CR 2032 (3 volt lithiumbatteri, Ø = 20 mm), som bar præg af erosion med defekter i overfladen.

I øsofaguslimhinden sås erosion med fisteldannelse til aorta ved overgangen mellem arcus aorta og aorta descendens. Histologisk undersøgelse af vævet omkring fisteldannelsen viste svær nekrose. Endvidere sås inkomplet erosion gennem øsofagus til trachea. I ventriklen og de første 25 cm af tyndtarmen fandtes ca. 150 ml blod. Der sås ublodig afføring i den resterende del af tarmen og sparsomme ligpletter forenligt med et større blodtab.

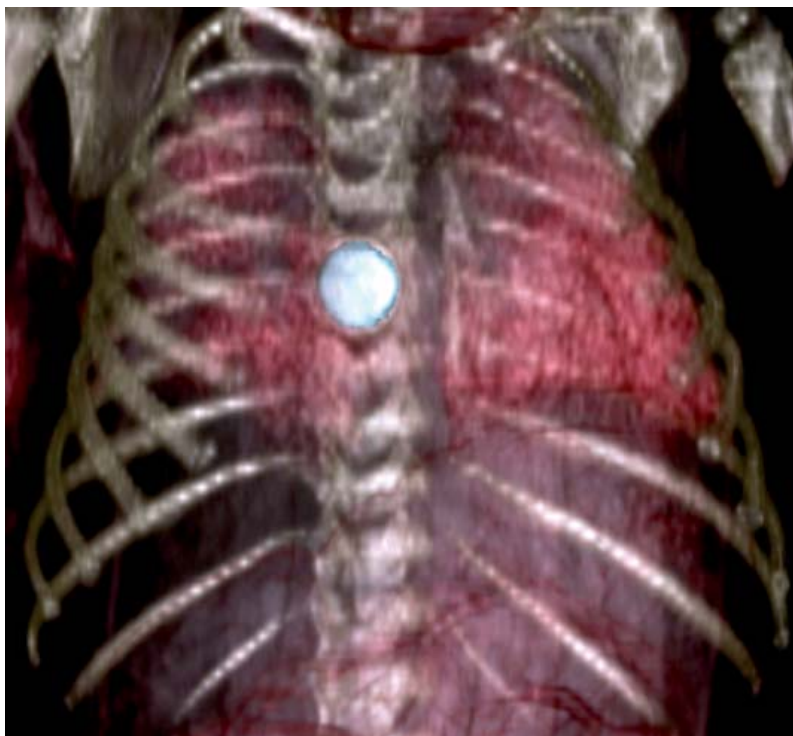
DISKUSSION

Indtagelse af fremmedlegemer ses hyppigt hos børn under fem år med højeste incidens i aldersgruppen 1-2 år [2, 4]. Omkring 2% af disse fremmedlegemer er batterier [3]. Alvorlige komplikationer til batteriindtag ses som udgangspunkt kun i de få tilfælde, hvor batteriet sidder fast i øsofagus. Skadesmekanismen er en kombination af tryknekrose, batteriets strømhold, der medfører hydrolyse med dannelse af æt-



FIGUR 1

Tredimensionel volumerendering af computertomografien foretaget forud for den retslægelige obduktion. Knapbatteriet ses beliggende i thorax. (Tredimensionel billedbehandling lavet ved hjælp af OsiriX Viewer).



sende hydroxylioner, samt lækage af batteriets basiske indhold med ætsning til følge [1-3].

Mellem 80% og 93% af patienter, der har indtaget batterier, er asymptomatiske [1]. 33% af patienter med alvorlige komplikationer er asymptomatiske eller har få og uspecifikke symptomer, før komplikationerne manifesterer sig [3]. I symptomatiske tilfælde er der oftest tale om gastrointestinale gener i form af kvalme, opkastninger, mørk afføring og abdominalsmerter [1, 2]. Endvidere ses respiratoriske symptomer som hoste og vejrtrækningsbesvær, der giver mistanke om pneumoni eller anden luftvejsinfektion [1]. Af og til ses udslæt [2].

Håndtering ved mistanke om, at patienten kan have slugt et batteri: Akut røntgenundersøgelse af thorax skal foretages for at udelukke fastsiddende batteri i øsofagus. Akut gastroskopi med fjernelse skal foretages, hvis der påvises batteri i øsofagus ved røntgen, da perforation af øsofagus er beskrevet blot fem timer efter indtagelsen [3]. Andre metoder som emetika, magnetredskaber og ekstraktion ved hjælp af Foleykateter har tidligere været benyttet. Disse kan ikke anbefales, da succesraten er lille, og de ikke gi-

ver mulighed for inspektion af øsofagusslimhinden med henblik på eventuelle komplikationer [1, 2].

Efter gastroskopisk fjernelse anbefales en observationsperiode ved påvirket øsofagusslimhinde, da alvorlige komplikationer kan manifestere sig efterfølgende. Ved alvorlige sår i øsofagus foretages regastroskopi, før patienten må indtage per os. Dette gentages efter 3-6 uger med henblik på strikturdannelse [3]. Har batteriet passeret øsofagus, kan barnet observeres – eventuelt sies afføringen til passage er konstateret [1]. Ved symptomer i observationsperioden revurderes barnet med henblik på kirurgisk fjernelse af batteriet [2].

KORRESPONDANCE: Ole Mikael Schjødt, Operations/anæstesi-, Intensiv- og Sterilafdeling, Slagelse Sygehus, DK-4200 Slagelse. E-mail: oms@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 26. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Cowan SA, Jacobsen P. Indtagelse af minibatterier. Ugeskr Læger 2002;164:1204-7.
2. Litovitz T, Schmitz BF. Ingestion of cylindrical and button batteries: An analysis of 2382 cases. Pediatrics 1992;89:747-57.
3. Yardeni D et al. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int 2004;20:496-501.
4. Dahiya M, Denton JS. Esophagoaortic perforation by foreign body (coin) causing sudden death in a 3-year old child. Am J Forensic Med Pathol 1999;20:184-8

Svær vitamin B₁₂-mangel hos spædbørn brysternæret af veganere

Læge Casper Roed, professor Flemming Skovby & overlæge Allan Meldgaard Lund

Vitamin B₁₂ (B₁₂)-mangel opstår ved utilstrækkelig indtagelse af animalske fødeemner. Vegetarianerdiæt indeholder ikke kød, mens veganerdiæt også udelukker mælkeprodukter og æg. Voksne har et stort B₁₂-depot i leveren, hvorimod spædbørn og småbørn på grund af små reserver hurtigere end voksne vil udvikle mangelsymptomer ved utilstrækkelig tilførsel af B₁₂ [1]. Som følge af B₁₂-mangel hos spædbørn, der er brysternæret af vegetarianer- og veganermødre, kan der opstå alvorlige hæmatologiske og neurologiske komplikationer.

SYGEHISTORIER

I. En 12 måneder gammel dreng blev henvist pga. dårlig trivsel og forsinket udvikling. Vækst og udvikling var normal det første halve år, hvorefter vægten stagnerede, og barnet blev apatisk. Da barnet var

12 måneder gammelt, var det kun udviklet svarende til seks måneder. Begge forældre var veganere, og kosten indeholdt derfor ingen animalske fødeemner. På henvisningstidspunktet var drengen hypoton, passiv og psykomotorisk retarderet med en vægt på tipercentilen. Urinmetabolisk screening viste homocystein, og blodprøverne viste makrocytær anæmi, forhøjet blodplasma (p)-totalhomocystein og p-metylmalonat, lavt p-metionin og lave p-cobalaminer (Tabel 1). Moderens p-cobalamin var 140 pmol/l (140-543 pmol/l), mens faderens var 52 pmol/l. Drengen blev behandlet med cyanocobalamin 1 mg intramuskulært, initialt × 3 ugentligt, og efter to injektioner var p-totalhomocystein og p-metylmalonat normaliserede. Patienten blev mere aktiv, og hans megaloblastære anæmi forsvandt efter tre uger. Korrektur af B₁₂-manglen afslørede en jernmangel-

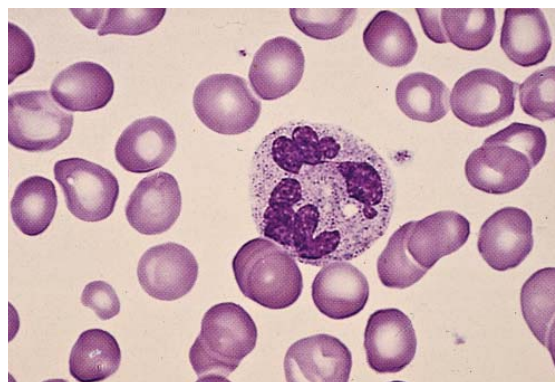
KASUISTIK

Rigshospitalet,
Børneafdelingen,
Klinisk Genetisk Afdeling,
og Hvidovre Hospital,
Børneafdelingen

anæmi, som blev behandlet med jerntilskud. Patienten fik cyanocobalamin 1 mg intramuskulært tre gange ugentligt i halvanden måned og herefter 5 mg peroralt daglig. Der blev under sygdomsforløbet ikke foretaget magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum, idet drengens cerebrale status var forklaret ud fra B₁₂-manglen. Ved kontrol et år efter var han psykomotorisk alderssvarende og i trivsel. Drengen fik fortsat veganerkost med tilskud af B₁₂.

II. En ti måneder gammel pige blev indlagt akut på grund af vægttab og tab af motoriske færdigheder. Hendes udvikling havde været normal indtil en måned før indlæggelsen. Barnet var brysternæret med forsøg på tilskud af fast føde i relation til aktuelle sygdomsperiode. Begge forældre var veganere både med hensyn til egen og barnets kost og tog intet vitamin-tilskud. Barnet var voksblegt, febrilt og hypotont. Blodprøver viste pancytopeni. Retikulocytal, p-jern og p-ferritin var normale, og laktatdehydrogenase var svært forhøjet (Tabel 1). Behandling for urosepsis samt erythrocyttransfusioner blev institueret. Supplerende undersøgelser viste B₁₂-mangel med lav p-metionin, forhøjet p-totalhomocystein og p-metylmalonat samt homocystein- og metylmalonsyreudskillelse i urinen (Tabel 1). Knoglemarven viste udtalt megaloblastær anæmi. Moderens p-cobalaminer var 105 pmol/l. Barnet udviklede flere generaliserede krampeanfald. Elektroencefalogram var normalt. Computertomografi af cerebrum viste let central og kortikal atrofi.

Barnet fik cyanocobalamin 1 mg intramuskulært daglig i syv dage. Såvel hæmoglobin- som urinmetylmalonatudskillelsen samt p-metionin normaliserede.



Perifer blodudstryg med megaloblastær anæmi. Der ses anisocytose og hypersegmenteret neutrofilocyt.

des. Homocysteinudskillelsen i urinen ophørte. Familien ønskede ikke at ændre kosten fra veganerdiæt og udeblev fra aftalt kontrol.

DISKUSSION

På grund af lavt B₁₂-indhold i brystmælk er brysternærede børns tilskud af B₁₂ begrænset det første leveår, hvorfor børnene er afhængige af, at B₁₂-depoterne i leveren er blevet opbygget intrauterint. Under normale omstændigheder er barnets B₁₂-depot sufficent på grund af placentar overgang. Dette forudsætter imidlertid normal B₁₂-status hos moderen. B₁₂-mangel hos spædbørn ses derfor overvejende hos brysternærede børn, der er født af mødre med B₁₂-mangel. Symptomerne inkluderer dårlig trivsel, hypotoni, forsinket motorisk udvikling og megaloblastær anæmi inden for de første 18 levemåneder. Den kognitive udvikling kan varigt reduceres [1].

Cobalamin virker som koenzym ved omdannelsen af homocystein til metionin og metylmalonyl-CoA til succinyl-CoA [2]. P-metylmalonat og p-totalhomocystein er derfor forhøjede ved B₁₂-mangel [3] og normaliseres hurtigt ved behandling med B₁₂.

Brystbørn, der er ernærede af veganermødre har risiko for at udvikle B₁₂-mangel med påvirket hæmatopoiese og degenerative nerveforandringer [1, 4]. Mens barnets megalocytære anæmi i løbet af dage remitterer på B₁₂-behandling, er nogle neurologiske skader blivende, herunder demyelinisering, der måske er forårsaget af cerebral metioninmangel [5]. Schenk *et al* [1] fandt, at seks børn, der blev diagnosticeret ti måneder gamle med B₁₂-mangel efter behandling, udviklede sig normalt, mens seks børn, der var diagnosticeret 13 måneder gamle, havde varige neurologiske skader på trods af behandling. Tidlig diagnostik af B₁₂-mangel er således vigtig. Diagnostikken af B₁₂-mangel hos spædbarnet inkluderer måling af p-cobalaminer, metylmalonat og aminosyrer, samt urinmetabolisk screening. Det er af

TABEL 1

Paraklinik ved henvisning.

	12 måneder gammel dreng	10 måneder gammel pige	Normalværdier
Blod			
Hæmoglobin, mmol/l	6	1,8	6,6-8,2
Middelcellevolumen, fl	112	89	74-106
Leukocytter, milliard/l	3,3	8,9	4-19
Neutrofile, milliard/l	0,6	0,4	1,5-6,3
Trombocytter, milliard/l	288	70	150-400
Blodplasma			
Homocystein, mikromol/l	118	88	< 15
Metionin, mikromol/l	3	3	5-34
Metylmalonat, mikromol/l	5,3	17,7	0-0,28
Cobalaminer, pmol/l	80	< 33	140-543
Laktatdehydrogenase, U/l	–	3.270	155-450

afgørende betydning, at vegetarianere og veganere er opmærksomme på, at deres kosts indhold af B₁₂ er insufficient. Af hensyn til fosteret og det diende barn er det nødvendigt, at moderen profylaktisk får B₁₂-tilskud i tabletform og som injektion ved manifest B₁₂-mangel. Denne behandling forebygger såvel den megaloblastære anæmi som den potentielt irreversible neurologiske skade.

KORRESPONDANCE: Casper Roed, Dronningens Tværgade 46, 2. sal, DK-1302 København K. E-mail: casper.roed@rh.regionh.dk

ANTAGET: 12. december 2007

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Schenck U, Bender-Götze C, Koletzko B. Persistence of neurological damage induced by dietary vitamin B12 deficiency in infancy. *Arch Dis Child* 1997;77:137-39.
2. Allen RH, Stabler SP, Savage DG et al. Metabolic abnormalities in cobalamin (vitamin B12) and folate deficiency. *FASEB Jour* 1993;7:1344-53.
3. Monsen ALB, Ueland PM. Homocysteine and methylmalonic acid in diagnosis and risk assessment from infancy to adolescence. *Am Jour Clin Nutr* 2003;78:7-21.
4. Weiss R, Fogelman Y, Bennett M. Severe vitamin B12 deficiency in an infant associated with a maternal deficiency and a strict vegetarian diet. *J Pediatr Hematol Oncol* 2004;26:270-1.
5. Molloy AM, Weir DG. Homocysteine and the nervous system. I: Carmel R, Jacobsen DW, red. *Homocysteine in Health and Disease*. Cambridge: University Press, 2001: 34.

Falsk positivt fund ved screening for abdominalt aortaaneurisme

Klinisk assistent Annette Høgh, reservelæge Nikolaj Grøndal & forskningsoverlæge Jes S. Lindholt

Abdominale aortaaneurismer (AAA) er hyppigst asymptomatiske og har en prævalens på 2-8% hos mænd over 60 år, stigende med alderen. Ved AAA-ruptur er mortaliteten 80-95%, mens den ved elektiv kirurgi er 5-6% [1, 2]. Den asymptomatiske fase med en forholdsvis lav behandlingsrisiko sammenlignet med den symptomatiske fase har givet anledning til randomiserede screeningsundersøgelser. Således viste danske tal i overensstemmelse med udenlandske undersøgelser en 67% lavere AAA-specifik mortalitet og 75% færre akutte operationer i screeningsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen [3]. Screening for AAA implementeres derfor i disse år i bl.a. England, Norge og Sverige.

Screening giver mulighed for at identificere en sygdomsproces, før den er symptomgivende og giver derved mulighed for at igangsætte profylaktiske tiltag, således at mulighederne for helbredelse/overlevelse forøges. Den prædiktive værdi af en positiv screeningstest er vigtig for at undgå, at patienter sendes til operation på et forkert grundlag. Forekomsten af falsk positive svar ved screening for AAA er stort set ubeskrevet, men det anses at være yderst sjældent. Her beskrives dog et falsk positivt fund, hvorefter litteraturen på området diskuteres.

SYGEHISTORIE

En 66-årig mand var inviteret til screening for AAA og perifer arteriel okklusiv sygdom i en randomiseret forebyggende kredsløbsundersøgelse af 50.000 65-

74-årige mænd i den midtjyske region. Patienten var i medicinsk behandling for benign prostatahyperplasi samt simpelt glaukom. Anamnesen var uden kardiovaskulære symptomer og uden funktionsindskrænkelse. Patientens bror var kendt med hypertension og nedsat kredsløb i benene. Patienten havde i øvrigt en minimal risikoprofil, idet han ikke havde diabetes, var normalvægtig og var holdt op med at ryge år tilbage.

Kredsløbsscreening viste palpable fodpuls bilateralt og et ankel-brakialt systolisk blodtryksindeks > 1,1 bilateralt (normalt). Ved abdominal ultralydsundersøgelse (UL) blev et AAA med en maksimal diameter på 8,3 cm mistænkt. Præoperativ computertomografi (CT) viste dog aorta af naturlige dimensioner samt en stor blæredivertikel, der var placeret anterior for aorta abdominalis (se **Figur 1**).

DISKUSSION

Ved en tidligere randomiseret dansk screeningsundersøgelser for AAA (1994-1998) i det tidligere Viborg amt blev 239 AAA – er identificeret ved 6.333 abdominale UL-undersøgelser [3]. Ud af disse var der tre falsk positive screeningssvar. To havde en normal aortadiameter ved kontrol UL-undersøgelse året efter. Diagnosticeringen fandt sted i de første måneder af screeningsprogrammet og understreger derved nødvendigheden af relevant oplæring og supervision. Den tredje fik ved opfølgende CT påvist et langstrakt tromboseret aneurisme af arteria spermatica sinister med en maksimal diameter på 5 cm.

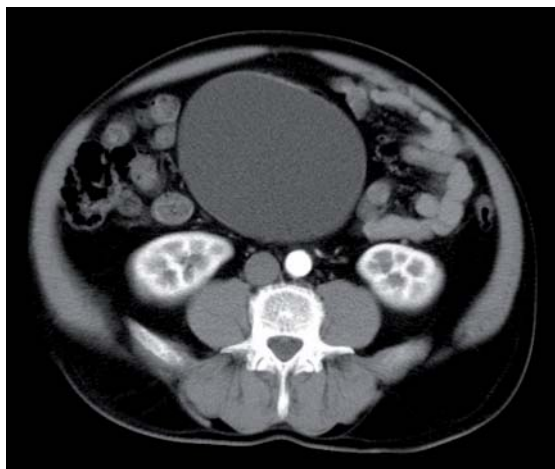
KASUISTIK

Regionshospitalet Viborg, Forskningssektionen, Karkirurgisk Afdeling



FIGUR 1

Kontrolcomputertomografi efter ultralydsscreening med mistanke om abdominalt aortaaneurisme > 5 cm. Aorta har naturlige dimensioner, men foran aorta ses en stor blæredivertikel.



Ved abdominal UL med fokus på abdominale aorta kan der også forekomme tilfældige fund, som også kan mistolkes som AAA. I det aktuelle screeningsprogram berettes tillige om flere tilfælde af asymptomatisk hydroureter, hvor AAA blev mistænkt, men superviseret kontrolundersøgelse, som inkluderende dupleksskanning (kontrol af arterielt flow) samt lateraliserings af dilatationen, afkræftede mistanken.

Opfølgende kontrol-UL eller -CT minimerer således risikoen for, at tilfældige fund eller falsk positive screeningssvar fører til operation på et forkert grundlag. Konsekvensen af negativt svar kan minimeres ved indførelse af intervalscreening, da falsk negative fund som regel klassificeres som ektatiske primært.

CT er den gyldne standard til operationsplanlægning af AAA, men i screeningssammenhæng er abdominal UL dog denne undersøgelse overlegen. Abdominal UL er ufarlig, hurtig, billig og pålidelig til at beskrive den abdominale aortadiameter og er derfor velegnet som screeningsmetode [4]. Interobservatør undersøgelser understøtter desuden, at metoden ikke er personafhængig [5].

Forekomsten af falske screeningssvar ved abdominal UL for AAA er ukendt, men antages at være uhyre sjælden. Bestemmelse af den sande forekomst kræver, at abdominal UL sammenlignes med CT eller MR-skanningen. MR-skanning og CT er dog dyre og tidskrævende, og CT har desuden en tendens til at overestimere AAA's diameter på grund af dennes mulige vinkling og pulsation. Antagelsen understøttes af

et tidligere studie, der estimerede den prædiktive værdi for positiv test til 94,9% og for negativ test på 99,8% [5]. Abdominal UL kan således ikke udelukke falske screeningssvar fuldstændigt, men en opfølgende og nødvendig CT sikrer, at patienten ikke sendes til operation på et forkert grundlag.

KORRESPONDANCE: Annette Høgh, Karkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, DK-8800 Viborg. E-mail: Annette.hoegh@viborg.rm.dk

ANTAGET: 20. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Hjerteforeningen takkes for økonomisk støtte til projektet.

LITTERATUR

1. Brown PM, Zelt DT, Sobolev B. The risk of rupture in untreated aneurysms: the impact of size, gender, and expansion rate. *J Vasc Surg* 2003;2:280-4.
2. Scott RA, Kim LG, Ashton HA. Assessment of the criteria for elective surgery in screen-detected abdominal aortic aneurysms. *J Med Screen* 2005;3:150-4.
3. Lindholt JS, Juul S, Fasting H et al. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial. *BMJ* 2005;7494:750.
4. Smith FCT, Grimshaw GM, Paterson IS et al. Ultrasonographic screening for abdominal aortic aneurysm in a urban community. *Br J Surg* 1993;80:1406-9.
5. Lindholt JS, Vammen S, Juul S et al. The validity of ultrasonographic screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999;17: 472-5.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



REFERATERNE FINDES I FULD VERSION PÅ WWW.UGESKRIFTET.DK UNDER > SENESTE NUMMER > AKADEMISKE AFHANDLINGER



Læge Peter Iversen:

Dynamic brain PET studies in cirrhosis patients with and without hepatic encephalopathy and before and after TIPS

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: PET Centret, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Nørrebrogade 30, DK-8000 Århus C.

E-MAIL: piv@pet.auh.dk

FORSVARET FANDT STED: den 9. oktober 2009.

BEDØMMERE: Fin Stolze Larsen og Karin Weissenborn, Tyskland.

VEJLEDERE: Susanne Keiding, Albert Gjedde og Peter Ott.

Læge Thomas Hartvig Lindkær Jensen:

Development of a novel biomaterial – a nanotechnological approach

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Ingemannsvej 22, 2. th. DK-1964 Frederiksberg C.

E-MAIL: thomasj@inano.dk

FORSVARET FANDT STED: den 18. september 2009.

BEDØMMERE: Jesper Skovhus Thomsen, John Jansen, Holland, og Mike Horton, England.

VEJLEDERE: Kjeld Søballe, Flemming Besenbacher og Cody Bünger.



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 5. oktober 2009 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

- (D-07-AC-01) Bettamousse kutanskum*, EuroPharmaDK ApS
- (H-01-BA-02) Desmopressin »Paranova« smeltetabletter*, Paranova Danmark A/S
- (A-07-AA-02) Mycostatin oral suspension*, Pharmason ApS
- (J-01-CA-08) Selexid tabletter*, Orifarm A/S
- (N-05-AH-04) Seroquel Prolong depottabletter*, Orifarm A/S
- (N-05-AH-04) Seroquel SR depottabletter*, Orifarm A/S
- (N-05-AH-04) Seroquel XR depottabletter*, Orifarm A/S
- (N-03-AX-11) Topiramat »Arrow« tabletter*, Arrow Pharma ApS
- (N-03-AX-11) Topiramat »Orifarm« tabletter*, Orifarm Generics A/S
- (N-03-AX-11) Topiratore tabletter*, PharmaCoDane ApS
- (G-04-BD-08) Vesicare tabletter*, Paranova Danmark A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

- (C-09-DA-01) Cozaar Comp. tabletter*, 2care4 ApS

gruppe klausuleret til personer, der lider af følgende sygdom: Patienter med behandlingskrævende hypertension eller anden form for hjerte-karsygdom, hvor behandling med lægemidler med virkning på renin-angiotensin systemet med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig. En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

- (N-04-BD-02) Azilect tabletter*, 2care4 ApS

gruppe klausuleret til personer, der lider af følgende sygdom: Parkinson patienter, hvor behandling med selegilin har vist sig utilstrækkelig eller som ikke tåler denne behandling. En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

- (M-01-AE-01) Ibuprofen »Orifarm« tabletter*, Orifarm Generics A/S

gruppe klausuleret til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller til personer, der er omfattet af følgende tilskudsklausul:

Kroniske smerter. En betingelse for at opnå tilskud efter tilskudsklausulen er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

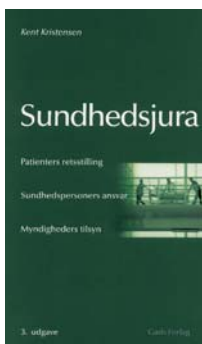
- (D-07-AA-02) Hyderm creme, ACO Hud Nordic AB

gruppe klausuleret til personer, der modtager pension efter lov om social pension eller til personer, der er omfattet af følgende tilskudsklausul:

Psoriasis og eksem. En betingelse for at opnå tilskud efter tilskudsklausulen er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 5. oktober 2009.

* Omfattet af tilskudsprissystemet.

**FORFATTER:**

Kristensen, K

FORLAG: København:

Gads Forlag, 2008

SIDER: 316**PRIS:** 299 kr.**ISBN:** 978-87-12-

04371-3

Sundhedsjura. Patienters retsstilling. Sundhedspersoners ansvar. Myndigheders tilsyn. 3. udgave

BOGANMELDELSE

Juraen er i de seneste 20-30 år blevet en fast følgesvend i sundhedspersonalets dagligdag. Kent Kristensen's bog »Sundhedsjura« foreligger nu i en tredje revideret udgave. Bogen indeholder 11 kapitler, som kommer vidt omkring, lige fra patientens selvbestemmelsesret i almindelige og særlige situationer, over regler for magtanvendelse, tavshedspligt og aktindsigt, journalføring, sundhedspersonalets ansvar og patientforsikring til de særlige forhold i hjemmeplejen. Med så bred en emnekreds er det ikke muligt at gå i detaljer, men bogen formår alligevel på en gang at give en oversigt og en fokuseret fremstilling af lovgivningens betydning. Den er skrevet i et læsevenligt sprog, og temaerne illustreres løbende med sager fra bl.a. Patientklagenævnet. Nogle kapitler går mere i dybden end andre. Det gælder f.eks. kapitlerne om magtanvendelse inden for psykiatrien og hjemmeplejen. Forholdene i hjemmeplejen er væsentlige at få belyst, fordi den sociale og den sundhedsfaglige indsats i vidt omfang er integreret med deraf følgende risiko for sammenblanding mellem den sociale lovgivning og sundhedslovgivningen. Det er derfor meget for tjenstfuldt, at forfatteren behandler denne problemstilling.

Bogen retter sig mod sundhedsfagligt personale bredt set, men det virker som om forfatteren især har øje for det ikke-lægelige personale. Dette var også målgruppen for den oprindelige udgave fra 2002. Dette fokus på den »ikke-lægelige« gruppe sundhedsperso-

ner præger bogen; både i emnevalg og prioriteringen af disse. Som læge vil man måske savne flere eksempler, der tager udgangspunkt i lægefaget. Det gælder f.eks. i kapitel 8, som handler om sundhedspersoners ansvar, hvor der bruges meget plads på sygeplejerlevante forhold. Der er ligeledes emner, som er særdeles relevante for læger og kun berøres meget sporadisk. Det gælder f.eks. et væsentligt emne som kravene til den information, patienter skal have i forbindelse med behandlingen. Trods dette er bogen afgjort interessant for læger, fordi den kommer så bredt omkring, og den kan anbefales som et godt og sagligt juridisk opslagsværk.

♠ Professor, dr.jur. Mette Hartlev

E-mail: Mette.Hartlev@jur.ku.dk

I PARADOKSERNES UNIVERS

Af Jacob Berner Moe

Bogen indeholder 15 stærke portrætinterviews med danske læger. Blandt andre den perfektionistiske læge som en dag sprøjter en tidobbelts vaccine ind i et spædbarn, stress-overlægen der selv kæmper med en stressbetinget depression og ambulancelægen som med ti års mellemrum har mistet begge sine sønner ved meningsløse ulykker.

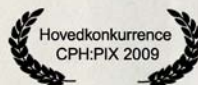
160 sider, 199,00 kr. inkl. moms

Bestilles hos boghandleren.





NÅR DRØMMEN BLIVER TIL MARERIDT OG OMVERDENEN IKKE KAN SE DET



NU PÅ DVD

LÆRKE WINTHER

"Heidi Maria Faisst fortælling om familielivets mørkelagte smertepunkter går rent ind."

Information



"...konstant rørende og empativækkende og holder sit publikum fast i en vekslende følelse af håb og tristesse."
Jyllands-Posten



SOLBJØRG HØJFELDT

"Efter kortfilmene Liv (2006) og Frederikke (2007) er det en overbevisende spillefilmdebut for Heidi Maria Faisst."

Weekendavisen



"dansk film har fået en markant kvindelig stemme, der kan love kompromisløse film, så hårene rejser sig i nakken af beundring."
EKKO

MADS RIISOM

"Heidi Maria Faissts debutfilm er modig, indsigtsfuld og dybt troværdig."

Ekstra Bladet



DR2, Premiere



CDON.COM

FÅ LØNKKONTO I LÆGERNES PENSIONS BANK



**LÆGERNES
PENSIONS
BANK**



- Gratis Visa/Dankort/Webbank
- Lønkredit på 100.000 kr.
Udlån pt. 7,35 pct. p.a. (ÅOP 7,6 pct.)
Indlån: pt. 1,25 pct. p.a.
- Boliglån uden gebyrer
Pt. 2,05 pct. p.a. (ÅOP 2,3 pct.) (realkreditlignende lån)
Pt. 6,60 pct. p.a. (ÅOP 7,0 pct.) (restfinansiering)
- Finansiering af andelsbolig
Pt. 4,60 pct. p.a. (ÅOP 4,8 pct.)
- Attraktive billån
Fra pt. 5,50 pct. p.a. (ÅOP 6,3 pct.)
- Pensionspuljer med lave omkostninger
- Individuelle depoter
(fondshandel via Webbank)
- Mulighed for at handle beviser i Lægernes Pensionsinvestering
- Realkreditlån formidles via BRFKredit.

Læs mere på www.lpk.dk eller ring på telefon 33 12 21 41

OLE CHRISTIAN
FJELDBORG

28.6.1923–7.9.2009

Ole Christian Fjeldborg

Det er velkendt, at Fjeldborg foretog den første nyretransplantation i Danmark den 18. april 1964. Mindre kendt er det, at han umiddelbart efter beskrivelsen i 1966 af den interne arteriovenøse fistel optog denne behandling, hvorved langtidshæmodialysebehandling blev mulig. Han er således pioneren i den kirurgiske del af behandling for terminalt nyresvigt i Danmark. Transplantationsarbejdet vakte i begyndelsen betydelig modstand, og havde det ikke været for Fjeldborgs utrættelige flid og stille stædighed, var behandlingen givetvis blevet forsinket. Manglen på nyrer fra afdøde donorer har været et næsten permanent problem i Danmark, og Fjeldborg rejste landet tyndt for at oplyse om nyretransplantation i alle de foreninger og grupper, der bad om det.

Fjeldborg havde en meget bred viden om både medicin og kirurgi, og det kirurgiske håndværk mestrede han med en akkuratess, der gik ry af. Hans evne til at tale med og berolige svært syge patienter var enestående, selv om han aldrig skjulte risici ved behandlingen. I mange år kunne man kontakte Fjeldborg i alle

døgnet 24 timer, og han kom, når man kaldte. Han var helt kompromisløs i kvaliteten af patientbehandlingen. Som en af de første indførte han kontinuerlig kvalitets- og produktionskontrol, først ved hjælp af hulkort senere med database- og statistikprogrammer, han selv programmerede. Hans registrering var afgørende for al resultatbearbejdning og den fortsatte udvikling af transplantationsarbejdet.

Selv om lægegerningen fyldte meget, havde Fjeldborg en bredt favnende vifte af interesser, som han dyrkede med samme videnskabelige grundighed som sit fag. Han var uhyre vidende om landets flora og fauna, en fremragende fotograf af selv naturens mindste detaljer.

Han vidste meget om sit lands historie, var velbevandret i såvel computervidenskab som matematik, filosofi og religion. Fjeldborg var et tolerant og åbent menneske, en ægte humanist, som det var berigende at være sammen med. Det har været et stort privilegium at arbejde sammen med ham.

Vore tanker går til hans familie.

Hans Erik Hansen
Steffen Ellebæk Petersen

OLE HART HANSEN
7.11.1938–17.9.2009

Ole Hart Hansen

En fin repræsentant for dansk kirurgi, Ole Hart Hansen, er død. Han gik på pension i 2006. Ulykkeligtvis blev de følgende år meget svære for ham. Han fik for mere end to år siden en hjerneblødning, som medførte en meget betydelig invaliditet.

Både Oles farfar og far var professorer og overlæger i kirurgi, og det var da helt naturligt for Ole at følge denne livsbane. Han blev medicinsk kandidat i 1965. Hans tidlige kirurgiske uddannelse fandt sted i Varde og i Næstved. Kursisttiden og 1. reservelægeansættelser var på Bispebjerg Hospital, hvor især tiden på Afdeling A var bestemmende for, at han kastede sig over den kirurgiske gastroenterologi. Det var da også på Afdeling A, at han gennemførte de undersøgelser, som resulterede i disputatsen i 1980: Cellefornylelse i human ventrikelslimhinde. Ole blev i 1979 overlæge på Kirurgisk Afdeling, Sect. Lukas Stiftelsen, men flyttede allerede i 1984 til FAC Hillerød, Kirurgisk Afdeling, som overlæge og siden ledende overlæge.

Ole var fagligt uhyre aktiv og flittig. Talrige videnskabelige arbejder og lærebogsbidrag kom fra hans hånd. Fagets udvikling interesserede ham brændende. Han var således i årene på Hillerød Sygehus pioner inden for laparoskopisk galdevejskirurgi. Undervisning havde han også blik for og var leder for Dansk Kirurgisk Selskabs E-kurser i en årrække.

Oles engagement og viden var efterspurgt på talrige områder. Han var sekretær i Dansk Kirurgisk Selskab og siden formand for selskabet i 1996-1998, hvor han bl.a. medvirkede til publiceringen af rapporten: Kirurgisk organisation – udvikling og kvalitet, som fik banebrydende indflydelse på de følgende års arbejde med sygehusvæsenets struktur. Han var formand i øvre gastroenterologisk sektion i Nordisk Kirurgisk forening, formand for amtsoverlægerådet i Frederiksborg Amt samt formand eller bestyrelsesmedlem i flere faglige foreninger. Ole var desuden medlem af Sundhedsstyrelsens styregruppe for kræftbehandling. Han var fra 1992 konsulent i Patientforsikringen.

Med sin venlige og tillidsvækkende facon skabte han et meget stort netværk, både fagligt og i den store vennekreds. Han havde en unik evne til at knytte mennesker til sig. Det gjaldt medarbejdere og ikke mindst hans patienter, som han viste en dyb forståelse og omsorg for. Hans store vennekreds vil med taknemmelighed tænke tilbage på hans hjælpsomhed og de mange dejlige timer sammen med ham.

Men det centrale i Oles tilværelse var familien. Og det var et rigt familieliv, der udfoldede sig med hans Annemarie, de tre børn og seks børnebørn.

Vore tanker går til dem.

Torben Pedersen
Jan Søltøft
Lars Bo Svendsen
Bo Hempel Sparsø

JOB & PRAKSIS

! FAKTABOKS

JOBANNONCER OG ANNONCER FOR KØB OG SALG AF PRAKSIS

Kristianiagade 12, 2100 København Ø.
Telefon 3544 8387. Telefax 3544 8510.
stillinger@dadl.dk – www.ugeskriftet.dk

INDRYKNING AF ANNONCER

Jobannoncer og annoncer for salg og køb af lægepraksis skal sendes til ovennævnte adresse eller e-mail.

Annoncer der er »Job og Praksis« i hænde inden mandage klokken 12.00, bringes på internettet om onsdagen og i Ugeskrift for Læger førstkommende mandag. (Bemærk dog, at der kan være forskudte afleveringsfrister i forbindelse med helligdage).

BILLETMÆRKEANNONCER

Billetsvar sendes enten til Job og Praksis, Kristianiagade 12, 2100 København Ø, med billetmærkenummer på kuerten eller pr. mail til stillinger@dadl.dk med billetmærkenummer anført.

Oversigt over nye ledige job

Ved stillinger mærket med Quick-nr. henvises til www.laegejob.dk

ALMEN MEDICIN

Bogense, Almen praksis, kompagnon **SE SIDE 3114**

Frederiksberg, Samarbejdspraksis, vikar søges (praksis) **SE SIDE 3114**

Glostrup, 2-læge praksis, vikar søges (praksis) **SE SIDE 3114**

Slagelse, Kompagniskabsdelepraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 3114**

Sønderborg, 4-mands-praksis, praksis tilbydes **SE SIDE 3114**

Glostrup, Solopraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 3114**

Bagsværd, Solopraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 3114**

Region Hovedstaden, Ledige O-praksis i Region Hovedstaden, nedsættelser (Almen Praksis) **SE SIDE 3115**

Ballerup, Ballerup Kommune, læge **SE SIDE 3115**

Slagelse Sygehus, medicinsk afdeling, ledende overlæge **SE SIDE 3110**

Vejle, Jobcenter Vejle, lægekonsulent **SE SIDE 3115**

Birkerød, Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, speciallæge **SE SIDE 3117**

Gentofte, Institutionen Bank-Mikkelsens Vej, speciallæge **SE SIDE 3118**

Odense, APU-Odense (Værkstedspraksis), speciallæge **SE SIDE 3117**

Region Midtjylland, Videreuddannelsessekretariatet i Nord, læge. Quick-nr. 87370

Uden for sygehuse – Region Hovedstaden, Region H - Handicap, læge. Quick-nr. 87324

Norge, Hitra kommune, lege **SE SIDE 3119**

Grønland, Det grønlandske sundhedsvæsen, distriktslæge. Quick-nr. 87413

Grønland, Det grønlandske sundhedsvæsen, distriktslæge. Quick-nr. 87414

ANÆSTESIOLOGI

Herlev Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 87335

Anæstesi i Region Nordjylland, 6. afd., introduktionsstilling. Quick-nr. 86981

Anæstesi i Region Nordjylland, 4. afdeling, afdelingslæge. Quick-nr. 87394

Anæstesi i Region Nordjylland, Anæstesi i Region Nordjylland, 1. Afd, Aalborg, afdelingslæge. Quick-nr. 87297

Odense Universitetshospital, Odense, afdelingslæge. Quick-nr. 87110

Anæstesi i Region Nordjylland, Anæstesi i Region Nordjylland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87381

Anæstesi i Region Nordjylland, Anæstesi i Region Nordjylland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87393

Nykøbing F. Sygehus, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87137

Gentofte Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87051

København, Forsvarets Sundhedstjeneste, speciallæge **SE SIDE 3114**

BLANDET MEDICIN OG KIRURGI

Grønland, Det grønlandske sundhedsvæsen, distriktslæge. Quick-nr. 87415

Det Grønlandske sundhedsvæsen, distriktslæge. Quick-nr. 87416

Grønland, Det grønlandske sundhedsvæsen, chefdistriktslæge. Quick-nr. 87417

Grønland, Det grønlandske sundhedsvæsen, chefdistriktslæge. Quick-nr. 87418

Det Grønlandske Sundhedsvæsen, distriktslæge. Quick-nr. 87133

BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

Region Hovedstaden – Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, afdelingslæge. Quick-nr. 87176

DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Bispebjerg Hospital, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87127

Billeddiagnostisk Afdeling, Roskilde Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 87326

Herlev Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87431

Norge, Sykehuset Levanger, lege **SE SIDE 3118**

Norge, Sykehuset Levanger, overlæge **SE SIDE 3118**

Norge, Sykehuset Namsos, overlæge **SE SIDE 3118**

Norge, Sykehuset Namsos, lege **SE SIDE 3118**

Bispebjerg Hospital, ledende overlæge. Quick-nr. 87254

Hvidovre Hospital, Københavns Universitet, forskningslæge. Quick-nr. 87003

GERIATRI

OUH, Svendborg Sygehus, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87229

GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK

Roskilde Sygehus, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87436

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, introduktionsstilling. Quick-nr. 87215

Nykøbing F. Sygehus, Nykøbing F. Sgehus, Gynækologisk-obstetrisk Afd., overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87023

Norge, Helse Nordmøre og Romsdal HF, overlæge **SE SIDE 3117**

Sydvestjysk Sygehus, ledende overlæge. Quick-nr. 87382

HÆMATOLOGI

Odense Universitetshospital, Odense, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87138

INTERN MEDICIN

OOUH, Svendborg Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 85923

Odense Universitetshospital, Odense, introduktionsstilling. Quick-nr. 87007

Sygehus Himmerland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87372

Regionshospitalet Randers, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87236

Sygehus Sønderjylland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87160

Medicinsk afdeling, Slagelse Sygehus, ledende overlæge. Quick-nr. 87109

KARKIRURGI

Slagelse Sygehus, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87201

KIR. GASTROENTEROLOGI

Herlev Hospital, Flemming Moesgaard, Gastroenheden, Herlev, introduktionsstilling. Quick-nr. 87355

Herlev Hospital, Flemming Moesgaard, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87259

Herlev Hospital, Flemming Moesgaard, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87260

KIRURGI

Bispebjerg Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 87255

Rigshospitalet, – Neurocentret, 1. reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87134

Rigshospitalet, – Abdominalcentret, 1. reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87077

Hvidovre Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 87006

Bornholms Hospital, ledende overlæge. Quick-nr. 87167

KLIN. IMMUNOLOGI

Odense Universitetshospital, Odense, introduktionsstilling. Quick-nr. 87261

KLIN. MIKROBIOLOGI

København S, Statens Serum Institut, reservelæge, uklassificeret **SE SIDE 3110**

Rigshospitalet, Københavns Universitet, forskningslæge. Quick-nr. 87002

KLINISK FARMAKOLOGI

København S, Lægemiddelstyrelsen, overlæge **SE SIDE 3113**

MED. ENDOKRINOLOGI

Aalborg Sygehus, Endokrinologisk Afdeling., afdelingslæge. Quick-nr. 87365

Hillerød Hospital, specialeansvarlig overlæge. Quick-nr. 87196

MED. GASTROENTEROLOGI

Sygehus Himmerland, Aalborg Sygehus, Medicinsk Gastroenterologisk Afd., introduktionsstilling. Quick-nr. 87422

MED. LUNGESYGDOMME

Gentofte Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 87300

Hvidovre Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 87223

Glostrup Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87251

Slagelse Sygehus, Medicinsk afdeling, ledende overlæge **SE SIDE 3110**

NEFROLOGI

Rigshospitalet, – Abdominalcentret, 1. reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87430

NEUROLOGI

Hillerød Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 87264

Sydvestjysk Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 87248

Hillerød Hospital, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87263

Hillerød Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 87267

Sydvestjysk Sygehus, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87247

OFTALMOLOGI

Glostrup Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 87304

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 87238

Næstved Sygehus, Øjenafdelingen, afdelingslæge. Quick-nr. 87272

Sygehus Sønderjylland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87139

ONKOLOGI

Rigshospitalet, – Finsencentret, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87312

ORTOPÆDISK KIRURGI

Akutafdelingen, Køge Sygehus, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87434

Ortopædkirurgien, Region Nordjylland, Ortopædkirurgien, Klinik Aalborg, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87253

Ortopædkirurgien, Region Nordjylland, Ortopædkirurgien, Klinik Aalborg, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87258

Bispebjerg Hospital, 1. reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87072

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 87083

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 87084

Sygehus Sønderjylland, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87356

Bispebjerg Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87231

Bispebjerg Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87053

Norge, Nordlandsykehuset Bodø, overlæge **SE SIDE 3119**

OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGI

Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest, introduktionsstilling. Quick-nr. 87328

Rigshospitalet, – HovedOrtoCentret, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87197

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, ledende overlæge. Quick-nr. 87386

PATOLOGISK ANATOMI

Syddansk Universitet, Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital, klinisk lektor **SE SIDE 3112**

Syddansk Universitet, Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital, afdelingslæge **SE SIDE 3112**

Bispebjerg Hospital, afdelingslæge.
Quick-nr. 87275

Hvidovre Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87286

Bispebjerg Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87268

Hillerød Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87111

Odense Universitetshospital, Odense, læge. Quick-nr. 87395

PSYKIATRI

Psykiatrien Vordingborg, Psykiatrisk Uddannelsesenhed, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87281

Psykiatrien Holbæk, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 87224

Psykiatrien Roskilde, Distrikt Roskilde, overenskomstansat overlæge.
Quick-nr. 87096

Psykiatrien Roskilde, Psykiatrien, Distrikt Roskilde, overenskomstansat overlæge.
Quick-nr. 87097

Roskilde, Psykiatrien Distrikt Roskilde, overlæge **SE SIDE 3112**

Roskilde, Psykiatrien Distrikt Roskilde, afdelingslæge **SE SIDE 3112**

Aalborg Psykiatriske Sygehus, specialeansvarlig overlæge. Quick-nr. 87121

PÆDIATRI

Hvidovre Hospital, 1. reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87265

Region Hovedstaden, Glostrup Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 87217

Dianalund, Epilepsihospitalet Filadelfia, overlæge **SE SIDE 3111**

Regionshospitalet Randers, ledende overlæge. Quick-nr. 87105

Birkerød, Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, speciallæge **SE SIDE 3117**

REUMATOLOGI

Frederiksberg Hospital, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87420

Hovedstadsområdet, Region Hovedstaden, Koncern Praksis, nedsættelser (SpecPraksis) **SE SIDE 3112**

Gentofte Hospital, specialeansvarlig overlæge. Quick-nr. 87287

SAMFUNDSMEDICIN

Vejle, Jobcenter Vejle, lægekonsulent **SE SIDE 3115**

Ballerup, Ballerup Kommune, læge **SE SIDE 3115**

SPECIALEUAFHÆNGIG

Regionshuset i Sorø, Kvalitet og Udvikling, reservelæge, uklassificeret.
Quick-nr. 87433

Regionshospitalet Randers, introduktionsstilling. Quick-nr. 87299

Sorø, Region Sjælland, koncerndirektør **SE SIDE 3116**

Uddannelsesregion Øst, Uddannelsesregion øst, hoveduddannelsesforløb, speciallæge. Quick-nr. 87366

UROLOGI

Næstved Sygehus, Kirurgisk Afdeling, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 87378

Rigshospitalet, - Abdominalcentret, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 87024



forebygger og bekæmper smitsomme sygdomme,
biologiske trusler og medfødte lidelser

Reservelæge (klinisk mikrobiologi)

Til Afdeling for Bakteriologi, Mykologi og Parasitologi, Klinisk Mikrobiologisk Afsnit, sektor for Mikrobiologi og Diagnostik søger vi en reservelæge i et 1-årig vikariat.

Afdelingen yder klinisk mikrobiologisk service og deltager i undervisningen af kommende speciallæger i klinisk mikrobiologi samt bioanalytikerstuderende.

Som led i national referencefunktion undersøges svært identificerbare bakterier (i tiltagende grad også med molekylærbiologiske metoder) indsendt fra landets klinisk mikrobiologiske afdelinger.

Laboratoriet udfører desuden diagnostiske analyser relateret til instituttets nationale funktion omkring biologisk beredskab.

Dine arbejdsopgaver vil være, at

- yde rådgivning omkring mikrobiologiske prøver og klinisk mikrobiologiske problemstillinger
- være ressourceperson omkring laboratoriemæssig håndtering af mikrobiologiske prøver
- deltage i laboratoriets forsknings- og udviklingsrelaterede opgaver

Vi forestiller os, at du

- har udvist interesse for klinisk mikrobiologi
- har gode samarbejdsevner med stort ønske om at varetage arbejdsopgaver som angivet

Vi tilbyder

Samfundsnyttige arbejdsopgaver i en anerkendt virksomhed med høj faglighed og et aktivt forskningsmiljø. Du vil få stor kontakthøjde samt engagerede kolleger. Vi er en fleksibel og familievenlig arbejdsplads med 37 timers arbejdsuge inkl. frokostpause. Vi vægter kompetenceudvikling højt. Vi er centralt beliggende i København og har fri parkering på området.

Løn- og ansættelsesvilkår

I henhold til gældende overenskomst og kvalifikationer.

Er du interesseret?

Så send os din ansøgning mærket "64008181" elektronisk via jobsiden på www.ssi.dk/job senest den 2. november. For yderligere information kontakt afdelingens overlæger, fagchef Jens Jørgen Christensen, tlf. 3268 3572 eller fagchef Michael Kemp, tlf. 3268 3371.

www.ssi.dk/job



Ledende overlæge Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus

Er du en leder med bred erfaring indenfor personaleledelse og udvikling – så har vi jobbet til dig. Nu har du mulighed for at blive ledende overlæge på Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus.

I samarbejde med den ledende oversygeplejerske varetager du det ledelsesmæssige og faglige ansvar for 104 medicinske senge og specialafdelinger i lungemedicin (KOL-behandling), endokrinologi, kardiologi, medicinsk gastroenterologi og en betydelig ambulant funktion. Der ligger et spændende udviklingsarbejde mellem ledelserne fra akut-afdelingen og den medicinske afdeling om etablering af akutafdelingen.

Du får

- En spændende ledelsesmæssig udfordring i samarbejde med den ledende oversygeplejerske på et sygehus i udvikling til akutsygehus og med stor faglig integritet
- Et dygtigt lægeligt team med forventninger om udvikling og uddannelse
- Et fagligt målrettet samarbejde med alle personalekategorier
- Et udbytterigt samarbejde med de øvrige afdelinger og ledelser i Sygehus Syd

Ansøgningsfrist 10.11.09

Se hele stillingsopslaget på www.regionsjaelland.dk, job og karriere, quicknr. 4547

WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

REGION SJÆLLAND
SLAGELSE SYGEHUS



EPILEPSIHOSPITALET FILADELFIA



Pædiatrisk overlæge

Til Epilepsihospitalets børneafdeling søges en overlæge med tiltrædelse den 1. februar 2010 eller snarest derefter.

Epilepsihospitalet har en børneafdeling med 20 sengepladser fordelt på to afsnit. I børneafdelingen er der endvidere ambulatorium for børn samt en børneskole.

Stillingen

- > Vagtfrihed
- > Fagligt ansvar for undersøgelse og behandling af patienterne på børneafdelingens afsnit ØST for 8-16 årige børn. Ansvaret deles med en anden overlæge
- > Stuegang på to faste ugedage
- > Ambulatoriearbejde på to faste ugedage
- > En ugentlig kontordag
- > Involvering i behandling af epilepsi med ketogen diæt
- > Involvering i epilepsikirurgiprogrammet
- > Involvering i forskning.

Vi tilbyder

- > En spændende arbejdsplads med gode fysiske rammer og et meget engageret personale
- > Stor indflydelse på eget arbejde
- > God mulighed for faglig fordybelse og udvikling inden for epilepsiområdet
- > God mulighed for at drive forskning i epilepsi i samarbejde med hospitalets forskningsenhed
- > Et veludbygget tværfagligt samarbejde.

Personen

- > Speciallæge i pædiatri
- > Særlig interesse for og erfaring med epilepsi
- > Gode samarbejdsevner
- > Interesse for forskning og udvikling.

Ansættelse

I henhold til gældende overenskomst mellem Danske Regioner og Foreningen af Speciallæger. Overlægen refererer til den lægelige direktør. Der skal gøres opmærksom på, at der inden ansættelsen indhentes børneattest.

Yderligere oplysninger

Kan fås på Epilepsihospitalets hjemmeside www.epilepsihospitalet.dk eller ved henvendelse til lægelig direktør Christian Pilebæk Hansen, telefon 5827 1062, e-mail cphn@filadelfia.dk

Ansøgningsfrist

Mandag den 26. oktober 2009.

Ansættelsessamtaler forventes afholdt torsdag den 29. oktober 2009.

Ansøgning sendes med almindelig post eller per e-mail til: Lægelig direktør Christian Pilebæk Hansen, Epilepsihospitalet, Kolonivej 1, 4293 Dianalund, E-mail: cphn@filadelfia.dk

www.filadelfia.dk

SYDDANSK UNIVERSITET



STILLINGER

WWW.SDU.DK/STILLINGER



► Klinisk lektor

med specificeret forskningstid i klinisk patologi
og afdelingslæge – Syddansk Universitet og
Odense Universitetshospital

Stillingsopslag:

se www.jobs.sdu.dk, <http://job.ouh.dk/> og
www.laegejob.dk

Yderligere oplysninger:

6550 3015, kbrixen@health.sdu.dk

6541 1915, peter.frandsen@ouh.fyns-amt.dk

6541 4809, martin.bak@ouh.fyns-amt.dk

ANSØGNINGSFRIST: 9. november 2009 kl. 12.00

Læs mere på www.sdu.dk/stillinger [STILLINGSNR. 091066]



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Region Hovedstaden Koncern Praksis

2 ledige 0-ydernumre i reumatologi

REGION

Region Hovedstaden udbyder 2 fuldtidsydernumre i reumatologi i område Syd og område Byen.

Område Syd dækker kommunerne Hvidovre, Glostrup, Brøndby, Albertslund, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk, Tårnby og Dragør Kommuner.

Område Byen dækker København- og Frederiksberg Kommuner.

Region Hovedstaden stiller krav om handicapvenlig adgang og indretning.

Ansøgning vedlagt kopi af autorisation og cv sendes til Region Hovedstaden, Koncern Praksis, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød, att.: Konsulent Anna Marie Schmidt

Ansøgningsfrist **mandag den 9. november 2009**
Samtaler forventes afholdt i uge 48

For mere information se www.regionh.dk/praksissektoren speciallæger praksisplaner delplan for reumatologi. Eller kontakt konsulent Anna Marie Schmidt, tlf. 4820 5220, e-mail: amrs@regionh.dk



To overlæger/afdelingslæge til Psykiatrien Distrikt Roskilde

Overlæge med ansvar for daglig ledelse til sengeafsnit til besættelse 01.01.10 eller snarest herefter.

Se opslaget på www.regionsjaelland.dk, Job og karriere, quicknr. 4542

Overlæge eller afdelingslæge til Distriktpsychiatrisk Center Greve

til besættelse 01.01.10 eller snarest herefter.

Se opslaget på www.regionsjaelland.dk, Job og Karriere, quicknr. 4544

Distrikt Roskilde varetager behandlingen af borgere fra Roskilde, Lejre og Greve kommuner, der er 60 sengepladser på fire

almenpsykiatriske sengeafsnit og psykiatrisk skadestue, Dagklinik for behandling af ikke-psykotiske lidelser og Distriktpsychiatriske Centre i Roskilde og Greve.

Kompetencecenter OPUS for Region Sjælland er beliggende i Distrikt Roskilde

Ansøgningsfrist 02.11.09

WWW.REGIONSJAELLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 15 mia kr. Vi varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN



LÆGEMIDDEL
STYRELSEN

Overlæge

Lægemiddelstyrelsen søger en overlæge med speciale i klinisk farmakologi til en fuldtidsstilling.

Stillingsens placering

Stillingen er placeret i Lægemiddelgodkendelse, hvis hovedopgaver er godkendelse af human- og veterinærlægemidler, variationsansøgninger, rådgivning af virksomheder (scientific advice), mærkning og indlægssedler samt udleveringstilladelser.

Langt størsteparten af alle nye innovative lægemidler godkendes via den centrale europæiske godkendelsesprocedure. Lægemiddelstyrelsen har det som et af sine strategiske mål at være blandt de aktive lande i denne procedure. Det ses som en forudsætning for både at kunne påvirke den europæiske udvikling på lægemiddelområdet og for at kunne opretholde en grundig førstehandsviden om udviklingen og nye lægemidler på vej til godkendelse.

Arbejdsområdet vil først og fremmest blive centreret omkring godkendelse i forbindelse med den centrale godkendelsesprocedure og det europæiske samarbejde. I mindre omfang indgår arbejde vedrørende ændringer i godkendelserne i det nationale sortiment, primært hvad angår ændringer i indikationer mv.

Dine arbejdsområder

Du får, med reference til afdelingschefen for Lægemiddelgodkendelse, ansvaret for varetagelse af følgende opgaver:

- På sigt dansk medlem af CHMP, herunder deltagelse i kvalitetssikring af den medicinske vurdering af ansøgninger i den centrale procedure.
- Medicinske opgaver i forbindelse med både ansøgninger og scientific advice.
- Kompetenceudvikling – både specifikt på det medicinske område og mere bredt i afdelingen.
- Supervision af afdelingens fuld- og deltidsansatte læger.
- Sammen med afdelingens øvrige overlæger kvalitets-sikre den medicinske opgaveløsning i afdelingen.
- Bidrage til presseberedskabet i forbindelse med aktuelle sager, der har pressens bevågenhed.

Kvalifikationer

Vi forventer at du

- er speciallæge i klinisk farmakologi – eller har anden relevant speciallægeuddannelse.
- har kendskab til krav og procedurer vedrørende godkendelse af lægemidler.
- har en vis erfaring med lægemiddelgodkendelse i EU.

Løn- og ansættelsesvilkår

Ansættelse sker i henhold til rammeaftale for kontrakt-ansættelse af chefer i staten med en grundløn efter gruppe

1. Hvis du i forvejen er tjenestemand, vil ansættelse som tjenestemand kunne finde sted. Ansøgning stiles i givet fald til Dronningen.

Ansættelsesområdet afhænger af ansættelsesformen.

Yderligere informationer

Yderligere oplysninger fås hos afdelingschef

Per Helboe på tlf. 44 88 92 75 eller overlæge Jens Ersbøll på tlf. 44 88 93 71.

Vi foretrækker, at du søger stillingen elektronisk via vores netsted, www.laegemiddelstyrelsen.dk, hvor du også kan læse mere om Lægemiddelstyrelsen. Vi ser frem til at modtage din ansøgning senest fredag den 5. november 2009.

Lægemiddelstyrelsen ønsker at afspejle det omgivende samfund og opfordrer derfor kvinder og mænd, uanset religion eller etnisk oprindelse, til at søge stillingen.

Et arbejde der gør en forskel

Lægemiddelstyrelsen hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Vi arbejder for, at effektive og sikre sundhedsprodukter - lægemidler, medicinsk udstyr og nye terapiformer – er til rådighed for samfundet, og vi fremmer, at produkterne bliver brugt rigtigt.



KOMPAGNON SØGES**Deltidsstilling som læge i almen praksis**

Søges til Bogen Lægehus v/ Jørn Bennedbak, såfremt du har lyst til en hverdag i almen praksis, når den er bedst, og selv vil præge den.

Jeg forestiller mig, at du er pigelæge med børn, du gerne vil være meget sammen med nu. Du vil have alle muligheder for senere at blive kompagnon el. overtage alene eller sammen med andre, såfremt dit behov ændres.

Hør nærmere om alt det jeg ikke kan skrive her, på mobil 40 31 99 47.

VIKAR SØGES**Vikar til almen praksis**

Til samarbejdspraksis centralt på Frederiksberg søges pga. sygdom vikar 1 til 2 dage om ugen i nogle måneder.

Anden læge og personale vil være til stede.

Svar til schlosser@dadlnet.dk eller 20 31 63 90.

2-læge-praksis i hovedstadsområdet med 3.800 gr. 1-patienter i alt. Jeg er p.t. alene med 2 halve vikarer. Den ene skal videre, og jeg behøver én frisk vikar til 25 timer om ugen.

Startdato snarest.

Kontakt Filip B. Achen på tlf. 43 96 27 40 eller 30 56 17 88.



Forsvarets Sundhedstjeneste/

Forsvarets Sundhedstjeneste og Region Hovedstaden, Rigshospitalet (RH) søger en speciallæge med speciale i anæstesiologi. Ansættelsen finder sted i medfør af den mellem Forsvaret og Region H indgåede samarbejdsaftale om etablering af et antal kombinationsstillinger for speciallæger.

Tjenesten forrettes årligt med 3 måneders tjeneste i Forsvaret, herunder 6 - 8 ugers udsendelse i mission og 9 måneder på RH.

Det er endvidere en forudsætning, at du kan opfylde Forsvarets helbredskrav og kunne gennemføre den fysiske trænings-tilstandsprøve.

Du kan få yderligere oplysninger om stillingen ved henvendelse til stabslæge af 2. grad, Steffen Lydich på tlf.: 39 77 15 00 og klinikchef, overlæge Jakob Trier Møller, RH på tlf.: 35 45 12 58.

Ansøgningsfrist 30. oktober 2009.

Forsvaret er en stor og anderledes arbejdsplads, der beskæftiger ca. 25.000 mænd og kvinder – med og uden uniform. Vi arbejder for en fredelig og demokratisk udvikling i verden og et sikkert samfund i Danmark.



LÆS MERE PÅ JOB-I-FORSVARET.DK

PRAKSIS TILBYDES**Delepraksis i Slagelse****Kompagnon søges til ung kompagniskabsdelepraksis.**

Vi er 4 læger om 3 ydernumre, og arbejdsugen veksler mellem 3 og 4 dage. Praksis har ca. 4.800 patienter tilknyttet og er aktuelt lukket for tilgang.

Klinikken ligger centralt i byen i fælles hus med 2 andre praksis, en øre-næse-hals-læge samt fysioterapiklinik.

Vi har ansat 3 sygeplejersker og 2 sekretærer samt reservelæge.

Du kan læse mere om klinikken på vores hjemmeside

www.4docs.dk

Yderligere oplysninger og henvendelse til Henrik Laugesen på tlf. 20 78 69 65.

Praksis i Sønderborg

Hvem vil efterfølge mig? På grund af pensionering efter 29 gode år i praksis mangler vi fra 1. maj 2010 en ny kompagnon i 4-mands-praksis med 5.300 patienter i Sønderborg. Praksis har til huse i lejede lokaler med lav husleje, og råder over 300 m² på 1. sal midt i byens gågade – og der er privat parkering til lægerne. Det øvrige personale består af tre sekretærer samt praksissygeplejerske.

NOVAX-edb med integreret EKG og internet. Vitalograf og fasekontrastmikroskop etc.

Praksis har i mere end 25 år deltaget i efteruddannelsen af yngre kolleger. Vagtdeltagelse er indtil videre frivillig.

Indtjeningen er god – rigtig god – også på grund af de særdeles lave omkostninger (det er de færreste, der kan konkurrere med os der) – og så er der lige vores mildest talt legendariske fritidsordning, som alle er vildt misundelige over.

Henvendelse, personligt eller skriftligt til

Christian Vind Ludvigsen, Perlegade 24, 6400 Sønderborg, tlf. 7442 2260 (klinik), 7441 5414 (privat), 2042 1617 (mobil), eller cvludvigsen@stofanet.dk

Sæt dig i stolen i en velfungerende solopraksis i Glostrup.

Se beskrivelse i PraksisBørsen.

Praksis i Bagsværd til salg

Solopraksis i Bagsværd sælges billigt grundet tilbud om nye udfordringer.

Praksis ligger centralt placeret ca. 100 m fra Bagsværd Torv i lejede lokaler (59 m²), tæt ved offentlige transportmidler og med gode parkeringsforhold. Månedlig husleje udgør ca. kr. 5.000 inkl. varme.

Der er tilmeldt ca. 1.000 patienter, heraf 100 børn. Pris for goodwill samt inventar og udstyr kr. 300.000. Prisen er sat billigt, da jeg ønsker hurtig overtagelse. Henvendelse: telefon 30 62 77 03.

Region Hovedstaden Koncern Praksis

Lyst til egen lægepraksis?

Ledige 0-praksis i Region Hovedstaden udbydes nu

REGION

Som almen praktiserende læge i Region Hovedstaden kommer du til at spille en hovedrolle i forebyggelse, behandling og koordinering og der sættes fokus på samarbejde og kvalitetsudvikling.

De overordnede målsætninger fremgår af praksisplanen godkendt af Regionsrådet august 2008.

Se praksisplanen på: www.regionh.dk/menu/sundhedog_hospitaler/Praksissektoren/praktiserende_laeger

Der er 6 ledige 0-ydernumre, og derfor udbydes et antal ny-nedsættelser i Region Hovedstaden. Det drejer sig om et ledigt 0-ydernummer i Brøndby, Vallensbæk kommuner samt 2 ledige 0-ydernumre i Albertslund Kommune og Glostrup Kommune.

Der vil i visse områder være mulighed for at etablere sig i flerlægepraksis. Derudover er der i Glostrup en kommunal praksiskonsulent, som der kan formidles kontakt til med henblik på nærmere oplysninger.

Nogle af kommunerne er i praksisplanen defineret som "sårbare områder", og der kan forhandles aftale om støtte til etablering.

Har du derfor lyst til daglige – og faglige udfordringer i almen praksis i Region Hovedstaden, skal du fremsende din ansøgning til Samarbejdsudvalget, c/o Region Hovedstaden, Koncern Praksis, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød, bilagt kopi af curriculum vitae og autorisationsbeviser.

Yderligere oplysninger om de ledige 0-praksis kan fås ved henvendelse til:

Områdeleder Bodil Vestergaard, Koncern Praksis på tlf. 48 20 52 00 eller e-mail: bodil.vestergaard.nielsen@regionh.dk eller praksisudvalgsformand Birgitte Alling Møller, tlf. 48 70 70 45 eller e-mail: birgitteam@dadlnet.dk

Ansøgningen skal være Region Hovedstaden i hænde senest den 6. november 2009.



Vejle skal kunne ses fra månen

VEJLE I FRONT MED INTEGRATIONEN
Vejle Kommune fremhæves ofte som modelkommune, når det gælder integration!

► FIND JOBBET PÅ VEJLE.DK/JOB

Lægekonsulent til Jobcenter Vejle

► Ansøgningsfrist: 26. oktober

Hvis du har lyst til et udfordrende og engagerende arbejde i Danmarks flotteste Jobcenter, så er du måske vores nye lægekonsulent. Du bliver en del af et lægekonsulentteam på 4 læger, der løser opgaver i tæt samarbejde med vores sagsbehandlere i afdeling for Beskæftigelse ved Sygemelding, som er ansvarlig for sagsbehandlingen af sygemeldte borgere i Vejle kommune.

Lægekonsulentens primære opgave består af vurdering af attester og sparring med/rådgivning af sagsbehandleren om næste skridt i sagen.

Stillingen er vagtfri, og arbejdstiden er 30 timer om ugen.

Se uddybende stillingsopslag på Vejle kommunes hjemmeside: www.vejle.dk/job eller kontakt afdelingsleder Inge Meta Nielsen på tlf. 76 81 62 64.



BALLERUP
Vi satser på mennesker

www.ballerup.dk/job

Læger til misbrugsområdet

Ballerup Kommunes misbrugscenter, Brydehuset, søger læger med kompetencer indenfor social- eller almen medicin. Du skal blandt andet forestå ordination af substitutions- og støtte-medicin, deltage i løbende opfølgning på indskrevne brugere og bidrage til behandlingskonferencer og visitation. Principperne for arbejdet tager afsæt i et dynamisk, tværfagligt samarbejde, hvor troen på det enkelte menneskes ansvar for eget liv er i fokus.

Hør mere: centerleder Ann Dorte Ahrenskjær, tlf. 4477 3734.

Ansøgningsfrist: 2. november 2009
Jobnummer: 09-277

Læs mere om jobbet og send din ansøgning online



Koncerndirektør til Region Sjælland

Vi søger en koncerndirektør med sundhedsfaglig baggrund til direktionen

I direktionen skal du spille ind med indsigt i brede sundhedsfaglige og sundhedspolitiske temaer, både på teknisk plan og i forhold til organisering, processer og systemer, som for eksempel specialeplanlægning og kvalitetsarbejdet.

Du skal arbejde med strategisk ledelse og forandring på topplan i en af landets største offentlige virksomheder indenfor sundhedsvæsenet.

Du har en sundhedsfaglig uddannelse.

Vi lægger stor vægt på, at du har et erfaringsbaseret kendskab til netværk og samarbejdspartnere på ledelsesniveau blandt relevante myndigheder, organisationer og andre regioner på sundhedsområdet.

Du har indsigt i rammerne for en politisk styret organisation og forståelse for samspillet med den politiske ledelse.

Du har gennemslagskraft, er løsningsorienteret, robust og kreativ, og i stand til at lede en stor kompliceret organisation med mange højt professionelle miljøer.

Vi har fokus på målrettet udvikling både i vores drift og organisation.

Du skal arbejde i et miljø, hvor de ledelsesmæssige perspektiver og udfordringer blandt andet drejer sig om at udvikle Region Sjællands sundheds- og sygehusvæsen indenfor somatik og psykiatri. Kvaliteten og sammenhængene i sundhedsydelserne skal styrkes.

Du kan se den uddybende job - og personprofil på www.regionsjaelland.dk eller www.lundgaard-konsulenterne.dk

Udgangspunktet er kontraktansættelse og lønnen fastsættes efter forhandling i henhold til den indgåede aftale for chefer.

Du er velkommen til at kontakte partner Jørgen Norup, 21 46 17 27 eller administrerende direktør i Region Sjælland Jens Andersen, 57 87 50 02, privat 45 76 66 85.

Tiltrædelse snarest muligt. Send gerne din ansøgning hurtigt til post@lundgaard-konsulenterne.dk

Sidste frist for ansøgning er 23. oktober 2009 kl. 9.00.

WWW.REGIONSJAELLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 15 mia kr. Vi varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.



Dansk Røde Kors



Asylafdelingen

Læge/Læger

Sundhed Sjælland søger læge/læger, 24 timer ugentligt.

Timerne er fordelt på centrene Sandholm, Sjælsmark og Gribskov og stillingen kan eventuelt deles mellem to læger.

Krav til ansøgeren:

Speciallæge i almen medicin, gerne med interesse for børn og unge samt kendskab til og interesse for at arbejde i et multikulturelt miljø.

Praktiske oplysninger:

Aflønning sker efter cirkulære om Løn- og ansættelsesvilkår for Læger i Staten indgået mellem Finansministeriet og Foreningen af Yngre Læger, som kan ses på www.perst.dk.

Se hele opslaget på www.drk.dk, og mail din ansøgning til hr@redcross.dk senest den 6. november 2009 kl. 12.00.

Dansk Røde Kors · Asylafdeling
Sandholmgårdsvej 40
3460 Birkerød

Dansk Røde Kors er en privat organisation, der arbejder på grundlag af de humanitære principper: Medmenneskelighed, Upartiskhed, Neutralitet, Uafhængighed, Frivillig tjeneste, Enhed og Almengyldighed.



Helse Nordmøre og Romsdal HF

Helse Nordmøre og Romsdal HF omfatter Kristiansund sykehus, Molde sjukehus og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal. Helseforetaket yter et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innenfor de somatiske og psykiatriske områdene. Foretaket har et samlet budsjett på 1,9 milliarder kroner og totalt i underkant av 2.500 ansatte.

I henhold til ny offentlighetslov kan navn på søker bli offentliggjort selv om søker har anmodet om å ikke bli oppført på søkerlisten. I så tilfelle vil søker bli kontaktet før offentliggjøring skjer.

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer, Molde, Norge.

● Overlege - spesialist i gynekologi og obstetrik

– Nr. id 1375 – intern nr. 05

Sykehuset er godkjent med 2, 5 års spesialutdanning og har 5 overlege stillinger og 1 assistentlege stilling. Fødeavdelingen har 600 fødsler pr. år. For overleger er det pr. i dag 4 delt primærvakt / hjemmevakt. Søkerne må være godkjent spesialist, evt. norsk autorisasjon som lege, samt beherske norsk / skandinavisk språk for skriftlig og muntlig kommunikasjon.

Nærmere informasjon om stillingen ved henvendelse til avdelingssjef Grete Teigland, tlf. +47 71 12 00 00/+47 995 07 632

Søknadsfrist: 12. november 2009.

Det anmodes om at søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no - **hvor du også finner fullstendig utlysningstekst**

Kopi av attester og vitnemål framlegges ved intervju.

Vi viser også til vår hjemmeside:

<http://www.helsenr.no>

HELSE MIDT-NORGE

jobbnorge.no

Arbeidsgiver ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselskere

Praktiserende læge med interesse for udviklingsprojekter søges til APU-Odense (værkstedspraksis)

Som praktiserende læge ansat i APU-klinikken (værkstedspraksis) arbejder du med patientbehandling i henhold til landsoverenskomsten, men med særligt fokus på kvalitetsudvikling og projektarbejde.

Du vil blive én af 4 læger ansat i klinikken. Den opslåede stilling ønskes besat enten på fuld tid eller 4 dage om ugen. Du skal være speciallæge i almen medicin og interessere dig for projekt- og udviklingsarbejde, gerne med erfaring fra rollen som »projektmager«.

Klinikken har gode faciliteter. Der er ansat 2 sekretærer og en sygeplejerske. Vi har et godt samarbejde med meget fleksible rammer. Der udbetales en fast å conto løn og et overskudsafhængigt tillæg.

APU-Odense (værkstedspraksis) ejes af APU-Fonden, som er etableret af landsoverenskomstens parter. Praksis er beliggende i det almenmedicinske hus i Odense.

Den opslåede stilling ønskes besat enten på fuld tid eller 4 dage om ugen med tiltrædelse 1.1.2010.

Yderligere information om stillingen fås ved henvendelse til Adam Moltke tlf. 65 50 40 00 eller privat tlf. 66 17 33 61.

Ansøgninger senest fredag d. 30/10 til Klinikchef Adam Moltke, Lægerne JB Winsløvs Vej 9, 5000 Odense C

Institutionen Bank-Mikkelsens Vej 5

Deltidsansat institutionslæge

Der søges en speciallæge i almen medicin til Institutionen Bank-Mikkelsens Vej 5 i Gentofte. Du skal dække 8 timer/uge, svarende til ca. 50 beboere på en institution med ca. 280 beboere. Du skal have lyst til at indgå i et ansvarsfuldt samarbejde med den anden læge, som dækker ca. 32 timer/uge. Ud over den ugentlige arbejdstid skal du dække de 6 uger/år, hvor den anden institutionslæge afholder ferie. Tilsvarende vil den nyansattes 6 ferieuger blive dækket af kollegaen.

For en generel beskrivelse af personalet i "Ambulatoriet" på Bank-Mikkelsens Vej 5 i Gentofte henvises til www.ambulatoriet.dk, ligesom en mere udførlig stillingsannonce ligger på www.regionh.dk/job.

Til funktionen er der sekretærhjælp. Der er adgang til elektronisk journalsystem (Novax), og dosisdispensering finder stor anvendelse.

Nærmere oplysninger om den lægelige funktion fås hos læge Helle Haugaard, tlf. 3957 4149. Oplysninger om honorar mv. fås hos Bodil Vestergaard, tlf. 4820 5200.

Ansøgningen sendes til praksis@regionh.dk senest den 2. november d.å.

Helse Nord-Trøndelag HF består av Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DMS Stjørdal, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal og er organisert i ti klinikker. DMS Inn-Trøndelag er under planlegging. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Helseforetaket har ca 2.500 medarbeidere og foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Helse Nord-Trøndelag kan tilby et røykfritt arbeidsmiljø.

Helse Nord Trøndelag HF Sykehuset Levanger

MEDISINSK SERVICEKLINIKK

Røntgenavdelingen, Sykehuset Levanger

Overlege i radiologi

- 100 % fast - NR12077/ID nr. 225/09.
- 100 % stilling vikariat t.o.m. 31.08.10 - NR3502/ID nr. 226/09.

Lege i spesialisering i radiologi

- 100 % fast - NR 3506/ID nr. 227/09.
Godkjent for 3,5 år i spesialistutdanningen i radiologi.
- 100 % stilling vikariat t.o.m. 31.08.10 - NR 3507/ID nr. 228/09.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til Røntgenavdeling ved avdelingsleder Atle Skjetne tlf. +47 74 09 81 43 eller atle.skjetne@hnt.no.

Hjemmesideadresse for Helse Nord-Trøndelag HF: www.hnt.no.

Foretaket har innført elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via www.jobbnorge.no.

Søknadsfrist: 12. november 2009.

Se fullstendig utlysning på internett: www.jobbnorge.no

HELSE MIDT-NORGE

Jobbnorge.no

Helse Nord-Trøndelag HF består av Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DMS Stjørdal, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal og er organisert i ti klinikker. DMS Inn-Trøndelag er under planlegging. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Helseforetaket har ca 2.500 medarbeidere og foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Helse Nord-Trøndelag kan tilby et røykfritt arbeidsmiljø.

Helse Nord Trøndelag HF Sykehuset Namsos

MEDISINSK SERVICEKLINIKK

Røntgenavdelingen, Sykehuset Namsos

Overlege i radiologi

- 100 % fast - NR 7830/ID nr. 229/09
(med forbehold om godkjent omdisponering av NR-hjemmel)
- 100 % stilling vikariat fra 30.11.09 t.o.m. 29.11.2010 - NR3509/ID nr. 230/09.

Assistentlege i radiologi

- 100 % st. fast fra snarest - NR 8641/IDnr. 235/09.

Det er ønskelig med MR-kompetanse i tillegg til generell radiologkompetanse.

For helsepersonell etter helsepersonelloven kreves det autorisasjon/godkjenning.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til Røntgenavdeling ved avdelingsleder Sven A. Stafto, tlf. +47 74 21 55 79 eller sven.stafto@hnt.no.

Hjemmesideadresse for Helse Nord-Trøndelag HF: www.hnt.no.

Foretaket har innført elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via www.jobbnorge.no.

Søknadsfrist: 12. november 2009.

Se fullstendig utlysning på internett: www.jobbnorge.no

HELSE MIDT-NORGE

Jobbnorge.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÅNDA SKIHPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset Bodø har ledig følgende stilling:

Overlege - ortopedi

Kirurgisk og ortopedisk klinikk

- Ved ortopedisk avdeling i Bodø har vi ledig vikariat som overlege fra 01/01/10-31/12/10 m/mulighet til forlengelse.

Kirurgisk og ortopedisk klinikk omfatter 4 avdelinger fordelt på 3 lokasjoner, hhv Gravdal, Stokmarknes og Bodø.

Stillingen er et vikariat grunnet overlegepermisjoner. Vi ønsker en kollega med erfaring og spesiell interesse i protesekirurgi eller arthroskopisk kirurgi samt bred erfaring innenfor traumatologi.

Vi ønsker at kandidaten har gode norsk språkkunnskaper.

Avdelingen har 7 overlegestillinger, 6 leger i spesialisering som går egen vaktturnus. I tillegg har avdelingen eget vaktteam frem til kl. 22.

Se forøvrig sykehusets hjemmeside: www.nordlandssykehuset.no

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Avdelingsoverlege Tobias Franke på tlf. +47 415 56 129.

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no
– her finner du også fullstendig annonsetekst.

Søknadsfrist: 7. november 2009.

Jobbnorge.no



HENVISNINGER

SPECIALLÆGER

ANÆSTESIOLOGI

Annette Freudendal-Pedersen

Spesiellæge i anæstesiologi, www.ballerupsmerteklinik.dk
Smertebehandling, blokader, akupunktur, Hold-An Vej 5, st., Ballerup
Tidsbestilling 9-12, tlf. 4465 2002
Anæstesi: Ring for aftale på tlf. 2160 9517.

OSCAR PETRING

Spesiellæge i anæstesiologi

SMERTEBEHANDLING, ANÆSTESI
Blokader, akupunktur, manuell medicin

Vesterbrogade 46
(ved Vesterbro Torv), 1620 V

Tidsbestilling: Mandag og torsdag kl. 14-17,
tirsdag og fredag kl. 10-13,
på tlf. **3324 3063**

ANDRE LÆGER

Akupunktur

Læge Ole Dahl

Klassisk Akupunktur – Individuel patientvurdering

– Akupunktur er nu ofte dækket af Sundhedsforsikringer

H.C. Andersens Boulevard 49 • 1553 København V • Tlf. 33 12 40 08 • www.ole-dahl.dk



Hitra kommune

Tlf. 72 44 17 00 - Fillan, 7240 Hitra
www.hitra.kommune.no

Fastlegehjemmel

Hitra kommune har ledig fastlegehjemmel fra 01.10.09.

Legekontoret har 4 fastleger og 1 turnuslege i gruppepraksis. Kontoret ligger i nytt bygg samlokalisert med andre helsetjenester i kommunen. Legene disponerer p.t. 4,7 årsverk hjelpepersonell.

Fra november i år deltar Hitra kommune i interkommunal legevaktssamarbeid. Dagtid: 4-delt vakt, ettermiddag/kveld og helg: 8-delt vakt, natt ca 30-delt.

Fastlegene fordeler kommunale oppgaver. Den som tildeles ledig fastlegehjemmel må påregne å påta seg kommunale oppgaver i minimum 7,5 timer i uka.

Mer informasjon om allmennpraksisen fås ved å kontakte kommuneoverlege Leif Langdal, tlf.: + 47 72 44 42 42 eller enhetsleder Ester Husvik Aune, tlf.: + 47 72 46 52 60/ 970 30 510.

Vi ber om at det søkes elektronisk via www.hitra.kommune.no

Søknadsfrist: 12. november 2009.

Jobbnorge.no



BLANDEDE ANNONCER

Advokat Finn Altschuler (H)

Bredgade 23, 1260 K – tlf. 3314 1940

www.praksisoverdragelse.dk – E-mail: FA@danjur.dk

Advokat Henrik Munck (H)www.praksishandel.dk

Herlev Torv 1, 2730 Herlev, tlf. 4494 0514

Advokat Michael Fuchs

www.mfulaw.dk • E-mail: mfu@mfulaw.dk

Fruebjergvej 3, 2100 Ø • Tlf. 29 62 07 77

Lægers retsforhold. Køb og salg af lægepraksis. Interessentskabsforhold

Lægernes Genbrugs Central

Tlf. 39 56 20 21

www.laegernesgenbrugscentral.dk**mirahelena**

Mira Helena Bergkvist

Certificeret lifecoach fra Mindjuice.dk og speciallæge i øjensygdomme
Dr. Abildgaards Allé 13, 3. tv. 1955 Frederiksberg C, Mobil +45 29 61 29 94**NORSKER & CO.**

Advokater

Landemærket 10, 6. sal, 1119 København K

Tlf. +45 33 43 31 00 – Fax +45 33 13 38 38

E-mail: nen@norskerco.dk

Rådgivning – kontrakter – retssager – overdragelser – ansvar

Kontakt: Advokat (H) Nils-Erik Norsker

Hjemmeside: www.norskerco.dk**Intensiv undervisning i sundhedsfagligt dansk
for udenlandske læger, sygeplejersker m.fl.**Kontakt Roskilde Sprogcenter, Susanne Nielsen,
telefon 46 31 65 38; susanneyn@roskilde.dk**Kliniklokale centralt i Charlottenlund til leje**Velegnet til f.eks. speciallæge i psykiatri, psykolog,
reumatolog eller diætist.

Henvendelse på tlf. 47 333 600

**Ledige lokaler på Strøget, tæt på Kgs. Nytorv,
i veldrevet speciallægekonsortium med fælles reception.**

Henvendelse på tlf. 3313 7700

Kender du en teenager, hvis far eller mor er alvorligt syg?

Rådgivnings- og Videncentret Unge & Sorg søger teenagere til interview i forskningsprojekt om, hvordan det er at være ung og leve med en alvorligt syg forælder (livstruende eller alvorlig kronisk sygdom). Projektet har til formål at skabe øget viden på området og forbedre hjælpen til de unge.

Læs mere om projekt og kriterier på ungeogsorg.dk eller kontakt projektleder Niels Haahr på tlf. 3542 4300/nha@ungeogsorg.dk*Unge & Sorg er en gratis landsdækkende rådgivning for unge mellem 16 og 28 år, hvis forældre er alvorligt syge eller døde. Vi tilbyder ligeledes råd og vejledning til de unges netværk samt undervisning af andre professionelle, der i deres arbejde møder de unge. Unge & Sorg har rådgivninger i København, Århus og Odense.***unge & sorg****Er din far eller mor
alvorligt syg
eller død****Ny on-line handelsplads for læger**Du kan nu købe og sælge nyt og brugt medicinsk udstyr på www.medibay.dk.**Besøg os på www.medibay.dk.****Medibay**

DEBAT

Foto: iStock



Behandling på intensivafdeling af uheldredeligt syg patient

Jeg har med stor interesse læst indlægget i Ugeskrift for Læger (2009;171:2295-6) om behandling på intensivafdeling af en uheldredeligt syg patient. Der beskrives et meget ulykkeligt og tungt patientforløb med dødelig udgang hos en ung mand. For mig står det helt tydeligt, at den afsluttende konklusion om, at forløbet nok var så godt som muligt i den givne situation, er fuldstændig rigtig. Alligevel har forfatterne følt behov for yderligere refleksioner og selvansagelser.

Ved Lokal Klinisk Etisk Komité, Aalborg Sygehus, har vi beskæftiget os med lignende patientsituationer. Det er vores erfaring, at en etisk analyse under eller efter forløbet ofte kan bibringe en form for afklaring. Patientens autonomi (evne og mulighed for selvbestemmelse) har en central rolle i analysen, men afdækning af andre mulige aktører i dilemmaet har ofte også en central rolle. Det plejende personale kommer ofte følelsesmæssigt så tæt på patient og pårørende, at de mellem-

menneskelige relationer (med styrker og begrænsninger), også mellem personalet indbyrdes, kommer til at påvirke situationen. De bliver selv aktører i dilemmaet. Det er på ingen måde forkert, men noget, som man kan være opmærksom på.

Mens jeg læste artiklen, tænkte jeg på, hvem det var, der oplevede en udsigt til en langtrukken døds kamp, og hvem der følte, at der blev levet på et falsk håb? Var det personalet, der havde disse følelser på patientens vegne? Havde patienten selv de samme opfattelser?

Patienten var vågen i forløbet, hvilket intensivpatienter ikke så ofte er. Det tror jeg, gjorde en meget stor forskel for personalet. Der blev gjort så meget for at sikre patientens medinddragelse og autonomi, at man nok blev i tvivl om, hvorvidt det var forkert. Men det ville kun være forkert, hvis patienten ikke ønskede at være medinddraget. For langt de fleste patienter er der positive følelser af trøst og håb og af at føle sig lyttet til i at være medinddraget og

at være besluttende i det omfang, der er mulighed for det. Også når de ved, at der er en forventelig dødelig udgang.

Kun én ting, kan jeg pege på, som nok ikke blev overvejet. At tilbyde samtaler med en udenforstående person, der kun har til opgave at være patienten til støtte. En sjælesørger. Det vil oftest være sygehusesenes præster, der i kraft af deres viden om filosofi og etik og deres erfaring i at hjælpe andre medmennesker i krise kan varetage denne opgave, men det kan også være andre. Nogle gange er patienten eller de pårørende selv i stand til at pege på en sådan person.

Ganske kort berøres et meget centralt kernepunkt; knapheden på de intensive sengepladser. Mange steder i landet vil denne knaphed med stor sandsynlighed medføre, at en patient som her beskrevet slet ikke vil kunne få tilbudt en intensivplads, og da slet ikke få muligheden for en tilbagevendende til en sådan. Det kan og bør der tales meget mere om, men det vil jeg undlade i denne sammenhæng.

Jeg vil runde af med at udtrykke min glæde over, at man også her finder de etiske aspekter i vores kliniske dagligdag så betydningsfulde, at de er værd at meddele og diskutere.

♣ Birthe Thørring, næstformand for Lokal Klinisk Etisk Komité, Aalborg Sygehus
E-mail: birthe.thoerring@rn.dk

Svar:

Undertegnede takker Birthe Thørring for debatindlægget til kasuistikken i Ugeskrift for Læger [1]. Det er opløftende at få bekræftet en delt interesse for og opmærksomhed på det svære emne, og dermed er målet med kasuistikken jo faktisk opfyldt: at den provokerer til refleksioner hos læseren.

Birthe Thørring kommer med nogle gode og interessante kommentarer til vores case, og vi vil kort prøve at uddybe enkelte aspekter.

I den aktuelle case var patienten omgivet af en stor gruppe af personale og fag-

grupper, blandt andre ortopædkirurger, parenkymkirurger, medicinere, mikrobiologer, psykiatere og selvfølgelig personalet på Intensiv Afdeling (ITA), herunder naturligvis også sygeplejersker. Specielt det faste personale på ITA, der jo oplevede hele det lange forløb med patienten »på tæt hold« havde brug for pauser til *debriefing*, hvilket skete løbende.

Det bliver følelsesmæssigt svært at levere intensiv terapi på et højt niveau og samtidig være vidne til en lang, svær og håbløs kamp for livet hos en ung mand, der qua sin alder, som tilfældet var i denne case, sagtens kunne være ens husbond/samlever eller søn. Som Birthe Thørring beskriver, bliver personalet selv aktører i dilemmaet.

Og netop i kraft af faglig viden suppleret med input fra fælles konferencer, vurderinger og konsensus blev det svært ikke at opleve patienten leve på et delvist falsk håb. På den ene side står ønsket om at bevare håbet hos patienten og på den anden side viden om tilstanden og kendskabet til prognosen.

Men patienten blev informeret i det omfang, det vurderedes relevant, og som han selv ønskede. Han gav dog ikke på noget tidspunkt udtryk for netop at leve på falsk håb og var faktisk afklaret med situationen, om end, naturligvis, humøret kunne svinge begge veje.

Vi finder endelig, at Birthe Thørring har helt ret i, at man ikke skal undervurdere betydningen af en udenforstående

samtaler med psykologer, og de må jo således i denne sammenhæng ses som dels behandlere dels »aktører«, men muligheden for inddragelse af f.eks. en præst bør ikke negligeres.

▲ Læge Rico Frederik Schou

E-mail: rico@mymedic.dk

Overlæge Helle Ørding, Anæstesiologisk Afdeling, Vejle Sygehus

LITTERATUR

1. Schou RF, Ørding H. Behandling på intensivafdeling af uheldig syg patient. Ugeskr Læger 2009;171:2295-6.



Farlig adjuvans i svineinflenzavaccine

Vedr. Klaus Larsens interview med overlæge Kåre Mølbak i Ugeskrift for Læger (2009;171:2616). I interviewet omtales perifert, at »den GSK-vaccine, Danmark har bestilt, har en adjuvans«. EMEA siger, at farligheden først kan afgøres under og efter massevaccination!

Adjuvansen er squalen, hajolie. Der er meget stærke indicier for, at golfkrigssyndromet fra den første golfkrig (og nyere tilfælde) netop blev – og bliver – forårsaget af squalen i miltbrandvaccinen til både udstationeret og hjemmestationeret amerikansk militærpersonale.

Begge grupper – hvilket udelukker stråling som årsag – fik syndromet: koncentrationsbesvær, allergier, polyarthritis, lymfeknudesvulster, forhøjet sænkingsreaktion, feber, lupus erythematosus dis-

seminatus og MS, bl.a. I et par studier [1, 2] havde de syge forhøjet antistoftiter mod squalen – hvilket ikke var tilfældet med de raske. Professor R.F. Garry udtalte sig herom til USA's kongres. USA's forsvarsministerium vil ikke lave en masseundersøgelse af squalenets rolle. Dyreforsøg bekræfter squalen som trigger af autoimmunsygdomme.

Ca. 25% af de 697.000 amerikanske deltagere i den første golfkrig lider eller led af syndromet (Wikipedia). Mistanken til miltbrandvaccinen er så stor, at en amerikansk forbundsdommer i oktober 2004 forbød Pentagon at bruge den, hvad man dog atter gør. En GAO-rapport citerer CDC og Vaccine Healthcare Center for, at 1-2% af de miltbrandvaccinerede kan forvente invaliderende bivirkninger eller død [3].

If. The Military Vaccine Resource Directory's website [3] indeholdt Golfkrigens miltbrandvaccine gennemsnitligt 34,2 ppb squalen (dele/milliard). Ifølge GSK's udsendte dokument, side 6, indeholder dens Pandemrixvaccine 10,68 mg squalen pr. dosis (0,5 ml) [5] – dvs. *en million gange mere squalen end i den miltbrandvaccine, der er under meget stærk mistanke for at have gjort så mange syge*. Kvindelige soldater frarådedes graviditet i 18 måneder efter miltbrandvaccination pga. risiko for fosterskader.

Kontrol af vaccineeftervirkningerne er overladt til vaccinefremstillerne: to undersøgelser efter 21 og 42 dage, men autoimmunsymptomerne forekommer oftest senere. Den svenske sundhedsstyrelse skønnede i august, at 900 svenskere ville få Guillain-Barrés syndrom efter vaccinationerne – kendt fra USA's 1976-svineinflenzavaccination (meddelelsen blev slettet).

Baxter vil også bidrage med vaccine. Firmaet sendte i vinter sæsoninflenzavirus med dødbringende levende fugleinflenzavirus til 18 lande (Toronto Sun og CNN)! Det blev opdaget tilfældigt.

If. IMEA [3] er der ikke 0,5, men 5 mikrogram thiomersal i hver dosis $\times 2 = 10$ mikrogram = 5,8 mikrogram kviksølv.

If. professor Ole Bjerrum i Københavns Universitetsavis den 21. november 2008 er der kun 25% influenzavaccinationseffekt.

” På den ene side står ønsket om at bevare håbet hos patienten og på den anden side viden om tilstanden og kendskabet til prognosen.

»sjælesørger«. Et tilbud om perspektivering og uvildig input kan meget vel have stor indflydelse på en patients mulighed for at konfrontere og bearbejde de tanker og følelser, som et alvorligt sygdomsforløb genererer.

I denne case havde patienten flere

♣ Pensioneret overlæge *Anders Bruun Laursen*, Flensborg.

E-mail: bruun-laursen@privat.dk

LITTERATUR

1. www.autoimmune.com/newsrel15jul02.pdf (sept 2009).
2. www.autoimmune.com/SubcommitteeRFGarry24Jan02.html (sept 2009).
3. www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/pandemrix/emea-combined-h832da.pdf (sept 2009).
4. www.mvrd.org/showpage.cfm?ID=69 (sept 2009).
5. www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/pandemrix/H-832-en6.pdf (sept 2009).

> Svar:

Golfkrigssyndromet er et heterogent sygdomsbillede rapporteret af personale, som deltog i krigen i Den Persiske Golf i 1990-1991. »Syndromet« omfatter kronisk træthed, hovedpine, svimmelhed, hukommelsesproblemer, muskel- og ledsmerter, hudlidelser, symptomer fra mave-tarmkanalen samt autoimmune sygdomme og øget kræftisiko mv. Forskellige eksponeringer har været under mistanke, bl.a. stråling, kemiske eksponeringer og røg fra oliebrande. Resultatet af talrige undersøgelser støtter ikke eksistensen af et specifikt golfkrigssyndrom, men viser snarere, at veteranerne fra golfkrigen, i lighed med hjemvendte fra andre væbnede konflikter, hyppigt lider af posttraumatisk stress-syndrom.

Vacciner er blandt de eksponeringer, som har været under mistanke som årsag til »golfkrigssyndromet«. For anthraxvacciner er der bl.a. stillet den hypotese, at små mængder skvalen i vaccinen kan være skadelig [1], men senere undersøgelser har ikke kunnet bekræfte hypotesen [2, 3]. Skvalen findes i alle planter og dyr, og indgår i adjuvansen (vaccineforstærkeren) AS03 i pandemivaccinen Pandemrix. Skvalen er endvidere anvendt i et andet oliebaseret adjuvans MF59. Sikkerheden af skvalenbaserede adjuvanser er veletableret, idet der er givet over 22 millioner doser vacciner med MF59 [4]. Forbigående bivirkninger, primært i form af lokalreaktioner ved indstiksstedet, forventes dog hyppigere end ved ikkeadjuverede influenzavacciner.

Ude af sammenhæng henviser Anders Bruun Laursen (ABL) til Baxter, som i vinteren 2009 sendte en influenza A (H3N2)-stamme, der var kontamineret med aviær influenza A (H5N1) bl.a. til deres labora-

torium i Tjekket. For at udrydde misforståelser – det var ikke en vaccine, som blev distribueret!

Da pandemivaccine leveres i et multidosis hætteglas, har det været nødvendigt at tilsætte thiomersal, som er et vaccinekonserveringsmiddel og ikke indebærer nogen sundhedsrisiko [5].

Artiklen i Universitetsavisen, som ABL refererer til, er en debat om sæsonvaccinernes effektivitet, som ikke kan overføres til en pandemisituation. Influenzavacciner har naturligvis især positiv effekt for folkesundheden i de vintre, hvor der er influenzaepidemier, og det er netop vores forventning til den kommende »pandemivinter«.

” Resultatet af talrige undersøgelser støtter ikke eksistensen af et specifikt golfkrigssyndrom, men viser snarere, at veteranerne fra golfkrigen [...] hyppigt lider af posttraumatisk stress-syndrom.

Pandemivaccinen er produceret ud fra anerkendte principper og er godkendt af myndighederne. Produktionsmåden kan ikke sammenlignes med 1976-svineinfluenza-vaccinen, og alvorlige bivirkninger forventes meget sjældent. Erfaringen med pandemivaccinen er dog mindre end erfaringerne med de fleste andre vacciner, og derfor er det vigtigt, at lægerne indberetter mulige bivirkninger og registrerer alle givne vaccinationer elektronisk. En rettidig indberetning vil gøre det muligt at opdatere viden om balancen mellem fordele ved vaccination i forhold til mulige risici for forskellige målgrupper for pandemivaccinen.

♣ Afdelingschef *Kåre Mølbak*, Statens Serum Institut
E-mail: krm@ssi.dk

LITTERATUR

1. Asa PB, Cao Y, Garry RF. Antibodies to squalene in Gulf War syndrome. *Exp Mol Pathol* 2000;68:55-64.
2. Del Giudice G, Fragapane E, Bugarini R et al. Vaccines with the MF59 adjuvant do not stimulate antibody responses against squalene. *Clin Vaccine Immunol* 2006;13:1010-3.

3. Phillips CJ, Matyas GR, Hansen CJ et al. Antibodies to squalene in US Navy Persian Gulf War veterans with chronic multisystem illness. *Vaccine* 2009;27:3921-6.
4. Vogel FR, Hem SL. *Immunologic adjuvants*. I: Plotkin S, Orenstein W, Offit P, red. *Vaccines*. 5th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2008:59-71.
5. Cowan SA. Kviksølv i influenzavaccine. *Ugeskr Læger* 2004;166:3289.

Misoprostol er ikke kontraindiceret til patienter med astma

Misoprostol er en syntetisk prostaglandin PGE-1-analog, som under handelsnavnet Cytotec er godkendt til profylaktisk behandling af NSAID-induceret ulcus ventriculi, idet stoffet mindsker produktionen af saltsyre i parietalcellerne og derved beskytter ventrikelslimhinden [1-3]. Misoprostol er ikke markedsført som et uteruskontraherende middel, men har siden midten af 1990'erne været anvendt i stort omfang på gynækologisk-obstetriske indikationer [1], såvel i Danmark som i det øvrige Europa. Misoprostol anvendes til modning af cervix inden kirurgisk abort i første trimester, ved medicinsk induceret abort i første og andet trimester og til igangsætning af fødsler samt til behandling af uterusatoni og blødning efter en fødsel [1, 3].

Aktuel behandlingskrævende astma har gennem flere år været betragtet som kontraindikation til misoprostolinduceret abort, hvilket stadig fremgår af dan-

DEBATINDLÆG

SÅDAN GØR DU

Send dit debatindlæg som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Et debatindlæg må fylde op til 2.800 tegn (optalt med mellemrum).

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte Kirsten Falck (videnskabelig debat) på 35 44 82 79, kfa@dadl.dk, eller Elizabeth Gatzwiller (politisk debat) på 35 44 83 26, ega@dadl.dk

Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg. En ♣ foran navnet betyder, at der ikke er nogen interessekonflikter.

Der er ikke holdepunkter for, at astma, glaukom, migræne eller mb. Raynaud er kontraindiceret ved behandling med misoprostol.

ske guidelines på området (www.dsog.dk). Dette har formentlig været baseret på en generalisering mellem de forskellige prostaglandiner, idet man i ældre studier påviste en bronkokonstriktorisk effekt af inhaleret PGF-2-alfa [4]. En tilsvarende effekt har vi ikke kunnet finde i den publicerede litteratur vedrørende inhalation af PGE-1 og PGE-2 [4]. Til gengæld findes der en del litteratur, hvor misoprostol er indtaget peroralt af astmapatienter, og hvor man under forskellige forhold har fundet en protektiv og bronkodilatorisk effekt af prostaglandinerne PGE-1 og PGE-2, f.eks. ved bronkospasmer fremprovokeret med aspirin [4]. På den baggrund er astma da heller ikke nævnt som en kontraindikation for misoprostolbehandling, hverken i produktresumet for Cytotec [2], i større databaser [1, 3] eller i opslagsværker [5]. Medicinfirmaet Pfizer, som har markedsført Cytotec siden 2002, og Lægemiddelstyrelsen har på vores opfordring gennemgået bivirkningsindberetninger for de to misoprostolholdige lægemidler, der er på markedet i Danmark, uden at finde indberetninger om respiratoriske bivirkninger relateret til brugen.

Glaukom og vasospastiske fænomener (migræne og mb. Raynaud) har ligeledes i adskillige år været betragtet som kontraindiceret til misoprostolinduceret abort (Lægemiddelkataloget frem til 2001). Også dette har formentlig beroet på en uhenigtsmæssig generalisering prostaglandinerne imellem.

Konklusion: Der er ikke holdepunkter for, at astma, glaukom, migræne eller mb. Raynaud er kontraindiceret ved behandling med misoprostol i almindelighed og induktion af aborter i særdeleshed. Opdateret information vedrørende off-label-brug af misoprostol i obstetrisk og gynækologisk regi vil snart være tilgængelig online under fanebladet guidelines på hjemmesiden for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (www.dsog.dk).

♣ Reservelæge *Mikkel Christensen*, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
E-mail: mchr0064@bbh.regionh.dk
Reservelæge *Lars Lundgaard Hansen*, Gynækologisk Afdeling, Rigshospitalet

LITTERATUR

1. www.medicin.dk (sept 2009).
2. Produktresumé for misoprostol, 30. november 2005. www.produktresume.dk (sept 2009).
3. www.micromedex.dk (sept 2009).
4. PubMed www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi. Gennemgang af artikler og referencer fremkommet ved kombinationer af søgeord: Prostaglandin, misoprostol, asthma, bronchoconstriction (sept 2009).
5. Aronson JK, red. *Meyler's Side Effects of drugs*. 15th ed. Elsevier, 2006.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.



Mere om retten til en akut død uden forsøg på genoplivning

Debatten om denne ret blev indledt af Sven Refslund Poulsen. Han stillede bl.a. spørgsmålet: »Findes der mon undersøgelser, der måtte fortælle, om der er andre end mig, der gerne vil undgå genoplivning ved akut hjertestop, hvor det så end måtte ske?«

At der findes undersøgelser, der belyser problemet, vil jeg gerne dokumentere.

I 1991 gennemførte jeg en undersøgelse [1], hvor Århus Amts 375 praktiserende læger blev spurgt om deres indstilling til behandling af hjertestop opstået hos dem selv uden for hospital. Behandlingen foregik via hjerteambulance (med DC-udstyr, men uden lægebemanding).

PROBLEMER MED KOLLEGERNE?

Eller et dårligt arbejdsmiljø?



Kollegialt netværk for læger
NETVÆRKS LINJEN 35 38 89 51

Dansk dermatologisk Organisation (DDO) holder generalforsamling den 21. november 2009, kl. 13.00 i Domus Medica.

Dagsorden i følge lovene.

Tilmelding til
anne.danielsen@dadlnet.dk

DDO bestyrelsen

Yderligere blev de spurgt om behandlingsønskerne, hvis der gives primær genoplivning med ventilation og hjertemassage af én lægmand. Forinden havde lægerne gennemlæst en opdateret artikel om resultaterne af hjertestopbehandling uden for hospital. Endelig blev lægerne spurgt, om de mente, at resten af befolkningen skulle behandles, som de selv ønskede.

81% af lægerne besvarede spørgeskemaerne (anonymt).

79,7% ønskede *ikke* genoplivning, hvis det *samlede* tidsforbrug (tiden fra hjertestopet indtræder, til der alarmes + samtale med alarmcentralen + videregivelse til Falck-stationen + videregivelse til redderne + køretid + tidsforbrug på skadestedet før behandlingen påbegyndes) var seks minutter eller derover.

Seks minutter er også i dag på landsplan væsentlig under det gennemsnitlige samlede tidsforbrug ved hjertestopudrykninger.

Hvis der blev givet primær genoplivning af én lægmand, ønskede 66,8% ikke genoplivning af redderne i den samme situation (mere end 70% af hjertestoppene finder sted i hjemmet, og genoplivning med både ventilation og hjertemassage givet af nærmeste ydes kun ret sjældent).

82,8% svarede ja til, at den øvrige befolkning skulle have samme behandling, som de selv ønskede. 6,4% svarede nej.

Selv om der er gået 18 år, siden undersøgelsen blev foretaget, mener jeg, den er relevant i dag. DC-udstyr i primærambulancen fandtes også i 1991. Eksistensen af akutlægebiler og hjertestartere i visse dele af landet ændrer næppe afgørende på tiden, der går, indtil DC-behandling kan gives – men måske nok på kvaliteten af den givne behandling. At behandling som nedkøling af hjertestoppatienten på hospitalet bedrer prognosen, er jeg helt opmærksom på. Ligeledes at hypotermie patienter og børn skal behandles særlig aktivt.

Min egen holdning er den, at jeg kun ønsker genoplivning, hvis hjertestopet indtræder i ambulancen, eller hvis køretiden er maksimalt 2-3 minutter. Et ønske som – med den nuværende jura – næppe kan opfyldes, men blot meddeles til de nærmeste.

▲ Pensioneret praktiserende læge *Hans Jørgen Vognsen*, Silkeborg.
E-mail: hjvognsen@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Vognsen HJ. Praktiserende lægers holdning til behandling af eget hjertestop opstået uden for hospital. Ugeskr Læger 1991;153:3476-9.

Lyndiagnosegaranti – absurd politisk udspil!

Politiken gengiver, at landets sundhedsminister mener, at det er et fantastisk godt forslag, som socialdemokraterne skal have fremsat om, at syge skal have besked om, hvad de fejler, senest en måned efter, at de er blevet undersøgt. Han vil sikre »en ret til for offentlige kroner at gå over til de private og få en diagnose«, hvis den syge ikke er blevet udredt og har fået en diagnose inden for fire uge i det offentlige system.

Forslaget kan næppe være gennemtænkt. Ikke alle diagnoser kan stilles inden for en given tidsfrist, og nogle diagnoser »må ikke« stilles, før sygdommen har manifesteret sig med flere symptomer, som opstår på forskellige tidspunkter ofte med flere års mellemrum, som f.eks. sklerose. Forslaget er derfor meningsløst for en række patientgrupper og kan medføre forhastede konklusioner, fejl diagnoser og dermed fejlbehandling. De aktuelle muligheder for målrettet, specificeret behandling f.eks. af forskellige kræftformer kræver ofte forundersøgelser, som er

” Forslaget er derfor meningsløst for en række patientgrupper og kan medføre forhastede konklusioner, fejl diagnoser og dermed fejlbehandling.

tidskrævende, og som betyder, at den syge ikke umiddelbart kan få en endelig diagnose og et behandlingsforslag. Hvordan

har ministeren mon tænkt sig, at resultaterne af forundersøgelser skal videregives til privatsygehuse? Og hvordan vil han sikre, at privatsystemet har den fornødne kompetence til hurtigere at stille korrekte diagnoser? En korrekt diagnose giver den største chance for helbredelse og sikrer også mod overbehandling. Læger i det offentlige sundhedssystem forhaler ikke forundersøgelser og dermed tidspunktet for at stille en korrekt diagnose.

Den nuværende regerings »liberalisering« eller rettelig regeringens favorisering af det private sundhedsvæsen har bl.a. medført budgetbegrænsninger i det offentlige sundhedsvæsen, hvilket kan påvirke effektive udredninger af alvorlige sygdomme. Dette problem løses bestemt ikke ved atter at overføre opgaver til det private system, men vil sandsynligvis betyde en yderligere økonomisk gevinst for privatsygehuse på patienternes bekostning.

▲ Kandidat til Region H-råd, Enhedslisten, Speciallæge *Karin Helweg-Larsen*, Klampenborg
E-mail: khl@si-folkesundhed.dk

Jeg kender ikke en, der synes, at 4-års-reglen er en god ide!

Nu er 4-års-reglen nok engang oppe at vende, efter at FADL ikke fik medhold i deres sag mod Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen. Hver gang 4-års-reglen bringes på banen, og Yngre Lægers (YL) forkvinde, Lisbeth Lintz, forsvarer den, undres jeg over det *mismatch*, der er imellem YL's officielle holdning og deres medlemmers uofficielle ditto. Har man som reservelæge ikke andet at tale om i en pause, i elevatoren, eller mens man er på operationsstuen, kan man altid rakke ned på 4-års-reglen. Altid. Og holdningerne blandt unge såvel som gamle læger er da også påfaldende ens - jeg kender simpelthen ikke en, der synes, at 4-års-reglen er en god ide.

Alligevel skal vi gang på gang høre

på YL's forsvar af beslutningen fra 2007 om at støtte 4-års-reglen, senest efter Jens Helby Petersens skarpe indlæg i Ugeskriftet (2009;171:2774). Et forsvar som Lisbeth Lintz nu omskriver til »en strategi«. Det er et flot – og formentligt *spin doctor*-induceret – ord for en beslutning, der er helt igennem modstridende med medlemmernes interesser. Når det er sagt, skal YL roses for de initiativer, der er blomstret op i skyggen af 4-års-reglens komme. Karrierevejledning, færre uklassificerede stillinger og flere uddannelsesstillinger er alle gode og gennemtænkte tiltag.

Kære Lisbeth Lintz & co. 4-års-reglen er rasende upopulær blandt jeres medlemmer, og det er illoyalt og ukollegialt ikke at stå side om side med FADL i kampen mod den. Ad modum Jens Otto Krag bør YL grundigt revurdere deres holdning til reglen. Det ville klæde YL at istemme det store kor af kommende og nuværende læger og melde klart ud, at man ikke længere støtter 4-års-reglen.

▲ Reservelæge Hans Kristian S. Brødløs, Viborg
E-mail: hksb@dadlnet.dk

Svar:

Hans Kristian skriver i sit debatindlæg, at han ikke kender en eneste, der synes, at 4-års-reglen er en god ide. Tja, man må vel gå ud fra, at regeringen med daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i spidsen, der indførte reglen, mente, at det var en god ide.

Som forening har Yngre Læger aldrig været tilhænger af 4-års-reglen. Yngre Læger er imod tvang i videreuddannelsen. Det bekræftede Yngre Lægers repræsentantskab på sit møde i efteråret 2007, og den politik gælder fortsat.

Når vi ikke aktivt støtter den retssag mod 4-års-reglen, som FADL har valgt at føre, skyldes det den politiske realitet, vi stod over for dengang i foråret 2007. 4-års-reglen var et uomtvisteligt krav fra daværende sundhedsminister. Valget stod derfor mellem at blive påtvunget en 4-års-regel eller at kaste os ind i kampen og arbejde for en bredere aftale om rammerne for lægelig videreuddannelse. Vi valgte som bekendt at arbejde for en bredere af-

tale, der ud over 4-års-reglen omfattede en lang række initiativer, som længe havde stået højt på Yngre Lægers ønskeseddel, herunder især at skaffe flere uddannelsesstillinger. Den strategi lykkedes.

” Ved aktivt at gå ind i forhandlingerne har Yngre Læger derfor banet vejen for de initiativer, der er blomstret op i skyggen af 4-års-reglens komme.

Ved aktivt at gå ind i forhandlingerne har Yngre Læger derfor banet vejen for »de initiativer, der er blomstret op i skyggen af 4-års-reglens komme. Karrierevejledning, færre uklassificerede stillinger og flere uddannelsesstillinger«. Tiltag, som Hans Kristian da også roser for at være både »gode og gennemtænkte«. Tiltag, som vi ikke havde fået, hvis ikke Yngre Læger havde siddet med ved bordet, da aftalen blev udformet, og som vi ikke var nået så langt med at realisere, hvis vi ikke efterfølgende havde haft en »anerkendt« adgang til at påvirke implementeringen af aftalen.

Derfor tror vi faktisk, at Yngre Læger står sig bedst som aftalepart.

▲ Lisbeth Lintz, formand for Yngre Læger
E-mail: lli.yl@dadl.dk

Om at kende sin sendetid

Til overlæge, kontorchef Birte Obel, Sundhedsstyrelsen. Vedrørende de obligatoriske kurser i ledelse, administration og samarbejde (LAS I, II og III) i den lægelige videreuddannelse.

Tre kommentarer vedrørende de obligatoriske kurser om ledelse, administration og samarbejde (LAS) i den lægelige videreuddannelse.

De nuværende LAS-kurser består af

tre moduler af i alt ti dages varighed; LAS I er to dages eksternat, LAS II er tre dages internat og en dags eksternat, og LAS III er fire dages internat. LAS I følger tidsrammen for en almindelig arbejdsdag (svarende til aflønningen), mens LAS II omfatter to dage med program fra kl. 8.30 til kl. 21.00, og LAS III er tre dage til kl. 19.00.

Min første anke er det obligatoriske internat. Jeg finder det uværdigt at ville bestemme, hvor andre voksne mennesker overnatter, helt i tråd med min mening om turnusordningen og tvangsægteskaber. Jeg mener ikke, at argumentet om, at tvunget internat fordrer øget socialt samvær, i øvrigt med kolleger man langt hen ad vejen aldrig ser igen, opvejer mit og min families afsavn ved, at jeg er endnu en nat væk hjemmefra. Det ville være flot at tilbyde betalt ophold til de deltagere, der ønsker dette.

Min næste anke er de uforholdsmæssigt store resurser, der bruges på disse kurser. Jeg kan sagtens undvære opulente frokoster og middage. Jeg synes, kursernes indhold bør være trækplaster, og når det ikke forholder sig således, får jeg meget svært ved at se, hvordan det kan være, at industrien ikke må lokke os med lækker mad, når I godt må. Det ville være fint, hvis I fremover tilbyder en enkel frokost samt te og kaffe i løbet af dagen.

Sidste og vigtigste punkt i min anke er, at jeg finder kurserne alt for tidskrævende i forhold til indholdet. Jeg opfattede desværre, for at skrive det ligeud, LAS I og LAS III som noget nær rent tidsspilde. LAS II var også meget tidskrævende, men på LAS II stod mit udbytte et stykke hen ad vejen mål med den investerede tid.

Jeg tilhører desuden den gruppe mennesker, der ikke kan se, hvorfor jeg skal have programsat en timelang vandretur i Glostrup Park eller lave managementsmarte øvelser, såsom indlæg med en professionel trommeslager på LAS III, på bekostning af at tilbringe tiden med patienter for ikke at nævne mine egne børn.

De specifikke årsager til oplevelsen af tidsspilde var: 1) at mange emner oplevedes som irrelevante, 2) at mange emner synes bedre indlært under andre læringsformer, 3) at der var utallige timelange overlap og gentagelser, og 4) at lange dage

gør, at man til slut ikke kan optage mere viden.

Jeg vil på den baggrund foreslå, at emnerne til kurserne gås grundigt igennem, og man herpå kun beder folk om at møde op til undervisning – i tidsrummet kl. 8.00-16.00 – i emner, der ikke vurderes at kunne indlæres på anden vis. Mange af LAS-kursernes emner kunne meget vel omstruktureres til E-learning med multiple choice-prøver.

Jeg står naturligvis til rådighed, så fremt der skulle være brug for uddybelse af ovenstående.

▲ Kursusreservelæge Lone Graff Stensballe, De Pædiatriske Klinikker på Rigshospitalet
E-mail: lgn@ssi.dk

Svar:

Lone Graff Stensballe beskriver i sit indlæg sin personlige oplevelse af et obligatorisk kursus i ledelse, administration og samarbejde (LAS III).

LAS-kurserne, der er en del af de generelle, teoretiske kurser, som indgår i speciallægeuddannelsen, er tilrettelagt som tre delkurser. To (LAS I og II), som afvikles af og i de tre videreuddannelsesregioner, og det tredje (LAS III), som afvikles af Sundhedsstyrelsen (Generelle kurser i den lægelige videreuddannelse. Sundhedsstyrelsens vejledning, Juni 2004). Der er siden 2006, hvor LAS III-kurserne startede gennemført 35 kurser med deltagelse af 1.258 læger. Kursisternes evalueringer bruges løbende til justering af kurset. De fleste kursister finder LAS III lærerigt, men nogle kursister har påpeget, at koordineringen af LAS I og II med LAS III ikke er optimal. Sundhedsstyrelsen vil naturligvis også inddrage Lone Graff Stensballes vurderinger.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at det er nødvendigt med jævne mellemrum at give både tidsramme, form, struktur og indhold et kritisk eftersyn. Derfor nedsatte Sundhedsstyrelsen i 2008 »Følgegruppen for de generelle kurser« med repræsentanter fra de tre videreuddannelsesregioner, Lægeforeningen, Dansk Medicinsk Selskab og Danske Regioner.

Følgegruppen arbejder bl.a. med erfaringerne fra de afviklede kurser og vur-

derer de pædagogiske læringsmetoder, og det er planen, at E-læring skal indgå i kommende kurser. Vi forventer, at pilotteste en ny kursusstruktur i 2010 og at implementere den i 2011.

At LAS III er et internatkursus, skyldes, at kursisterne kommer fra hele landet, og at kurset kun afholdes et sted i landet. Kursisterne slipper for at skulle arrangere hotelophold selv, og der er mulighed for at diskutere det faglige indhold om aftenen. Deltagerne får almindelig hotelforplejning.

Generelt vil jeg tilføje, at forudsætningerne for et vellykket kursus er gode rammer, relevant indhold samt kursisternes engagement og mod på at involvere sig både fagligt og socialt.

▲ Overlæge, kontorchef Birte Obel, Sundhedsstyrelsen
E-mail: bio@sst.dk



Hvor blev epikrisen fra lægevagten af?

»Kære sundhedsminister Jakob Axel Nielsen

I forlængelse af den igangværende debat om bedre kvaliteten af vagtlægeordningen vil jeg gerne henlede din opmærksomhed på et stort problem, som på trods af gentagne henvendelser såvel lokalt som regionalt ikke har vist nogen tegn til at blive forsøgt løst.

Det handler om manglende epikriser fra lægevagtsarbejde. Jeg har kørt som lægevagt i Sønderjylland i mere end 12 år, og de seneste 3-4 år har jeg ikke modtaget én eneste epikrise, til trods for at jeg kører fire vagter om måneden med adskillige indlæggelser til følge. Tidligere fik man som ind-

læggende læge altid efterfølgende en epikrise, enten på papir eller som elektronisk post, men dette hørte pludselig op. Et forsøg på besparelse? I så fald en meget dårlig ide, for i lægevagten ser vi ofte spændende og usædvanlige lidelser, som vi læger efter bedste evne forsøger at afhjælpe ved indlæggelse under en relevant diagnose på en relevant afdeling, men når man herefter intet hører, har man ingen mulighed for at erfare, om det overhovedet var en rigtig vurdering, man gjorde, og for dermed at kunne bruge den erfaring fremover.

Jeg ved fra kontakt med kollegaer rundt om i landet, at det ikke alene er et regionalt problem afgrænset til Sønderjylland, men at det er udbredt i hele landet.

Jeg har derfor i oktober 2008 forgæves bedt PLO om at undersøge det nærmere og handle.

Thomas Bo Nielsen, konsulent, økonom i Praktiserende Lægers Organisation, svarede bl.a. at: »PLO anførte faktisk i et hørings svar, at det af læringsmæssige/kvalitetsmæssige grunde kunne være hensigtsmæssigt at indlæggende vagtlæge også fik besked, men det synspunkt har ikke fundet vej til Sundhedsstyrelsens vejledning«.

Jeg forstår forsat ikke, hvorfor der ingen epikriser kommer, for som jeg læser teksten i den seneste vejledning om epikriser fra Sundhedsstyrelsen fra den 22. februar 2007 skal der sendes epikriser til indlæggende speciallæge, altså oftest vagtlægen. Der står bl.a.:

- Epikrisen skal sendes til egen læge og evt. til anden henvisende læge hurtigst muligt og inden for en rimelig tid
- Der er ikke krav om patientsamtykke, når epikrisen sendes til egen læge eller til en indlæggende praktiserende speciallæge
- Patienten kan dog frabede sig fremsendelse af epikrise
- Der skal også sendes epikriser fra private sygehuse og klinikker, når der er leveret ydelser efter sundhedsloven.

Jeg håber, at du vil tage sagen op og få bragt dette forhold i orden til stor glæde for såvel os læger som patienterne, som derved givet vil få øget patientsikkerhed.

Ser frem til at høre dit svar.«

(Sendt til ministeren den 19. juni 2009, jeg har endnu ikke modtaget et svar ...).

♣ Speciallæge i almen medicin *Kim Jørsing*, Haderslev
E-mail: jorsing@dadlnet.dk

Svar:

»Kære Kim Jørsing

Tak for din henvendelse af 19. juni 2009, hvori du på baggrund af dit arbejde som vagtlæge skriver, at det er et problem, at vagtlæger sædvanligvis ikke modtager epikriser (udskrivningsbreve) fra sygehuse om fælles patienter. Du peger på, at epikriser kan fremme læring, kvalitet og patientsikkerhed i vagtlægeordningen, bl.a. i forhold til diagnosticering. Du opfordrer mig til at gøre noget ved sagen.

Sundhedslovens regler om videregivelse af helbredsoplysninger indebærer ikke, at sygehuslæger har pligt til at sende

epikriser – hverken til en henvisende praktiserende læge eller til en henvisende vagtlæge, men sygehuslæger har en adgang til at sende epikriser til henvisende læge. I forhold til alment praktiserende læger og henvisende speciallæger kan det ske uden patientens samtykke, hvorimod en epikrise kun kan sendes til en henvisende vagtlæge med patientens samtykke. Hvis en vagtlæge ønsker at få en epikrise tilsendt, f.eks. for at tilegne sig viden om patientens endelige diagnose, kan vagtlægen på henvendelsen til sygehuset anmode om at modtage en epikrise, når patienten udskrives.

Jeg vil gerne fremhæve, at jeg – i forlængelse af den aktuelle opmærksomhed om vagtlægeordningen – i juni måned har bedt Sundhedsstyrelsen om at gennemføre en undersøgelse af kvaliteten af vagtlægeordningen, som jeg forventer at modtage ved årets udgang. Det er et væsentligt element i undersøgelsen at vurdere vagtlægernes adgang til patienternes journal-

oplysninger fra almen praksis og fra sygehuse.

” Sundhedslovens regler om videregivelse af helbredsoplysninger indebærer ikke, at sygehuslæger har pligt til at sende epikriser.

Jeg er helt enig i vigtigheden af at fremme læring, kvalitet og patientsikkerhed i vagtlægeordningen, og jeg har en klar forventning om, at Sundhedsstyrelsens undersøgelse vil kunne bidrage til denne udvikling.«

♣ Minister for sundhed og forebyggelse *Jakob Axel Nielsen*
E-mail: sum@sum.dk

Dansk Dermatologisk Selskab (DDS)

Afholder årsmøde
20.-21. november 2009

Mødet arrangeres af Dermato-allergologisk afdeling K, Gentofte Hospital og afholdes i Store Auditorium, opgang 10 fredag den 20. november, kl. 15-18.

Lørdag den 21. november afholdes patientdemonstration i Dermatologisk ambulatorium K1502, opgang 15, stuen, kl. 9-9.30 og efterfølgende diskussion og forelæsning i Store Auditorium, kl. 9.45-12.30.

Patientdemonstration og diskussion er kun for læger.

Nærmere oplysninger findes på selskabets hjemmeside: www.dds.nu



Klik ind på
www.danmedbul.dk

Danish Medical Bulletin kan nu findes på www.danmedbul.dk

DMB er et tidsskrift på internettet med gratis adgang for læserne. DMB er indekseret i PubMed og har tillige en impact factor. DMB udkommer 4 gange om året i 2009 og herefter månedligt.

DMB indeholder originalartikler og oversigtsartikler fra både Danmark og udlandet samt disputatoversigter og ph.d.-afhandlinger fra Danmark.

Danish Medical Bulletin



Abonnement 2009

Ugeskrift for Læger udkommer 44 gange årligt. Bibliotek for Læger udkommer 4 gange årligt. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning udkommer hver måned.

Obs.

Medicinstuderende tilbydes abonnement nr. 1 og 4 til halv pris samt nr. 3 til samme pris som medlemmer af Lægeforeningen. Medlemmer af Lægeforeningen tilbydes Bibliotek for Læger til kr. 432,00 (abonnement nr. 3).

Enkeltnumre af Ugeskrift for Læger og Bibliotek for Læger kan købes ved henvendelse til:

Lægeforeningens forlag
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Telefon 3544 8300

Ugeskrift for Læger
kr. 109,00 + porto

Bibliotek for Læger
kr. 198,00 + porto



Lægeforeningens forlag

Undertegnede bestiller herved det afkrydsede abonnement (priserne er inkl. moms)

- ☐ Nr. 1. Ugeskrift for Læger kr. 3.225,00
- ☐ Nr. 2. Bibliotek for Læger kr. 650,00
- ☐ Nr. 3. Bibliotek for Læger (medlemmer af Lægeforeningen) kr. 432,00
- ☐ Nr. 4. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning (inkl. elektronisk adgang) kr. 1.300,00
- ☐ Nr. 5. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. Pensionister fra 67 år og uddannelseslæger kr. 650,00

Stilling

Navn

Adresse

Postnr./by

Indsendes til Lægeforeningen, Medlemsregistreringen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø

Et amerikansk øjeblik

Ted Kennedy er død. Der er stadig landesorg i USA. Alle præsidenterne var samlet til mindegudstjeneste i Kennedyernes by, Boston. Der var en underlig stilhed i byen den dag - en blanding af sorg og frygt. Sorg over en helt særlig Kennedy og frygten for fremtiden - og for terrorangreb selvfølgelig. Sygehuset var i sit helt eget alarmberedskab. Der var ikke lavet en officiel handlingsplan, men der gik rygter om, at dagen kunne blive tragisk og dødelig gange flere. Heldigvis var det kun Ted, der skulle herfra den dag, sammen med de sædvanlige hjertestoppatienter, sepsispatienter, rygere og kræftpatienter. På mange måde en helt almindelig særlig dag.

Vi ventede spændt på Obamas tale om sundhedssystemet - herovrefra nærmer vi os »de frygtindgydende europæiske tilstande«, der med deres »kommunistiske tankegang« vil tilintetgøre »verdens bedste sundhedssystem«, og hvor man i fremtiden kommer til at betale for andre end blot sig selv! Manden på gaden kan vel finde et job; hvorfor skal jeg betale for hans sygeforsikring, fordi han ikke selv gider?

Og på den måde ser vi mennesker, der kommer på skadestuen med klumpfødler, *fullblown* aids, forsmæte, døende børn, som aldrig har fået hverken børnevacciner eller skoletandpleje - eller omsorg for den sags skyld. Alle kan henvende sig på skadestuen, for lægerne har pligt til at yde basal hjælp uanset forsikringsstatus - så du venter blot på, at canceren er så fremskreden, at du hverken kan leve, tale eller gå, for så er der behandling til alle. Er der nogen, der tænker på, at det bedre kan betale sig at forebygge?

I sidste uge ankom en kvinde til skadestuen. Hun var 55 år og stofmisbruger. Hun var forvirret og tydeligt syg, men med meget uspecifikke symptomer. Hun var blevet bragt til skadestuen, selvom hun ikke havde forsikring. I første omgang blev hun undersøgt og observeret. Hun blev pludselig meget dårlig, fik flere hjertestop, måtte intuberes og havde hele traume-teamets opmærksomhed i fem timer i akutmodtagelsen og døde efter ti timer på intensivafdelingen. Jeg vil gætte på, at vi for de dollars, det kostede at bringe denne døende organisme tilbage til livet flere gange - for til sidst at give op - kunne have købt hende et hus på landet med egen misbrugsrådgiver, psykiater, medicin og hvad ved jeg.

Jeg har aldrig set en patient blive afvist på skadestuen. Jeg tror, jeg vil sprede rygten til manden på gade, for han kender nemlig ikke til denne akademiske hemmelighed.

Hemmeligheden er, at hospitalet forlanger flere penge for en behandling fra dem, der kan betale, fordi de ved, at en stor del af patienterne aldrig betaler regningen - og så betaler staten resten - så spørgsmålet er, hvor stor en forskel der egentlig er tale om, hvis de »socialiserer«? Måske kan de for de samme penge ramme lidt bredere?

”Manden på gaden kan vel finde et job; hvorfor skal jeg betale for hans sygeforsikring, fordi han ikke selv gider?

Vi har vores system. De har deres. I virkeligheden kan vi lære meget af hinanden, og sandheden ligger et sted mellem de to systemer. Vi amerikaniserer? De bliver kommunister? - Jeg tror, begge dele er løgn. Jeg tror, det er to systemer i udviklinger - ikke nødvendigvis en god udvikling - men efter at have set det amerikanske system indefra, er jeg overbevist om, at selv den mest selvoptagede, nationalistiske danske regering aldrig ville kunne få ideen til at lave et system, som det jeg ser her. Selvom vi er godt på vej?

Syv måneder i akutmodtagelsen i Boston. Vi kan lære meget af dem. Jeg vil tage alle de gode oplevelser og erfaringer fra alle de patienter, som til forveksling ligner dem på medicinsk afdeling i Randers, med hjem. For dem er der trods alt flest af. Og de bliver behandlet godt!



Stud.med. Julie Mackenhauer, Aarhus Universitet, forskningsårsstuderende ved Center for Akutforskning hos Universitetshospital, og Emergency Department, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston
E-mail: thejuliemac@gmail.com



Vi modtager meget gerne forslag til Min Mening. Send din tekst som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Min mening må fylde 3.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

Kan man tale med voksne om deres alkoholforbrug?

Erfaringer fra intervention over for alkoholstorforbrug integreret i KRAM-undersøgelsen

Ph.d.-studerende, cand. techn.soc. Anders Blædel Gottlieb Hansen, Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. E-mail: ago@si-folkesundhed.dk
Overlæge, dr.med. Ulrik Becker, Gastroenheden, Afsnit 439, Hvidovre Hospital, og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet E-mail: becker@dadlnet.dk
Forskningsleder, seniorforsker, centerchef for TrygFondens Forebyggelsescenter, mag. art., ph.d. Tine Curtis, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. E-mail: tc@si-folkesundhed.dk
Centerleder ved Alkoholbehandlingen i Odense og seniorforsker, cand. phil., ph.d. Anette Søgaard Nielsen, Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. E-mail: asn@si-folkesundhed.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Intervention over for alkoholstorforbrug integreret i KRAM-undersøgelsen har modtaget økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen.

Undersøgelsen er godkendt af datatilsynet (J.nr. 2007-54-0303) og af Den Videnskabssetiske Komité B for Region Hovedstaden (H-B-2007-106).

ILLUSTRATION
Lars-Ole Nejtgaard

Alkohol indtager en særlig status i Danmark. Intet andet rus- og nydelsesmiddel er så forbundet med kulturelle normer og indgroede forestillinger om hygge og afslapning. Vi diskuterer gerne emnet alkohol både til private selskaber, hvor den dyre vin vurderes, og i medierne, hvor konsekvenserne af vores liberale alkoholkultur debatteres. Men når det kommer til den enkeltes alkoholforbrug, ændrer tonen sig, blikket flakker, og man fornemmer, at det er et privat område, man betræder.

På Statens Institut for Folkesundhed har vi systematisk screenet 12.364 personer for alkoholstorforbrug i forbindelse med KRAM-undersøgelsen (en befolkningsundersøgelse med fokus på kost, rygning, alkohol og motion). I alt 1.026 identificerede alkoholstorforbrugere blev tilbudt deltagelse i et randomiseret forsøg for at undersøge effekten på alkoholforbrug af en ultrakort intervention baseret på elementer fra den motiverende samtale efter seks og 12 måneder. Det er praktiske erfaringer fra denne undersøgelse, vi her viderebringer.

I lyset af den seneste tids diskussion om forebyggelse, senest i Forebyggelseskommissionen rapport, er det relevant at spørge, om danskere overhovedet er modtagelige over for en intervention rettet mod deres alkoholforbrug. Fra forskningen kender vi begrebet »korte interventioner«, hvor man med en kort, empatisk samtale og feedback kan motivere ikkebehandlingssøgende personer til at nedsætte deres forbrug [1]. Disse korte interventioner over for alkoholstorforbrugere anbefales, men diskuteres samtidig både nationalt og internationalt, fordi evidensen for effekt af kombinationen systematisk screening og kort intervention er usikker. Et dansk studie i almen praksis viste således ingen effekt [2], og et kvalitativt studie af praktiserende lægers erfaringer med at implementere screening og kort intervention viste, at implementeringen havde været problematisk [3].

Der kan være mange årsager til, at relativt få taler om alkohol med deres praktiserende læge. På trods af, at der findes let administrerbare spørgeskemaer til at screene for alkoholstorforbrug, og på trods af,

at den korte intervention er en velafprøvet metode, er succesen udeblevet. Det tilskrives bl.a. tabuiserede holdninger til alkoholstorforbrug, at lægerne ikke ser det som deres legitime rolle at screene og intervenere over for alkoholstorforbrug [4], og at det er vanskeligt at skabe lydhørhed og motivation hos alkoholstorforbrugere [3].

En ny undersøgelse fra Ugebrevet Mandag Morgen (Fremtidens alkoholpolitik: ifølge danskerne) tyder på, at det at påtale et alkoholproblem overskrider en privat grænse. Undersøgelsen viser samtidig, at 59% synes, at det er i orden, at sygehuspersonale spørger til borgerens alkoholvaner, og at hele 77% synes, at det er i orden, at egen læge jævnligt spørger til alkoholforbrug. Selvom et for stort alkoholforbrug stadig er forbundet med berøringsangst og er delvist tabubelagt, synes en meget stor del af de adspurgte i undersøgelsen således, at det er acceptabelt, at der spørges til det.

” En samtale om alkohol kan derfor let komme til at tage en drejning i moraliserende retning.

Under gennemførelsen af vores egen undersøgelse blev det klart for os, at emnet alkohol var ømtåleligt og grænseoverskridende at tale om. Men er det at gribe ind over for et alkoholstorforbrug også tabubelagt? På forhånd havde de syv medarbejdere, der i KRAM-undersøgelsen var ansat til at gennemføre den korte intervention, en forventning om, at alkohol ville være et ømtåleligt emne, som folk ville blive stødt eller pinligt berørt over at tale om. Medarbejderne forventede, at det ville være svært at tale om alkohol, når deltagerne var uforberedte på det (det var en ikkebehandlingssøgende population), og at man ville møde modstand hos deltagerne. I en efterfølgende evalu-

ring gav medarbejderne imidlertid udtryk for, at det havde været en positiv oplevelse at tale om alkohol med deltagerne i undersøgelsen. Deltagerne havde været imødekommende og i mange tilfælde udtrykt glæde over at få lov til at tale om deres alkoholforbrug. En medarbejder mente, at det uproblematisk i samtalerne måske skyldtes, at deltagerne i KRAM-undersøgelsen var særligt åbne over for at tale om deres helbred. En anden beskrev, at det var tydeligt at mærke, at deltagerne var villige til at tale om alkoholvaner, når de blev mødt med en ikkefordømmende tilgang.

Men hvad sagde deltagerne? For mange deltagere var det vigtigt at understrege, at de ikke havde et problem med alkohol eller var afhængige af alkohol. Mange af deltagerne oplevede ikke selv alkoholforbruget som problematisk, men trivedes tværtimod godt med deres forbrug, som blev forbundet med hygge, afslapning og livskvalitet. Deltagerne var generelt meget åbne og ligefremme om deres alkoholforbrug. Lejlighedsvis blandt de langt overvejende positive oplevelser af samtalerne var der dog enkelte, som gav udtryk for, at deres alkoholforbrug var en meget personlig ting og dermed et omtåleligt emne.

Det, der var mest overraskende for os, der stod for logistikken i undersøgelsen, var, at det grænseoverskridende ikke så meget var deltagernes reaktioner på, at deres alkoholforbrug blev taget op, men i højere grad medarbejdernes forestillinger om det grænseoverskridende i at spørge til alkohol. Nogle af medarbejderne gav således udtryk for, at det var det at »tage hul på samtalen«, der var den grænseoverskridende komponent. En erfaring blandt medarbejderne var således, at det indledende spørgsmål og den personlige fremtoning betød meget for, om deltagerne accepterede at være med i undersøgelsen. Især det, at samtalen foregik respektfuldt, empatisk og ikkefordømmende blev vurderet til at have stor betydning for, om deltagerne accepterede at deltage.

På sundhedsområdet, i den kontekst der hedder almen praksis, burde et alkoholstorforbrug ideelt set mødes på samme måde som andre risikofaktorer (f.eks. rygning og overvægt): Man tager en ligefrem samtale med sin læge om, hvilken strategi, der er bedst til at håndtere det pågældende problem. Virkeligheden



er imidlertid anderledes, og alkohol og alkoholpolitik har historisk set altid være forbundet med moralisme og puritanisme. En samtale om alkohol kan derfor let komme til at tage en drejning i moraliserende retning. Danske forskere inden for området har da også tidligere bemærket, at praktiserende læger ikke synes at spille den rolle i forebyggelsen af alkoholstorforbrug, som man ideelt kunne tænke sig [5]. Vores undersøgelse betoner, at det er muligt at tale med voksne om deres alkoholstorforbrug, oven i købet uden at storforbrugeren selv har taget initiativet til samtalen. Således accepterede 78% af storforbrugerne at deltage i undersøgelsen. Hvis man opfatter det som en af de største folkesundhedsmæssige udfordringer at identificere og informere storforbrugerne, peger erfaringerne fra denne undersøgelse i en positiv retning. Undersøgelsen tyder samtidig på, at der ikke er belæg for at konkludere, at det er tabuiseret at tale med storforbrugere om deres alkoholforbrug. Medarbejdernes positive erfaringer med at gennemføre interventionen tyder også på dette.

LITTERATUR

1. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD004148.
2. Beich A, Gannik D, Saelan H et al. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in danish general practice a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol* 2007;42:593-603.
3. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870.
4. Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:11-8.
5. Barfod S, Beich A, Jørgensen A et al. Tidlig intervention mod alkoholproblemer. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1996;74:1303-7.



KRONIK

Vi modtager meget gerne kronikforslag. Send din kronik som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Kronikken må fylde 7.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

Danmark(s sundhedsvæsen) for danskerne?

KOMMENTATOR

Imran Rashid

FOTOS

Ugeskrift for Læger og
Hung Tien Vu

10 DE TI

Hver uge skiftes ti kommentatorer til at forholde sig til et aktuelt sundhedspolitisk emne.

Nis Alstrup, formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. *Karl H. Bornhøft*, MF, sundhedsordfører for SF. *Jens Elkjær*, sundhedsdirektør i Region Syddanmark. *Morten Freil*, direktør i Danske Patienter. *Jens Helby Petersen*, stud.med. på Københavns Universitet. *Lotte Hvas*, praktiserende læge og næstformand i Det Ethiske Råd. *Mette Marklund*, læge, ph.d., almen praksis. *Bente Klarlund Pedersen*, professor på Rigshospitalet. *Imran Rashid*, under uddannelse til speciallæge i almen medicin og foredragsholder. *Sidsel Vinge*, projektleder på Dansk Sundhedsinstitut.

Har du en kommentar til dette indlæg?
Gå ind på Ugeskriftet.dk ->
Seneste nummer -> De ti
og skriv din kommentar.

Ud fra devisen »Nød lærer nogen kvinde at spinde« eller mere præcist »tvang lærer indvandrere/flygtninge at tale dansk« er det meningen, at gratis tolkehjælp skal ophøre fra 2011. Herefter vil der skulle opkræves et gebyr, såfremt udlændinge, der har boet i landet i mere end syv år, skal have hjælp fra en tolk til at tale med sundhedspersoner på hospitaler eller i primærsektoren. En af hovedtankerne bag dette tiltag er, at det »... skulle motivere flere til at lære at tale dansk og styrke integrationen«.

Med snart ti års underviserbaggrund i emnet tværkulturel kommunikation bliver jeg stærkt bekymret over de konsekvenser, denne lov vil kunne få for princippet om lige adgang til sundhed. I forvejen kan mange læger formentlig medgive, at det er ekstremt vanskeligt at kommunikere på tværs af kulturelle/sproglige barrierer selv ved brug af en tolk. Man glemmer dog ofte, at en tolk jo i bedste fald kun oversætter lægens ord, men ikke har til opgave at løfte forklaringsbyrden – denne påhviler alene den sundhedsprofessionelle, i og med at vi ikke stiller krav om, at folk har et bestemt sprog- eller uddannelsesniveau for at komme i betragtning til behandling.

Uden tolk vil man altså ikke have en jordisk chance for at få en fornemmelse af patientens indsigt i sygdom og behandling, viden om forebyggelse m.m., endsi- ge kunne møde den pædagogiske udfordring, der kunne være forbundet hermed.

Lovforslaget implicerer midlertidigt, at såfremt man pr. 1. januar 2011 skulle være så uheldig at være fattig, mangle de nødvendige sproglige fær-

digheder og samtidig besidde et lavt uddannelsesniveau, vil man altså være fejlcastet til det danske sundhedsvæsen. Her vil det nemlig kun være patienter, der behersker sproget, eller som har råd til en tolk, som vil kunne få den optimale information om behandling/forebyggelse mv. Man kan næsten høre afvisningen for sit indre øre: »Duer ikke – næste!«

” Man kan næsten høre afvisningen for sit indre øre: »Duer ikke – næste!«

Kunne man i stedet tænke sig, at tolken ikke blot er til for patientens, men i højere grad for lægens skyld, så vi kan udføre vores arbejde så godt som muligt? Argumentet om, at hvis man har boet i et land i 30 år, er det ens eget problem, hvis man ikke behersker sproget, når man bliver syg, kan jeg kun trække på skuldrene ad. Vores opgave som professionelle sundhedspersoner er at behandle mennesker ud fra deres individuelle udgangspunkt. Vi har ansvaret - og ikke mindst magten i det forhold. Patienten er med eller uden sine mangler og skavanker – først som sidst - patient. Hvad bliver det næste, kunne man fristes til at spørge: at nægte gangbesværede brug af elevatorer for at motivere dem til at gå?

