

UGESKRIFT FOR LÆGER



27. april 2009

Udgivet af Lægeforeningen

Journal of The Danish Medical Association

Ugeskrift for Læger 2009;171:1453-1548

www.ugeskriftet.dk

18/2009

Mellemørebetændelse
hos voksne kan
medføre meningitis
s. 1481

Tidsbegrænset kørekort
til mange kronikere
s. 1509

**Har lægerne fået
troen tilbage?**

s. 1466



Cæcilie Buhmann rejste debatten om lægers arbejdsmiljø. Hvad nu? 1466



Direkte hjælp til medlemmer i nød. 1472



Bibliotek for læger fylder 200 år. 1474

INDHOLD

1459 Leder

Et offentligt styret sundhedsvæsen.
Jens Winther Jensen

1460 Nyheder

Ind- og udland. *Klaus Larsen*

1466 Fokus

Græsroden der fik magt. *Klaus Larsen*
Afdelinger i konkurrence om arbejdsmiljø.
Klaus Larsen. 1468

»De yngre læger må selv slå i bordet og sige fra«. *Klaus Larsen*. 1469

Svenske læger dør af stress.
Johan Erichs. 1470

1471 Aktuelt

I overenskomstens tegn. *Bente Bundgaard*
»Andre steder havde de fået førtidspension for længe siden«. *Bente Bundgaard*. 1472
Verdens ældste lægetidsskrift tager tilløb til genfødsel. *Thomas Bjerg*. 1474

1479 Videnskabelige artikler

Se videnskabeligt indhold på side 1457.

1536 Debat

Patienten nægter at modtage behandling.
Dorte Elise Møller Holdgaard, Birthe Tørring, Jytte Kærgaard Boll et al. Med svar af
Jens Aage Stauning & Pia Bohn Christiansen

Screening af voksne for ADHD eller DAMP – langt over skorstenen. *Stig Thomsen*. Med svar af *Carsten Obel, Søren Dalsgaard, Niels Bilenberg et al.* 1537

Basislæger og FAME. *Dan Brun Petersen*. Med svar af *Lisbeth Lintz*. 1538

Aflastning af de øvre urinveje.
Jens Mortensen. Med svar af *Steen Walter*. 1539

Efterspørg det fælles medicinkort og gør det højt! *Ivan Lund Pedersen*. 1539

1543 Min mening

Psykiatri i verdensklasse. *Lene Agersnap*

1544 Kronik

Selvopfyldende profetier, ICD-10 og udviklingen på pensionsområdet. *Jens R. Bang*

1546 De ti

Jeg vil gerne lave det, jeg er uddannet til.
Mette Marklund

1520 Anmeldelser

1521 Meddelelser og navnestof

1525 Job og praksis



Kontrolleret oplag:
24.055 eksemplarer

Abonnement 2009

Ugeskrift for Læger udkommer 44 gange årligt. Bibliotek for Læger udkommer 4 gange årligt. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 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 Lægegering
(inkl. elektronisk adgang) kr. 1.300,00
- ☐ Nr. 5. Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
Pensionister fra 67 år og uddannelseslæger kr. 650,00

Stilling _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr./by _____

Indsendes til Lægeforeningen, Medlemsregistreringen,
Kristianiagade 12, 2100 København Ø



Få komplikationer efter åben radikal prostatektomi – resultater som på udenlandske centre. 1492



Kunstig befrugtning til par, hvor den ene er hiv-smittet, reducerer risikoen for barnet. 1496



Dermatomyositis – kan være tegn på en underliggende malign sygdom. 1514

VIDENSKABELIGE ARTIKLER

1476 Medicinske nyheder

Medicinske nyheder. *Claudio Csillag*

1479 Ledere

Ugeskrift for Læger anno 2009.

Jacob Rosenberg & Torben Kitaj

Er begrebet »otogen meningitis« en misforståelse? *Niels Rasmussen, Thomas Hjuler & Vilhelm A. Bohr et al.* 1480

1481 Originalartikler

Sequelae og død efter pneumokokmeningitis. *Jakob Korsholm, Rasmus Nygård Kristensen, Anders Heslop et al.*

Perioperativ væskebehandling ved perforeret ulcus. *Catherine Collin Bjerre & Kathrine Holte.* 1488

Tidlige komplikationer efter åben radikal prostatektomi. *Martin Andreas Røder, Lisa Gruschy, Klaus Brasso et al.* 1492

Assisteret reproduktion ved hiv-infektion. *Ramune Kazlauskaite, Lars Østergaard, Tinne Laursen et al.* 1496

Dansk standardisering af attention deficit/hyperactivity disorder-ratingskalaen. *Lotte Poulsen, Siv Lykke Jørgensen, Søren Dalsgaard et al.* 1500

Vejlederes holdninger til kompetencevurdering af turnuslæger. *Ann-Helen Henriksen & Charlotte Ringsted.* 1505

Helbredsbedingede kørekortfornyelser. *Anne-Lene Boe, Henrik Trykker & Klaus Krogh.* 1509

1485 Sekundærpublikation

Triptaner versus anden medicin for migræne. *Peer Tfelt-Hansen*

1514 Kasuistikker

Dermatomyositis som markør for lungecancer. *Bibi Petersen & Anette Bygum*

Purulent coxitis hos 8-årig dreng forårsaget af *Salmonella enteritidis*. *Vilhelm Engell, Arne Bach, Michale Davidsen et al.* 1515

Papillært fibroelastom i hjertet som årsag til transitorisk cerebral iskæmi. *Isaivani Sothynathan, Jesper Khedri Jensen, Bjarne Linde Nørgaard et al.* 1517

1519 Lægemiddelstyrelsen

1519 Akademiske afhandlinger

Et offentligt styret sundhedsvæsen

Om et par måneder genindfører regeringen det udviklede frie sygehusvalg med en ventetidsgaranti på én måned. Samtidig fastholdes skattebegunstigelsen af private sundhedsforsikringer. Derved opretholdes de to vækstgeneratorer, som indtil konflikten sidste sommer gav en ny privat sektor i sundhedsvæsenet lodrette vækstkurver. Vi håber, at genforhandling af de private udbyderes vilkår, som regeringen har besluttet, kan skabe mere lige vilkår for offentligt og privat udbud, og vi håber, at vi på sigt kan få skabt et fornuftigt samspil mellem offentligt og privat i det danske sundhedsvæsen.

Vi fik tidligere i år lavet en undersøgelse af samspillet mellem den offentlige og private sektor hos DSI, Dansk Sundhedsinstitut. Den endelige rapport kom her et par dage før Lægemødet i Ålborg. Den har allerede haft en betydelig indflydelse på den politiske proces, fordi den på trods af sit på nogle områder svage datagrundlag klarlagde nogle konsekvenser af den stigende markedsføring af sundhedsvæsenet: den private sektor er blevet større, end vi troede, den er blevet overkompenseret med op mod 20 procent på grund af gunstige aftaler med det offentlige og, den har givet anledning til stigende ulighed på grund af den stærke vækst i de private sundhedsforsikringer.

Lægeforeningen har fortsat ikke noget imod en privat sektor, men vi har noget imod ulighed. Vi hyl-der princippet om fri, lige og gratis adgang, som også er det grundlag, som den siddende regering bekend-der sig til. Derfor ser vi frem til, at nye aftaler om tak-ster og større brug af udbud kan fjerne den forskelsbe-handling, der har været mellem offentlige og private udbydere.

Vi ser også frem til, at den nye private sektor skal leve op til de samme forpligtelser, når det drejer sig om åbenhed om økonomi, dokumentation af kvalitet, udveksling af oplysninger, deltagelse i forskning og uddannelse, hvor dette er relevant. DSI rapporten af-dækkede netop, at der var meget få data til rådighed

fra en sektor, der nu dækker ca. fire procent af pro-duktionen i sundhedsvæsenet. Det er naturligvis ikke holdbart, når finansieringen er offentlig.

Vi er ikke imod private sundhedsforsikringer, men det skal netop efter vores opfattelse være en pri-vat sag og ikke noget, som har en speciel skattebegun-stigelse. Vi har længe haft supplerende ordninger, bl.a. gennem sygesikringen Danmark, men disse ordninger har ikke fradragsret. Både OECD og regeringens egen skattekommissionen har påpeget den manglende lo-gik, men af uransagelig årsager står regeringen fast på denne forskelsbehandling. Det vil dele befolkningen i de, der er på arbejdsmarkedet med forsikringer, og re-sten, der står udenfor og er med til at finansierer de andres privilegier.

” Vi ønsker at sikre et sundheds-tilbud af høj kvalitet til hele befolk-ningen med fri og lige adgang

Det, vi grundlæggende ønsker, også i den nye lægeforening, er, at vi sikrer et sundhedsstil-bud af høj kvalitet til hele befolkningen med fri og lige adgang. Vi ønsker et offentligt styret og offentligt finansieret sundheds-væsen, hvor de private udbydere arbej-der på en kontrakt med det offentlige, når der er tale om behandlinger for of-fentlige penge. På samme måde, som al-men praksis og speciallægepraksis gør det i dag. Det skal være reguleret af ga-rantier, der gælder alle patienter og gæl-der hele forløbet omkring sygdom: ud-redning, behandling og rehabilitering, og det skal være styret af princippet om, at de mest syge bliver behandlet først.

FORMAND FOR
LÆGEFORENINGEN
Jens Winther Jensen



Udgivet af 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

Regeringen slagter sin egen kommission

Ingen vej udenom øgede afgifter på tobak, sukker og fedt, hvis vi skal hæve danskernes levealder, siger Forebyggelseskommissionen. Men regeringen siger nej til de forslag, der vil have størst effekt på folkesundheden



JOURNALIST

Annette Hagerup,
ahagerup@mail.dk

Tre års ekstra levetid til danskerne. Sådan lød kommissoriet, da regeringen for et år siden nedsatte sin forebyggelseskommission.

Men bare få timer efter at formanden for Forebyggelseskommissionen, Mette Wier, i tirsdags havde præsenteret sit med spænding ventede udspil, var der skåret i danskernes adgangsbillet til et længere og sygdomsfrit liv.

For skal målet om de tre ekstra leveår nås, skal samtlige 52 forslag i kommissionens anbefaling følges til punkt og prikke. Og det er der ikke politisk opbakning til.

En ryger lever i gennemsnit ti år kortere end en person, der aldrig har røget. Rygeren kan samtidig imødesee ti år med nedsat livskvalitet.

Derfor vil Forebyggelseskommissionen have cigaretterne ned under disken og prisen op til 50 kr. pakken. Samtidig skal der indføres totalt rygeforbud inden døre – undtagen i eget hjem.

Prisforhøjelsen er hverken landets sundhedsminister, Jakob Axel Nielsen (K), eller statsminister Lars Løkke Rasmussen (V) umiddelbart med på. Cigaretpriserne bliver af hensyn til grænsehandlen

ikke hævet yderligere end de netop bebudede afgiftsforhøjelser, som vil sætte cigaretprisen op med ca. tre kr. pr. pakke fra 2010. Når det gælder et evt. rygeforbud inden døre på alle offentlige steder, må afgørelsen vente til efteråret, hvor rygeforbuddet skal op til revision.

Politikerne siger også nej til ændringer i sukkerafgiften, som kommissionen ønsker fordoblet. Her er forklaringen, at det ikke kan lade sig gøre på grund af skattestoppet.

BØRN OG UNGE I FOKUS

Sunde vaner grundlægges tidligt. Der er således tæt sammenhæng mellem alder for alkoholdebut og senere forbrug. Ifølge Forebyggelseskommissionen vil det have en stærk signalværdi at hæve aldersgrænsen for køb af alkohol til 18 år, men sundhedsministeren tror ikke på effekten.

Det ærgrer praktiserende læge og medlem af Lægeforeningens bestyrelse, Jette Dam-Hansen, at politikerne er så hurtige til at skyde forslaget om højere cigaretpriser ned:

»Prisen har rigtig stor betydning hos de helt



NYHEDER

REDIGERET AF:

Klaus Larsen,
kl@dadl.dk



KORTE NYHEDER

Influenza dræbte 1.000 ældre

KØBENHAVN

Op mod 1.000 ældre mistede livet i vintrens influenzaepidemi, vurderer Statens Serum Institut, og det er højt i sammenligning med de seneste år, siger overlæge i SSI, Kåre Mølbak til Berlingske Tidende. Ifølge Kåre Mølbak skyldes de mange dødsfald, at virussen har udviklet sig i en farligere retning end i de forrige par sæsoner, og at den brød ud omkring jul, hvor mange folk er samlet. Kun 47 pct. af de ældre over 65 år tog imod tilbuddet om gratis vaccination i 2007, hvor de nyeste tal stammer fra.

Det er måden, man spørger på

ENGLAND

Langt flere pårørende ville sige ja til at donere en afdøds organer, hvis de blev spurgt på en anden måde og fik tid til at tænke over det. Ifølge det lægevidenskabelige tidsskrift BMJ kunne det ligefrem bidrage til at afhjælpe manglen på donororganer. »De to faktorer som har størst indflydelse på samtykkeraten var, hvem der fremsatte forespørgslen samt valget af tidspunkt for samtalen«, skriver forskerne. De mener, man bør søge bedre måder til at opnå samtykke, men erkender også faren for, at en forbedret forespørgselsprocedure udvikler sig til pression.

Medicinpriser rasler ned

KØBENHAVN

Ifølge Danmarks Apotekerforening er danske medicinpriser nu gennemsnitligt 14 pct. lavere end gennemsnittet i de ni EU-lande (EU9), Konkurrencestyrelsen normalt sammenligner Danmark med. Prisfaldet er taget til i de sidste tre år: I 2006 var medicinen i Danmark i gennemsnit to pct. billigere, i 2007 var den blevet syv pct. billigere, og i 2008 faldt priserne i Danmark til 14 pct. under niveauet i EU9. Alene i løbet af 2008 faldt medicinpriserne med 6,5 pct., hvilket ifølge Apotekerforeningen svarer til en besparelse på op mod en milliard kr.

Forsøg: Stamceller mod diabetes

JAMA

En eksperimentel stamcellebehandling har sat diabetes 1-patienter i stand til at klare sig i op til fire år uden insulininjektioner. Ifølge BBC News kunne de fleste af de 23 patienter, som deltog i det brasiliansk-amerikanske forsøg, producere deres egen insulin efter en transplantation af stamceller fra deres egen knoglemarv. Selv de, som fik tilbagefald, havde behov for mindre insulin end før. Behandlingen sigter mod at hindre immunsystemet hos personer med diabetes 1 i at ødelægge de celler, som producerer insulin.



unge rygere. Og selvom man måske ikke kan få dem til at holde op, ville de i hvert fald ryge væsentligt mindre, hvis en pakke cigaretter kostede 50 kr. Det er rigtigt svært at flytte folkesundheden, når der ikke er politisk opbakning til de tiltag, der virkelig ville ændre noget», siger Jette Dam-Hansen. Hun er tilfreds med forslaget om forbud mod alkoholreklamer, men efterlyser højere alkoholafgifter for at dæmpe de unges alkoholforbrug. Forebyggelseskommissionens forslag om højere afgifter på sukker og fedt falder i øvrigt godt i tråd med Lægeforeningens fødevarepolitik. Lægeforeningen har tidligere også foreslået at indføre differentieret moms, så sunde fødevarer blev billigere.

Det forslag fik kommissionen da også i opdrag at undersøge, men konklusionen lyder nu, at gevinsten ved nedsat moms på frugt og grønt langt fra står mål med udgiften. Staten ville tværtimod mangle ca. 1,6 mia. kr., som skulle hentes ind på anden vis.

NEJ TIL SCREENING

Forebyggelseskommissionens anbefalinger bygger på i alt 31 analyser af forskellige forebyggende virkemidler. På den baggrund siger kommissionen bl.a. nej til screening af hele befolkningen. Det anbefales i stedet at øge befolkningens viden om tidlige symptomer på KOL, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom.

»Det er fint at skærpe borgernes opmærksomhed på evt. symptomer. Men når det gælder opsporing i risikogrupper, mangler vi i øjeblikket både viden om og

evidens for effekten. Hvordan fanger vi de mest udsatte tidligt nok?« siger Jette Dam-Hansen.

»Den fremtidige opsporing skal være forskningsbaseret, så vi kan få dokumenteret, om indsatsen virker«.



FAKTABOKS

Forebyggelseskommissionens 52 forslag er målrettet tre hovedudfordringer:

1. Danskernes korte levetid. Vi lever 2½ år kortere end svenskerne og er faldet langt tilbage i levetid i forhold til en række vestlige lande.
2. Danskernes dårligere liv/livskvalitet. Livsstilssygdomme betyder ikke bare kortere liv, men også leveår med smerter og nedsat funktion.
3. Den store ulighed i sundhed. Jo højere uddannelsesniveau, jo sundere lever man.

En fordobling af tobaksafgiften vil øge middellevetiden med godt tre måneder.

Et totalt rygeforbud indendørs i det offentlige rum vil øge middellevetiden med ca. et halvt år.

Læs om planen på www.forebyggelseskommissionen.dk





FEM SPØRGSMÅL TIL



**Niels Lihn
Jørgensen**

direktør for
Lægernes Pensionskasse

Sidste efterår havde pensionskassen tabt 15 pct. af formuen. Nu er årsopgørelsen klar, så hvordan ser det ud nu?

»Året endte med et tab, der var ca. halvt så stort, nemlig et formueafkast på minus 8 pct.«

Er det godt eller skidt?

»Det er aldrig tilfredsstillende at tabe penge, men pensionskassen ligger et sted i midterfeltet, når vi sammenligner med andre pensionskasser og livsforsikringselskaber, og det er egentlig ganske godt. Afkastene svinger fra over minus 20 pct. til positive afkast på op mod 5 pct.«

Hvorfor er der så store forskelle i afkast?

»Vi er blandt de pensionsselskaber, som har store reserver og derfor haft råd til at have aktier. Det har været dårligt i et år, hvor aktiekurserne er halveret. Vi er også blandt de pensionsselskaber, der har afgivet garantier (se note, red.) til medlemmerne, som har gjort det nødvendigt at forsikre sig mod rentefald. Det har været godt i et år, hvor renterne er faldet betydeligt. Vi er derfor – rent afkastmæssigt – ramt af både noget dårligt og noget godt. Selskaber, der ligesom os har mange aktier, men ikke nogen garantier, har typisk tabt ca. 20 pct. Det gælder flere af pensionskasserne for akademikere. Selskaber, der omvendt ikke har haft ret mange aktier og samtidig har garantier, har typisk haft svagt negative eller svagt positive afkast. Vi har både aktier og garantier – derfor ligger vi i midterfeltet. I år ser det for øvrigt ud til, at det stadig er meget svært at opnå positive afkast.«

Man taber altså på aktierne lige nu – har I så solgt dem fra?

»Vi har opretholdt den aktieeksponering, som vores solvenssituation tillader, da vi stadig anser aktier for at være en god langsigtet formueanbringelse. Men solvensen sætter ret snævre grænser for, hvor mange aktier vi kan have.«

Kan medlemmerne fortsat regne med at få deres pension?

»Ja – pensionstilsagnene kan overholdes, men mulighederne for fremover at tilskrive bonus er selvfølgelig blevet formindsket kraftigt.«

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

Note: Med »garanti« menes, at nogle pensionsselskaber – f.eks. Lægernes Pensionskasse – har garanteret, at det pensionstilsagn, der er afgivet til det enkelte medlem, rent faktisk kommer til udbetaling.

Endelig aftale efter akut-kaos i Hospitalsenhed Vest

Akutfdelingen FAME ved Hospitalsenheden Vest har omsider indgået en aftale med YL om fællesvagt, der berører 70 læger. Men basislægerne måtte ikke komme med

Hospitalsenheden Vest har indgået aftale med Yngre Læger vedrørende akutfdelingen FAME. Den betyder blandt andet, at lægerne på medicinsk, kirurgisk og ortopedisk kirurgisk er omfattet af fællesvagt og dermed kan arbejde med i FAME. Derimod er de 22 basislæger ikke omfattet af fællesvagt:

»Det er de ikke af den simple grund, at de ikke skal arbejde på de respektive afdelinger, men kun på FAME, siger cheflæge Per Østergaard Jensen, Hospitalsenheden Vest.

»De har kun seks måneder på FAME, og derfra skal trækkes fridage, kurser, ferie, sygdom mv. Hvis de i tilstrækkelig grad skal lære at modtage, diagnosticere og behandle akutte patienter, er der ikke tid til, at de også skal gå stuegang, være på ambulatorium og deltage i operationer. Til gengæld er jeg ikke i tvivl om, at de på det halve år får nogle meget brede kompetencer og kommer til at se rigtig mange akutte patienter inden for en række kategorier«,

siger cheflægen, der også mener, at der nu er klarhed omkring ansvarsfordelingen:

»Det har givet nogen forvirring, at formuleringer om basislægerne ret til supervision kunne tolkes sådan, at de kun måtte arbejde under supervision. Der var dermed ikke klarhed om, hvad basislægerne måtte og ikke måtte. Det er der nu: Naturligvis må basislægerne arbejde selvstændigt og under ansvar inden for de instrukser, der foreligger. Hvor der så er behov for supervision, og mellemvagter og bagvagter fra de respektive afdelinger arbejder med, har disse læger ansvar for det, de udfører. Man kan firkantet sige, at »du har ansvar for det, du foretager dig«.

YNGRE LÆGER: DET HANDLER JO OM KVALITET
Næstformand i Yngre Læger, Nikolai Hoffmann-Petersen, har siddet med under forhandlingerne med ledelsen i Vest, og han er glad for, at det nu er endt med en aftale:

»Vi ville gerne også have haft basislæ-

Fhv. K-ordfører ny patientformand

KØBENHAVN

Paraplyorganisationen Danske Patienter har udpeget sin nye formand. Det bliver den tidligere konservative ordfører, nu løsgænger i Folketinget, Pia Christmas-Møller.

Danske Patienter repræsenterer via sine medlemsforeninger flere end 750.000 patienter. Til foreningens hjemmeside siger den nye formand:

»Noget af det første jeg vil tage fat i, er naturligvis Forebyggelseskommissionens rapport (der kom i tirsdags, red.). Derudover vil jeg gå offensivt til værks for, at hensynet til den enkelte patient står stærkt i de kommende års sundhedspolitik«.



NYT FRA FORENINGERNE

yngre læger

Sygt barn – fri med løn i to dage

Fra 1. april har ansatte i regionerne kunnet få fri med løn i to dage til at passe et sygt barn. Bestemelsen om fri med løn på barnets første sygedag er nemlig udvidet til også at omfatte barnets anden sygedag. Reglerne er i forvejen indført for ansatte i staten.

Mere om reglerne på www.laeger.dk → Løn og overenskomster → Yngre Læger → Find et svar om OK → Barns første og anden sygedag.



Foto: Henrik Brøns, Region Midtjylland

gerne med i fællesvagten, men det ønskede man altså ikke. Nu har vi forhandlet en ramme på plads, og der kan så være noget inden for denne ramme, der skal pudses til. Vi vil følge op på sagen til efteråret, og det er klart, at hvis der i de konkrete patientforløb viser sig at være ansvars/referencemæssige uklarheder, må vi have ledelsen til at komme med yderligere afklaringer heraf», siger Nikolai Hoffmann-Petersen.

Formand for Yngre Læger, Lisbeth Lintz, kan helt tilslutte sig denne holdning. For hende er det hjerteblod, at spørgsmålet om det lægelige ansvar i konkrete situationer er helt på plads:

»Det er jo ikke éntydigt, når der er flere

forskellige læger fra forskellige afdelinger involveret. Så kan det godt være kompliceret, og derfor er det vigtigt, at der nu skabes klarhed på dette område, ikke mindst af hensyn til de unge basislæger, men så sandelig også af hensyn til patienterne. Jeg er glad for, at der nu er indgået en aftale, og det er vigtigt at understrege, at når det gælder FAME, er vi enige i målet, nemlig større kvalitet i patientbehandlingen. Derfor er det også vigtigt at komme rigtigt i gang«.

»VI ER HER FOR AT LÆRE NOGET«

Berit Sørensen, basislægerne tillidsrepræsentant i Holstebro, håber på mindre turbulens fremover:

»Det har fyldt meget de første tre måneder, og det skulle nødt til at fylde de sidste tre måneder også. Jeg synes, det er vigtigt, at vi har fokus på det uddannelsesmæssige og ikke på det produktionsmæssige. Det er, som om læring har været noget sekundært i forhold til bestræbelserne på at få enderne i den nye afdeling til at hænge sammen. Men vi basislæger er her jo ikke for at få en ny afdeling til at fungere, vi er her for at lære noget.«

Tillidsrepræsentant for basislægerne i Herning, Anders Kjærgaard:

»De første måneder har nok været noget turbulente, men nu håber vi på, at det ændrer sig. Der er blevet ansat en uddannelsesansvarlig overlæge, der har ført samtaler med hver enkelt basislæge, hvor vi kan komme med ris og ros, hvilket er udmærket. Dertil kommer, at mulighederne for at opleve andet end arbejdet i FAME, er blevet bedre. Jeg er tilknyttet medicinsk afdeling, og her er der indført en ordning, så der hver dag er én af os basislæger, der har en såkaldt uddannelsesdag, dvs. fri til at følge andet end arbejdet i FAME. Det giver os mulighed for at være med på »en kigger« på stuegang, ambulatorium og operationsstue«, siger Anders Kjærgaard.

Kurt Balle Jensen, kurt@ps-presse.dk

Stadig mange ledige pladser til praktiserende læger

I alt findes der p.t. 179 ubesatte ydernumre til praktiserende læger rundt omkring i landet – dvs. de numre, lægerne skal have for at få ret til at levere sundhedsydelser.

Det betyder dog ikke, at der »mangler« 179 læger. De fleste numre er tildelt en praksis – nemlig 118. Det vil sige, at numrene typisk står og venter på, at f.eks. en amanuensis går i kompagniskab på et vist tidspunkt og dermed tager det tildelte nummer i brug.

Så er der 61 tilbage. Flere af ydernum-

rene er dog først for ganske nylig kommet i spil, så det har i realiteten ikke været muligt endnu at finde ud af, om de vil blive hurtigt besat eller ej.

Til gengæld er der flere steder i landet til at afbøde lægemangelen etableret midlertidige nødløsninger, som ikke kan opretholdes på længere sigt, og som dermed i realiteten dækker over, at der er mangler læger.

Region Nordjylland: 34 ubesatte pladser – heraf 19 tildelt.

Region Midtjylland: 29 ubesatte pladser – heraf 21 tildelt.

Region Syddanmark: 44 ubesatte pladser – heraf 31 tildelt.

Region Sjælland: 42 ubesatte pladser – heraf 21 tildelt.

Region Hovedstaden: 30 ubesatte pladser – heraf 26 tildelt.

Kilde: Regionerne

Regioner: Kommission glemte kronikere

KØBENHAVN

Regeringens forebyggelseskommission burde have haft mere fokus på forebyggelse blandt kroniske patienter og personer med en lettere psykisk lidelse. Det mener Danske Regioner.

»Vi havde gerne set et større fokus på forebyggelse i forhold til alle de patienter, der allerede har en kronisk sygdom. Her tænker jeg blandt andet på sygdomme som diabetes, rygerlunger, muskel-skelet-lidelser og hjerte-kar-sygdomme«, siger Ulla Astman, formand for Danske Regioners Sundhedsudvalg.

Hun kritiserer også forebyggelseskommissionen for at overse, at forebyggelse også er mulig inden for psykiatrien.

»Vi kunne godt have tænkt os mere fokus på den lettere del af de psykiatriske patienter. Man kan komme meget langt i den forebyggende indsats i forhold til stressramte og personer med lettere depressioner. Og det er sygdomme, som rammer bredt og som samtidig koster samfundet rigtig mange økonomiske ressourcer«, siger Ulla Astman.



UGENS BILLEDE



FLERE OVERVÆGTIGE: Der vil blive langt flere svært overvægtige danskere, hvis vi fortsætter med at leve, som vi har gjort siden 1987. Det skriver Statens Institut for Folkesundhed (SIF). I forbindelse med Forebyggelseskommissionens rapport har SIF udarbejdet en rapport, »Risikofaktorudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020«. SIF's undersøgelser viser bl.a., at andelen af svært overvægtige mænd i 1987 var 6,2 pct., og at andelen i 2005 var steget til 11,5 pct. På den baggrund kan man forvente, at andelen af svært overvægtige mænd i 2020 vil være 15,7 pct. For kvinder er tallene marginalt bedre. Det voksende antal svært overvægtige betyder blandt andet, at der mange steder i sundhedssektoren skal anskaffes særligt udstyr – f.eks. operationslejer, kørestole og kraner, der kan bære en vægt på over 200 kilo. Foto: Jens Dige

Socialdemokrater og radikale vil også forebygge

Skolelæger og sundhedsplejersker skal kunne bruge timer på samtaler med elever og deres forældre, hvis eleven synes at være på vej ud i misbrug, er overvægtig eller ryger. Og de skal kunne henvises til rygestopkurser eller en diætist. Det foreslår Socialdemokraterne, der ligesom Venstre og SF nu lancerer et udspil om forebyggelse.

Socialdemokraterne vil have forbud mod reklamer i forbindelse med børne- og familieunderholdningsprogrammer, ligesom al markedsføring af usunde fødevarer rettet mod børn og unge skal forbydes. Større afgifter på usunde fødevarer og tobak er ikke på tapetet, men slik skal væk fra børnehøjde, butikkerne skal ikke give mængderabatter og producenterne skal holde sig fra kæmpecolaer og

megaslikposer. Cigaretter skal gemmes væk under disken.

Voksne skal tilbydes et årligt gratis sundhedstjek hos den praktiserende læge. Partiet henviser til England, som netop har indført et tilsvarende tilbud rettet mod 40-74-årige. Her regner man med at kunne redde 2.000 liv årligt. Men først skal der gennemføres et forsøg, hvor tilbuddet gives til alle over 40 år på Amager.

Også De Radikale vil forebygge og de vil bruge masser af penge på det. De vil med egne ord revolutionere forebyggelsesindsatsen. Bøtten skal vendes og sundhed indtænkes i alt. Økonomisk skal det give sig udslag i, at en tredjedel af alle nye penge, der bliver brugt i sundhedsvæsenet for fremtiden skal gå til

forebyggelse. De Radikale vil oprette en forebyggelsesstyrelse. Usunde fødevarer skal være markant dyrere. Rygning skal være forbudt på offentlige steder, og uddannelsesinstitutioner og unge skal ikke kunne købe alkohol. Praktiserende læger skal kunne henvise til en gratis diætist. Sådan lyder nogle af forslagene, som viser, at De Radikale ikke er bange for forbud og afgifter. Men partiet erklærer også, at det ikke vil »blande sig i, hvordan den enkelte dansker lever.« Men danskernes sundhed er et politisk ansvar, erklærer partiet, der har som mål, at vi kommer på højde med de øvrige nordiske lande.

Anne Steenberger, as@dadl.dk

Græsroden

der fik magt



»Det er vigtigt, at vi som læger selv tager ansvaret for vores arbejdsvilkår. Hvis vi ikke får opbygget en solidaritet og en fællesskabsfølelse, tror jeg ikke, vi når langt«, siger Cæcilie Buhmann

For to og et halvt år siden satte den nyuddannede læge Cæcilie Buhmann brand i debatten om arbejdsmiljøet. Nu har hun muligheden for selv at gøre noget ved det.



Giv os troen tilbage« – hed et græsrodsinitiativ, som for et par år siden opstod blandt de yngste læger, men som hurtigt blev til en hel lille folkebevægelse for et bedre lægearbejdsmiljø. Bevægelsen, der nærmest af sig selv voksede ud af en kronik i Ugeskriftet, samlede via en hjemmeside op mod 130 konkrete ideer til at bedre lægernes arbejdsforhold og sluttede med, at der blev afleveret 1.600 underskrifter på en appel til sundhedsminister Jakob Axel Nielsen og regionernes Bent Hansen om »langsigtede politiske løsninger for bedre arbejdsforhold på sygehusene«.

Cæcilie Buhmann, turnuslægen bag initiativet, er i mellemtiden blevet klinisk assistent på Gentofte Hospital, hvor hun arbejder i Psykiatrisk Traume-klinik for Flygtninge og desuden skriver på sin ph.d. Derudover er den tidligere græsrod blevet bestyrelsesmedlem i Yngre Læger, som har sat hende i spidsen for arbejdsmiljøindsatsen.

»Jeg syntes, det var et vigtigt signal, at man som alleryngste læge kunne starte fra bunden med at gøre opmærksom på nogle problemer – og ende med at få landets ypperste politikere i tale«, siger Cæcilie Buhmann i dag.

Lige så vigtigt var det, synes hun, at kampagnens sigte var konstruktiv – den mandede bl.a. ud i, at de indsendte forslag blev gennemarbejdet til et idékatalog for lægers arbejdsmiljø:

»Det er vigtigt, at vi – læger – selv tager ansvaret for vores arbejdsvilkår. Hvis vi ikke får opbygget en solidaritet og en fællesskabsfølelse, tror jeg ikke, vi når langt«.

LOKAL FORANKRING VIGTIG

Men hvor langt er man så nået? Lige nu ser Cæcilie Buhmann de største problemer dels i omstruktureringerne rundt om i landet, herunder FAME (fælles akutmodtagelser, red.), dels i yderområders lægemangel:

»I øjeblikket bliver der flyttet så meget rundt, både mellem hospitalerne og internt, at der går totalt ged i alt, lige fra tillidsmandsstrukturer til videreuddannelse, arbejdsmiljø og overenskomster. Og i yderområderne øger det jo arbejdsbelastningen, når der er færre til at tage fra«, siger hun.

Cæcilie Buhmann har med egne ord »været så heldig at få en introduktionsstilling på en afdeling, hvor

der er utrolig stærkt fokus på uddannelse, og hvor man har et ry for godt arbejdsmiljø«.

Hvad hendes egen situation angår, kunne historien altså ende lykkeligt her. Alligevel er hun sammen med stedets andre yngre læger fortsat med at arbejde for at bedre arbejdsmiljøet: Ikke radikalt, men i det små. Det kan f.eks. handle om at sørge for, at de yngre læger mødes over frokosten. Det kan handle om at lave et katalog over de uddannelsesmuligheder, der findes på afdelingen. Og det kan handle om at indføre morgensupervision, så den vagthavende får 15 minutters supervision af overlægen eller en afdelingslæge før morgenkonferencen. Eller etablere en studiegruppe for uddannelsessøgende læger.



Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

FOTO:

Klaus Larsen



LÆS MERE PÅ

ugeskriftet.dk>
seneste nummer>
artiklens navn

Læs mere om lægers
arbejdsmiljø på
side 1472.

Med sin kronik »En turnuskandidats bekendelser« satte turnuslægen Cæcilie Buhmann gang i en strøm af indlæg fra læger – fra yngste kandidat til klinikchefer – der for de flestes vedkommende var enige og roste den unge læge for at påpege de mange problemer i sundhedsvæsenets arbejdsmiljø. Senere blev det til hjemmesiden »Giv os troen tilbage«, hvor man dels samlede underskrifter ind, som skulle forelægges sundhedsminister Jakob Axel Nielsen og sygehusejernes formand Bent Hansen, dels modtog forslag til, hvad der kunne gøres. De mere end 130 forslag blev redigeret sammen med Yngre Læger og Lægeforeningen og udsendt som et idékatalog.



Afdelinger i konkurrence om arbejdsmiljø

På Bispebjerg Hospital skal afdelingerne til efteråret konkurrere om det lokale mesterskab i »arbejdsmiljø«. Reservelæge og tillidsmand Søren Bache Larsen (i midten på billedet) står bag arbejdsmiljøprojektet.

Hvad er godt og dårligt arbejdsmiljø for læger egentlig? Søren Bache Larsen, reservelægerådsformand på Bispebjerg, har ikke helt let ved at sætte en definerende finger på det:

»Det er jo mange ting: Hvor mange vagter man har på en uge, hvor belastet hver vagt er, og om du har tid til at spise og få lidt søvn. Har du fået en ordentlig introduktion til afdelingen, og ved du, hvem de forskellige kolleger er? Får man ros og opmuntring for at gøre det rigtige, eller er læringen baseret på irettesættelser?«

»Det er nok så meget den slags knap så håndgribelige ting, det handler om i arbejdsmiljøet i dag. De fysiske rammer er det relativt nemt at gøre noget ved: Gøre rent i vagtværelset og sætte en ordentlig seng derind, sikre adgang til mad på nattevagter, organisere vagterne bedre osv. Det er vanskeligere at sikre, at dem, man ser op til, husker at rose et godt stykke arbejde«.

Overordnet set mener Søren Bache Larsen, at der er sket pæne fremskridt for arbejdsmiljøet i de sidste fem-ti år. »I hvert fald her på Bispebjerg«, tilføjer han, for efter tre år som læge ved han godt, at erfaringen er begrænset, og at det halter alvorligt mange steder.

Hvor han selv har noteret sig fremskridt er på videreuddannelsesområdet:

»Ikke alene er overlægerne blevet flinkere til at give supervision til de unge kolleger; de yngre læger har også lært sig, at de selv må gøre en indsats«.

»Det største problem er mange steder manglen på speciallæger – især på medicinske afdelinger, hvor man ikke altid har en ældre kollega at konferere ordentligt med«.

PROJEKT FOR ALLE LÆGER

Efterårets arbejdsmiljøprojekt på Bispebjerg er ud tænkt af en arbejdsgruppe i Yngre Læger i Hovedstadsregionen, hvor både Søren Bache Larsen og Cæ-

Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

FOTO:
Tariq Khan

cilie Buhmann fra Yngre Lægers bestyrelse deltog. Det skulle være et projekt, der kunne gennemføres så hurtigt, at afdelingernes yngre læger ville nå at opleve både start og afslutning, inden de rejste videre. Derfor skulle projekterne være små og konkrete og til at måle. Der skulle også findes et hospital, hvor ideen kunne gennemføres. Det blev Bispebjerg, som havde

gjort sig positivt bemærket på arbejdsmiljøområdet, og hvor direktionen »er til at tale med«.

Konkurrencemomentet består i, at hver afdeling først identificerer et problem ved sit arbejdsmiljø. Det får de to-tre uger til plus en halv temadag. Derefter er der tre måneder til at løse problemet. Den afdeling, som har klaret opgaven bedst, vinder.

»De yngre læger må selv slå i bordet og sige fra«

To-tre år efter græsrodskampagnen »Giv os troen tilbage« er produktion mange steder stadig vigtigere end uddannelse, finder Line Gisselmann – en af græsrodderne fra dengang.

Line Gisselmann var med til at søsætte græsrodsinitiativet »Giv os troen tilbage« om bedre arbejdsmiljø, især for de yngste læger. Ugeskriftet fangede hende lige før en forvagt på Pædiatrisk Afdeling i Holbæk.

Hvordan ser det ud med lægernes arbejdsmiljø, her to år efter »Giv os troen tilbage«?

»Jeg tror ikke, det ændrede meget. Jeg er selv i hoveduddannelse til almen medicin, så jeg farter rundt til alle mulige afdelinger og ser en masse. Og jeg synes ikke, de yngste læger er mindre hårdt belastede end før. Men måske er de, der er i hoveduddannelse, blevet lidt mere bevidste om, hvad de har krav på. Mange af de ting, folk brokkede sig over, findes jo faktisk i overenskomsten – man har bare ikke har været opmærksom på dem«.

Er der gjort noget ved alt det, I kaldte til kamp imod?

»Det kommer helt an på, hvor man er, og om der på lige det tidspunkt er kolleger, der har taget kampen op. Det handler meget om enkeltmandspræstationer. Om du har en aktiv tillidsrepræsentant eller nogen, der kan slå i bordet og sige: »Det her kan ikke være rigtigt!« Specielt de yngste føler sig nemt intimideret. Man kommer jo som helt ny i spillet. Kender ikke lige kender reglerne, men får bare at vide, at »Her piver man ikke« og bla bla«.

Er Yngre Læger god nok til at bakke op, så man ikke behøver at føle sig intimideret?

»Problemet er, at det er så svært at nå helt ud til folk.

Derfor skal vi gøre overenskomsten mere spiselig – lidt mere håndbogsagtig og nem at slå op i«.

Cæcilie Buhmann er nu YL-politiker og i spidsen for arbejdsmiljøindsatsen. Hvad vil du foreslå hende at tage fat på som det vigtigste?

»Det handler om det samme som dengang: De yngre læger må selv slå i bordet og sige fra, når de synes, noget ikke er rigtigt. I hvert fald tale med deres tillidsrepræsentant eller leder. Hvis bare vi når dertil, at folk kan sige fra, er vi kommet langt. De yngste læger er som regel kun et sted et halvt år ad gangen. Jeg tror, det er derfor, det hele tiden kører lidt i sæk«.

Hvad er det alvorligste arbejdsmiljøproblem, du selv oplever?

»Belastningen på vagten og antallet af vagter. Men det varierer stærkt fra afdeling til afdeling. Det, som truer yngre læger mest, er, at produktion bliver sat over uddannelse. Det synes jeg, er den største fare. Det henhører måske mere under uddannelse – men det er jo også, hvad vi er der for«.

Når man taler med læger om arbejdsmiljø, drejer samtalen altid ind på uddannelse og supervision?

»Det hele hænger sammen. Selvfølgelig skal der være en produktion. Men tit ender det med, at du ikke har andet end vagtarbejde, hvor det ofte er svært at blive superviseret osv. – præcis det samme problem, som vi for to-tre år siden kunne konstatere, var massivt«.

Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

Svenske læger dør af stress

Tillidsmanden ved Universitetshospitalet i Uppsala mener, at flere tilfælde af dødsfald og alvorlig sygdom blandt lægerne skyldes arbejdsmiljøet.

Journalist
Johan Erichs,
johan.erichs@tele2.se

FOTO:
Klaus Larsen

OVERSÆTTELSE:
Rikke Marianne Jensen

! LÆS MERE PÅ

ugeskriftet.dk>
seneste nummer>
artiklens navn

Lægernes tillidsmand ved Uppsalas Universitetshospital slår nu alarm på grund af det stressende og måske livstruende arbejdsmiljø på sygehuset.

»Siden 2006 er fire læger på ortopædkirurgisk afdeling blevet ramt af hjerte-kar-sygdomme. To er døde. Selvom det ikke kan påvises direkte, at det skyldes arbejdsbyrden, er ortopædkirur ne stærkt bekymrede over det barske arbejdsmiljø på Universitetshospitalet«, siger docent Anna Rask Andersen, tillidsmand og overlæge med speciale i arbejds- og miljømedicin.

I en sag, hvor en læge sideløbende blev tvunget til at påtage sig to job, har Anna Rask Andersen som specialist i arbejdsmedicin en klar opfattelse af årsagen til dødsfaldet:

»Den øgede arbejdsbyrde var medvirkende til at fremskynde hjerteinfarkten. Efter knap et år døde lægen af en ny hjerteinfarkt«, mener hun.

ØGET RISIKO FOR LÆGEFEJL

»Det er hændt, at en læge måtte foretage 40-50 telefonopkald for at finde en sengeplads til en akut patient. Oveni skal han tage sig af sine lægelige arbejdsopgaver. Sådan en situation er helt klart uholdbar i længden«, siger Anna Rask Andersen.

Lægerne og deres tillidsmand har i flere år påtalt det dårlige arbejdsmiljø, som ifølge Anna Rask Andersen er blevet ringere år efter år, og nu er »værre end nogensinde«.



»Arbejdsgiverne vil også have erfarne læger, men når man kommer op i årene, har man ikke de samme kræfter som i 20-års-alderen«, siger arbejdsmedicinere og tillidsmand på Uppsalas Universitetshospital.

Akutbetjeningen og ortopædkirurgiske afdelinger er blandt dem, der er værst ramt af den øgede arbejdsbyrde.

»Men andre afdelinger bliver også påvirket, fordi de er nødt til at behandle patienter, som normalt ikke hører hjemme på de pågældende afdelinger. De må så aflyse planlagte patienter med det resultat, at indlæggelsestiden bliver længere, og at behandlingen bliver både dårligere og dyrere«.

De værste konsekvenser af de stressede arbejdsforhold er dødsfald og alvorlig sygdom. Men stress kan også komme til udtryk på andre måder. Udbrændte og desillusionerede læger begår flere fejl, siger Anna Rask Andersen, som mener, at der stilles for store krav til lægerne.

»Man kan ikke forlange, at alle læger skal præstere på fysisk eliteniveau. Arbejdsgiverne vil også have erfarne læger, men når man kommer op i årene, har man ikke de samme kræfter som i 20-års-alderen«.

Anna Rask Andersen mener, at en »behandlingskoordinator« i første omgang kunne skære toppen af arbejdsbyrden. En sådan koordinator kunne afgøre, hvordan antallet af sengepladser skal fordeles og koordinere det praktiske arbejde. På længere sigt er det dog nødvendigt med flere sengepladser.

TOPPRIORITET TIL ARBEJDSMILJØ

I store dele af det svenske sundhedsvæsen har finanskrisen og den efterfølgende lavkonjunktur ført til fyringsvarsler og store nedskæringer.

»Alle de fyringsvarsler giver en masse uro. Der er en klar risiko for, at patientsikkerheden og kvaliteten af behandlingen bliver forringet. Og hvem vil i fremtiden have lyst til at arbejde inden for et område, der har så store problemer med arbejdsmiljøet«, siger Anna Rask Andersen.

Også Eva Nilsson Bågenholm, talsmand for den svenske lægeforening, er bekymret over de dårlige arbejdsmiljø:

»Før i tiden diskuterede vi ofte løn og arbejdstider. Men i dag ligger arbejdsmiljøet helt øverst på dagsordenen. Vi taler om at skabe forudsætninger for et fornuftigt arbejdsliv, så lægerne har kræfter til at arbejde, til de skal pensioneres«, siger Eva Nilsson Bågenholm og advarer om, at tidspres i sidste ende kan true patientsikkerheden.

I overenskomstens tegn

Debatten da PLO holdt repræsentantskabsmøde handlede stort set kun om smertegrænsen for konflikt.

Ikke uventet diskutererede PLO's repræsentantskabsmøde først og fremmest den overenskomst, som organisationen i øjeblikket er ved at forhandle med Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

I formandsberetningen redegjorde Michael Dupont for modpartens krav: Et opgør med det paritetiske princip – altså at begge parter har lige meget at skulle have sagt. F.eks. lægger regionerne op til, at de vil have fuld beslutningskompetence, når det drejer sig om praksisplaner.

Regionerne ønsker sig også en stram økonomisk ramme – nærmere betegnet 2,7 pct. – mens PLO henviser til den øgning, de øvrige personalegrupper i sundhedsvæsenet har fået – omkring det dobbelte.

Desuden er kilometergrænsen i spil, hvor det forlyder, at selveste regeringen har tænkt sig at søge 15 kilometers-grænsen fjernet via lovgivning.

Og endelig vil regionerne have normtallet fjernet, indføre regler om ansættelser af læger i almen praksis på ubestemt tid – p.t. kan man kun lave aftaler for i alt fem år.

Og de vil også have landets praktiserende læger tilsluttet datafangst og ICPC-kodning, som også vil være en forudsætning for at indføre en kronikerydelse i stil med den forløbsydelse for diabetes, som blev indført ved sidste overenskomst.

MEDINDFLYDELSE, TAK

Debatten afspejlede, at repræsentantskabet især er optaget af det paritetiske system – et lidt teknisk og praksisfjernt emne, som imidlertid afspejler en vigtig pointe for PLO: At det er nødvendigt at sidde med ved bordet, der hvor beslutningerne tages. Ikke bare fordi det giver indflydelse, men også fordi det sikrer ansvarlighed og ejerskabsfølelser over for beslutningerne.

Rigtigt mange opfordrede til, at paritetsspørgsmålet blev et kardinalpunkt.

Søren Jensen fra Region Syddanmark sagde f.eks., at han »betragter det som en katastrofe, hvis vi fratages indflydelse på praksisudviklingen«.

Også Birgitte Alling Møller fra Region Hovedstaden var blandt de repræsentanter, der så paritetsspørgsmålet som et potentielt konfliktpunkt. Det samme gjaldt normtallet.

»En øgning skal kun gælde for enkelte læger, som helt frivilligt går ind i det«, sagde hun bl.a.

Flere beskæftigede sig med, hvordan lægerne forbereder sig på en situation, hvor regeringen rent faktisk går ind og ophæver kilometergrænsen. Hvad så? Eddie Nielsen fra Region Nordjylland havde et bud:

»Vi kan foreslå, at hvis der bliver helt frit lægevalg, skal vi på vores hjemmesider angive en praksisdeklaration, hvor vi skal anføre, hvilken service vi yder. Der kan f.eks. stå sygebesøg inden for 20 km. Og så må patienten vælge læge efter det. Det kunne være en løsning«, sagde han.

Michael Dupont sagde, at han fra forhandlingerne havde det indtryk, at modparten regner med, at lægerne »i et lokalt område skal garantere besøg til dem, der måtte kræve det«.

»Det kan vi ikke acceptere. Hvis de ophæver kilometergrænsen, så har de også trukket tæppet væk under normtallet. Det er muligt, at patienten i Næstved skal køre til Køge. Så det spil ligger der også i det«, sagde han.

BEHERSKET DEBAT

Med hensyn til en kronikerydelse og den bagvedliggende datafangst – som det også kendes fra forløbsydelsen for diabetes – var forsamlingens ønske helt entydigt: gør det simpelt!

Der var temmelig behersket debat om honorarstrukturen og intet umiddelbart ønske om store ændringer. Tidsubegrænsede ansættelser i almen praksis var heller ikke genstand for de helt store debatter.

PLO ser dog også ansatte læger som en mulighed for at tiltrække yngre almenmedicinere på et tidspunkt, hvor de ikke har taget endelig beslutning endnu, om de vil etablere sig eller ej. Emnet er ifølge Michael Dupont stadig til forhandling.

Forhandlerne tog repræsentantskabets input med sig, men med hensyn til resultatet var det endnu alt for tidligt at sige noget.

»Vi ved ikke, om vi når i mål, og hvad målet bliver«, som Michael Dupont sagde.

P.t. er sidste forhandlingsmøde aftalt til 20. maj, og derefter vil et ekstraordinært repræsentantskabsmøde skulle tage stilling til resultatet.



Journalist
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk

»Andre steder havde de fået førtidspension for længe siden«

Socialrådgiver Susanne Qvistgaard bistår Lægeforeningens medlemmer, når de geråder i fysisk eller psykisk uføre. Hun ville ønske, at de ville henvende sig tidligere – både til hende og det kollegiale netværk, hvor læger rådgiver læger.



Journalist
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk

FOTOS:
Ugeskrift for Læger

Hvad er det for nogle ting, lægerne henvender sig med?

»Ca. 50 pct. af de henvendelser, jeg får, drejer sig i hovedsagen om sygedagpenge. Sygemeldingerne sker både af fysiske og af psykiske årsager. Ca. 25 pct. handler om fleksjob, og så er der 8-10 pct., som har spørgsmål om hhv. efterløn og forsikringer, og endelig er der omkring 5 pct. af henvendelserne, som handler om barsel. Der er naturligvis også henvendelser om andre ting som f.eks. plejeorlov, misbrug, familieproblemer, legater, hjælp til behandling osv.«

Sygdom fylder meget. Hvad har læger egentlig brug for at vide, når de selv bliver syge?

»Det handler meget om deres rettigheder i forhold til kommunerne. Mange sager bliver ikke afklaret rettidigt eller korrekt behandlet i kommunerne. Der går jeg ind og bistår.

Det kan også f.eks. være afslag på forlængelse af sygedagpenge eller fleksjob. Afslaget kan være be-

grundet med, at det er kommunens vurdering, at lægen kan forsørge sig selv som læge eller noget andet på ordinære vilkår. De klagesager går jeg så ind i. Når læger når dertil, at de søger fleksjob, har de virkelig brug for hjælp. Andre steder på arbejdsmarkedet havde de fået førtidspension for længe siden«.

Det lyder som om, at læger er ret dårlige til at give sig selv lov til at være syge?

»Læger har en meget høj grad af identifikation med deres arbejde. Når de så oplever, at de ikke kan arbejde mere, er det forbundet med en meget stor sorg og tab af identitet. De har brugt mange år på deres uddannelse og giver ofte udtryk for, at de ønsker at fortsætte med lægeligt arbejde. Også selvom de måske har meget store begrænsninger i deres arbejdsevne. De søger hjælp meget sent. Især mændene. Hvis der kom noget forebyggelse ind, kunne de måske få en delvis sygemelding i stedet for at gå helt omkuld. Mange er vældigt krisepregede«.

Hvad bør de gøre?

»Mange kunne med fordel kontakte Det Kollegiale Netværk for Læger, hvor en række lægekollegaer står til rådighed. Man kan finde dem på læger.dk under »arbejdsliv« og »kollegialt netværk«. Man skal være logget på for at kunne se kontaktoplysningerne. I princippet står de til rådighed døgnet rundt.

Der er også en telefon, Netværkslinjen tlf. 35 38 89 51, man kan ringe til for at blive henvist til en rådgiver – men det er nemt at finde en selv. De kan selvfølgelig også henvende sig til mig. Mit telefonnummer er 35 44 82 13«.

I Lægernes Pensionsnyt stod der for nylig, at når læger bliver uarbejdsdygtige på grund af sygdom, skyldes det langt oftere – især for kvindernes vedkommende – psykiske lidelser end i befolkningen som helhed. Mærker du også til det?

»Ja. Stress og depression er en del af det, der fylder. Hvis man føler sig mærkbart belastet, ville det være en rigtig god ide at anvende det kollegiale netværk. Jeg

! FAKTA

Når du sygemelder dig:

- Ansatte læger modtager løn, og arbejdsgiveren får refusion fra kommunen. Ved afskedigelse modtager den sygemeldte selv sygedagpenge fra kommunen.
- Selvstændige læger skal selv søge sygedagpenge i bopælskommunen.
- Sygedagpenge kan modtages samtidig med udbetaling af sygehjælp fra PLO eller FAS.
- I alt kan der udbetales sygedagpenge/refusion i 52 uger inden for 18 måneder. Forlængelse kan ske i særlige tilfælde.

Hvis du er langvarigt syg:

- Der kan søges invalidepension fra Lægernes Pensionskasse. Arbejdsevnen inden for lægefagligt arbejde skal være nedsat til en tredjedel eller mindre.
- Kommunen vurderer løbende din situation og tager stilling til, om du:

1. Bliver rask og kan vende tilbage til arbejdsmarkedet på ordinære vilkår.
2. Har fået begrænsninger i arbejdsevnen, der kan kompenseres ved revalidering.
3. Har fået varige begrænsninger i arbejdsevnen. Hvis kommunen vurderer, at din arbejdsevne i ethvert erhverv er nedsat med mindst halvdelen, og situationen ikke kan forbedres, kan der bevilges fleksjob.
4. Ikke er i stand til at forsørge dig selv ved at arbejde. Hvis din arbejdsevne vurderes nedsat til det ubetydelige, og situationen ikke kan forbedres, kan der bevilges førtidspension.



De fleste henvendelser til socialrådgiver
Susanne Qvistgaard handler om sygedagpenge.

tror, at mange langvarige sygemeldinger kunne undgås, hvis de fik sparring inden da«.

Er der lige mange PLO'er, FAS'er og Yngre Læger, der henvender sig?

»Det er fordelt med ca. en tredjedel til hver. Men da der er flest medlemmer i Yngre Læger, er de altså underrepræsenterede«.

Hvis det nu ikke kan undgås, hvad sker der så, når man bliver syg?

»Man kan få sygedagpenge i op til 52 uger inden for 18 måneder. Hvis man er ansat, får ens arbejdsgiver sygedagpengene som refusion. Efter de 52 uger findes der særlige muligheder for at få forlængelse. Kommunen vurderer ens arbejdsevne undervejs, og ved langvarig sygemelding vil der oftest ske en eller flere arbejdsprøvninger. De foretages for at afklare, om den sygemeldte kan vende tilbage på ordinære vilkår, skal revalideres eller måske er berettiget til fleksjob eller førtidspension.

Man kan være berettiget til fleksjob, hvis ens arbejdsevne er nedsat med mindst halvdelen. Hvis den er så nedsat, at man ikke kan blive selvforsørgende igen – ved at arbejde som læge eller som noget andet – kan man få offentlig førtidspension. Det er også kommunen, der foretager den vurdering«.

Hvordan er man så stillet rent økonomisk?

»Lægernes redning er dels sygehjælp fra FAS's fond og Administrationsfonden hos PLO, dels deres pensionskasse. De er langt bedre stillet end mange andre. Man kan få pension fra pensionskassen, hvis ens arbejdsevne er nedsat til en tredjedel eller endnu mindre. Det er vel at mærke arbejdsevnen som læge, der er tale om her og ikke – som hos kommunen – arbejdsevnen i det hele taget. Hvor meget, man kan få udbetalt, og hvor længe afhænger af, hvor lægen er i sin løbebane, hvor længe vedkommende har været medlem osv. Man kan godt få pension fra pensionskassen samtidig med, at man får offentlig sygedagpenge«.

Verdens ældste lægetidsskrift tager tilløb til genfødsel

Mens danske læger får stadig mindre tid til at læse, forbereder redaktøren af Bibliotek for Læger, Christian Graugaard sig på en fremtid på nettet.



Journalist
Thomas Bjerg,
tb@redaktionen.dk

ILLUSTRATION:
Ugeskrift for Læger

»Vi står i et vadested. Læger er travle og mediekræse som aldrig før, og vi må forholde os til, at tidsskrifter på papir generelt er på vej ud. Konsekvensen kan blive, at vi fremover må satse mere på det virtuelle, men der er i sagens natur en del sentimentalitet knyttet til et 200 år gammelt tidsskrift. Det er ingen let beslutning.«

Redaktør Christian Graugaard er klar over, at hans og verdens ældste, endnu eksisterende lægefaglige tidsskrift Bibliotek for Læger befinder sig i en overgangsfase.

Det store jubilæumsnummer, som netop er udkommet, markerer tidsskriftets 200-års-fødselsdag, men fremtiden er usikker for Ugeskriftets storesøster, som Graugaard kalder Lægeforeningens kvartalsmagasin.

»Vores største udfordring er at rekruttere yngre læsere. Vores nuværende læsere tilhører overvejende det grå guld – overlæger og pensionerede læger, og de har det med at uddø. Derfor eksperimenterer vi meget med formen for tiden,« siger Christian Graugaard.

Biblioteket har dog været på vej i graven adskillige gange, men er hver gang blevet genoplivet, lige før redaktørerne bankede kistelåget i. Tidsskriftet har vist sig usædvanlig sejlivet.

»I 1811-1812 regnede alle med, at det døde, men det overlevede. For hundrede år siden blev tidsskriftet igen erklæret dødt, men blev reddet i sidste sekund. Og i 1920'erne betalte redaktøren, den karismatiske kirurg Thorkild Røvsing, selv for udgivelsen. Under besættelsen var alle enige om at dreje nøglen om, men så fik Ugeskriftets redaktør Mogens Fog på mirakuløs vis rejst penge.

Vi har overlevet lidt af hvert,« forklarer Christian Graugaard.

200-ÅRIG PÅ NETTET

Midlerne, der gerne skal fordoble Bibliotekets abonnentskare fra de nuværende godt 1.000, hedder ifølge Graugaard: vedkommende stof, god formidling og internettet.

Han forklarer, at Biblioteket i år lancerer en ny og mere funktionel hjemmeside. En nyskabelse kunne være, at redaktørerne begyndte at blogge. Men allerede nu leger Biblioteket med nye former.

Jubilæumsnummeret rummer foruden store artikler om lægefaglig formidling også en mini-enquete om det gode fagtidsskrift, en tidslinje, hilsner fra sundhedsministeren og fra alle nulevende eksredaktører, en mailsamtale med lederen af Medicinsk Museion i Bredgade og en masse billeder.

»Vi gør et stort nummer ud af form, indhold og formidling. Indholdet er i dag så aktuelt og relevant som nogensinde, men vi skal gøre os mere sexede for at fange nutidens læger, siger redaktøren, der selv er læge, forsker ved Københavns Universitetsbibliotek og ph.d. på en seksualhistorisk afhandling.

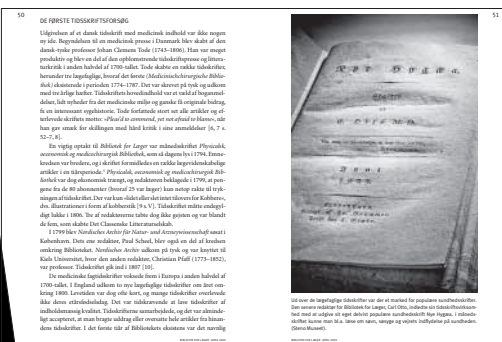
BIBLIOTEKET KRIDTER LÆGEFAGETS BANE AF

Redaktøren mener, at lægers travlhed berettiger et kvartalsskrift, der beskæftiger sig med de mere bløde og humanistiske aspekter af lægegerningen. Bibliotek for Læger har siden 1950'erne defineret sig som et tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi og metode.

»Vi løfter os over dagligt vande og giver læger mulighed for at kigge deres fag kritisk efter i sømmene. Vi tager os tid til at reflektere og sætte i relief. Historie fylder en del i bladet, men vi har også artikler om videnskabsteori, etik og medicinsk metode. Vi lægger kort sagt vægt på medicinens humanistiske aspekter, som er stærkt underprioriteret i lægers hverdag og på studiet,« siger Christian Graugaard, der overtog redaktørposten i 2006.

Han mener, at Biblioteket kan medvirke til at udbygge lægers faglighed.

»Vi kalder os uden ironi for en horisontudvider. Læger bliver mere og mere specialiserede, men vi er en modvægt til dippetutologien. Vi ser kritisk på metoderne og viser, at man som læge befinder sig i et foranderligt fag, som har en historie, en kultur og en kontekst,« siger Christian Graugaard.



MODVÆGT TIL OVERFLADISK JOURNALISTIK

Biblioteket er en nødvendig modvægt til al den overfladiske sundhedsjournalistik, der bedrives af især de elektroniske medier. Og Biblioteket skal perspektivere bløde, men fundamentale emner inden for lægefaget. Den holdning står lægeformidlingens *grand old man*, Povl Riis bag.

83-årige Riis var redaktør for Ugeskrift for Læger i 1967-1991 og for Bibliotek for Læger i 1977-1990. Han har været redaktør for det hedengangne Nordisk Medicin og det nordiske gastroenterologiske tidsskrift, og i dag sidder han i redaktionen for JAMA, Journal of the American Medical Association. Han taler med årtiers erfaring fra international, lægevidenskabelig formidling.

»Et lands sundhedsfaglige tidsskrifter må ikke blive nutidige kioskaskere. De skal huske det lange perspektiv, så de ikke bliver selvovertvurderende. De elektroniske medier elsker i dag historier, der siger, at det går ad helvede til, og at vi bare skal tage til Kina,« siger Povl Riis, der understreger, at han elsker det frie ord.

»Jeg vil bare gerne have løftet sundhedsjournalistikken lidt. Vi har næsten ingen journalister med videnskabelig baggrund, og derfor kan danske journalister ikke kildekritisk vurdere forskning,« siger Povl

Riis, der mener, at i den bedste videnskabelige litteratur påpeger forskerne selv svagheder.

»Det er befriende og etisk rigtigt at indrømme, når man ikke er sikker på tingene. Når man tør sige, hvad der er og ikke er sikkert. Lægevidenskabens historie er også vigtig, fordi den giver os perspektivet bagud, så vi kan se forskningens svagheder. Vi kan ikke undvære historien,« siger Povl Riis, der i et par årtier var formand for den Centrale Videnskabsetiske Komité og fik en afgørende rolle for udviklingen af dobbeltblindede, kontrollerede undersøgelser i Danmark.



UGESKRIFTETS STORESØSTER

- I 1809 lancerer Det Classenske Litteraturselskab Bibliothek for Læger, og det gør tidsskriftet til verdens ældste, nulevende lægetidsskrift - tre år ældre end New England Journal of Medicine.
- I 1839 danner en gruppe læger Ugeskrift for Læger i protest mod Bibliotekets redaktør Carl Otos anekdotemedicinske tilgang.
- I 1909 fusionerer Bibliotek for Læger og Hospitals-Tidende, og Bibliotekets redaktør Thorkild Rovsing betaler i 1920'erne af egen lomme for udgivelsen.
- I 1930'erne får biblioteket finansiell førstehjælp igen, og i 1940 lykkes det redaktøren Mogens Fog at rejse kapital fra blandt andre Lægeforeningen, der udgiver rivalen Ugeskrift for Læger.
- I 1955 overtager Lægeforeningen endegyldigt udgivelsen af Bibliotek for Læger. Redaktørteamet Mogens Fog og Poul Bonnevie lægger den nuværende redaktionelle linje med fokus på sundhedsvidenskabens humanistiske aspekter.



REDIGERET AF

Læge Claudio Csillag
claudio@dadlnet.dk

Tricyklisk antidepressivum effektivt ved Parkinsons sygdom

> NEUROLOGY

Et ældre tricyklisk antidepressivum – nortriptylin – er bedre end et nyere præparat – paroxetin – til behandling af depression hos patienter med Parkinsons sygdom.

Dette konkluderes i den hidtil største randomiserede og placebokontrollerede undersøgelse, hvor man vurderede behandling af depression hos denne patientgruppe. Resultaterne blev publiceret i marts i *Neurology*.

Ifølge førsteforfatteren Mathew Menza fra Robert Wood Johnson Medical School i Piscataway, USA, har op til halvdelen af patienterne med Parkinsons sygdom depression.

I alt blev 52 patienter med Parkinsons sygdom og depression rekrutteret. De var i gennemsnit 63 år gamle og havde haft Parkinsons sygdom i syv år. De blev randomiseret til enten placebo, nortriptylin eller paroxetin.

Efter otte uger havde signifikant flere patienter i nortriptylingruppen oplevet en lindring på mindst 50% i depressive symptomer målt med Hamilton-skalaen, som er et valideret scoringssystem (53% vs. 11% i paroxetingruppen og 24% i placebogruppen).

Nortriptylin var også signifikant bedre end paroxetin på en række sekundære effektmål, herunder angst og søvn.

Grethe Andersen, Neurologisk Afdeling F, Århus Universitetshospital, kommenterer: »Dette velgenemførte studie i en forholdsvis begrænset population viser for første gang, at patienter med Parkinsons sygdom responderer på antidepressiv behandling, og at behandlingen er veltålt og derudover forbedrer en række sekundære parametre bl.a. livskvalitet, søvn og angst.

Undersøgelsen indikerer, at nortriptylin 50 mg dagligt er mere effektivt end paroxetin 30 mg dagligt, og skift af den anbefalede behandlingsstrategi med selektive serotoninoptagelseshæmmere som førstevalg til nortriptylin bør overvejes«.

Interessekonflikter: Grethe Andersen har holdt foredrag ved symposier sponsoreret af Lundbeck og modtaget honorar for dette.

Menza M, Dobkin RD, Marin H et al. A controlled trial of antidepressants in patients with Parkinson disease and depression. *Neurology* 2009;72:886-92.

Oxycodon giver den bedste smertelindring ved herpes zoster

> PAIN

Nu er der et evidensbaseret grundlag for behandling af akutte smerter forårsaget af herpes zoster-infektioner: man bør vælge opioidagonisten oxycodon frem for gabapentin eller placebo.

Dette konkluderes i en artikel publiceret i martsnummeret af *Pain*.

»Selv om akutte smerter hos herpes zoster-patienter kan være svære (...), er der ikke lavet randomiserede undersøgelser, der vurderede behandlinger med perorale lægemidler«, skriver førsteforfatteren Robert Dworkin fra University of Rochester i USA.

I studiet blev 87 patienter rekrutteret. De var i gennemsnit 66 år gamle og havde fået de første udslæt inden for seks dage før randomiseringen. De blev randomiseret til enten placebo, oxycodon (10 mg stigende til 120 mg dagligt i løbet af 28 dage) eller gabapentin (300 mg stigende til 1.800 mg dagligt). Alle blev endvidere behandlet med famciclovir.

Flere af de patienter, der blev behandlet med oxycodon, end de patienter, der fik placebo, havde en

30%’s reduktion af smerteintensiteten i de første 14 dage (79,3% vs. 44,8%). Forskellen i forhold til behandlingen med gabapentin nåede ikke statistisk signifikans.

Effekten af oxycodonbehandlingen svandt dog efter 28 dage. »Dette kan skyldes sygdomsforløbet, hvor smerten forsvinder efter to til tre uger«, skriver forfatterne.

Niels-Henrik Jensen, Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital, kommenterer: »Resultatet er overbevisende og svarer til klinikken – den akutte smerte behandles symptomatisk med nonopioid(er) evt. suppleret med et svagt eller stærkt virkende opioid i relevant dosering«.

Interessekonflikter: Niels-Henrik Jensen har været rådgiver og/eller underviser for Janssen-Cilag A/S, nopharma a/s, Nycomed Danmark og Pfizer Danmark.

Dworkin RH, Barabano RL, Tying SK et al. A randomized, placebo-controlled trial of oxycodone and of gabapentin for acute pain in herpes zoster. *Pain* 2009;142:209-17.

SSRI associeres med øget risiko for præeklamps

> AM J PSYCHIATRY

Behandling med en selektiv serotoninoptagelses-hæmmer (SSRI) i graviditeten er forbundet med en øget risiko for hypertension og præeklamps, konkluderes det i en artikel publiceret i martsnummeret af American Journal of Psychiatry.

»Men vi kunne ikke afklare, om risikoen skyldes selve behandlingen, den underliggende affektive lidelse eller en kombination af begge«, skriver første-forfatteren Sengwee Toh fra Harvard School of Public Health i Boston.

I studiet indgik data vedrørende 5.731 gravide. Dataene blev indsamlet retrospektivt ved et telefonisk interview. Kvinder, som fik konstateret hypertension efter den 20. gestationelle uge, og kvinder med præeklamps (proteinuri) blev fundet. Blandt de 5.532 kvinder, som ikke blev behandlet med en SSRI, fik 9,0% konstateret hypertension mod 19,1% af de 199 kvinder, som fik en SSRI.

Blandt de 107 kvinder, som kun fik SSRI i det første trimester, blev 13,1% hypertensive, mod 26,1% af dem, der fortsatte behandlingen efter det første trimester.

Incidensen af præeklamps var 2,4% blandt dem, der ikke fik SSRI, mod 3,7% blandt dem, der fik behandlingen i det første trimester (relativ risiko: 1,4) og 15,2% hos dem, der fik længere behandling (relativ risiko: 4,9).

Poul Videbech, Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital, Risskov, kommenterer: »Undersøgelsen har forskellige metodologiske svagheder, og man kan ikke udtale sig om kausalitet bl.a. pga. risikoen for confounding by indication, men der peges dog på vigtigheden af at screene for gestationel hypertension hos kvinder, der får SSRI under en graviditet«.

Toh S, Mitchell AA, Louik C et al. Selective serotonin reuptake inhibitor use and risk of gestational hypertension. Am J Psychiatry 2009;166:320-8.

Multimodal teknik øger screeningsspecificitet ved ovariecancer

> LANCET ONCOL

Med en screeningsalgoritme kan man identificere ovariecancer med næsten 90% sensitivitet og næsten 100% specificitet, konkluderes det i en stor prospektiv, randomiseret undersøgelse publiceret i april i Lancet Oncology.

Usha Menon og kollegaer fra United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) rekrutterede over 200.000 postmenopausale kvinder til undersøgelsen. De var mellem 50 år og 74 år gamle.

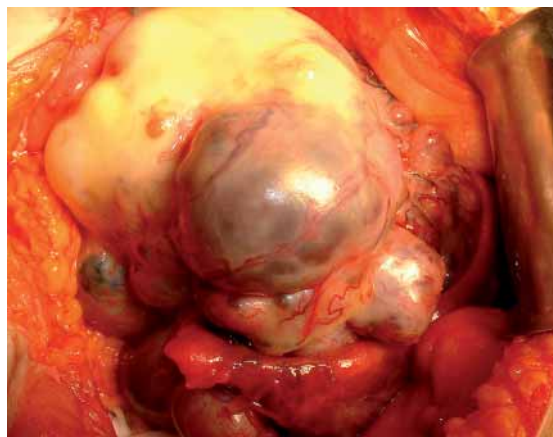
Halvdelen blev randomiseret til ingen screening (kontrol), 50.000 til årlig CA125-screening efterfulgt af transvaginal ultralydsskanning om nødvendigt (multimodal screening) og 50.000 til årlig transvaginal ultralydsskanning. Alle, der havde abnorme resultater, blev testet igen, og ved vedvarende abnorme resultater blev de vurderet klinisk eller kirurgisk.

I alt blev 8,7% og 12,0% af kvinderne i multimodal- hhv. ultralydsskanningsgrupperne testet igen, mens 0,2% hhv. 1,8% blev henvist til klinisk vurdering. Der blev identificeret 42 hhv. 45 cancertilfælde.

Dette svarer til en sensitivitet på 89,4% i multimodalgruppen mod 84,9% i ultralydsskanningsgruppen (ingen signifikant forskel), mens specificiteten var 99,8% og 98,2% (statistisk signifikant forskel). Den positive prædiktive værdi var 43,3% hhv. 5,3%. Data vedrørende mortaliteten forventes først efter 2014.

Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital, kommenterer: »Undersøgelsen bekræfter, at kombination af blodprøve (CA-125) og ultralydsskanning er bedre end én modalitet alene. Screening for ovariecancer er dog fortsat problematisk med voldsomt mange undersøgelser pr. positivt fund og fortsat lav positiv prædiktiv værdi. Knap halvdelen af de patienter, som blev diagnosticeret som følge af screeningsprogrammet, var i stadie III-IV, og adskillige patienter med negativt screeningsresultat fik ovariecancer inden næste kontrol«.

Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers. Lancet Oncol 2009;10:327-40.



Ovariecancer

Ugeskrift for Læger anno 2009

Ugeskrift for Læger skal, som alle andre, følge med tiden og indimellem forny sig. For nogle år siden fik vi i Ugeskrift for Læger et nyt layout, og vi har siden løbende arbejdet med en videreudvikling af dette bl.a. med et øget antal billeder og andre illustrationer for at gøre bladet mere indbydende for læseren. I takt med dette er det nu tid til en større omlægning af bladets fremtoning, som I vil se med det aktuelle nummer af Ugeskrift for Læger.

Vi er som alle andre udgivelser i konkurrence om læsernes opmærksomhed. Derfor har vi som konsekvens valgt at gøre layoutet mere direkte og appellerende. Forsiden skal have en stærk og tydelig appel med en klar hovedhistorie. Ugeskrift for Læger bliver citeret meget i de øvrige medier, og det er vigtigt at formidle vores vigtigste historier på en klar og forståelig måde. Inde i bladet vil nyhedsstoffet blive præsenteret, således at nyhedsværdien bliver tydeligt fremhævet. Der vil komme flere uredigerede interview og mere debatstof. Sprogligt vil vi gøre en ekstra indsats for at gøre stoffet læseligt og interessevækkende. Og så vil der komme flere og bedre billeder i hele Ugeskrift for Læger. Alt i alt vil bladet efter denne omlægning fremstå mere magasinpræget end tidligere, dog uden en nedprioritering af det videnskabelige stof.

I løbet af kort tid vil vores hjemmeside blive opgraderet med mere og andet indhold end det, der bliver bragt i den trykte udgave. Vi er også i gang med at forberede brugen af levende billeder på hjemmesiden i form af web-tv. På netversionen af Ugeskrift for Læger lancerer vi en dynamisk debatsektion, hvor man kan skrive kommentarer til bladets indhold direkte på nettet. Dette, har man i andre tidsskrifter erfaring for, vil give en mere livlig debat, end vi har i øjeblikket med den mere langsommelige proces for debatindlæg i den trykte version. Vi bibeholder dog alligevel en debatsektion i det trykte blad, hvor debatten typisk kræver en mere evidenspræget redigering, eller hvor der skal indhentes svar fra forskellige nøglepersoner, myndigheder eller fra et videnskabeligt selskab.

I en periode har vi haft kasuistikkerne til at ligge med fuld tekst på nettet og kun bragt dem i den trykte version som et kort resume og en figur. Dette har imidlertid forårsaget en hel del henvendelser til os fra forfatterne, og efter grundig overvejelse har vi

valgt igen at bringe kasuistikkerne i fuld tekst i den trykte version. Denne omlægning træder i kraft med dette nummer af Ugeskrift for Læger.

Vi vil om kort tid lancere artiklerne først på netversionen af Ugeskrift for Læger, dvs. ofte en del måneder inden artiklen udkommer i den trykte version. Dette er hos en række andre tidsskrifter kendt som *epub ahead of print*, hvor artiklen – så snart den er accepteret og sat på forlaget – vil blive lagt ud på nettet og derfor gøres tilgængelig for læseren, selv om den endnu ikke har fået volumen- og sidenummer. Vi vil herefter bringe et antal artikler, som vi plejer, i den trykte mandagsudgave af Ugeskrift for Læger, hvor artiklerne så får tildelt årstal, volumen og sidetal.

Ugeskrift for Læger har stadig flere formål herunder at være talerør for Lægeforeningen, som ejer tidsskriftet, at give plads til meddelelser fra delforeningerne, indeholde en journalistisk tilgang til lægefagligt stof og andet stof af relevans for Lægeforeningens medlemmer – samt ikke mindst at fungere som et regelret videnskabeligt tidsskrift. Vi arbejder endvidere med at integrere den videnskabelige og den journalistiske del af bladet.

Der er flere spændende tiltag i støbeskeen, som alle har det overordnede formål, at Ugeskrift for Læger skal være Danmarks førende lægevidenskabelige medie, det centrale medie i dækningen af aktuel lægeforeningspolitik og væsentlige sundhedspolitiske spørgsmål samt et attraktivt interaktivt medie for debat. Vi er derfor i gang med en række omlægninger, som forhåbentlig vil gøre bladet endnu bedre end tidligere, selvfølgelig uden at gå på kompromis med hverken den journalistiske eller videnskabelige kvalitet. Vi håber med det nye layout for Ugeskrift for Læger, at bladet er blevet mere imødekommende for læseren. Sideløbende arbejder vi med ændringer på netversionen af Ugeskrift for Læger, og målet er selvfølgelig, at gøre både netversionen og papirversionen spændende og relevante for brugerne.

LEDER

Redaktør Jacob Rosenberg & redaktør Torben Kitaj

KORRESPONDANCE:

Jacob Rosenberg, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev.

E-mail: jaro@heh.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

Er begrebet »otogen meningitis« en misforståelse?

LEDER

Overlæge Niels Rasmussen, kursusreservelæge Thomas Hjuler, professor Vilhelm A. Bohr & overlæge Per Cayé-Thomasen

Jakob Korsholm og medarbejdere redegør i dette nummer af Ugeskriftet for sequelae og død efter pneumokokmeningitis [1]. Artiklen omhandler imidlertid kun »otogen pneumokokmeningitis« (»OPM«) defineret som pneumokokmeningitis, der er ledsaget af akut otitis media, væske i mellemøret eller klinisk mistanke om akut otitis. Hver af disse tilstande betegnes som et »otogent fokus«.

Når begrebet »OPM« ikke er nævnt i titlen, skyldes det, at der er gjort indsigelse mod dette begreb, idet ordet »otogen« beskriver et årsagsforhold mellem otitis og meningitis, som savner et evidensbaseret grundlag. I Korsholm og medarbejders artikel findes, at »OPM« er associeret med en særlig lav dødelighed på 11%. Tilsvarende er også fundet i andre samtidige danske studier. Dødeligheden af pneumokokmeningitis i Danmark over de sidste 50 år ligger dog fortsat på omkring 20% [2].

Den lave dødelighed i [1] savner en forklaring. Børn har hyppigere mellemørelidelser og lavere dødelighed af pneumokokmeningitis end voksne, men aldersfordelingen i [1] svarer til et tidligere dansk studie, hvor dødeligheden af meningitis, der er associeret med otitis, ikke var signifikant lavere end uden otitis [3]. I en efterundersøgelse af patienterne fra [3], hvor »OPM« blev snævrere defineret som pneumokokmeningitis forudgået af kronisk purulent otitis, påvirkede »OPM« ikke dødeligheden [4]. Tilsvarende fund er også vist i andre udenlandske studier. Den lave dødelighed i [1] kan heller ikke forklares ved anvendelse af antibiotika inden indlæggelsen, idet kun 23% af patienterne blev behandlet.

Pneumokokker koloniserer næsesvælget og spredes ved passiv diffusion til mellemøret og de nedre luftveje. Pneumokokmeningitis er udtryk for invasiv pneumokoksygdom, hvor bakterien har brudt barrieren til blodbane og meninges. Visse pneumokok-serotyper er særligt associeret til invasiv pneumokoksygdom, men der er sparsom viden om, hvilke faktorer hos pneumokok og vært der gør hæmatogen spredning mulig [5]. Invasiv pneumokoksygdom forekommer hyppigst som komplikation til pneumoni hos småbørn, ældre samt svækkede personer. Invasiv pneumokoksygdom er ikke genetisk betinget, idet der ikke er fundet øget familiær forekomst, ud over hvad der kan tilskrives direkte smitte [6]. Nye histologiske undersøgelser af rotter, som blev inokuleret med pneumokokker i henholdsvis mellemøret og cerebrospinalvæsken, har vist, at bakterierne bevæger sig fra meninges til mellemøret og sjældent omvendt.

Ved otitisrelateret pneumokokmeningitis er der en tidsmæssig sammenhæng mellem otitis og meningitis, som således næppe er udtryk for, at mellemøret udgør et »otogent fokus«. Der er snarere tale om en tidsmæssig sammenhæng af infektioner med forskellige, men formentlig indbyrdes afhængige patogenetiske mekanismer. En sådan tankegang har væsentlig betydning for den otologiske håndtering af otitis og otitisrelateret pneumokokmeningitis.

Det har fra dansk side været fremført, at en tidlig, effektiv antibiotisk behandling af akut otitis kunne nedsætte risikoen for pneumokokmeningitis, hvilket var baseret på en lidt lavere dødelighed blandt patienter, som har fået antibiotika inden indlæggelsen. Dette ville imidlertid indebære en massiv antibiotisk overbehandling af alle inflammatoriske mellemørelidelser hos børn – noget vi netop fra dansk side har været stolte af at have undgået. Hos voksne, hvor akut otitis er sjældnere forekommende, kunne en tidlig, effektiv antibiotisk behandling dog være velbegrundet. Mastoidektomi (»opmejsling af øret«) ved »OPM« kan være indiceret af otologiske årsager, men har hverken i nærværende [1] eller tidligere arbejder [4] haft betydning for dødeligheden. Forekomsten af invasiv pneumokoksygdom, herunder pneumokokmeningitis, forventes at aftage, efter at den 7-valente pneumokokvaccine blev indført i det danske børnevaccinationsprogram i 2007.

Vi mener derfor, at fremtidig forskning og behandling af otitisrelateret pneumokokmeningitis skal baseres på de tilgrundliggende immunologiske og bakteriologiske mekanismer og ikke på et usikkert årsagsforhold. Følgelig skal vi afskaffe begrebet »otogen meningitis« og genindføre begrebet: *otitic meningitis*, på dansk otitisrelateret meningitis, som har eksisteret i mere end 50 år.

LITTERATUR

1. Korsholm J, Kristensen RN, Heston A et al. Sequelae and death after pneumococcal meningitis. Ugeskr Læger 2009;171:1481-5.
2. EPI-NYT nr. 45, 2008.
3. Bohr V, Rasmussen N, Hansen B. Pneumococcal meningitis: an evaluation of prognostic factors in 164 cases based on mortality and on a study of lasting sequelae. J Infect 1985;10:143-57.
4. Rasmussen N, Johnsen NJ, Bohr VA. Otologic sequelae after pneumococcal meningitis: a survey of 164 consecutive cases with a follow up of 94 survivors. Laryngoscope 1991;101:876-82.
5. Kadioglu A, Weiser JN, Paton JC et al. The role of Streptococcus pneumoniae virulence factors in host respiratory colonization and disease. Nat Rev Microbiol 2008;6:288-301.
6. Hjuler T, Poulsen G, Wohlfahrt J. Genetic susceptibility to severe infection in families with invasive pneumococcal disease. Am J Epidemiol 2008;167:814-9.

KORRESPONDANCE:

Niels Rasmussen, Øre-, næse-, halskirurgisk Klinik, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: nrasent@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

Sequelae og død efter pneumokokmeningitis

Læge Jakob Korsholm, læge Rasmus Nygård Kristensen, læge Anders Heslop & professor Therese Ovesen

RESUME

INTRODUKTION: Prognostiske faktorer og behandlingsresultat ved patienter med otogen pneumokok meningitis (OPM) ønskes belyst.

MATERIALE OG METODER: Retrospektiv undersøgelse af tilfælde med pneumokokmeningitis fra Århus Amt fra 1994 til 2003.

RESULTATER: I alt 70 patienter blev inkluderet. Den samlede årlig incidens var 11,7/million. Gennemsnitsalderen var 36,6 år (fire dage-80 år). Den gennemsnitlige varighed fra symptomdebut til indlæggelse var tre dage. Inden indlæggelse havde 23% fået antibiotika. De hyppigste symptomer var feber og ændret bevidsthedstilstand (77%). Mortaliteten var 11%, og af de overlevende fik 40% permanente postinfektive sequelae, heraf 88% med høretab. 61% blev ikke fulgt op audiologisk.

KONKLUSION: Med hensyn til prognostiske faktorer var antibiotika administreret inden indlæggelse associeret med lavere forekomst af sequelae og død. Desuden var ændret bevidsthedstilstand ved indlæggelsen en signifikant prognostisk faktor for udvikling af sequelae og fatalt udfald. Mortalitetsraten var fire gange højere hos voksne. 56% af de voksne blev mastoidektomeret uden at dette generelt påvirkede behandlingsresultatet. Der er således basis for særlig opmærksomhed og tidlig antibiotisk behandling af specielt voksne med akut otitis media (AOM), da den relative risiko for udvikling af OPM og dertil relateret dårligt behandlingsresultat synes markant. I øvrigt opretholdes det aktuelle behandlingsregime ved OPM efterfulgt af audiologisk undersøgelse.

Otogen pneumokokmeningitis (OPM) kan ses som en intrakraniell komplikation, der er associeret til akut otitis media (AOM) [1, 2, 3] **Figur 1**. På trods af relevant antibiotisk behandling og moderne diagnosticeringsmuligheder er OPM stadig en frygtet komplikation forbundet med betydelig mortalitet og morbiditet [4, 5].

Udtrykket *otogen* er traditionelt anvendt med henblik på præcisering af det primære infektionsfokus og den patogenetiske baggrund for meningitistilstanden. Sidstnævnte har således omfattet spredning fra mellemøret via fissurer (præformererede eller traumatiske) eller vaskulære forbindelser [1, 6, 7]. Tilsvarende anvendes *rhinogen meningitis* om tilfælde, der er relateret til sinuitis. Relevansen af betegnelserne er omdiskuteret, idet hæmatogen involvering synes at være af primær betydning [6, 8]. Ud fra et otologisk synspunkt er det fortsat væsent-

ligt at få identificeret risikogrupper blandt populationen med AOM, som er en ekstremt hyppig tilstand, idet kendskab hertil vil få behandlingsmæssige konsekvenser [2, 5, 7]. Sådanne risikofaktorer er dårligt belyste. I den aktuelle sammenhæng er der derfor fokuseret på pneumokokmeningitis med et samtidigt infektionsfokus i mellemøret.

På Århus Universitetshospital består behandlingen i den akutte fase af OPM bl.a. af et akut otologisk tilsyn, hvor der på indikation foretages paracentese og evt. tubulation, samt gives intravenøs antibiotisk behandling. Der er hverken international eller national konsensus om, i hvilke OPM-tilfælde, der skal foretages mastoidektomi [7]. Indgrebet foretages på nuværende tidspunkt i Århus ved: 1) kliniske tegn på akut mastoiditis med subperiostal absces, 2) ingen/utilstrækkelig effekt af paracentese/tubulering og antibiotisk behandling inden for de første 24-48 timer og samtidig AOM samt 3) intrakraniell absces lokaliseret til temporallappen eller cerebellum. I regimenet anbefales desuden en audiologisk opfølgning af OPM-patienter efter udskrivelsen pga. risiko for postinfektive hørenedsættelse/døvhed.

Formålet med dette retrospektive studie er at karakterisere OPM patienter for at identificere risikofaktorer og prognostiske faktorer samt evaluere værdien af mastoidektomi med henblik på optimering af behandlingsregimenet.

MATERIALE OG METODER

Der er foretaget en retrospektiv journalgennemgang af patienter fra Århus Amt, der i perioden januar 1994

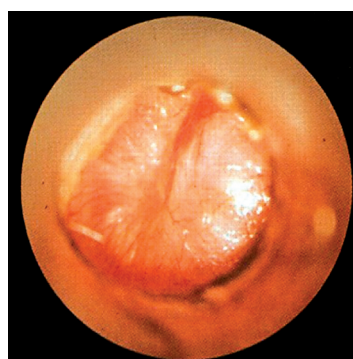
ORIGINALARTIKEL

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Ørenæse-hals-afdelingen



FIGUR 1

Akut otitis media: frembulende trommehinde på grund af pus i mellemøret.



– december 2003 er blevet anmeldt med pneumokokmeningitis hos Statens Serum Institut (SSI) og/eller er blevet registreret i det grønne sygehussystem. SSI udleverede lister med CPR-numre og sygehuskoder. Der blev identificeret 126 patienter fra SSI og yderligere fem patienter med OPM via det grønne sygehussystem. Følgende data registreres: alder, køn, anamnese, øre-næse-hals-tilsynets fund, bakteriologiske og serologiske analyser, radiologiske fund (computertomografi), antibiotikabehandling, kirurgiske indgreb og peroperative fund samt permanente sequelae til meningitis. Information om høretab efter OPM er hentet via Audiologisk Afdeling, Århus Sygehus.

Patienter med primært otogent fokus f.eks. AOM, tegn til væske i mellemøret eller klinisk mistanke om otogent fokus (f.eks. »røde ører«, tager sig til øret, sat i behandling for AOM) uden andet oplagt fokus [3], er blevet inkluderet.

Patienter med konkurrerende systemsygdomme, herunder meningitis uden otogent fokus, ikkeotogent udredte, samt patienter med pneumokokmeningitis, der var anmeldt uden for Århus Amt, blev ekskluderet.

Dataopsamlingen er godkendt af Datatilsynet. Til statistisk analyse anvendtes Fishers eksakte test. p-værdier < 0,05 betragtes som signifikante.

RESULTATER

Totalpopulation (Tabel 1 og Tabel 2)

Af de 131 registrerede tilfælde blev 70 patienter med OPM inkluderet efter ovenstående kriterier. De resterende 61 patienter blev ekskluderet, idet 53 oplagt var

uden otogent fokus, seks havde bopæl uden for Århus Amt, og to journaler blev ikke fundet.

Den gennemsnitlige årlige incidens af OPM-patienter i tiårs perioden var 7/600.000 indbyggere i Århus Amt svarende til 11,7/million. Gennemsnitsalderen var 36,6 år (4 dage-80 år). 54% af patienterne var kvinder.

I alt 19% havde tidligere haft anamnesticke problemer med recidiverende AOM. Der er ingen statistisk signifikans mellem debuttidspunkt for AOM og risikoen for udvikling af permanente sequelae eller død (p-værdi = 0,13). Den gennemsnitlige varighed fra symptomdebut til indlæggelse var tre dage. I alt 23% havde modtaget antibiotikabehandling inden indlæggelse, hvoraf 75% fik penicillin. Antibiotisk behandling før indlæggelse var associeret med lavere morbiditet/mortalitet sammenlignet med gruppen, der ikke modtog antibiotika før indlæggelsen (p-værdi = 0,035).

Ved indlæggelse var 77% bevidsthedspåvirkede rangerende fra somnolent til komatøs. Ændret bevidsthedstilstand viste sig at være en signifikant prognostisk faktor for udvikling af sequelae og fatalt udfald (p-værdi = 0,0004).

De hyppigste symptomer ved indlæggelse var feber med en gennemsnitlig temperatur på 39,5 °C samt otalgi, hovedpine og opkastninger. Ved otomikroskopi blev tegn på otitis media fundet hos 81%.

Af biokemiske fund ved indlæggelsen var den gennemsnitlige C-reaktivt protein (CRP) 1.818 (76-4.605). I alt 89% havde et B-leukocyt-antal (total) på over $10 \times 10^9/l$ (10,6-40,7).

Der blev foretaget lumbalpunktur på 96%, hvoraf der hos 96% som eneste bakteriologiske fund blev dyrket pneumokokker fra spinalvæsken. Hos 90% blev der forsøgt bloddyrkning, hvoraf 70% var pneumokokpositive.

Otte patienter døde på baggrund af OPM, hvilket svarer til en mortalitet på 11%. Af de overlevende patienter fik 40% permanente postinfektøse sequelae, hvoraf 88% havde sequelae i form af høretab rangerende fra et mildt konduktivt høretab til komplet bilateral døvhed. 20% udviklede neurologiske sequelae. Hos otte voksne patienter fandt man ikke objektiviserbare sequelae i form af nedsat hukommelse, tinnitus, epileptiske anfald og svimmelhed. Disse otte er inkluderet i gruppen af patienter uden sequelae. Af de overlevende patienter blev 61% ikke fulgt op audiologisk.

Børn vs. Voksne (Tabel 1)

Af de 70 inkluderede patienter var 25 børn (under 18 år) og 45 voksne. 16% af børnene og 20% af de voksne havde tidligere haft problemer med recidiverende AOM. Den gennemsnitlige varighed fra symptomdebut til indlæggelse var 4,5 dage for børnene og 2,5 dage for de voksne. 24% af børnene fik antibio-

TABEL 1

Oversigt over resultater for børn og voksne.

	Børn	Voksne	Total	Ikke oplyst, n
Population, n	25	45	70	–
Varighed fra symptomdebut til indlæggelse, dage	4,5	2,5	–	11
Påvirket bevidsthed, n	17	37	54	1
Gennemsnitlig temperatur, °C	39,5	39,4	–	5
Tegn på otitis media, n	17	40	57	5
Gennemsnitlig C-reaktivt protein, mmol/l	1.404	2.079	–	8
Positiv dyrkning fra øre, n	1	10	11	22
Positiv dyrkning fra spinalvæske, n	25	39	64	2
Positiv dyrkning fra venylet, n	17	27	44	8
Antibiotika før indlæggelse, n	6	10	16	5
Sequelae, n	6	19	25	11
Mors, n	1	7	8	0

tika inden indlæggelse. I voksenpopulationen fik 22% antibiotika inden indlæggelse.

Ved indlæggelse var 68% af børnene og 82% af de voksne bevidsthedspåvirkede. Ved otomikroskopi blev der hos 32% af børnene fundet normale trommehinder. Hos alle voksne blev der fundet tegn på AOM, og/eller computertomografiverificeret sløring af mastoidet. 28% af børnene og 11% af de voksne havde tegn på væske i mellemøret.

Mortaliteten var 4% hos børnene og 16% blandt de voksne. Ved sammenligning af dødeligheden var der ingen statistisk signifikant forskel (p -værdi = 0,24). Af de overlevende fik 25% af børnene permanente postinfektøse sequelae, hvoraf 83% havde sequelae i form af høretab, og en sjettedel havde neurologiske sequelae.

Hos de voksne havde 50% af de overlevende blivende postinfektøse sequelae, hvoraf 89% havde høretab og 21% neurologiske sequelae. Der var ingen statistisk signifikant forskel mellem forekomsten af sequelae hos børn og hos voksne (p -værdi = 0,066). Af de overlevende børn blev 21% ikke fulgt op audiologisk. Hos de voksne overlevende blev 87% ikke fulgt op audiologisk.

Voksne mastoidektomerede versus

voksne ikkemastoidektomerede (Tabel 2 og Tabel 3)

I alt 25 voksne blev mastoidektomeret (M-OPM). 76% fik verificeret sløring af mastoidet med computertomografi. Minimum 70% fik konstateret pus i mastoidet peroperativt. I alt 20 voksne blev ikke mastoidektomeret (NM-OPM).

16% af de M-OPM- og 25% af NM-OPM-voksne havde tidligere haft problemer med recidiverende AOM. Den gennemsnitlige varighed fra symptomdebut til indlæggelse var 2,4 dage for de M-OPM og 2,5 dage for de NM-OPM. 12% af de M-OPM fik antibiotika inden indlæggelse og hos NM-OPM-gruppen fik 35% antibiotika inden indlæggelse. Ved indlæggelse var 80% af M-OPM og 85% af NM-OPM bevidsthedspåvirkede.

Mortaliteten blandt M-OPM var 12% og hos NM-OPM 20%. Ved sammenligning fandt vi, at der ikke var signifikant forskel i mortaliteten mellem de to grupper (p -værdi = 0,68).

Af de overlevende fik 64% af M-OPM permanente postinfektøse sequelae, hvoraf 86% havde sequelae i form af høretab, og 21% havde neurologiske sequelae (Tabel 3).

Hos NM-OPM havde 31% af de overlevende blivende postinfektøse sequelae, hvoraf 100% havde høretab og 20% neurologiske sequelae. Der findes ingen signifikant forskel i forekomst af sequelae mellem de to voksegrupper (p -værdi = 0,099).



TABEL 2

Oversigt over resultater for voksne opdelt efter mastoidektomi

	NM-OPM	M-OPM	Total	Ikke oplyst, n
Population, n	20	25	45	–
Varighed fra symptomdebut til indlæggelse, dage	2,5	2,4	–	6
Påvirket bevidsthed, n	17	20	37	1
Gennemsnitlig temperatur, °C	39,3	39,5	39,4	5
Tegn på otitis media, n	20	20	40	5
Gennemsnitlig C-reaktivt protein, mmol/l	2.114	2.048	2.081	7
Positiv dyrkning fra øre, n	4	6	10	12
Positiv dyrkning fra spinalvæske, n	19	20	39	2
Positiv dyrkning fra venyer, n	10	17	27	6
Antibiotika før indlæggelse, n	7	3	10	4
Sequelae, n	5	14	19	5
Mors, n	4	3	7	0

NM-OPM = non-mastoidektomerede otogen pneumokokmeningitis-patienter; M-OPM = mastoidektomerede otogen pneumokokmeningitis-patienter.

DISKUSSION

På baggrund af den aktuelle undersøgelse synes den relative risiko for udvikling af meningitis i tilslutning til en akut otitis media at være størst hos voksne. Bevidsthedsniveau er en væsentlig prognostisk faktor. Relevant antibiotisk behandling før indlæggelse er korreleret til en lavere forekomst af sequelae og mortalitet. Endvidere synes mastoidektomi ikke umiddelbart at påvirke prognosen, men indgrebet er udelukkende udført ud fra særlige kriterier hos de sværest syge voksne. Behandlingsanbefalingen er antibiotika til voksne med tegn på AOM samt information om, at de skal observeres med hensyn til temperatur og bevidsthedsniveau samt fastholdelse af de gældende retningslinjer for behandlingen af børn med AOM. I den akutte fase af OPM anbefales fortsat et akut otologisk tilsyn samt mastoidektomi til patienter med tegn på mastoidit eller manglende behandlingsrespons. Audiologisk opfølgning som fast rutine er væsentlig på grund af risikoen for postinfektøst høretab.

I dette retrospektive studie har vi udelukkende undersøgt tilfælde af pneumokokmeningitis med otogen fokus i Århus Amt i perioden januar 1994 til december 2003. Studiepopulationen er i øvrigt uselektet og kan derfor betragtes som værende repræsentativ for den danske befolkning.

Generelt har studiet visse begrænsninger. Den årlige incidens af OPM-patienter er muligvis underestimeret, da vi har begrundet mistanke om, at ikke alle tilfælde bliver anmeldt. Det er baseret på, at der i undersøgelsen indgår fem mastoidektomerede OPM-patienter fra samme periode, der ikke figurerer i SSI-listen over anmeldte tilfælde.

Incidenten af sequelae kan muligvis også være underestimeret f.eks. på grund af manglende audiologisk kontrol efter indlæggelsen. Desuden var visse journaloplysninger mangelfulde eller helt manglende. Nogle data beroede på den enkelte læges subjektive skøn f.eks. bevidsthedsniveau, hvor man kunne ønske sig mere objektive/standardiserede metoder f.eks. *Glasgow Coma Scale*. Endvidere er der bias med henblik på vurdering af sequelae, både postinfektøst høretab og neurologiske sequelae på grund af manglende præmorbid baselinemålinger til sammenligning samt mangelfuld opfølgning af patienterne.

I andre studier fandtes der også sammenhæng mellem antibiotika, som blev administreret før indlæggelse, og en lavere forekomst af morbiditet/mortalitet [9, 10]. Det samme gør sig gældende for ændret bevidsthedsniveau som signifikant prognostisk faktor for udvikling af sequelae og fatalt udfald [5, 11].

Fundet af pneumokokker i 70% af bloddyrknin- ger kan stille spørgsmålstegn ved den egentlige smit- terute, dvs. om hvorvidt bakteriemien er primær el- ler sekundær til meningitis. Lignende fund er publice- ret tidligere [6, 8, 10].

Den samlede mortalitetsrate var 11%. Dette fund stemmer overens med andre studier, der har fundet mortalitetsrater på hhv. 11%, 7%, 18% og 5% blandt OPM-patienter [6, 8, 10, 12].

Mortalitetsraten var fire gange højere hos voksne. Lignende fund er gjort i andre studier [4]. Vi fandt dog ingen statistisk signifikant forskel.

Halvdelen af alle voksne med OPM fik seque- lae, hvilket giver en dobbelt så stor risiko i forhold til børn. Vi har dog ikke fundet statistisk signifikant for- skel på de to grupper. Dette resultat afviger fra an- dre studier, der har fundet sammenhæng mellem øget alder og øget risiko for udvikling af sequelae [4,

5, 8, 11]. I perioden har der været næsten dobbelt så mange tilfælde af OPM hos voksne som hos børn. I betragtning af hyppigheden af AOM hos børn i for- hold til voksne må den relative risiko for udvikling af OPM være langt større hos voksne.

På grund af den øgede relative risiko for udvik- ling af OPM og efterfølgende sequelae og død hos voksne er det anbefalelsesværdigt, at de selv i tilfælde af få symptomer på AOM bliver sat i relevant antibio- tisk behandling. Desuden skal patienterne informeres om ikke at opholde sig alene, da hurtigt indsats ved ændring af bevidsthedsniveau er påkrævet.

Angående det nuværende tilbud om mastoidek- tomi må dets berettigelse diskuteres. Der er ingen sig- nifikant forskel i mortalitet og risiko for sequelae mel- lem NM-OPM- og M-OPM-patientgruppen. Det må dog påpeges, at dette er præget af selektionsbias, da kun de sværest syge opereres. Vi vil dog fortsat fast- holde de nuværende kriterier, da mastoidektomi er et forholdsvis simpelt og risikofrit kirurgisk indgreb, der medvirker til at begrænse infektionsfokus [13].

Endelig bør audiologisk opfølgning etableres som en fast del af regimenet på grund af den store ri- siko for udvikling af høretab.

KONKLUSION

Den relative risiko for udvikling af meningitis i til- slutning til en akut otitis media er størst hos voksne. Bevidsthedsniveau er en væsentlig prognostisk fak- tor. Relevant antibiotisk behandling før indlæg- gelse er korreleret til en lavere forekomst af sequelae og mortalitet. Endvidere synes mastoidektomi ikke umiddelbart at påvirke prognosen, men indgrebet er udelukkende udført hos de sværest syge voksne. Be- handlingsanbefalingen er antibiotika til voksne med tegn på AOM samt information om, at de skal obser-

TABEL 3

Sequelae og morta- litet efter meningitis sammenholdt med patientens alder ved ind- læggelse. Opdelt i antal ikkemastoidektomerede otogen pneumokok- meningitis-patienter (NM-OPM) og ma- stoidektomerede otogen pneumokokmeningitis- patienter (M-OPM).

Alder, år	Sequelae		Døde		Helbredelse uden men		Ikke oplyst		Total	
	NM-OPM	M-OPM	NM-OPM	M-OPM	NM-OPM	M-OPM	NM-OPM	M-OPM	NM-OPM	M-OPM
0-2	6	0	1	0	10	1	6	0	23	1
3-9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
10-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-29	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
30-39	1	1	0	0	1	0	2	0	4	1
40-49	0	2	1	0	2	3	0	0	3	5
50-59	0	4	0	1	3	1	0	0	3	6
60-69	2	5	1	0	2	0	0	0	5	5
70-79	2	2	1	1	1	1	0	3	4	7
Total	11	14	5	3	20	6	8	3	44	26
Samlet	25		8		26		11		70	

veres med hensyn til temperatur og bevidsthedsniveau og fastholdelse af de gældende retningslinjer for behandlingen af børn med AOM. I den akutte fase af OPM anbefales fortsat et akut otologisk tilsyn samt mastoidectomi til patienter med tegn på mastoiditis eller manglende behandlingsrespons. Audiologisk opfølgning som fast rutine er væsentlig på grund af risikoen for postinfektøst høretab.

KORRESPONDANCE: Jakob Korsholm, Jyllands Allé 7, 3. tv., DK-8000 Århus C. E-mail: jakobkorsholm@gmail.com

ANTAGET: 10. juni 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Ludman H. Complications of suppurative otitis media. I: Alan G Kerr. Scott-Brown's otolaryngology. 6. edition. Great Britain: Butterworth Heinemann, 1997; 3/12/1-3/12/29.
2. Barry B, Delattre J, Vié F et al. Otitic intracranial infections in adults. Laryngoscope 1999;109:483-87.
3. Felisati G, Berardino FD, Maccari A et al. Rapid evolution of acute mastoiditis: three case reports of otogenic meningitis in adults. Am J Otolaryngol 2004;25:442-46.
4. Østergaard C, Højby N, Konradsen HB et al. Prehospital diagnostic and therapeutic management of otogenic streptococcus pneumoniae meningitis. Scand J Infect Dis 2006;38:172-80.
5. Beek DVD, Gans JD, Spanjaard L et al. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. N Engl J Med 2004;351:1849-59.
6. Bluestone CD, Klein JO. Intracranial suppurative complications of otitis media and mastoiditis. Pediatric Otolaryngology. Saunders 2002;4:537-45.
7. Slovák Y, Kraus M, Leiberman A et al. Role of surgery in the management of otogenic meningitis. J Laryngol Otol 2007;121:897-901.
8. Østergaard C, Konradsen HB, Samuelsson S. Clinical presentation and prognostic factors of streptococcus pneumoniae meningitis according to focus. BMC Infect Dis 2005;5:93.
9. Leskinen K, Jero J. Acute complications of otitis media in adults. Clin Otolaryngol 2005;30:511-6.
10. Rasmussen N, Johnsen NJ, Bohr VA. Otolitic sequelae after pneumococcal meningitis: a survey of 164 consecutive cases with a follow up of 94 survivors. Laryngoscope 1991;101:876-82.
11. Kastenbauer S, Pfister HW. Pneumococcal meningitis in adults. Brain 2003;126:1015-25.
12. Meiniche HK, Lundgren B, Konradsen HB et al. Ugeskr Læger 2005;18:1961-64.
13. Rickers J, Petersen CG, Pedersen CB et al. Long-term follow-up evaluation of mastoidectomy in children with non-cholesteatomatous chronic suppurative otitis media. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006;70:711-5.

Triptaner versus anden medicin for migræne – sekundærpublikation

Overlæge Peer Tfelt-Hansen

RESUME

Introduktionen af triptaner i migrænebehandlingen var tilsyneladende en revolution. Sammenlignende kontrollerede undersøgelser med triptaner og anden medicin tegner dog ikke så klart et billede. Orale triptaner er mere effektive end oralt ergotamin. Dette må skyldes ergotamins ekstremt lave orale biotilgængelighed (< 1%).

Sammenlignet med nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer, i de fleste tilfælde acetylsalicylsyre, er triptanerne ligeværdige og resulterer i flere bivirkninger end acetylsalicylsyre og metoklopramid. Det foreslås på basis af den foreliggende evidens at opløselig acetylsalicylsyre bør være førstevalgsmedicinen ved migræneanfald. Acetylsalicylsyre er også meget billigere end triptaner.

Introduktionen af triptanerne (5-HT_{1B/1D}-receptoragonister) med sumatriptan som den første [1-3] i begyndelsen af 1990'erne var tilsyneladende en revolution i migrænebehandlingen. Triptanerne var de første mediciner, der var designet og udviklet til behandlingen af migræneanfald [1]. De blev udviklet som selektive, kranie vasokonstriktorer [1]; men det er også blevet foreslået, at triptanerne virker på det smertemodulerende system, der er relateret til den trigeminovaskulære smerte [4].

Alle triptanerne – sumatriptan, naratriptan, zolmitriptan, rizatriptan, eletriptan, almotriptan og frovatriptan – blev i ekstensive udviklingsprogrammer vist at være bedre end placebo [2, 3, 5, 6]. Den relative effekt triptanerne imellem er undersøgt i sammenlignende randomiserede kliniske undersøgelser [3, 6] og i metaanalyser [2, 3, 5-7].

Triptanerne anses ofte som førstevalgspræparater i migrænebehandlingen [7-10], men hvad er evidensen for dette? I en tidligere oversigt fra 2004 over orale triptaner [8] fandtes kun små forskelle i forhold til anden ikke-triptanmedicin bortset fra ergotamin, der var mindre effektivt end sumatriptan og eletriptan [8]. Offentliggørelsen af flere publikationer siden da foranlediger denne kommentar. I det følgende vil jeg først omtale sammenligningen af triptanerne med de traditionelle migrænespecifikke ergotalkaloider, ergotamin og dihydroergotamin (DHE). Derefter vil sammenligningen af triptaner og nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer (NSAID'er) blive omtalt.

Den primære effektparameter i disse randomiserede kliniske undersøgelser er hovedpinerespons: et fald fra moderat eller svær til ingen eller mild hovedpine, det såkaldte »Glaxokriterium« for succes [11].

SEKUNDÆR-PUBLIKATION

Glostrup Hospital,
Neurologisk Afdeling,
Dansk Hovedpinecenter

SAMMENLIGNINGEN AF TRIPTANER OG ERGOTALKALOIDER

Der er for oralt ergotamin nogen evidens for effekt i placebokontrollerede kliniske undersøgelser [12]. Oralt ergotamin var mindre effektivt end oralt sumatriptan, rizatriptan, eletriptan og almotriptan (Tabel 1) [3, 13-16]. Ergotamin har en ekstrem lav (< 1%) oral biologisk tilgængelighed, og derfor er denne administrationsform ikke optimal [12, 17-19]. I modsætning hertil er den rektale biologiske tilgængelighed 1-3% [20]. Rektalt ergotamin plus koffein (73% hovedpinerespons) var mere effektivt end rektalt sumatriptan (63% hovedpinerespons) i en randomiseret klinisk undersøgelse [20]. Rektalt ergotamin

resulterede i flere bivirkninger (27%) end rektalt sumatriptan (9%) [20].

Et mg subkutant DHE (86% hovedpinerespons) var sammenlignelig med 6 mg subkutant sumatriptan (83% hovedpinerespons) efter fire timer. Sumatriptan havde dog en hurtigere indsættende effekt med et hovedpinerespons på 73% for DHE og 85% for sumatriptan efter to timer [3].

SAMMENLIGNINGEN AF TRIPTANER OG NONSTEROIDE ANTIINFLAMMATORISKE STOFFER

I en randomiseret klinisk undersøgelse var 6 mg subkutant sumatriptan (91% hovedpinerespons) bedre end 1.000 mg intravenøs acetylsalicylsyre (74%) [21]. Dette tyder på, at triptaner per se kunne være bedre end NSAID'er. Effekten af orale triptaner er dog mindre end for den parenterale form [2, 3], og dette skyldes sandsynligvis den langsommere absorption af perorale triptaner [22].

Den administrationsform, der foretrækkes af patienterne, er dog tabletter, og i det følgende vil resultaterne med orale triptaner blive omtalt. Der foreligger fire komparative randomiserede kliniske undersøgelser af oralt sumatriptan og oralt acetylsalicylsyre [23-26]. I to randomiserede kliniske undersøgelser var 1.000 mg acetylsalicylsyre plus ti mg metoklopramid sammenlignelig med 100 mg sumatriptan; hovedpinerespons var henholdsvis 56% versus 53% [24] og 45% versus 56% [23] (Tabel 2). I to placebokontrollerede randomiserede kliniske undersøgelser var 50 mg sumatriptan (49% og 56% hovedpinerespons) sammenlignelig med 1.000 mg acetylsalicylsyre (49% og 53% hovedpinerespons) [25, 26] (Tabel 2).

I en undersøgelse var 400 mg ibuprofen (60% hovedpinerespons) sammenlignelig med 50 mg sumatriptan (56% hovedpinerespons) [25]. Ketoprofen 75 mg (63% hovedpinerespons) var sammenlignelig med 2,5 mg zolmitriptan (68% hovedpinerespons) i en randomiseret klinisk undersøgelse (Tabel 2) [27]. Zolmitriptan 2,5 mg (33% hovedpinerespons i tre anfald) var sammenlignelig med 900 mg acetylsalicylsyre plus 10 mg metoklopramid (33% hovedpinerespons i tre anfald) [28]. I en randomiseret klinisk undersøgelse var diclofenac sammenlignelig med 100 mg sumatriptan målt på en visuel analog skala (VAS) [29]. En kombination af 25 mg indometacin, 2 mg prochlorperazin og 75 mg koffein (57% hovedpinerespons) var helt sammenlignelig med 50 mg sumatriptan (57% hovedpinerespons) (Tabel 2) [30]. I en åben, men randomiseret overkrydsningsundersøgelse var en rektal kombination af 25 mg indometacin, 4 mg prochlorperazin 4 mg og 75 mg koffein (71%) sammenlignelig med 25 mg rektal sumatriptan (65%) med

TABEL 1

Sammenligning af orale og rektale triptaner med oralt og rektalt ergotamin i dobbeltblindede, randomiserede kliniske undersøgelser.

	Middelhovedpinerespons, %	
	efter triptaner	efter 2 mg ergotamin og koffein
Oralt sumatriptan 100 mg [13]	66***	48
Oralt rizatriptan 10 mg [14]	76***	47
Oralt eletriptan 40 mg [15]	54**	43
Oralt almotriptan 12,5 mg [16]	58**	46
Rektalt sumatriptan 25 mg [3]	63	73*

*) $p < 0,05$. **) $p < 0,01$. ***) $p < 0,001$.

TABEL 2

Sammenligning af orale triptaner og orale nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer i dobbeltblindede, randomiserede kliniske undersøgelser.

	Middelhovedpinerespons, %	
	efter triptan	efter nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer
<i>Sumatriptan 100 mg</i>		
Acetylsalicylsyre 900 mg + metoklopramid 10 mg [24]	53	56
Acetylsalicylsyre 1.000 mg + metoklopramid 10 mg [23]	56	45
Tolfenamsyre 200 mg [32]	79	77
Tolfenamsyre 200 mg [33]	75*	58
<i>Sumatriptan 50 mg</i>		
Acetylsalicylsyre 1.000 mg [25]	56	53
Acetylsalicylsyre 1.000 mg [26]	49	49
Ibuprofen 400 mg [25]	56	60
Indometacin 25 mg + prochlorperazin 2 mg + koffein 75 mg [30]	57	57
<i>Zolmitriptan 2,5 mg</i>		
Ketoprofen 75 mg [27]	67	63

*) $p < 0,01$.

hensyn til hovedpinerespons; mens kombinationen var bedre end sumatriptan for hovedpinefrihed, henholdsvis 49% og 34% ($p < 0,01$) [31]. Tolfenamsyre (77% hovedpinerespons) var tilsyneladende sammenlignelig med 100 mg sumatriptan (79% hovedpinerespons); men pga. det begrænsede antal patienter (mindre end 45) i behandlingsgrupperne var 95%-konfidensintervallerne -22% til +18% [32]. Kun i en randomiseret klinisk undersøgelse var 100 mg sumatriptan (75% hovedpinerespons) mere effektiv end NSAID'en 200 mg tolfenamsyre (58% hovedpinerespons) ($p < 0,01$) [33].

KONKLUSION

De orale triptaner er mere effektive end oralt ergotamin, som har en ekstrem lav oral biotilgængelighed. [17-19]. Rektalt og ved injektion synes ergotalkaloiderne ergotamin og DHE at være ækvipotente med triptanerne, som man skulle forvente, da begge slags mediciner påvirker den samme 5-HT_{1B/1D}-receptor [20]. Ergotamin er mindre anvendelig som migrænespecifik medicin, da det også virker på dopamin og noradrenalinreceptorerne [20], og givet i ækvipotente doser resulterer ergotamin i flere bivirkninger end sumatriptan [20].

Subkutane triptaner, der administreres optimalt som injektion, er sandsynligvis mere effektivt end NSAID'er, jf. ovenfor. Sammenligningen af orale triptaner og orale NSAID'er viser dog (Tabel 2), at disse nye migænespecifikke mediciner ikke er bedre end NSAID'er i randomiserede kliniske undersøgelser. Acetylsalicylsyre, i nogle tilfælde kombineret med den prokinetiske medicin metoklopramid [34], var i fem randomiserede kliniske undersøgelser sammenlignelig med en triptan (Tabel 2). I tre randomiserede kliniske undersøgelser resulterede acetylsalicylsyre plus metoklopramid i færre bivirkninger end 100 mg sumatriptan [23, 24] og 2,5 mg zolmitriptan [28], mens opløselig acetylsalicylsyre resulterede i samme hyppighed af bivirkninger som 50 mg sumatriptan [25, 26].

Retningslinjer for terapi bør være evidensbaserede. Som foreslået af en østrigsk-tysk gruppe af klinikere [35] bør acetylsalicylsyre være førstevalgspræparatet ved behandlingen af migræneanfald. Endvidere er acetylsalicylsyre meget billigere end triptaner. Jeg vil foreslå, at acetylsalicylsyre kan bruges som første trin i en successiv behandling både fra anfald til anfald og i forbindelse med det enkelte migræneanfald.



En migrænepatient.

This article is based on a study first reported in *Headache* 2008;48:601-5.

Artiklen bygger på et større antal referencer. En fuldstændig litteraturliste kan findes sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk.

LITTERATUR

1. Humphrey PP. The discovery of a new drug class for the acute treatment of migraine. *Headache* 2007;47:S10-S19.
2. Tfelt-Hansen P, De Vries P, Saxena PR. Triptans in migraine. A comparative review of pharmacology, pharmacokinetics and efficacy. *Drugs* 2000;60:1259-87.
3. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB et al. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001;358:1668-75.
4. Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlof C et al. Ergotamine in the acute treatment of migraine – European Consensus. *Brain* 2000;123:9-18.
5. Diener HC. Efficacy and safety of intravenous acetylsalicylic acid lysinate compared to subcutaneous sumatriptan and parenteral placebo in the acute treatment of migraine. A double-blind, double-dummy, randomized, multicenter parallel group study. *Cephalalgia* 1999;19:581-8.
6. Tfelt-Hansen P. Parenteral versus oral sumatriptan and naratriptan: plasma levels and efficacy in migraine. A comment. *J Headache Pain* 2007;8:273-6.
7. The Oral Sumatriptan and Aspirin plus Metoclopramide Comparative Study Group. A study to compare oral sumatriptan with oral aspirin plus oral metoclopramide in the acute treatment of migraine. *Eur Neurol* 1992;32:177-84.
8. Tfelt-Hansen P, Henry P, Mulder K et al. The effectiveness of combined oral lysine acetylsalicylate and metoclopramide compared with oral sumatriptan for migraine. *Lancet* 1995;346:923-6.
9. Diener HC, Bussone G, de Liano H et al. Placebo-controlled comparison of effervescent acetylsalicylic acid, sumatriptan and ibuprofen in the treatment of migraine attacks. *Cephalalgia* 2004;24:947-54.
10. Diener HC, Eikerman A, Gessner U et al. Efficacy of 1,000 mg effervescent acetylsalicylic acid and sumatriptan in treating associated migraine symptoms. *Eur Neurol* 2004;52:50-6.

KORRESPONDANCE: Peer Tfelt-Hansen, Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital. E-mail: ptha@glo.regionh.dk

ANTAGET: 3. juni 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Perioperativ væskebehandling ved perforeret ulcus

Stud.med. Catherine Collin Bjerre & reservelæge Kathrine Holte

ORIGINALARTIKEL

Hvidovre Hospital,
Gastroenheden, Kirurgisk
Sektion

RESUME

INTRODUKTION: Operation for perforeret ulcus er et hyppigt forekommende kirurgisk indgreb (ca. 400 årligt), der er behæftet med høj mortalitet (ca. 30% efter 30 dage). Betydningen af den perioperative væskebehandling for forløbet er ukendt. Formålet med denne undersøgelse var dels at beskrive væskebehandlingen af patienter, der blev opereret for perforeret ulcus mhp. at identificere eventuelle problemområder, dels at skabe et rationelt udgangspunkt for at designe undersøgelser vedrørende den perioperative væskebehandling hos akutte abdominalkirurgiske patienter.

MATERIALE OG METODER: Retrospektiv opgørelse af 45 konsekutive patienter opereret for perforeret ulcus over en treårig periode fra 1/1 2003 til 31/12 2005 på en kirurgisk gastroenterologisk universitetsafdeling.

RESULTATER: Der mangler data, der kunne informere rationel væskebehandling. Der blev ført væskeskema for 42 patienter i operationsdøgnet (89%), 29 patienter det første døgn postoperativt (61%), 17 patienter i to døgn postoperativt (36%) og for 12 patienter (25%) i tre dage postoperativt. Ingen patienter blev vejet mhp. monitorering af væskestatus. Der var stor variation i væskebehandlingen med en median væskebalance i operationsdøgnet på +2.688 ml (spændvidde -45 til 8.030 ml) og en kumuleret væskebalance på 7.200 ml (1.875-14.565 ml) tre dage postoperativt. Den mediane væskeindgift, der blev registreret præoperativt, var 0 ml (0-4.500 ml). Hos 41 patienter (87%) var der registreret 0 ml præoperativ væskeindgift.

KONKLUSION: Både den præoperative væskebehandling og den postoperative monitorering af væskestatus skal opprioriteres, hvilket der bl.a. er taget initiativer til i Det Nationale Indikatorprojekt ved udvikling af nye postoperative indikatorer for monitorering af postoperativ væskestatus (> 90% af patienter skal vejes samt have ført væskeskema de første tre postoperative døgn). Individualiseret væskeindgift rettet mod at optimere ilttilførslen til de perifere væv er rationel og anbefales især til akutte kirurgiske patienter med høj risiko.

ditet [3, 4], men variationen i de undersøgte kirurgiske indgreb og den perioperative behandling samt manglen på metoder til præcist at vurdere den perioperative væskestatus tillader ikke nærmere rekommandationer. Der er endnu mindre viden om optimal perioperativ væskebehandling hos akutte abdominalkirurgiske patienter, idet dette ikke er undersøgt specifikt i randomiserede studier i standardiseret regi. Rekommandationer for væskebehandling til disse patienter er derfor meget varierende. Operation for perforeret ulcus er et af de hyppigste akutte abdominalkirurgiske indgreb (ca. 400 årligt) med en 30-dages mortalitet på næsten 30% (data fra Det Nationale Indikatorprojekt) [5]. Både patienternes præoperative status og komorbiditet er relateret til et dårligt *outcome*, hvorimod betydningen af den perioperative behandling, herunder væskebehandlingen, er uklar [5]. Specifikt mangler der viden om, hvilken væskebehandling denne patientgruppe modtager aktuelt. En tidligere dansk undersøgelse har belyst væskebehandlingen af en anden gruppe patienter (elektive laparotomipatienter) ved retrospektiv gennemgang af lægejournaler, anæsthesiskemaer, opvågningskemaer m.m. Her fandt man, at gængse retningslinjer for væske- og transfusionsterapi sjældent blev fulgt, hvilket ofte resulterede i overhydrering af patienterne [6]. På denne baggrund blev det besluttet at opgøre data fra samtlige patienter, der var blevet opereret for perforeret ulcus ventriculi eller duodeni i en treårig periode med henblik på at beskrive og belyse den perioperative væskebehandling for dermed at afdække problemområder samt skabe et grundlag for fremtidige randomiserede undersøgelser til optimering af væskebehandlingen for denne patientgruppe.

MATERIALE OG METODER

Retrospektiv journalopgørelse på samtlige patienter opereret for perforeret ulcus ventriculi eller duodeni med primær oversyning (KJDA60 eller KJDH70) i en treårig periode fra 1/1 2003 til 31/12 2005 på Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling på Hvidovre Hospital. Patienter, der fik foretaget ventrikulresektion, blev ikke inkluderet. I alt 49 patienter opfyldte inklusionskriteriet. Heraf blev fire ekskluderet, da de ikke blev opereret for et perforeret ulcus (to med iatrogen duodenallæsion, en med perforation af duo-

Manglende evidensbaserede retningslinjer for perioperativ væskebehandling har resulteret i store variationer i klinisk praksis [1]. En nylig spørgeskemaundersøgelse blandt kirurger og anæstesiologer i Danmark konkluderer, at der er en væsentlig mangel på såvel faktuel viden som undervisning i og retningslinjer om emnet [2]. Hos elektive abdominalkirurgiske patienter har nylige randomiserede undersøgelser vist, at såvel væskeoverskud som hypovolæmi medvirker til øget perioperativ morbi-

denalanastomose, en med duodenalperforation efter multiple skleroseringer af blødende ulcus duodeni). Undersøgelsen omfatter derfor 45 patienter. Væskebalance og øvrige perioperative data blev opgjort ud fra lægejournaler inkl. anæsthesiskemaer og sygeplejekardex fra indlæggelsestidspunktet til og med tredje postoperative dag. 30-dages-komplikationer og mortalitet blev opgjort. Komplikationer blev defineret som følger. Kardiovaskulære: behandlingskrævende arytmi, iskæmi eller hjertesvigt. Respiratoriske: pneumoni (temperatur > 38°C, radiologiske tegn, ekspektoration). Infektiose: sårinfektion medførende spaltning, sårruptur, reperforation. Tromboemboliske: dyb venetrombose (kliniske tegn samt radiologisk verificeret), lungeemboli. Væskebalance blev beregnet som: total væskeindgift (= peroral og intravenøs) minus totalt væsketab (= diurese + blodtab + ventrikelaspirat). Drænproduktion samt perspiration blev ikke medtaget. Median og spændvidde blev beregnet.

RESULTATER

De demografiske data ses i **Tabel 1**. **Tabel 2** viser væskebalancen efterhånden i forløbet. **Tabel 3** viser væskeindgift fordelt på væsketyper. Den kumulerede væskebalance pr. dag er afbildet i **Figur 1**.

Præoperativt var lægen på den respektive senge/modtageafdeling (ofte en kirurg) ansvarlig for behandlingen. Der var ingen specifikke retningslinjer for væskebehandlingen af disse patienter. Postoperativt var kirurger eller anæstesiologer ansvarlige afhængigt af, om patienterne var indlagt på intensivafdeling eller ej. Igen var der ingen specifikke retningslinjer. Der blev ført væskeskema for 42 patienter i operationsdøgnet (89%), 29 patienter det første døgn postoperativt (61%), 17 patienter i to døgn postoperativt (36%) og for kun 12 patienter (25%) i tre dage postoperativt (Figur 1).

Mediantiden fra indlæggelse til operation var 7,25 timer (1-44,5), og tiden fra symptomdebut til operation 16 timer (1,5-2.160). Tiden på opvågning var tre timer (1-18). 4% (to patienter) kom på intensivafdeling. 30-dages-mortaliteten var 24%. Den mediane væskeindgift præoperativt var 0 ml (0-4.500 ml). Der forekom følgende komplikationer: kardiovaskulære: ni, respiratoriske: ni, infektiose: ti (inklusive tre reperforationer), tromboemboliske: 1. I alt 24 patienter (53%) havde en eller flere komplikationer.

DISKUSSION

Dette er den første standardiserede opgørelse af perioperativ væskebehandling til akutte abdominalkirurgiske patienter. Formålet med undersøgelsen var at beskrive væskebehandlingen. Det var ikke at uddrage

konklusioner om en eventuel sammenhæng mellem den perioperative væskebehandling og mortalitet eller komplikationer, eller at vurdere hydreringsstatus hos patienterne. Sammenfattende fandt man, at væskebehandlingen ikke havde høj prioritet hos denne patientgruppe. Af den journalførte dokumentation fremgik det, at ansvaret for denne patientgruppe blev varetaget af blandede personalegrupper, og at der ikke forelå klare retningslinjer.

Som regel var præoperativ væske formelt ordineret af en læge, men somme tider fremgik væskeindgift af væskeskemaet uden tilsvarende journalordination. Perioperativ væske samt væske på opvågningen blev ordineret af anæstesiolog. Væskebalance blev udregnet af sygeplejersker på opvågning og sengeafdeling, og væskeindgift blev ordineret af kirurger. Beslutningen om at føre væskeskema var sjældent

**TABEL 1**

Demografiske data.

Kvinder/mænd, n	25/20
Alder, år	74 (26-97) ^a
Præoperativ vægt, ^b kg	65 (33-120) ^a
ASA-klasse I/II/III/IV, n	7/14/21/3
+/- medicinsk komorbiditet, ^c n	28/17
Temperatur ved ankomst, °C	36,8 (33,7-38,3) ^a
Hgb, mmol/l	8,7 (4,2-12) ^a
Kreatinin, mikromol/l	94 (46-380) ^a
Natrium, mmol/l	139 (113-148) ^a
Kalium, mmol/l	4,3 (2,8-6,1) ^a
Albumin, g/l	35,8 (22,4-50,6) ^a

ASA = American Society of Anesthesiologists. a) Median (spændingsvidde). b) Selvrapporeret. c) Kardiovaskulær, pulmonal behandlingskrævende lidelse, diabetes mellitus type 1 og 2, alkoholisme (> 35 genstande/uge).

**TABEL 2**

Væskebalance i ml – median (spændvidde). Operationsdøgnet beregnes fra operationssluttidspunkt til kl. 06.00. Følgende døgn kl. 06.00-06.00. I operationsdøgnet (som havde variende længde alt efter, hvornår patienter blev opereret) var væskebalancen 2,6 ml/kg/t. (+16,5 til -0,1).

Peroperativt	1.300 (-600-2.900)
Operationsdøgnet	2.350 (-1300-7.255)
Første postoperative døgn	2.255 (-450-9.400)
Andet postoperative døgn	1.988 (-3075-4.625)
Tredje postoperative døgn	1.350 (-700-3.475)
Operationstid, min	55 (25-218)

Væskebalance beregnes som: total væskeindgift (peroral og intravenøs) – (diurese + blodtab + ventrikelaspirat). Drænproduktion samt perspiration ikke medtaget.

TABEL 3

Indgivet væske i ml fordelt på type – median (spændvidde). Der blev også i løbet af operationsdøgnet givet friskfrosset plasma til patienter (median = 0) og første og anden dag postoperativt givet parenteral ernæring til fire patienter (median = 0).

	Indgivet væsketype			
	SAG-M	krystalloid	kolloid	per os
Præoperativt	0 (0-600)	0 (0-4.500)	0 (0-1.000)	0 (0-0)
Peroperativt	0 (0-2.700)	1.000 (0-2.000)	500 (0-1.500)	0 (0-0)
Operationsdøgnet (inkl. peroperativt)	0 (0-3.000)	0 (0-6.225)	500 (0-1.500)	25 (0-3.450)
Første postoperative døgn	0 (0-1.200)	2.250 (0-5.300)	0 (0-2.800)	950 (0-4.400)
Andet postoperative døgn	0 (0-0)	1.200 (0-3.850)	0 (0-700)	1.200 (0-4.775)
Tredje postoperative døgn	0 (0-0)	875 (0-3.050)	0 (0-1.000)	1.350 (0-4.150)

SAG-M = saltvand, adenin, glukose og mannitol.

journalført, og beslutningen om at ophøre med væske-skema var ikke journalført hos nogen patienter og blev foretaget ud fra ikke nærmere definerede kriterier.

Der var stor variation i væskebehandlingen med en væskebalance i operationsdøgnet på median +2.688 ml (-45 til 8.030 ml) og en kumuleret væskebalance på +7.200 ml (1.875-14.565 ml) tre dage postoperativt. Mortaliteten på 24% er ikke signifikant forskellig fra landsgennemsnittet på næsten 30% (data fra Det Nationale Indikatorprojekt kan ses på www.sundhed.dk [5]).

Præoperativ væskebehandling

Vi fandt overraskende, at den mediane præoperative væskeindgift var 0 ml (Tabel 2) på trods af, at disse patienter har kliniske tegn på perforeret hulorgan og/eller begyndende peritonitis og deraf følgende interne væskeforskydninger, der resulterer i tiltagende hypovolæmi. Seks patienter havde fået væske, mens der hos 41 patienter ikke var registreret nogen væskeindgift præoperativt. Det anbefales, at sådanne patienter får intravenøs krystalloid eller kolloid, når indikationen for operation stilles [7]. Der er ikke belæg i litteraturen for at foretrække den ene type væske frem for den anden [8, 9].

Intraoperativ væskebehandling

De store variationer i den intraoperative væskeindgift kan forklares ved den fysiologiske variation hos disse patienter med varierende præoperativ væskestatus samt interne væskeforskydninger, hvilket primært er en følge af peritonit og tarmparalyse. Der er ikke belæg i litteraturen for at anbefale den ene type eller mængde væske frem for den anden til denne patientgruppe. De seneste år er der udviklet strategier for såkaldt målrettet (*goal-directed*) eller individualiseret væskebehandling. Disse strategier er rettet mod

at optimere ilttilførslen til de perifere væv baseret på målinger af flow. Oftest anvendt og bedst undersøgt er den øsofageale Dopplerundersøgelse, der måler flow i aorta descendens, og korrelerer dette til venstre ventrikels pumpefunktion, der søges maksimeret ved gentagne væskeinfusioner [4]. Ved anvendelse af disse strategier kan man i teorien forhindre både hypovolæmi og væskeoverskud. Dette står i modsætning til de i dag almindeligt anvendte monitoreringsmetoder, der er baseret på tryk (f.eks. blodtryk og centralt venetryk). Det er vist, at disse almindeligt anvendte trykbaserede målinger er upræcise indikatorer af det centrale blodvolumen, og at de ikke er sufficente til at påvise mild hypovolæmi, hvilket kan lede til suboptimal vævsperfundering og såvel væskeunderskud som overhydrering [10]. Adskillige randomiserede undersøgelser på såvel elektive som akutte kirurgiske patienter har de seneste år vist forbedret *outcome* (primært forkortet hospitalsindlæggelse og reduceret tarmparalyse) med den nævnte målrettede eller individualiserede væskebehandling vejledt af øsofageal Doppler til intraoperativ og tidlig postoperativ væskebehandling [4, 10].

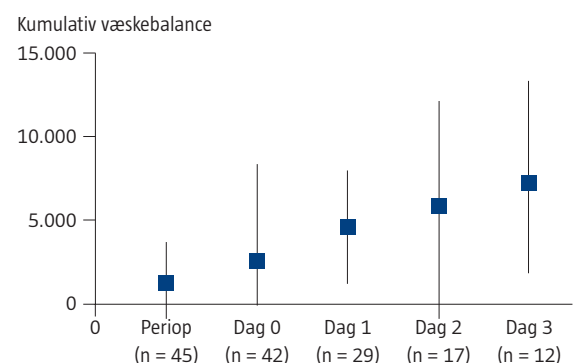
Ud fra et patofysiologisk synspunkt er en individualiseret væskeadministration, der er rettet mod at optimere ilttilførslen til de perifere væv, rationel og må derfor anbefales, specielt til akutte kirurgiske patienter med varierende væskestatus (præoperativ dehydrering samt væskeforskydninger).

Postoperativ væskebehandling

Et af problemerne ved tilrettelæggelsen af især den

FIGUR 1

Den kumulative væskebalance (median + spændvidde). Tal i parentes angiver antal patienter, hvor der er ført fuld væskebalance inkl. diurese for de enkelte døgn. Periop = perioperativ balance. 0 = operationsdøgnet; 1 = første postoperative døgn; 2 = andet postoperative døgn; 3 = tredje postoperative døgn. Operationsdøgnet beregnes fra operationens sluttidspunkt til kl. 06.00. Følgende døgn kl. 06.00-06.00.



postoperative væskebehandling er manglen på målemetoder til præcis vurdering af patienternes væskebalance. Således er kumuleret væskebalance over dage behæftet med stor usikkerhed, hvorfor vejning af patienter anbefales som indikator for væskestatus (sammen med omhyggeligt udført væskeskema for hele den perioperative periode). Dette er generelt ikke udført i denne undersøgelse uanset patienternes kliniske tilstand. Der er i denne undersøgelse registreret væskebalance på 17 patienter i det andet postoperative døgn, hvilket udgør under halvdelen af de opererede. Det kan ikke udledes af de aktuelle data, hvorvidt den kumulerede positive væskebalance på ca. syv liter tre dage postoperativt er et udtryk for et reelt væskeoverskud eller er en korrektion af præ/perioperativ dehydrering/hypovolæmi. Til disse højrisikopatienter anbefales daglig måling af elektrolytter, væskeskema samt vejning, indtil patienterne kan indtage peroral ernæring. Afhængig af patientens tilstand postoperativt kan en evt. individualiseret væskebehandling initieret intraoperativt fortsætte i de første postoperative døgn.

Det Nationale Indikatorprojekt har efter en audit [5], hvor en journalgennemgang af letale forløb bl.a. pegede på de samme problemer som nærværende undersøgelse, introduceret nye indikatorer for den postoperative observation og monitorering (se www.nip.dk). Standarden er, at mindst 90% af patienterne skal have udført daglig vejning og først væskeskema i de første tre døgn efter operation for perforeret ulcus, ligesom der skal foretages måling af puls, blodtryk og saturation. Disse standarder er indført fra 1/9 2006 (dvs. efter disse patientforløb) og medfører forhåbentlig en forbedring i observationen og behandlingen.

KONKLUSION

Formålet med denne retrospektive opgørelse var dels at beskrive væskebehandlingen til patienter, der er opereret for perforeret ulcus, dels at skabe et udgangspunkt for at designe fremtidige undersøgelser med væskebehandling til akutte abdominalkirurgiske patienter. Både den præoperative væskebehandling og den postoperative monitorering af patienternes væskestatus var i den undersøgte periode utilstrækkelig og bør derfor opprioriteres. Dette er i overensstemmelse med Det Nationale Indikatorprojekts initiativ med udvikling af nye postoperative indikatorer for monitorering af væskebalancen efter operation for perforeret ulcus (standarden er, at 90% af patienterne skal vejes dagligt og have ført væskeskema dagligt de første tre postoperative døgn) [11]. Individualiseret væskeindgift, der er rettet mod at optimere ilttilførslen til de perifere væv, er rationel og må anbefales specielt til akutte kirurgiske højrisiko patienter.

KORRESPONDANCE: Catherine Collin Bjerre, Ortopædkirurgisk Afdeling 333, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: catcollin@yahoo.com

ANTAGET: 29. februar 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Sven Adamsen, Gastroenheden, Herlev Hospital, takkes for kritisk gennemlæsning af manuskriptet.

LITTERATUR

1. Holte K, Sharrock NE, Kehlet H. Pathophysiology and clinical implications of perioperative fluid excess. *Br J Anaesth* 2002;89:622-32.
2. Holte K, Bach V, Engquist A et al. Perioperativ væskebehandling. *Ugeskr Læger* 2005;167:2507-10.
3. Brandstrup B, Tonnesen H, Beier-Holgersen R et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Ann Surg* 2003;238:641-8.
4. Grocott MP, Mythen MG, Gan TJ. Perioperative fluid management and clinical outcomes in adults. *Anesthesia & Analgesia* 2005;100:1093-106.
5. Adamsen S, Bendix J, Kallehave F et al. Perforated gastroduodenal ulcer. A national audit. *Gut* 2005;54:A46.
6. Rasmussen LA, Rosenberg J, Crawford ME et al. Perioperativ væskebehandling. *Ugeskr.Læger* 1996;158:5286-90.
7. Bach V, Engquist A, Holte K et al. Praktisk væsketerapi til kirurgiske patienter. www.vaeske.dk/2006.
8. Roberts I, Alderson P, Bunn F et al. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD000567
9. Holte K, Kehlet H. Fluid therapy and surgical outcomes in elective surgery: a need for reassessment in fast-track surgery. *J Am Coll Surg* 2006;202:971-89.
10. Bundgaard-Nielsen M, Holte K, Secher NH et al. Monitoring of peri-operative fluid administration by individualized goal-directed therapy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:331-40.
11. Nakano A, Bendix J, Adamsen S et al. The Danish National Indicator Project contributes to improve health care by developing new indicators as a result from an audit on patients with perforated ulcer. *International Society for Quality in Health Care 23rd International Conference, London, 2006 (Abstract)*.

Tidlige komplikationer efter åben radikal prostatektomi

Reservelæge Martin Andreas Røder, forskningssygeplejerske Lisa Gruschy, overlæge Klaus Brasso & professor Peter Iversen

ORIGINALARTIKEL

Rigshospitalet, Urologisk Afdeling

RESUME

INTRODUKTION: Radikal prostatektomi som kurativ behandling af lokaliseret prostatacancer har været anvendt på Rigshospitalet siden 1995. Antallet af operationer er stigende. I nærværende artikel redegøres for postoperativ morbiditet og mortalitet i en konsekutiv serie på 719 patienter med fokus på udviklingen over tid.

MATERIALE OG METODER: Retrospektiv opgørelse af patienter, der blev opereret på Rigshospitalet i perioden august 1995 til august 2007.

RESULTATER: Medianalderen ved operation var 63 år med en stigende tendens. Klinisk T-kategori forblev uændret i perioden, mens der var et signifikant fald i præoperativt prostataspecifikt antigen-niveau. Som refleksion af kirurgisk rutiner og optimering af patientforløbene blev der fundet et signifikant fald i operationstid, transfusionsbehov og indlæggelsestid. Samlet blev der registreret en eller flere komplikationer hos 164 patienter (22,8%), blandt disse var otte (1,1%) alvorlige komplikationer. Der blev registreret et postoperativt dødsfald.

KONKLUSION: Radikal retropubisk prostatektomi kan udføres med minimal mortalitet og morbiditet på niveau med udenlandske erfaringer. Resultaterne viser, at en vis operativ volumen er nødvendig for at opnå tilstrækkelig rutine.

Radikal kirurgisk behandling i form af radikal retropubisk prostatektomi (RRP) for klinisk lokaliseret prostatacancer (PC) har været anvendt i Danmark siden august 1995. På Rigshospitalet blev der på 12 år – frem til august 2007 – udført 719 operationer. Resultaterne for de første 50 patienter er tidligere publiceret [1]. I nærværende undersøgelse præsenteres patientkarakteristika, operations- og indlæggelsesforløb samt umiddelbare postoperative komplikationer efter indgrebet. Ændringer i patientkarakteristika, operationsforløb og indlæggelsestid i 12-års perioden analyseres.

MATERIALE OG METODE

Siden 1995 har Urologisk Afdeling på Rigshospitalet anvendt en protokolleret behandlingsalgoritme for patienter med ikkemetastaserende (M0) PC. Alle patienter er klassificeret iht. International Union Against Cancers TNM-klassifikation fra 2002. Patienter med klinisk lokaliseret PC (cT1-2, N X/0, M0) og en forventet restlevetid på 10-15 år er blevet tilbudt kurativ intenderet behandling i form af radikal prostatektomi eller strålebehandling. Radikal prostatektomi er udført som beskrevet af Walsh [2].

Kliniske data er indsamlet ved journalgennemgang samt ved kontakt til patienternes lokalsygehus og/eller egen læge efter indhentning af samtykke fra patienterne.

Operationstid – tid fra hudincision til lukning – er opgjort fra anæsthesiskema i femminuttersintervaller. Transfusionsbehovet er opgjort som antal erytrocytsuspensioner givet under indlæggelse. Antal dage med dræn blev beregnet fra operationsdato til fjernelse. Kriteriet for drænfjernelse var hele perioden < 30 ml/24 timer. Indlæggelsestid er opgjort fra operationsdato til udskrivelsesdato. Ændringer over tid er opgjort pr. 100 patienter.

Komplikationer inden for 30 dage postoperativt er opgjort enkeltvis og kategoriseret efter sværhedsgrad [3]. Kategori 1 omfatter de ikkebehandlingskrævende situationer. Kategori 2 omfatter behandlingskrævende komplikationer, der ikke medførte forlæn-

 TABEL 1

Patientkarakteristika. Alder: 63 år^a (45-75)^b, prostataspecifikt antigen: 9,5 ng/ml^a (0,4-218)^b.

	Antal	%
<i>Klinisk stadie</i>		
T0	1	0
T1a/b	30	4
T1c	319	44
T2	344	48
T3a	25	3
<i>Gleasonscore</i>		
2-5	152	21
6	281	39
7	157	22
8-10	30	4
<i>WHO-klasse</i>		
Højt differentieret	37	5
Moderat differentieret	14	2
Lavt differentieret	6	1
Gleason/WHO uoplyst	42	6
<i>Operationstype</i>		
Ikkenervebesparende	552	77
Unilateralt nervebesparende teknik	146	20
Bilateralt nervebesparende teknik	21	3
Lymfadenektomi	317	52

a) median. b) spændvidde.

get indlæggelse. Kategori 3 omfatter behandlingskrævende komplikationer, der medførte reoperation og/eller forlænget indlæggelse. Kategori 4 omfatter komplikationer, der medførte intensiv behandling, akut reoperation af potentiel livstruende tilstand, blivende sequelae og/eller død.

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet, sagsnummer (2006-41-6256).

Analyse er udført med programmet *Medcalc v. 9* (Belgien). Resultater er opgivet som median og spændvidde. Der er anvendt nonparametrisk statistik, $p < 0,05$ er anset for at være signifikant.

RESULTATER

I 12-års perioden august 1995 til august 2007 blev der udført 719 RRP på Rigshospitalet. Patient- og operative karakteristika ses i **Tabel 1**. Medianalderen på operationstidspunktet var 63 år (45-75 år). Der var en signifikant stigning i medianalder på operationstidspunktet fra 61 år til 64 år ($p = 0,0001$). Medianniveauet for præoperativt prostataspecifikt antigen (PSA) var 9,5 ng/ml (0,4-218 ng/ml). Der var en signifikant tendens til faldende median-PSA i perioden ($p = 0,038$).

Præoperativ T-kategori var T1c hos 319 patienter (44%). En enkelt patient uden klinisk påviselig cancer (T0) fik foretaget RRP på baggrund af PSA-fluktuationer og massiv familiær disposition. Histologi afslørede mindre fokus med Gleason 6-adenokarcinom. Et mindre antal patienter med klinisk mistanke om ekstraprostatisk vækst fik foretaget RRP. Af disse 25 patienter med kliniske T3-tumorer havde to metastatisk sygdom på diagnositidspunktet, men blev opereret pga. stort behandlingsønske og håb om gunstig effekt af tumorbyrdereduktion. Der var ingen statistisk signifikant ændring i fordelingen af klinisk T-kategori over tid (data ikke vist).

Gleasonscore på biopsierne var tilgængelig for 620 (86%) patienter. Herudover var tumor graderet efter WHO-klassifikationen hos 57 (8%) patienter. Hos 42 (6%) patienter var WHO og/eller Gleasongradering enten uoplyst eller ikke mulig på grund af for lidt materiale til vurdering.

Hovedparten af operationerne (98%) er udført af tre urologiske speciallæger, heraf har en operatør udført 505 (70%) og superviseret yderligere ca. 100 (14%) operationer som assistent. Operationstid forelå hos 698 (97%) af patienterne. Den mediane operationstid var 130 min. (55-300 min.). I alt blev 371 (51%) patienter lymfadenektomeret i samme seance som RRP. Udviklingen i median operationstid pr. 100 patienter ses i **Figur 1A**. Der var et signifikant fald i den mediane operationstid ved de første 400 operationer ($p < 0,0001$). Herefter var der en

mindre, men signifikant stigning i den mediane operationstid for de følgende patienter.

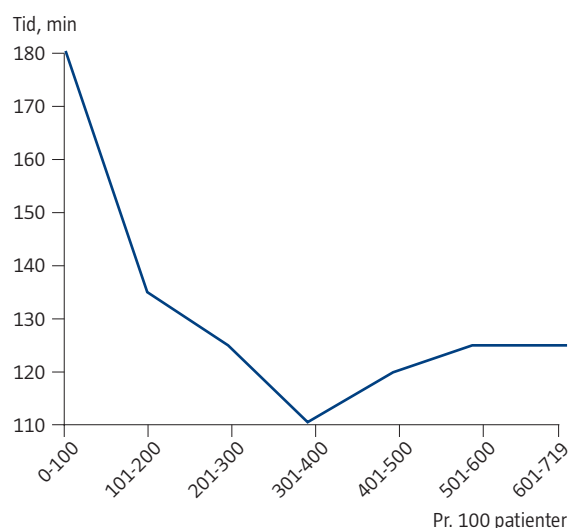
Oplysninger om blodtransfusion forelå hos 712 (99%) patienter. I alt fik 238 (33%) af patienterne en eller flere transfusioner. Det median transfusionsbehov var 0 portioner (0-20 portioner). Det mediane transfusionsbehov for de første 100 patienter var to portioner, hvorefter det faldt til 0 portioner ($p < 0,05$). Efter de første 100 operationer har ca. 30% af patienterne fået blodtransfusion i forbindelse med eller efter operation, og denne frekvens har siden været konstant.

Dræn er anvendt systematisk hos alle patienter. Oplysninger om seponeringstidspunkt forelå hos alle. Den mediane periode med dræn var tre dage (0-34 dage). Der var et signifikant fald i det mediane antal dage med dræn fra fire til to dage hos de første 400 patienter.

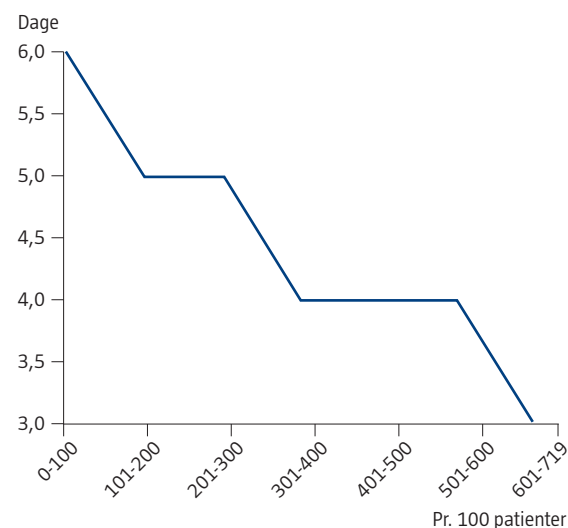


FIGUR 1

A. Median operationstid, alle operatører.



B. Indlæggelsestid. Median antal dage indlagt.



Den mediane indlæggelsestid for alle patienter var fem dage (2-36 dage). Der var et signifikant fald i indlæggelsestiden for hele perioden, se **Figur 1B**.

Der blev registreret en eller flere komplikationer hos 164 patienter (22,8%). Samlet oversigt over postoperative komplikationer ses i **Tabel 2**. Der var i alt otte (1,1%) alvorlige kategori 4-komplikationer. Heraf var der et enkelt (0,14%) postoperativ dødsfald. Denne patient blev genindlagt med cerebral tromboembolisk komplikation 15 dage efter operation. Af de 207 registrerede komplikationer var 95

(46%) kategori 3-komplikationer. Mere end halvdelen af de registrerede komplikationer krævede enten kun observation eller intervention uden forlænget indlæggelse. Vi fandt ingen sammenhæng mellem forekomsten af komplikationer og antallet af udførte operationer.

DISKUSSION

Radikal prostatektomi udføres stadig hyppigere for at reducere risiko for senere sygdomsspecifik morbiditet og mortalitet. Patienter med lokaliseret PC har imidlertid ofte ingen eller diskrete symptomer, og derfor er kravet om kirurgi med et minimum af komplikationer og perioperativ mortalitet særlig relevant.

På Urologisk Klinik, Rigshospitalet, er hyppigheden af RRP tredoblet igennem de seneste fem år. De første 50 konsekutivt opererede patienter på Rigshospitalet blev rapporteret i 2001 [1]. Siden har en stærkt stigende operationsaktivitet medført (og nødvendiggjort) en optimering af patientforløbene.

Vi fandt en signifikant stigende alder på operationstidspunktet i nærværende opgørelse. Dette kan delvist forklares ud fra stigning i middellevetid blandt danske mænd fra 72,7 år til 75,9 år. I overensstemmelse med udenlandske opgørelser, som har vist, at RRP kan udføres med acceptabel komplikationsrisiko hos mænd over 65 år, har også vi fundet, at indgrebet med rimelighed kan tilbydes patienter > 65 år i god almentilstand og med begrænset komorbiditet [4-6]. Tendensen til stigende alder ved operation er forskellig fra erfaringerne i andre lande, hvor mere udbredt screening og dermed tidligere diagnose har vundet indpas [7]. Uden at diskutere screeningsproblematikken kan man således forvente, at alder på operationstidspunktet i fremtiden vil falde.

Trods officiel anbefaling [8] om ikke at anvende PSA-screening pågår en stigende diagnostisk aktivitet [9], hvilket forklarer det observerede fald i præoperativt PSA-niveau i nærværende undersøgelse. Faldende præoperativt PSA har dog ikke medført signifikant ændring i klinisk T-kategori over tid i modsætning til erfaringer fra f.eks. USA [10]. Mulige forklaringer kunne være bedre evne blandt dedikerede undersøgere til at detektere palpable tumorer eller fejltolkning af diskrete forandringer efter transrektale biopsier, som i stigende omfang udføres på lokalsygehus før henvisning til operation.

Operationstiden faldt signifikant fra median 180 minutter til median 125 minutter. For den enkelte operatør skete faldet markant i løbet af de første 50 operationer. Den fundne stigning i operationstid efter de første 400 patienter er dels udtryk for introduktion af ny operatør og at flere patienter, der tidligere ikke blev opereret på grund af f.eks. adipositas eller tidli-

TABEL 2

Antal postoperative komplikationer (164 patienter).

	Kategori				Total
	1	2	3	4	
Postoperativ død inden for 30 dage				1	1
Kardiopulmonale hændelser (n = 18)					
Arytmier	4	8	2		14
Akut myokardieinfarkt				1	1
Hjertestop				1	1
Lungeødem			1		1
Pneumothorax			1		1
Infektiose hændelser (n = 59)					
Pneumoni		4	9		13
Urosepsis			17		17
Febrilia		2	9		11
Sårinfektion		2	12		14
Epididymitis			4		4
Kirurgiske hændelser (n = 83)					
Rectumperforation			5		5
Ureterlæsion			1		1
Fascieruptur			6		6
Lymfocele		5	9		14
Anastomoselækage		1	7		8
Sfinkterlæsion				1	1
Cikatriciell defekt	36				36
Reoperation pga. blødning				2	2
Postoperativt hæmatom		7	3		10
Andre hændelser (n = 46)					
Ulcus		4		1	5
Decubitus, hæl		1			1
Akut tubulo-interstitiel nefropati		2	2		4
Drænproblemer		3	4		7
Kateterproblemer		17	2		19
Ødem af penis/scrotum	2				2
Morphinoverdosering				1	1
Organisk psykosyndrom			1		1
Smerter i perineum		5			5
Tandskade		1			1
Komplikationer i alt	42	62	95	8	207

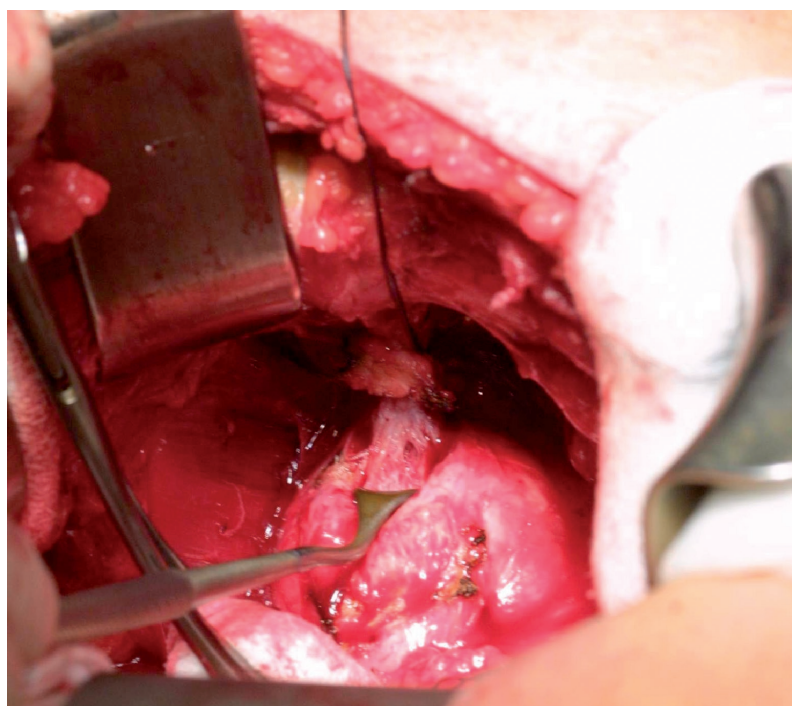
gere bækkenkirurgi, i dag tilbydes RRP. Nedbringelse af operationstiden er ikke et mål per se, men kan tjene til at afspejle øget rutine. I vurdering af operationstider er definition af tidsmåling samt andelen af uni- og bilaterale nervesparende indgreb og samtidig lymfadenektomi selvfølgelig nødvendig. Den mediane operationstid i et henholdsvis europæisk og amerikansk studie var næsten identisk med nærværende undersøgelse [11, 12]. En median operationstid på godt to timer er et væsentligt argument, når åben RRP sammenlignes med enten laparoskopisk eller robotassisteret laparoskopisk prostatektomi, hvor operationstiderne er klart længere [13-15].

Blandt de første 100 patienter fik 55 patienter blodtransfusion. Efterfølgende faldt transfusionsbehovet til 30%. I andre serier opgives transfusionsbehovet at svinge fra få procent til 18% i en tidligere dansk opgørelse [10, 13, 16]. Transfusionsbehovet kan være vanskeligt at sammenligne med internationale erfaringer, idet f.eks. amerikanske undersøgelser kun opgiver antal transfusioner med bankblod, men ikke antal transfusioner af blod, der blev doneret af patienten før RRP [10]. Vi har ikke i vores database kunne skelne mellem transfusioner, der blev givet peroperativt, på opvågningsafsnit og senere under forløbet. Nye og strammere kriterier for transfusion vil kunne nedbringe transfusionsfrekvensen betydeligt.

I 12-års perioden fandt vi et signifikant fald i indlæggelsestid fra median seks dage til tre dage. Indlæggelsestiden for de først opererede patienter er identisk med andre danske resultater [16]. I den internationale litteratur angives den mediane indlæggelsestid efter RRP at variere fra 2-13 dage [7, 10, 17, 18]. Sammenligninger af indlæggelsestider på tværs af serier er vanskelig, idet nationale forskelle i f.eks. forsikringsforhold eller anvendelse af patienthoteller har stor indflydelse på antallet af indlæggelsesdage. Udviklingen i indlæggelsestid i nærværende undersøgelse er en konsekvens af mere erfaring kombineret med en optimering af det samlede postoperative forløb, herunder standardiserede plejeplaner, tidlig mobilisering og effektiv smertebehandling.

I nærværende materiale havde 77% af patienterne ingen postoperative komplikationer, hvilket er sammenligneligt med resultaterne fra *Dillioglulugil* [3]. Der er i litteraturen betydelig variation i angivelsen af komplikationshyppighed i forbindelse med RRP, idet den svinger fra få procent i personlige serier til over 2% livstruende eller alvorlige komplikationer ved opgørelse af registerdata [10, 19]. I nærværende materiale fandt vi et postoperativ dødsfald. Postoperativ mortalitet er i flere studier opgjort til < 1% [3, 10, 13].

Alvorlige komplikationer, der krævede akut kirurgisk behandling, blev registreret hos fire patienter,



Dissektion af apex prostatae og proksimale urethra.

ter, heraf blev to patienter reopereret pga. blødning (Tabel 2). En patient fik blivende svær urininkontinens pga. sfinkterlæsion og har sidenhen fået implanteret artificiel sfinkter. En patient blev reopereret pga. blødende ventrikelulcus. Herudover fandt vi tre alvorlige medicinske komplikationer. I alt har vi således 1,1% kategori 4-kompikationer. Forekomsten i nærværende materiale er sammenlignelig med internationale erfaringer [3, 10].

Vi fandt 37 tilfælde af ikke livstruende kirurgiske komplikationer, der medførte reoperation eller forlænget indlæggelse. Rectumperforation blev noteret hos fem (0,7%) patienter, hvoraf kun en patient fik aflastende kolostomi. I litteraturen angives forekomsten af rectumlæsioner oftest omkring 1% [3, 10, 16]. Anastomose-lækage blev noteret hos syv patienter, hvoraf en blev reopereret, mens de resterende kunne behandles konservativt. En patient fik læderet ureter i forbindelse med operation og kunne behandles konservativt med JJ-kateter.

Vi registrerede yderligere 58 medicinske kategori 3-kompikationer. Overraskende fandt vi ingen dybe venøse tromboser eller lungeembolier i nærværende materiale, hvor graderede støttestrømper (TED-strømper) og lavmolekylær heparinisering blev anvendt konsekvent. En vis underregistrering kan ikke udelukkes, idet andre opgørelser har rapporteret en forekomst af tromboemboliske komplikationer på omkring 1% [3, 10, 20].

Vi fandt endvidere 104 tilfælde af mindre kom-

plikationer, der ikke krævede behandling eller medførte forlænget indlæggelse.

KONKLUSION

Radikal prostatektomi har været udført som behandling for klinisk lokaliseret PC på Rigshospitalet i 12 år. Indlæggelsestiden er i perioden reduceret signifikant – formentlig som konsekvens af øget erfaring samt optimering af den postoperative pleje, smertebehandling og tidlig mobilisering. Såvel operations-tiden som transfusionsbehovet er faldet signifikant i den opgjorte periode, omend transfusionsbehovet opfattes som for højt i forhold til international standard. Nærværende undersøgelse viser, at RRP kan udføres med minimal mortalitet og acceptabel morbiditet.

KORRESPONDANCE: Martin Andreas Røder, Urologisk Afdeling, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: andreasroder@gmail.com

ANTAGET: 14. september 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Brasso K, Ingeholm P, Iversen P. Radikal prostatektomi. De første 50 konsekutive patienter opereret på Rigshospitalet. Ugeskr Læger 2001;163:5669-73.
- Walsh PC. 4. Anatomical Retropubic Prostatectomy. I: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED et al, eds. Campbell's Urology. Philadelphia: Saunders, 2002;90:3107-30.
- Dillioglulugil O, Leibman BD, Leibman NS et al. Risk factors for complications and morbidity after radical retropubic prostatectomy. J Urol 1997;157:1760-7.
- Alibhai SM, Leach M, Tomlinson G et al. 30-day mortality and major complications after radical prostatectomy: influence of age and comorbidity. J Natl Cancer Inst 2005;97:1525-32.
- Kundu SD, Roehl KA, Eggener SE et al. Potency, continence and complications in 3,477 consecutive radical retropubic prostatectomies. J Urol 2004;172:2227-31.
- Lu-Yao GL, Albertsen P, Warren J et al. Effect of age and surgical approach on complications and short-term mortality after radical prostatectomy – a population-based study. Urology 1999;54:301-7.
- Mohamad BA, Marszalek M, Brossner C et al. Radical prostatectomy in Austria: a nationwide analysis of 16,524 cases. Eur Urol 2007;51:684-8.
- Dansk Urologisk Selskab. Prostatacancerbetænkningen, 2005.
- Brasso K, Ingimarsdottir U, Thomassen L et al. Prostatacancer i Danmark 1943-2002. Ugeskr Læger 2007;169:129-32.
- Lepor H, Nieder AM, Ferrandino MN. Intraoperative and postoperative complications of radical retropubic prostatectomy in a consecutive series of 1,000 cases. J Urol 2001;166:1729-33.
- Winkler MH, Gillatt DA. Learning curve and stage migration of a radical retropubic prostatectomy series over a 10-y period. Prostate Cancer Prostatic Dis 2004;7:258-62.
- Rosser CJ, Kamat AM, Pendleton J et al. Impact of fellowship training on pathologic outcomes and complication rates of radical prostatectomy. Cancer 2006;107:54-9.
- Ahlering TE, Woo D, Eichel L et al. Robot-assisted versus open radical prostatectomy: a comparison of one surgeon's outcomes. Urology 2004;63:819-22.
- Poulakis V, Dillenburg W, Moeckel M et al. Laparoscopic radical prostatectomy: prospective evaluation of the learning curve. Eur Urol 2005;47:167-75.
- Stolzenburg JU, Rabenalt R, Do M et al. Endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy: the University of Leipzig experience of 1,300 cases. World J Urol 2007;25:45-51.
- Jonler M, Johansen J, Lund L et al. Radikal prostatektomi for lokaliseret prostatacancer udført i center-satellit-samarbejde – kan man det?. Ugeskr Læger 2007;169:1917-21.
- Gardner TA, Bissonette EA, Petroni GR et al. Surgical and postoperative factors affecting length of hospital stay after radical prostatectomy. Cancer 2000;89:424-30.
- Judge A, Evans S, Gunnell DJ et al. Patient outcomes and length of hospital stay after radical prostatectomy for prostate cancer: analysis of hospital episodes statistics for England. BJU Int 2007;100:1040-9.
- Begg CB, Riedel ER, Bach PB et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. N Engl J Med 2002;346:1138-44.
- Zincke H, Oesterling JE, Blute ML et al. Long-term (15 years) results after radical prostatectomy for clinically localized (stage T2c or lower) prostate cancer. J Urol 1994;152:1850-7.

Assisteret reproduktion ved hiv-infektion

Afdelingslæge Ramune Kazlauskaitė, professor Lars Østergaard, socialrådgiver Tinne Laursen & overlæge Hans Jakob Ingerslev

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Fertilitetsklinikken, og Infektionsmedicinsk Afdeling Q

RESUME

INTRODUKTION: For at reducere risikoen for horisontal virus-smitte tilbydes i Danmark kunstig befrugtning til par, hvor den ene er hiv-smittet.

MATERIALE OG METODER: Der blev foretaget en gennemgang på basis af prospektivt indsamlede data af forløbet hos 24 hiv-positive par, som blev henvist med graviditetsønske til Fertilitetsklinikken, Århus Universitetshospital, Skejby, fra september 1999 til og med december 2007.

RESULTATER: Der er i alt opnået 17 graviditeter hos otte af de 18 par, som blev tilbudt behandling: seks ved hjemmeinsemination, ti ved homolog intrauterin insemination, og en af graviditeterne indtrådte spontant. Der er ikke påvist hiv-smitteoverførsel til hverken den raske partner eller til barnet.

KONKLUSION: Resultaterne af vores studie bekræfter, at insemination i forhold til graviditetschance og risiko for smitteover-

førsel er en rimelig førstvalgsbehandling af hiv-smittede, såfremt parret ikke har nedsat fertilitet, der giver indikation for in vitro-fertilisation.

En forholdsvis lang overlevelse med bevaret livskvalitet for hiv-positive [1] gør det naturligt, at en del kvindelige og mandlige hiv-smittede har forventninger om et normalt familieliv med børn. De fleste smittede er i aldersgruppen 25-39 år og er generelt fertile. Det er vurderet, at ca. 240 par i Danmark kunne have et graviditetsønske [2]. Smitterisikoen fra den hiv-positive partner ved et enkelt ubeskyttet heteroseksuelt samleje er skønnet til at være 0,1-0,2% [3]. Risikostørrelsen er afhængig af det aktuelle virusniveau i blodet, men der kan forekomme virus i sæden hos patienter, som opnår

et umåleligt niveau af virus i blodet ved antiretroviral behandling [4]. Ved graviditetsønske er risikoreducerende kunstig befrugtning alternativet til ubeskyttet samleje. I Danmark åbnedes i 2002 mulighed for – under visse forudsætninger – at inseminere par, hvor den ene part er hiv-smittet. Det skete efter vurdering fra Sundhedsstyrelsen [5] på baggrund af et samarbejde mellem Dansk Fertilitetsselskab og Dansk Infektionsmedicinsk Selskab [2] og en efterfølgende rapport fra World Health Organization (WHO) [6]. Nedenfor gennemgås de hidtidige erfaringer af risikoreducerende kunstig befrugtning ved insemination på Fertilitetsklinikken, Århus Universitetshospital, Skejby.

MATERIALE OG METODER

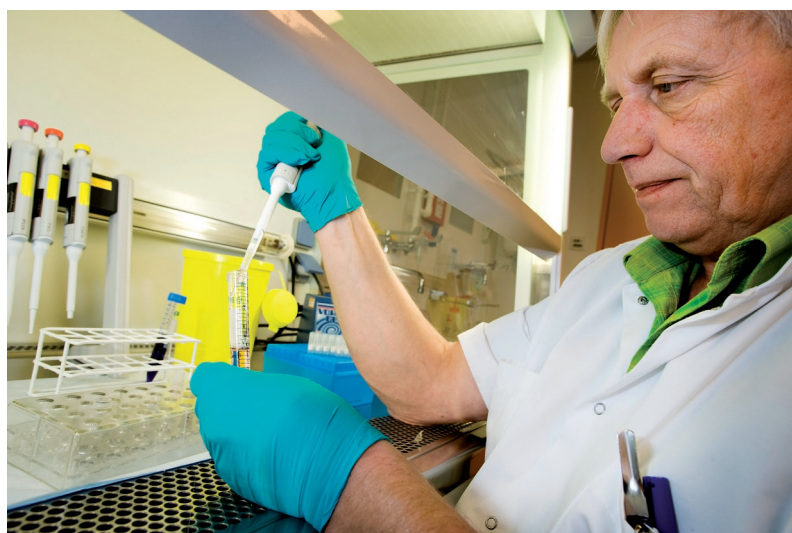
Nærværende opgørelse omfatter 24 hiv-positive par, som blev henvist med graviditetsønske fra september 1999 til og med december 2007. I 13 af parrene var manden hiv-1-seropositiv, i ti tilfælde var det kvinden, og i et tilfælde var både manden og kvinden hiv-1-seropositive.

Parrene blev infektionsmedicinsk udredt i henhold til gældende retningslinjer, dvs. vurderet med hensyn til hiv-status, medicinkomplians, behandlingsdisciplin, helbredsudsigt, overlevelse m.m. og informeret om den risiko, der evt. i det konkrete tilfælde må antages at være forbundet med behandling eller med svangerskab og fødsel (herunder risiko for såvel vertikal som horisontal hiv-smitte). Vejledende frarådes graviditet, hvis *cluster of differentiation 4* (CD4) er < 300 mio/l eller hiv-ribonukleinsyre (hiv-RNA) i plasma er > 1.000 kopier/ml [2].

Fertilitetsmæssigt blev alle mænd udredt med sædanalyse. Kvinder skulle have foretaget hysterosalpingografi (HSG) og S-progesteron i lutealfase. Der blev tilbudt homolog inseminationsbehandling til alle par fraset et, hvor den hiv-smittede mand havde ekstremt dårlig sæd kvalitet.

For de par, hvor kvinden var hiv-smittet, anvendte man som førstevalg selvadministreret hjemmeinsemination på ægløsningstidspunktet. Kvinden blev instrueret i ovulationstest (urin-LH) med kommercielt tilgængelige kit og deponering af mandens sæd i vagina ved hjælp af en sprøjte, der var påsat et afklippet kvindeuretralkateter. Hvis graviditet ikke indtrådte efter ca. seks måneder, blev parret normalt tilbudt homolog intrauterin insemination (IUI-H) på Fertilitetsklinikken. Nogle par skiftede på eget initiativ arbitrært mellem de to behandlingsformer.

Par, hvor manden var hiv-smittet, blev tilbudt IUI-H med den hiv-positive mands vaskede sæd. For at minimere risikoen for flerfoldsgraviditet blev kvinderne i første omgang insemineret i naturlig cyklus (i ca. tre cykli). Såfremt graviditet udeblev, anvendtes



I et forskningslaboratorium på Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Århus Universitetshospital, Skejby, forsker læger, hiv-rådgiver og sygeplejersker i diagnostik og behandling af infektionssygdomme, bl.a. hiv.

på vanlig vis hormonstimulation med clomifencitrat og/eller rekombinant follikelstimulerende hormon eller humant menopause-gonadotropin. Ved præovulatorisk follikel(ler) blev der givet humant choriongonadotropin og insemineret ca. 38 timer senere.

Inden insemination blev sæden oprenset (hvor bevægelige sædceller adskilles fra sædplasmaet og de øvrige bestanddele (f.eks. leukocytter) ved en kombination af gradientcentrifugering og såkaldt opsvømningsteknik (*swim-up*). Efter oprensning blev $\frac{2}{3}$ af suspensionen testet for hiv-1-RNA og proviral DNA ved hjælp af polymerasekædereaktion. Testen udførtes med modificeret Amplicor hiv-1 monitor v1.5 assay (Roche Diagnostisk System, Frankrig). Var testen negativ (detektionsniveau 50 kopier/ml), insemineredes intrauterint med resten af den oprensede sæd ($\frac{1}{3}$ af den oprindelige sædportion). Graviditetstest udførtes 14 dage senere. Den raske partner blev rutinemæssigt hiv-testet efter indtrådt graviditet eller behandlingsafslutning uden graviditet for at sikre, at der ikke var sket smitteoverførsel.

Data præsenteres med middelværdi, frekvens og spændvidde.

RESULTATER

Den gennemsnitlige alder for både hiv-positive kvinder og mænd var 34 år. Den gennemsnitlige sygdomslængde siden diagnose var syv år.

Af de 24 henviste par blev seks afsluttet uden behandling. To par blev afsluttet på grund af manglende behandlingstilbud (på daværende tidspunkt), idet kvinden havde en tubar faktor, som krævede in vitro fertilisation (IVF). Et par fik ikke tilbudt behandling på grund af psykisk sygdom, og endelig var der et par, hvor begge var smittede og derfor ikke kunne tages i behandling efter de gældende retningslinjer



TABEL 1

Graviditeter efter inseminationsbehandling.

	Hiv-positiv	
	mand	kvinde
Henviste, n	13	10 ^a
Par tilbudt behandling, n	9 ^b	9
Kvindes gennemsnitlige alder, år	33	35
Inseminationscykli på Fertilitetsklinikken ^c , n	22	36
Sædcelleantal, mio./cyklus	5,1	14,5
Graviditeter, n	9 ^d	1 (+ 6 efter hjemmeinsemination)
Graviditeter/cyklus, %	40,9	2,7
Fødte børn, n	6	1 (+ 6 efter hjemmeinsemination)
Spontane aborter, n	4	0
Spontane aborter/graviditet, %	44,4	0
Hiv-1-screening af raske kvinder	Negativ	0

a) Desuden henvistes et par, hvor begge var smittet. Dette par blev ikke tilbudt behandling. b) Et af disse par valgte insemination med donorsæd med ej opnået graviditet. c) Antal hjemmeinseminationscykli blev ikke systematisk registreret. d) En af disse var en tvillingegraviditet.

[2]. To af parrene frafaldt behandlingsønsket efter at have været gennem informerende samtaler. Et par valgte insemination med donorsæd.

De hiv-smittedes CD4-T-lymfocytal på henvisningstidspunktet var 612 mio/l (interval: 331-1.543). Alle patienter havde hiv-RNA under detektionsniveau (< 20 kopier/ml). Alle hiv-smittede var i antiretroviral behandling med undtagelse af en hiv-positiv kvinde med meget lavt virusniveau (53 kopier/ml).

Alderen på de inseminerede kvinder var i gennemsnit 33 år. Deres tubae var påvist åbne, men to patienter havde kun en normal æggeleder. En kvinde havde begge æggeledere lukkede og blev derfor henvist til IVF på Rigshospitalet.

I alt 27 oprensede sædprøver fra otte hiv-smittede mænd blev analyseret for hiv-1 ved hjælp af PCR-teknik. PCR-test var negativ for hiv i 22 tilfælde (81,48%), positiv i et tilfælde (3,7%), dvs. at der var fundet hiv-DNA i den oprensede sæd. I fire tilfælde (14,82%) var analysen mislykket. Var virus testen positiv/mislykket, blev insemination ikke udført.

Det gennemsnitlige antal af bevægelige sædceller, som blev anvendt til homolog insemination, var 9,8 mio. (intervaller: 0,9-40 mio.).

Der er i alt opnået 17 graviditeter hos otte af de 18 par, som blev tilbudt behandling: seks ved hjemmeinsemination, ti ved homolog intrauterin insemination, og en af graviditeterne indtrådte spontant i udredningsperioden. Der er ikke påvist hiv-smitteoverførsel til hverken den raske partner eller til barnet. Alle børn, der fødes af hiv-smittede mødre, følges nøje i 18 måneder for blodprøvekontrol (CD4-T-lymfocytal, hiv-antistoffer, hiv-PCR-undersøgelse) og evt. påvirkninger af hiv-medicinen.

Resultaterne efter inseminationsbehandling er vist i Tabel 1.

På nuværende tidspunkt har otte par født i alt 13 børn (tre af parrene har født singleton to gange, et par har fået tre børn ved to fødsler), seks par er afsluttet uden behandling, en patient er henvist til fjernelse af fibrom, fem par er afsluttet efter forgæves inseminationsbehandlinger, et par har selv valgt at stoppe behandling, og et par er henvist til Rigshospitalet med henblik på IVF. Der er fortsat to par i behandling på nuværende tidspunkt.

DISKUSSION

Livstidsprognosen af hiv-1-smittede patienter, der behandles med potent antiretroviral medicin, er nu 15-20 år eller formentlig længere. De danske studier tyder på, at de fleste unge med hiv-infektion kan forvente at overleve i mere end 35 år [7]. Otte ud af ti hiv-smittede kan i dag leve et næsten normalt liv med fremtidsplaner, som for mange naturligt også inkluderer børn. Et behandlingstilbud til de hiv-positive tilgodeser deres ønske om af få børn med minimeret risiko for smitte af den raske partner. Skønsmæssigt kan der på landsplan være tale om ca. 30 hiv-positive par om året, som ønsker risikoreducerende barnløshedsbehandling [2]. Fertilitetsklinikken, Århus Universitetshospital, Skejby, får 3-5 henvisninger årligt på hiv-smittede par til reproduktionsbehandling. Indtil januar 2008 har 41 par, hvor den ene eller begge personer har hiv, søgt rådgivning på Infektionsmedicinsk Afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby, angående tilbud om barnløshedsbehandling. Efter information om alle aspekter af deres særlige situation med hiv-smitte og drøftelse af et evt. behandlingsforløb har kun 24 par bedt om at blive henvist til behandling på Fertilitetsklinikken. Det er således ikke alle hiv-smittede, som efter gennemført rådgivning ønsker hjælp til at få børn.

Så vidt vides findes hiv ikke intracellulært i sædceller, men i sædvæsken (RNA) og som provirus (integreret DNA) i andre celler i sædvæsken, f.eks. epitelceller og leukocytter. Flere sædoprensningstekniker, hvor sædvæsken og leukocytter adskilles fra de bevægelige spermatozoer, kan på den måde fjerne eller minimere hiv i sæden til et ikke detekterbart niveau (< 50 kopier) [2].

Der foreligger internationale erfaringer fra i alt ca. 3.000 IUI-behandlingscykli (ca. 1.000 patienter) med sædvask, hvor der ikke er rapporteret tilfælde af smitteoverførsel til kvinden eller hendes barn [8]. Der er dog for hovedpartens vedkommende ikke tale om regelrette videnskabelige opgørelser. Risikoen for smitte ved kunstig befrugtning må derfor i praksis anses at være meget lille. I princippet må det antages, at risikoen er 0, altså lavere end ved ubeskyttet samleje, hvor risikoen er 1-2 promille. Da der er tale om en alvorlig – potentielt dødelig – sygdom, er en sådan risikoreduktion derfor relevant – om end den kan synes lille. Der findes ikke en samlet dansk opgørelse af, hvor mange hiv-smittede, der hidtil er behandlet. Der er ikke rapporteret smitteoverførsel i Danmark.

I nærværende serie blev 27 oprensede sædprøver fra hiv-positive mænd undersøgt med PCR-teknik. I et tilfælde (3,7%) var der påviselig hiv-virus i sæden efter oprensning, mens svaret i fire tilfælde var inkonklusivt. PCR-testsensitivitet for hiv-1 er 50 kopier pr. ml sædplasma for RNA og 50 kopier pr. mio. celler for DNA. Smitteoverførsel ved en viruskoncentration på dette niveau må antages at være meget lidt sandsynlig. Der var heller ikke i denne lille undersøgelse raske partnere, der blev smittet som følge af behandlingen. De foreliggende resultater og litteraturen støtter således antagelsen om, at IUI i forhold til graviditetschance og risiko for smitteoverførsel er en rimelig førstevalgsbehandling af de hiv-smittede, såfremt parret ikke har nedsat fertilitet, der giver indikation for IVF.

Der var i det nærværende materiale et par, som blev gravide spontant i udredningsperioden, dvs. ved ubeskyttet samleje. Relevansen af et risikoreducerende behandlingstilbud illustreres af dette forhold.

Man har været tøvende over for behandling af par, hvor begge var hiv-smittede [2, 6]. Tiden kan være inde til at tage denne holdning op til diskussion. Disse par er generelt fertile, og det er velkendt, at parrene på grund af det manglende behandlingstilbud fristes til at anvende ubeskyttet samleje med henblik på at opnå spontan graviditet. Der kan i forbindelse med ubeskyttet samleje overføres vira med mutationer, som modtageren hidtil ikke har haft med deraf følgende påvirkning af sygdomsprognosen. På grund af den større viden omkring den forbedrede langtidsprognose for hiv-smittede bør disse par derfor også have tilbudt behandling.

Resultaterne af behandlingstilbuddet er tilfredsstillende, idet otte ud af 15 par, der har afsluttet fertilitetsbehandling har fået barn/børn. Det bør noteres, at hjemmeinsemination er en simpel patientvenlig primærløsning i de tilfælde, hvor kvinden er smittet. Seks af de ni par, hvor kvinden var smittet, opnåede således graviditet ved hjemmeinsemination.

Ikke alle par kan hjælpes ved simpel insemination/behandling, hvilket oftest skyldes komplicerede infertilitetsfaktorer i form af nedsat sædkvalitet, forandringer i æggeledere eller lignende. Det er derfor meget tilfredsstillende, at det nuværende inseminationstilbud for hiv-smittede på Århus Universitetshospital, Skejby, kan suppleres med IVF-behandling, som netop er etableret som tilbud på Rigshospitalet.

KORRESPONDANCE: Ramune Kazlauskaitė, Fertilitetsklinikken, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Århus Universitetshospital, Skejby, DK-8200 Århus N.

E-mail: ramukazl@rm.dk

ANTAGET: 28. januar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Gilling-Smith C, Smith JR, Semprini AE. HIV and infertility: time to treat. *BMJ* 2001;322:566-7.
2. Humaidan P, Agerholm I, Ingerslev HJ et al. Kunstig befrugtning af HIV-positive – en risikoreducerende behandling. *Ugeskr læger* 2003;165:4632-5.
3. De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994;331:341-6.
4. Kalichman SC, Cage M, Barnett T et al. Human immunodeficiency virus in semen and plasma: investigation of sexual transmission risk behavioural correlates. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2001;17:1695-703.
5. Sundhedsstyrelsen. Notat af 7. februar 2002 vedrørende hiv og behandling med kunstig befrugtning. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
6. HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/Document/E90840.pdf> (6. februar 2009).
7. Lohse N, Hansen A-B Eg, Pedersen G et al. Levetiden blandt personer med og uden hiv-infektion i Danmark 1995-2005- sekundærinfektion. *Ugeskr læger* 2007;169:26-32.
8. Mark V. Sauer Sperm washing techniques address the fertility needs of HIV-seropositive men: a clinical review. *Reproduc BioMed Online* 2005;10:135-40.

Dansk standardisering af attention deficit/hyperactivity disorder-ratingskalaen

Læge Lotte Poulsen, læge Siv Lykke Jørgensen, afdelingslæge Søren Dalsgaard & professor Niels Bilenberg

ORIGINALARTIKEL

Psykatrien i Region Syddanmark og Syddansk Universitet, Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus, Forskningsenheden

RESUME

INTRODUKTION: Hyperkinetisk forstyrrelse eller *attention deficit/hyperactivity disorder* (ADHD) er karakteriseret ved hyperaktivitet, impulsivitet og uopmærksomhed. ADHD er en af de hyppigste børnepsykiatriske tilstande. Ratingskalaer udgør væsentlige delelementer i udredningen.

MATERIALE OG METODER: En dansk version af ADHD-rating scale (ADHD-RS) blev uddelt til henholdsvis klasselærere og forældre til 859 elever i alderen 6-17 år, der var fordelt på tre repræsentative skoler. I alt blev der returneret 855 lærerbesvarelser og 622 forældrebesvarelser. Analyserne er udført på 781 børn; 420 drenge og 361 piger.

RESULTATER: Der var 99,5% besvarelse fra lærerne og 72,4% fra forældrene. Faktoranalyse understøtter ADHD-diagnosens opdeling af kernesymptomerne, og skemaet har høj intern validitet. På ADHD-RS scorer amerikanske skolebørn betydeligt højere end de danske.

KONKLUSION: Scoring af ADHD- og adfærdssymptomer varierer signifikant med køn, og hyperaktivitet-impulsivitetsscorer varierer signifikant med alder. Det er derfor vigtigt ved evaluering af et barn, at scoringen sammenholdes med danske køns- og aldersstratificerede normative data. Der er med dette studie skabt tilgængelige normative data for ADHD-RS til implementering i den nationale kvalitetsdatabase inden for børne- og ungdomspsykiatrien (BupBase). Materialet kan bruges til at støtte diagnostikken, måle sværhedsgraden af ADHD-vanskeligheder og monitorere effekten af behandling.

velser fra børnehave, skole og fritidsordning af stor betydning. Hertil kommer anvendelsen af ratingskalaer, som er valide delelementer i den samlede vurdering af barnets vanskeligheder, men som ikke kan stå alene i diagnostikken.

Nogle af de mest anvendte ratingskalaer til vurderingen af psykiatriske symptomer hos børn er *Conners Parent/Teacher Rating Scale* (3) (CPRS/CTRS), *Child Behavior Checklist* (CBCL) (4) og *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (5). Endvidere findes ratingskalaer, der er velegnede til vurdering af behandlingseffekt; det drejer sig blandt andet om *Swanson, Nolan and Pelham Scale IV* (SNAP-IV) (6) og *ADHD Rating Scale-IV* (ADHD-RS) (7). Disse spørgeskemaerne er udviklet i engelsktalende lande, og der findes kun dansk standardisering af CBCL (8). Begrundelsen for at vælge ADHD-RS til oversættelse og dansk standardisering er skemaets udbredte anvendelse i ADHD-litteraturen. Da adfærdsforstyrrelse i kombination med hyperkinetisk forstyrrelse har sin egen diagnostiske kategori i *International Classification of Diseases 10* (ICD-10); *Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse* (F90.1) (9), er valgt den aktuelle version med supplement af otte adfærdssymptomer.

ADHD-RS har gennemgået nogle revisioner, siden det første gang blev præsenteret i USA. Den version, som er oversat til dansk, er modificeret af

Hyperkinetisk forstyrrelse eller *attention deficit/hyperactivity disorder* (ADHD) (1) er en af de hyppigst stillede diagnoser i børne- og ungdomspsykiatrisk klinik. I denne artikel anvendes herefter forkortelsen ADHD, da der efterhånden er skabt præcedens for denne betegnelse.

Forekomsten af ADHD i skolealderen er to til fire procent, og sygdommen er alene årsag til 12 procent af henvisningerne til børne-ungdomspsykiatrien i Danmark (2). Forstyrrelsen erkendes oftest i den tidlige skolealder, og i kliniske populationer er syv ud af ti henviste børn drenge.

ADHD er et klinisk syndrom, der hviler på anamnestiske oplysninger om barnets adfærd i flere situationer og baseres på oplysninger fra flere informanter. Især er interview med forældre, vurdering ved pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) og beskri-

TABEL 1

Deltagere i dataindsamlingen fordelt på informanter.

Aldersgrupper	Drenge, n	Piger, n	I alt, n
Udfyldt af forældre og lærer			
6-9 år	103	89	
10-13 år	119	117	
14-17 år	74	64	
Sum	296	270	566
Udfyldt af lærer			
6-9 år	46	31	
10-13 år	42	31	
14-17 år	36	29	
Sum	124	91	215
I alt	420	361	781

Barkley (10). Spørgeskemaet indeholder i alt 26 spørgsmål, hvoraf ni spørgsmål er rettet mod uopmærksomhed, ni spørgsmål er rettet mod hyperaktivitet-impulsivitet, hvilket tilsammen dækker de diagnostiske kriterier for ADHD, og hertil er der otte spørgsmål, som dækker symptomer på adfærdsforstyrrelse. ADHD-RS udfyldes af barnets forældre og lærer.

For hvert spørgsmål vælger forældrene/læreren det svar, der bedst beskriver, hvor ofte barnet har udvist den specifikke adfærd inden for de seneste seks måneder. Frekvensen af hvert symptom angives på en skala med fire svarmuligheder, rangeret fra *aldrig eller sjældent* (0 point) til *meget ofte* (3 point); højere score indikerer mere ADHD-relateret adfærd.

ADHD-RS kan anvendes som redskab i diagnostikeringen, til at måle sværhedsgraden af symptomer og benyttes til vurdering af behandlingseffekt hos børn og unge med ADHD.

Formålet med artiklen er at præsentere danske standarder og væsentlige psykometriske egenskaber for ADHD-RS.

MATERIALE OG METODER

ADHD-RS blev efter tilladelse fra forlaget Gillford Press oversat af en professionel oversætter og sekundært tilpasset sprogligt af erfarne klinikere med henblik på at dække den omhandlede psykopatologi og det tilsvarende problem i ICD-10-klassifikationen.

Til indsamling af data kontaktede vi folkeskoler, der blev skønnet at være repræsentative for danske skolebørn. De tre udvalgte skoler er placeret i tre danske landsdele og dækker både land og by. Der blev uddelt to ADHD-RS-spørgeskemaer, et til henholdsvis klasselærer og forælder/værge pr. barn til i alt 859 elever, som var fordelt på 42 klasser. Eleverne dækkede børnehaveklasse til og med niende klassetrin og herved aldersgruppen 6-17 år. Fra starten ekskluderede vi alle specialklasser, da disse elever på forhånd er selekterede. Skemaerne var anonymiserede, og de to skemaer fra henholdsvis lærer og forælder blev koblet sammen via et løbenummer.

Repræsentativitet af materialet

Der udsendtes i alt 1.718 ADHD-RS-skemaer til 859 elever. Der returneredes 1.477, herunder dog en del med manglefulde besvarelser: 855 lærerbesvarelser (99,5%) og 622 forældrebesvarelser (72,4%). Komplet udfyldte lærerbesvarelser udgjorde 781 (91%) og forældrebesvarelserne 566 (66%). Materialet er fordelt på køn og aldersgrupper, som det fremgår af **Tabel 1**.

De manglefulde besvarelser fra 293 elever fordelte sig således; for 215 manglende forældrebesvarelser, for to manglende lærerbesvarelser og for de re-

sterende 76 elever var svaret ukomplet i enten lærer- (74 skemaer) og/eller forældrebesvarelser (54 skemaer). I analyserne er lærerbesvarelserne opdelt i to grupper: *forældre og lærer-besvarelser* (566 elever) og *kun lærer-besvarelser* (215 elever), jf. Tabel 1 og afsnittet om bortfald under resultater.

Statistisk metode

Der er ved bearbejdning af data taget udgangspunkt i den amerikanske standardisering af ADHD-RS. Statistikprogrammet SPSS version 14.0 er anvendt til analyser af data.

Til præsentation af materiale er der anvendt frekvenstabeller. En eksploratorisk faktoranalyse er foretaget med varimaxrotation. Tre faktorer, alle med en *eigenvalue* større end én, er medtaget. Intern konsistens er analyseret med Cronbachs alpha og interterreliabiliteten bedømmes ved Pearsonkorrelation. Normalfordeling er undersøgt ved probit plot efter transformering med den naturlige logaritme.



TABEL 2

Intern validitet af *attention deficit/hyperactivity disorder rating scale*; faktoranalyse.

a) *Principal Component Analysis* med varimaxrotation.

Komponent ^a	Forældrebesvarelser (n = 554)		
	1	2	3
<i>Uopmærksom</i>			
01	0,696	0,129	0,135
02	0,644	0,321	0,172
03	0,442	0,359	0,241
04	0,535	0,126	0,383
05	0,671	0,111	0,142
06	0,713	0,132	0,200
07	0,669	0,142	0,070
08	0,537	0,406	0,201
09	0,650	0,121	0,183
<i>Hyperaktiv</i>			
10	0,256	0,591	0,091
11	0,230	0,642	0,165
12	0,307	0,524	0,229
13	0,372	0,484	0,154
14	0,094	0,645	0,182
15	0,020	0,595	0,206
16	0,150	0,599	0,226
17	0,110	0,684	0,269
18	0,187	0,673	0,302
<i>Adfærd</i>			
19	0,022	0,274	0,733
20	0,208	0,111	0,731
21	0,277	0,200	0,694
22	0,208	0,192	0,530
23	0,215	0,221	0,583
24	0,214	0,274	0,590
25	0,097	0,215	0,747
26	0,188	0,258	0,488

Bortfaldsanalysen er udført ved u-parret T-test. Køns- og aldersforskelle analyseredes ved multivariat test (MANOVA) med henholdsvis uopmærksomhedsscore, hyperaktivitet/impulsivitetsscore, adfærdsscore og totalscore som afhængige variable. Hyperaktivitet/impulsivitetsscore og uopmærksomhedsscore er herudover undersøgt med ANOVA-test, hvor materialet er stratificeret i aldersgrupper og en *Tukey Honestly Significant Difference (HSD) posthoc comparison*, hvor materialet er stratificeret i køn.

RESULTATER

Intern validitet af attention deficit/hyperactivity disorder-ratingskalaen

Faktoranalyse blev foretaget på forældredata. I Tabel 2 listes faktor-loadings efter principal komponentanalyse med varimaxrotation. Opsplitning af de 26 items på tre subskalaer og dermed ICD-10-konstruktionen med uopmærksomhed, hyperaktivitet/impulsivitet og adfærdsproblemer som delelementer i diagnosen understøttes. Uopmærksomhedskomponenten yder det største bidrag til variationen, efterfulgt af hyperaktivitet/impulsivitetsscorekomponenten.

Den interne konsistens for alle 26 items målt med Cronbachs alpha-koefficienten var 0,92 på forældreskemaet og 0,95 for lærerskemaet.

Normative data

De normative data fordelt på køns- og aldersgrupper er vist i Tabel 3. Resultaterne er inddelt i de tre symptomområder: uopmærksomhed, hyperaktivitet/impulsivitet og adfærdsproblemer. Scoren er opgivet med gennemsnit, standardafvigelse og tærskelværdier for henholdsvis »normal scorer« (mindre end gennemsnit + en standarddeviation (SD)) og »høj scorer« (større end gennemsnit + to SD) for både forældre- og lærerbesvarelser.

Bortfaldsanalyse på lærerversionen

Lærerbesvarelserne deltes i to grupper; *forældre- og lærerbesvarelser* (566 elever) og *kun lærerbesvarelser* (215 elever), jf. Tabel 1. Der blev fundet signifikant lavere scorer på lærerrating af elever, hvor forældrene deltog, end hvor forældrene ikke deltog. Den gennemsnitlige uopmærksomhedsscore var henholdsvis 4,0 og 6,0, mens de gennemsnitlige hyperaktivitetsscorer var henholdsvis 2,3 og 3,6.

Køns- og alderseffekter på forældreversionen

Ved stratificering på køn fandtes statistisk signifikant forskel på uopmærksomhedsscore ($f = 16,49$; $p < 0,001$), hyperaktivitet/impulsivitetsscore ($f = 15,11$; $p < 0,001$) og totalscore ($f = 14,07$; $p < 0,001$). Derimod sås ingen signifikant kønsforskel vedrørende adfærdsscore ($f = 19,72$; $p = 0,16$).

Ved stratificering på aldersgrupper påvistes signifikante aldersgruppeforskelle på hyperaktivitet/impulsivitetsscore ($f = 7,92$; $p < 0,001$), men ikke vedrørende uopmærksomhedsscore ($f = 0,13$; $p = 0,88$), adfærdsscore ($f = 0,60$; $p = 0,55$) eller totalscore ($f = 1,59$; $p = 0,21$).

Yderligere analyse af kønsforskelle efter opdeling i aldersgrupper viste, at drengene scorede signifikant højere end pigerne på hyperaktivitet/impulsivitetsskalaen i aldersgrupperne 6-9 år ($f = 4,93$; $p < 0,05$) og 14-17 år ($f = 6,44$; $p < 0,05$), men ikke i aldersgruppen 10-13 år ($f = 3,62$; $p = 0,06$). Der påvistes hos pigerne – men ikke hos drengene – en signifikant alderseffekt på hyperaktivitet/impulsivitetsscoren. Blandt pigerne havde den yngste aldersgruppe en signifikant højere hyperaktivitet/impulsivitetsscore end den ældste aldersgruppe ($p < 0,01$) (Figur 1).

Køns- og alderseffekter på lærerversionen

Der fandtes på lærerbesvarelserne statistisk signifikante kønsforskelle på alle fire scoringsskalaer; uopmærksomhed ($f = 78,29$; $p < 0,001$), hyperaktivitet/impulsivitet ($f = 61,18$; $p < 0,001$), adfærd ($f = 29,58$; $p < 0,001$) og totalscore ($f = 81,45$; $p < 0,001$). Ved stratificering på aldersgrupper påvistes ligeledes signifikante aldersgruppeforskelle for

TABEL 3

Normscore for attention deficit/hyperactivity disorder rating scale; forældre- og lærerversion. Normscore er defineret som en score, der er mindre end gennemsnit + en standarddeviation (alders- og kønsstratificeret). Høj score er defineret som, en score der er højere end gennemsnittet + to standarddeviationer (alders- og kønsstratificeret)

	Gennemsnitsscore (standarddeviation)					
	drengene			piger		
	6-9 år	10-13 år	14+ år	6-9 år	10-13 år	14+ år
<i>Forældre, n</i>	103	119	74	89	117	64
Uopmærksomhed	4,6 (3,5)	4,9 (4,2)	5,4 (4,9)	3,9 (3,0)	3,5 (3,9)	3,4 (3,6)
Normal score/ høj score	$\leq 8/\geq 12$	$\leq 9/\geq 14$	$\leq 10/\geq 16$	$\leq 6/\geq 10$	$\leq 7/\geq 12$	$\leq 7/\geq 11$
Hyperaktivitet/ impulsivitet	5,1 (3,4)	3,9 (3,8)	3,7 (4,2)	4,0 (3,1)	3,0 (3,5)	2,3 (3,1)
Normal score/ høj score	$\leq 8/\geq 12$	$\leq 7/\geq 12$	$\leq 7/\geq 13$	$\leq 7/\geq 11$	$\leq 6/\geq 11$	$\leq 5/\geq 9$
Adfærdsproblemer	3,5 (3,3)	2,8 (3,0)	2,6 (3,5)	2,5 (2,3)	2,6 (3,6)	2,5 (3,1)
<i>Lærer, n</i>	149	161	110	120	148	93
Uopmærksomhed	5,4 (5,9)	6,8 (6,5)	6,3 (6,0)	2,1 (3,9)	3,3 (4,9)	2,9(5,0)
Normal score/ høj score	$\leq 11/\geq 18$	$\leq 13/\geq 20$	$\leq 12/\geq 19$	$\leq 6/\geq 10$	$\leq 8/\geq 14$	$\leq 7/\geq 13$
Hyperaktivitet/ impulsivitet	4,4 (6,1)	4,2 (5,4)	2,6 (4,3)	1,2 (2,1)	1,8 (3,2)	1,0 (2,3)
Normal score/ høj score	$\leq 10/\geq 17$	$\leq 9/\geq 16$	$\leq 6/\geq 12$	$\leq 3/\geq 6$	$\leq 5/\geq 9$	$\leq 3/\geq 6$
Adfærdsproblemer	2,2 (4,0)	2,5 (4,6)	2,1 (3,5)	1,0 (2,1)	1,0 (2,3)	0,9 (2,3)

scoringsskalaerne: uopmærksomhed ($f = 4,29$, $p < 0,05$) og hyperaktivitet/impulsivitet ($f = 5,30$; $p < 0,01$), men ikke på adfærdsskalaen ($f = 0,49$; $p = 0,61$) eller totalscore ($f = 2,75$; $p = 0,07$).

Yderligere analyse af kønsforskelle med underopdeling i aldersgrupper viste, at drengene scorede signifikant højere end pigerne på hyperaktivitet/impulsivitetsskalaen (6-9 år ($f = 29,94$; $p < 0,001$), 10-13 år ($f = 25,05$; $p < 0,001$) og 14-17 år ($f = 11,98$; $p < 0,001$)) og uopmærksomhedsskalaen (6-9 år ($f = 27,62$; $p < 0,001$), 10-13 år ($f = 34,01$; $p < 0,001$) og 14-17 år ($f = 20,08$; $p < 0,001$)) i alle tre aldersgrupper. Der påvistes signifikant alderseffekt på hyperaktivitet/impulsivitetsscoren med underopdeling i køn, hvor de yngste elever scorede højest. For pigerne påvistes signifikant alderseffekt ($p < 0,05$) mellem aldersgruppen 10-13 år og aldersgruppen 14-17 år. For drengene fandtes signifikant alderseffekt både mellem den yngste (6-9 år) og den ældste (14-17 år) aldersgruppe blandt drengene ($p < 0,05$) og også mellem aldersgruppen 10-13 år og ældste aldersgruppe ($p < 0,05$).

Efter kønsstratificering fandtes der ingen signifikant alderseffekt på uopmærksomhedsscoren (Figur 1).

Interraterreliabilitet (forældre-lærer)

Overensstemmelsen mellem forældre- og lærerbesvarelserne bedømt med Pearsonkorrelation er signifikant med koefficienter på 0,47 og 0,46 vedrørende scoring af de to kernesymptomområder, hvorimod den er lavere, men stadig signifikant (0,30) for scoring af adfærdsforskyrrelsessymptomer (Tabel 4).

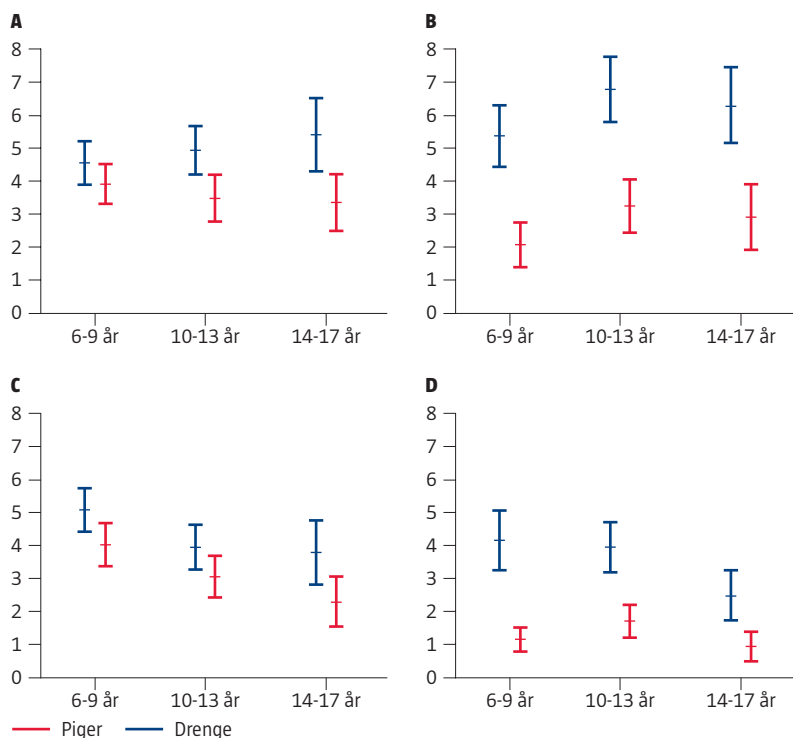
DISKUSSION

I det aktuelle studie præsenteres danske alders- og kønsstratificerede normative data fra ADHD-RS.



FIGUR 1

Normscore (barplot) for uopmærksomhed (A, B) og hyperaktivitet/impulsivitet (C, D) fordelt på køn og aldersgrupper med 95%-konfidensintervaller. Forældre (A, C), Lærer (B, D).



Skemaet indgår nu også som en obligatorisk del i den nationale kvalitetsdatabase, BupBase (11). Indsamlingen af data foregik blandt børn på tre repræsentative folkeskoler, der var udvalgt, så de repræsenterede by- og landzoner. For at sikre en høj svarprocent er der i undersøgelsen ikke indhentet informationer om etnisk herkomst eller socioøkonomiske forhold, men vi antager, at børnene i undersøgelsen udgjorde en repræsentativ gruppe af danske skolebørn. Den samlede svarprocent for både forældre og lærere er 86,0 procent, med en forældre-deltagelse på 72,4% og en lærerbesvarelsesandel på 99,5%, hvilket er en ganske høj deltagelse i en epidemiologisk undersøgelse (12).

Der fandtes i studiet en signifikant højere lærer-ratet gennemsnitsscore i gruppen, hvor forældrene undlod at medvirke i forhold til gruppen, hvor forældrene deltog. Man kunne på den baggrund opjustere normværdierne for forældrescore, men det er i stedet valgt at præsentere de indhentede data og gøre opmærksom på, at der for forældrenes gennemsnitsscore er tale om minimumsværdier.

Den interne validitet af den danske udgave af ADHD-RS er høj, præcis som den blev fundet i det amerikanske standardiseringsstudie (7), og faktorana-



TABEL 4

Interraterreliabilitet (forældre-lærer). Pearsonkorrelationer ($n = 571$).

	Forældre			totalscore
	uopmærksom	hyperaktiv/impulsiv	adfærdsforskyrrelse	
Lærer				
Uopmærksom	0,47*			
Hyperaktiv/impulsiv		0,46*		
Adfærdsforskyrrelse			0,30*	
Totalscore				0,47*

*) Højsignifikant ($p < 0,001$)

lysen understøtter de tre subskalaer, som tillige udgør fundamentet i ADHD-diagnosens definition.

Præcist som i de amerikanske normer fandtes i de danske normscorer signifikante kønsforskelle i både uopmærksomheds- og hyperaktivitet/impulsivitetsscorer og aldersgruppeforskelle i hyperaktivitet/impulsivitetsscoren. Som forventet var den ældste aldersgruppe den mindst hyperaktive-impulsive.

Der er foretaget standardisering af ADHD-RS i flere lande. Den tværkulturelle reliabilitet og validitet er undersøgt i et enkelt studie (13), hvor man fandt store forskelle landene imellem. I en islandsk standardisering af ADHD-RS fandtes der scorer, som i betydelig grad ligner de danske (14). I evalueringen af ADHD-RS bør der anvendes nationale normer, der er baseret på barnets køn og alder. Vi fandt de samme tendenser som amerikanerne, om end køns- og aldersforskellene var mindre udtalte. Men amerikanske skolebørn scores betydeligt højere end de danske.

Styrken ved ADHD-RS er dets udbredte anvendelse i litteraturen og subskalaernes understøttelse af de diagnostiske kriterier. ADHD-RS er brugervenligt og letter indsamlingen af data i de to vigtigste miljøer barnet befinder sig i (hjemmet og skolen). Der er ikke foretaget en test-retest-analyse, men en sådan bør udføres i såvel en normal som en klinisk stikprøve for at belyse reliabiliteten af spørgeskemaerne.

KONKLUSION

Formålet med denne artikel er, at gøre læseren opmærksom på, at der nu eksisterer standardiserede normative data for ADHD-RS på danske børn og unge. Såvel i forældre som i lærerbedømmelsen af børnene fandtes væsentlig køns- og aldersvariation. Når sværhedsgraden af ADHD-symptomer skal bedømmes, er det derfor nødvendigt at relatere scoren til gennemsnittet for et barn af samme køn og alder. De normative data er nu implementeret i BupBase og benyttes til at vurdere sværhedsgraden af ADHD og til at belyse behandlingseffekten i den hospitalsbase-rede børne- og ungdomspsykiatri.

KORRESPONDANCE: Niels Bilenberg, Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense.

E-mail: niels.bilenberg@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 27. januar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Oversættelsen af ADHD-RS er sponsoreret af Novartis.

LITTERATUR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual mental disorders, 4th edition (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: 1994.
2. Henvissningsmønstre. BupBase. 2007.
3. Gumpel T, Wilson M, Shalev R. An item response theory analysis of the Conners Teacher's Rating Scale. *J Learn Disabil* 1998;31:525-32.
4. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.

5. Obel C, Dalsgaard S, Stax HP et al. [Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Dan). A new instrument for psychopathologic screening of children aged 4-16 years]. *Ugeskr Læger* 2003;165:462-5.
6. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:168-79.
7. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos A et al. ADHD Rating Scale – IV. New York: The Guilford Press; 1998.
8. Bilenberg N. The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999;398:2-52.
9. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
10. Barkley R, Gwyneth EH, Arthur LR. Defiant Teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention. New York: The Guilford Press; 1999.
11. Bilenberg N, Isager T, Buchhave J. BupBase – en klinisk kvalitetsdatabase i børne- og ungdomspsykiatri. *Ugeskr Læger* 2001;163:6002-4.
12. Kristensen S, Jensen CM, Winding TN et al. Lav deltagelsesprocent i børnepsykiatrisk epidemiologisk forskning – Er der grund til bekymring? *Ugeskr Læger* 2009.
13. Ralston SJ, Lorenzo MJ. ADORE – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13 Suppl 1:136-42:136-142.
14. Magnusson P, Smari J, Gretarsdottir H et al. Attention-Deficit/Hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: assessment with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. *Scand J Psychol* 1999;40:301-6.

Vejlederes holdninger til kompetencevurdering af turnuslæger

Specialkonsulent Ann-Helen Henriksen & professor Charlotte Ringsted

RESUME

INTRODUKTION: I ønsket om at forbedre den postgraduate lægeuddannelse er kompetencevurdering introduceret. Kompetencevurdering er et nyt fænomen i dansk kontekst. Formålet med studiet er at undersøge vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering af turnuslæger set i relation til brug af en logbog.

MATERIALE OG METODER: Der gennemførtes semistrukturerede interview med 13 kliniske vejledere. De blev udvalgt med det formål at få repræsentanter fra internmedicin, kirurgi og almenmedicin. Interviewene blev optaget og udskrevet. Data blev analyseret via kodningsprogrammet Ethnograph, version 5.0.

RESULTATER: Logbogen betragtes og bruges som en tjekliste. Den altdominerende kompetencevurderingsmetode er indirekte vurdering frem for direkte struktureret observation. Vurderingen baseres primært på et generelt indtryk, som snarere handler om professionalismisme end om de 124 kompetencemål fra logbogen.

KONKLUSION: Dette studie viser en historisk og kulturelt forankret forståelse af uddannelse hos vejlederne, som kan relateres til traditioner for mesterlære. Når man introducerer begreber som kompetencevurdering, er det essentielt at sikre forståelsen af disse. Kvalificering af vejlederne via kurser kan være et skridt på vejen, men man må være opmærksom på, at ændring af historisk og kulturelt forankrede forståelser er en længerevarende proces.

I Speciallægekommissionens Betænkning nr. 1384 fra maj 2000 lød en af anbefalingerne, »at der fremover foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger, og at denne har karakter af fortløbende og konsekvenshavende formativ evaluering« [1]. Dette kunne tolkes i to retninger. Den ene med vægt på formativ evaluering – dvs. med et læringsperspektiv og den anden med vægt på det konsekvenshavende, som kendetegner summativ evaluering.

I november 2003 kom en ny målbeskrivelse med 124 mål for turnusuddannelsen, og det blev angivet, »at kompetencevurdering foretages kontinuerligt gennem hele turnusforløbet« [2]. Rammen for, hvorledes den samlede vurdering skulle foregå, blev fastlagt af de enkelte amter. Det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) valgte at fokusere på det summative aspekt, og kompetencevurdering blev obligatorisk. H:S og Københavns Amt udviklede i sam-

arbejde en logbog, hvor målene blev fordelt på kirurgiske, internmedicinske og almenmedicinske ophold. Flere mål blev tematisk sammenlagt i kompetencekort.

Den logbog, der blev udviklet for turnus, har fokus på konsekvensperspektivet snarere end læringsperspektivet. Det er en logbog for underskrifter, som skal dokumentere opnåede mål for kompetence.

Konsekvenshavende klinisk kompetencevurdering i den postgraduate lægeuddannelse har været anvendt i længere tid i udlandet [3].

Internationalt bruges begrebet logbøger typisk om redskaber til registrering af erfaringer. Fokus er primært på læringsperspektivet samt ønsket om at optimere dialogen mellem den uddannelsessøgende og dennes vejleder [4-6]. Disse erfaringsregistreringer anses dog ikke for egnede til egentlig kompetencevurdering [7]. Da kompetencevurderingsbegrebet som konsekvens var nyt i dansk kontekst, ønskede vi at undersøge følgende: Hvad er vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering set i relation til brugen af logbogen?

MATERIALE OG METODER

Til indsamling af informationer valgte vi den kvalitative metode semistrukturerede interview, som er velegnet, når man ønsker at kunne gå i dybden med spørgsmål samt undersøge holdninger nærmere. For at opnå det bredest mulige datagrundlag, valgte vi at rekruttere vejledere, så der var repræsentanter fra alle hospitaler i det tidligere H:S, kirurgiske-, internmedicinske- og almenmedicinske specialer samt både mænd og kvinder. Hospitalsvejlerne blev udvalgt via kontakt til de uddannelsesansvarlige overlæger på de respektive afdelinger. Almenpraktiserende vejledere blev tilfældigt udvalgt fra en liste og kontaktet direkte. Rekrutteringsmetoden var et pragmatisk valg ud fra, hvad der var praktisk muligt.

Interviewene tog ca. 30 minutter og var struktureret via en spørgeguide omkring tre hovedspørgsmål:

1. Hvordan bliver logbogen brugt i klinikken?
2. Hvad er holdningen til brug af logbogen?

ORIGINALARTIKEL

Rigshospitalet, Center for Klinisk Uddannelse



Modelfoto af vejleder-
møde.

3. Hvad er den generelle holdning til kompetencevurdering af turnuslæger?

Interviewene blev transskriberet i anonymiseret form og overført til det elektroniske kodningsprogram Et-nograh, version 5.0, for nærmere analyse. For at generere overordnede generelle temaer, blev der lavet en indholdsanalyse ud fra tre strategier [8].

1. Meningskondensering: Begge forfattere læste interviewene igennem for at udvikle en kodebog. Den færdige kodebog bestod af i alt 42 koder i et familietræ med tre niveauer.
2. Meningskategorisering: Førstefortæller kodede alt datamaterialet. Interviewene blev udskrevet og læst af begge forfattere, som i en konsensusproces tog stilling til kodningen.
3. Meningsfortolkning. Enhederne af de kodede data blev i fællesskab relateret til hinanden, og der blev udledt overordnede generelle temaer.

RESULTATER

Ti hospitalsvejledere og tre vejledere fra almen praksis blev interviewet. Alle kontaktede hospitalsvejledere indvilgede i at deltage, mens to ud af fem kontaktede vejledere fra almen praksis afslog med begrundelsen manglende tid. Om end der var visse variationer i udsagnene fra de forskellige vejledere, opnåedes der hurtigt mætning vedrørende de generelle opfattelser af brug af logbogen og holdning til kompetencevurdering.

Af analysen kunne udledes fire overordnede generelle temaer i forhold til vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering set i relation til brugen af logbogen:

1) Indirekte vurdering af kompetence, 2) Afkrydsning af klinisk erfaring, 3) Tillid til turnuslægenes selvsvurdering samt tilbagemeldinger fra organisationen og 4) Holistisk indtryk af turnuslægens professionelle formåen. Citaterne er udvalgt repræsentativt for de enkelte temaer. Tallet i parentes henviser til interviewpersonen.

1. Indirekte vurdering af kompetence

Udsagn om den faktiske brug af logbogen viser, at indirekte vurdering af turnuslægenes kliniske erfaringer er den altdominerende kompetencevurderingsmetode frem for direkte struktureret observation.

»Hvis jeg kan læse i deres patientjournaler, at de har lavet en eller anden praktisk procedure, betragter jeg det som dokumentation« (7).

»Det er et eller andet generelt indtryk af turnuslægens arbejde – ud fra hvad de siger på konferencer, eller når man tilfældigt hører dem tale med patienter – men det er ikke en struktureret observation« (3).

»Altså jeg beder dem om at finde den seniør læge, som har gennemgået deres journal, og så få vedkommende til at underskrive« (5).

2. Afkrydsning af klinisk erfaring

Logbogen betragtes som en tjekliste for opnået erfaring med procedurer og patientkategorier frem for en dokumentation af vurderet kompetence.

»Vi bruger logbogen som en tjekliste« (8).

»Vi bruger den til møderne, hvor vi krydser af: det er nået, det er nået, og det er nået« (1).

»Jeg bruger den på introduktionsmødet, midtvejsmødet og evalueringsmødet. På introduktionsmødet fortæller jeg, hvad der forventes af dem, på midtvejsmødet går vi listen igennem, og jeg begynder at underskrive målene« (6).

3. Tillid til turnuslægenes selvsvurdering samt tilbagemeldinger fra organisationen

Der er stor tillid til turnuslægenes selvevaluering og til organisationens tilbagemeldinger. Man stoler på, at turnuslægerne er i stand til at vurdere deres egen kunnen.

»Vi har ikke observeret ret meget af det, så vi stoler på det, de fortæller os, og på deres noter i journalerne« (11).

»Vi har naturligvis ikke observeret alt, hvad de har lavet.

I nogle tilfælde stoler jeg på dem, hvis de siger »det kan jeg godt«, uden jeg er i stand til at dokumentere det« (1).

»Jeg bliver nødt til at stole på ham, selv om jeg ikke har observeret det« (13).

»Jeg ved jo mere eller mindre hvilke type patient-

ter, de har set, og så spørger jeg, om de føler sig kompetente – jeg tror, de er ret fornuftige, de kan godt vurdere sig selv« (12).

Der er tillid til, at inkompetente turnuslæger bliver opdaget, når en ældre læge tilser patienten efterfølgende, samt at det uformelle informationssystem i organisationen vil afsløre problemer.

»Vi tilser altid patienten efterfølgende, og på den måde ved vi, om turnuslægen er i stand til at lave passende planer. Vi får et generelt indtryk med eller uden en logbog« (10).

»Man får altid mere information [om turnuslægen], hvis det er dårligt nyt end godt nyt – det er sådan, det fungerer« (6).

»Der vil altid være rygter, som på enhver anden arbejdsplads. Så du har altid en fornemmelse af hvem, der er kompetent, og hvem der ikke er« (9).

4. Holistisk indtryk af turnuslægens professionelle formåen

Vejlederne giver udtryk for, at deres vurdering af turnuslæger primært er baseret på et generelt holistisk indtryk.

»Jeg vurderer på baggrund af mit generelle indtryk, og det er det, jeg baserer min underskrift på ... det er et generelt billede du får, som også afspejler, hvad de ansatte fortæller om den enkelte person« (8).

»Kompetencevurdering er det modefænomen i øjeblikket, som skal løse alle vores problemer. Men det er skalkeskjul – for det, vi i virkeligheden vurderer, er ikke det, vi bliver bedt om – man vurderer ikke folk på den måde i den virkelige verden – det er mere et generelt indtryk« (4).

»Når de har været her i det halve år, så spørger du dig selv, har de indfriet forventningerne?«, og så tilpasser du det til målene« (12).

Der stilles spørgsmålstegn ved kompetencevurdering via struktureret observation og ved indholdet af logbogen.

»Altså ... 124 mål er alt for mange, og en del af dem har de allerede haft på universitetet. De skal i stedet lære at blive læge – at fungere i et team og i en hospitalsorganisation og lære at prioritere« (5).

»Det, som skal vurderes, er, om de slipper rollen som studerende og påtager sig ansvar over for patienter og kollegaer« (2).

»De skal have hår på brystet – det, en turnuslæge skal lære, er at være i stand til og have mod til at tage beslutninger – både medicinske og etiske ... og nogle gange at beslutte ingenting at gøre, hvilket er den sværeste beslutning overhovedet« (9).

DISKUSSION

Dette studie baserer sig på vejledernes beretninger om den konkrete brug af en logbog for turnusud-

dannelsen samt deres holdninger til kompetencevurdering af turnuslæger. Det var vores indtryk, at alle vejledere var meget villige til åbent at fortælle om brugen af logbogen. Personlige holdninger blev givet spontant. Trods variationer i udsagnene fra vejlederne har alle bidraget til det overordnede billede, den begrebsmæssige generalisering, som var formålet med dette studie.

Dette studie viser overordnet, at logbogen primært bliver betragtet og brugt som en tjekliste til registrering af klinisk erfaring. Underskrifter i logbogen foretages oftest ved de tre formelle vejledersamtaler. Vurdering af turnuslæger baseres sjældent på direkte observation af turnuslægens præstationer i forhold til definerede kompetencemål. Der er i stedet tale om en generel og indirekte vurdering, der bl.a. baserer sig på kilder som f.eks. turnuslægens patientjournaler, turnuslægens udsagn samt selvsvurdering eller uformelle tilbagemeldinger fra kollegaer. Udsagn vedrørende det generelle indtryk fokuserer i højere grad på temaer, som omhandler professionalismisme end på de 124 kompetencemål fra logbogen. Overordnet set handler vejledernes udsagn om overgangen fra at være studerende til det at blive læge. En mulig forklaring kan være manglende erfaring med formel kompetencevurdering eller eksamination i den postgraduate videreuddannelse for læger. Samtidig er tjeklister kendt og brugt gennem mange år, specielt i de kirurgiske specialer, og denne tradition påvirker formentlig holdningen til og brugen af logbogen.

Dette studie viser vanskeligheden ved at introducere målstyret kompetencevurdering i en traditionel arbejdsbaseret uddannelse. Resultaterne afslører over en bred kam en forståelse af uddannelse, som ligger tæt op ad sociale teorier om arbejdsbaseret læring [9]. Heri ligger måske nogle af forklaringerne på vanskelighederne med at introducere formel kompetencevurdering.

Arbejdsbaseret uddannelse bliver af sociale læringsteoretikere karakteriseret som en proces af tiltagende deltagelse i arbejdsfællesskaber, hvor det essentielle for læring og professionel udvikling er adgang til og deltagelse i arbejdsaktiviteter [10]. Vores studie viser, at vejlederne i vid udstrækning fokuserer på »deltagelse i arbejdsmæssige aktiviteter«, når de gennemgår logbogen med turnuslægen ved de formelle vejledermøder. Ud fra et kompetencevurderingssynspunkt er adgang til arbejdsmæssige aktiviteter imidlertid ikke tilstrækkeligt i sig selv, idet man i dette perspektiv snarere fokuserer på vurdering af kvaliteten i præstationer ud fra definerede kompetencemål [11].

Vejledernes kritik af logbogens opstillede kompetencemål kan ligeledes relateres til sociale lærings-

teorier om arbejdsbaseret uddannelse. Det ses i vejledernes opfattelse af professionel udvikling af turnuslæger som værende karakteriseret ved en stigende social integrationsproces [12]. Det ses også i udsagn om vigtigheden af at vurdere, hvordan den enkelte turnuslæge håndterer overgangen fra det at være studerende til det at blive læge. Her fokuseres på identitetsudvikling [13, 14] og ikke på specifikt definerede kompetencemål. Ud fra denne tankegang kan opstillingen af kompetencemål og kompetencevurdering virke reduktionistisk og eventuelt meningsløst [15, 16].

Endelig kan måden at anvende logbogen på samt tilliden til dels turnuslægens egne udsagn og selvvurdering, dels tilbagemeldinger fra organisationen, ansues som en praktisk nødvendighed for vejlederne. Det er muligt, at vejlederne føler, at der på grund af produktionspresset ikke er tid til direkte observation af turnuslægerne. Det kan synes umiddelbart uproblematisk at stole på udsagn om mængde og type af aktivitet. Ikke desto mindre stoler nogle vejledere også på turnuslægenes selvvurdering af kvaliteten af deres præstationer. Problemet med dette er imidlertid, at vurdering af egen kompetence er meget upræcis, specielt ved inkompetence [17, 18].

Dette studie viser en historisk og kulturelt forankret forståelse af uddannelse hos vejlederne, som kan relateres til traditioner for mesterlære. Når man introducerer nye uddannelsesbegreber som f.eks. kompetencevurdering, er det essentielt at sikre forståelsen af disse. Kvalificering af vejledere via kurser kan være et skridt på vejen, men man må være opmærksom på, at ændring af historisk og kulturelt forankrede forståelser er en længerevarende proces.

KORRESPONDANCE: Ann-Helen Henriksen, Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: ann-helen.henriksen@rh.regionh.dk

ANTAGET: 14. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Fremtidens speciallæge, betænkning fra speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384, København: Sundhedsministeriet, 2000:32.
2. Målbekrivelse for turnus. København: Sundhedsstyrelsen, 2003:4.
3. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356:387-96.
4. Paice E, Moos F, West G et al. Association of use of a log book and experience as a preregistration house officer: interview survey. *BMJ* 1997;314:213-5.
5. Kelly DR & Murry TS. The development and evaluation of a personal log for Senior House Officers. *Med Educ* 1999;33:260-6.
6. Daelmans HEM, Hoogenboom RJJ, Scherpbier AJJA, et al. Effects on an in-training assessment programme on supervision of and feedback on competences in undergraduate internal medicine clerkship. *Med Teach* 2005;27:158-63.
7. Shumway JM & Harden RM. AMEE guide No. 25: The assessment of learning outcome for the competent and reflective physician. *Med Teach* 2003;25:569-84.
8. Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Rietzels Forlag, 1994.
9. Nielsen K og Kvale N (red). Mesterlære – Læring som social praksis. København: Hans Rietzels Forlag, 1999.
10. Lave J og Wenger E. Situated Learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
11. Long DM. Competency-based residency training: The next advance in graduate medical education. *Acad Med* 2000;75:1178-83.
12. Akre V, Ludvigsen SR. Learning medical practice. *J Nord Educ Res*, 1997;17:152-9.
13. Illeris K. Learning in working life. Roskilde: Roskilde University Press, 2006.
14. Bleakly A. Pre-registration house officers and ward-based learning: a "new apprenticeship" model. *Med Educ* 2002;36:9-15.
15. Swanwick T. Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Med Educ* 2005;39:859-65.
16. Huddle TS and Heudebert GR. Taking apart the art: The risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med* 2007;82:1-6.
17. Regehr G and Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Clin Ort Res* 2006;449:34-8.
18. Dunning D, Johnson K, Ehrlinger et al. Why people fail to recognise their own incompetence. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12:83-7.

Helbredsbedingede kørekortfornyelser

Afdelingslæge Anne-Lene Boe, læge Henrik Trykker & afdelingslæge Klaus Krogh

RESUME

INTRODUKTION: Helbredsbedingede kørekortfornyelser behandles ved Embedslægeinstitutionerne (ELI). Formålet var blandt patienter < 70 år at beskrive fordelingen på patientgrupper samt konsekvenser og reproducerbarhed af sagsbehandlingen.

MATERIALE OG METODER: I seks måneder blev alle kørekortsager behandlet ved ELI Region Midt gennemgået. Baggrundsoplysninger, kilder til oplysninger samt anbefalinger blev registreret. Reproducerbarheden blev undersøgt i 35 sager.

RESULTATER: I alt 923 sager blev behandlet. De hyppigste diagnosegrupper var insulinbehandlet diabetes (23%), epilepsi (20%), dissemineret sklerose/amyotrofisk lateralsklerose/Parkinsons sygdom (8%) og tabletbehandlet diabetes (8%). Hos 78% indhentes yderligere oplysninger, hos 7% indhentes oplysninger fra egen læge, hos 6% fra anden speciallæge, hos 6% vurdering ved bilinspektøren og hos 9% anbefales orienterende køreprøve. Resultatet af vurderingen blev i 9% tidsubegrænset kørekort, 86% fik tidsbegrænsning, 8% fik specialindretning af køretøj, 3% midlertidigt kørselsforbud og 3% afgav kørekortet. Der var store forskelle imellem diagnosegrupperne. Reproducerbarheden af beslutningerne var rimelig ($\kappa = 0,35$).

KONKLUSION: Patienter henvist mhp. helbredsbedingede kørekortfornyelser udgør en meget heterogen gruppe. Hos hovedparten er de primært indhentede oplysninger ved egen læge tilstrækkelige, og de fleste får tidsbegrænset kørekort.

Flere grupper med kroniske sygdomme eller handicap har en øget risiko for trafikuheld. Mange lande har derfor regler for helbredsbedingede kørekortsvurdering. I Danmark reguleres området af Sundhedsstyrelsens (SST) vejledning: *Arbejdsgang ved vurdering af helbredskrav for førere af motorkøretøjer* [1], som er udarbejdet på baggrund af bekendtgørelse [2] og cirkulære [3] om kørekort. Vurderingen af helbredsbedingede kørekortssager varetages af politiet, der vejledes af landets Embedslægeinstitutioner (ELI). I tvivlstilfælde kan der indhentes yderligere oplysninger fra egen læge eller anden speciallæge, ligesom en orienterende køreprøve kan arrangeres og specialindretning af køretøj kan foretages. ELI er en del af SST, og i mere principielle tvivlstilfælde kan der foretages en bredere drøftelse i styrelsen.

Kørekortbehandling lægger beslag på betydelige resurser, inddrager et stort antal praktiserende læger og andre speciallæger, og påfører patienterne

besvær. Trods dette er der ikke publiceret en beskrivelse af omfang, sagsforløb eller konsekvenser af helbredsbedingede kørekortsvurderinger i Danmark. Da vurderingen indeholder et vist skøn, er det endvidere relevant at kende reproducerbarheden af dette.

Formålene med denne undersøgelse var derfor: At beskrive fordelingen af helbredsbedingede kørekortbehandlinger på patientgrupper, at beskrive konsekvenserne af sagsbehandlingen og at vurdere reproducerbarheden af de truffe beslutninger.

MATERIALE OG METODER

Igennem en seks måneders periode (15.3.2007 til 1.10.2007 (fraset to ugers ferie)) blev samtlige nyhenviste kørekortsager, der blev tilsendt ELI Region Midt gennemgået. I undersøgelsen indgik personer, der på grund af sygdom eller handicap skulle have en lægelig vurdering af, om de opfyldte kriterierne for at oppebære kørekort eller få fornyet kørekort (Gruppe 1-kørekort). Følgende blev frasortet: Gruppe 2-kørekort (til lastbil, bus, hyrevogn), kørekort til personer over 70 år og kørekort til personer med misbrug. Kørekortansøgningerne blev som vanligt i ELI Midt tilfældigt fordelt mellem afdelingens syv læger. Efterfølgende blev alle sagerne fulgt op internt i ELI i »Kørekortdatabasen«. I et mindre antal sager kunne samtlige oplysninger ikke findes internt i ELI, men fandtes med hjælp fra Politiets motorkontor.

I denne opgørelse blev patienterne inddelt i diagnosegrupper på baggrund af *Blanket til helbredsoplysninger ved ansøgning om kørekortfornyelse*, der blev udfyldt ved egen læge og sendt til Motorkontoret. I tilfælde, hvor der er behov for yderligere lægelig vurdering, bliver helbredsattesterne sendt til ELI. Helbredsattesterne udgør kernen i sagsbehandlingen, og patienterne blev som i disse inddelt i: a) øjensygdomme, b) høreproblemer, c) bevægeapparat-sygdomme, d) hjerte-kar-sygdomme, e) diabetes, f) neurologiske sygdomme, g) psykiatriske lidelser, h) nyresygdomme. Hver gruppe blev yderligere underinddelt. Personer med flere diagnoser blev rubriceret under den mest betydende af disse.

Under sagsbehandlingen i ELI er der grundlæggende følgende muligheder: a) en umiddelbar afgørelse på det foreliggende eller b) indhentelse af yderligere oplysninger.

ORIGINALARTIKEL

Embedslægeinstitutionen, Region Midt, og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Neurogastroenterologisk Enhed, Medicinsk Hepatologisk og Gastroenterologisk Afdeling V

I denne opgørelse blev punkt b) inddelt i følgende kategorier alt efter, hvor information skulle indhentes: 1) egen læge, 2) anden speciallæge, 3) bilinspektør, 4) praktisk køreprøve, 5) udtalelse fra SST.

Herefter blev der noteret, hvad konklusionen blev på sagsbehandlingen i ELI. Der var grundlæggende følgende mulige anbefalinger: 1) ingen tidsbegrænsning ud over den for alderen gældende, 2) tidsbegrænsning af kørekortet, 3) kørselsforbud og 4) specialindretning af bil.

I reproducerbarhedsdelen af studiet indgik 35 tilfældigt udvalgte (udtrukket på forudbestemte datoer) nye sager, der var tilfældigt fordelt efter afdelingens »rulleskema« til afdelingens syv læger, således at den samme sag blev set af to forskellige. Disse var ikke klar over, hvilke sager det drejede sig om.

Alle data indtastedes in SPSS-PC version 5.0.2. Kappaværdier beregnedes som udtryk for reproducerbarheden af de 35 tilfældigt udvalgte sager. I resten af studiet anvendtes udelukkende deskriptiv statistik.

RESULTATER

Kørekortssager behandlet i Embedslægeinstitutionen

I undersøgelsesperioden indsamledes alle 923 relevante sager konsekutivt, 331 (36%) kvinder og 592 (64%) mænd, alder 16-69 år (gennemsnit 43 år). Ansøgerne fordelte sig i diagnosegrupper som beskrevet i Tabel 1.

Oplysninger indhentet af Embedslægeinstitutionen

I langt de fleste tilfælde (n = 723 (78%)) blev der ikke bedt om yderligere oplysninger (Figur 1). I 9% (n = 82) af tilfældene ønskedes en vejledende helbredsbebetiget køretest. Det var helt overvejende de medfødte/traumatiske bevægeapparatslidelser (56% af henviste) og apopleksigruppen (36% af henviste), der blev henvist til køretest, eller hvor der blev bedt om yderligere oplysninger fra egen læge eller anden speciallæge. De grupper, hvor sagsbehandlingen var mest ukompliceret, var insulinbehandlet diabetes, tabletbehandlet diabetes og epilepsi/kramper/



TABEL 1

Patienter henvist med henblik på helbredsbebetiget kørekortvurdering.

Hovedgruppe	Diagnose	n (%)	♀/♂, n	Alder, år (gennemsnit)
Øjensygdomme, n = 11 (1%)	Øjensygdomme	11 (1)	4/7	17-63 (37)
Muskuloskeletale lidelser, n = 89 (10%)	Inflammatoriske ledlidelser	21 (2)	16/5	25-69 (48)
	Muskelsvind/dystrofi	11 (1)	4/7	28-63 (50)
	Medfødte/traumatisk betingede	38 (4)	13/25	16-67 (41)
	Nedsat kraft pga. erhvervede sygdomme	19 (2)	12/7	21-63 (48)
Hjerte-kar-lidelser, n = 75 (8%)	Apopleksi/hæmoragi/TCl	47 (5)	6/41	17-69 (54)
	AMI/iskæmisk hjertesygdom	9 (1)	1/8	40-69 (56)
	Hjerterytmeforstyrrelser	7 (1)	2/5	33-69 (56)
	Andre hjerte-kar-lidelser	12 (1)	6/6	17-69 (45)
Diabetes, n = 306 (33%)	Insulinbehandlet	216 (23)	66/150	18-69 (46)
	Tabletbehandlet	73 (8)	8/65	20-69 (54)
	Kostbehandlet	17 (2)	1/16	34-64 (53)
Neurologiske lidelser, n = 358 (39%)	Epilepsi/kramper/narkolepsi	188 (20)	78/110	18-67 (34)
	Lipotymi/svimmelhed	65 (7)	46/19	17-62 (27)
	Dissemineret sklerose/ALS/ morbus Parkinson	75 (8)	33/42	17-69 (51)
	Polio/medfødte neurologiske lidelser/traumatiske hjernelæsioner	14 (2)	6/8	32-60 (50)
	Andre neurologiske lidelser	16 (2)	8/8	18-66 (40)
Psykiatriske lidelser, n = 81 (9%)	Skizofreni/psykotiske symptomer	29 (3)	6/23	18-69 (40)
	Maniodepressiv sindslidelse	9 (1)	5/4	19-62 (34)
	ADHD/DAMP	19 (2)	6/13	17-45 (21)
	Aspergers syndrom/personlighedsforstyrrelser/angstlidelser	17 (2)	5/12	18-51 (27)
	Andre psykiatriske tilstande	7 (1)	2/5	20-53 (33)
Nyresygdom, n = 2 (0,2%)	Dialysebehandling	2 (0)	1/1	18 (18)
Andet, n = 1 (0,1%)	Kartageners syndrom	1 (0)	0/1	43 (43)

TCl = transitorisk cerebral iskæmi; AMI = akut myokardieinfarkt; ALS = amyotrofisk lateralsklerose; ADHD/DAMP = attention deficit and hyperkinetic disorder/deficit in attention, motor control and perception.



TABEL 2

Konsekvensen af sagsbehandlingen, antal sager (%).

Diagnose	Tids- ubegrænset	Tids- begrænsning	Midlertidigt kørselsforbud	Specialindretning af køretøj	Tvungen/frivillig afgivelse af kørekort
Apopleksi, (n = 47)	13 (28)	30 (64)	1 (2)	8 (17)	3 (6)
Insulinbehandlet diabetes mellitus (n = 216)	3 (1)	208 (96)	4 (2)	2 (1)	1 (1)
Tabletbehandlet diabetes mellitus (n = 73)	0	73 (100)	0	0	0
Epilepsi/kramper/narkolepsi (n = 188)	3 (2)	173 (92)	8 (4)	0	4 (2)
Lipotymi (n = 65)	8 (12)	49 (75)	7 (11)	1 (2)	1 (2)
Dissemineret sklerose/amyotrofisk lateralsklerose/morbus Parkinson (n = 77)	2 (3)	71 (92)	0	12 (16)	4 (5)
Medfødte/traumatiske muskuloskeletale lidelser (n = 38)	21 (55)	16 (42)	0	23 (61)	1 (3)
Samtlige kørekortsager (n = 923)	80 (9)	794 (86)	26 (3)	69 (8)	24 (3)

narkolepsi, hvor der i henholdsvis 90%, 96% og 90% af sagerne ikke ønskedes yderligere oplysninger eller køreprøve.

Konsekvenser af sagsbehandlingen i Embedslægeinstitutionen

Tabel 2 viser konsekvensen af sagsbehandlingen. Langt hovedparten af alle sager endte med en tidsbegrænsning (n = 794 (86%)), mens en mindre del (n = 80 (9%)) endte med den almindelige for alderen gældende tidsbegrænsning (der i tabellen kaldes *tids-ubegrænset*). I alt 3% (n = 26) fik et midlertidigt kørselsforbud og 3% (n = 24) afstod kørekortet. Gruppen af medfødte/traumatiske bevægeapparatslidelser skilte sig ud, idet 55% (n = 21) fik tidsubegrænset kørekort og 42% (n = 16) tidsbegrænset kørekort.

Tabel 2 viser også, at specialindretning af køretøj blev anbefalet i 8% (n = 69) af tilfældene. I apopleksigruppen var dette tal 67% (n = 8) og i gruppen med medfødte/traumatiske bevægeapparatslidelser 61% (n = 23).

Ser man på varigheden af tidsbegrænsningen, fik langt de fleste (n = 508 (62%)) to års tidsbegrænsning og 26% (n = 215) fem års tidsbegrænsning. Ved insulinbehandlet diabetes og ved dissemineret sklerose/amyotrofisk lateralsklerose/Parkinson sygdom fik næsten alle, henholdsvis 90% (n = 192) og 96% (n = 67), to års tidsbegrænsning. Ved tabletbehandlet diabetes fik 37% (n = 27) to års tidsbegrænsning, 60% (n = 44) fem års tidsbegrænsning og 3% (n = 2) et års tidsbegrænsning. Ved medfødte/traumatiske bevægeapparatslidelser fik 16% (n = 6) tidsbegrænsning på to år eller mindre og 26% (n = 10) fem års tidsbegrænsning.

Sagsbehandlingen i ELI førte til en reel ændring af *udgangspunktet* ved 1) midlertidigt kørselsforbud (n = 26 (3%)), 2) specialindretning af køretøj (n = 69 (8%)) og 3) afgivelse af kørekort (n = 24 (3%)).

I alt skete der således en intervention i 119 (13%) sager.

Ønskes blot en vurdering af behovet for specialindretning af køretøj, henvises der til bilinspektøren, og ønskes herudover en vurdering af køreevnen, henvises der til en vejledende helbredsmæssig køretest. I alt 82 personer blev henvist til vejledende helbredsmæssig køretest. Af disse undlod ni at gå til køreprøve. Af de 73, der gik til køreprøve, dumpede fire (6%), og 69 (94%) bestod.

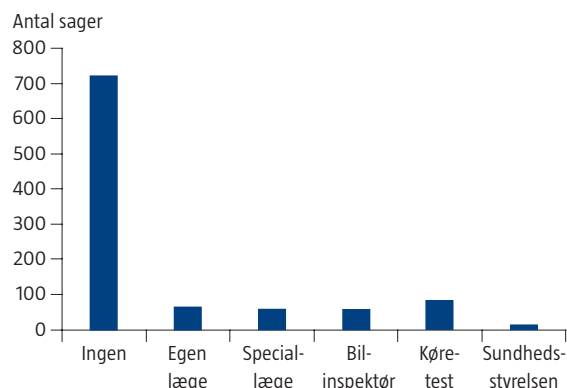
Reproducerbarhed af sagsbehandlingen i Embedslægeinstitutionen

I reproducerbarhedsstudiet (Tabel 3) fandtes en kapkvotient på 0,35. Det vil sige rimelig overensstemmelse mellem første og anden vurdering af de samme kørekortsager foretaget af to forskellige embedslæger. Kørekortsagerne med bedst (næsten fuld) overensstemmelse var sagerne, hvor der blev givet en fornyet tidsbegrænsning. Der var i ingen af sagerne overensstemmelse mellem, hvorvidt der ønskedes



FIGUR 1

Behov for yderligere oplysninger i behandlingen af kørekort.





TABEL 3

Reproducerbarhed af primær sagsbehandling i Embedslægeinstitutionen, antal sager.

Anbefaling af	Tidsbegrænset kørekort ^a	Tidsbegrænset kørekort	Yderligere oplysninger fra egen læge	Yderligere oplysninger fra speciallæge	Køretest/bilinspektør/ bredere vurdering i Sundhedsstyrelsen
Tidsbegrænset kørekort ^a					
Tidsbegrænset kørekort	3	18		1	2
Yderligere oplysninger fra egen læge			1	2	
Yderligere oplysninger fra speciallæge	1	2	1		1
Køretest/ bilinspektør/ bredere vurdering i Sundhedsstyrelsen					3

a) Den almindelige, for alderen gældende tidsbegrænsning.

oplysninger fra speciallæge. I fire af 35 kørekortsager blev der i den ene vurdering givet »ingen særlig tidsbegrænsning«, mens der i den anden vurdering af disse i tre tilfælde blev givet en tidsbegrænsning, og i et tilfælde ønskedes køretest. I et andet tilfælde blev der i første vurdering anbefalet en tidsbegrænsning og i anden vurdering en køretest. I 18 sager var begge behandlende embedslæger enige om at anbefale tidsbegrænset kørekort. For reproducerbarheden af denne tidsbegrænsnings længde fandtes kappa = 0,55 (moderat).

DISKUSSION

Personer med forskellige sygdomme og medicinske tilstande har en øget risiko for at blive involveret i trafikulykker. Tilstandene kan underinddeles i to grupper: høj- og lavrisiko. I højrisikogruppen er personer med alkoholisme (relativ risiko (RR) = 2,00), neurologiske lidelser (RR = 1,75) mentale lidelser (RR = 1,72) og misbrug af narkotiske stoffer og medicin (RR = 1,58) [4]. I lavrisikogruppen hører personer med syns- og høresvækkelse (RR = 1,09 og RR = 1,19), arthritis/bevægelseshæmninger (RR = 1,17) og hjerte-kar-lidelser (RR = 1,23). I en mellemgruppe hører diabetes mellitus (RR = 1,56) [4]. Tilstandene fører derfor ofte til indskrænkninger i kørekortet. Der er meget lidt evidens for den mest hensigtsmæssige tidsbegrænsning. Et studie viste, at der ikke sås en stigning i antallet af anfaldsrelaterede trafikulykker ved at sænke grænsen for kørselsforbud fra 12 til tre måneder efter epilepsianfald [5]. Et andet studie viste, at restriktioner i kørekortet sænker antallet af biluheld af medicinske årsager [6].

Vores undersøgelse tyder på, at *Blanket til helbredsoplysninger ved ansøgning om kørekortfornyelse*, som bruges i den daglige sagsbehandling, giver en fin gennemgang af basisoplysninger. Der blev således kun i 7% af sagerne bedt om yderligere oplysninger ved egen læge. Apopleksipatienter skiller sig ud som

en gruppe, der kan være svær at bedømme, idet der er stor forskel i evnen til at køre bil, alt efter om det drejer sig om en højre- eller venstresidig skade [7, 8]. Visse forfattere foreslår, at man efter apopleksi kombinerer en praktisk køreprøve med en neuropsykologisk undersøgelse [8, 9]. I denne opgørelse har man ikke i nogen tilfælde anbefalet en neuropsykologisk undersøgelse.

Man kan diskutere det fornuftige i, at diabetesgruppen, som ikke hører til i højrisikogruppen, hvert andet år skal have fornyet kørekortet. Vores tal viser, at 98% af insulin- og alle tabletbehandlede diabetespatienter efter sagsbehandling i ELI ikke oplevede nogen intervention men fik en ny tidsbegrænsning. Et andet væsentligt fund gjaldt medfødte/traumatiske bevægeapparatlidelser, som ofte er stationære. Alligevel fik 42% en tidsbegrænsning af kørekortet og hele 16% en tidsbegrænsning på to år eller mindre. Dette er ikke i overensstemmelse med SST's vejledning på området. Det samme gør sig gældende ved Aspergers syndrom/personlighedsforstyrrelser/angstlidelser, der normalt ikke er hindrende for kørekort på normale vilkår. Her fik 77% en tidsbegrænsning på to eller fem år. Det indtryk, der står tilbage, er, at flere tilstande bliver genstand for en strengere bedømmelse, end SST's retningslinjer tilsiger. Derimod er der i undersøgelsesperioden kun behandlet ni kørekortsager med diagnosen maniodepressiv sindslidelse. Med et befolkningsgrundlag på 1,2 millioner mennesker i Region Midt er det påfaldende få.

Reproducerbarhedsstudiet af anbefalingerne fra de enkelte sagsbehandlere viste en kappaværdi på 0,35 svarende til moderat overensstemmelse [10]. Brugen af kappa som mål for reproducerbarheden er meget forenklet og kan diskuteres [10]. Lægerne ved ELI Midt dækker hele Region Midt. Oplæring og fordeling af opgaver ved andre ELI kan imidlertid være forskellig fra ELI Midt, hvilket kan påvirke den eksterne validitet af vore data. Man kan endvidere argumentere for, at det ikke har betydning, om der bliver

bedt om yderligere oplysninger fra egen læge eller anden speciallæge, men for kørekortansøgeren har det stor praktisk betydning. Det samme gælder, hvorvidt der bliver givet tidsubegrænset eller tidsbegrænset kørekort.

Politiet angiver, at ELI's anbefalinger følges. I 66 sager var det nødvendigt at følge op hos politiet for at finde konsekvensen af sagsbehandlingen i ELI. I 15 af disse havde politiet ikke fulgt ELI's anbefalinger: I otte var en vejledende helbredsbedinget køretest anbefalet, men ikke effektueret, fem var dumpet til køreprøven, men havde ikke fået inddraget kørekortet, og to havde bestået køretesten og fået et tidsubegrænset kørekort på trods af, at anbefalingerne i tilfælde af bestået køretest var to og fem års tidsbegrænsning. Vurdering af samarbejdet imellem ELI og politiet var ikke en del af studiet.

Det er ikke sygdom, der giver den højeste relative risiko for at blive involveret i trafikuheld, men alder og køn [4, 11-13]. Unge mandlige bilister (16-19 år) har en relativ risiko på syv i forhold til gruppen af mandlige køreere med den laveste risiko (45-54 år), mens unge kvindelige bilister (16-19 år) har en relativ risiko på 3,2 i forhold til gruppen af kvindelige køreere med den laveste risiko (35-54 år). Der er endvidere meget, der tyder på for, at den »U-formede« kurve for sammenhængen mellem alder og ulykker for de ældres vedkommende skyldes bias fra andre faktorer end alder [14]. Er det trafiksikkerheden, man har for øje, kan man derfor med evidens foreslå restriktioner i kørekortet for unge [15, 16]. Et andet indsatsområde kunne være indsats mod de uheld, der er betinget af alkohol (RR = 2,0) og stof/medicinmisbrug (RR = 1,58) [4, 9, 17, 18].

Rationalet bag restriktioner i kørekortet er at øge trafiksikkerheden og således undgå uheld. Nogle hævder, at det øger patienternes kompliance i forhold til at følge en behandling, og andre finder [19], at der er »en social forventning om, at bilister, der er i risiko for pludseligt at være ude af stand til at køre, får deres kørerettigheder begrænset«. Der er dog ikke overbevisende evidens for, at restriktionerne i nuværende form øger trafiksikkerheden. Flere [11, 20] har fremført, at der snarere er behov for en individualiseret vurdering, og De Europæiske Arbejdsgrupper [11, 20] anbefaler, at kørekortattester ikke udføres af patientens egen læge, men af en uafhængig læge med specialviden på området.

Samlet finder vi, at der for visse patientgrupper er behov for en revurdering af retningslinjerne for helbredsbedingede kørekort (særligt for diabetikere). Endvidere er det forfatterens vurdering, at man bør undgå en for restriktiv vurdering af kørekortsager og evt. via efteruddannelse opnå en større overensstem-

melse imellem vurderingerne ved de enkelte sagsbehandlende læger.

KORRESPONDANCE: Anne-Lene Boe, Embedslægeinstitutionen, Region Midt, Lyseng Alle 1, DK-8270 Højbjerg. E-mail: alb@sst.dk

ANTAGET: 26. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgang ved vurdering af helbredskrav for førere af motorkøretøjer 2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Bekendtgørelse om kørekort (BEK nr. 1004 af 6.10. 2006).
3. Cirkulære om kørekort (CIR nr. 109 af 14.12.2006).
4. Vaa T. Impairments, diseases, age and their relative risks of accident involvement: Results from meta-analysis. Report to the Institute of Transport Economics 2003. Oslo: Transportøkonomisk Institutt, 2003.
5. Drazkowski JF, Fisher RS, Sirven JI et al. Seizure-related motor vehicle crashes in Arizona before and after reducing the driving restriction from 12 to 3 months. *Mayo Clin Proc* 2003;78:819-25.
6. Marshall SC, Spasoff R, Nair R et al. Restricted driver licensing for medical impairments: Does it work? *CMAJ* 2002;167:747-51.
7. Schanke AK, Østen PE, Hoff E et al. Vurdering av kognitiv egnetted for bilkjøring efter hjerneskade. *Tidssk Norsk Laegeforen* 1999;119:954-8.
8. Schanke AK, Sundet K. Comprehensive driving assessment: neuropsychological testing and on-road evaluation of brain injured patients. *Scand J Psychol* 2000;41:113-21.
9. Sundet K, Goffeng L, Hoff E. To drive or not to drive. *Scand J Psychol* 1995;36:47-58.
10. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991.
11. Second European Working Group on Epilepsy and Driving. Epilepsy and Driving in Europe 2005.
12. MacLeod KM Diabetes and driving: towards equitable, evidence-based decision-making. *Diabet Med* 1999;16:282-90.
13. Hansotia P, Broste S. The effect of epilepsy or diabetes mellitus on the risk of automobile accidents. *N Engl J Med* 1991;324:22-6.
14. Langford J, Methorst R, Hakamies-Blomqvist L. Older drivers do not have a high crash risk – a replication of low mileage bias. *Accid Anal Prev* 2006;38:574-8.
15. Taylor JF, Chadwick D. Risk of accidents in drivers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1996;60:621-7.
16. Lings S. Increased driving accident frequency in Danish patients with epilepsy. *Neurology* 2001;57:435-9.
17. Lapham SC, Smith E, Baca JC. Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:943-9.
18. Metzner JL, Dentino AN, Godard SL. Impairment in driving and psychiatric illness. *Neuropsychiatr* 1993;5:211-9.
19. Simpson C, Dorian P, Gupta A et al. Assessment of the cardiac patient for fitness to drive: Drive subgroup executive summary. *Can J Cardiol* 2004;20:1314-20.
20. Second European Working Group on Diabetes and Driving. Diabetes and driving in Europe 2006.

Dermatomyositis som markør for lungecancer

Reservelæge Bibi Petersen & overlæge Anette Bygum

KASUISTIK

Odense Universitetshospital, Hudafdeling I og Allergicentret

Dermatomyositis (DM) er en autoimmun, inflammatorisk sygdom med karakteristiske hudforandringer og muskelsymptomer. DM forekommer med en incidens på 0,6-1:100.000, hyppigst hos voksne i alderen 40-60 år eller hos børn under ti år. Kvinde-mand-ratioen er 2:1. DM ses som et paraneoplastisk fænomen hos voksne i ca. 30% af tilfældene [1].

SYGEHISTORIE

En 76-årig kvinde blev i juni 2007 henvist fra medicinsk afdeling under diagnosen exanthema medicamentale. Patienten var i femstofs medicinsk behandling mod hypertension. I oktober 2006 udviklede hun et rødt, kløende udslæt i ansigtet og på halsen. De følgende måneder tiltog hudkløen, og udslættet bredte sig til ryg og knæ. Hudstansebiopsier, der var foretaget hos hendes praktiserende hudlæge, gav mistanke til lupus erythematosus eller medikamentel reaktion. Præparatskift var uden effekt på hududslættet, og patienten begyndte at klage over træthed og muskel-led-smerter. På forespørgsel havde hun haft nedsat appetit, synkebesvær og et utilsigtet vægttab på fire kg.

Objektivt var der et heliotropt eksantem i ansigt, på bryst og ryg samt rødviolette plaques over knæ og albuer samt erytem over metakarpofalangeale (MCP), proksimal-interfalangeale (PIP)- og distal-interfalangeale (DIP) led. Lateralt på hofter og lår var hudforandringerne erosive. Der var kapillaritis af samtlige neglebånd. Patienten havde dysartri.

Det kliniske billede gav mistanke om DM. Fornyet hudstansebiopsi viste interfasedermatitis

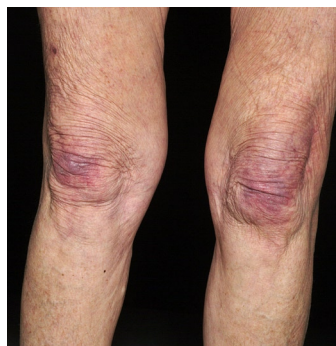
med sparsom superficiel inflammation og mucin i øvre corium, som var forenelig med DM. Biokemisk var der normal kreatinkinase, aldolase og negative myositantistoffer. Afvigende blodprøvesvar var trombocytter 674 ($120-400 \times 10^9/l$), sænkingsreaktion (SR) 80 (1-20 E), myoglobin 70 (< 50 mikrogram/l), alanintransaminase 57 (10-45 E/l) og lavtitrede positive antinukleære antistoffer med homogen kernefarvning. Der blev planlagt udredningsprogram med røntgen af thorax, gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralydsskanning og muskelbiopsi. Ved otologisk tilsyn konstateredes nervus laryngeus recurrens-paralyse. Røntgen af thorax viste en tumor i venstre lunges overlap, og biopsi viste småcellet lungecancer. Patienten blev sat i behandling med prednisolon 30-50 mg daglig, og hun blev overflyttet til Onkologisk Afdeling mhp. kemoterapi og strålebehandling. Trods intenderet kurativ behandling døde patienten af sin cancersygdom efter seks måneder.

DISKUSSION

Hudsymptomer ved DM er karakteristisk et rødviollet eksantem periorbitalt (heliotropt eksantem) med samtidigt periorbitalt ødem, rødviollet eksantem på hals og øvre bryst (V-tegnet), over skuldre, nakke og øvre ryg (sjaltegnet) samt lateralt over hofter og lår (pistolhylstertegnet). Hårbunden kan være afficeret. Ofte ses et violet erytem lokaliseret over MCP-, PIP-, DIP-, albue- og knæ-led (Gottrons tegn). Når udslættet er infiltreret og papuløst, anvendes betegnelsen Gottrons papler, som er patognomonisk for DM (Fi-

FIGUR 1

Gottrons tegn/papler hos denne patient.



gur 1). Periungvalt findes ofte kapillaritis [2]. Der kan ses poikiloderma. Særligt hos børn kan der optræde subkutan calcinose. Hudstansebiopsi vil typisk vise dermalt ødem, mucinaflejring, lymfocytinfiltration, hyperkeratose og papillomatose. Histopatologien kan imitere kutan lupus erythematosus [3]. Myositkomponenten kan optræde før, samtidig med eller efter hudsymptomernes debut, og den manifesterer sig som symmetrisk kraftnedsættelse af den proksimale muskulatur. Myalgi er sjælden. Dysfagi kan ses ved affektion af den tværstribede muskulatur i pharynx og øsofagus [3]. Biokemisk kan der være forhøjede inflammationsparametre, herunder SR og specifikke autoantistoffer kan være positive. Myositis kan give forhøjet kreatinkinase, myoglobin og levertransaminaser. Myositspecifikke antistoffer kan være positive, men var ikke til stede hos aktuelle patient. Muskelbiopsi og elektromyografi (EMG) kan støtte diagnosen. Vores patient havde et klassisk tilfælde af DM, men ifølge de diagnostiske DM-kriterier, der er fremsat af Peter & Bohan i 1975 [4], opfyldte hun kun kriterierne for en sandsynlig DM, idet hun ikke fik foretaget muskelbiopsi eller EMG.

Klinisk kan man ikke skelne mellem benign og paraneoplastisk DM, så patienten bør grundigt udredes med relevante undersøgelser. Der sy-

nes specielt at være en overhyppighed af gynækologisk cancer, luncancer og gastrointestinal cancer. Cancerincidensen er størst omkring diagnose-tidspunktet, hvorefter den aftager efter 2-3 år. Ofte er den associerede cancer avanceret/metastaseret og har dermed en dårlig prognose som i vores tilfælde.

Førstevalgsbehandling er systemisk glukokortikoid. Hudmanifestationer behandles med solprofylakse, lokalsteroid og evt. hydroksyklorokin. Det kan blive nødvendigt at supplere med methotrexat, azathioprin eller intravenøs immunglobulin. Ved samtidig cancersygdom vil behandling af denne ofte medføre bedring af DM [5].

KORRESPONDANCE: Bibi Petersen, Dermatologisk Afdeling Q, Roskilde Sygehus, DK-4000 Roskilde. E-mail: petersenbib@hotmail.com

ANTAGET: 10. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. András C, Ponyi A, Constantin T et al. Dermatomyositis and polymyositis associated with malignancy: a 21-year retrospective study. *J Rheumatol* 2008;35:438-44.
2. Santmyre-Rosenberger B, Dugan EM. Skin involvement in dermatomyositis. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:714-22.
3. Goodfield MJD, Jones SK, Veale DJ. The »connective tissue diseases« I: Burns T, Breathnach S, Cox N et al, red. *Rook's textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2004:127-137.
4. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975;292:344-7.
5. Iorizzo LJ 3rd, Jorizzo JL. The treatment and prognosis of dermatomyositis: an updated review. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:99-112.

Purulent coxitis hos 8-årig dreng forårsaget af *Salmonella enteritidis*

Afdelingslæge Vilhelm Engell, overlæge Arne Bach, overlæge Michael Davidsen & professor Bjarne Møller-Madsen

En 8-årig dreng blev indlagt. Han var tiltagende alment påvirket med forhøjet temperatur (39-40 °C) og opkastninger gennem knap et døgn. Anamnestisk havde familien en måned før været på en uges sommerferie på Rhodos, hvor de nød lokal mad inklusive kød- og kyllingeretter. Tre uger efter ferien fik drengen som den eneste i familien gastroenteritis-symptomer med hyppige vandtynde afføringer og almen utilpashed i fire dage.

Efterfølgende var han symptomfri i fem døgn, dog udløste et mindre vridtraume højresidige hofte-smerter. I løbet af aftenen blev han tiltagende alment påvirket med forhøjet temperatur (39-40 °C) og op-

kastninger, og han blev derfor indlagt på regionshospitalet.

Ved ankomsten noteredes temperaturforhøjelsen, højresidige hofte-smerter med indskrænket bevægelighed samt C-reaktivt protein (CRP) 188 (ref. < 5) og leukocytter 21,9 (ref. 4,5-13,5). Ultralydsundersøgelse (UL) påviste ansamling i højre hofte. Leddet blev aspireret. Behandling blev initieret med ceftriaxon 3,7 g intravenøst × 1 og gentamycin 185 mg intravenøst × 1.

Fra aspiratet blev der dyrket *Salmonella enteritidis*. Efter yderligere to døgn blev han atter aspireret efter UL-påvist ansamling i højre hofteled (**Figur**

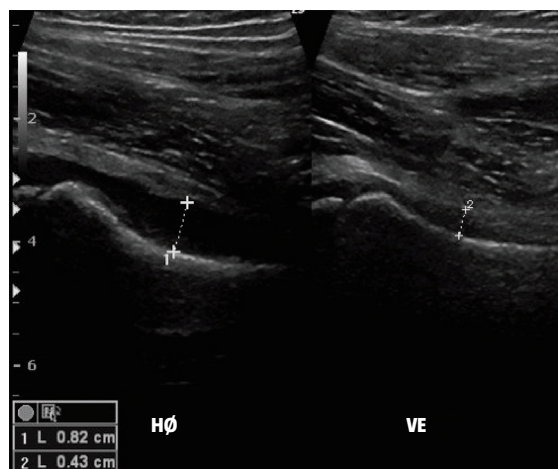
KASUISTIK

Århus Universitetshospital, Ortopædkirurgisk Afdeling



FIGUR 1

Purulent coxitis hos 8-årig dreng forårsaget af *Salmonella enteritidis*.



1). Da den kliniske tilstand og infektionstillene forblev uændrede, blev der efter yderligere to døgn foretaget synovektomi med indlæggelse af gentamycin. Dyrkningssvaret *Salmonella enteritidis* medførte justering af antibiotikabehandlingen, således blev gentamycin erstattet med ciprofloxacin 750 mg peroralt $\times$ 2.

Leukocytskintigrafi foretaget to døgn senere viste opladning omkring højre hofteled samt højre sakroiliacaled. Patienten blev herefter overflyttet til universitetshospital.

Ved ankomst var CRP 1936 (ref. < 75) og leukocyter 11,2 (ref. 4,5-12,5). Efter overflyttelsen justeredes antibiotikabehandlingen til ciprofloxacin 400 mg intravenøst $\times$ 2 og ceftriaxon 3 g intravenøst $\times$ 1. Der blev ikke foretaget yderligere kirurgi, og patientens kliniske tilstand og biokemiske parametre normaliseredes (CRP 451 og leukocyter 9,1). Efterfølgende kontrol magnetisk resonans (MR)-skanning viste opladning omkring højre hofteled. Barnet blev tilbageflyttet til regionshospital efter seks dages indlæggelse til fortsat intravenøs behandling. Barnet følges fortsat i ambulant regi mhp. eventuelle sequelae.

DISKUSSION

Ubehandlet purulent coxitis medfører akkumulering af pus i hofteledet. Brusken destrueres af forhøjet intraartikulært tryk og ved enzymatisk nedbrydning. Diagnosen er klinisk og paraklinisk. Ofte anvendes UL til påvisning af ansamling. Ved mistanke om purulent arthritis udføres aspiration mhp. mikroskopi samt dyrkning og restistensbestemmelse. Behandlingen er kirurgisk med drænage samt antibiotikabehandling, der tilrettes efter dyrkningssvar. Antibiotikabehand-

lingens varighed afhænger af klinik og paraklinik, men vil oftest være mindst fire uger. Primærbehandlingen inden dyrkningssvar kan være dicloxacillin (børn 15 mg/kg intravenøst $\times$ 4) eller cefuroxim (børn 33 mg/kg intravenøst $\times$ 3).

Differentialdiagnostiske overvejelser ved coxitis er de inflammatoriske og mekaniske/traumatiske ledsygdomme. Den hyppigste coxitis er den reaktive coxitis. Herved forstås aseptisk coxitis, der er udløst af tidligere infektion et vilkårligt sted i kroppen. I modsætning til purulent arthritis er reaktiv arthritis ofte oligo- eller polyartikulær og optræder efter et symptomfrit interval uger efter primærinfektionen. Da det drejer sig om en aseptisk arthritis, vil dyrkning være negativ. Patienten er ikke alment påvirket. Infektionstillene kan være lettere forhøjede, men de er oftest normale. Prognosen ved reaktiv coxitis er fuldgod med et hurtigt selvlimiterende forløb. Behandlingen er symptomatisk med aflastning og smertestillende håndkøbsanalgetika.

MR-skanning og leukocytskintigrafi har ikke vundet indpas ved den primære udredning af coxitis og må ikke forsinke behandlingen. Ved behandlingssvigt eller atypiske forløb kan begge undersøgelser være berettigede.

På trods af fokus på og forebyggende arbejde mod salmonellakontamination af fødevarer ses infektioner jævnligt. Purulent coxitis forårsaget af salmonella er overordentlig sjælden, men da sygdommen er potentielt alvorlig, er et stigende antal salmonella-infektioner bekymrende.

KORRESPONDANCE: Vilhelm Engell, Ortopædkirurgisk Afdeling, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: docengell@hotmail.com

ANTAGET: 5. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

SUPPLERENDE LITTERATUR

- Naithani R, Rai S, Choudhry VP. Septic arthritis of hip in a neutropenic child caused by *Salmonella typhi*. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008;30:182-4.
- Agnithotri N, Dhingra M, Guatam V et al. *Salmonella typhi* septic arthritis of hip – a case report. *Jpn J Infect Dis* 2005;58:29-30
- Sarkar MR, Rose C, Wachter N et al. Bacterial coxitis caused by *Salmonella enteritidis*. Case report and differential diagnostic considerations. *Unfallchirurg* 1999;102:967-71.
- Holmberg Jørgensen P. Ortopædiske infektioner. I: Sneppen O, Bünger C, Hvid I, red. Ortopædisk kirurgi 6. udgave. FADL's forlag, 2006.
- SSI. EPI-NYT uge 37, 2008.

Papillært fibroelastom i hjertet som årsag til transitorisk cerebral iskæmi

Læge Isaivani Sothynathan, 1. reservelæge Jesper Khedri Jensen, overlæge Bjarne Linde Nørgaard, overlæge Flemming Hald Steffensen & reservelæge Søren Krag

Primære hjerteturor er sjældne, og 75% er benigne [1]. Papillært fibroelastom (PFE) er efter myksom og lipom den tredje hyppigste benigne primærtumor i hjertet [1]. I næsten 90% af tilfældene er den lokaliseret på hjerteklapperne. Selv om PFE er en benign tumor, kan den forårsage alvorlige komplikationer som eksempelvis akut myokardieinfarkt, cerebrovaskulære symptomer eller pludselig død [1]. Vi præsenterer her en sygehistorie om en yngre mand med transitorisk cerebral iskæmi (TCI) som følge af PFE.

SYGEHISTORIE

En 39-årig tidligere rask mand blev indlagt akut på neurologisk afdeling grundet nærbesvimelsestilfælde efterfulgt af forbigående synstab på højre øje. Seks måneder forud for indlæggelsen havde patienten haft to episoder med uprovokerede retrosternale, trykkende brystmerter af få minutters varighed. Patienten var ryger, havde ingen alkohol- eller anden misbrugsproblematik, ingen arteriel hypertension, diabetes mellitus eller familiær disposition til kardiovaskulær/tromboembolisk sygdom. Total- og lavdensitetslipoprotein (LDL)-kolesterol var 4,2 mM henholdsvis 2,5 mM. *Body mass index* var 25 kg/m².

Ved indlæggelsen var patientens symptomer svundet, og ved den objektive undersøgelse fandtes patienten neurologisk upåfaldende. Blodtryk var 120/80 mmHg. Biokemi (inklusive koagulationsudredning) og røntgen af thorax var upåfaldende. I elektrokardiogrammet fandtes sinusrytme, og der var ikke tegn på tidligere myokardieinfarkt. Computertografi af cerebrum viste normale forhold. Øjenlægevurdering var normal. Patientens symptomer blev tolket som TCI-tilfælde.

Som led i emboliudredning blev der udført ultralydsskanning af karotiderne, som var normal. Ved transtorakal ekkokardiografi (TTE) fandtes normal venstre ventrikel uddrivningsfraktion, normal vægtykkelse og normale kammerdimensioner uden tegn på tidligere myokardieinfarkt, og der blev ikke beskrevet valvulopati eller tumorforekomst. Ved supplerende transøsofageal ekkokardiografi (TEE) fandtes svarende til atriesiden af forreste mitralflig en 7 × 9 mm stor rund tumor med bredbaset tilhæftning

(Figur 1). Mitralfligene i øvrigt var upåfaldende, slanke uden prolaps og med kun lille central insufficiens. Ved retrospektiv gennemgang af den udførte TTE, kunne tumor identificeres.

Patienten fik fjernet tumor tre uger senere ved et ukompliceret endoskopisk indgreb. Histologiske resultater og undersøgelse af tumoren bekræftede diagnosen fibroelastom. Ved seks måneders kontrol var patienten velbefindende uden forekomst af emboluspekter episoder og med normal TTE.

DISKUSSION

Papillært fibroelastom er en endokardiel avaskulær tumor, som med dens mange fingerlignende projektioner ligner en sønemone [2]. I 75% af tilfældene afficerer de venstresidige hjerteklapper, hyppigst aortaklappen. Tumorstørrelse kan variere fra 2 mm til 70 mm, men er i gennemsnit ca. 10 mm i sin største dimension på diagnosetidspunktet [2].

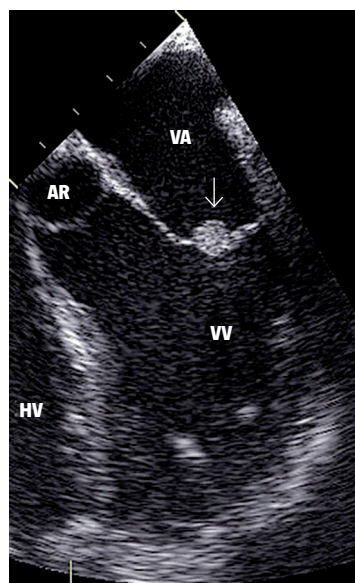
De ekkokardiografiske karakteristika ved PFE er fundet af en rund, oval eller irregulært udseende, velafgrænset og homogen tumor [3]. I næsten halvde-

KASUISTIK

Vejle Sygehus,
Kardiologisk Afdeling

FIGUR 1

Transøsofageal ekkokardiografi. Papillært fibroelastom på atriesiden af forreste mitralflig (pil), som måler 7 × 9 mm. AR = aortaroden; HV = højre ventrikel; VA = venstre atrium; VV = venstre ventrikel.



len af tilfældene har PFE en stillet tilhæftning til endokardiet [2]. Den diagnostiske sensitivitet med henblik på detektion af PFE ved TTE/TEE angives at være cirka 62% henholdsvis 77% [3].

Papillært fibroelastom skønnes at være asymptomatisk i flere år og diagnosticeres hyppigst omkring 60-års-alderen, men der er i litteraturen beskrevet tilfælde hos helt små børn [2]. Trods dens benigne opbygning er PFE forbundet med øget risiko for embolisering. Risikoen for embolisering er større ved stillet end ved bredbaset PFE-tilhæftning [2]. Det er dog ikke sikkert klarlagt, om embolisering skyldes »afrivninger« fra eller trombe dannet på tumor [2]. Den hyppigste kliniske manifestation af PFE er TCI [2, 5]. Andre beskrevne komplikationer er angina pectoris, akut myokardieinfarkt, lungeemboli, renalarterieemboli, dyspnø, arytmier, synkope og pludselig uventet død [2]. I kun sjældne tilfælde er PFE associeret med klapdysfunktion. Patienten i sygehistorien havde haft to tidligere episoder med retrosternale trykkende brystmerter, og det kan ikke udelukkes at disse symptomer var udløst af embolisering fra tumor. Den generelle anbefaling er kirurgisk excision af tumoren, når den påvises enten tilfældigt eller som led i et udredningsprogram. Der er ikke beskrevet recidiv efter kirurgisk excision [2-5].

Kardiel årsag til apopleksi ses i 15-30% af tilfældene. Den hyppigste årsag til kardiel emboli er atrieflimren. Andre årsager ud over hjertetumorer er klap sygdom, atrieseptumdefekt, dilateret kardiomyopati,

endokarditis eller mural trombedannelse efter myokardieinfarkt. Kardiologisk udredning (bl.a. anamnese, hjertestetoskopi og vurdering for insufficiens-tegn), elektrokardiogram og eventuel Holter-monitorering bør indgå i udredningen af patienter med apopleksi. Denne sygehistorie understreger vigtigheden af ekkokardiografi som led i udredningen hos yngre personer (< 50 år) med TCI eller neurologiske udfald uden prædisponerende risikofaktorer for cerebrovasculære lidelser. Ligeledes understreges vigtigheden af TEE i de tilfælde, hvor tilstanden ikke afklares med TTE. Disse anbefalinger er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi samt Dansk Kardiologisk Selskabs kliniske retningslinjer vedrørende ekkokardiografi.

KORRESPONDANCE: Isaivani Sothynathan, Kardiologisk Afdeling, Vejle Sygehus, DK-7100 Vejle. E-mail: isaivani@hotmail.com

ANTAGET: 21. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Shapiro LM. General cardiology. Cardiac tumors: diagnosis and management. Heart 2001;85:218-222.
2. Gowda RM, Khan IA, Nair CK et al. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. Am Heart J 2003;146:404-10.
3. Sun JP, Asher CR, Yang XS et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas: a retrospective and prospective study in 162 Patients. Circulation 2001;103:2687-93.
4. Hicks KA, Kovach JA, Frishberg DP et al. Echocardiographic evaluation of papillary fibroelastoma: a case report and review of the literature. J Am Soc Echocardiogr 1996;9:353-60.
5. Sastre-Garriga J, Molina C, Montaner J et al. Mitral papillary fibroelastoma as a cause of cardiogenic embolic stroke: report of two cases and review of literature. Eur J Neurol 2000;7:449-53.

! JULENUMMER 2009



Ugeskrift for Læger vil gerne i vores julenummer publicere artikler, som er sjove og lettere at fordøje, end almindelige videnskabelige artikler er.

I 2008 havde vi et gennemgående tema om humor, og i 2009 vil vi gerne fortsætte dette ved at publicere artikler med en alternativ indgangsvinkel til den medicinske forskning.

Vi efterspørger derfor artikler, som behandler »skæve« videnskabelige emner, men de skal stadig være opbygget som regelrette artikler. Det kan være originalartikler, kasuistikker, litteraturgennemgange mv. Der er fuldstændig frit emnevalg, så det er bare at gå i gang.

Undtagelsesvis skal disse artikler ikke uploades gennem det elektroniske manuskriptsystem, men sendes direkte på e-mail til hc@dadl.dk

Redaktionen



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 6. april 2009 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(G-04-CA-01) Alfuzosin »Alternova« depottabletter*, Alternova A/S
(A-10-BD-03) Avandamet tabletter*, PharmaCoDane ApS
(L-02-BB-03) Bicalutamid »Actavis« tabletter*, Actavis A/S
(C-01-DX-16) Ikorel tabletter*, EuroPharmaDK ApS
(S-01-EE-03) Lumigan øjendråber*, Paranova Danmark A/S
(B-01-AC-07) Persantin tabletter*, Orifarm A/S
(D-01-BA-02) Terbinafin »BMM Pharma« tabletter*, BioPhausia A/S
(G-03-CA-03) Vagifem vaginaltabletter*, 2care4 ApS

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

(C-10-AA-05) Lipitor tabletter*, 2care4 ApS

gruppe klausuleret til personer, der lider af følgende sygdom: Patienter med behandlingskrævende hyperlipidæmi, for hvem behandling med generelt tilskudsberettiget statin har vist sig utilstrækkelig, eller som ikke tåler disse lægemidler. En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Ændring af udleveringsbestemmelse

Udleveringsbestemmelsen for alle fexofenadin tabletter i styrken 120 mg ændres fra B til HA og flyttes derfor fra tilskudsgruppen uden klausulering over for bestemte sygdomme til tilskudsgruppen klausuleret til personer, der modtager pension efter lov om social pension, eller personer, der lider af følgende sygdomme: Kroniske allergiske sygdomme. En betingelse for at opnå tilskud efter tilskudsklausulen er derfor, at lægemidlet er ordineret på recept, og at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 6. april 2009.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 20. april 2009 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(D-07-AD-01) Clobex shampoo*, EuroPharmaDK ApS
(G-04-BD-07) Detrusitol Retard depotkapsler*, Orifarm A/S
(R-03-BA-05) Flutide inhalationspulver*, PharmaCoDane ApS
(J-01-CA-04) Imadrax Novum dispergible tabletter*, Sandoz A/S
(A-10-BH-01) Januvia tabletter*, Singad Pharma ApS
(J-02-AC-02) Niddazol kapsler*, PharmaCoDane ApS
(C-09-XA-52) Rasilez HCT tabletter, Novartis Healthcare A/S
(R-01-AD-05) Rhinocort Turbhaler næsepudde*, Orifarm A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme

Denne bestemmelse trådte i kraft den 20. april 2009.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Overlæge Mogens Grønvold:

**Health-related quality of life
in early breast cancer**

Methodological and clinical studies

Disputats

FORF.S ADRESSE: Skovlybakken 16, DK-2840 Holte.

E-MAIL: m.groenvold@pubhealth.ku.dk

FORSVARET FINDER STED: den 1. maj 2009, kl. 14.00, lokale 1.1.18, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, København.

OPPONENTER: Mikael Rørth, Niels Kroman og Erik Lykke Mortensen.



AKADEMISKE AFHANDLINGER

Find referater af denne uges akademiske afhandlinger
på www.ugeskriftet.dk under

> Seneste nummer > Akademiske afhandlinger

ANMELDELSER



FORFATTER:

Jensen NH, Sjøgren P

FORLAG:

København:
Munksgaard Danmark,
2009

SIDER: 240

PRIS: 258 kr.

ISBN: 9788762807839

Praktisk klinisk smertebehandling

FAGLITTERATUR

Det er nu ca. 20 år siden »den lille røde smertebibel« udkom for første gang. Bogen er netop udkommet i en femte og betydeligt revideret udgave. Den er opdelt i en generel del, en farmakologisk del og en ikkefarmakologisk del.

I den generelle del gennemgås basale definitioner og mekanismer. Et omfattende afsnit om smertemekanismer og smertetyper er tilstrækkeligt uddybet, i hvert fald til klinisk brug, og er let læst.

I samme del af bogen findes kapitlerne »Kroniske smerter« og »Cancersmertetilstande«. Rent praktisk omfatter »Kroniske smerter« behandlingen af den kroniske nonmaligne smertepatient. Komplexiteten i behandlingen og værdien af en multidisciplinær tværfaglig indsats pointeres. I kapitlet »Cancersmertetilstande« er det givtigt, at principperne for smertebehandling af terminale cancerpatienter og palliativ sedationsbehandling beskrives indgående, ligesom lovgrundlaget herfor tydeliggøres.

Et nyt kapitel »Psykologiske, eksistentielle og religiøse aspekter hos kræftpatienten« er godt skrevet af hospitalspræst Christian Busch.

I den farmakologiske del gennemgås på systematisk vis de i Danmark anvendte svage og stærke analgetika, adjuverende analgetika samt andre hjælpemedikamenter. Specielt skal her fremhæves den grundige beskrivelse af og eksempler på opioidrotation. En disciplin, der erfaringsmæssigt volder ikkefuldtidsbeskæftigede smertelæger problemer og derfor måske fravælges.

I den ikkefarmakologiske del omtales stimula-

tionsbehandling og neurokirurgisk smertebehandling. En del, som kompletterer bogen, men ikke fylder meget i den kliniske hverdag.

Til trods for en udtømmende beskrivelse af methadons farmakokinetik og lunefulde virkning, savner jeg, at dette også vises i bogens tabel over ækvipotensforhold mellem forskellige opioider. Den angivne dosering er i overensstemmelse med, hvad der opgives i Medicinfortegnelsen, men vil kunne give såvel behandler som patient »sved på panden«.

For tiden tager klinikere, der iværksætter en opioidbehandling, øjensynligt ikke stilling til, hvad førstevalgsopioid skal være. Man kunne ønske, at forfatterne havde »vovet et øje« og af flere grunde, ikke mindst samfundsøkonomiske, have anbefalet almindeligt peroral morfin som førstevalgsopioid.

Det kan konkluderes, at forfatternes ambition om en klinisk operationel fremstilling af kronisk smertebehandling er lykkedes særdeles godt. Teksten er systematisk og letlæst, og bogen er nem at finde rundt i. Bogens målgruppe må være alle læger, der har patienter med kroniske smerter/cancersmerter. Bogen giver sig ikke ud for at være en lærebog, men ikke desto mindre er vi sikkert mange, der har brugt tidligere udgaver af bogen som en indføring i smertebehandlingen, og forsat bruger den som opslagsværk for lige at se, om man husker rigtigt, når der f.eks. skal fremstilles undervisningsmateriale.

♠ Overlæge Jan Bjørn Nielsen

E-mail: jbjn@dadlnet.dk

I Landbobanken
har du din egen,
personlige rådgiver

Ring direkte til mig:
9975 1289



Ringkjøbing
Landbobank

post@landbobanken.dk / www.landbobanken.dk



Karsten Nielsen
Kunderådgiver for
praktiserende læger

Ville Heises Legat

Støtte ydes som introduktionsstipendier og som scholarstipendier til pædiatrisk forskning.

Ansøgningsskema rekvireres mod fremsendelse af frankeret C5-kuvert fra Ville Heises Legat, v/Mette Røvsing Koch, Langkærvej 49, 2720 Vanløse.

For yderligere oplysninger se www.villeheise.dk eller kontakt mette@villeheise.dk

Ansøgningsfrist: 1. juni 2009 med forventet svar ultimo august 2009.

MEDDELELSER

DØDSFALD

- † *Andresen, Ib*, Roskilde,
17.4.1948-11.4.2009.
- † *Stockmar, Holger*, Risskov,
11.4.1948-9.4.2009.
- † *Vuust, Ejvind*, Ringsted,
6.6.1931-21.11.2008.

NAVNEÆNDRINGER

- Christensen, Kurt*, → *Damkjer-Christensen, Kurt*, april 2009.
- Damborg, Sanne Bornholdt*, → *Bornholdt, Sanne*, april 2009.
- Mulla, Laila Sarwar* → *Reich, Laila Mulla*, april 2009.
- Ottesen, Marianne* → *Weinke, Marianne Ottesen*, april 2009.
- Rasmussen, Anne Bredahl* → *Glarbo, Anne Bredahl*, april 2009.
- Volmers, Pernille* → *Lennert, Pernille*, marts 2009.

EDSÆTTELSE OG OPRETTELSE

- Andersen, Nis*: Oftalmologi, Amager Centret 601, København S, 1.4.2009.
- Brinkmann, Runa*: Falkoner Alle 57, 1. th., Frederiksberg, 1.4.2009.
- Diekema, Inge Normann*: Langgade 63 B, Allingåbro, 1.4.2009.
- Gaardbo, Bent*: Nydamsvej 19 B, Hørning, 1.4.2009.
- Juul, Annette*: Kompagniskabspraksis, Kildestrædet 124, Skovlunde, 1.4.2009.
- Juul, Kjeld Johannes*: Tordenskjoldsgade 57, 1., Århus N, 1.4.2009.
- Jørgensen, Claus Schjøtt*: Oftalmologi, Østergade 9, 3. tv., Århus C, 1.4.2009.
- Kaasgaard, Kamilla*: Kompagniskabspraksis, Gl.Markedsvvej 3, Hjallerup, 1.4.2009.
- Lausten-Thomsen, Hans Jacob*: Kompagniskabspraksis, Industrivej 3, Rødekro, 1.4.2009.

Micheelsen, Jesper Stjernholm: Oto-rhinolaryngologi, Hovedgaden 37B, 1., Birkerød, 1.4.2009.

Nielsen, Jari: Kompagniskabspraksis, Vesterbrogade 72, 2., København V, 1.4.2009.

Nørgaard, Morten Bjerring: Kompagniskabspraksis, Boulevarden 19, Aalborg, 1.4.2009.

Odborg, Mette Hvelplund: Kompagniskabspraksis, Ryhavevej 8, Århus V, 1.4.2009.

Svendsen, Pia: Psykiatri, Holte Midtpunkt 23, 3., Holte, 1.4.2009.

Sødring, Marianne: Slotsgade 65 C, 1.tv., Hillerød, 1.4.2009.

Østergaard, Feryal: Tordenskjoldsgade 57, 1., Århus N, 1.4.2009.

Til alle sygehusansatte læger:



TEGN EN ERHVERVSANSVARSFORSIKRING!

Hvis du som ansat læge ikke allerede har en erhvervsansvarsforsikring, vil Lægeforeningen råde dig til at tegne én snarest.

Det skyldes en ændring af patientforsikringsloven, der trådte i kraft den 1. januar 2004. Fra denne dato fik amternes forsikringsselskaber/selvforsikrende sygehusmyndigheder mulighed for at gøre regres mod en skadevoldende læge, hvis lægen anses for at have udvist grov uagtsomhed. Det betyder, at ansatte læger – i modsætning til tidligere – kan risikere at blive mødt med krav om at betale erstatning af egen lomme.

Lægeforeningens aftale med Tryg Forsikring om vilkår for ansatte lægers erhvervsansvarsforsikring er derfor blevet ændret, således at den nu også omfatter dækning for behandlingsskader forvoldt ved grov uagtsomhed, ikke

alene under bibeskæftigelse, men også under hovedbeskæftigelsen.

Såfremt du allerede har en erhvervsansvarsforsikring hos Tryg Forsikring for ansatte læger med bibeskæftigelse, behøver du ikke at foretage dig noget. I modsat fald kan forsikringen tegnes ved at klikke ind på Læger.dk under domænet Medlemstilbud\Rabatter og tilbud\Forsikring\Lægeansvarsforsikring. Print tilmeldingsblanketten vedrørende erhvervsansvarsforsikring for ansatte læger ud. Udfyld den og send den ind til Lægeforeningen, så er du sufficient forsikret.

Årspræmien for 2009 for erhvervsansvarsforsikringen for sygehusansatte læger udgør kr. 393.

Nils Michelsen, Juridisk Sekretariat



UDNÆVNELSER OG ANSÆTTELSE

Andersen, Asger: Reservelæge ved hæmatologisk afdeling B, Århus Universitetshospital, Aalborg afsnit Syd, 1.4.2009.

Andersen, Inge Scheel: Reservelæge, ph.d. ved organkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers, 1.3.2008.

Andersen, Maria Rene: Reservelæge ved akutafdelingen, Sygehus Nord Holbæk, 1.4.2009.

Andersson, Anette Kristina: Reservelæge ved akut afdelingen, Køge Sygehus, 1.4.2009.

Anwar, Nadeem: Reservelæge ved geriatrisk-reumatologisk afdeling B, Glostrup Hospital, 1.3.2009.

Asmar, Ali: Reservelæge ved organkirurgisk afdeling, Helsingør Hospital, 1.4.2009.

Bakhshaie, Bahareh: Kursusreservelæge ved høreklubben, Odense Universitetshospital, 1.4.2009.

Beck-Nielsen, Signe Sparre: Reservelæge ved afdeling H, H. C. Andersens Børnehospital, Odense Universitetshospital, 1.4.2009.

Boel, Thomas: 1. reservelæge ved kirurgisk gastroenterologisk afdeling D, Glostrup Hospital, 1.2.2009.

Bofill, Nuria Gonzalez: Reservelæge ved medicinsk afdeling M (endokrinologi og diabetes), Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 1.4.2009.

Broberg, Bo: Reservelæge ved anæstesiologisk afdeling, Køge Sygehus, 1.4.2009.

Butt, Sheraz Afzal: Reservelæge ved kardiologisk afdeling P og laboratorium, Gentofte Hospital, 1.4.2009.

Børgesen, Morten Axel Nøhr: Reservelæge ved medicinsk afdeling M, Glostrup Hospital, 1.4.2009.

Christensen, Jacob Haaber: 1. reservelæge, ph.d. ved hæmatologisk afdeling X, Odense Universitetshospital, 1.3.2009.

Dahl, Tamara: Kursusreservelæge ved medicinsk afdeling, Sygehuset i Kolding, 1.3.2009.

Dam, Mikkel Seidelin: 1. reservelæge ved radiologisk afdeling, Glostrup Hospital, 1.3.2009.

Damkjær, Kirsten: Reservelæge ved parenkymkirurgisk klinik, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, 1.3.2009.

Danielsson, Lina Isabella: Reservelæge ved medicinsk afdeling C, Odense Universitetshospital, 1.3.2009.

Fagerholt, Natalie: Reservelæge ved medicinsk center, Frederiksberg Hospital, 1.4.2009.

Fagö-Olsen, Carsten Lindberg: Reservelæge ved kirurgisk gastroenterologisk afdeling D, Herlev Hospital, 1.4.2009.

Falgren, Jonathan: Reservelæge ved medicinsk gastroenterologisk klinik CA, Abdominalcentret, Rigshospitalet, 1.4.2009.

Galsgaard, Peter Friis Lassen: Reservelæge ved medicinsk afdeling, Amager Hospital, 1.4.2009.

Gellert, Jesper: Reservelæge ved medicinsk afdeling, Regionshospitalet Holstebro, 1.2.2009.

Ghulam, Qasam Mohammed: Reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital, 1.4.2009.

Grau, Anna Hjerrild: Reservelæge ved psykiatrisk afdeling, Sygehuset i Kolding, 1.3.2009.

Güzel, Aynur: Reservelæge ved hjertelunge-afdelingen, Hvidovre Hospital, 1.4.2009.

Hansen, Maria Søgaard: Reservelæge ved medicinsk afdeling, Amager Hospital, 1.4.2009.

Harste, Klaus: Overlæge ved kirurgisk afdeling, Sygehus Syd, Næstved Sygehus, 1.4.2009.

Hassel, Ranva Espegård: Reservelæge ved onkologisk afdeling D, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 1.4.2009.

Hein, Merete: Forskningsassistent, ph.d. ved gynækologisk-obstetrisk afdeling Y, Århus Universitetshospital, Skejby, 1.4.2009.

Helmsdal, Gunnhild: Reservelæge ved medicinsk center, Landssjukrahusid, Torshavn, 1.3.2009.

Holdgaard, Paw Christian: Overlæge ved nuklearmedicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle, 1.4.2009.

Hulgaard, Martin: Afdelingslæge ved pædiatrisk afdeling, Sygehus Lillebælt Fredericia og Kolding, Kolding, 1.4.2009.

Jacoby, Anne Sophie: Reservelæge ved medicinsk afdeling M1, Frederiksberg Hospital, 1.4.2009.

Jauffred, Sune Frederik: Reservelæge ved kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital, 1.4.2009.

Jensen, Charlotte: Afdelingslæge, ph.d. ved pædiatrisk enhed, Hillerød Hospital, 1.3.2009.

Jensen, Lotte: Reservelæge ved medicinsk afdeling, Sygehus Syd, Næstved, 1.4.2009.

Jochumsen, Kirsten Marie: Afdelingslæge, ph.d. ved gynækologisk-obstetrisk klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, 1.4.2009.

Johansen, Christine Drosdov: Reservelæge ved medicinsk afdeling I, Helsingør Hospital, 1.4.2009.

Jørgensen, Gitte: Overlæge ved anæstesiologisk afdeling, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, 1.04.2009.

Jørgensen, Mie Korslund Wiinblad: Reservelæge ved akut afdeling, Køge Sygehus, 1.4.2009.

Karunahara, Sujeeva: Reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling T, Herlev Hospital, 1.4.2009.

Kegel, Mogens: Overlæge ved almenpsykiatrisk afdeling, Psykiatrien i Region Syddanmark, Augustenborg Sygehus, 1.4.2009.

Klemann, Nina: Reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital, 1.4.2009.

Klemmensen, Åse Kathrine: 1. reservelæge ved gynækologisk-obstetrisk klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, 1.4.2009.

Kornblit, Betina Overgaard: Reservelæge ved psykiatrisk afdeling, Psykiatrien Roskilde, 1.5.2009.

Lund, Sofia Anna-Maria: Reservelæge ved akutafdelingen, Sygehus Nord, Holbæk, 1.4.2009.

Mantoni, Maria Kirstine Brændholt Wesel: Reservelæge ved medicinsk afdeling F, Gentofte Hospital, 1.4.2009.

Markociejewski, Bent Arne: Overlæge ved almenpsykiatrisk afdeling, Psykiatrien i Region Syddanmark, 1.4.2009.

Masic, Dzenan: Reservelæge ved medicinsk gastroenterologisk afdeling, Århus Universitetshospital, Aalborg afsnit Syd, 1.3.2009.

Mølgaard, Ellen Fischer: Reservelæge ved intern medicinsk klinik, Frederikssund Hospital, 1.4.2009.

Møller, Frederik Trier: Reservelæge ved reumatologisk-geriatrik afdeling, Hvidovre Hospital, 1.4.2009.

Nielsen, Camilla Hjorth: 1. reservelæge ved Psykiatrisk Center Hvidovre, 1.3.2009.

Nielsen, Jannie: Reservelæge ved akutafdelingen, Sygehus Nord, Holbæk, 1.4.2009.

Nielsen, Niels Dalsgaard: Reservelæge ved medicinsk afdeling B, Sygehus Vendsyssel, Hjørring, 1.4.2009.

Nielsen, Stig Lønberg: Reservelæge ved infektmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital, 1.4.2009.

Nielsen-Breining, Mads: 1. reservelæge ved gynækologisk-obstetrisk afdeling, Roskilde Sygehus Nord, 1.4.2009.

Nørøxe, Dorte Schou: Reservelæge ved lungemedicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital, 1.4.2009.

Olsen, Helene Spielberg: Reservelæge ved kirurgisk gastroenterologisk afdeling D, Herlev Hospital, 1.4.2009.

Olsen, Lars Otto: 1. reservelæge ved klinik for rygmarsvsskader, Neurocentret, Rigshospitalet, 1.3.2009.

Poulsen, Stine Odgaard: Reservelæge ved kardiologisk afdeling B, Odense Universitetshospital, 1.3.2009.

Rasmussen, Katrine Monk: Reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling M, Bispebjerg Hospital, 1.4.2009.

Ravnborg, Trine Lærke: Reservelæge ved akut afdeling, Køge Sygehus, 1.4.2009.

Rosager, Ann Mari Tolstrup: Reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, 1.3.2009.

Rømer, Rasmus: Reservelæge ved medicinsk afdeling, Regionshospitalet Silkeborg, 1.2.2009.

Rørne, Ditte Josefine: Reservelæge ved gynækologisk/obstetrisk afdeling G, Glostrup Hospital, 1.4.2009.

Röser, Dennis: Reservelæge ved børneafdeling L, Gentofte Hospital, 1.3.2009.

Schättiger, Katrin: Reservelæge ved kirurgisk afdeling P, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 1.2.2009.

Skrum, Ulrik: Overlæge ved intensiv afdeling, Gentofte Hospital, 1.2.2009.

Svenningsen, Pernille: Reservelæge ved klinisk mikrobiologisk afdeling, Herlev Hospital, 1.3.2009.

Søndergaard, Bo: Afdelingslæge ved kirurgisk afdeling K, Bispebjerg Hospital, 1.4.2009.

Søndergaard, Peter: Overlæge ved ortopædkirurgisk afdeling, Hillerød Hospital, 1.4.2009.

Thomassen, Verona: Kursusreservelæge ved billeddiagnostisk afdeling, Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Herning, 1.3.2009.

Tonstad, Hilde Vaiva: Reservelæge ved medicinsk afdeling M, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, 1.3.2009.

Jørgen Ørnsholt

Jørgen Ørnsholt er død i en alder af 68 år efter nogle års kamp mod en malign lidelse.

Jørgen havde indtil dette været rask med en god konstitution.

Jørgen dimitterede fra Århus Universitet i 1967. Efter ansættelse på sygehuset i Vejle, Odense og Århus opnåede han i 1979 speciallægeautorisation i kirurgi og i 1983 desuden i kirurgisk gastroenterologi.

I 1983 blev Jørgen ansat som overlæge på kirurgisk afdeling, Horsens sygehus. Han bestred stillingen med entusiasme og engagement og leverede en stor arbejdsindsats.

Endoskopien var under etablering ved Jørgens ansættelse, men det er hans fortjeneste, at funktionen blev udbygget til en moderne enhed i egne lokaler med dedikeret personale og ikke mindst up to date udstyr, til dels via fondsmidler, som han var god til at skaffe.

Jørgen var engageret i undervisning, dels internt, men også rettet mod praktiserende læger og special-

læger. Han havde poster i flere undervisningsudvalg og også i Region Syds undervisningsudvalg.

I en årrække var Jørgen censor ved de kirurgiske fakulteter i Århus, Odense og København.

Udenfor sygehusets regi engagerede Jørgen sig i foreningsarbejde ved Kræftens Bekæmpelse, var i lokalforeningsbestyrelse og senere i landsforeningens hovedbestyrelse.

Jørgen gik meget op i den bymæssige udvikling og forskønnelse af Horsens by. Han gik aktivt ind i arbejdet i foreningen Bedre Bymiljø og endte via bestyrelsesposter som formand for foreningen.

Som 65-årig valgte Jørgen at gå på pension i april 2005, men desværre fik han og Birgit for kort tid til at nyde pensionisttilværelsen.

Sygdommen holdt sit indtog og selvom Jørgen stædigt og tappert kæmpede imod, var forløbet uafvendeligt.

Han havde erkendt dette og havde på forskellig måde taget højde for fremtiden.

JØRGEN ØRNSHOLT
11.04.1940-
27.02.2009

Mogens Christiansen
Erik Steen Kristensen
Christian Hermansen
Jørn Selling Rasmussen
Henrik Thomsen
Hans Friis-Andersen
Pia Krum-Møller
Finn Hansen
Stig Ladefoged



DANSK KIRURGISK SELSKAB

Dansk Kirurgisk Selskabs årsmøde 2009 samt generalforsamling i DKS

Tid: Onsdag d. 10. juni – fredag d. 12. juni 2009.
Sted: Hilton Copenhagen Airport Hotel, Kastrup.

Alle er velkomne, også medlemmer af YDK og Dansk Medicinsk Selskab.

Videnskabeligt program

Onsdag d. 10. juni, kl. 13.00 – ca. 17.00.
Pakkeforløb ved kræftsygdomme.

Torsdag d. 11. juni, kl. 8.30 – 17.00.

Frie foredrag og posters.

Gæsteforelæsning: Surgical Treatment of Liver Metastases. J. Peter A. Lodge, Leeds.

Gæsteforelæsning: NOTES – Status og fremtidsaspekter. Per-Ola Park, Göteborg.

Aftenarrangement: Sejlads med middag ombord på »Saga Queen«.

Fredag d. 12. juni, kl. 8.30 – 16.00.

Neoadjuvant behandling ved øvre GI-can-

cer. Neoadjuvant behandling ved kolorektal cancer. Cytoreduktiv kirurgi. Laparoskopisk kolorektal kirurgi. Incisionel herniotomi. Fedmekirurgi.

Afslutning med uddeling af priser for de 2 bedste frie foredrag og 2 bedste posters.

Ca. 16.15.

Ordinær generalforsamling i Dansk Kirurgisk Selskab.

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være bestyrelsen i hænde mindst 3 uger før generalforsamlingen afholdes.

Detaljeret mødeprogram og tilmeldingsformular på DKS' hjemmeside:
www.kirurgisk-selskab.dk

Ordinær generalforsamling Danske Kirurgers Organisation

Generalforsamlingen afholdes i tilslutning til Dansk Kirurgisk Selskabs årsmøde fredag d. 12. juni 2009, kl. 17.00 på Hilton Copenhagen Airport Hotel, Ellehammersvej 20, 2770 Kastrup

Forslag, som medlemmer ønsker optaget på den ordinære generalforsamlings dagsorden, skal være bestyrelsen i hænde senest 1 uge efter meddelelsen i Ugeskrift for Læger.

Dagsorden:

1. Valg af dirigent.
2. Formandens beretning.
Bestyrelsen foreslår, at fremtidige generalforsamlinger afholdes i forbindelse med generalforsamlingen i DSAK.

3. Aflæggelse af det reviderede regnskab.
4. Valg af bestyrelse.
5. Valg af revisor(er) og suppleant(er).
6. Fastsættelse af kontingent.
7. Rettidigt indkomne forslag til sagers behandling.
8. Eventuelt.

Rolf Nielsen
Sekretær i DKO

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 mandag klokken 12.00, bringes på internettet om onsdagen og i Ugeskrift for Læger førstkommande 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

Slagelse Sygehus, Region Sjælland Vide-reuddannelsessekretariatet, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 82546

Åbybro, kompagniskabspraksis, kompagnon **SE SIDE 1529**

Glostrup, almen praksis, kompagnon **SE SIDE 1529**

Gentofte, almen praksis, vikar søges (praksis) **SE SIDE 1529**

Hjørring, Arresthuset i Hjørring, fængselslæge **SE SIDE 1530**

ANÆSTESIOLOGI

Århus Universitetshospital Skejby, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 82552

BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

Næstved/Roskilde, børnepsykiatriske ambulante enheder, overlæge/afdelingslæge **SE SIDE 1529**

DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Sygehus Vendsyssel, introduktionsstilling. Quick-nr. 82699

Bispebjerg Hospital, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 82671

Glostrup Hospital, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 82508

Bispebjerg Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 82670

Glostrup Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 82532

Svendborg, OUH, Svendborg Sygehus, ledende overlæge **SE SIDE 1526**

GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK

Roskilde Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, afdelingslæge. Quick-nr. 82509

Aalborg Sygehus, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 82492

Odense Universitetshospital, Svendborg, ledende overlæge. Quick-nr. 82700

HÆMATOLOGI

Hæmatologisk Afdeling, Herlev Hospital, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 82523

INFEKTIONSMEDICIN

Århus Universitetshospital Skejby, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 82637

KARDIOLOGI

Aalborg Sygehus, Kardiologisk Afdeling, introduktionsstilling. Quick-nr. 82702

Aalborg Sygehus, Kardiologisk Afdeling, 1. reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 82698

Region Syddanmark, Den Lægelige Vide-reuddannelse, hoveduddannelsesforløb, speciallæge. Quick-nr. 82662

KARKIRURGI

Norge, NTNU, professorat **SE SIDE 1534**

KIR. GASTROENTEROLOGI

Roskilde Sygehus, Kirurgisk Afdeling, afdelingslæge. Quick-nr. 82628

KIRURGI

Bornholms Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 82659

Regionshospitalet Herning, afdelingslæge. Quick-nr. 82515

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, afdelingslæge. Quick-nr. 82494

Norge, Aker Universitetssykehus, overlæge og prof. **SE SIDE 1532**

MED. LUNGESYGDOMME

Bispebjerg Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 82689

NEFROLOGI

Medicinsk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 82674

Herlev Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 82541

Rigshospitalet, Abdominalcentret, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 82669

NEUROLOGI

Glostrup Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 82681

OFTALMOLOGI

Rigshospitalet, Glostrup Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 82569

Glostrup Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 82570

ONKOLOGI

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 82693

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 82694

ORTOPÆDISK KIRURGI

Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, afdelingslæge. Quick-nr. 82578

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 82553

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 82583

Odense Universitetshospital, Odense,
specialeansvarlig overlæge/prof.
Quick-nr. 82557

PATOLOGISK ANATOMI

Sygehus Sønderjylland, introduktionsstil-
ling. Quick-nr. 82634

Hillerød Hospital, overenskomstansat
overlæge. Quick-nr. 82582

Norge, Sykehuset Telemark,
overlæge **SE SIDE 1534**

PSYKIATRI

Psykiatricenter Midt, introduktionsstil-
ling. Quick-nr. 82535

Regionspsykiatrien Randers, reservelæge,
uklassificeret. Quick-nr. 82525

Regionspsykiatrien Randers, reservelæge,
uklassificeret. Quick-nr. 82530

Psykiatricenter Midt, afdelingslæge.
Quick-nr. 82703

Brønderslev Psykiatriske Sygehus, afde-
lingslæge. Quick-nr. 82666

Regionspsykiatrien Randers, afdelings-
læge. Quick-nr. 82531

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regions-
center, overenskomstansat overlæge.
Quick-nr. 82488

København N, Retspsykiatrisk Klinik,
overlæge **SE SIDE 1528**

København, Statsforvaltningen Hovedsta-
den, speciallægekonsulent **SE SIDE 1530**

Norge, Aker Universitetssykehus,
professor **SE SIDE 1533**

Aalborg Psykiatriske Sygehus, specialean-
svarlig overlæge. Quick-nr. 82675

Region Nordjylland, forskningslæge.
Quick-nr. 82564

PÆDIATRI

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjelle-
rup, 1. reservelæge, uklassificeret.
Quick-nr. 82574

REUMATOLOGI

Sygehus Vendsyssel, introduktionsstilling.
Quick-nr. 82664

Sygehus Vendsyssel, overenskomstansat
overlæge. Quick-nr. 82665

SPECIALEUAFHÆNGIG

Regionshospitalet Holstebro, reservelæge,
uklassificeret. Quick-nr. 82482

København Ø, The Faculty of Pharmaceu-
tical Sciences, associate
professor **SE SIDE 1528**

Århus, Aarhus Universitet,
skolarstipendier **SE SIDE 1527**

Næstved/Roskilde, børnepsykiatriske
ambulante enheder, overlæge/
afdelingslæge **SE SIDE 1529**

Næstved/Roskilde, børnepsykiatriske
ambulante enheder, 1-læge forløb
SE SIDE 1529

Hele landet, Forsvaret, læge **SE SIDE 1530**

Region Midt, Regionshospitalet
Randers, leder **SE SIDE 1530**

København Ø, Ugeskrift for Læger,
Medicinsk redaktør **SE SIDE 1531**

Hvidovre, Hvidovre Hospital,
direktør **SE SIDE 1534**

Genopslag - Ledende overlæge

Vær med til at lede og fortsat udvikle Radiologisk Afdeling på Svendborg Sygehus

Se stillingsopslaget på: www.ouh.dk og www.laegejob.dk

Yderligere oplysninger hos direktør Peder Jest
tlf. 6541 3400 eller oversygeplejerske Lise Vej
tlf. 6320 2542.

Organisations-, opgave- og kvalifikationsbeskrivelse hos
Vibeke Meyer tlf. 2168 0057
vibeke.meyer@ouh.regionsyddanmark.dk

Ansøgningsfrist: 13. maj.

OUH
Odense Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Valdemarsgade 53 · 5700 Svendborg



Region Syddanmark



AARHUS UNIVERSITET



CO-FINANCED PHD SCHOLARSHIP

AARHUS UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Subject to the provision of the necessary grant, the Graduate School of Health Sciences hereby calls for applications for a co-financed PhD scholarship available from 1 September 2009 or as soon as possible thereafter.

The PhD scholarship is co-financed by funds from Danish Agency for Science Technology and Innovation, Aarhus University as well as a Danish organisation.

The PhD scholarship is granted with the purpose of carrying out a PhD degree programme and acquiring a PhD degree. It is therefore a prerequisite for being granted a scholarship that the applicant will be enrolled as a PhD student at the Faculty of Health Sciences, Aarhus University. Please see our home page for further information about applying for the PhD study (<http://www.health.au.dk/menu1958-en>)

The co-financed PhD scholarship can be applied for by graduate students with a Master's degree. The scholarship is awarded for a period of maximum 3 years.

As far as PhD scholarships are concerned, salaries and other conditions of employment are covered by the Circular on employment structure for scientific personnel at Danish universities of 25 April 2008 and the Circular on the collective agreement for academics in Denmark of 1 October 2008. Notice is particularly drawn to appendix 5 in the circular: the protocol regarding PhD fellows.

The project

"Right hemisphere contributions to social cognition: Clinical perspectives on cognition and brain imaging."

Further information about the position can be requested from: MSc, MA, Associate professor Andreas Roepstorff, PhD, Centre of Functionally Integrative Neuroscience, Aarhus University Hospital, phone: +45 8949 3030, e-mail: andreas@pet.au.dk

Read the full project description on our homepage. (<http://www.health.au.dk/menu1889-en>)

Application procedure

Please fill in the form available here: Application for co-financed scholarship

(<http://www.health.au.dk/menu1889-en>)

and send it along with your curriculum vitae and Master's degree certificate by e-mail to:

forskeruddannelsen@sun.au.dk

The application should be marked:

ref. no.: 2009-218/2-51.

Application deadline: **29 May, 12 noon.**



Aarhus University offers a good and inspiring education and research environment for 35,000 students and 8,500 members of staff, who produce academic results of a high international standard. The budgeted turnover for 2009 amounts to EUR 700 million. The university's strategy and development contract are available at www.au.dk

UNIVERSITY OF COPENHAGEN



Associate/assistant professor

The Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Copenhagen, invites applications for a position as associate/assistant professor of social pharmacy starting 1 September 2009. Social pharmacy focuses on the utilisation of medicines in society.

Priority will be given to applicants who have documented research experience in pharmacoepidemiology.

For additional information about the position, please contact Ebba Holme Hansen, professor, e-mail ehh@farma.ku.dk, phone +45 3533 6353 and see www.farma.ku.dk/b

The Faculty of Pharmaceutical Sciences is dedicated to promoting the highest level of research and education in the pharmaceutical sciences. The Faculty operates effectively and innovatively in a university world undergoing rapid change.

The Faculty has 350 members of staff and more than 1,400 students.

www.ku.dk

OVERLÆGER, SYGEHUSDIREKTØRER, KLINIKCHEFER

En stilling som overlæge ved Retspsykiatrisk Klinik er ledig til besættelse 1. september 2009.

Retspsykiatrisk Klinik varetager følgende opgaver:

- mentalundersøgelse af sigtede fra det storkøbenhavnske område samt udarbejdelse af andre typer retspsykiatriske erklæringer, for eksempel i sager vedrørende benådning. Hertil udarbejder Retspsykiatrisk Klinik i samarbejde med de retsmedicinske institutter erklæringer vedrørende personer, der søger om asyl med den begrundelse, at de har været udsat for tortur i deres hjemland.
- tilsyn og behandling af psykisk afvigende kriminelle, herunder prøveløsladte og betinget dømte, som har behov for særlig intensivt tilsyn samt psykiatrisk behandling.
- forskning og undervisning.

Retspsykiatrisk Klinik modtager ca. 260 sager årligt. Det forventes, at sagsantallet vil stige noget de kommende år. Det klientel, klinikken undersøger, arbejdsgange mv. er grundigt beskrevet i klinikens årsberetninger for 2006 og 2007, som findes på klinikens hjemmeside www.retspsykiatriskklinik.dk

Dette materiale kan ligeledes rekvireres ved henvendelse til sektionsleder Birte Ljungmann, Retspsykiatrisk Klinik, tlf. dir. 35 20 14 72.

Retspsykiatrisk Klinik har ansat tre overlæger, hvoraf en er ledende overlæge samt et antal deltidsansatte læger, som under supervision af overlægerne udarbejder mentalerklæringer. Derudover er ansat en ledende socialrådgiver og to socialrådgivere, tre deltidsansatte psykologer samt et administrativt personale bestående af en sektionsleder, to kontorfuldmægtige, fem overassistenter, en assistent, en sikkerheds- og servicemedarbejder samt en bibliotekar ansat 30 timer ugentlig.

Overlægen skal såvel udarbejde som supervisere mentalerklæringer samt varetage behandlingsopgaver i klinikens ambulatorium. Hertil forventes overlægen efter nærmere aftale at påtage sig udviklingsopgaver, herunder kvalitetssikringsprojekter samt administrative opgaver. Retspsykiatrisk Klinik har en løbende forskningsaktivitet.

Overlægen forventes at indgå i klinikens forskningsmiljø, og der vil være gode muligheder for at gennemføre selvstændige projekter.

Klinikken undervisning retter sig imod en række forskellige faggrupper, og overlægen vil have mulighed for selvstændigt at tilrettelægge og gennemføre undervisningsopgaver.

Retspsykiatrisk Klinik ønsker en kvalificeret speciallæge i psykiatri med bred psykiatrisk uddannelse samt gerne kendskab til retspsykiatri og udfærdigelse af mentalerklæringer. Ledelsesmæssig og administrativ erfaring vil være en fordel. Herudover vil der blive lagt vægt på undervisnings- og forsknings erfaring.

Løn og ansættelsesforhold:

Stillingen er en varig tjenestemandsstilling placeret i lønramme 37. Der er til stillingen knyttet et særligt tillæg, som efter ønske kan forhandles. Stillingen er vagtfri og foregår i dagtimerne. Stillingens ansættelsesområde er Justitsministeriet med tilhørende institutioner.

Ansøgning, der stiles til Dronningen, indsendes til Justitsministeriet, Slotsholmsgade 10, 1216 København K. Ansøgningen skal være indleveret senest den 1. juni 2009.

Justitsministeriet opfordrer alle interesserede uanset alder, køn, race, religion eller etnisk tilhørsforhold til at søge.

Nærmere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til led. overlæge Peter Kramp tlf. 35 36 03 66.

KOMPAGNON SØGES

Veldrevet kompagniskabspraksis 20 km nordvest for Aalborg søger ny kompagnon, da vores kollega har søgt nye udfordringer fra 1.9.2009.

Vi er 5 læger i alderen 39-55 år og fungerer som delepraksis. Vi har en ugentlig fridag og gode forhold vedrørende kursus og ferie. Stort, lækkert lægehus med bl.a. nyt laboratorium. Vi deltager i uddannelse af yngre læger og medicinstuderende. Af personale har vi 3 sekretærer, 1 sygeplejerske og 1 bioanalytiker, og vi har planer om udvidelse med 1 sygeplejerske og 1 sekretær. Der er gode kollegiale forhold og en god stemning. Edb: Mewin. 6.500 patienter.

Vi glæder os til at høre fra dig.

Lægerne Postvænget Åbybro. Tlf. 98 24 17 82

e-mail: laegerne@laegernepostvaenget.dk

Bliv kompagnon i top-trimmet almen praksis i Glostrup – søde patienter.

Se PraksisBørsen, Hovedvejen 152 (154).

VIKAR SØGES

Fast lægevikar søges 10-12 timer/uge; heraf én aften kl. 15-20. Tlf. 50 51 89 09, e-mail: ansaettelse@vangedelaegerne.dk



Vi øger kapaciteten i Region Sjællands børnepsykiatri - og søger kolleger til børnepsykiatriske ambulante enheder i Næstved og Roskilde

2 overlæger/afdelingslæger til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, børnepsykiatrisk afsnit, henholdsvis Næstved og Holbæk fra den 01.06.09.

Vi ønsker en ansøger, der med engagement og arbejdsglæde søger udfordringen i at være med til fortsat uddannelse af en tværfaglig personalegruppe og kan arbejde tværfagligt, er god til at formidle viden og til at fungere inspirerende og igangsættende.

Kvalifikationer

Stillingerne kan søges af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller anden speciallæge.

To 1-årige stillinger ved børne- og ungdomspsykiatrien i Holbæk er ledige til besættelse fra 01.06.09.

I-læge forløbet består af et ½ år i børnepsykiatrien og ½ år i ungdomspsykiatrien. Afdelingens læger indgår i fælles vagthold med almenpsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Holbæk. Vagthavende har dagarbejde med efterfølgende rådighedstjeneste fra bolig. I vagten kan der trækkes på et beredskab af overlæger indenfor såvel almen- som børne- og ungdomspsykiatrien. Afdelingen varetager ambulant behandling af børn og unge i aldersgruppen 0-19 år.

For alle stillinger gælder

Ansættelse er betinget af modtagelse af tilfredsstillende børneattest

Ansøgning sendes til

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling
Afdelingsledelsen
Smedegade 10-16, 4000 Roskilde

Ansøgningsfrist 25.05.09.

Læs mere om stillingerne på

www.regionsjaelland.dk, Job og karriere, quicknr. 3659, 3660, 3661.

WWW.REGIONSJAELLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på kr. 15 mia. Vi varetager opgaver indenfor sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN



Job



Vores værdier er dialog, dygtighed og dristighed. Vi værdsætter dialogen med patienter, brugere og medarbejdere og har et højt fagligt niveau i en kultur med plads til udvikling og faglig nysgerrighed.

Visionær leder

Screeningssekretariatet, Regionshospitalet Randers

Velfungerende screeningssekretariat i Region Midtjylland står midt i en rivende udvikling og søger visionær leder, som kan stå i spidsen for udvidelsen af sekretariatets arbejdsområde til også at planlægge og koordinere screeningen for livmoderhalskræft. Screening Region Midtjylland koordinerer allerede programmet for brystkræftscreening, der startede i 2008 og hvor der fortsat er booking-, udviklings- og kvalitetsopfølgningssopgaver.

Vi tilbyder

- udfordrende og selvstændig stilling med stor kontaktflade
- mulighed for at præge screeningssekretariatets profil
- engagerede og faglige kræfter i Region Midtjylland.

Vi forventer en leder, som

- med stor ildhu vil være med til at sikre landets bedste screeningsprogrammer
- er udviklings- og resultatorienteret
- har erfaring med gennemførelse af komplekse projektopgaver
- har erfaring med kvalitetsopfølgning, gerne med epidemiologisk indsigt
- er forhandlingsvant og kan motivere samarbejde med forskellige faggrupper
- har personlig gennemslagskraft, godt humør og robusthed
- har forståelse for rammerne i en politisk styret organisation
- har en sundhedsfaglig akademisk baggrund, gerne læge.

Stillingen er til besættelse snarest muligt.

Læs mere om stillingen på www.regionshospitalet-randers.dk

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til cheflæge Morten Noreng, Regionshospitalet Randers, tlf. 8910 2004.

Ansøgning, mrk. 1479, stiles til Hospitalsledelsen, og sendes til: Regionshospitalet Randers
att.: ass. Lilian Jensen (email: lilijens@rm.dk),
Personaleafdelingen,
Skovlyvej 1,
8930 Randers NØ

og modtages **senest den 4. maj 2009, kl. 12.00.**

Se hele stillingsopslaget på www.rm.dk/job

FORSVARET



**LEDIGE
lægestillinger
i Forsvaret**



www.laegeforsvaret.dk

SPECIALLÆGEKONSULENTER



Speciallægekonsulent i psykiatri til Statsforvaltningen Hovedstaden

Statsforvaltningen Hovedstaden søger en lægekonsulent med speciale i psykiatri til at yde konsulentbistand i sager vedrørende sygedagpenge, revalidering, fleksjob, førtidspension, hjælpemidler m.v.

Som lægekonsulent i Statsforvaltningen Hovedstaden skal du vurdere de lægelige aspekter i de sociale klagesager, nævnssafdelingen modtager i Det Sociale Nævn og Beskæftigelsesankenævnet som klageinstans for kommunerne. Mødetidspunkter efter aftale. Arbejdstiden vil være ca. 4 timer ugentligt, hvoraf nogle af timerne kan aftales som hjemmearbejde.

Statsforvaltningen har til huse på Borups Allé 177, 2400 København NV. Vi har ca. 250 ansatte og beskæftiger os blandt andet med sociale klagesager i Det Sociale Nævn og Beskæftigelsesankenævnet. Du kan se mere om Statsforvaltningerne på www.statsforvaltning.dk.

Hvis du vil vide mere om stillingen, så henvend dig til fuldmægtig Anne Engholm på telefon 72 56 71 11 eller på mail ajehov@statsforvaltning.dk.

Ansøgning sendes til hrhov@statsforvaltning.dk senest den 14. maj 2009. Vi forventer at holde samtaler i uge 21.

FÆNGSELSLÆGER/ARRESTHUSLÆGER

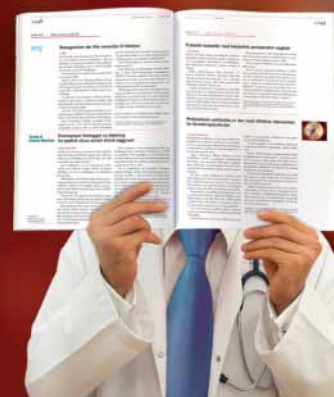
Arresthuslæge søges

Læge søges til 2 timer pr. uge. Ansættelse i henhold til overenskomst. Ansættelse så hurtigt som muligt.

Yderligere oplysninger kan ske til arrestforvarer Jørgen Sørensen, tlf. 72 55 88 40.

Arresthuset i Hjørring, Jernbanegade 12, 9800 Hjørring, e-mail: Arresthuset.Hjorring@kriminalforsorgen.dk

Ugeskriftet søger redaktør af de medicinske nyheder



Ugeskrift for Læger

JOBDET

I Ugeskrift for Lægers videnskabelige redaktion ønskes stillingen som redaktør for de medicinske nyheder besat pr. 1. august 2009. Redaktøren skal holde sig orienteret inden for de væsentligste medicinske tidsskrifter, Cochrane mv. Til hvert nummer af Ugeskriftet skal der skrives et kort sammendrag af fire udenlandsk publicerede forskningsresultater, som vurderes at have relevans for Ugeskriftets læsere. Disse sammendrag skal i et letforståeligt sprog referere de vigtigste resultater i de publicerede studier. Til hvert sammendrag indhentes en kommentar fra en dansk specialist inden for området. Der er et løbende samarbejde med den øvrige videnskabelige redaktion.

KVALIFIKATIONER

Stillingen ønskes besat af en videnskabelig kvalificeret læge, der samtidig har gode dokumenterede kommunikationsfaglige evner.

ARBEJDSSTID

Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er otte timer, heri er inkluderet løbende møder med den videnskabelige redaktion.

ANSÆTTESVILKÅR

Løn i henhold til regulativ for ansættelse af læger i Lægeforeningen. Der er tale om åremålsansættelse i tre år med mulighed for forlængelse i yderligere tre år.

OPLYSNINGER

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til videnskabelig redaktør Jacob Rosenberg, telefon 2623 7323, jacob.rosenberg@dadlnet.dk.

ANSØGNING

Ansøgning sendes til:
Lægeforeningen
Att. Karin Nilsson
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Ansøgningen kan også sendes pr. mail til HR-laegeforeningen@dadl.dk.
Mærk ansøgningen »redaktør«.

ANSØGNINGSFRIST

Mandag den 11. maj 2009 kl. 12.

Samtaler afholdes mandag den 18. maj 2009, eftermiddag.



Aker universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF eies av Helse Sør-Øst RHF og består av tidligere Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Foretaket leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar lands- og regionsfunksjoner. Oslo universitetssykehus HF har også lokalfunksjoner for deler av Oslos og Follo's befolkning. Universitetssykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge. Du kan lese mer om sykehuset på www.oslo-universitetssykehus.no

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokument før tiltredelse.

Oslo universitetssykehus, Aker Medisinsk klinikk

Overlege eventuelt kombinert med stilling som professor II/førsteamanuensis II i endokrin kirurgi

Lønn etter avtale.

Fast overleigestilling ledig, Dersom søker er kvalifisert og har ønske om det, vil overleigestillingen tilknyttes bistilling som professor/førsteamanuensis i medisin (20%) (endokrin kirurgi) ved Fakultetsdivisjon Oslo universitetssykehus, Aker. Det vil også være mulig å bare søke overleigestillingen Professoratet er eksternt finansiert for en periode på 5 år med mulighet til forlengelse.

I tillegg til medisinsk basiskompetanse (medisinsk embetseksamen), spesialistutdannelse i generell kirurgi med særlig kompetanse i endokrin kirurgi og brystkreftkirurgi vil forskningserfaring innenfor endokrinologi/endokrin kirurgi bli tillagt vekt ved vurdering av søkere. Ved professorskompetanse med relevante forsknings-erfaring innenfor endokrinologi/endokrin kirurgi sammen med betydelig endokrinkirurgisk erfaring vil man kunne tone ned kravene innenfor brystkreftkirurgi.

Professoratets fagkrets og ansvarsområde, særlige plikter og andre forhold som det vil bli lagt vekt på ved tilsettingen, er omtalt i egen stillingsbeskrivelse.

Den som tilsettes vil ha plikt til å delta i undervisning og eksamen etter den til enhver tid gjeldende studieordning, samt til uten erstatning å finne seg i de forandringer som ved lov måtte bli vedtatt med hensyn til fagkrets, pensjonsordning og aldersgrense.

Dersom ingen av søkerne anses kompetente for professoratet, kan det bli aktuelt med tilsetting som førsteamanuensis for fem år. En bør i søknaden gjøre oppmerksom på om en alternativt søker som førsteamanuensis.

Søknaden til professoratet utformes slik det fremgår av pkt. 1-5 i "Orientering til søkere til professorater".

Universitetet i Oslo ønsker flere kvinner i faste vitenskapelige stillinger og kvinner oppfordres derfor til å søke.

Stillingsbeskrivelsen for professoratet, "Regler om fremgangsmåten ved tilsetting i professorater" og "Orientering for søkere til professorater ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo", vedrørende innlevering av søknad, vitenskapelige arbeider og materiale som angår øvrige kvalifikasjoner, er lagt ut på nettside: <http://www.med.uio.no/felles/personal/ledigstilling/> Ytterligere informasjon ved henvendelse til Fakultetsdivisjon Oslo universitetssykehus, Aker Frederik Holsts Hus, Postboks 1130 Blindern, tlf. 22 84 46 52 eller 22 84 46 56.

To referansepersoner bes oppgitt i søknaden. Vi forutsetter at søkere behersker et skandinavisk språk både muntlig og skriftlig. Søknadsblankett for leigestillinger i 4 eksemplarer, vedlagt bekreftelse på norsk autorisasjon, spesialistgodkjenning og attester skal benyttes. Søknadsblanketten finnes på Legeforeningens internettside: www.legeforeningen.no

Kontaktpersoner:

Avdelingsleder, prof. dr. med Kåre I. Birkeland tlf. 23034587 eller Divisjonsleder Kristian F. Hanssen, Fakultetsdivisjon AUS, tlf. 908 58 178.

Søknad sendes: Komplette søknader sendes Personalavdelingen, Oslo universitetssykehus, Aker 0514 Oslo, **innen 25.05.09.**

Vitnemål og attester returneres ikke.





**Aker
universitetssykehus**



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor i medisin (psykiatri) ved Institutt for psykiatri, kombinert med bistilling som overlege (20% stilling) ved Klinik for psykisk helse, Oslo universitetssykehus HF, Aker

Referansenr. 443358455 og 8/15497

Oslo universitetssykehus HF, Aker er universitetssykehus ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO). Aker har ansvar for universitetsfunksjoner innenfor forskning, undervisning og formidling.

Professorstillingen (SKO 1013) hører inn under Det medisinske fakultet og er knyttet til Institutt for psykiatri.

Overlegestillingen er knyttet til Klinik for psykisk helse, Oslo universitetssykehus HF, Aker.

Stillingen er lokalisert til universitetsseksjonen ved Klinik for psykisk helse ved Oslo universitetssykehus HF, Aker som ledes av førsteamanuensis Steinar Lorentzen. Universitetsseksjonen er samlokalisert med Avdeling for forskning og fagutvikling ved Klinik for psykisk helse, som ledes av professor Egil W. Martinsen. Seksjon for selvmordsforskning- og forebygging er også lokalisert til klinikkens område og ledes av professor Lars Mehlum.

Professoren vil være med på å utvikle seksjonens strategi for forskningsaktiviteter, tilrettelegge for disse i samarbeid med de kliniske avdelingene og Institutt for psykiatri, stimulere til utvikling av prosjekter og gi forskningsveiledning. Seksjonens forskning er i første rekke konsentrert om behandling og forebygging av hyppig forekommende ikke-psykotiske lidelser som angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, psykosomatiske, stressrelaterte og rusutløste psykiske lidelser. Den som tilsettes i stillingen må ha bred kjennskap til psykiatri og erfaring med psykiatrisk forskning og metodeutvikling, samt interesse for klinisk implementering av forskningsresultater og organisering av forebyggende tiltak. Translasjonsforskning med vekt på intervensjon er en hovedsatsning ved Institutt for psykiatri, og det er ønskelig at søker har interesse for denne type forskning.

Søknad på professoratet utformes slik det fremgår av punkt 1-5 i "Orientering til søkere til professorater".

Nærmere presisering av fagområde, ansvarsfelt, arbeidsplikter og eventuelle andre forhold som det vil bli lagt vekt på ved tilsettingen, er inntatt i egen stillingsbeskrivelse, orientering til søkere, Reglement for tilsetting av professor, regler om pedagogisk kompetanse, samt retningslinjer for utarbeidelse av søknaden, se fakultetets hjemmeside: <http://www.med.uio.no/felles/personal/ledigstilling/815497>.

Opplysningene kan også fås ved henvendelse til personalkonsulent Bente Johansen, tlf. 22 84 46 91.

Referansenr. for professoratet er 8/15497. Referansenr. for overlegestillingen er 443358455. Professoratet avlønnes som professor SKO 1013 på statens lønnsplan. Overlege lønnes etter foretakets overenskomst. Det vil knyttes en post.doc.-stilling til professoratet og det vil bli søkt om startpakke til stillingen.

For fullstendig utlysningstekst:
Se www.aus.no eller www.uio.no

Søknadsblankett for legestillinger skal benyttes og sendes i 4 eksemplarer, vedlagt bekreftelse på norsk autorisasjon, spesialistgodkjenning og attester. Søknadsblanketten finnes på Legeforenings internettside: www.legeforeningen.no (velg skjemaer, deretter stillinger). Merk søknaden med referansenr. Søkere som har tjeneste fra utlandet må få denne vurdert av Den norske legeforening. Se for øvrig sykehusets egne hjemmesider www.aker.uio.no for utfyllende informasjon om sykehuset.

Kontaktperson: Professor Egil W. Martinsen, tlf. 22 92 34 00 / 90 67 75 96

Søknad sendes: Komplette søknader sendes Det medisinske fakultet, Personalseksjonen, Postboks 1078 Blindern, 0316 Oslo **innen 5.6.2009**. Vitnemål og attester returneres ikke.

Hvidovre Hospital

Hospitalsdirektør til
Hvidovre Hospital

En af de mest attraktive topledertstillinger i dansk hospitalsvæsen

I hospitalsplanen for Region Hovedstaden har Hvidovre Hospital status som områdehospital i Planlægningsområde Syd. Udviklingen af Hvidovre Hospital skal ske med sigte på at udbygge den nuværende position som et meget forskningsaktivt hospital, og et hospital der både behandler almindelige folkesygdomme og mere specielle sygdomme.

Hospitalsplanen lægger op til at understøtte udviklingen af Hvidovre Hospital med nybyggeri og renovering i betydeligt omfang. Visionen for de fysiske rammer indeholder et nybyggeri med en ny akutmodtagelse og et tilhørende observationsafsnit på 75 senge, samt et kvinde/barn center.

Stillingen som hospitalsdirektør rummer perspektivrige ledelsesudfordringer for en topleder med erfaring og viden om ledelse og samarbejde i stærke faglige og forskningsmæssige miljøer.

Du kan se den uddybende job- og personprofil på www.hvidovrehospital.dk eller www.lundgaard-konsulenterne.dk

Stillingen besættes på overenskomstvilkår i henhold til den mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og DJØF m.fl. indgåede aftale for chefer med mulighed for evt. ansættelse på åremål eller kontrakt. Lønniveauet forhandles med udgangspunkt i en nettoårløn på kr. 950.000 excl. pension og evt. tillæg for åremål/kontrakt (niv. 1.4.09). Tiltrædelse snarest muligt.

Har du brug for yderligere oplysninger, er du velkommen til at kontakte partner i Lundgaard Konsulenterne Jørgen Norup, tlf. 2146 1727 og regionsdirektør Helle Ulrichsen, tlf. 4820 5601.

Du skal sende din ansøgning til post@lundgaard-konsulenterne.dk, så den er fremme **senest den 11. maj 2009 kl. 9.00.**

Ansøgere med fortrolig mailadresse bedes venligst anføre denne.

Hvidovre Hospital er en spændende arbejdsplads med mange muligheder for uddannelse og faglig udvikling, og hospitalet er et af landets mest forskningsaktive. Hvert år udskrives 42.000 patienter fra indlæggelse, der er 275.000 ambulante besøg og over 5000 fødsler. Hospitalet er områdehospital i den sydlige del af Region Hovedstaden. Der er godt 2800 fuldtidsstillinger i dag, men det tal bliver større i de kommende år, ligesom hospitalet skal udbygges for at rumme en række nye funktioner og udvidelser. Mangfoldighed er en af Hvidovre Hospitals værdier. Derfor opfordres alle til at søge uanset alder, køn, religion og etnisk tilhørsforhold. Hospitalet er røgfrit.



Sykehuset Telemark

Overlege - patologi

Medisinsk serviceklinikk, seksjon for patologi, Skien
-100% fast stilling (NR. 4662 st. nr. 8301-104)

Vi har 5 overlegestillinger og 1 lege i spesialisering, velutviklet immunhistokjemisk laboratorium, organiserer kliniskepatologiske møter og er aktive i mammografiscreeningsprosjektet. Det kreves generell patologikompetanse innenfor histopatologi, cytopatologi og obduksjon. Befolkningsgrunnetallet i Telemark er 170 000.

Det vil også være mulighet for lege i spesialisering, i siste del av spesialistutdanningen, å søke stillingen.

Nærmere informasjon ved overlege Bjørn Logi Isfoss, tlf. +47 35003370 (e-post: isbl@sthf.no) eller seksjonsleder Kristin Kleppen, tlf. +47 35003686.

Søknadsblankett for legestillinger vedl. nødv. dokumentasjon, sendes helst via hjemmesidene www.sthf.no hvor du også finner hele utlysningen samt postadresse og e-postadresse. **Søknadsfrist: 14.05.09.**

ST – en del av foretaksgruppen HELSE SØR-ØST

The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) in Trondheim represents academic eminence in technology and the natural sciences as well as in other academic disciplines ranging from the social sciences, the arts, medicine, teacher education, architecture to fine art. Cross-disciplinary cooperation results in innovative breakthroughs and creative solutions with far-reaching social and economic impact.



Faculty of Medicine

Department of Circulation and Medical Imaging

Professorship in Vascular Surgery

The professorship is combined with a clinical part-time position as Consultant vascular surgeon at the Surgical Clinic, Department of Vascular Surgery. St. Olavs Hospital, Trondheim, Norway. The Clinic of Surgery is a regional center with departments for pediatric, vascular, gastroenterologic, urologic, endocrine and plastic surgery. New university hospital facilities will be completed in 2010. The research activities in vascular surgery include diagnostics and treatment of aortic aneurysms, carotid artery stenosis and endovascular surgery. Interdisciplinary cooperation with medical technology research at NTNU, SINTEF and internationally is a high priority.

For more information, please contact Professor Øyvind Ellingsen, Head of Department, by telephone +47 73 59 88 22 / +47 95 11 21 11 or by email oyvind.ellingsen@ntnu.no. You may also contact Professor Ola Sæther by telephone + 47 91 56 97 13, or by email ola.sether@stolav.no

See the full announcement at www.ntnu.no/vacancies or www.jobbnorge.no

Please submit application and attachments to: NTNU, Det medisinske fakultet, Medisinsk teknisk forskningssenter, NO-7489 Trondheim, Norway. The application is to be labeled: DMF 112/08. **The application deadline is: 28. May 2009**



NTNU

Norwegian University of
Science and Technology

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

**Kliniklokaler til leje 84 m²**

Lokalerne befinder sig på 1. sal over øjenklinikken på Fredensvej nr. 5, 2750 Ballerup i et charmerende, nyistandsat byhus beliggende centralt i Ballerup. Lejemålet har eget indgangsparti med trappe samt adgang til køkken, som deles med øjenlægen. Lokalerne er lyse, indbydende og klare til indflytning.

Leje: 7.000 pr md., plus forbrug.
Kontakt:: mail@ojenklinikfredensvej.dk

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

Revisionscentret for læger og tandlæger

Revisorerne: Minna Hartvig & Kaj T. Jensen
Vesterbrogade 69, 3. tv., 1620 København V.
Tlf. 33 31 17 00, www.revisionscentret.dk

- Overskuelig månedsrapport
- Årsregnskab og selvangivelse
- Budgetter og økonomisk rådgivning
- Skatteplanlægning
- Valg af investeringer

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

HENVISNINGER

SPECIALLÆGER**DIAGNOSTISK RADIOLOGI****RØNTGENKLINIKKEN**

Kirkevænget 11, 2500 Valby

H. Steen Hansen og F. Nissen

Røntgen- og ultralydsdiagnostik

Tidsbestilling daglig 9.00-15.00 dog onsdag 12.00-15.00
Tlf. 36 46 49 13

RØNTGENKLINIKKEN NØRREVOLD ved Nørreport

Røntgen og ultralyddiagnostik incl. mammografi

Overlægerne Ilia Haupter, Niels Kolthoff og Jan Christensen

Nørregade 40, 5. • 1165 København K • Tlf. 33 93 17 46 • Fax: 33 93 03 43
Tidsbestilling mellem kl. 10-12.30 og 13-15

DEBAT

FOTO: Istock



Patienten nægter at modtage behandling

I den lokale klinisk etiske komite ved Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, har vi med interesse læst artiklen [1], hvor man indledningsvis beskriver to patientcases, hvor patienterne i begge tilfælde nægter at lade sig behandle. Med henvisning til sundhedsloven afsnit 3 og Det Etske Regelsæt for Læger § 4 beskrives det, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke. Det beskrives endvidere med henvisning til Lægeforeningens nye sundhedspolitik, erklæring fra 2007, at patienten har ret til information og med begrundelse heri give samtykke til behandling eller det modsatte. Derefter beskrives, hvorledes informationen bør gives, og hvilke oplysninger informationen bør indeholde.

Vi kan i artiklen se, at klinikchef *Jens Aage Stauning* og speciallæge *Pia Bohn Christiansen* ønsker at give patienterne det bedst mulige rum for at kunne lytte, forstå og reflektere. Med den baggrund finder vi det interessant at gå et skridt videre i forhold til at få beskrevet, hvilke signaler man ud fra et etisk perspektiv skal være

opmærksom på for at kunne antage, at patienterne er velinformerede og dermed kompetente til at kunne træffe et kvalificeret valg. Ganske vist står der, at man som kliniker skal give sig god tid, men der står samtidig, at dette ikke behøver at tage lang tid – man kan spørge, om der er en indikator for, hvornår man har givet sig tid nok ...

Patientens ret til at bestemme over eget liv er centralt for enhver klinikers arbejde og vurdering, men autonomibegrebet hviler på patientens evne til at vurdere egen situation og dermed være kompetent. Dette indebærer ifølge The Ethox Centre, University of Oxford, at patienterne er i stand til at rumme de givne oplysninger, er i stand til at reflektere og er i stand til at sætte beslutningerne i en relevant sammenhæng. Man kan sige, at patienten skal kunne argumentere logisk for valget, der videre skal være i tråd med patientens øvrige synspunkter og holdninger generelt.

I en anden artikel [2] lægges der vægt på det relationelle forhold mellem kliniker og patient. Der lægges vægt på, at heri ligger præmisserne for, at patienten kommer til orde, om man så må sige. Dvs. det er ikke kun et spørgsmål om den enkeltes autonomi, men også et spørgsmål om de

rammer, klinikerne sætter op for beslutningen, hvilket artiklen i Ugeskriftet så udmærket lægger vægt på. Men derudover skal klinikerne så vurdere, om den beslutning, patienterne træffer, synes at være i overensstemmelse med de øvrige holdninger og meninger, patienten i øvrigt har, om denne er i stand til at vurdere fordele og ulemper ved valget, og om valget kan forstås entydigt.

Der vil aldrig kunne gives et endeligt facit for, hvornår der er informeret nok, eller hvornår patienten er kompetent til at træffe et valg, men vi mener, at det gør en forskel, om man er opmærksom på de nævnte signaler, således at klinikerens ønske om at hjælpe det andet menneske ikke afstedkommer, hvad forfatterne selv kalder behandlingsimperialisme.

Den lokale klinisk etiske komite ved Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus:

♣ Oversygeplejerske *Dorte Elise Møller Holdgaard*,
Neurokirurgisk Afdeling (formand)
Afdelingslæge *Birthe Tørring*, Nyremedicinsk Afdeling
(næstformand)
Undervisende sygeplejerske *Jytte Kærgaard Boll*,
Nyremedicinsk Afdeling
Afdelingsjordemoder *Lone Borggreen*, Gynækologisk
Obstetrisk Afdeling
Sekretariatschef *Pernille Fendinge*, Sygehusledelsens
Sekretariat
Overlæge *Kirsten Marie Nielsen*, Onkologisk Afdeling
Sygehuspræst *Lotte Lyngby Nielsen*
Social- og sundhedsassistent *Vivi Søe Olsen*,
Onkologisk Afdeling/Stråleterapien
Overlæge *Sam Riahi*, Kardiologisk Afdeling

LITTERATUR

1. Stauning JA, Christiansen PB. Patienten nægter at modtage behandling. Ugeskr Læger 2009;171:532.
2. Winburn E, Mullen R. Personality disorder and competence to refuse treatment. J Med Ethics 2008;34:715-6.

Svar:

Mange tak for en værdifuld kommentar fra den lokale klinisk etiske komite ved Aalborg Sygehus. Det glæder os særligt, at det kommer fra en sådan komite, da Lægeforeningen netop kraftigt har støttet udbredelsen af disse lokalkomiteer som fora for en decentral etisk diskussion.

Vi havde i vores indlæg fokuseret på et lille hjørne af det brede emne om patientens autonome godkendelse af sundhedsfaglig behandling, nemlig tilfælde hvor patienten ikke ønsker at modtage dette tilbud. Det kan diskuteres, om patienten skal kunne argumentere logisk for valget, man har lov at være lige så ulogisk og irrationel, som man vil. Yderligere svært kan det være at vurdere, om patientens valg synes at være i overensstemmelse med vedkommendes øvrige holdninger og meninger her har man atter lov at være totalt ulogisk.

Vi har gjort opmærksom på, at problemet ofte er, at sundhedspersonen/lægen føler sit gode tilbud falde som frø på klippegrund; særligt når velformulerede, logiske argumenter bliver mødt med irrationelitet. Det er dog et vilkår, vi må acceptere.

En værdifuld oversigt over problemet findes i [1].

▲ Klinikchef *Jens Aage Stauning*, Almen Praksis ved Københavns Universitet. E-mail: stauning@dadlnet.dk
Speciallæge *Pia Bohn Christiansen*, speciallægepraksis, København

LITTERATUR

1. Report of the International Bioethics Committee on Consent. Unesco, 2008.

Screening af voksne for ADHD eller DAMP – langt over skorstenen

Jeg har med interesse læst en statusartikel om ADHD hos voksne [1]. I artiklen vises en symptomtjekliste med 18 spørgsmål, der kan udløse et kryds, hvis det forespurgte forekommer »ofte« eller »meget ofte« eller for syv af spørgsmålene »nogle gange«. Spørgsmålene drejer sig om problemer med f.eks. opmærksomhed, eksekutive funktioner, kronobiologi og motivation. Fire krydser er nok til, at screeningen er positiv. Skemaet er udviklet »for WHO af erfarne amerikanske forskere og klinikere på området« [1].

I min klinik for rygbehandling med muskuloskeletal medicin ser vi rigtig

mange patienter, der har eller har haft vedvarende rygsymptomer, og mange af dem giver udtryk for nøjagtig den samme adfærd, som der bliver spurgt om i den nævnte liste. Jeg iværksatte derfor straks en helt uvidenskabelig undersøgelse, hvor 20 patienter med nuværende eller tidligere vedvarende rygsmerter blev bedt om at udfylde skemaet: ADHD Self-report Scale [1], således at de skulle krydse den adfærd af, som de havde, da rygsymptomerne var vedvarende til stede. Sytten af de 20 patienter havde fire krydser eller flere. Gennemsnittet var 8,4 krydser. Maksimum var 15 krydser sat af en 26-årig kvinde, der havde haft spændingshovedpine konstant i to år.

85% af patienter med vedvarende rygener opfyldte således kriterierne for, at »det kan tale for, at patienten har ADHD« [1].

Hvis man skal følge anbefalingerne i artiklen, bør flertallet af rygpatienterne, nemlig de 85%, der har fire krydser eller mere, undersøges for ADHD af »en speciallæge i psykiatri med erfaring på området« [1].

Nu er der jo »kun få læger inden for voksenpsykiatrien, der har erfaring med denne gruppe patienter« [1]. Til gengæld vil der være rigtig mange mennesker, der opfylder kriterierne som nævnt i skemaet. Enhver kan forestille sig det kaos, der vil opstå, hvis der skal uddannes tilstrækkelig med speciallæger til at klare denne efterspørgsel, og for slet ikke at tale om, hvis der også skal opfyldes en ventetidsgaranti på området. Nu er der nok ikke mange af mine rygpatienter, der ville blive endeligt klassificeret som ADHD, men det ændrer ikke ved det faktum, at WHO på verdensplan er ved at udsende et ADHD Self-re-

port Scale-skema, der ved at falde positivt ud for rigtig mange mennesker vil sygeliggøre en stor del af verdens befolkning og belaste det psykiatriske behandlingssystem endnu meget mere, end det er i forvejen. Skemaet er udarbejdet af amerikanske læger [1, 2].

▲ Læge *Stig Thomsen*, Rygklinikken Prometheus, Snekersten. E-mail: sath@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Obel C, Dalsgaard S, Arngim T et al. Screening af voksne med ADHD. Ugeskr Læger 2009;171:143-5.
2. Andersen JH. Så kører DAMPløkomotivet. Ugeskr Læger 2009;171:443.

Svar:

Stig Thomsen (ST) har angivelig brugt Tabel 1 i vores artikel [1] til en undersøgelse af patienter med rygsmerter. Ifølge teksten til tabellen angives det, at har man fire eller flere symptomer (ud af 18), kan det tale for, at man har ADHD. I tabellen skulle der have stået fire ud af de første seks symptomer. Vi beklager, at vi ikke har været opmærksomme på denne redaktionelle fejl. Som fremhævet i samme tekst bør man ikke bruge den i Tabel 1 fremstillede oversigt, men den originale version, som vi henviser til i artiklen. Den består også af en vejledning. Havde ST brugt denne vejledning og det rette skema, var han uden tvivl nået frem til et andet resultat.

ADHD Self-report Scale (ASRS) V 1.1 er kun tænkt anvendt ved klinisk mistanke om ADHD hos voksne og ikke til systematisk befolkningsscreening eller af patienter i almindelighed. Patienter med andre psykiatriske tilstande, kroniske smerter, erhvervede hjerneskader og forskellige neurologiske sygdomme kan få opmærk-



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). Har du en kommentar, som kræver mere plads, kan du skrive en Min mening. Den må fylde 3.800 tegn (optalt med mellemrum).

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte Kirsten Falck (videnskabelig debat) på 35 44 82 79, kfa@dadl.dk eller Rikke M. Jensen (politisk debat) på 35 44 82 76, rmj@dadl.dk

Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg. En ▲ foran navnet betyder, at der ikke er nogle interessekonflikter.

somhedsvanskeligheder, motorisk uro og problemer med impulsivitet. Disse patienter vil sjældent give klinisk mistanke om diagnosen ADHD, da denne kræver, at symptomerne har været til stede siden den tidlige barndom. Voksne med ADHD har dog højere forekomst af funktionelle somatiske symptomer, så det er ikke umuligt, at den af ST beskrevne patient kunne have ADHD [2].

ASRS blev oversat til de andre nordiske sprog før dansk og har i disse lande været anvendt igennem længere tid. Så vidt vi er orienteret, har dette ikke medført den urimelige overdiagnosticering og overbehandling, som andre her i tidsskriftet har udtrykt bekymring for [3]. Vores erfaring er, at mange patienter på grund af manglende viden om tilstanden er kommet langt i livet uden at få den relevante behandling. En behandling som i mange tilfælde kunne have bedret deres livsforløb og -kvalitet. Det er som ved enhver anden tilstand, vi møder i den kliniske hverdag, en udfordring at afgrænse den gruppe af patienter, som vil have mest gavn af at få behandling. Vi har understreget, at ASRS V 1.1 ikke kan bruges til diagnosticering af voksne med ADHD, men kan være nyttig til screening ved klinisk mistanke som første led i en diagnostisk proces. Vi anbefaler, at diagnosticering og behandling varetages af en speciallæge med erfaring på området. Selv om ASRS er udviklet af nogle af de mest fremtrædende forskere på området, er det næppe den optimale løsning. Da den ikke er systematisk afprøvet i Danmark, ved vi endnu ikke hvilket cut-off, der vil fungere bedst i dansk sammenhæng.

Under alle omstændigheder er der behov for at udvikle vores praksis på området, og sidste års fordeling af SATS-puljemidlerne er et tegn på, at dette synspunkt også støttes politisk. Vi ser frem til flere konstruktive kommentarer og forslag fra vores kolleger, gerne i Ugeskrift for Læger.

Lektor *Carsten Obel*, Afdeling for Almen for Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
E-mail: co@alm.au.dk

1. reservelæge, ph.d. *Søren Dalsgaard*, Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus, Psykiatrien i region Syddanmark, Syddansk Universitet
Professor *Niels Bilenberg*, Det børne- og ungdoms-

psykiatriske Hus, Psykiatrien i region Syddanmark, Syddansk Universitet
Seniorforsker *Kaj Sparle Christensen*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Afdelingslæge *Charlotte Freund*, Psykiatrisk Hospital Århus
Praktiserende speciallæge *Eva Jensen*, Ballerup
Praktiserende speciallæge *Torben Arngim*, Århus
Læge *Janne Tabori Kraft*, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Århus

INTERESSEKONFLIKTER: *Søren Dalsgaard* har holdt foredrag, været investigator og konsulent for Eli Lilly og Novartis, *Niels Bilenberg* har holdt foredrag på møder sponsoreret af Eli Lilly, *Jansen Cilag* og Novartis, *Torben Arngim* har holdt foredrag sponsoreret af Eli Lilly og Novartis samt været investigator for *Janssen Cilag*, og *Eva Jensen* har holdt foredrag sponsoreret af Novartis og Astra Zenica.

LITTERATUR

1. Obel C, Dalsgaard S, Arngim T et al. Screening af voksne for ADHD. Ugeskr Læger 2009;171:143-5.
2. Rasmussen K. Untreated ADHD in adults. J Attent Dis 2009;12:353-60.
3. Andersen HA. Så kører DAMPløkomotivet. Ugeskr Læger 2009;171:443.

Basislæger og FAME

Ingen er ordentligt forberedt. Overalt etableres eller planlægges FAME, FAM eller hvad man vælger at kalde de nye fælles akutmodtagelser, men det er på mange måder en noget tidlig fødsel.

I påskenummeret af Ugeskriftet [1-3] udtrykker basislæger fra Holstebro bekymring for deres uddannelse, og over et par sider debatteres supervision, arbejdsbyrde og ikke mindst overenskomst.

Der er grund til bekymring. Men det har der nu længe været i det traditionelle system, hvor de yngste læger skal tage sig af de sygeste patienter. Faktum er, at systemet endelig er ved at blive ændret – heldigvis. Problemet er imidlertid, at der ikke kun er brug for ændring af de fysiske rammer eller fordeling af arbejdsopgaver. Der er brug for en ny måde at tænke på.

For eksempel er aftalen om fællesvagt udformet til en helt anden problemstilling, og derfor bruger vi tid på at diskutere, om den gælder eller ej. Hvor sagen egentlig er, at yngre læger naturligvis bør belønnes for at være med til at udvikle en helt ny type afdeling. Det har også været god (læge)latin, at yngre læger skulle have

en passende mængde dagarbejdstid for at sikre læring og supervision. Men hvis læringsmålet f.eks. er at kunne håndtere den uafklarede, bevidsthedsslørede patient, foregår læringen ikke ved næste dags stuegang, men ved siden af patienten midt om natten. Og ja, det kræver nye initiativer at få god medicin ud af det, der tidligere var et spørgsmål om overlevelse.

Jeg læste artiklen online i Holland, hvor jeg deltager på et Fellowship in Management and Administration in Emergency Medicine. Oplægsholderne hedder bl.a. *Cameron*, *Croskerry* og *Schenkel* og viser sig at være professorer med stor forskningserfaring inden for ledelse af akutafdelinger. Den vigtigste pointe har indtil videre været, at lande som Holland for nylig har gennemgået den samme udvikling, som Danmark står over for nu. De har lavet de samme fejl og har opfundet de samme dybe tallerkner.

Så vores bekymring skal ikke være, hvordan vi kan tilpasse de nye akutmodtagelser til vores eksisterende systemer. Vi skal bekymre os om at samle erfaringer og afprøve nye ideer, sådan at vi kan tilpasse vores systemer til fremtidens akutmodtagelser.

♣ Reservelæge *Dan Brun Petersen*, Akut Modtage Afdeling, Kolding Sygehus
E-mail: dan@dbs.dk

LITTERATUR

1. Jensen KB. Basislæger. Ugeskr Læger 2009;171:1314-5.
2. Jensen KB. FAME og fællesvager. Ugeskr Læger 2009; 171:1316.
3. Jensen KB. Vi er godt i gang. Ugeskr Læger 2009;171:1317-8.

Svar:

Lad mig starte med at slå fast, at Yngre Læger er for FAME og de muligheder for kvalitetsforbedringer, (sam-)arbejdsformer og læringsmuligheder, der ligger i de nye akutmodtagelser. Når vi er gået ind i debatten om, hvordan de nye FAME bliver organiseret rundt om i landet, skyldes det, at man overraskende mange steder vælger at udforme FAME på måder, der ligger endog meget langt væk fra Sundhedsstyrelsens vejledninger, og hvor formålet at højne kvaliteten i patientbehandlingen måske ikke er lige synligt.

I Yngre Læger har vi ikke en fast model

for, hvordan »den fede FAME« skal skrues sammen. F.eks. hvilke læger der skal være ansat i FAME og hvor længe, om lægerne skal indgå i en fællesvagt osv., men vi har en tjekliste med nogle punkter, der skal være i orden, når man etablerer en FAME. En liste, der bygger på Sundhedsstyrelsens vejledninger om akutberedskabet og etablering af FAME, Lægeforeningens akutpapir samt en række uddannelseshensyn. På listen står der f.eks., at det lægelige ansvar skal være formaliseret og veldefineret, at de relevante speciallæger skal være til stede på matriklen – også i vagten, at hovedvejleder og vejledte arbejder under samme ledelse osv.

Når snakken om fællesvagsregler er relevant i sammenhæng med FAME, er det fordi, at fællesvagsreglerne i Yngre Lægers overenskomst giver os en forhandlingsadgang, vi kan være med til at sikre, at forholdene omkring de nye akutmodtagelser er i orden. Bare fordi det er nyt og hedder FAME, er der jo ingen grund til at kaste alt, hvad der hedder godt arbejdsmiljø, rimelig vagtbelastning, klare ledelsesforhold osv. over bord.

Vi tror på, at FAME kan blive gode behandlingssteder for patienterne, og vi tror på, at FAME kan blive gode uddannelses- og arbejdssteder, men vi kan se, at det ikke sker af sig selv.

Yngre Læger er for FAME med gode forhold for patienter og læger!

Læs mere på www.laeger.dk > Løn og overenskomster > Yngre Læger > Find et svar om OK > FAME.

♣ Formand for Yngre Læger, *Lisbeth Lintz*

Aflastning af de øvre urinveje

Dette interessante og relevante emne behandles i Ugeskrift for Læger nr. 11 i en leder [1] og i en originalartikel [2].

I lederen anføres den teknologiske udvikling med perkutan ultralydsvejledt nefrostomianlægning i lokal anæstesi som et

stort fremskridt i behandlingen af obstruerede øvre urinveje. Alligevel bruges der uforholdsmæssig megen plads på overvejelser om fordele ved aflastning versus en smertefri død i uræmi. Dette aspekt skal selvfølgelig nævnes for fuldstændighedens skyld, men lederskribenten synes at være under indflydelse af en svunden tid. Selv om der i de fleste tilfælde er tale om ældre patienter, vil næppe mange takke ja til en smertefri død i uræmi, og næppe mange kolleger vil foreslå denne behandlingsform i dag. Selvfølgelig skal denne option dog undtagelsesvist overvejes.

I et udmærket, retrospektivt arbejde belyses problemstillingen ved ekstern versus intern drænage af de øvre urinveje ved avanceret prostatacancer med ureterobstruktion, der er en hyppigt forekommende og væsentlig klinisk tilstand, som vi møder regelmæssigt i vort daglige arbejde. I dette arbejde lægges der vægt på, at behandlingen skal individualiseres. Der er tale om svært syge, oftest ældre patienter, der har ryggen mod muren med en restlevetid på mediant syv måneder [2], og det skinner igennem i artiklen, at behandling med perkutan nefrostomi som hovedregel er en god løsning. Næsten alle patienter vil blive behandlet akut med perkutan nefrostomi og derfor få erfaring med denne behandlingsform. Det er enkelt at skifte en nefrostomi, og det belaster næppe patienten. Det er mere resursekrævende at anlægge/skifte retrograd intern drænage, og de fleste patienter ender i slutfasen med perkutan nefrostomi igen [2].

En del patienter har desuden reduceret blærekapacitet og deraf følgende irritative vandladningssymptomer, der ofte forværres under behandling med intern drænage. Der er således både fra et patient- og et resurse-mæssigt synspunkt gode argumenter for at tilråde at fortsætte behandlingen med ekstern drænage i hele sygdomsforløbet, såfremt patienten ikke har gener heraf. Dette giver i tillæg en god observation af, om nyren fungerer. Ulemper er poser og slanger, men denne problemstilling kan kompetente sygeplejersker næsten altid løse. Det er klart, at den patient, der ønsker intern drænage, selvfølgelig skal have sit ønske imødekommet, hvis det er teknisk muligt.

♣ Læge *Jens Mortensen*, Urologikliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö, Sverige
E-mail: jmo@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Walter S. Nefrostomi. Ugeskr Læger 2009;171:871.
2. Krämer PC, Borre M. Aflastning af tumorbetinget obstruerede øvre urinveje ved prostatacancer. Ugeskr Læger 2009;171:873-6.

Svar:

Tak til *Jens Mortensen* for kommentarer til lederen om nefrostomi. Jeg er glad for den positive vurdering. Det giver mig også lejlighed til igen at understrege, at der skal være indikation for at aflaste de øvre urinveje.

Der skal være obstruktion, nyren skal fungere, og patienten skal acceptere indgrebet.

♣ Professor *Steen Walter*, Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
E-mail: steenwalter@dadlnet.dk

Efterspørg det fælles medicinkort og gør det højt!

I en række gode artikler i de nyeste numre af Ugeskriftet [1-3] har man peget på, at et kommende fælles medicinkort kan være med til at skabe et bedre overblik over patienternes medicinering [1], forbedre kommunikationen om patienternes medicinering [2] og ikke mindst mindske mediciningsfejl [3].

I Lægemedelstyrelsen har der kørt et pilotprojekt frem til udgangen af januar 2009 og med meget lovende resultater. Digital Sundhed har i løbet af 2008 arbejdet med at få finansiering til at udbrede det fælles medicinkort til alle, der ordinerer lægemidler (læger) eller blot har behov for opslag på en patients medicinering (f.eks. den kommunale hjemmepleje). Indtil videre er der reserveret midler på finansloven til 2009. I Digital Sundhed koordinerer vi udbredelsen af det fælles medicinkort via en lang række fælles pro-

jekter med regionerne, leverandørerne og lægeforeningen, læs mere på www.medicinkort.dk.

Visionen er, at det fælles medicinkort altid skal afspejle borgeres aktuelle medicinering, og at den kan deles af alle relevante parter gennem deres egne it-systemer. Værdien af det fælles medicinkort er størst, når alle parter anvender systemet.

Jeg er ikke i tvivl om, at rigtig mange synes, at det fælles medicinkort er en vældig god ide – men tingene sker ikke bare af sig selv. Der er en tendens til, at udviklingen af hospitalernes medicinmoduler er »gemt væk« i it-afdelingerne – med risiko for manglende klinisk involvering og manglende prioritering.

Leverandører af medicinmoduler til de praktiserende læger arbejder på markedsvilkår, der gør, at de udvikler deres systemer efter, hvad de praktiserende læger efterspørger.

Jeg vil derfor opfordre alle klinikere i praksis, i hjemmeplejen, i klinikken og på hospitalerne til aktivt at påvirke prioriteringerne, der hvor de ser en mulighed herfor. Gør ledelse, beslutningstagere og leverandører opmærksomme på det fælles medicinkort – kort sagt: Efterspørg det fælles medicinkort og gør det højt!

♣ Projektchef og læge *Ivan Lund Pedersen*,
Digital Sundhed Danmark
E-mail: ilp@sdsd.dk

LITTERATUR

1. Munck LK. Enstrenget elektronisk patientjournal – det udeblevne paradigmeskift. Ugeskr Læger 2009;8:589.
2. Christensen HR, Krølner BK. Medicinproblemer ved sektorskift. Ugeskr Læger 2009;10:808-11.
3. Andersen ML, Søndergaard J, Hallas J et al. Alvorlige medicinordinationsfejl på sygehuse. Ugeskr Læger 2009;11:891-5.

FÅ LØNKKONTO I LÆGERNES PENSIONS BANK



LÆGERNES
PENSIONS
BANK



- Gratis Visa/Dankort/Webbank
- Lønkredit på 100.000 kr.
Udlån pt. 7,50 pct. p.a. (ÅOP 7,7 pct.)
Indlån: pt. 2,00 pct. p.a.
- Boliglån uden gebyrer
Pt. 3,05 pct. p.a. (ÅOP 3,3 pct.) (realkreditlignende lån)
Pt. 6,75 pct. p.a. (ÅOP 7,1 pct.) (restfinansiering)
- Finansiering af andelsbolig
Pt. 5,25 pct. p.a. (ÅOP 5,5 pct.)
- Attraktive billån
Fra pt. 5,65 pct. p.a. (ÅOP 6,5 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

Lægeforeningens Vejviser 2009



Af bogens indhold kan nævnes:

- ♦ Lægeforeningens medlemmer med adresser fordelt på primærkommuner.
- ♦ Vedtægter for Lægeforeningen, herunder delforeninger og lægekredsforeninger.
- ♦ Oversigt over Lægeforeningens tillidsmænd.
- ♦ Medicinallovgivning.
- ♦ Bestemmelser om uddannelse og autorisation.
- ♦ Lægernes Pensionskasse.
- ♦ Akademikernes Arbejdsløshedskasse i Danmark.
- ♦ Universiteter.
- ♦ Sygehuse.
- ♦ Offentlige myndigheder.

Vejviseren er ajourført med oplysninger indtil oktober 2008.

824 sider, kr. 600,00



Lægeforeningens forlag

Kristianiagade 12 · 2100 København Ø · tlf.: 35 44 83 00 · e-mail: forlaget@dadl.dk

Undertegnede bestiller herved:

____ stk. Lægeforeningens Vejviser 2009 a kr. 600,00

Navn _____

Adresse _____

Postnr./by _____

Evt. gennem boghandler: _____

Indberet bivirkninger elektronisk

Normalt ville du på denne side finde et skema til indberetning af bivirkninger.

Det er dog meget lettere at indberette bivirkninger elektronisk.

Det elektroniske indberetningsskema finder du på www.laegemiddelstyrelsen.dk under fanebladet »Bivirkninger«

Det er enkelt og ligetil, og det kræver ikke elektronisk signatur

Bivirkninger

Bivirkninger er uønskede effekter, som

Bivirkninger kan for eksempel være:

- hovedpine
- udslæt
- ændringer i blodtrykket

Der følger en indlægsseddel med alle lægemidlets effekt og hvilke kendte b

fleere oplysninger om lægemidlet i p

ro netstedet (se link i faktaboksen til h

produktresuméet især er skrevet til s

Indberetning af bivirkninger

Spontane indberetninger er en vigtig

væsentligt, at Lægemiddelstyrelsen

Sundhedsfagligt personale og patie

Lægemiddelstyrelsen. Det gælder b

dyr eller ved kliniske forsøg. I vens

indberetningsskemaer og informati

Lægemiddelstyrelsen overvåg

Lægemiddelstyrelsen indsamler og

sørger for, at både lægemiddelvir

kendskab til dem. Bivirkningsindb

fører til ændringer i måden, et læ

Lægemiddelstyrelsen kontrollerer

indberetningerne om bivirkninger

ekstraordinær undersøgelse af e

Indberetning af bivirkning for sundhedsprofessionelle

Oplevet bivirkning + Mistænkt lægemiddel + Patientoplysninger + Indberetter

Har du brug for vejledning, klik på

Oplevet bivirkning

Følgende spørgsmål drejer sig om den oplevede bivirkning. Kun felter med * er obligatoriske

Bivirkningen (symptom / diagnose) Skriv kun den primære bivirkning: *

Hændelsesforløb - Beskriv eventuelt hvad patienten har oplevet med speciel vægt på bivirkninger

Hvornår startede bivirkningen: *

Dato Måned År

Er bivirkningen ophørt? *

Hvis ja, oplys dato for ophøret: *

Dato Måned År

Skyldtes bivirkningen skift mellem lægemidler? *

Hvis ja, skriv hvilket lægemiddel

Medførte den mistænkte bivirkning:

☐ Hospitalindlæggelse eller forlængelse af hospitalisering

☐ Invaliditet eller betydende funktionsnedsættelse

☐ Livstruende tilstand

☐ Medfødt anomali eller fødselsskade:

Hvem har taget lægemidlet? Fødselsdato

(Der mangler 2 elementer) Heriter billedet <https://secure.incapiva.net>

Ukendt zone

Psykiatri i verdensklasse

Tiden er til store ord og en tro på, at vi kan, hvis vi løfter i samlet flok.

Der er store ord og visioner i Danske Regioners udspil om fremtidens psykiatri. Det er på alle måder tiltrængt at bringe fokus på denne forsømte del af sundhedsvæsenet. Det er uden tvivl også godt at adressere psykisk sygdom som en folkesygdom, hvis hele behandling og håndtering kræver ressourcer i enhver betydning af ordet.

Psykiske lidelser er anledning til kolossale omkostninger både på det samfundsmæssige og det menneskelige plan. Mellem en fjerdedel og halvdelen af nytilkendte overførselsindkomster har rod i psykisk sygdom. Halvdelen af de nytilkendte førtidspensjoner skyldes psykisk sygdom. Hver femte dansker stifter personligt bekendtskab med symptomerne. Hver anden familie rammes. Gevinsterne ved at beskæftige sig med problemet synes således åbenbare.

Det siger sig selv, at problemerne er komplekse. Den samfundsmæssige udvikling placerer et stort ansvar hos det enkelte individ, som også selv har store forventninger til, hvor meget lykke tilværelsen vil bringe. I og med at omfanget af psykiske lidelser er så stort, og næsten alle har haft det inde på livet, er der mange meninger om problemernes beskaffenhed og dermed også deres løsning. Alle har en tilbøjelighed til at ekstrapolere ud fra egne oplevelser og automatisk drage konklusioner baseret på egne kasuistikker. Det er klart, at der er meget, der kunne blive bedre. Det vidner de mange personlige vidnesbyrd i avisernes spalter om. Mangel på psykiatere og andre kvalificerede medarbejdere bidrager også negativt i et regnskab, hvor der er stigende forventninger til, hvilke opgaver der skal løses, og færre hænder til at gøre det.

Men løsningerne er ikke altid så enkle, som den personlige beretning synes at pege på. For hver patient er der både fællestræk og unikke løsninger. Opgaven må være at skabe helhed og sammenhæng mellem aktørerne i sundhedsvæsenet. Vi er mange rundt om patienten; både netværket og et væld af mulige professionelle behandlere. Alle ønsker utvivlsomt at gøre det så godt, de kan. Politikerne ligeså – at efterspørge psykiatri i verdensklasse er ambitiøst.

Hvad gør vi så for at få festtalerne omsat til virkelighed? Først og fremmest er helhedstænkningen central. Ingen plan er bedre end det svageste led. Hvis regionernes ambition ikke modsvares af en tilsvarende tænkning og økonomi ude i kommunerne, er det svært at bevare troen på projektet. Hvad kan det nytte, at re-

gionen har fuld fart på superlativerne, hvis kommunekassen, som skal finansiere socialpsykiatrien og dermed den konkrete, nærhedsbaserede støtte til de allersvageste borgere, er tom? Hvor ligger ansvaret for eksempelvis patienterne med dobbeltdiagnoser, dvs. mennesker med både en psykiatrisk problemstilling og en misbrugsproblematik, som uheldigvis med denne kombination har et ben i både en regional og en kommunal lejr?

Kunsten må være at tilføre de tiltrængte finansielle ressourcer til alle danskere med psykisk sygdom og ikke blot tilgodese dem, der råber højest. Tiden har nok af initiativer, som fremmer den udvikling. Pengene rækker ikke langt, hvis de skal gå til flere specialklinikker rettet mod specifikke målgrupper. I primærsektoren ser vi hele spektret af psykiske sygdomme fordelt på alle sociale lag. Der er nok at tage fat på,



Alment praktiserende læge Lene Agersnap, Them. E-mail: agersnap@dadlnet.dk

” Kunsten må være at tilføre de tiltrængte finansielle ressourcer til alle danskere med psykisk sygdom.

ALMENT PRAKTISERENDE LÆGE LENE AGERSNAP

men trods det indgår diagnostik og behandling af ikkepsykotiske lidelser naturligt i det almenmedicinske repertoire. I erkendelse af, at psykiatrien savner arbejdskraft, vil det være naturligt at udbrede principper som *stepped care* og *shared care*, hvor primærsektoren og psykiatrien hjælpes ad med opgaverne efter en klar forløbsbeskrivelse. På den måde kan den faglige kvalitet sikres, samtidig med at de sværest syge patienter med det største behov kan få adgang til mere hjælp fra specialisterne. For at dette kan lykkes, kræver det hjælp fra andre faggrupper, som kan indgå i en fælles samarbejdsmodel i stil med det, der allerede fungerer i f.eks. Canada.

En psykiatri i verdensklasse er store ord. Men tiden er jo tilsyneladende – med *Obama* i spidsen – til store ord og en tro på, at vi kan, hvis vi løfter i samlet flok. Så tak til Danske Regioner for et visionært udspil og på forhånd tak til Folketinget og kommunerne, som følger trop.

Selvopfyldende profetier, ICD-10 og udviklingen på pensionsområdet

It is our duty to be optimists, the future is open. *K.R. Popper*



Speciallæge i psykiatri
Jens R. Bang,
København. E-mail:
jerba@dadlnet.dk

ILLUSTRATION
Lars-Ole Nejstgaard

Det fremgår af publikationer, der kan læses på Ankestyrelsens hjemmeside, at et stigende antal førtidspensioner tildeles med udgangspunkt i en psykisk sygdom af »mildere beskaffenhed«. Forbavsende nok har udviklingen fundet sted i en periode med forbedrede psykiatriske behandlingsmetoder og faldende arbejdsløshed. Årsagsforklaringen er givetvis kompleks. I denne sammenhæng fokuseres der på: 1) loven om selvopfyldende profetier, 2) nogle uhensigtsmæssige følger af ICD-10-systemet og 3) nogle dagsaktuelle identitetsproblemer.

SELVOPFYLDENDE PROFETIER OG NAVNGIVNING

Forestillinger om fremtiden tenderer til at blive bekræftet. I en psykiatrisk sammenhæng sker der følgende: »Kritiske livsbegivenheder« ledsages ofte af en »normalpsykologisk« reaktivitet, som forstærker oplevelsen af kontroltab. Kontrollen genoprettes delvist i det øjeblik, »trolde får et navn«. Navngivningen – i dette tilfælde en diagnose – forbinder »den ramte« med et lidelsesfællesskab med hertil hørende fremtidsperspektiver. Nu gælder det om at passe på. Sugestibiliteten kan trække læsset i en uheldig retning, hvis der ikke synliggøres alternativer til en identitet som kronisk lidende.

I vores samfund er det meget synligt, hvad det eksempelvis vil sige at blive ramt af stress, depression, udbrændthed, PTSD eller angst. Hvad gør prognosen god henholdsvis mindre god? På den ene side har »de ramte« behov for hjælp. På den anden side – og det er budskabet – gælder det i så fald om at undgå, at den principielt set godartede reaktivitet forvandles til et springbræt for en sygerollefikseret identitetsudvikling. Hvis den terapeutiske dialog ikke er konstruktiv, der ikke er effekt af SSRI-medicinering (universalmidlet, der tilbydes alle), og den lidende er sygemeldt gennem længere tid, er der højrisiko for, at sugestibiliteten udvikler sig til en negativ selvopfyldende profeti. Den sygemeldte, der er fritaget for sociale forpligtelser, tilskyndes nærmest direkte til at opdyrke de negative forestillinger og følelser, der begrundet/retfærdiggør »friheden« og behandlingskontakten. Spørgsmålet er nu, om der er træk ved den profes-

sionelle selvforståelse, som – utilsigtet – bidrager til at skabe kroniske forløb?

ICD-10, TEORETISK FORARMELSE OG NAVNGIVNING

ICD-10 blev indført i 1994 med det formål at udvikle den psykiatriske nosografi i overensstemmelse med principperne for opstilling af sygdomsenheder inden for somatikken. Tankegangen er den, at valide og reliable syndromer muliggør forløbsundersøgelser under forskellige betingelser. Vendes blikket mod »psykiatria minor«, er hovedproblemet imidlertid, at der ikke er tale om validerede, reliable syndromer, men om kontekstafhængige forskningsdiagnoser. »Løseg-tigheden« medfører bl.a. følgende problemer i den kliniske praksis:

1. En tendens til »opfanger det hele-diagnostik«, der forstærkes af en – fristes man til at sige – naiv tro på, at »de mindre« psykiske lidelser er objektiverbare fænomener, som på linje med brækkede ben kan beskrives neutralt uden at forme og udbrede det, der beskrives. Eksempler: depressioner og PTSD.
2. En tendens til »cirkulær diagnostik« blottet for enhver praktisk relevant forklaringsværdi. Eksempler: Patienten lider af social fobi, udbrændthed, en vedvarende somatoform tilstand, fordi han/hun er henholdsvis angst i samværet med andre, ikke kan engagere sig i sit arbejde, bliver ved med at fremføre sygdomsklager. Hvorfor har patienten så symptomerne? Fordi han/hun lider af ...
3. Fraværet af den teoretiske forankring, som på godt og ondt karakteriserede det gamle system, har efterladt et tankemæssigt tomrum, som fyldes ud af nogle meget overordnede antagelser om betydningen af traumer og belastninger.

Situationen er altså den, at vi på psykiatria minor-området har en klinisk praksis, hvor psykosociale problemer, som i det væsentlige forstås i et »traume/belastningsperspektiv«, navngives i lyset af uafklarede forskningsdiagnoser. I forhold til attester og speciallægeerklæringer leveres der ud over de oplysninger

om den sociale baggrund og arbejdsmarkedstilknytningen, som rekvirenten ofte kender i forvejen, en traume/belastnings/medicineringshistorik efterfulgt af en løsrevet funktionsprognose, der ikke er forankret i tværkulturelle forløbsundersøgelser. Borte er tidligere tiders dynamiske betragtninger, hvor symptomerne trods alt blev analyseret som et udtryk for et sammenstød mellem konfliktforsvaret og relevante elementer fra fortiden og den konkrete situation.

DET FLIMRENDE SAMFUND OG OFFERROLLEN

Den sociale identitet hviler på de områder af det sociale liv, hvor tidsperspektivet er langsigtet. Vi lever i en kultur, hvor det er vanskeligt for mange at fastholde stabile relationer i det intime liv, i arbejdslivet og med hensyn til den værdimæssige orientering. Forandringer, der truer den ofte skrøbelige stabilitet, udløser en symptomproduktion, som medfører kontakt til et hjælpesystem, der via langvarige sygdomsmedlidenheder placerer »de ramte« i en passiviserende offerposition, som længere henne i forløbet risikerer at blive endegyldigt cementeret ved hjælp af en arbejdsprøvnings, der foregår ud fra en overfladisk forestilling om, at de observerbare præstationer er et objektivt udtryk for det opnåelige funktionsniveau. Efterfølgende forklares negative forløb ret så bekvemt for sociale sektoren ved i 98% af de tilfælde, hvor der tilkendes førtidspension at henvise til helbredsforholdene.

Desværre er det således vanskeligt at komme uden om, at arbejdssevne-metoden i det væsentlige har fået status af et juridisk begrundet formkrav uden synnerlig betydning for det sociale arbejde med de mangfoldige barrierer, der står i vejen for borgernes selvforsørgelse. Ansvar for denne utilsigtede udvikling ligger hos de juridisk uddannede administratorer i ankesystemet, som aldrig har forholdt sig til kvaliteten af de socialfaglige vurderinger, som fremgår af pensionsindstillingerne.

FORSLAG TIL EN UREALISTISK NEGATIV REFORM OG ET REALISTISK ALTERNATIV

Den enkleste løsning på de skitserede problemer består i at iværksætte en negativ reform, hvor helbredsforholdene kun tillægges betydning for tildelingen af sociale ydelser i to situationer: 1) Den objektiverbare kliniske sygdomsbeskrivelse kan forklare klageudbuddet og funktionsindskrænkningen, og 2) der foreligger tværkulturelle forløbsundersøgelser, som peger på, at et foreliggende klageudbud med ledsagende sygdomsadfærd har status af et syndrom med en funktionsprognose, der forbedres, respektive ikke forværres, hvis patienten fritages for de og de sociale forpligtelser.

Af politiske grunde er det næppe realistisk at forestille sig, at det skulle være muligt at komme igen-

nem med en negativ reform. Vi lever i et samfund, hvor socialpolitikken er gennemsyret af en behandlingsideologi, som gør det særdeles vanskeligt at få øje på de umyndiggørende træk ved den »behandler-industri«, som har en meget klar økonomisk interesse i at opretholde illusionen om, at store dele af befolkningen er sarte og har behov for terapi. En psykiatri, som har ambitioner om at overholde de lægevidenskabelige »spilleregler« for opstilling af sygdoms-enheder, burde imidlertid have anfægtelser over at udgøre tandhjulene i den »elendighedsmaskine«, som er godt i gang med at uselvstændiggøre en betragtelig andel af befolkningen.

Alternativet består i at skabe forståelse for følgende: loven om selvopfyldende profetier fortæller os, at mennesker meget langt hen ad vejen reagerer som forventet. Den berømmede kognitive terapi bygger på denne indsigt. Forslaget er herefter, at den kognitive tilgang kombineres med en ændret opfattelse af årsagerne til »de mindre« psykiske lidelser. Frem for at kredse om traumer og belastninger flyttes fokus til patientens forestillinger om fremtiden. Synspunktet er her, at reaktiviteten (symptomproduktionen) risikerer at blive problematisk, hvis »den ramte« oplever, at der ikke findes acceptable løsninger på de foreliggende sociale og eksistentielle problemer, som gør fremtiden mere attraktiv uden for sygerollen. Følgelig gælder det om at bearbejde patientens fantasier om fremtiden og om at fastholde tilknytningen til de identitetsbærende arbejdsfællesskaber.

Diagnostikken bør derfor reserveres til de forskningssammenhænge, hvor den er relevant, således at fokus flyttes fra navngivningen til de konkrete sociale og eksistentielle problemer, herunder diverse forestillinger om fremtiden, som optager patienterne.

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 Rikke M. Jensen på 35 44 82 76 eller rmj@dadl.dk



Jeg vil gerne lave det, jeg er uddannet til

KOMMENTATOR

Mette Marklund, læge og ph.d.

FOTOS

Ugeskrift for Læger

10 DE TI

Hver uge skiftes ti kommentatorer til at forholde sig til et aktuelt sundhedspolitisk emne.

Nis Alstrup, formand for Brancheforeningen for Privathospitalet og Kliniker. *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 og ph.d., indtil 1. maj hos Distriktspsykiatrien i Roskilde. *Bente Klarlund Pedersen*, professor på Rigshospitalet. *Imran Rashid*, under uddannelse til speciallæge i almen medicin og foredragsholder. *Sidse 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.

Opgaveglidning, kompetenceudvikling, aflastning, tilpasning ... Fine navne bag hensigten om at slippe af med fagligt irrelevante opgaver, krydret med lysten til at overtage nye. Overordnet en smuk tanke, som desværre forplumres lidt, når flaskehalsen – som det første – peger på en anden faggruppes enestående kompetencefelt: diagnosticering og planlægning af den efterfølgende medicinske behandling.

Jeg synes – i al ydmyghed – at detektivarbejdet og ordinationsretten netop er to kerneområder i det lægelige virke. Særgeligt nok mangler der åbenbart så mange læger til dette arbejde, at man nu vil oplære andre personalegrupper til at varetage tjansen. Men måske er problemet nærmere, at lægerne dagligt glider rundt i så mange forældreløse opgaver, at det kræver balance på eliteniveau at nå frem til nerven i faget?

Ud over min basale lægeuddannelse – og lidt til – er jeg autodidakt inden for sengebadning, sårpleje, medicingivning, temperaturmåling, transport af hospitalssenge og lettere sygehusrengøring. Herudover, har jeg oparbejdet DJØF-kompetencer på basisniveau og it-færdigheder på særdeles udvidet niveau.

Jeg er ikke blevet ekspert i disse praktiske færdigheder af simpel interesse. Nej, hvor jeg har trådt mine ergonomiske træsko, har sygeplejerskerne haft mere end rigeligt at se til med deres respektive områder. Overfyldte afdelinger og moderne, videbegærlige patienter har dikteret et tårnhøjt tempo. I den belastede somatiske hverdag har jeg personligt kun fået øje på ganske få sygeplejersker med tid til overs til kompetenceudvikling – og det har selvforklarende næppe været de rette ...

I ny og næ får jeg den tanke, om en af drivkræfterne bag kompetencejagten er opfattelsen af status? Den mere eller mindre udtalte indbyrdes forstå-

else af, hvordan hierarkiet er skruet sammen (som regel baseret på uddannelseslængde og formodet aflønning), puster dagligt til forestillingen om, at det er vigtigere at få styr på fru Kofoeds atrieflimmer end at få børstet hendes tænder og skiftet hendes ble. Det er jo

” Måske er vi for dårlige til at påskønne plejepersonalets arbejde?

åbenlyst forkert! Men måske er vi faktisk for dårlige til at se og verbalt påskønne plejepersonalets arbejde? Forsømmer vi at italesætte anerkendelsen ved et omhyggeligt udført ernæringskema, en rettidig og veludført medicingivning til en vanskelig patient, iværksættelsen af nødvendige hjemmeplejeforanstaltninger og alle de andre betydningsfulde plejeopgaver? For i så fald kan tanken næppe undre, om det måske er mere »vigtigt« at stille diagnoser og ordinere medicin ...

Hvis jeg kunne bestemme, ville jeg lave det, jeg er uddannet til! Og jeg antager ganske naivt, at det samme er tilfældet for de øvrige personalegrupper. Hvis man vil være laborant, må man læse til laborant. Hvis man vil være sygeplejerske, må man læse til sygeplejerske.

Lad nu kerneopgaverne blive hos de faggrupper, der har uddannet sig til at løse dem. Hvis I tager sygeplejerskeopgaverne, laborantarbejdet, it-nørkleriet, socialrådgiverjobbet, portørtjansen og rengøringsarbejdet fra mig, og jeg stadig ikke kan varetage min diagnosticering så må I få den. Ellers ikke!

