

UGESKRIFT FOR LÆGER



17. august 2009
Udgivet af Lægeforeningen
Journal of The Danish Medical Association
Ugeskrift for Læger 2009;171:2341-2424
www.ugeskriftet.dk

34/2009

Klinisk basisår:
Århus hitter
s. 2348

Bedre kvalitet
med telemedicin
s. 2420



Vaccine:
**Nogle kan få,
andre må gå**

s. 2354



I dag lander Den Danske Kvalitetsmodel. Sønderjylland er tyvstartet. **2360**



I de kommende uger afgøres det, hvem der skal vaccineres mod A-influenza. **2354**



Århusianske basisforløb er mest populære blandt basislæger. **2348**

INDHOLD

2347 Leder

Truslen mod den globale sundhed.
Jens Winther Jensen

2348 Nyheder

Basislægerne har valgt – pladserne i Århus gik først. *Bente Bundgaard*
Ind- og udland. *Bente Bundgaard*

2354 Fokus

Vaccine – hvem skal have? *Klaus Larsen*
»Skejbybaby« tackler influenzaen.
Klaus Larsen. 2358

2360 Udvikling

Kvalitetens sønderjyske spydspids.
Kurt Balle Jensen

2363 Kultur

Indiens perler.

2364 Almen praksis

Lægedage 2009. *Jytte Rothmann & Kirsten Talbro Laraignou*

2366 Medicinske nyheder

Medicinske nyheder. *Christina E. Høi-Hansen*

2369 Videnskabelige artikler

Se videnskabeligt indhold på side 2345.

2404 Anmeldelser

2406 Meddelelser & navnestof

2408 Job & praksis

2415 Debat

Sygeplejerskeadministreret propofol-sedation i forbindelse med endoskopi.
Ole Nørregaard.
Med svar af 1) *Lars Bo Svendsen & Michael Staun*, 2) *Peter Vilmann*, 3) *Jesper A. Poulsen*, 4) *Palle Nordblad Schmith & Peter Vilmann*. 2416
Opgaveglidning. *Hans J. Møller*. 2418
Influenza. *Peter Andreasen*. 2418

2419 Min mening

Specialpsykologer i psykiatrien – fra et yngre læge perspektiv. *Anders Jørgensen, Mia Greisen Søndergaard, Thomas Fahmy et al*

2420 Kronik

Teledermatologien som supervision – en status efter fem års formaliseret teledermatologi på Færøerne. *Gregor B.E. Jemec & Knud Jacobsen*

2422 De ti

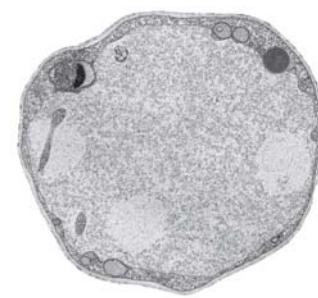
Haves: Faglighed – Savnes: X-factor!
Imran Rashid



FMK DS
FARSPRESSENS MEDIE KONTROL
Kontrolleret oplag:
24.430 eksemplarer



Foto:
Fanelli Photography/
iStock



Endometriresektioner er et godt behandlingstilbud ved blødningsforstyrrelser. **2371**

Gode resultater ved finnålsaspirationscytologi ved mammografiscreening. **2379**

Patienter mistænkt for at have en tarmsygdom kan have en blastocyt. **2388**

VIDENSKABELIGE ARTIKLER

2369 Ledere

Præmenopausale blødningsproblemer – hvor står vi? *Axel Forman*

Fysisk aktivitet er sundt – kosttilskud og doping er ikke. *Bjørn Richelsen* 2370

2371 Originalartikler

Langtidsopfølgning efter endometriresektion. *Rubab Agha Krogh, Finn Friis Lauszus & Kjeld Leisgård Rasmussen* †

Finnålsaspirationscytologi ved mammografiscreening. *Birte Engvad, Anne-Vibeke Lænkholm, Walter Schwartz et al* 2379

Maksilrekonstruktion med stilket temporallap efter maksillektomi. *Karin Lambertsen & Troels Bundgaard* 2391

2376 Statusartikler

Fysisk aktivitet, kosttilskud og sportsprodukter. *Kristian Overgaard, Harald S. Hansen, Mette Hansen et al*

Blastocystis – en gådefuld parasit. *Christen Rune Stensvold, Maiken Cavling Arendrup, Henrik Vedel Nielsen et al* 2388

2383 Oversigtsartikel

Billeddiagnostiske og endoskopiske metoder ved Crohns sygdom i tyndtarmen. *Michael Dam Jensen, Jens Kjeldsen, Tornem Nathan et al*

2395 Professortiltrædelsesforelæsning

Sundhedspolitiske analyser – bidrag til samfundsmæssig selvrefleksion. *Signild Vallgård*.

2398 Kasuistikker

Posterior skulderluxation – en diagnostisk udfordring. *Anton Mitchell Trollegaard*

Luxatio erecta – en sjælden form for skulderluxation. *Sammer Kadhum Al-Saadi & Bo Sanderhoff Olsen* 2399

Klavikelduplikation efter traumatisk klavikelepifysiolyse. *Lasse Pedersen & Lars Henrik Frich* 2401

2402 Rettelse

Rettelse til »Nyt fra EMEA – april 2009«. *Mark A. Ainsworth*

2403 Akademiske afhandlinger

Peptic ulcer disease and Helicobacter pylori infection in a general population. *Steffen J. Rosenstock*

Zinktransportører i patofysiologien ved diabetes. *Kamille C. Smidt Rasmussen*

Telomerase and human papilloma virus infection in the progression of cervical carcinoma. *Iana V. Lesnikova*

Clinical and molecular genetic aspects of hereditary spastic paraplegia. *Kirsten Svenstrup*

Vertebral endplate signal changes (VESC) in the adult population – prevalence of VESC, its natural course, association with low back pain, and the prediction of new VESC. *Tue Secher Jensen*

Truslen mod den globale sundhed

Lægeforeningen og verdenslægeforeningen, WMA, holder konference om klimaforandringer og sundhed i København den 1. september på en meget dystre baggrund. En rapport udarbejdet i fællesskab mellem The Lancet og University College London i maj 2009 udpegede klimaforandringerne som den potentielt største trussel mod den globale sundhed i det 21. århundrede. På næsten samme tidspunkt udvekslede omkring 100 forskere i Bella Centret deres seneste viden om klimaforandringerne forud for topmødet i København senere i år. Deres konklusioner er netop udsendt, og de taler om langt mere vidtrækkende følger af den globale opvarmning end hidtil antaget. Vi står over for en meget stor udfordring. Også på sundhedsområdet.

” Naturligvis kommer vi til at mærke disse konsekvenser, og naturligvis skal vi påtage os et internationalt ansvar.

Formålet med Lægeforeningens og WMA's konference er for det første at skabe opmærksomhed om sundhedsaspektet, der hidtil har været forholdsvis upåagtet. For det andet at udveksle den bedste viden, som vi har i dag. Derfor er det en åben konference. En meningsmåling udført af analyseinstituttet Synovate viste i denne uge, at majoriteten af danskerne ikke oplever klimaforandringerne som en trussel. Vi har endnu ikke fået bevidsthed om, hvad der er ved at ramme os. Men trusselsbilledet er klart nok, og Lægeforeningen og lægernes globale organisation vil gå aktivt ind i arbejdet med at afbøde de konsekvenser, som toner frem. Det tredje vigtige formål med konferencen i København er at sikre, at den strategi og de politiske beslutninger, som ventes vedtaget ved klimatopmødet COP15 til december, medtager sundhed som et vigtigt aspekt. Det vil ske i form af en erklæring fra WMA til COP15.

FN's klimapanel har udpeget en række områder, hvor de stigende temperaturer allerede i dag medvirker til øget sygelighed og tidlig død. Det er øget sygdomsspredning med insekter, det er stigende problemer med pollenallergi på grund af indvandring af nye arter og ændring i årstiderne, og det er dødsfald på grund af kraftigere hedeølger. Men det er kun en stille prolog til de problemer, som vil komme. FN udpeger en række konsekvenser som højrisiko. Det er lidelser og skader som følge af øget sult eller fejlernæring, det er øget dødelighed, sygdomme og skader som følge af hede, oversvømmelser, storme, brande og tørke, og det er en meget forstærket spredning af insektbåren smitte, bl.a. malaria. Dertil kommer de mange psykiske og sociale konsekvenser af social uro, folkevandringer, kamp om ressourcer etc. Vi ligger selv i en zone, hvor der også er positive konsekvenser på grund af et behageligere klima, men naturligvis kommer vi til at mærke disse konsekvenser, og naturligvis skal vi påtage os et internationalt ansvar.

Konferencen i København skal drøfte en erklæring, der helt overordnet opfordrer regeringerne til at gennemføre indgreb, der bremser op for den globale opvarmning, der er årsag til katastroferne. For det andet, at de rige lande, der helt entydigt har ansvaret for de menneskeskabte forandringer, hjælper den fattige del af verden med de sundhedsmæssige konsekvenser, som nu rammer dem hårdest. Det gælder både overførsel af viden og af ressourcer til at løse problemerne. Men også, at lægerne selv og de nationale sundhedsmyndigheder bidrager til at nedbringe belastning på miljøet og tænker i strategier, der i tide kan dæmme op for de sundhedsmæssige konsekvenser. Det svarer i øvrigt meget nøje til den politik om sundhed og klimaforandringer, som vi har vedtaget i Lægeforeningen.

FORMAND FOR
LÆGEFORENINGEN
Jens Winther Jensen



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

Basislægerne har valgt – pladserne i Århus gik først

Statistikken over, hvor de nye basislæger skal starte her i efteråret og i hvilke specialer, foreligger nu. Århus Sygehus i Nørrebrogade er topscorer igen i år, mens den specialekombination, der hurtigst blev snuppet, var intern medicin/ortopædisk kirurgi.



Journalist
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk

FOTO
Århus Universitets-
hospital, Århus Sygehus

Århus Sygehus er populært hos de nye læger, der starter i kliniske basisforløb her i efteråret. Især den del af hospitalet, der ligger i Nørrebrogade, viser nye tal på www.basislaege.dk, hvor de unge læger foretager deres valg af forløb, når de har fået tildelt deres nummer.

I århusianske Nørrebrogade var alle poster fordelt, allerede da lidt under en tredjedel af samtlige basislæger havde foretaget deres valg. Lang næse, altså, til dem, der først kunne vælge sent.

Nørrebrogade-adressen i Århus toppede også i sidste runde, mens hospitalet i første runde 2008 var nummer to.

Hvad angår specialerne, var det kombinationen intern medicin/ortopædisk kirurgi, der gik hurtigst denne gang – men her var der kun et enkelt forløb, og så er det jo ulig nemmere at nå til tops. Den kombination blev taget meget tidligt – nemlig på et tidspunkt, hvor kun seks pct. af samtlige basislæger havde valgt.

OG HVAD SÅ MED BAGTROPPEN?

Med hensyn til stederne, gik de sidste pladser på Sygehus Sønderjylland – både Aabenraa og Sønderborg – først næsten helt til allersidst, og Regionshospitalet

Holstebro, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og Sygehus Vendsyssel i Hjørring hitter heller ikke ligefrem hjem hos basislægerne.

For specialernes vedkommende gik det træggest med at få afsat kombinationen fælles akutmodtagelse/almen medicin. Men det kan måske forklares med, at der var mange af disse forløb – 30 – mens de seks pladser på kombinationen fælles akutmodtagelse/psykiatri også måtte langt hen i valgprocessen, før de alle var blevet fordelt.

GEOGRAFIEN VIGTIGST

Statistikken varierer fra tildeling til tildeling og afhænger af en mængde ting. Den siger dermed ikke nødvendigvis så meget om de enkelte hospitaler eller specialer generelt. Men der er dog visse tendenser, som kan trækkes ud.

For eksempel er det ikke overraskende hospitalerne i yderområderne, der typisk har pladser til rådighed rigtigt længe i forløbet og måske ligefrem tomme pladser, selv efter at alle lægerne har valgt basisforløb. P.t. er der f.eks. otte ledige pladser i udkantsområderne – herunder et par stykker i Aalborg, som dog trods alt er en større by.

NYHEDER
REDIGERET AF
Bente Bundgaard,
bbu@dadl.dk



KORTE NYHEDER

USA advarer mod fidusmedicin

Shampoo med ionisk sølv, »dræbere« af frie radikaler på flaske og et redskab med betegnelsen »photon ånd« mod den såkaldte svineinfluenza er blandt de påfund, som de amerikanske sundhedsmyndigheder nu advarer mod. Siden maj har the US Food and Drug Administration advaret mod over 120 produkter, hvor næsten halvdelen drejede sig om midler mod influenza, og hvis påstande ikke holder vand, skriver Financial Times. »Ikke blot er disse produkters løfter ulovlige, men vi betragter dem også som potentielt vigtige trusler mod folkesundheden«, siger Gary Coody, FDA's svindelkoordinator, til avisen.

Udskriver lægerne for meget Tamiflu?

I Politiken advarer professor Allan Randrup Thomsen om, at der er risiko for at udvikle resistens, hvis lægerne udskriver for meget Tamiflu. Indtil videre er der udskrevet omkring 11.000 kure i Danmark, men der er kun konstateret 367 tilfælde af H1N1. Formand for PLO, Michael Dupont, mener dog ikke, at det er for meget. »Når man tænker på den presseomtale, der har været ... og det pres, vi har været udsat for fra mange patienter, så synes jeg egentlig, det er imponerende, at der ikke er blevet udskrevet mere«, siger han.

Patienterne strømmer til privathospitalerne

Siden det udvidede frie sygehusvalg blev genindført i juli, er patienterne strømmet til den private sektor, skriver Berlingske Tidende. Et af de større, Arresødal Privathospital, har f.eks. tredoblet patienttallet i juli. Og i Region Midtjylland er antallet af henviste patienter seksdoblet fra et niveau på ca. 200 om måneden tidligere på året til 1.200 i juli. Udviklingen vækker politisk kritik. Socialdemokraterne, SF og de Radikale siger alle, at de foretrækker en ordning, hvor de alvorligst syge patienter behandles først.

Kræftframte tror på Gud

Danskere, der rammes af kræft, er mere troende end andre mennesker, skriver Kristeligt Dagblad og refererer til foreløbige resultater af en undersøgelse fra Psykoonkologisk Forskningsenhed, Aarhus Universitet og Århus Universitetshospital. Blandt de undersøgte 3.300 kvinder med brystkræft er der 83 pct. troende, mens tallet blandt danskere generelt er på omkring 60 pct. »Forskellige livskriser virker som eksistentielle syrebade, hvor man genovervejer sine værdier og sine trossystemer«, siger psykolog og ph.d.-studerende Christina G. Pedersen.



Man kan også se, at der ikke er nogen mangel på de specialer, der normalt er rift om såsom intern medicin. For eksempel er der her i efteråret tomme forløb med kombinationen intern medicin/almen medicin at få.

»De kommende basislæger har været meget opmærksomme på, om de kunne være sikre på at få intern medicin, hvis de ønsker det. Men alle kan få intern medicin, hvis de er ligeglade med geografien«, siger Jan Greve, leder af Videreuddannelsesregion Nords sekretariat, som har hovedansvaret for hjemmesiden på vegne af Danske Regioner.

Sagen er naturligvis, at mange af basislægerne netop ikke er ligeglade med geografien.

For eksempel er mange af de københavnske hospitaler men sjovt nok ikke Odense Universitetshospital (Rigshospitalet har ikke nogen basislæger) på top-ti over de steder, hvor basisforløbene bliver revet væk.

»Vi tror, geografien betyder mest. Dernæst betyder specialet og kombinationen af specialer noget. Og

mindst betyder tidspunkter for, hvornår forløbet starter«, siger Jan Greve.

HURTIGE KLIK

En anden statistik viser, at basislægerne har forbedret sig godt og foretager deres valg hurtigt. Gennemsnittetiden er på under et minut. De, der kommer sidst i valgprocessen, bruger dog lidt mere tid på det – måske fordi de skal overveje valget mellem steder og specialer, de egentlig ikke er så begejstrede for.

Til gengæld er der god respons på selve hjemmesiden.

»Basislægerne er utroligt positive over for muligheden for at prioritere på denne måde via en hjemmeside. Evalueringer efter hver runde har været positive og også konstruktive, og vi har kunnet bruge mange af basislægernes forslag«, siger Kristoffer Karlsen, teknisk direktør på Dansk Telemedicin, der står for hjemmesiden.



FAKTABOKS

De nye basislægers top-ti målt på, hvor de kliniske basisforløb hurtigst blev valgt

- 1: Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (Nørrebrogade)
- 2: Amager Hospital
- 3: Frederiksberg Hospital
- 4: Køge Sygehus
- 5: Gentofte Hospital
- 6: Bispebjerg Hospital
- 7: Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (Tage Hansens Gade)
- 8: Regionshospitalet Silkeborg
- 9: Frederikssund Hospital
- 10: Herlev Hospital



KORTE NYHEDER

Anonyme cigaretpakker?

Kræftens Bekæmpelse ønsker sig anonyme cigaretpakker, efter at en canadisk undersøgelse har vist, at rygerne lader sig vildlede af pakkernes design. For eksempel troede 80 pct. af forsøgspersonerne, at pakker med ordet »smooth« – glat – indeholdt mindre farlige cigaretter end de almindelige, selv om det ikke var tilfældet, skriver foreningen på sin hjemmeside. »Skridt hen imod anonyme pakker vil betyde enormt meget, specielt for de unge, som begynder at ryge«, siger overlæge Inge Haunstrup Clemmensen fra Kræftens Bekæmpelses forebyggelsesafdeling.

Overbygning på »Medicin med Industriel Specialisering« i Aalborg

Aalborg Universitet åbner efter sommerferien overbygningen på uddannelsen »Medicin med Industriel Specialisering«, hvor de studerende er i tæt kontakt med både medicinalindustri og hospitaler. Det falder sammen med, at de første bachelorer på uddannelsen, som startede i 2006, kommer ud i sommer. »Efter sommerferien starter de industrielle specialiseringer for alvor op på uddannelsens overbygning, og det forventer vi os meget af«, siger prodekan Egon Toft.

Norske sygehuse kønsdiskriminerer

Lægeforeningen i Norge protesterer over, at norske hospitaler er slemme til at diskriminere mod kvinder, især hvis de er gravide. »Vi har en række udtalelser fra Ligestillings- og diskrimineringsombudet og fra Ligestillingsnævnet, som peger på, at gravide ikke får ansættelse i eller får forlænget deres vikariat, når det løber ud«, siger den norske lægeforenings formand, Torunn Janbu. »Lægeforeningen har gentagne gange stillet spørgsmålstegn ved den udstrakte brug af midlertidige stillinger på sygehusene«, siger hun.

Region Skåne indkalder pensionerede læger

Sverige har til hensigt at vaccinere alle mod A(H1N1)-influenza og er i færd med at planlægge hvordan, når vaccination ventes i slutningen af september. Ikke alle regionale myndigheder regner med at kunne klare den omfattende opgave med de nuværende resurser. Region Skåne undersøger f.eks. på internettet, om det er muligt at få pensionerede læger og andet sundhedspersonale med den nødvendige kompetence til at deltage i vaccinationsarbejdet. Det ventes, at vaccinationen af de ca. 9 mio. svenskere vil koste 2-3 mia. svenske kroner – 1,4-2 mia. danske kroner.



FEM SPØRGSMÅL TIL



Jakob Axel Nielsen
Minister for sundhed og forebyggelse

Du har nedsat et udvalg om det præhospitale akutberedskab – kommissoriet er lige kommet – hvad er udvalgets vigtigste opgave?

At sikre at vi på det præhospitale område er toptrimmede og matcher de nye og mere specialiserede sygehuse, vi vil se skyde op i landskabet de kommende år. De to områder skal jo komplementere hinanden.

I kommissoriet står der en masse om almen praksis – bl.a. står der et sted, at udvalget skal kigge på »organisering af nære tilbud i form af f.eks. skadeklinik/lægehus« i den sammenhæng – hvad er det for noget?

Skadeklinikker og nye store lægehuse skal kunne tage sig af mindre skader, så folk ikke behøver at tage på sygehuset. De skal være døgnåbne og huse flere forskellige typer af sundhedspersonale.

Det fremgår også, at alle landets borgere altid skal kunne få akut hjælp inden for 15 minutter efter 112-opkald, altså uanset hvor man bor – er det overhovedet realistisk?

Ja, under normale omstændigheder, og det er altså et soleklart mål for regeringen. Men det kræver et analysearbejde, som vi tager hul på nu.

Der blev afsat 250 mio. kroner til udkantsområder i finansloven for 2009, og dem skal udvalget også beskæftige sig med – hvad skal de bruges til?

De skal bl.a. gå til initiativer som oprettelse af skadeklinikker og lægehuse i eksisterende lokaler.

Hvornår skal udvalget komme med sine forslag?

Jeg vil ikke sætte dato på nu. Udvalget skal arbejde parallelt med færdiggørelsen af planerne for de nye sygehuse. Det er afgørende, at de to dimensioner hele tiden tænkes sammen.

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

EU-Kommissionen: Danmark bryder traktaten. Nej, vi gør ej, siger regeringen

Den danske regering har modtaget en såkaldt åbningsskrivelse – et skrift, der kan være det første skridt i en egentlig retssag – fra EU-Kommissionen, som mener, at adskillige ting i det danske sundhedsvæsen er i modstrid med EU's regler.

Kommissionen har fire anker:

1. Recepter fra andre EU-lande kan ikke indløses i Danmark.
2. Danskere kan ikke – eller kun med besvær – få godtgjort udgifter til sundhedsydelser uden for sygehusregi.
3. Det kan danskerne heller ikke, når det drejer sig om hospitalsbehandling.
4. Og endelig har Danmark ikke nogen instans, hvor borgerne kan gå hen og få bevilget tilladelse til at få dækket den slags udgifter.

Men det har Kommissionen enten misforstået, eller også har den forældede oplysninger, skriver regeringen i sit svar.

På det første punkt har Kommissionen godt nok fattet det danske system, men reglerne er berettigede, mener regeringen.

For hvad nu, hvis den udenlandske recept f.eks. er falsk? Eller hvis apoteket skal i kontakt med den udskrivende læge?

Mht. de andre anker mener regeringen, at det danske system med en praktiserende læge som *gatekeeper*, er i orden i forhold til EU-reglerne. Man kan altså ikke bare gå til udenlandske specialister uden en henvisning og så siden få udgiften refunderet hjemme i Danmark.

Og mht. hospitalsbehandling har danskere ret til at få behandling i udlandet, hvis de ikke kan få den »rettidigt« hjemme på samme vilkår, som hvis de f.eks. benyttede sig af det udvidede, frie sygehusvalg.

Ikke noget at komme efter, altså. Eller?

»Man må formode, at der er noget at komme efter angående punkt et. Kommissionen vægter traditionelt den gensidige anerkendelse af uddannelser



Foto: Istock

højt, og nordiske lægers recepter accepteres jo. Det er åbenlys diskrimination«, siger lektor på Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, Dorte Sindbjerg Martinsen,

De to næste punkter drejer sig i realiteten meget om definitionen af, hvad hospitalsbehandling er, og hvem der har lov til at definere den. Er det kun hospitalsbehandling, når det varer mindst et døgn? Og kan definitionen variere fra land til land?

Og endelig det sidste punkt – et sted at gå hen. Det er rigtigt nok, at patienterne kan få information om EU-reglerne, men det er svært. Og den går faktisk ikke, mener Dorte Sindbjerg Martinsen.

»For at få tingene til at fungere og sikre folks retssikkerhed, skal de holdes i hånden af systemet. Det kræver, at de praktiserende læger og hospitalerne informeres om EU-rettighederne på lige fod med f.eks. det udvidede frie sygehusvalg. Praksis viser, at et eller andet blokerer her«, siger hun.

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

Goodwill-ordning – lidt succes og lidt fiasko

Siden sidste forår har en lille håndfuld praktiserende læger i Region Syddanmark fået deres goodwill garanteret af regionen. Ordningen har dog ikke været nogen ren succes.

»Nogenlunde succes, lidt fiasko og meget hårdt arbejde«. Sådan karakteriserer afdelingschef Frank Ingemann Jensen i Region Syddanmark den såkaldte goodwill-aftale fra sidste år.

Ordningen giver mulighed for, at Region Syddanmark – som den eneste i landet – i visse tilfælde garanterer, at en praktiserende læge kan få solgt sin praksis.

Tre aftaler er allerede indgået, og godt ti er ved at være på plads. Aftalerne sikrer lægedækningen, og Region Syddanmark har endnu ikke haft lægeløse patienter.

»Det har været meget, meget svært. Der har været mange juridiske problemstillinger og strategiske overvejelser. Vi risikerer jo at blande os i markedsmekanismerne«, siger Frank Ingemann Jensen.

Regionen har ti millioner kroner til rådighed om året til strukturtilpasning, og langt de fleste vil gå til goodwill-ordningen. Men ikke helt på den

måde, som regionen havde tænkt sig. Kort sagt er den mere blevet brugt til »at slukke brande med« og ikke så meget som et strategisk redskab til at fremme nye hensigtsmæssigt placerede, bæredygtige enheder.

»Vi har f.eks. lavet en aftale med en 70-årig læge i Ølgod, hvor vi køber hans praksis, hvis han bliver to år mere. Imens laver vi en plan for etablering af en ny bæredygtig praksis. Vi køber tid«, siger Frank Ingemann Jensen.

Men regionens foretrukne model – hvor goodwill-ordningen er betinget af, at lægerne flytter til en bæredygtig praksis – er ikke brugt ret meget.

Og regionen har fortrudt, at ordningen også kan bruges, hvor en læge allerede sidder i en bæredygtig praksis.

»Den model er ikke praktisk håndterlig. I realiteten er det meget svært at definere en bæredygtig praksis, og man kan komme til at fornærme de læger, som får afslag, ved at dømme deres praksis som ikkebæredygtige«, forklarer Frank Ingemann Jensen.

Set fra de praktiserende lægers side er det nu i lige så høj grad de ti millioner kroner, der sætter grænser for ordningens succes.

»Hovedbegrænsningen har nok ligget i økonomien. Det er ret få kolleger, som kan få udbytte af ydelsen«, siger praksisudvalgsformand, Søren K. Jensen.

»Måske kan man sige, at vi har været for ambitiøse – i hvert tilfælde i forhold til den økonomi, der er i aftalen«.



SAGT & SKREVET

»Det betyder utroligt meget, når man ikke kan bevæge sig, og man sidder med hjernen i behold«.

Talepædagog Anne Hansen fra Hammel Neurocenter om ny teknologi, der gør det muligt for lammede at styre en computer med øjnene. P4 Østjylland.

»Størstedelen af vores evidens viser, at vedholdende, høje grader af negativitet er farlige for helbredet«.

Hilary Tindle, University of Pittsburgh, om en undersøgelse, som viser, at pessimister har højere blodtryk og kolesteroltal end optimister. BBC News.

»Ekstrabevillingerne til sundhedsvæsenet ser ud til primært at gå til at finansiere behandlinger på privathospitaler, der groft sagt kun tager sig af raske fodboldhelte med nedslidte knæ«.

Formand for Region Hovedstaden, Vibeke Storm Rasmussen (S) om boomet på privathospitalerne efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Berlingske Tidende.

»Mænd, der har en god sædkvalitet, har en større chance for at overleve end andre mænd«.

Forsker og ph.d. ved Syddansk Universitets forskningsenhed for epidemiologi, Rune Jacobsen, om en ny undersøgelse af mænds sædkvalitet og helbred. Politiken.

»Hvis du tager kokain hver weekend i et par år, kan du sagtens ødelægge næsen fuldstændigt«.

Behandlingsansvarlig ved Dansk Misbrugscenter i Århus, Søren Skensved, om det stigende antal kokainskader hos unge. Urban.



! NYT FRA FORENINGERNE

yngre læger

Stil op til Yngre Lægers repræsentantskab

YNGRE LÆGER

Vil du være med til at bestemme Yngre Lægers politik, så stil op til repræsentantskabsvalget. Fristen for at stille op er den 2. september 2009.

Se mere om valget på www.laeger.dk > Lægeforeningen > Yngre Læger > Valg 2009. Her finder du opstillingsblanketten, og du kan f.eks. følge med i, hvem der indtil videre stiller op. Du kan også se, hvad der sker i repræsentantskabet, og hvordan et repræsentantskabsmøde forløber.

**UGENS BILLEDE**

BLÆNDEDE BISSE – Et par unge mennesker i Sydney havde de helt store smil fremme under Australiens nye Dental Health Week, der har til formål at fremme mundhygiejne og -sundhed. (AFP Photo/Greg Wood).

Konference om en global strategi for klima og sundhed

Klimaforandringerne vil få de mest dramatiske sundhedsmæssige konsekvenser rundt om i verden. Derfor haster det med at få lagt en global strategi for klima og sundhed, der kan præsenteres på klimatopmødet, COP 15, i København til december.

Det er emnet for en konference om klimaets indflydelse på sundheden, som Lægeforeningen holder sammen med Verdenslægeforeningen, WMA, den 1. september i Ingeniørforeningen på Kalvebod Brygge i København. Oplægsholderne er lige så globale som emnet. De kommer fra Asien, Afrika, Australien, USA, Canada og Europa. Minister for sundhed og forebyggelse, Jakob Axel Nielsen, åbner, og minister for udvikling, Ulla Tørnæs, runder konferencen af.

Der er et begrænset antal pladser åbne for deltagelse, og tilmelding kan ske fra i dag og frem til torsdag den 20. august 2009. Se program og tilmelding på www.laeger.dk





Vaccine – hvem

Sommeren synger på sidste vers. Til gengæld er den nye A-influenza H1N1 – »svineinfluenza« – ved at gøre klar til et varmt efterår, og samfundet må gardere sig mod, at nøglefunktioner lammes af pludseligt højt mandefald.



Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

FOTOS

Istock &
Ugeskrift for Læger

sommerens løb er man blevet en del klogere på sygdommen, i takt med at der er indløbet data fra pandemiens arnesteder. Generelt opfører sygdommen sig som en meget mild influenza-form, siger overlæge på Statens Serum Institut, Kåre Mølbak.

De fleste af de foreløbig under 400 tilfælde, som er registreret i Danmark, skyldes smitte under ophold i udlandet, og ifølge Kåre Mølbak har forløbene som regel været mildere end ved en normal sæsoninfluenza.

»Men flere og flere data tyder på, at der er nogle risikogrupper, som vi har grund til at være en anelse bekymrede for. Hvor sygdommen hos almindelige, raske mennesker ytrer sig meget mildt, er især yngre mennesker med kroniske sygdomme udsatte«, siger han.

»Hos sunde og raske mennesker ytrer sygdommen sig sjældent alvorligt. Men ekstremt overvægtige har øget risiko for en alvorlig infektion. De fleste dødsfald eller alvorlige forløb i USA har ramt netop ekstremt overvægtige. Det skyldes nok, at den ekstreme fedme



skal have?

påvirker hjerte og lunger, således at man er mere sårbar for infektion«.

Er der nogen særlig risiko for gravide?

»Gravide har været i særlig risiko for at blive indlagt. Især gravide sidst i svangerskabet – formentlig, fordi graviditeten påvirker immunsystemet samt hjerte og lunger. Gravide bliver lettere forpustede«.

Generelt vil mennesker, som har let ved at blive forpustede, være mere udsatte for alvorlig infektion.

Det vil typisk være den praktiserende læge, der først får kontakt med syge eller deres pårørende. Og allerede nu kan lægen finde vejledning på Serum Institutets hjemmeside. Her kan lægen f.eks. læse, at han blandt andet skal spørge til eventuelle hjerte- eller lungesygdomme, immundefekter, astma, diabetes, ekstrem overvægt eller graviditet. Når vaccinationerne starter – formentlig fra midten af oktober – vil de praktiserende læger modtage mere udførlige vejledninger fra Sundhedsstyrelsen.

MASSEFORSØG

Af indlysende grunde er der ikke lavet indgående studier af eventuelle bivirkninger ved den nye vaccine. Godkendelsen er derfor baseret på erfaringerne fra en tilsvarende vaccine mod fugleinfluenza, der indeholdt et H5N1-antigen. De forventelige – og helt acceptable – bivirkninger, der kan forekomme, er enten let influenzalignende muskelømhed eller lokal rødmen og ømhed ved indstiksstedet, som skyldes hjælpestoffer i vaccinen.

Muligheden for alvorligere bivirkninger ved nye lægemidler kan dog aldrig udelukkes, og når det gives til hundredtusinder, kan det sammenlignes med et masseforsøg. De første 100.000, som bliver vaccineret, vil derfor blive fulgt omhyggeligt, inden det skal besluttes, om vaccinationen skal fortsættes.

»Det er netop derfor, man vil starte med at vaccinere risikogrupper, hvor 'cost-benefit'-risikovurderingen taler for at vaccinere«, siger Kåre Mølbak.

Han indrømmer, at der er en minimal risiko for, at



der viser sig bivirkninger, der vil gøre det nødvendigt at stoppe vaccinationen.

Foruden risikogrupper tales der også om »nøglepersoner«, som det af samfundsmæssige grunde er vigtigt at beskytte ved vaccination. I første omgang sundhedspersonale, men desuden politi, brand- og redningsfolk, regering og andre, som det er op til en særlig gruppe under Sundhedsstyrelsen at udpege. Kåre Mølbak er medlem af gruppen, der under forsæde af overlæge i Sundhedsstyrelsen Else Smith tæller repræsentanter for Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Rigspolitiet, Beredskabsstyrelsen, Udenrigsministeriet, Transportministeriet, Klima- og Energistyrelsen, IT- og Telestyrelsen og flere andre.

FLERE END NORMALT SYGE SAMTIDIG

I betragtning af svineinfluenzaens oftest milde forløb og relativt lave dødelighed kan beredskabet ligne en lettere overreaktion?

»Grunden til postyret er, at samfundet ikke ønsker for meget sygefravær på nøgleposter. Denne epidemi adskiller sig nemlig fra en normal influenzaepidemi ved, at flere bliver syge på én gang, «.

Kåre Mølbak peger på sin egen arbejdsplads som sårbar i tilfælde af stort mandefald: Hvis de to-tre personer på influenzalaboratoriet, som kan sekvensere og karakterisere influenzaviruset, bliver syge eller blot får problemer med børnepasning, fordi pædagogerne er sygemeldte, vil det lamme Serum Institutets mulighed for at opdage mutationer i virus. Det kan få alvorlige konsekvenser for hele samfundets evne til at tackle epidemien – så mon ikke der bliver set med velvilje på Serum Institutet, når der skal udpeges kandidater til den første vaccineomgang?

Der er mange, herunder private virksomheder, der kan påberåbe sig, at deres ansatte udfører sam-

fundsvigtige nøglefunktioner: DSB, falck, politiet, SAS, og hvad med EU-parlamentarikeren Morten Messerschmidt, der skrev til Udlandsvaccinationen for at sikre vaccine til sig selv og sin kæreste; han havde jo sit vigtige arbejde i Bruxelles?

Alt dette skal der tages stilling til i de næste par uger. Og så er der klimatopmødet om fire måneder: At en Barack Obama eller en Angela Merkel pådrager sig svineinfluenza i København er en grim tanke. Derfor regner Kåre Mølbak med, at mange af de personer, som arbejder med den praktiske afvikling af konferencen, skal vaccineres.

” Selv hvis man bestilte vaccine til hele befolkningen, ville de sidste doser måske først blive leveret til foråret, når epidemien er ovre.

OVERLÆGE KÅRE MØLBAK, STATENS SERUM INSTITUT

VACCINE TIL ALLE ER TOM GESTUS

Flere europæiske lande – heriblandt England, Holland, Sverige, Norge og Finland – har politisk besluttet at indkøbe vaccine til hele befolkningen. Utvivlsomt til glæde for vaccineproducenternes aktionærer, men ifølge Kåre Mølbak en tom politisk gestus. Og dyr: At vaccinere hele den danske befolkning vil koste omkring 500 mio. kr. alene til vaccineindkøb. Der til kommer udgifterne til distribution og vaccinerings, hvad enten den skal ske hos egen læge eller i andet regi.

I Danmark er der bestilt vaccine til en tredjedel af befolkningen: i alt 3,1 mio. doser svarende til 1,55 mio. mennesker, da vaccinen skal gives ad to omgange.

Den første sending vaccine ventes til Danmark omkring 1. oktober. Når de første doser er ankommet, skal de ompakkes i kits med sprøjter og kanyler, der kan distribueres til vaccinationsstederne. Vaccinationerne vil derfor tidligst kunne indledes i løbet af oktober.

Den bestilte vaccine kommer ikke på én gang, men i mindre portioner a 110.000-120.000 doser om ugen. Så uanset hvordan man tilrettelægger vaccinationerne, skal det prioriteres, hvem der skal vaccinere først.

»Selv om man havde bestilt vaccine til hele befolkningen, ville de sidste doser måske først blive leveret til foråret. De lande, der siger, at de vil vaccinere



VACCINE

Et udvalg under Sundhedsstyrelsen mødes i disse uger jævnligt og diskuterer, hvem der skal vaccineres. Det er allerede klart, at særligt udsatte kommer i første række – især gravide og kronisk syge. Næste række skal udpeges blandt sundheds- og plejepersonale; først og fremmest de, der er massivt udsat for smitterisiko. I tredje række kommer en række personer, som udfører samfundsvigtige funktioner. Præcis hvem, det bliver, vil være afgjort omkring 1. september.



HVIS MAN SMITTES

De fleste, der smittes med influenza A (H1N1) kan ifølge Sundhedsstyrelsen forvente et mildt og ukompliceret forløb. Personer med nedsat lungefunktion, astma, hjertekarsygdomme, diabetes eller nedsat immunforsvar kan dog være særligt udsatte og bør kontakte lægen, hvis de får influenza-symptomer. Gravide, der får symptomer, og forældre til børn under to år med influenzasyptomer, bør også kontakte lægen.

hele befolkningen, kan simpelthen ikke nå det, før epidemien er ovre. Så det er en rent symbolsk tilkendegivelse», siger Kåre Mølbak.

»I lyset af den ukendte risiko for bivirkninger, er det fornuftigst at starte hos de patienter, som ellers risikerer at blive alvorligt syge. Hos dem er fordelene ved at blive vaccineret langt større end ulemperne. Men for almindelige mennesker mener jeg ikke, der vil være større fordele ved at blive vaccineret«.

Centerchef i Sundhedsstyrelsen Else Smith er heller ikke enig i forslagene om vaccine til alle:

»Ud fra sundhedsfaglige overvejelser har vi foreslået at indkøbe vaccine til ca. en tredjedel af befolkningen. Det er det forslag, vi mener, er sundhedsfagligt mest velbegrundet, og det holder vi sådan set fast i«, siger hun.

Else Smith er i det hele taget blevet kendt som be-sindighedens røst. Stemmen, der bl.a. har haft til opgave at forklare, hvorfor Danmark ikke – i lighed med flere andre lande – har besluttet at bestille vaccine til hele befolkningen, men kun til en tredjedel.

»Allerede da WHO hævdede beredskabet til niveau 6, kunne vi se, at der var tale om et relativt moderat virus: moderat smitsomhed, et ret moderat sygdomsforløb hos de fleste og en ret moderat dødelighed«.

»I det lys skulle vi træffe en beslutning om, hvem der kunne have gavn af vaccinen. Lige som vi hvert år definerer risikogrupper i forbindelse med sæsoninfluenzaen. Vi kunne se, at folk med nogle kroniske sygdomme blev mere syge«.

” Når epidemien er overstået, vil måske 30 pct. have været syge. Langt de fleste vil have været moderat syge. Måske vil de knap nok have opdaget det.

CENTERCHEF ELSE SMITH, SUNDHEDSSTYRELSEN

NØGLEPERSONER SKAL UDPEGES

Forrest i køen, når den første vaccine pakkes ud, står som nævnt en række kronisk syge samt gravide og meget overvægtige. Men en epidemi kan sagtens nå at springe ud i fuldt flor, inden den første vaccine overhovedet er pakket ud.

Derfor skal det også sikres, at der er et sundhedsvæsen til at tage sig af de syge, så de næste i køen vil være de læger, sygeplejersker og andet sundheds- og plejepersonale, som skal tage sig af de syge. Og som i



øvrigt af samme grund også udsættes for massiv smitтерisiko.

Den tredje gruppe, som det særlige udvalg under Else Smiths ledelse skal udpege, er de såkaldte nøglepersoner. Hvem det helt præcist er, diskuteres stadig. Ministerier, styrelser og andre myndigheder er blevet spurgt om, hvilke helt uundværlige samfundsfunktioner, de varetager, og om de derfor har grupper eller enkelte ansatte, som det er afgørende at vaccinere. På baggrund af svarene skal den særlige gruppe ved udgangen af august have udpeget de områder, der skal sikres. Det kan være de klassiske som politi og brandvæsen, energiforsyning og transport. Men også internet og mobiltelefoni er under overvejelse, når man skal udpege funktioner, som skal varetages på et vist niveau, selv om de fleste af os andre må holde sen-gen.

»Men – og det her er altså vigtigt: Vi regner med, at når epidemien er overstået, vil måske 30 pct. af befolkningen have været syge. Men langt, langt de fleste vil have været moderat syge. Måske vil de knap nok have opdaget det. Og i det par uger, hvor epidemien er på sit højeste, vil det måske være ti procent af arbejdsstyrken, der er fraværende. Hvornår det vil ske – om seks uger eller tre måneder – kan ingen forudsige«, siger Else Smith.

Om vaccinationerne kommer til at foregå hos de praktiserende læger, i regionalt regi eller noget helt tredje, er heller ikke afgjort endnu. Også det indgår i de spørgsmål, den særlige gruppe i Sundhedsstyrelsen skal finde svar på i de næste par uger. At vaccinere 1,5 millioner er ikke nogen lille opgave, og både praktiserende læger og hospitaler har andre opgaver. »Folk holder jo ikke op med at brække benene eller få kræftsygdomme og hjerteanfald, fordi der er en influenzaepidemi«, som Else Smith udtrykker det.

! LÆS MERE

Statens Serum Institut:
Vejledning til læger om
influenza A (H1N1):
[http://www.ssi.dk/
sw67733.asp](http://www.ssi.dk/sw67733.asp)

»Skejbybaby« tackler influenzaen

Fødeafdelingen på Skejby har oprettet hjemmeside-link for gravide om A-influenza og gør samtidig klar til at sikre, at smittede gravide kan holdes adskilt fra raske.

Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

Da gravide blev udpeget som særlig risikogruppe, gik der ikke lang tid, før fødeafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby blev kimet ned af bekymrede vordende mødre.

Derfor oprettede afdelingen hurtigt et link med de efterspurgte oplysninger på hjemmesiden »skejbybaby.dk«, som ifølge overlæge på Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Rikke Bek Helmig »er kendt af alle gravide her i regionen«.

” Normalt skal man ikke vaccinere gravide. Men i USA anbefales det faktisk af Centers for Disease Control.

OVERLÆGE RIKKE BEK HELMIG, FØDEAFDELINGEN, ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL, SKEJBY

Her findes nyheder af interesse for de gravide, tilbud om hjælp til rygestop og andet relevant.

»Nu har vi også lagt et 'influenza A'-link op, hvor de gravide kan læse, at de er i risikogruppe, og hvordan de skal forholde sig, hvis de selv eller deres nærmeste bliver syge«, siger Rikke Bek Helmig.

Beskeden til de gravide er – i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen – at de skal henvende sig til egen læge eller lægevagt – eller til fødeafdelingen, hvis der er tale om noget graviditetsrelateret, f.eks. plukveer, blødning eller vandafgang.

På et tidspunkt vil der uvægerligt dukke gravide med influenza H1N1 op på afdelingen. For dem er der ved at blive indrettet en slusestue, hvor man kan modtage og undersøge dem adskilt fra ikkesmittede gravide.

»Derefter kan vi visitere dem videre til fødsel, hvis det er aktuelt, til indlæggelse eller måske sende dem hjem i seng med deres Tamiflu og deres influenza«, siger Rikke Bek Helmig.

Endelig har fødeafdelingen fremstillet en slags instruks til alle afdelingens personalegrupper.

I USA VACCINERER DE GRAVIDE

Gravide er jo en risikogruppe. Skal de vaccineres, eller er det for risikabelt?

»Afdelingen selv har ingen anbefaling, men afventer, hvad Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe måtte finde frem til at anbefale for gravide«, siger Rikke Bek Helmig.

»Og nu går der jo også et par måneder, før vi har vaccinen. Normalt siger man jo, at man ikke skal vaccineres, mens man er gravid. Men i USA er CDC's anbefaling faktisk, at gravide skal vaccineres først blandt de øvrige risikogrupper, og ifølge CDC er vaccinen sikker«, siger Rikke Bek Helmig.

Er det et dårligt tidspunkt at blive gravid på lige nu?

»Vi har diskuteret det i afdelingen, fordi vi også har en fertilitetsklinik, og det synes vi egentlig ikke. Det er vist ikke noget problem at hjælpe en sund og rask kvinde til at blive gravid. Noget helt andet er, om det er smart at blive gravid, hvis man i forvejen har en risikofaktor, som f.eks. et svækket immunforsvar. Netop det diskuterer fertilitetslægerne faktisk på en nordisk kongres i denne uge (uge 33., red.).«

Men hvad angår sunde og raske kvinder, har Rikke Bek Helmig og fødeafdelingen ingen betænkeligheder. Her lyder rådet ifølge Rikke Bek Helmig: »Gør som du plejer. Vi ved jo heller ikke, om vi bliver gravide, selv om vi ønsker det. Måske er epidemien klinget af, før det sker«.



! LÆS MERE

Link til Centres for Disease Control – anbefaling vedr. vaccination af gravide:
<http://www.cdc.gov/media/pressrel/2009/r090729b.htm>

6th Scientific Symposium – Supportive Care in Cancer

October 23 and 24, 2009, Herlev Hospital, Copenhagen

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi,
Dansk Selskab for Palliativ Medicin og Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

FREDAG 23. OKTOBER

- 11.00-12.00 Registrering og sandwich
Firmaudstilling (Forhal)
- 12.00-12.15 Velkommen (Store auditorium)
Torben Palshof

Nye faglige udfordringer (Store auditorium)

Chairs: Birgitte Grube & Torben Palshof

- 12.15-12.40 Ældre med kræft
Jørn Herrstedt
- 12.40-13.05 Kan bjerger flytte troen? Skal/skal ikke?
Torben Palshof
- 13.05-13.30 Kan og skal vi alt?
Michael Hasenkam
- 13.30-13.45 Diskussion
- 13.45-14.00 Pause
- 14.00-14.25 Helbredt – men med kronisk sygdom
Lars Rytter
- 14.25-14.50 De efterladtes sorg
Mai-Britt Guldin
- 14.50-15.00 Diskussion
- 15.00-15.20 Firmaudstilling/kaffe (Forhal)

New science (Store auditorium)

Chairs: Lise Pedersen & Jørn Herrstedt

- 15.20-16.10 Targeted therapy – Any news?
Richard Gralla (USA)
- 16.10-17.00 Targeted therapy – new toxicity?
Dorothy Keefe (Australien)
- 17.00-17.10 Discussion
- 17.15 Busafgang til hotel/by
- 18.50 Afgang fra hotel til Moltkes Palæ
- 19.00 Middag (Moltkes Palæ)

LØRDAG 24. OKTOBER

- 08.15 Busafgang fra hotel
- 09.00-09.10 Oplæg til workshopper v. Torben Palshof
- 09.10-12.00 WORKSHOPPER 1-5

1. End of life dignity
Lise Jul Houmann & Lise Pedersen
2. Behandling af ældre
Kaare Christensen & Bente Appel Espensen
3. Targeted therapy: management of toxicity
Dorothy Keefe + Birgitte Espersen
4. Targeted therapy: general principles
Richard Gralla + Mikael Rørth
5. Patienters eksistentielle og religiøse tanker
Lotte Blicher Mørk & Nadja Ausker

- 10.30-11.00 Kaffe (tilrettelægges individuelt)

Opfølgning på workshopper (Store auditorium)

Chairs: Lise Pedersen & Torben Palshof

- 12.00-13.00 Indlæg fra alle workshopper
- 13.00-13.10 Afsluttende bemærkninger
Torben Palshof
- 13.10-14.00 Sandwich + vand (Forhal)

Praktiske oplysninger

Online tilmelding på www.careincancer.dk
se denne for workshop/hotel ønsker – indbetaling af gebyr etc.
Kontaktperson: Preben Nielsen.
Registreringsgebyr 750 kr. – beløbet dækker mødedeltagelse, evt. hotel & middag, samt transport til og fra hotel.
Deltagere fra Vestdanmark tilbydes hotelovernatning den 23.-24. oktober.

Mødet er sponsoreret af:

Roche – MSD – Nycomed
Amgen – Pierre Fabre – Biovitrum
GSK – Pfizer – Eli Lilly

Kvalitetens sønderjyske spydspids

I dag, mandag den 17. august, er en afgørende dato i Den Danske Kvalitetsmodels historiebog. Nu åbnes der for it-systemet TAK med de mange fælles standarder, og implementeringen kan begynde. Sygehus Sønderjylland er tyvstartet og har allerede en masse erfaringer at give videre. For hvad kræver det af ændringer i kultur og daglig indsats?



Journalist
Kurt Balle Jensen,
kurt@ps-presse.dk

FOTOS

Kurt Balle Jensen

Sygehuset i Aabenraa en fredag formiddag. Det er hverdag med mange opgaver, der skal løses på de forskellige afdelinger som overalt på de danske sygehuse. Men der er en forskel, for i Aabenraa og på den øvrige del af Sygehus Sønderjylland arbejdes der efter standarder i alle processer lige fra det konkrete patientforløb til brandsikkerhed.

Sådan vil det om få år være overalt i det danske sygehusvæsen, for nu starter det omfattende arbejde med at implementere fælles standarder fra Den Danske Kvalitetsmodel. Men hvad siger de på Sygehus

Sønderjylland, der allerede er blevet kvalitetsakkrediteret to gange, og som er tyvstartet med Den Danske Kvalitetsmodel?

»Vi er i fuld gang med processen og vil efter planen som de første blive akkrediteret i maj 2010«, fortæller kvalitetskonsulent og tidligere afdelingssygeplejerske, Tine Ursin Grau, Sygehus Sønderjylland.

»Vores fordel er jo, at vi allerede har organisationen, og at vi hele vejen gennem systemet er vant til at arbejde efter standarder. Vi er også vant til at blive kigget over skulderen: Lever vi nu også op til standar-

En blomst til kvaliteten. Sygehus Sønderjylland vil som det første sygehus akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel i maj 2010. Her er det hovedindgangen til sygehuset i Aabenraa.



derne? Det er ikke nok at kende dem, der skal også arbejdes efter dem. Og det er jo der, i implementeringen, den store udfordring ligger».

BAG STANDARDERNE

Sygehus Sønderjylland er to gange blevet kvalitetsakkrediteret af engelske Health Quality Service og har dermed papir på, at der arbejdes efter internationalt godkendte standarder.

Nu skal disse standarder erstattes af nye standarder, nemlig dem, der ligger i Den Danske Kvalitetsmodel. Men det er ikke noget problem, fastslår strategi- og udviklingschef Michael Skriver Hansen, Sygehus Sønderjylland:

»Standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel er mere sygdomspecifikke med færre organisatoriske temaer, end vi har været vant til. Det tilpasser vi os så organisatorisk. Det vigtige er, at vi er kommet det skridt videre, hvor vi ikke bare indfører standarder, fordi det nu en gang er det, vi skal. Vi går ind bag dem og siger: Hvorfor er denne standard udformet, som den er? Hvad er meningen med den?»

Processen med at overgå til fælles standarder er i sig selv tidskrævende, og Tine Ursin Grau og Michael Skriver Hansen medgiver, at man altid vil kunne finde kolleger, det kan give eksempler på, at noget »er blevet mere bøvlet«, og at »det var nemmere før, da vi bare gjorde sådan og sådan«.

Michael Skriver Hansen: »Nogle vil måske kalde det en bureaukratisering, men vi prøver at minimere papirmængden, og der er generelt en stor forståelse for, hvor vigtigt dette er, ikke mindst fordi det handler om patientsikkerhed. Man gør tingene på samme måde overalt i organisationen, og der er ikke noget med, at man bare gør det sådan eller sådan, fordi det plejer man at gøre. Derfor oplevede vi det også som en løftestang ved de fusioner, der fandt sted ved dannelsen af Sygehus Sønderjylland. Da var standarderne indført på de enkelte sygehuse, så da afdelinger skulle fusioneres, havde man noget at arbejde ud fra og skulle ikke til at tilpasse en række forskellige procedurer og måder at arbejde på«.

Tine Ursin Grau: »Det er selvfølgelig en udfordring at finde tid til processen i en travl arbejdsdag, men det er en tid, der er givet godt ud. Vi har fået ryddet op i huset, for der var gamle retningslinjer, procedurer osv., der var forældede på grund af hele udviklingen, men som der stadig blev arbejdet efter. Dem er der ryddet ud i nu, og det, tror jeg, alle kan se, er en fordel. Nu arbejdes der efter fælles standarder, hvor opdatering er en løbende proces. Men det er også vigtigt at huske, at man ikke skal have for mange beskrivelser af, hvordan der leves op til standarderne. Mange standarder er jo netop egnet til at være over-



»Kvalitet døgnet rundt« er overskriften på Sygehus Sønderjylland. Her ses strategi- og udviklingschef Michael Skriver Hansen og kvalitetskonsulent Tine Ursin Grau ved én af kvalitetsens tavler.



Afdelingssygeplejerske Lone Jørgensen, Ortopædkirurgisk Afdeling: Vores afdeling er en arbejdsplads med 50 ansatte, og her er standarderne med til at sikre, at vi arbejder på samme måde.



Afdelingslæge Jörg Herpell, Anæstesi- og operationsafdelingen: Hver patient skal behandles individuelt, men standarderne giver os et fælles udgangspunkt. Og det er vigtigt.

ordnede, og det er som sådan, der skal arbejdes efter dem. Vi taler jo om højt uddannede og specialiserede mennesker, der ikke har brug for detaljerede beskrivelser af alle arbejdsgange«.

Nu er »anden halvleg« i gang. Sygehus Sønderjylland har allerede tradition for at arbejde efter standarder som akkrediteret sygehus, og nu er det så standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel, det gælder. Første skridt er vurdering på egen afdeling: Lever vi op til standarderne? Så følger en udviklingsperiode, hvorefter der er intern *survey*, hvor afdelingerne i huset »ser hinanden over skulderen«. Efter endnu en udviklingsperiode følger så den eksterne *survey* med akkreditering.

ET FÆLLES UD GANGSPUNKT

Men hvad siger de »ude i virkeligheden«? På Ortopædkirurgisk Afdeling møder vi afdelingssygeplejerske Lone Jørgensen i medicinstuen. Hun er ikke i tvivl, og hun har 20 års erfaring at udtale sig på baggrund af:

»Standarderne gør det nemmere i hverdagen, fordi vi nu alle arbejder på samme måde. Før kunne vi jo godt opleve den der med: 'vi gør det på den og den måde, for sådan plejer vi at gøre'. Nu arbejder vi alle ud fra samme standarder, og det se jeg som en lettelse i hverdagen på en stor arbejdsplads«.

Den samme holdning oplever vi hos afdelingslæge Jörg Herpell, Anæstesi- og operationsafdelingen:

»Hver patient skal behandles individuelt, men med standarderne har vi et fælles udgangspunkt, og det er vigtigt. Vi arbejder på samme måde, og jeg oplever standarderne som en lettelse i hverdagen«, siger han.

En vigtig grund til for at indføre standarderne er at minimere risikoen for fejl. På et hospital vil der altid være en sammenhæng mellem sikkerhed og kvalitet. Om akkrediteringen så rent faktisk har betydet færre fejl og større patientsikkerhed, kan være vanskeligt at påvise, medgiver Michael Skriver Hansen og Tine Ursin Grau:

»Nej, for vi ved jo ikke, hvordan det havde set ud, hvis vi ikke havde arbejdet efter standarderne. Men vi ved, at vi overalt i organisationen arbejder efter internationale standarder for kvalitet, og at begrebet kvalitet i alle led er en indarbejdet del af hverdagen«, siger de.

Den Danske Kvalitetsmodel

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, har udviklet første version af Den Danske Kvalitetsmodel. Se mere på www.ikas.dk.



FORANKRET I LEDELSEN

På Sygehus Sønderjylland er der et overordnet kvalitetsråd, hvor direktion og alle afdelingsledere er repræsenteret. Herunder er der et koordinerende udvalg og kvalitetsteams på afdelingerne. Politikområder som ernæring, medicin, infektionskontrol, arbejdsmiljø og patientsikkerhed og – kvalitet har sin egen organisation.

Sygehus Sønderjylland har fire adresser: Aabenraa, Sønderborg, Haderslev og Tønder. Der er årligt 38.000 indlagte patienter og 240.000 ambulante behandlinger. Sygehuset blev kvalitetsakkrediteret i 2004 og 2007 og er ligeledes arbejdsmiljøcertificeret. Sygehuset blev tidligere i år hædret med den internationale Quality Improvement Award.

Som når svigermor skal på besøg

Anni Engberg Fælling, Sygehus Sønderjylland, er konstitueret ledende overlæge på Gynækologisk/obstetrisk Afdeling på sygehusene i Haderslev og Sønderborg. Hun var projektkoordinator op til første akkreditering, og hun lægger blandt andet vægt på den tilpasning, den overordnede og tværgående auditplan sikrer:

»Der tilpasses løbende, og hvis der sker utilsigtede hændelser, har vi et apparat, der går i gang: Hvilke omstændigheder gjorde, at hændelsen opstod, og hvordan kan gentagelser forebygges? Standarderne er en hjælp, og i processen med at indføre og vedligeholde dem, får vi gjort noget ved det, der bør gøres noget ved. Men det er vigtigt ikke kun at vælte nye procedurer ud, for de er jo ikke i sig selv noget værd, hvis de ikke bliver implementeret. Og det kræver, at alle kollegerne tager ejerskab for dem«.

Anni Engberg Fælling mener ikke, at standarderne i sig selv har ændret hverdagen meget for lægerne. Selve processen med at implementere er lærerig, men kan godt give perioder med travlhed:

»Nu er det jo ikke sådan, at alt er forandret på grund af standarderne. Men det hele kan godt stå på gloende pæle op til akkrediteringen, for det er jo lige som, når svigermor skal på besøg. Så skal der ryddes op i skabene. Bagefter er det en lettelse, og så er det med at holde det ved lige. For mig er det vigtigt med de små gode ændringer, den løbende tilretning af procedurer og arbejdsgange medfører. Vi skal jo hele tiden huske, at det handler om kvalitet. Opfyldelsen af standarderne skal ske for patienternes og vores skyld – ikke fordi regeringen eller andre kræver det«.

Indiens perler

Sydende basarer, overdådige hindutempler, hellige køer og Nordindiens største perle Taj Mahal.

**SPECIALREJSE MED UGESKRIFT FOR LÆGER
MED HOSPITALSBESØG I BY OG LAND
– MED DANSK REJSELEDER, 10 DAGE.**

Denne rundrejse omfatter både de mest berømte attraktioner i Nordindien og nogle af de endnu uopdagede perler. Vi begynder i hovedstaden Delhi, hvor vi oplever kontrasten mellem gamle Delhis larmende mylder og det elegante nye Delhi. Herefter går turen til Gwalior med den smukke middelalderborg knejsende over byen, til Khajuraho med de mange templer fyldt med yderst vovede kama sutra-skulpturer og til Orchha, hvor templer og paladser kæmper med den omkringliggende jungle om pladsen. Rejsen rundes af med et besøg ved Nordindiens mest skinnende perle, det kridhvide Taj Mahal, og det velbevarede Røde Fort i byen Agra.

I Indien oplever vi det farverige kaos, de sumrende byer og nogle af verdens mest betagende kulturskatte. Landet er fødested for de komplicerede og brogede religioner hinduismen, buddhismen, sikhismen og jainismen. Nogle af disse møder vi på ethvert gadehjørne, mens andre må søges i fine, gamle templer. Under alle omstændigheder er mødet med Indiens religioner dybt fascinerende.

På rejsen skal vi som noget særligt stifte bekendtskab med det indiske sundhedssystem. Vi besøger et moderne hospital i storbyen Delhi, og som kontrast til de ordnede forhold besøger vi i Khajuraho et ganske almindeligt landhospital.

I Gwalior besøger vi et børnehospital. Forskellen på forholdene på by- og landhospitalet er som to verdener, og besøgene giver os samtidig et godt billede af det store skel mellem rig og fattig i verdens største demokrati.

Under hele rejsen bor vi på turistklassehotel-

ler med helpension. Rejsen ledes af en indienskyndig dansk rejseleder.

DAGSPROGRAM

- Dag 1 København – Delhi
- Dag 2 Delhi. Sightseeing og hospitalsbesøg
- Dag 3 Delhi – Gwalior. Sightseeing
- Dag 4 Gwalior. Hospitalsbesøg
- Dag 5 Gwalior – Khajuraho. Hospitalsbesøg
- Dag 6 Khajuraho. Sightseeing
- Dag 7 Khajuraho – Orchha. Sightseeing.
- Dag 8 Orchha – Agra. Sightseeing
- Dag 9 Taj Mahal og Agra
- Dag 10 Delhi – Danmark.

Afrejse 11. Februar 2010.

PRIS KR. 9.990,-

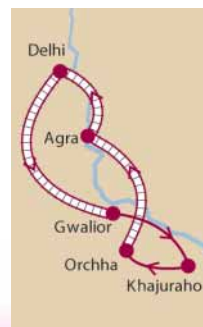
Prisen inkluderer: Dansk rejseleder, fly København-New Delhi t/r med Finnair, alle lufthavnsskatter og afgifter, al nødvendig lokal transport, 8 nætter indkvartering på hotel i dobbeltværelse, helpension - dog uden drikkevarer, udflugtsprogram med alle udflugter og entreer etc.

Enkeltværelsestillæg kun kr. 1.990,-

Det er muligt at forlænge din rundrejse i Indien med ekstra afslappende dage i strandparadiset Goa eller på et wellnessophold i Himalayabjergene.

Se dine muligheder for forkælelsesforlængelser på www.albatros-travel.dk

Program og rejse bestilles hos Albatros Travel på tlf. 3698 9898 eller på e-mail booking@albatros-travel.dk
Oplys venligst bestillingskode LR-UFL





LÆGEDAGE 2009

Psykiatri og praksisorganisation er temaer på efterårets Lægedage.



Jytte Rothmann
Johansen,
jyttejohansen@dadl-
net.dk og
Kirsten Talbro Laraignou,
kti@dadl.dk

FOTO
Ole Bo Jensen & Istock

Når efterårets farver dæmpes, er tiden inde til at mødes på Lægedage, lægernes største efteruddannelsesbegivenhed, som finder sted hvert år i uge 46, i år den 9. til 13. november. Her afholdes de praktiserende lægers årskongres, hvor også yngre læger og andre samles i Bella Center. Her er der lejlighed til at sætte tingene ind i et større perspektiv, blive opdateret og etablere netværk.

Lægedage byder på mange nyheder og topaktuelle emner som eksempelvis temaet for åbningsdebatmødet »Hvem skal forrest i køen til behandling?«. Et andet debatmøde senere på ugen tager psykiatrien op til diskussion, og onsdag ved ugens fællesforelæsning vil Michael Dupont besvare spørgsmålet »Hvordan ser landsoverenskomsten ud i dag?«.

Lægedagekataloget er netop blevet sendt ud til alle praktiserende læger og FYAM'er og ligger også på Lægedages hjemmeside, laegedage.dk. Læs om årets 100 kurser og tøv ikke med at tilmelde dig. Mange kurser er åbne, men ca. en tredjedel kræver specifik tilmelding efter først til mølle-princippet.

FOKUS PÅ PRIORITERING

Lægedage åbnes af sundhedsminister Jakob Axel Nielsen. Dagens debatmøde sætter fokus på prioritering i sundhedsvæsenet – lever lægerne op til lægeløftet om »omsorg for den fattige som for den rige?« og hvad med sundhedslovens § 2 om »let og lige adgang til sundhedsvæsenet?«.

Eller set fra den anden vinkel »Hvorfor skal den arbejdsføre akademiker ikke opereres før folkepension-

nisten? – til gavn for samfundsøkonomien, og dermed til gavn for os alle ...?«.

Kom og hør, hvad professor Uffe Juul Jensen, Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Aarhus Universitet og direktør Martin Ågerup, CEPOS, mener om køkulturen i sundhedsvæsenet. De er ikke enige – bliver de det?

Dagens afrundes med en buffet og »Hatten Rundt«, hvor kendte skuespillere optræder improviseret på scenen efter opfordringer fra salen.

TEMAER OG KURSER PÅ LÆGEDAGE

I år har Lægedage valgt at fokusere på to hovedtemaer: psykiatri og praksisorganisation.

Ikke mindre end 15 kurser drejer sig om psykiatri – sundhedssektorens dårlige samvittighed. Psykiatrien har i mange år været henvist til en tilværelse fjernt fra anseelse, opmærksomhed og bevillinger, og her adskiller almen praksis sig ikke fra resten af sektoren. Til trods for det store omfang af psykiatriske konsultationer i almen praksis, har vi ikke i særlig grad systematiseret indsatsen eller udviklet »kronikermodeller«. En løsning kunne måske være at prioritere opgaven på lige fod med andre store kroniske sygdomme? Dette vil sikkert være et af spørgsmålene på torsdagens store debatmøde »Psykiatrien ud af skyggen«.

I disse år er der turbo på forandringsprocesserne i almen praksis, og det kræver omstilling, ledelse og overblik. Ti kurser kaster lys på ydelser, ledelse og arbejdsgange og -klima.

Ud over disse to hovedtemaer byder Lægedage på



en bred vifte af kurser baseret på den nyeste viden om fx stress, hygiejne, hjerte-kar-sygdomme, fedme og tidlig cancerdiagnostik. Lægedage belyser spørgsmål som »tester vi for meget for klamydia?«, »kan læge-patient-forholdet ses på en PET-skanning?«, »får vi D-vitamin nok?« osv. Der er også kurser især rettet mod yngre læger »på vej mod almen praksis«.

NYE KURSUSTYPER OG VÆRKSTEDER

I tråd med tidens trend har vi oprettet et par nye typer kurser på Lægedage. Et spændende nyt koncept er klinikkurser, hvor klinikken tilmelder sig kollektivt, så alle fra samme praksis får samme viden og indsigt med hjem, således at den nye erfaring får indflydelse på den daglige arbejdskultur, som ellers kan være svær at ændre.

I år er der endvidere oprettet tre fagspecifikke

kurser for sygeplejersker, som udgør en del af de i alt 18 personalekurser.

Nyt er også, at færdighedsværkstederne, som I frit kan besøge i det store udstillingsområde, udvides, således at der i år oprettes tre værkstedsområder: et for læger, et fælles for både læger og personale og et for personale. I alt ti værksteder vil ugen igennem byde på vidt forskellig hands on-undervisning.

TILMELDING

Tilmelding foregår lettest på Lægedages hjemmeside lægedage.dk. Det er også muligt at sende/faxe den tilmeldingsblanket, der sendes ud med Lægedagekataloget. Eventuelle spørgsmål kan rettes til Lægedages sekretariat på tlf. 35 44 84 70.

På glædeligt gensyn på Lægedage 2009.



DE ARRANGERER LÆGEDAGE 2009



Jytte Rothmann Johansen (t.v.), som er praktiserende læge i Birkerød, har i mange år beskæftiget sig med forskning, undervisning og efteruddannelse, og har siden december 2008 været uddannelseskonsulent for Lægedage. Jytte Rothmann Johansen står for tilrettelæggelsen af kurserne i samarbejde med Lægedages styregruppe, som varetager den overordnede strategi for Lægedage.

Kirsten Talbro Laraignou er ansat i PLO og har siden 2002 varetaget den organisatoriske og administrative ledelse af Lægedage.



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

Rutinemæssig dexa-skanning er ikke nødvendig efter opstart af bisfosfonatbehandling

> BMJ

Monitorering af knogletæthed i de første tre år efter opstart af bisfosfonatbehandling ved osteoporose er unødvendig og kan være vildledende. Dette konkluderes i et randomiseret, kontrolleret studie publiceret *early online* i British Medical Journal.

I studiet blev 6.459 postmenopausale kvinder med lav knogledensitet randomiseret til enten det osteoklasthæmmende bisfosfonat alendronat (5-10 mg/dag) eller til placebo. Hovedparten af deltagerne i begge grupper havde lavt kalciumindtag og fik derfor desuden tilskud af kalcium og D-vitamin. Monitorering af behandlingsrespons blev vurderet med dexa-skanning ved starten, et, to og tre år efter randomisering.

Katy J.L. Bell, University of Sydney, Australien, og medforfattere uddrager: »Knogledensiteten blev øget sufficient til at fortsætte behandlingen uændret efter tre år, idet alendronat øgede hofteknogledensiteten med $\geq 0,019$ g/cm³ for 97,5% af deltagerne«. Der var kun en lille forskel i den interindividuelle effekt af be-

handlingen, mens baggrundsvariationen i målingerne for den enkelte patient (den intraindividuelle variation) var ca. ti gange større.

Leif Mosekilde, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, kommenterer: »Studiet er baseret på et randomiseret medicinsk forsøg med nøje selektion af patienterne og omhyggelig opfølgning med henblik på kompliance, hvorfor resultaterne ikke direkte kan overføres til den kliniske hverdag. Dansk Knoglemedicinsk Selskab anbefaler, at effekten af antiresorptiv behandling kontrolleres med 2-3 års mellemrum med henblik på at vurdere behandlingseffekten. Dette for at sikre en bedre compliance og for at opdage evt. behandlings-svigt i den mere heterogene gruppe, der behandles i den daglige klinik. Jeg synes ikke, at der er grund til at ændre anbefalingerne på baggrund af denne artikel«.

Bell KJL, Hayen A, Macaskill P et al. Value of routine monitoring of bone mineral density after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. BMJ 2009;338:b2266.



PET-CT ved stadieinddeling af lungecancer mindsker antallet af unødvendige operationer

> N ENGL J MED

Til planlægning af behandlingen af ikke-småcellet lungecancer kræves hurtig og præcis stadieinddeling. »Der kan opnås en forbedret stadieinddeling og reduceres i antallet af torakotomier ved anvendelse af PET-CT sammen med en almindelig stadieinddeling bestående af objektiv undersøgelse, blodprøver, CT af thorax og abdomen og bronkoskopi«, skriver Barbara Fischer, Rigshospitalet, København, med medforfattere i julinummeret af New England Journal of Medicine.

I alt 189 patienter henvist til præoperativ stadieinddeling blev randomiseret til enten almindelig stadieinddeling og PET-CT eller til almindelig stadieinddeling. Patienterne blev fulgt til deres død eller i mindst 12 måneder. Torakotomi blev udført hos 60 af 98 af patienter i PET-CT-gruppen og hos 73 af 91 i kontrolgruppen. Antal operationer, der viste sig unødvendige, var hhv. 21 og 38 i de to grupper.

Både det samlede antal torakotomier og antallet af unødvendige torakotomier blev dermed signifikant reduceret. Den diagnostiske sensitivitet til for-

udsigelse af operabilitet var 64% i PET-CT-gruppen og 32% i kontrolgruppen. Overlevelsen var ens i de to grupper.

Olfred Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, kommenterer: »Resultaterne af denne velgennemførte undersøgelse får den konsekvens, at PET-CT i Danmark fremover vil være en del af standardudredning hos de fleste patienter med ikke-småcellet lungekræft, hvor operation overvejes. Dermed vil risikoen for at udsætte en patient for et overflødigt indgreb minimeres, og patienterne kan tidligt tilbydes en anden, relevant behandling uden den forsinkelse, en unødigt operation medfører.

Fischer B, Lassen U, Mortensen J et al. Preoperative staging of lung cancer with combined PET-CT. N Engl J Med 2009;361:32-9.

Flere gentagne tilfælde af mellemørebetændelse hos børn behandlet med antibiotika

> BMJ

Når børn behandles med amoxicillin ved akut otitis media, er der større risiko for efterfølgende gentagne tilfælde, end hvis der ikke behandles med antibiotika. Forfatterne bag et prospektivt, dobbeltblindet, randomiseret, placebokontrolleret studie publiceret i British Medical Journal argumenterer på denne baggrund for tilbageholdenhed med antibiotikabehandling.

Deltagere til studiet blev inkluderet fra 53 praktiserende læger i Holland, og der indgik 168 børn i alderen seks måneder til to år med akut otitis media. Patienterne blev randomiseret til enten amoxicillin 40 mg/kg/dag eller til placebo. Omkring tre år efter blev forældrene, fortsat blindet, tilsendt et spørgeskema om det videre forløb.

Der blev fundet gentagne tilfælde af mellemørebetændelse hos 63% af børnene i gruppen, der fik amoxicillin, og hos 43% af børnene, der fik placebo. Dette svarer til en øget risiko for gentagen otitis media på 20%; dog påpeger Natália Bezáková og medforfattere fra University Medical Center Utrecht, at konfidensintervallet er på 5-35%. Der blev ikke fundet signifikant forskel i henvisning til sekundærsektor (pædiater eller øre-næse-hals-læge).

Susanne Reventlow, praktiserende læge, kommenterer: »Denne undersøgelse styrker anbefalin-

gen om at vise tilbageholdenhed med brug af antibiotika ved ukomplicerede tilfælde hos i øvrigt raske børn. Hvis der anvendes antibiotika hos påvirkede børn, er brug af smalspektret penicillin ved akut otitis media formentlig fortsat det mest anvendte. I Danmark er det endvidere udbredt, at ørebørn med længerevarende problemer behandles med paracetese og anlæggelse af dræn, hvilket erfaringsmæssigt har en positiv effekt på børnenes trivsel. Der er fortsat brug for mere viden om børn med gentagne otitis media-tilfælde – en viden der også er brug for i dialogen med forældrene, der efterspørger mere information om, hvordan nye episoder kan forhindres.

Bezáková N, Damoiseaux RAMJ, Hoes AW et al. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. BMJ 2009;33:b2525.



Øget hyppighed af syrerelaterede symptomer efter indtagelse af syrepumpehæmmere

> GASTROENTEROLOGY

Raske forsøgspersoner, der behandles med syrepumpehæmmere, kan få syrerelaterede symptomer efter ophør med indtagelse. »Dette kan føre til afhængighed af syrepumpehæmmende præparater« skriver Christina Reimer og kolleger fra Afdeling for Medicinsk Gastroenterologi, Køge Sygehus, i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret studie publiceret i julinummeret af Gastroenterology.

I alt 120 raske frivillige blev randomiseret til enten otte ugers esomeprazol 40 mg/dag efterfulgt af fire ugers placebo eller 12 ugers placebo. Der var flest *Helicobacter pylori*-positive i kontrolgruppen (2% vs. 13%, $p = 0,02$). Syrerelaterede symptomer blev vurderet ugentligt. Der var ingen forskel i symptomer i uge 0-9. Signifikant flere havde symptomer i gruppen, der fik esomeprazol, i uge 10, 11 og 12, idet den ku-

mulative andel, der rapporterede om dyspepsi, sure opstød eller retrosternal svien i ≥ 1 uge i forsøgsuge 9-12 var 26/59 (44%) i esomeprazolgruppen mod 9/59 (15%) i placebogruppen ($p > 0,001$).

Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, Gastroenterologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, kommenterer: »Der er ingen tvivl om nytten af syrepumpehæmmere hos patienter med ulcus- eller refluks sygdom, men de her omtalte fund har betydelige implikationer for den nuværende meget liberale ordination af syrepumpehæmmere til ikkeundersøgte dyspepsi-patienter, hvoraf hovedparten har funktionel dyspepsi og ikke »syrerelateret sygdom« – men tilsyneladende får det på grund af behandlingen!

Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L et al. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. Gastroenterology 200;137:80-7.

Præmenopausale blødningsproblemer – hvor står vi?

Hysterektomi var i mange år eneste bud på effektiv kirurgisk behandling af præmenopausale blødningsproblemer. Denne situation blev ændret radikalt med anvendelsen af det urologiske resektoskop som operativt hysteroskop. Fokale forandringer som submukøse fibromer og endometriepolypper var hermed umiddelbart tilgængelige for lokal resektion under synets vejledning. Flertallet af patienter med menstruationsproblemer har imidlertid normal uterinkavititet, men det viste sig, at også hysteroskopisk resektion af endometriet medførte umiddelbart gode resultater.

De formentlig første endometriresektioner her i landet blev udført i Holstebro omkring 1990. Indgrebene blev fra starten regelret registreret i en klinisk database, og denne indsats danner baggrund for, at vi dag står med et betydeligt dansk materiale med lang observationstid [1]. Sammen med de nødvendige randomiseringer er studier af denne type vigtige for den løbende justering af indikationer for nyindførte behandlingsprincipper. Resultaterne viser, at ung alder og forekomst af fibromer disponerede til senere hysterektomi. Med disse forbehold kan indgrebet imidlertid fortsat betragtes som et godt ambulant operativt alternativ ved præmenopausal menometroragi.

Hysteroskopisk endometriresektion kræver betydelig operativ erfaring, og der er senere udviklet andre metoder, med hvilke man uden hysteroskopi kan destruere endometriet ved hjælp af varmt vand, nedfrysning, elektrokoagulation eller mikrobølger [2]. Ved flere af disse teknikker er indlæringskurven kortere, og der opnås resultater, der i praksis er på linje med hysteroskopisk resektion udført af en trænet operatør. Metoderne er velegnede til ambulant behandling, men har endnu ikke opnået nogen større udbredelse her i landet.

Endometriedestruktion er uegnet hos patienter med deformeret uterinkavititet som følge af fibromer, og kun de submukøse lader sig resecere hysteroskopisk. Ved store og/eller multiple processer er her de senere år anvendt selektiv radiologisk kateterisering af arteria uterina med efterfølgende embolisering. Proceduren kræver dog i en del tilfælde kortere tids indlæggelse, og påvirkning af ovariefunktionen kan

ses. Et fremtidigt ambulant alternativ kan være ablation med fokuseret ultralyd vejledt af magnetisk resonansskanning. Instrumentariet er imidlertid fortsat kostbart, og teknikken kan – afhængigt af fibromernes lokalisering – indtil videre kun anvendes hos en del af patienterne [3].

Over for disse nye teknikker står, at der i dag sker en betydelig udvikling af hysterektomien hen imod (eller tilbage til) det vaginale indgreb udført som korttidskirurgi. Randomiserede studier af endometriresektion over for destruktion har vist større patienttilfredshed efter hysterektomien [4]. Man skal imidlertid huske, at disse studier er udført på den selekterede gruppe af patienter, der accepterer at indgå i en randomisering mellem ret forskellige operationsmetoder. I modsætning hertil forventer flertallet afgørende indflydelse på valget af behandling.

Man må heller ikke glemme, at vi i dag har en lang række farmakologiske behandlingsalternativer til den operative behandling. Disse omfatter nonsteroid antiinflammatoriske præparater, fibrinolysehæmmere, p-piller og gestagener – sidstnævnte er mest effektivt som lokalbehandling i form af gestagenspiralen [5]. Alligevel foretrækkes de kirurgiske behandlingsformer af en del patienter, i nogle tilfælde på baggrund af den generelle diskussion omkring risici ved hormonbehandling og/eller modvilje mod et fremmedlegeme i uterinkaviteten.

Alt i alt går udviklingen mod et betydeligt og effektivt ambulant operativt behandlingstilbud til patienter med præmenopausale blødningsproblemer, og med god patientseleksion er visse af disse metoder velegnede til udførelse i speciallægepraksis. Det er oplagt, at dette bør kunne ske under forudsætning af den nødvendige certificering og kvalitetssikring.

LITTERATUR

1. Krogh RA, Lauszus FF, Rasmussen K. Langtidsopfølgning efter endometriresektion. Ugeskr Læger 2009;171:2371-6.
2. Zarek S, Sharp HT. Global endometrial ablation devices. Clin Obstet Gynecol 2008;51:167-75.
3. Van VB. A 41-year-old woman with menorrhagia, anemia, and fibroids: review of treatment of uterine fibroids. JAMA 2009;301:82-93.
4. Lethaby A, Shepperd S, Cooke I et al. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000329.
5. Nelson AL, Teal SB. Medical therapies for chronic menorrhagia. Obstet Gynecol Surv 2007; 62:272-81.

LEDER

Overlæge Axel Forman

KORRESPONDANCE:
Gynækologisk-obstetrisk
Afdeling Y, Århus Universitets-
hospital, Skejby. E-mail:
axel.forman@dadlnet.dk
INTERESSEKONFLIKTER:
Ingen

Fysisk aktivitet er sundt – kosttilskud og doping er ikke

LEDER

Professor
Bjørn Richelsen

Fysisk aktivitet indgår i de otte »kost«-råd som et væsentligt element til fremme af befolkningens sundhedstilstand. Selve de otte råd omhandler, hvordan man kan foretage sundhedsfremmende valg ved at spise og leve sundt i den almindelige hverdag. Bl.a. tager de hensyn til den lokale madkultur, geografien og dyrkningsmulighederne samt muligheder for at indarbejde fysisk aktivitet i hverdagen etc. Sund livsstil er således det modsatte af specialprodukter, specifikke fitnesscentre o.l. I modsætning til hvad der sædvanligvis hævdes, er en sund livsstil derfor økonomisk set en meget billig livsstil, der desuden har den fordel, at den reducerer klodens resurseforbrug. Som eksempler på sunde, resursebesparende valg er: spis groft og ikke for processeret, spis mindre, tag cyklen og lad bilen stå, leg og sluk for fjernsynet, løb i naturen og ikke på løbebånd etc. Sund livsstil er således i virkeligheden antimaterialistisk. Det er naturligvis et problem for dem, der gerne vil tjene penge på tidens fokusering på sundhed.

I dette nummer af Ugeskriftet publiceres en oversigt om kosttilskud til motionister [1], der bygger på den sidste rapport fra det nu nedlagte Motions- og Ernæringsråd. Baggrunden er det store forbrug af kosttilskud og sportsprodukter, der anvendes, også når det drejer sig om motionister, der træner eller blot vil holde sig i fysisk form. Reklamerne for disse produkter er massiv. Ved opslag på nettet kan man forvise sig om det store udbud og anprisningerne med henblik på at bedre præstationsevnen, træningsudbyttet etc., og opfordring til anvendelse går ofte fra mund til mund i forbindelse med træningsseancerne. Konklusionen på oversigten er ikke overraskende ved sammenligning med vurderinger fra udlandet [2], nemlig at der generelt ikke er dokumenteret effekt ved anvendelse af disse dyre specialprodukter, herunder proteintilskud og ekstra vitaminer. Alle ens behov i relation til fysisk aktivitet kan sædvanligvis dækkes af en varieret og balanceret sund kost, der følger kostrådene. Hvis man er meget fysisk aktiv, skal man naturligvis også spise mere for at opretholde energibalancen, og dermed får man også det ekstra, der er behov for af mikronæringsstoffer og essentielle elementer. Rådet om at have fokus på væskebalancen og indtage en passende mængde kulhydrater er kendte og stadig gældende.

Kosttilskuddene, der gennemgås i oversigten, er lovlige produkter, men de indtages med samme hensigt som de ulovlige dopingprodukter, der ofte anvendes under de samme omstændigheder som

kosttilskuddene. I efteråret 2008 har der netop været en mediedebat herhjemme om doping blandt almindelige motionister i fitnesscentrene. Ved rundspørgning til diverse centre viste det sig, at doping med især diverse anaboliske stoffer var endda meget udbredt. På Danske Gymnastik- og Idrætsforeningers hjemmeside vurderes det, at 20.000-60.000 af landets 400.000 fitnessmotionister anvender doping [3]. Dette har resulteret i, at Anti Doping Danmark er gået sammen med fitnessbranchen med henblik på at komme dette ulovlige misbrug til livs bl.a. via intensiv information. På samme måde ville det være hensigtsmæssigt, om der blev givet en seriøs information om alle kosttilskuddene og sportsprodukterne og herunder, at det i næsten alle tilfælde er mere hensigtsmæssigt at indtage en fornuftigt sammensat kost end at tro, at man kan spise sig til en manglende træningsindsats med specialprodukter.

Den aktuelle rapport blev den sidste fra det nu nedlagte Motions- og Ernæringsråd. Rådet var den eneste rigtige uafhængige aktør i debatten om motion og ernæring og kunne derfor sætte dagsordenen på disse områder og opnå resultater, som det fremgik af bl.a. transfedtsyresagen [4] og i forbindelse med forebyggelse af overvægt og fedme blandt børn [5]. Rådet var også i stand til at holde politikerne fast, hvilket måske var en medvirkende årsag til nedlæggelsen af rådet sammen med den generelle ekspertforskrækkelse, der har været den herskende holdning/ideologi nu gennem adskillige år.

LITTERATUR

1. Overgaard K, Hansen HS, Hansen M et al. Fysisk aktivitet, kosttilskud og sportsprodukter. Ugeskr Læger 2009;171:2376-9.
2. Dorfman L. Nutrition for exercise and sports performance. I: Mahan K, Escott-Stump S, eds. Krause's Food & Nutrition Therapy. St. Louis, Missouri: Saunders, 2008:587-613.
3. www.dgi.dk (8. december 2008).
4. Stender S, Dyerberg J. Danmark fjerner som det første land i verden industrielt fremstillet transfedtsyre fra maden. Ugeskr Læger 2004;166:29-32.
5. Richelsen B, Astrup A, Hansen GL et al. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. København: Ernæringsrådet, 2003.

KORRESPONDANCE:

Bjørn Richelsen,
Medicinsk-Endokrinologisk
Afdeling C, Århus Universitets-
hospital, Århus Sygehus,
DK-8000 Århus C.

E-mail: brich@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

Langtidsopfølgning efter endometriresektion

En spørgeskemaundersøgelse om blødninger, hormonbehandling og operationer

Reservelæge Rubab Agha Krogh, overlæge Finn Friis Lauszus & overlæge Kjeld Leisgård Rasmussen†

RESUME

INTRODUKTION: Langtidsopfølgning 11 år efter transcervikal endometriresektion

MATERIALE OG METODER: Spørgeskemaundersøgelse blandt kvinder med 420 endometriresektioner (TCER) om blødninger, hormonbehandling og operationer sammenholdt med registrerede data om cancer, operationer og fødsler på Holstebro Sygehus 1990-1996.

RESULTATER: I alt 82% af spørgeskemaerne blev besvaret. Blandt de kvinder, der fik hormonbehandling efter TCER, gennemgik 26% senere hysterektomi. Blandt de kvinder, der ingen hormonbehandling havde fået, fik 34% senere foretaget hysterektomi ($p = 0,28$; χ^2 -test). Antallet af kvinder med hysterektomi var ligeligt fordelt efter varigheden af hormonbehandling; til gengæld sås hysterektomi at være afhængig af blødningsgener. Tidspunktet for hormonbehandlingen i forhold til TCER sås ikke at have indflydelse på fordelingen af blødningsgener, eller på om kvinden efterfølgende fik foretaget hysterektomi. Vi observerede tre kvinder med incident endometrie-cancer heraf ét tilfælde i en polyp, hvor vi måtte forvente 6,8 tilfælde.

KONKLUSION: TCER er på langt sigt et godt behandlingstilbud ved menoragi, men i op til 40% af tilfældene følges det af flere indgreb. Hormonbehandling havde ingen sikker effekt på forløbet. Der fandtes ikke flere cancertilfælde i endometriet end forventet.

Endometriresektion (TCER) blev introduceret som alternativ til hormonbehandling og hysterektomi i 1980'erne i Danmark. Fra begyndelsen var man bekymret for, om TCER alene virkede på blødningsmængden, eller om det også på længere sigt virkede effektivt på rytme og gener ved metroragi. Derudover var det uafklaret, om der var en risiko for at inducere cancer ved brænding af slimhinden i livmoderen. I dagens kliniske arbejde har TCER en plads mellem på den ene side hormonbehandling og på den anden side hysterektomi, men tilfredsheden med TCER's langtids effekt er dårligt belyst. En diskrepans mellem den postulerede nytte og de senere forløb er, at op til 25% af kvinderne alligevel bliver hysterektomeret senere, alt afhængig af opfølgningsperiode [1]. Hvilke faktorer, der – ud over selektionen – betyder mest, er uafklaret, og spørgsmålet om risiko for endometrie-cancer er utilstrækkeligt belyst [2]. Derfor har vi fundet det af interesse at foretage en spørgeskemaundersøgelse af blødningsgener, hormonbehandling og

operationer samt at bestemme cancerhyppigheden via diagnosekoder. Vi har tidligere rapporteret undersøgelsens resultater vedrørende inkontinens og præoperative fund [3, 4].

MATERIALE OG METODER

Fra 1990-1996 fik 367 kvinder på Gynækologisk Afdeling, Holstebro Sygehus, foretaget 420 TCER, idet 52 gennemgik indgrebet to gange og en enkelt kvinde tre gange. Kvindernes data var registreret prospektivt i et skema. Således forelå oplysninger om patientkarakteristika, indikation, menstruationsanamnese, tidligere kirurgi, operationsmetode, eventuelle supplerende indgreb, hæmoglobin, dilatation, sondemål, operationstid, glycinforbrug og -deficit, blødning og postoperative data fra samtlige operationer. Alle TCER blev gennemført på indikationen meno-metroragi og foretaget på normalt store ($n = 263$) eller lettere forstørrede uteri ($n = 104$). Tilstedeværelsen af fibromer blev vurderet præoperativt, rapporteret operativt og verificeret histologisk. Kvindernes senere operationer og diagnoser blev fastlagt via patientregisteret. Af de 367 kvinder, som potentielt kunne have deltaget, var ti døde siden TCER og 16 (4%) var fraflyttet amtet eller kunne ikke findes via patientregisteret. Følgelig fik de resterende 341 kvinder tilsendt spørgeskemaet. I alt 310 kvinder responderede. Heraf returnerede otte spørgeskemaet med besked om, at de ikke ønskede at deltage. Analyserne af spørgeskema-besvarelsenerne og hormonbehandling er derfor baseret på 302 (82% af 367) kvinder (se appendiks).

ORIGINALARTIKEL

Regionshospital Vest, Herning, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling



Endometriresektion.

Der sendtes én påmindelse efter manglende skemaer. Eventuelle cancertilfælde blandt de 367 kvinder blev registreret via diagnoseregisteret og verificeret ved journalgennemgang. Hos 263 af kvinderne var deres paritet og eventuelle indgreb i forbindelse med fødslen angivet, eller deres fødselsjournal forelå. Undersøgelsen blev foretaget med godkendelse fra den lokale Videnskabsetiske Komite (ref.nr. 2551-03).

Som kontrol af skemaets velegnethed i forhold til at huske tidligere operationer sammenlignedes med spørgeskemaer, der tidligere var udsendt til kvinder, som havde fået foretaget 1) laparoskopisk kolecystektomi (n = 94) og 2) hysterektomi (n = 419), i hvilke kvindernes angivelser af tidligere operative indgreb fandtes at være i god overensstemmelse med de registrerede data [5].

Statistik

Differencer mellem gennemsnit blev analyseret med Students t-test, hvis data var normalfordelte. Ellers blev Mann-Whitneys test benyttet. Proportioner analyseredes med χ^2 -test med Yates korrektion for diskontinuitet eller *Fishers exact test*, hvis et af udfaldene var mindre end seks. Tidspunkt for hysterektomi og observationstid blev vurderet med Kaplan-Meier-analyse. Hormonbehandling blev planlagt analyseret som kovariansanalyse ved Cox regression og under-

kastet stratificeret analyse. Værdier er angivet som gennemsnit $\pm$ standardafvigelse, medmindre andet er angivet. Som signifikansgrænse valgtes en to-sidet $p < 0,05$. Analyserne blev gennemført med SPSS version 13,0.

RESULTATER

I alt 95 (31%) kvinder fik senere foretaget hysterektomi. Disse var signifikant yngre ved TCER og flere havde præoperative fibromer end dem, der ikke senere fik fjernet livmoderen (**Tabel 1**). Indikationerne for hysterektomi var hovedsaglig persisterende menometroragi (75%) eller dysmenoré (18%). Hos 44 kvinder receseredes samtidig fibromer, hos 12 polypper, hos seks sås septa og dobbeltanlæg (tre septa blev receserede), fem blev samtidig steriliseret og én fik foretaget salpingo-ooforektomi. I alt 141 (47% af alle) havde fået hormonbehandling, heraf 35% før TCER. Blandt de kvinder, der fik hormonbehandling efter TCER (n = 77), fik 26% senere foretaget hysterektomi, og af de kvinder, der ingen hormonbehandling havde fået (n = 161), fik 34% efterfølgende foretaget hysterektomi ($p = 0,28$; χ^2 -test). Antallet af kvinder med hysterektomi var ligeligt fordelt efter varigheden af hormonbehandling; til gengæld sås hysterektomi at være afhængig af blødningsgener (**Figur 1**).



TABEL 1

Karakteristika for 302 kvinder, der fik foretaget endometriresektion i 1990-1996 og som besvarede spørgeskemaet.

	Ingen hysterektomi	Hysterektomi	Alle	Hysterektomi vs. ikkehysterektomi p-værdi
Patienter, n	207	95	302	
Alder ved TCER, år $\pm$ SD	45 $\pm$ 6	43 $\pm$ 7	45 $\pm$ 6	0,007 ^a
Vægt ved TCER, kg $\pm$ SD	68 $\pm$ 13	70 $\pm$ 15	69 $\pm$ 13	0,27 ^b
BMI ved TCER, kg/m ² $\pm$ SD	24,6 $\pm$ 4,3	25,4 $\pm$ 5,3	28,9 $\pm$ 4,7	0,20 ^b
Paritet ^c , nulli/primi/multi	6/14/161	6/6/70	12/20/231	0,22 ^d
Fibrom (< 3-4 cm) præoperativt	40	34	77	0,001 ^d
Fibrom opereret ved TCER, n	36	8	44	0,27 ^d
Hysterektomi efter TCER, dage, median (spændvidde)	-	315 (3-3406)	-	-
Alder ved hysterektomi, år	-	45 $\pm$ 7	-	-
Observationstid, år (spændvidde)	11 $\pm$ 1,7 (8,1-14,6)	11,2 $\pm$ 1,8 (8,1-14,6)	11,1 $\pm$ 1,8 (8,1-14,6)	0,15 ^e
Ingen hormoner, n	105	56	161	
Hormoner < 5 år ^f , n	54	17	71	0,26 ^d
Hormoner $\geq$ 5 år ^f , n	48	22	70	
Hormoner før TCER ^f , n	21	6	27	
Hormoner efter TCER ^f , n	43	11	54	0,094 ^d
Hormoner før og efter TCER ^f , n	14	9	23	

TCER = endometriresektion; BMI = *Body mass index*; SD = standardafvigelse.

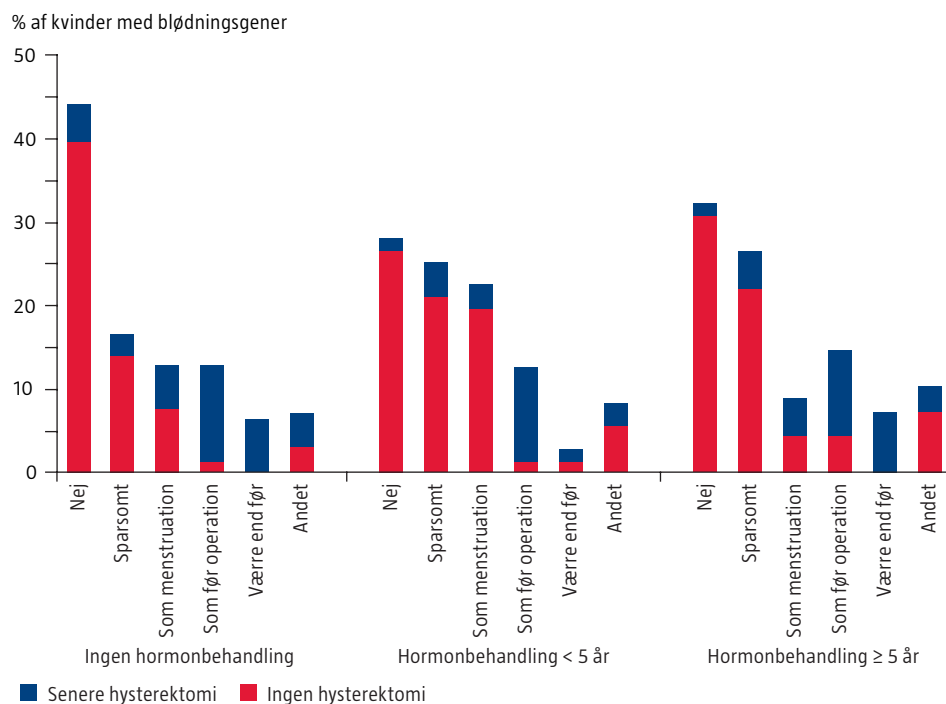
a) Mann Whitneys U-test. b) Students t-test. c) n = 263. d) χ^2 -test. e) Log-rank-test.

f) Tallenes sum er mindre end kolonnen, idet svarmulighederne andet og ikke besvaret ikke er angivet.



FIGUR 1

Blødningsgener hos kvinder opgjort i procent efter endometriresektion opdelt efter varighed af hormonbehandling og senere hysterektomi. Summen af hver gruppe (Ingen, < 5 år, ≥ 5 år) er 100%.



I alt 173 (57%) angav, at blødningerne helt var ophørt eller var sparsomme efter TCER. Af disse fik 19 (11%) senere foretaget hysterektomi (Tabel 2). I alt 98 kvinder (32%) angav, at blødningerne var som menstruation, som før TCER eller værre. Af disse fik 62 (63%) senere foretaget hysterektomi. Ti procent af kvinderne angav et andet eller intet svar. Tidspunktet for hormonbehandlingen i forhold til TCER havde ikke indflydelse på fordelingen af blødningsgener, eller på om kvinden efterfølgende fik foretaget hysterektomi (data ikke vist). Ud over de 53 (14%), der senere fik foretaget re-TCER, gennemgik syv kvinder cervikal dilatation og udskrabning.

Ingen peroperativt registrerede variabler var associeret med efterfølgende blødningsgener eller hysterektomi (data ikke vist). Af de operative indgreb viste kun tidligere sterilisation en antydning af relation til senere hysterektomi (Tabel 3), mens det sumerede antal indgreb på uterus (sterilisation plus sektio plus re-TCER) ingen sammenhæng viste ($p = 0,38$, χ^2 -test).

Ifølge Sundhedsstyrelsen (SST) var den aldersstandardiserede incidensrate for endometrie-cancer 17 pr. 100.000 kvinder for en 45-årig kvinde i 1993, hvilket svarer til gennemsnitsalderen på kvinderne midt i operationsperioden [6]. Således forventedes maksimalt 187 tilfælde over 11 år hos 100.000 kvin-

der. Vi observerede tre kvinder med endometrie-cancer heraf ét tilfælde i en polyp i undersøgelsens 4.037 personår (367 kvinder over 11 år), hvor vi måtte forvente 6,8 ud fra SST tal og vore forudsætninger. Otte kvinder havde inden TCER haft carcinoma in situ i cervix, mens yderligere to tilfælde kom efter TCER. I alt syv kvinder fik konstateret cancer mammae, heraf én inden TCER. Der forventedes 8,4 incidence tilfælde ifølge ovenstående forudsætninger og SST (209 tilfælde pr. 100.000 kvinder, alder 45 år i 1993). Yderligere to kvinder fik cancer renis og en kvinde cancer recti.

DISKUSSION

Blandt slutpunkterne i denne langtidsopfølgning fandtes en hysterektomifrekvens på 26% og en re-TCER-frekvens på 14%; de fleste indgreb forekom inden for de første fem år efter TCER. Tilsvarende resultater fandtes for alle danske kvinder, der havde fået foretaget TCER i 1996, og som blev fulgt indtil 2005: 31% af kvinderne blev hysterektomeret og 9% havde gennemgået re-TCER [1]. Hysterektomiraten efter indikation viser, at også kvinder med amenoré/oligomenoré benytter denne mulighed. Det betyder, at TCER ikke blot udskyder hysterektomi, men at tre ud af fire (271/367) faktisk ikke gennemgår flere underlivsoperationer.



TABEL 2

Skemabesvarelse hos 302 kvinder, der fik foretaget endometriresektion i 1990-1996.

	Ingen hysterektomi, n (n = 207)	Hysterektomi, n (n = 95)	Ingen hysterektomi vs hysterektomi gruppe-p <
Nogensinde brugt hormoner/aldrig brugt hormoner	102/105	39/56	0,23
<i>Indikation for hormonbehandling</i>			
Blødning	41	13	0,58
Hedetur	37	14	0,97
Osteoporose	3	0	0,57
Smerter	2	1	1,0
Andet	17	11	0,20
<i>Effekt under hormonbehandling</i>			
Nej	21	7	0,91
Nej + meget lidt	37	13	0,90
Tilfreds	34	15	0,71
Meget tilfreds	18	7	0,97
Andet	9	3	0,96
<i>Blødning under hormonbehandling</i>			
Nej	36	18	0,32
Regelmæssig	29	8	0,46
Regelmæssig, men svagt	8	0	0,11
Uregelmæssig menstruationsagtig	17	4	0,49
Uregelmæssig pletblødning	9	3	1,0
<i>Hormonbehandling</i>			
Før TCER	22	6	0,21
Efter TCER	43	9	0,11
Både før og efter TCER	14	7	0,55
Andet	15	11	0,11
<i>Blødning efter TCER</i>			
Nej	102	9	0,0001
Ja, sparsom	52	10	0,02
Ja, ligesom menstruation	29	13	0,94
Ja, ligesom præ-TCER	6	33	0,0001
Ja, værre end præoperativt	1	16	0,0001
Ja, andet	14	10	0,30
<i>Årsag til hysterektomi post-TCER</i>			
Blødning	-	71	-
Smerter	-	16	-
Dysplasi	-	1	-
Andet	-	6	-

TCER = endometriresektion.



TABEL 3

Operationer af 302 kvinder, der fik foretaget endometriresektion i 1990-1996.

	Hysterektomi, n	Ingen hysterektomi, n	Alle, n	Hysterektomi vs. ikke-hysterektomi, p-værdi, χ^2 -test
Sectio (heraf mere end en gang)	12 (5)	24 (13)	36 (18)	0,89
Sterilisation ^a	34	51	85	0,062
Reendometriresektion	16	29	45	0,64
Alle	95	207	302	-

a) Før endometriresektion, dvs. ikke medregnet de fem kvinder, der fik foretaget sterilisationer samtidig med endometriresektion.

Samtidig adenomyose øger sandsynligheden for, at der bliver behov for senere behandling og intervention. Kun ved elementer i mindre end 2-3 mm's dybde af endometriet er der fundet bedring efter TCER [7, 8]. Vi fandt dog ingen øget hysterektomiraten efter fund af adenomyose. Uterus størrelse og længde er en risikofaktor ved hysterektomi, sandsynligvis fordi endometrieoverfladen er større og derfor hyppigere bliver ufuldstændigt eller insufficient ekspanderet [9]. Neis *et al* fandt hyppigere adenomyose hos kvinder med lang kavitet og dysmenoré og konkluderede, at effekten af TCER er tvivlsom for disse kvinder [10]. Vi fandt, at hysterektomiraten afhang af fund/tilstedeværelse af fibromer præoperativt, men ikke re-TCER-raten, mens Istre *et al* viste, at også re-TCER kan nedsætte behovet for yderligere intervention [11]. En høj sterilisationsrate hos de hysterektomerede tyder på, at denne patientkategori måske er mere tilbøjelige til at indvilge i kirurgisk behandling. Gannon *et al* fandt, at sterilisation uvist af hvilken årsag er hyppigere hos kvinder med TCER [12].

Ingen af kvinderne i vort materiale blev efterfølgende gravide, men dette har tidligere været rapporteret i Danmark [13, 14]. Metoden, hvor man starter indgrebet med at lukke salpinges, er fundet associeret med efterfølgende cornual hæmatometra, det såkaldte postablation-sterilisationsyndrom [12, 15]. Den klassiske komplikation til TCER er imidlertid cervical stenose. Man må formode, at en vis del af cervical stenosering skjules ved, at blodet passerer ud gennem salpinges. Ved postablation-sterilisationsyndromet er risikoen for perforation ved re-TCER betydelig, og denne behandlingsform frarådes [15].

Risikoen for cancer efter TCER synes ikke øget. På opfølgningstidspunktet havde kvinderne en alder på 56,6 år.

Da risikoen for endometriecancer stiger med en faktor 2-3 fra 50- til 70-års-alderen, skulle man forvente flere tilfælde af cancer eller større effekt af protektion, hvis TCER reducerede risikoen ved længere observationstid. De tilfælde af incident c. mammae, der blev observeret i undersøgelsen, svarer til det forventede i et tilsvarende segment af baggrundsbefolkningen, hvilket kunne tyde på, at den observerede gruppe ikke har selektionsbias.

Cirka halvdelen af de kvinder, der ikke fik foretaget hysterektomi, nåede menopause i løbet af observationsperioden og kan have brugt postmenopausal hormonsubstitution (HRT). Istre *et al* fandt endometriehyperplasi efter TCER hos amenoriske kvinder, der havde været i uopponeret østrogenbehandling [7]. Kvinder i kombinationsbehandling løber en mindre risiko for dette. Postmenopausal blødning skal fortsat undersøges ved endometriebiopsi, idet de pa-



APPENDIKS

Spørgsmål til kvinder efter endometriresektion (om blødningsproblemer)

1. Har du på noget tidspunkt i dit liv fået hormonbehandling?
2. Hvis ja, hvad var da årsagen eller årsagerne?
3. Havde du noget effekt af hormonbehandlingen?
4. På hvilken måde fik du hormoner?
5. Havde du blødning under hormonbehandlingen?
6. Fik du hormoner?
7. Hvis du kan huske navnet på præparatet/erne, skriv nedenunder.
8. Havde du blødningsgener efter udvidet udskrabning af livmoderslimhinden?
9. Fik du fjernet livmoderen på et senere tidspunkt?
10. Hvis ja, hvad var årsagen?
11. Hvis du fik fjernet livmoderen: Kan du huske, hvilket sygehus det foregik på og hvornår?
12. Eventuel bemærkning til hormonbehandling, udvidet udskrabning af livmoderslimhinden, fjernelse af livmoder.

tientkarakteristika, der medfører øget risiko for endometriecancer såsom diabetes, adipositas, hypertension og behandlingsresistent menoragi, fortsat er til stede hos kvinder efter TCER [16].

Blødningsbehandling med hormonspiral sammenlignet med TCER har givet lignende positive effekter på blødning og livskvalitet over en 12 måneders observationsperiode if. en oversigt i Cochrane-databasen, mens peroral HRT har mindre gunstig effekt på begge parametre [17]. I vores materiale havde kun en kvinde prøvet hormonspiral før TCER, og derfor kan rækkefølgen af den ønskede behandling formentlig med fordel individualiseres.

Konklusionen er, at TCER på langt sigt er et godt behandlingstilbud ved menoragi. Hormonbehandling havde ingen sikker effekt på forløbet. Der fandtes ikke flere cancertilfælde i endometriet end forventet.

KORRESPONDANCE: Finn Lauszus, Gynækologisk-obsterisk Afdeling, Regionshospitalet Herning, DK-7400 Herning. E-mail: affl@ringamt.dk

ANTAGET: 15. august 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis hjemmeside. Kvalitetsdata inden for gynækologi. <http://www.dsog.dk/gynstat/TCER/ER.htm> (4. oktober 2008).
2. Neuwirth RS, Loffer FD, Trenhaile T *et al*. The incidence of endometrial cancer after endometrial ablation in a low-risk population. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:492-4.
3. Krogh RA, Neumann GA, Lauszus FF *et al*. Hysterectomy is associated to stress incontinence in women, who previously had a transcervical endometrial resection. *Gynecol Obstet Invest* 2007;63:121-5.
4. Rasmussen KL, Krogh RA, Guttorm E *et al*. Influence of body mass index on hysterectomy rate after endometrial resection. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:889-91.
5. Neumann G, Olesen PG, Hansen V *et al*. The short-term prevalence of de novo urinary symptoms after different modes of hysterectomy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:14-9.
6. www.sst.dk/informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Kraeft/Kraeft_2.aspx (4. oktober 2008).
7. Istre O, Holm-Nielsen P, Bourne T *et al*. Hormone replacement therapy after transcervical resection of the endometrium. *Obstet Gynecol* 1996;88:767-70.

8. Levgrur M. Therapeutic options for adenomyosis: a review. Arch Gynecol Obstet 2007;276:1.
9. Heinonen PK, Helin R, Nieminen K. Long-term impact and risk factors for hysterectomy after hysteroscopic surgery for menorrhagia. Gynecol Surg 2006;3:265-69.
10. Neis KJ, Brandner P. Adenomyosis and endometrial ablation. Gynaecol Endosc 2000;9:141-5.
11. Istre O, Langebrekke A. Repeat hysteroscopic surgery reduces the hysterectomy rate after endometrial and myoma resection. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003;10:247-51.
12. Gannon MJ, Johnson N, Watters JK et al. Hematometra-endometrial resection-sterilization syndrome. Gynaecol Endosc 1997;6:45-6.
13. Al-Taie RRI, Holmskov A. To intrauterine graviditeter efter transcervikal endometrie-resektion Ugeskr Læger 2008;170:549.
14. Mejlvang PM, Kristensen J, Sørensen SS. Graviditet efter endometriresektion. Ugeskr Læger 2008;170:549.
15. McCausland AM, McCausland VM. Long-term complications of endometrial ablation: cause, diagnosis, treatment, and prevention. J Minim Invasive Gynecol 2007;14:399-406.
16. Valle RF, Baggish MS. Endometrial carcinoma after endometrial ablation: high-risk factors predicting its occurrence. Am J Obstet Gynecol 1998;179:569-72.
17. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2006;Issue 2, art.no. CD003855.DOI 10.1002/14651858.

Fysisk aktivitet, kosttilskud og sportsprodukter

Lektor Kristian Overgaard, professor Harald S. Hansen, seniorforsker Mette Hansen, professor Bente Kiens, sportsfysiolog Thue Kvorning, lektor Lars N. Nielsen, seniorforsker Lone B. Rasmussen & videnskabelig medarbejder Peter G. Aagaard

STATUSARTIKEL

Aarhus Universitet,
Institut for Idræt,
Københavns Universitet,
Institut for Farmakologi
og Farmakoterapi,
Bispebjerg Hospital,
Institut for Idræts-
medicin,
Københavns Universitet,
Institut for Idræt,
Team Danmark,
DTU Fødevareinstituttet,
Motions- og Ernærings-
rådet

Kosttilskud og sportsprodukter indtages i troen på, at der er et øget behov for visse næringsstoffer, når det fysiske aktivitetsniveau øges, og at kosttilskud og sportsprodukter vil kunne optimere træningsudbyttet. Indtagelsen sker ofte uden at udøveren har kendskab til, hvorvidt der er belæg for, at kosttilskud og sportsprodukter har en fremmende effekt på den fysiske præstationsevne, eller om et højt indtag af kosttilskud og sportsprodukter kan have en virkning i relation til helbredet. Denne statusartikel er baseret på en rapport fra Motions- og Ernæringsrådet [1], der bidrager med information om disse spørgsmål. I rapporten samles den aktuelle videnskabelige dokumentation for virkningen af de hyppigst anvendte lovlige kosttilskud og sportsprodukter, som indtages i forbindelse med træning og fysisk aktivitet.

DEFINITION AF KOSTTILSKUD OG SPORTSPRODUKTER

Der findes i dag en lang række produkter, som markedsføres med løfter om positive effekter på eksempelvis præstationsevnen, kropskomposition, vægttab, muskelvækst eller udholdenhed. Disse produkter kan være klassificeret som kosttilskud eller levnedsmidler, men har det til fælles, at de henvender sig til fysisk aktive, som ønsker at forbedre effekten af deres træning, eller som ønsker at skærpe præstationen i konkurrencer.

ANVENDELSE AF KOSTTILSKUD OG SPORTSPRODUKTER I DANMARK

Udbredelsen af indtagelse af kosttilskud og sportsprodukter i forbindelse med fysisk aktivitet er ikke undersøgt direkte i den danske befolkning, men på grundlag af undersøgelser om den generelle brug af kosttilskud i Danmark og udenlandske opgørelser over

idrætsudøveres anvendelse af kosttilskud og sportsprodukter, må det antages, at anvendelsen af kosttilskud og sportsprodukter er vidt udbredt blandt såvel veltrænede som mindre trænede idrætsaktive i alle aldre [3].

PROTEINTILSKUD

Ved regelmæssig træning øges energiomsætningen, og for at bevare energibalancen må energiindtagelsen øges tilsvarende. For motionister, der træner regelmæssigt og er i energibalance, er der ikke evidens for, at den daglige totale proteinindtagelse skal være højere, end hvad der angives i de nordiske næringsstofanbefalinger (10-20 E% protein).

Der er meget, der tyder på, at energibalancen er vigtigere end indtagelsen af protein, når det gælder om at opnå den optimale effekt på muskeltilvækst og ydeevne ved træning. Foruden tilstrækkelig med energi gælder det også i forbindelse med længerevarende udholdenhedstræning (over halvanden time), at et tilstrækkeligt indtag af kulhydrater minimerer brugen af protein som energikilde under træningen, hvilket der ved reducerer behovet for at øge proteinindtaget.

Et vigtigt aspekt ved proteinindtagelse synes at være tidspunktet for indtagelsen i forhold til træningen. Ved tung styrketræning har flere studier vist, at indtagelse af en mindre mængde protein (~0,25 g/kg legemsvægt) lige før eller efter træningen kan øge træningens effekt på muskelstyrke og muskelvækst. Dette proteinindtag kan opnås ved hjælp af proteintilskud, men det kan også dækkes ved indtagelse af andre proteinrige fødevarer, f.eks. mælk.

Fordelen ved tilskudsprodukter med protein frem for proteinrige fødevarer er bl.a., at mange af dem har lang holdbarhed. Ulempen ved et højt indtag

af proteintilskudsprodukter vil optræde specielt, hvis det sker på bekostning af en varieret kost med et højere indhold af mikronæringsstoffer og andre makronæringsstoffer [4].

KREATINTILSKUD

Kreatin indgår som en del af kroppens energisystem og er med til at levere energi til anaerobt arbejde. Kroppens lager af kreatin findes primært i skeletmuskulaturen, hvor størstedelen er bundet til fosfat. Bindingen mellem kreatin og fosfat er energirig, og kreatinfosfat indgår således som energileverandør ved muskelarbejde.

Hovedparten af de relevante studier viser, at indtagelse af kreatintilskud forøger evnen til at opretholde den muskulære kraft- og effektudvikling under gentagne kortvarige, maksimale arbejdsperioder.

Ligeledes vil indtagelse af kreatintilskud kombineret med intensiv styrketræning over en periode på 4-8 uger udløse større stigninger i maksimal muskelstyrke og muskelmasse end træning uden kreatinindtagelse. Effekterne af kreatintilskud varierer dog meget mellem individer. En bivirkning ved kreatinindtagelse er en forøgelse af kropsvægten pga. en øget væsketilbageholdelse i musklerne. Ud over dette medfører kreatinindtagelse ingen erkendte væsentlige fysiologiske bivirkninger eller skader ved indtagelse af 15-25 g kreatin/dag i 5-7 dage efterfulgt af 2-5 g/dag i 30-60 dage. Eventuelle helbredsmæssige effekter af kronisk kreatintilskud over flere år er dog ukendte.

Kreatintilskud kan altså være relevant for den fysiske udfoldelse, som er kendetegnet ved at være intermitterent i karakter og anaerobt energikrævende såsom styrketræning og idrætsgrene med gentagne højintense sprint. Derimod vil fysisk udfoldelse, som er kendetegnet ved kontinuerligt aerobt arbejde (f.eks. motionsløb og motionscykelløb), ikke gavnes af kreatintilskud [5].

KULHYDRATRIGE ENERGIDRIKKE

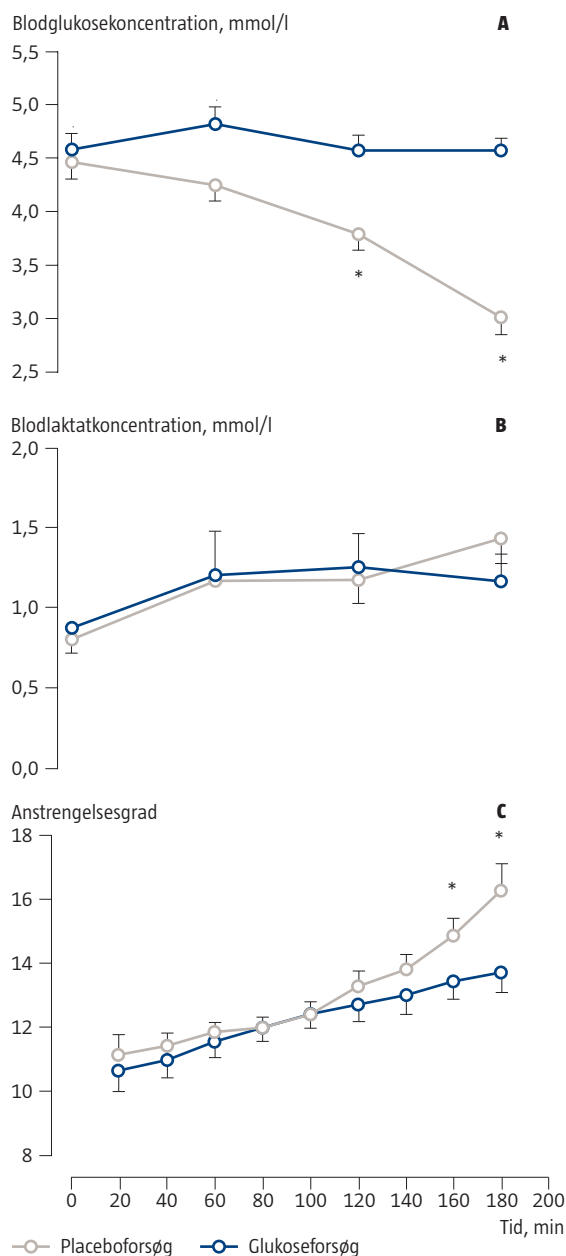
Ved idrætsudøvelse i to timer eller længere kan der være behov for indtagelse af kulhydrater for at opretholde præstationsevnen. Kulhydratrige energidrikke kan dække dette behov, men energien kan også indtages i form af kulhydratrige fødevarer og vand.

I et køligt eller tempereret klima som det danske vil behovet for væskeindtagelse i forbindelse med idrætsudøvelse kunne dækkes ved indtagelse af rent vand, når blot man følger sin tørstførmelse (og drikker ~ 1/2-3/4 liter i timen). Kun på meget varme dage, eller hvis man dyrker motion indendørs i lokaler med stillestående og fugtig luft, vil behovet for væske være højere. Ved træning af en varighed på under 1½-2 timer er der ikke behov for indtagelse af kulhydrater, da kroppens endogene kulhydratlagre

**FIGUR 1**

Blodglukose (A), blodlaktat (B) og anstrengelsesgrad (Borg-skala) (C) under længerevarende cykelarbejde med og uden glukosesupplementering. Data er gennemsnitsværdier $\pm$ standardfejl for otte forsøgspersoner efter 12 timers forudgående faste [6].

* Signifikant forskellig fra forsøg med glukosesupplementering ($p < 0,05$).



(glykogen) fint kan dække det øgede energibehov, og den oplevede grad af anstrengelse vil ikke være forskellig afhængigt af, om man indtager glukose eller vand under træningen (Figur 1). Dette fordrer vel at mærke, at man har spist normalt dagen forinden og indtaget et måltid ~ 2-3 timer før træningen.

**DEFINITION AF KOSTTILSKUD OG SPORTSPRODUKTER**

Definitionen af kosttilskud findes i bekendtgørelsen om kosttilskud [2]. Ved kosttilskud forstås i denne bekendtgørelse fødevarer, der:

- 1) Har til formål at supplere den normale kost.
- 2) Er koncentrerede kilder til næringsstoffer eller andre stoffer med en ernæringsmæssig eller fysiologisk virkning, alene eller kombinerede.
- 3) Markedsføres i dosisform, f.eks. kapsler, pastiller, tabletter, piller og andre lignende former, pulverbreve, væskeampuller, dråbedispenseringsflasker og andre lignende former for væsker og pulvere beregnet til at blive indtaget i mindre afmålte mængder.

Sportsprodukter hører til under gruppen af fødevarer, der er bestemt til særlig ernæring. Der er følgende produktkategorier inden for sportsprodukter:

- Kulhydrat-elektrolyt-drikke
- Kulhydratrige produkter
- Proteinprodukter
- Kreatinprodukter

For supermotionister, der f.eks. dyrker motions-cykling i mere end to timer pr. træningspas eller dyrker anden form for intens idræt i tilsvarende omfang, vil det som regel være nødvendigt at indtage kulhydrat under træning for at opretholde blodsukkerkoncentrationen og præstationsevnen. Her vil almindelige fødeemner (f.eks. bananer, lyst brød med honning, müslibar) kombineret med indtagelse af vand være fuldt ud lige så gode som sportsdrikke eller andre energiholdige sportsprodukter. Fordelen ved at vælge almindelige fødevarer er, at disse vil bidrage med andre næringsstoffer og give en bedre mæthedsfølelse. Mens fordelene ved en energidrik er at den, når den er blandet i det rigtige forhold (glukosekoncentration på ~ 6%), vil bidrage med den rette mængde kulhydrat i forhold til væskemængden.

Det er vigtigt, at man afbalancerer sin samlede kost og er opmærksom på, at hvis man under træning indtager sportsdrikke og derigennem får store sukkermængder, bør man justere sin øvrige kost i forhold til dette. I de tilfælde, hvor træning kan gennemføres uden kulhydrattilskud, må dette anses for at være mest hensigtsmæssigt [6].

KOFFEINTILSKUD

Der er evidens for, at indtagelsen af koffein har en positiv effekt på udholdenhed og præstationsevne inden for aerobe aktiviteter ved arbejdsbelastninger svarende til mellem 75-90% af den maksimale ydeevne. Også ved mere intenst arbejde af en varighed på 4-8 minutter samt ved korte repetitioner synes koffein at have en positiv effekt på præstation.

Koffeinindtagelse har altså et ergogent potentiale hos de fleste, når det indtages i lave til moderate doser (3-5 mg/kg kropsvægt – svarende til ca. to krus kaffe). Ved enkeltstående indtagelse på 3-5 mg koffein/kg kropsvægt er der ingen eller kun milde bivirkninger.

Det er værd at bemærke, at effekten af koffein kun er undersøgt ved indtagelse i forbindelse med et enkeltstående arbejde. Der er ingen evidens for, at jævnlig indtagelse af koffein i forbindelse med træning kan påvirke træningsudbyttet [7].

VITAMIN- OG MINERALPRÆPARATER

Det er ikke påvist, at behovet for vitaminer og mineraler er højere for idrætsudøvere end for fysisk inaktive individer. Ved en energitilstrækkelig varieret kost vil behovet for vitaminer og mineraler blive dækket.

Man har undersøgt det ergogene potentiale i en lang række tilskud, som indeholder forskellige vitaminer og mineraler. Hos idrætsudøvere, som ikke er i vitamin- eller mineral-underskud, er der dog ikke vist nogen præstationsfremmende eller helbreds-fremmende effekter ved indtagelse af vitamin- eller mineraltilskud [8].

ANDRE KOSTTILSKUD

En række andre kosttilskud har været behandlet i litteraturen for deres potentielle effekt på præstationsevne og træningsudbytte. Kosttilskud som eksempelvis carnitin, n-3 fedtsyrer, konjugeret linolsyre (CLA), *medium-chain triacylglycerol* (MCT) synes ikke at have nogen gunstig effekt på muskelprestationer eller træningsudbytte. MCT kan derimod give gastrointestinale bivirkninger, og brug af CLA som kosttilskud frarådes på grund af mulige sundhedsskadelige effekter [9].

Forskellige stoffer indtages i forbindelse med fysisk aktivitet for deres antioxidative effekt (Q₁₀, vitamin E, vitamin C, karoten og selen). Det kan dog ikke konkluderes, om antioxidanttilskud kan nedsætte oxidativt stress, der er opstået i forbindelse med fysisk aktivitet, og der findes ikke dokumentation for, at antioxidanttilskud har effekt på den fysiske præstationsevne [10].

KONKLUSION

Det kan konkluderes i forbindelse med denne gennemgang, at der ikke findes nogen relevant helbredsforbedrende effekt af de behandlede kosttilskud og sportsprodukter, som ikke ville kunne opnås alene ved fysisk træning kombineret med en sund varieret og næringsstoftilstrækkelig kost.

I visse situationer kan der som nævnt opnås små, men målbare effekter på træningsudbytte og præstationsevne af nogle kosttilskud og sportsprodukter. Dette er primært vist hos grupper af personer, som træner med høj intensitet eller træner i perioder af lang varighed.

Sammenfattende kan det siges, at det præstationsmæssige udbytte af indtagelse af kosttilskud ved fysisk aktivitet kun vil være ganske lille i forhold til udbyttet ved veltilrettelagt træning kombineret med en varieret kost, der dækker energi- og næringsstofbehovet. For motionisten, der f.eks. løber 5-10 km 3-5 gange om ugen eller spiller 1-1½ times badminton eller håndbold, dyrker aerobics eller lignende aktiviteter 2-3 gange om ugen, er der ikke nogen fordele ved indtagelse af de behandlede kosttilskud og sportsprodukter, hverken hvad angår helbred eller træningsudbytte.

KORRESPONDANCE: Peter G. Aagaard, Motions- og Ernæringsrådet, Islands Brygge 67, DK-2300 København S. E-mail: paa@sst.dk

ANTAGET: 14. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Overgaard K, Hansen HS, Hansen M et al. Fysisk aktivitet, kosttilskud og sportsprodukter – præstations- og helbredsmæssige konsekvenser for motionister. København: Motions- og Ernæringsrådet, 2008.
2. Fødevarestyrelsen. Bekendtgørelse om kosttilskud, nr. 683 af 21. juli 2003.
3. Spagner C. The contribution of micronutrients from dietary supplements to the total intake of vitamins and minerals in the Danish population. København: Institut for Human Ernæring, Naturvidenskabeligt Fakultet, Københavns Universitet & Fødevareinstituttet, DTU, 2007.
4. Tipton KD. Protein for adaptations to exercise training. Eur J Sports Science 2008;8:107-18.
5. Aagaard P, Johansen L. Effekten af kreatin. Puls 2004;1:8-10.
6. Nybo L. CNS fatigue and prolonged exercise: Effect of glucose supplementation. Med Sci Sports Exerc 2003;35:589-94.
7. Magkos F, Kavouras SA. Caffeine. I: Wolinsky I & Driskell JA, eds. Nutritional Ergogenic Aids. Florida: CRC Press LLC. 2004:275-323.
8. Lukaski HC. Vitamin and mineral status: effects on physical performance. Nutrition 2004;20:632-44.
9. Berning JR. The role of medium-chain triglycerides in exercise. Int J Sport Nutr 1996;6:121-33.
10. Kaikkonen J, Kosonen L, Nyyssonen K et al. Effect of combined coenzyme Q10 and d-alpha-tocopheryl acetate supplementation on exercise-induced lipid peroxidation and muscular damage: a placebo-controlled double-blind study in marathon runners. Free Radic Res 1998;29: 85-92.

Finnålsaspirationscytologi ved mammografiscreening

Kursusreservelæge Birte Engvad, overlæge Anne-Vibeke Lænkholm, ledende overlæge Walter Schwartz & ledende overlæge Martin Bak

RESUME

INTRODUKTION: I år 2000 blev et kvalitetssikringsprojekt for den præoperative mammadiagnostik introduceret i Danmark. Programmet er baseret på *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*, hvor der blandt andet blev introduceret fem cytologiske diagnoseklasser. Formålet med den aktuelle undersøgelse var at evaluere dette program i en screeningspopulation specielt med henblik på at vurdere, om finnålsaspirationscytologi (FNAC) som førstevalg fortsat er et brugbart redskab i den præoperative diagnostik, eller om man bør foretrække grovnålsbiopsi som førstevalg.

MATERIALE OG METODER: 767 kvinder fik på Mammografi-centret, Odense Universitetshospital foretaget FNAC fra 783 læsioner. Alle FNAC blev sammenlignet med den endelige histologiske diagnose. Ni statistiske kvalitetsparametre blev udregnet i henhold til de europæiske retningslinjer.

RESULTATER: I alt 66% af de i alt 783 FNAC fik en malign cytologidiagnose med korrekt svar i 99% af de afgivne diagnoser. Fire læsioner var falsk positive og repræsenterede alle benigne vækstforstyrrelser. De kirurgiske indgreb i relation hertil bestod i excisionsbiopsi/lumpektomi. For otte af de ni indbyrdes afhængige statistiske kvalitetsmål ligger værdierne inden for de anbefalede grænseværdier. Specifiteten falder som eneste parameter uden for de anbefalede grænseværdier.

KONKLUSION: Selvom specificiteten i det aktuelle studie er lavere end anbefalet, vurderes det, at brugen af FNAC som førstevalg i tripeldiagnostikken er et udmærket redskab.

I det tidligere Fyns Amt er kvinder i aldersgruppen 50-69 år blevet tilbudt mammografiscreening hvert andet år siden november 1993. Tripeltesten er hovedhjørnestenen i udredningsprocessen [1] og består af palpation, billeddiagnostik (mammografi og/eller ultralydsskanning) samt nålebiopsi. Nålebiopsien kan enten være en finnålsaspirationscytologi (FNAC) eller en grovnålsbiopsi. Hvis alle led i tripeltesten viser benigne forhold, kan man undlade operation, hvorimod cancerdiagnosen anses for sikker, hvis alle led viser malignitet. Er der diskordans mellem de tre testudsagn, kræves yderligere diagnostik, og det anbefales oftest, at forandringen fjernes mhp. definitiv histologisk diagnose, med mindre en ny billeddiagnostik eller fornyet biopsi forventes at kunne give en konklusiv diagnose [1].

Mange steder er man gået over til kun at bruge grovnålsbiopsi eller både grovnålsbiopsi og FNAC for at få en større diagnostisk sikkerhed [2-4].

I Fyns Amt bruges imidlertid fortsat FNAC alene som førstevalg. Den er nem, hurtig, billig og nærmest smertefri for patienten, og der er derudover mulighed for bedre sampling fra hele tumor.

Formålet med denne undersøgelse var at undersøge, om FNAC som førstevalg fortsat er et brugbart redskab i den præoperative diagnostik, eller om man bør foretrække grovnålsbiopsi som førstevalg. Se-

ORIGINALARTIKEL

Odense Universitets-hospital, Afdeling for Klinisk Patologi og Mammograficentrum

TABEL 1

Fordelingen af antallet af diagnostiske cytologikategorier ved mammografiscreeninger i Fyns Amt 2001-2005 sammenholdt med endelig histologisk diagnose.

Finnålsaspirationscytologi	n	%	Endelig histologisk diagnose (n)		
			benign	malign	mangler
C1: Uegnet	94	12	39	46	9
C2: Benign	58	7	33	8	17
C3: Atypisk	45	6	21	22	2
C4: Malignitetssuspekt	70	9	20	50	0
C5: Malign	516	66	4	510	2
Total	783	100	117	636	30

TABEL 2

Resultater for de ni statistiske kvalitetsmål i Fyns Amt (samlet gennemsnit) set i forhold til de anbefalede grænseværdier.

Diagnostisk test	Resultater fra Fyns Amt, %	Anbefalede grænseværdier	
		minimum, %	foretrukken, %
Diagnostisk sensitivitet	80,3	> 60	> 70
Komplet sensitivitet	91,5	> 80	> 90
Specifitet	34,5	> 55	> 65
Positiv prædiktiv værdi	99,2	> 98	> 99
Falsk negativ rate	1,3	< 6	< 4
Falsk positiv rate	0,6	< 1	< 0,5
Uegnet rate	12,0	< 25	< 15
Uegnet rate i prøver taget fra karcinomer	7,2	< 10	< 5
Suspekt rate	14,7	< 20	< 15

TABEL 3

Resultater for de ni statistiske kvalitetsmål i Fyns Amt (opregnet for hvert enkelt år), angivet i procent.

Diagnostisk test	2001	2002	2003	2004	2005
Diagnostisk sensitivitet	86,5	75,0	78,7	77,2	83,6
Komplet sensitivitet	96,0	84,2	89,3	91,2	96,3
Specifitet	35,0	29,6	41,7	39,6	23,1
Positiv prædiktiv værdi	99,1	98,9	100,0	99,1	99,1
Falsk negativ rate	0,8	1,7	0,8	1,5	1,5
Falsk positiv rate	0,8	0,8	0,0	0,7	0,7
Uegnet rate	6,8	17,7	13,0	13,6	8,7
Uegnet rate i prøver taget fra karcinomer	3,2	14,2	9,8	7,3	2,2
Suspekt rate	12,3	13,6	13,7	17,4	15,6

kundært har vi ønsket at beskrive den efterfølgende procedure hos patienter med en initialt inkonklusiv (uegnet, atypisk eller malignitetssuspekt) FNAC.

Udgangspunktet for undersøgelsen er et forslag til et kvalitetssikringsprojekt, der omhandler den præoperative mammadiagnostik, som er udarbejdet af en arbejdsgruppe, der blev nedsat i år 2000 på foranledning af Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologis Kvalitetsudvalg. Man valgte at lægge sig op ad den engelske model (*National Health Service Breast Screening Programme 1993*) for at have et sammenligningsgrundlag [5]. Senere er de statistiske kvalitetsmål blevet optaget i *Danish Breast Cancer Cooperative Groups* (DBCG) forskrifter [1].

MATERIALE OG METODER

I perioden 01.01.2001-31.12.2005 fik i alt 120.818 kvinder fra Fyns Amt foretaget mammografiscreening. I alt 1.823 kvinder (1,5%) blev indkaldt til udredning pga. suspekt fund ved mammografiscreeningen, og heraf fik 767 kvinder foretaget FNAC fra i alt 783 læsioner. Til undersøgelsen er der brugt data fra Fyns Amts Patientadministrative System.

Perioden 01.01.2001-31.12.2005 er valgt for at sikre, at de fem diagnostiske cytologiklasser (C1: uegnede, C2: benigne, C3: atypiske, C4: malignitetssuspekte og C5: maligne) blev brugt korrekt og konsekvent samt for at sikre, at man havde opnået en god erfaring med tripeldiagnostikken.

Alle FNAC blev sammenlignet med den endelige histologiske diagnose. I de tilfælde, hvor FNAC blev gentaget i udredningsforløbet, er beregningerne foretaget på prøven med den »mest maligne« diagnose. Da tallene kun inkluderer tal fra screeningsprogrammet, er det muligt at sammenligne FNAC med de europæiske anbefalinger. For at undersøge validiteten af FNAC har vi udregnet ni statistiske parametre, som afspejler kvaliteten af anvendelse af FNAC som led i tripeldiagnostikken. Parametrene er udregnet efter forskrifterne i *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* [6], se definition af de ni statistiske parametre].

RESULTATER

I Tabel 1 ses bl.a., at 516 (66%) af de i alt 783 FNAC fik en malign (C5) diagnose. De sidste 267 (34%) fordelte sig nogenlunde ligeligt på de resterende fire grupper med en lille overvægt i den uegnede gruppe (C1). Der forelå en endelig histologisk diagnose på 753 (96%) ud af 783 cases. I de 30 (4%) cases, hvor der ikke fandtes en histologisk diagnose, blev 28 cases afsluttet, idet den oprindelige læsion ikke kunne genfindes ved fornyet klinisk undersøgelse og mammografi. FNAC-diagnoserne på de 28 cases fordelte sig med 17 C2-diagnoser, ni C1-diagnoser og to C3-diagnoser. De to resterende FNAC-diagnoser var to C5-diagnoser, hvoraf den ene kvinde ikke ønskede

yderligere udredning/opfølgning, og den anden kvinde fik palliativ strålebehandling pga. dissemineret lungecancer.

Endvidere ses i Tabel 1, at 510 (99%) ud af 514 maligne cytologidiagnoser viste sig at være korrekte. De fire læsioner som var falsk positive repræsenterede alle benigne vækstforstyrrelser i form af to tilfælde med fibroadenomatose, et radiale ar og en duktal hyperplasi. De definitive kirurgiske indgreb ved de falsk positive cytologisvar bestod i excisionsbiopsi/lumpektomi.

Otte ud af 41 (20%) benigne cytologidiagnoser viste sig at stamme fra maligne tumorer. På grund af diskordans i tripeldiagnostikken blev disse tumorer fjernet. De var alle højt differentierede carcinomer på nær en, og de fordelte sig som et dukalt carcinoma in situ, et tubulært karcinom, to lobulære karcinomer og fire duktale karcinomer.

Cirka halvdelen af de uegnede og atypiske cytologidiagnoser var maligne. I alt 117 (16%) ud af 753 forandringer viste sig at være benigne.

I Tabel 2 ses, at for otte af de ni anførte statistiske kvalitetsmål ligger værdierne inden for de anbefalede grænseværdier. Kun specificiteten falder som eneste parameter uden for de anbefalede grænseværdier.

Ved udregning af de statistiske parametre for hvert enkelt år ses i Tabel 3, at tallene varierer, idet der i 2002 ses et kvalitetsfald inden for især den komplette sensitivitet og uegnet rate i prøver taget fra karcinomer. Efterfølgende bliver kvalitetsparametrene bedre og når samme udgangspunkt i 2005 som i 2001.

I alt 241 FNAC (Figur 1) i perioden 2001-2005 blev initialt diagnosticeret C1, C3 eller C4. Heraf fik 102 efterfølgende foretaget en ny FNAC, og 52 fik lavet en grovnålsbiopsi. Af de 102, som fik foretaget en ny FNAC, var denne diagnostisk hos knap en tredjedel og fordelte sig med fem benigne (C2) og 27 maligne (C5) diagnoser.

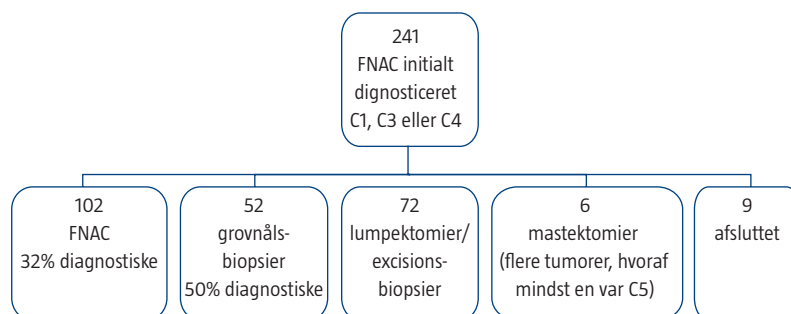
Af de 52 cases, som efterfølgende fik foretaget en grovnålsbiopsi, var resultatet diagnostisk hos halvdelen. Disse bestod af fire benigne (B2) og 22 maligne (B5) histologiske diagnoser. Med diagnostisk menes sikkert benign eller sikkert malign.

I alt 72 patienter fik efter deres første FNAC ikke foretaget yderligere nålbiopsier, men man skred direkte til excisionsbiopsi/lumpektomi. I alt seks patienter blev mastektomeret, fordi de havde yderligere en eller flere tumorer i samme bryst, hvoraf mindst en var diagnosticeret malign. Ni patienter blev afsluttet og returneret til screeningen, idet det suspekke område ikke kunne genfindes ved fornyet mammografisk undersøgelse.



FIGUR 1

Cases, der initialt blev diagnosticeret C1, C3 eller C4, og resultatet af den efterfølgende undersøgelse.



FNAC = finnålsaspirationscytologi

DISKUSSION

For otte af de beregnede statistiske parametre ligger tallene fra det tidligere Fyns Amt meget tæt på den foretrukne grænseværdi eller endog bedre. Specificiteten er den eneste af de ni parametre, der ligger lavt. Dette medfører desværre, at nogle patienter får foretaget yderligere udredninger og derfor må opleve den hermed følgende belastning.

De fire falsk positive diagnoser repræsenterede alle benigne vækstforstyrrelser. Det er velkendt, at der ved disse læsioner kan ses en betydelig cellulær atypi, som kan være årsag til differentialdiagnostiske vanskeligheder [7].

Specificiteten udtrykker testens evne til at diagnosticere de benigne læsioner korrekt. Det ville være ønskværdigt, at specificiteten var højere, men taget i betragtning, at det totale antal af benigne læsioner er lavt (knap en sjettedel kom fra benigne forandringer), drejer det sig reelt om et mindre antal kvinder. Da den falsk positive rate samtidig er lav, beror den lave specificitet fortrinsvis på diagnoserne uegnet, atypisk og malignitetssuspekt, hvor specielt andelen af uegnede er relativt stor. Man kan forestille sig, at diagnosen uegnet må være en mindre belastende information at få for den pågældende kvinde, end hvis diagnosen var enten atypisk eller malignitetssuspekt.

Nærværende undersøgelse behandlede kun cytologidiagnoser og ikke hele tripeltesten. En forudsætning for en konklusiv diagnose er, at alle tre testudsagn er forenelige med malignitet eller benigne forhold [1]. Ud af de fire tilfælde med falsk positiv diagnose var der diskordans mellem de tre testudsagn i et tilfælde, og tripeltesten blev derfor inkonklusiv. To tumorer var ikke palpable. Disse tre patienter fik foretaget excisionsbiopsi. Den fjerde patient fik foretaget lumpektomi og *sentinel node*-operation.



DEFINITION AF DE NI STATISTISKE PARAMETRE

Diagnostisk sensitivitet (C5) er antallet af karcinomer diagnosticeret som C5 udtrykt som procentdel af det totale antal karcinomer, der blev aspireret.

Komplet sensitivitet (C3, C4, C5) er antallet af karcinomer, som ikke var afgjort negative eller uegnede på finnålsaspirationscytologi udtrykt som en procentdel af det totale antal aspirerede karcinomer.

Specificitet er antallet af korrekt identificerede benigne læsioner (antal C2-resultater minus antallet af falsk negative) udtrykt som en procentdel af det totale antal benigne læsioner, der blev aspireret.

Positiv prædiktiv værdi af en C5-diagnose er antallet af korrekt identificerede cancere (antal af C5 minus antal falsk positive resultater) udtrykt som en procentdel af det totale antal positive resultater (dvs. C5).

Falsk negativ rate er antal falsk negative resultater udtrykt som procentdel af det totale antal aspirerede karcinomer.

Falsk positiv rate er antal falsk positive resultater udtrykt som procentdel af det totale antal aspirerede karcinomer.

Uegnet rate er antallet af uegnede aspirater udtrykt som procentdel af det totale antal tilfælde, der blev aspireret.

Uegnet rate i prøver taget fra karcinomer er antallet af uegnede aspirater udtrykt som procentdel af det totale antal karcinomer, der blev aspireret.

Suspekt rate er antallet af C3- og C4-diagnoser udtrykt som procentdel af det totale antal cytologi-resultater.

Ved en kvalitetsvurdering af FNAC er det vigtigt at se samlet på de ni statistiske parametre og ikke blot fokusere på en enkelt kvalitetsparameter, idet tallene indbyrdes afhænger af hinanden. Ændring af en enkelt parameter vil derfor få indvirkning på de andre [6, 8]. Eksempelvis vil den falsk negative rate øges, hvis man forsøger at bedre specificiteten, og resultaterne i forhold til kvalitetsparametrene vil sandsynligvis blive bedre, hvis man i et screeningsprogram vælger kun at aspirere fra palpable læsioner [1, 6, 8]. Det er af afgørende betydning for kvaliteten af et screeningsprogram, at det tværfaglige team er vel-fungerende, idet systemet er meget følsomt over for ændringer i det diagnostiske *setup* så som udskiftninger i personalegruppen, indførelse af nyt apparatur med videre.

Der ses i Tabel 3 et markant kvalitetsfald fra 2001 til 2002, som herefter langsomt bedres, således at kvaliteten i 2005 igen er på samme niveau. Årsagen til dette kvalitetsfald var formentlig en personalerokering i det tværfaglige diagnostiske team i samme periode. Som det ses i Tabel 3, bedres kvaliteten herefter i takt med, at det nye diagnostiske team opnår ekspertise og rutine. Dette bekræfter, hvor følsomt det diagnostiske setup er over for ændringer. Det er vigtigt med løbende monitorering af kvalitetsparametrene, så det hermed bliver muligt at gribe ind tidligere. I håndteringen af den enkelte pa-

tient er det særdeles vigtigt med et tæt tværfagligt samarbejde og hyppige konferencer.

Som nævnt i indledningen er man mange steder gået over til kun at bruge grovnålsbiopsi eller både grovnålsbiopsi og FNAC for at få en større diagnostisk sikkerhed [2-4]. Årsagen til dette kan være, at der kræves en stor ekspertise af både punktør og patolog i forbindelse med henholdsvis prøvetagning og diagnostik af FNAC. Desuden er grovnålsproceduren blevet mere forfinet med bedre udstyr, og endelig vil den stigende anvendelse af neoadjuverende behandling betyde et øget behov for præoperativ bestemmelse af bl.a. østrogenreceptorniveauet, progesteronreceptorniveauet og human epidermal vækstfaktor-receptor 2-overekspression [2-4, 8] i hvert fald til de større tumorer. Der vil dog fortsat være behov for FNAC, som specielt er velegnet til små læsioner, som er dominerende i en screeningspopulation, og i øvrigt er det også muligt at lave immuncytokemisk receptorbestemmelse samt fluorescensmærket in situ-hybridiseringsanalyse på FNAC-materiale.

Denne artikel konkluderer, at FNAC vurderes at være et udmærket redskab som førstevalg i tripeldiagnostikken, selv om specificiteten er lav, og at den falder inden for rammerne for god diagnostik. Her ses bort fra mikroforkalkninger, som man i Fyns Amt hidtil har behandlet kirurgisk med excisionsbiopsi uden forudgående nålebiopsi. Man vil dog nu gå over til stereotaktisk biopsitagning.

Hvis en FNAC initialt er uegnet, atypisk eller malignitetssuspekt, skal den efterfølgende procedure vurderes af et multidisiplinært team, men chancerne for at opnå en konklusiv diagnose øges, hvis der efterfølgende anvendes grovnål i stedet for FNAC. Dette gjaldt specielt i dette studie for C3-diagnosen.

KORRESPONDANCE: Birte Engvad, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: birte.engvad@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 19. november 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. www.dbcg.dk (1. april 2007).
2. Lieske B, Ravichandran D, Wright D. Role of fine-needle aspiration cytology and core biopsy in the preoperative diagnosis of screen-detected breast carcinoma. *Br J Cancer* 2006;95:62-6.
3. Shannon J, Douglas-Jones AG, Dallimore NS. Conversion to core biopsy in preoperative diagnosis of breast lesions: is it justified by result? *J Clin Pathol* 2001;54:762-5.
4. Berner A, Davidson B, Sigstad E et al. Fine-needle aspiration cytology vs. core biopsy in the diagnosis of breast lesions. *Diag Cytopathol* 2003;29:344-8.
5. Wells C A, Ellis I O, Zakhour H D et al. Guidelines for cytology procedures and reporting in breast cancer screening. Storbritannien: NHS Breast Screening programme, 1993.
6. Perry N, Broeders, de Wolf C et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Bruxelles; European Commission 2006:252-6.
7. Christensen L B, Rank F E, Blichert-Toft M et al. Mammografiscreening i Københavns Kommune 1991-1997. *Ugeskr Læger* 2002;164:191-5.
8. Bruun Rasmussen B, Bak M, Rank FE. Præoperativ biopsidiagnostik ved mistanke om brystkræft. *Ugeskr Læger* 2007;169:2985-7.

Billeddiagnostiske og endoskopiske metoder ved Crohns sygdom i tyndtarmen

Læge Michael Dam Jensen, overlæge Jens Kjeldsen, overlæge Torben Nathan & overlæge Søren Rafael Rafaelsen

RESUME

Det har i mange år været vanskeligt at diagnosticere Crohns sygdom i tyndtarmen. Traditionelt anvendes ileokoloskopi og tarm-passage. Sidstnævnte belastes af en høj stråledosis og et ofte utilstrækkeligt udbytte. I de senere år er tilkommet magnetisk resonans-skanning, computertomografi, ultralydsskanning og kapselendoskopi, som alle er implementeret i klinisk praksis. Dobbeltballon-enteroskopi, positronemissionstomografi og enkeltfotonemissionstomografi er nye metoder, hvis diagnostiske egenskaber fortsat er under afprøvning. I nedenstående bringes en oversigt over videnskabelige arbejder med fokus på diagnostisk validitet af de enkelte modaliteter.

Forudsætningen for optimal klinisk håndtering af patienter med mistænkt eller kendt Crohns sygdom er anvendelsen af valide diagnostiske modaliteter. Øvre og nedre del af gastrointestinalkanalene er tilgængelige for diagnostik ved henholdsvis øsofago-gastro-duodenoskopi og koloskopi med tubulering af terminale ileum. Tyndtarmen er sværere tilgængelig for diagnostik, og primært har man anvendt tyndtarms-passage [1].

I de senere år er nye metoder til diagnostik af tyndtarmen vundet frem. Validiteten af dobbeltballon-enteroskopi, positronemissionstomografi (PET)-CT og enkeltfotonemissionstomografi (SPECT) er ikke afklaret, mens magnetisk resonans (MR)-skanning, computertomografi (CT), ultralydsskanning, kapselendoskopi (CE) og leukocytskintigrafi er implementeret i klinisk praksis. Deres plads i diagnostikken af Crohns sygdom er imidlertid ikke endeligt afklaret.

METODER

I nedenstående bringes en oversigt over nye endoskopiske og billeddiagnostiske procedurer til diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen. Oversigten er baseret på en gennemgang af videnskabelige arbejder med fokus på den diagnostiske validitet af de enkelte undersøgelsesmetoder. Litteratursøgningen er foretaget via PubMed med kombinationer af følgende søgekriterier: *Crohn's disease, small bowel, enteroclysis, small bowel follow through, MRI, magnetic resonance imaging, MR enteroclysis, computer tomography, CT enteroclysis, CT enterography, ultrasound, ultrasono-*

graphy, wireless capsule endoscopy, double balloon enteroscopy, single balloon enteroscopy, positron emission tomography, PET, PET/CT, single photon emission computed tomography, SPECT, SPECT/CT.

Efterfølgende er de enkelte arbejder gennemgået med fokus på 1) var der en uafhængig blindet sammenligning med en guldstandard, 2) blev den diagnostiske test evalueret på et relevant spektrum af patienter, 3) blev alle patienter undersøgt med guldstandard, 4) blev der på baggrund af data beregnet en sensitivitet og specificitet, eller kunne disse beregnes på baggrund af præsenterede data, og 5) så man særskilt på diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen?

Efter analysen forelå 49 originalarbejder. For CE gør særlige forhold sig gældende, og der henvises til dette afsnit. Metoderne PET-CT, dobbeltballon-enteroskopi og SPECT er så nye, at kun få komparative studier er udført.

TYNDTARMPASSAGE OG ENTEROKLYSE

Ved enteroklyse anlægges en sonde forbi Treitz' ligament, hvorefter man ved bariuminfusion, røntgen-gennemlysning og enkeltoptagelser kan visualisere tyndtarmens lumenale flade. Tarmpassage er en variant af enteroklyse, hvor en lav-densitets bariumopløsning indtages per os. På grund af højere stråledosis og ubehag ved sondeanlæggelse har enteroklyse ikke vundet stor udbredelse. Talrige – oftest retrospektive

OVERSIGTSARTIKEL

Odense Universitetshospital, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling S, og Vejle Sygehus, Medicinsk Afdeling og Røntgenafdelingen



FORKORTELSER

CD = Crohns sygdom
CE = kapselendoskopi
CT = computertomografi
CTE = CT-enteroklyse
CTOS = CT af tyndtarmen med peroral kontrast
DBE = dobbeltballon-enteroskopi
FDG = F-18-fluorodeoxyglukose
MR = magnetisk resonans
MRE = MR-enteroklyse
MROS = MR-skanning af tyndtarm med peroral kontrast
PET = positronemissionstomografi
SICUS = small intestine contrast ultrasonography
SPECT = enkeltfotonemissionstomografi



FAKTABOKS

Crohns sygdom er en *syndromdiagnose*, der hviler på kliniske, endoskopiske, radiologiske og histologiske fund.

Der er ikke bred enighed om en guldstandard for diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen, og der er ingen valide billeddiagnostiske kriterier.

Ultralydsskanning, magnetisk resonans-skanning og computertomografi (CT) af tyndtarmen kan visualisere alle manifestationer af Crohns sygdom (luminale, murale og ekstraintestinale komplikationer).

Kapselendoskopi har et højt diagnostisk udbytte for mucosaforandringer sammenlignet med andre modaliteter.

Diagnostisk udbytte (*diagnostic yield*) er et procentuelt mål for antallet af positive test. Målet er uafhængigt af en guldstandard, men udtrykker ikke risikoen for falsk positive fund.

CT af abdomen giver en stråledosis på 5-7 mSv modsat ca. 14 mSv for tarmpassage (røntgen af thorax 0,06 mSv).

Dobbeltballon-enteroskopi, positronemissionstomografi (PET)-CT, *single-photon emission computerized tomography* (SPECT) og SPECT-CT er nye metoder, der endnu ikke er tilstrækkeligt valideret ved Crohns sygdom i tyndtarmen.

studier – har fra 1970'erne til 1990'erne vurderet den diagnostiske validitet af konventionel radiologi. Flere studier har afgørende biasproblemer, og ofte er der en lav prævalens af tyndtarmssygdom i de undersøgte patientpopulationer. Med kirurgi eller klinisk follow-up som guldstandard rapporteres om en sensitivitet på 92-100% og en specificitet på 89-98% [2, 3]. Enteroklyse og tarmpassage hører imidlertid til de mest strålegivende røntgenundersøgelser, der anvendes i dag. Røntgendosis angives til $13,68 \pm 6,85$ mSv for tyndtarmspassage og $13,99 \pm 7,57$ mSv for enteroklyse [4].

MAGNETISK RESONANS-ENTEROGRAFI OG -ENTEROKLYSE

MR-skanning giver mulighed for en noninvasiv 3D-billeddannelse uden brug af røntgenstråling. Modsat konventionel røntgenundersøgelse er det muligt at visualisere såvel luminale som transmurale manifestationer samt ekstraintestinale komplikationer ved Crohns sygdom (absces og fistel). For optimal visualisering af tyndtarmen kræves to typer kontrast. Enteral kontrast indgives enten peroralt (MR-enterografi) eller via en nasojejunal sonde anlagt under røntgengennemlysning (MR-enteroklyse). Efter indgift af intravenøs kontrast ses opladning i inflammatorisk aktivt væv. Forudsætningen for korrekt diagnostik er imidlertid en sufficient dilateret tyndtarm, idet kollapsede tyndtarmsslynger kan skjule patologi og simulere patologisk fortykket tarmvæg [5]. En kollaberet, men i øvrigt normal tarmslynge fremstår ofte vægfortykket og med øget kontrastopladning, hvilket kan føre til et falsk positivt resultat.

Sammenlignet med ileoskopi og histopatologi finder man en sensitivitet og specificitet på henholdsvis 83-96% og 67-100% for konstatering af Crohns sygdom i terminale ileum [6, 7].

Over for konventionel enteroklyse har man fundet MR-skanning ligeværdig. *Masselli et al* og *Gourtsyiannis et al* fandt lavere sensitivitet for mucosaforandringer (40-63%), men en sensitivitet og specificitet på 95-100% for murale forandringer og komplikationer til Crohns sygdom [8, 9]. Billedopløseligheden ved MR er endnu ikke på højde med konventionel røntgen, hvorfor overfladiske slimhindeforandringer overses. Til gengæld opnår man yderligere diagnostisk information hos 24-58% af patienterne; primært i form af murale fund og komplikationer til Crohns sygdom [8].

COMPUTERTOMOGRAFI

Multislice-CT kombinerer øget billedopløsning og hurtig scannehastighed. CT-enterografi udføres efter oral hyperhydrering, hvorved murale manifestationer og komplikationer til Crohns sygdom kan visualiseres, og efter intravenøs kontrast ses opladning i den inflammerede tarmvæg (**Figur 1**). CT-enterografi har således samme diagnostiske kvaliteter som MR-skanning, men brugen af røntgenstråling er en begrænsende faktor for den kliniske anvendelse [10]. Den effektive stråledosis ved CT af abdomen er 5-7 mSv afhængigt af den anvendte skanner og skanningsprotokol [11].

Med ileokoloskopi og konventionel røntgen af tyndtarmen som guldstandard anføres en sensitivitet på 78-89% og en specificitet på 75-100% [12-14]. Sensitiviteten for lette mucosaforandringer er endnu ikke på højde med endoskopi og konventionel røntgen. Derimod visualiserer CT overlegent komplikationer til Crohns sygdom.



FIGUR 1

Computertomografisk enterografi med Crohns sygdom i terminale ileum (pile). Tarmvæggen fremtræder fortykket og med kontrastopladning. Der ses en skip lesion mellem to Crohn-segmenter.



ULTRALYDSSKANNING OG HYDROSONOGRAFI

Ultralydsskanning er en noninvasiv, let tilgængelig, patientvenligt og strålingsfri undersøgelsesmetode. Imidlertid er den observatørfafhængig og kræver en erfaren undersøger. Med ileoskopi og røntgen af tyndtarmen som guldstandard fandt man sensitivitet og specificitet på henholdsvis 67-97% og 75-100% [15-17]. Tyndtarmen proksimalt for terminale ileum fremstilles imidlertid dårligt med en sensitivitet på 10-33% [18]. I 1999 beskrev *Folvik et al* en ny metode, hydrosonografi eller *small intestine contrast ultrasonography* (SICUS). Forud for undersøgelsen indgives en isoosmotisk opløsning af polyethylenglykol, hvis formål er at dilater tyndtarmen og fjerne den tilstedeværende luft. I tre studier undersøgte man patienter med kendt Crohns sygdom i tyndtarmen og fandt en sensitivitet for diagnosen på 96-100% for hydrosonografi mod 87-96% for konventionel ultralydsskanning (højeste sensitivitet af hydrosonografi i alle studier) [19-21]. Der var færre falsk negative proksimale læsioner, højere sensitivitet for konstatering af stenose og bedre korrelation med sygdomsudredningen. I alle tre studier konkluderede man, at der var en diagnostisk gevinst ved udførelse af ultralydsskanning af tyndtarmen med enteral kontrast. Endvidere har man fundet en høj specificitet på 97-100% i patientpopulationer, der var mistænkt for tyndtarmspatologi [21].

KAPSELENDOSKOPI

Initialt var CE indiceret ved obskur gastrointestinal blødning. I de senere år er indikationsområdet udvidet, og det indbefatter nu Crohns sygdom. Fordele ved CE er den direkte og noninvasive visualisering af tyndtarmsslimhinden med en lav komplikationsfrekvens. Kapselretention forekommer hos 0% af raske frivillige forsøgspersoner, 1,4% ved mistænkt Crohns sygdom og 21% ved mistænkt tyndtarmsstenose [22].

Flere prospektive studier har evalueret metoden hos patienter med mistænkt og kendt Crohns sygdom (Tabel 1) [23-32]. *Triester et al* udførte i 2006 en metaanalyse af det diagnostiske udbytte for CE sammenlignet med andre modaliteter [33]. Diagnostisk udbytte (*diagnostic yield*) er et procentuel mål for antallet af positive test; dvs. antal positive test divideret med det totale antal test. Målet er uafhængigt af en guldstandard, men udtrykker ikke risikoen for falsk positive fund. Denne risiko bekræftes i et studie af *Goldstein et al*, hvor man fandt erosioner hos 13,8% af raske voksne undersøgt med CE [34]. I metaanalysen fandt man ikke signifikant højere udbytte af CE hos patienter med mistænkt Crohns sygdom, men hos patienter med kendt Crohns sygdom var det diagnostiske udbytte signifikant højere for CE end for alle



TABEL 1

Diagnostisk udbytte for Crohns sygdom i tyndtarmen ved forskellige undersøgelsesmodaliteter.

Reference	Patientpopulation (n)	Modalitet	Diagnostisk udbytte, %
<i>Hara et al</i> 2006 [24]	Kendt CD (9) Mistænkt CD (8)	CE	71
		Ileoskopi	65
		CTOS	53
		Tarmpassage	24
<i>Bourreille et al</i> 2006 [25]	Postoperativt endoskopisk recidiv af kendt CD (31)	CE Ileoskopi	42/55 ^a 61
<i>Gölder et al</i> 2006 [26]	Kendt CD (16) Mistænkt CD (2)	CE	15
		MRE	44
<i>Albert et al</i> 2005 [23] ^b	Kendt CD (14) Mistænkt CD (13)	CE	93
		MROS	78
		Enteroklyse	33
<i>Voderholzer et al</i> 2005 [27]	Kendt CD (41)	CE	60
		CTE	39
<i>Chong et al</i> 2005 [28]	Kendt CD (22) Mistænkt CD (21)	CE	44
		Push-enteroskopi	7
<i>Marmo et al</i> 2005 [29]	Kendt CD (31)	CE	71
		Enteroklyse	26
<i>Dubcenco et al</i> 2005 [30]	Kendt CD (28) Mistænkt CD (11)	CE	67
		Enteroklyse/tarmpassage	21
<i>Buchman et al</i> 2004 [31]	Kendt CD (30)	CE	70
		Tarmpassage	67
<i>Eliakim et al</i> 2004 [32]	Mistænkt CD (35)	CE	77
		CTOS	20
		Tarmpassage	23

CD = Crohns sygdom; CE = Kapselendoskopi; MROS = MR-skanning af tyndtarmen med peroral kontrast; MRE = MR-enteroklyse; CTOS = computertomografi af tyndtarmen med peroral kontrast; CTE = computertomografi-enteroklyse.

a) To uafhængige observatører. b) 52 patienter med mistænkt og kendt Crohns sygdom var inkluderet. Heraf var 27 patienter med slutdiagnosen Crohns sygdom undersøgt med alle tre modaliteter.

andre undersøgelser [33]. Sammenlignet med MR og CT fandt man i to studier et højere udbytte af CE for proksimale læsioner [26, 27].

Kun få studier beregner sensitivitet og specificitet med en veldefineret guldstandard for terminale ileum. *Dubcenco et al* anvendte histopatologi i biopsimateriale og fandt en sensitivitet og specificitet på 90% og 100% for CE mod 28% og 100% for konventionel røntgenundersøgelse af tyndtarmen [30]. Tilsvarende fandt *Marmo et al* en sensitivitet på 89% og en specificitet på 100% med ileoskopi som guldstandard [29].

DOBBELTBALLON-ENTEROSKOPI

Dobbeltballon-enteroskopi (DBE) er beskrevet i en nylig artikel i Ugeskrift for Læger, og for nærmere omtale af metoden henvises hertil [35]. Der er udført to mindre komparative studier hos patienter med Crohns sygdom. *Oshitani et al* undersøgte 44 patienter med kendt Crohns sygdom. Samtlige patienter blev undersøgt med DBE, og hos 32 var der udført

konventionel røntgenundersøgelse af tyndtarmen (tarmpassage eller enteroklyse) inden for to uger. Man konstaterede et signifikant højere diagnostisk udbytte for DBE end for konventionel røntgen [36]. I et pilotstudie af *Seiderer et al* sammenlignede man DBE og MR-enteroklyse i et blindet design med ti patienter med kendt eller mistænkt Crohns sygdom. Parenteroskopi lykkedes kun hos en patient. På 40 evaluerede tyndtarmssegmenter fandt man et udbytte på 40% for MR og 17,5% for DBE ($p = 0,01$) [37].

POSITRONEMISSIONSTOMOGRAFI-CT

Positronemissionstomografi (PET) er en nuklearmedicinsk metode, hvor der efter indgift af et sporstof dannes tredimensionelle billeder af specifikt fysiologisk aktive områder i kroppen. Et hyppigt anvendt sporstof er F-18-fluorodeoxyglukose (FDG), der omsættes i væv med øget glykolytisk aktivitet (eksempelvis neoplastisk eller inflammatorisk væv). PET-CT kombinerer den fysiologiske information fra PET med en anatomisk lokalisering af den patologiske proces vha. CT.

Til dato har ingen studier evalueret PET-CT til særskilt diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen. I et prospektivt studie af *Louis et al* anvendtes PET-CT hos 22 patienter med biologisk eller endoskopisk aktiv Crohns sygdom. Med ileokoloskopi som guldstandard evaluerede man 95 segmenter i kolon og terminale ileum. Man fandt en sensitivitet på 73% og en specificitet på 55% for diagnostik af inflammatoriske tarmsegmenter. Der var 21 falsk positive tarmsegmenter ved PET-CT [38].

LEUKOCYTSKINTIGRAFI, ENKELTFOTONEMISSIONSTOMOGRAFI OG ENKELTFOTONEMISSIONSTOMOGRAFI-CT

Leukocytskintigrafi er en nuklearmedicinsk metode, hvor radioaktivt mærkede leukocyters akkumulation registreres med et gammakamera. I blinde prospektive studier har man fundet en sensitivitet og specificitet på henholdsvis 58-90% og 73-93% for visualisering af Crohns sygdom i tyndtarmen. Som screeningsundersøgelse for inflammatorisk tarmsygdom har man fundet en lav specificitet, idet 35% af undersøgelserne var falsk positive hos patienter med colon irritabile [39, 40]. SPECT (*single-photon emission computerized tomography* eller enkeltfotonemissionstomografi) er en teknik, hvor et roterende gammakamera anvendes til kvantitering af den tredimensionelle fordeling af radioisotopen. Rekonstruktion af data giver en 3D-fremstilling af områder med øget leukocyttakkumulering. Herved elimineres tolkningsproblemer i områder, hvor tarmslynger overlapper områder med fysiologisk aktivitet i knoglemarven. SPECT-CT er en ny metode, der kombinerer den funktionelle information fra SPECT med en præcis anatomisk lokalisering af den patologiske proces. Anvendeligheden af SPECT og SPECT-CT ved inflammatorisk tarmsygdom er dårligt belyst, og det er endnu for tidligt at vurdere, om metoderne er anvendelige til diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen.

DISKUSSION

Diagnostik og behandling af Crohns sygdom kan være en udfordring. Den diagnostiske validitet af biokemiske markører og kliniske indices er for lav til, at man med sikkerhed kan be- eller afkræfte Crohns sygdom. Ej heller er der patognomoniske billeddiagnostiske fund. Således er Crohns sygdom fortsat en syndromdiagnose, der hviler på kliniske, endoskopiske, radiologiske og histologiske fund [1]. Hyppigst er Crohns sygdom lokaliseret i ileocøkalregionen og inden for rækkevidde ved ileokoloskopi.

Til studier af den diagnostiske validitet for Crohns sygdom i tyndtarmen knytter sig to væsentlige problemstillinger:

TABEL 2

Fordele og ulemper ved undersøgelsesmetoder til diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen.

Metode	Fordele	Ulemper
Konventionel røntgen	Høj billedopløselighed	Ikkemurale og ekstraintestinale forandringer Høj stråledosis
Magnetisk resonansskanning	Alle manifestationer af Crohns sygdom Strålingsfri 3D-billeddannelse Høj vævskontrast	Tilgængelighed
Computertomografi	Alle manifestationer af Crohns sygdom Hurtig Tilgængelig 3D-billeddannelse Høj opløselighed	Stråling
Ultralydsskanning	Alle manifestationer af Crohns sygdom Noninvasiv Tilgængelig Strålingsfri Patientvenlig	Observatørfafhængig Lav sensitivitet for proksimale forandringer Dårligt indblik ved adipositas og meteorisme
Kapselendoskopi	Patientvenlig Strålingsfri Højt diagnostisk udbytte	Kun lumenale manifestationer Lav specificitet? Risiko for kapselretention
Dobbeltballonenteroskopi	Mulighed for endoskopi af hele tyndtarmen Biopsier Terapeutiske procedurer	Kun lumenale manifestationer Invasiv Komplikationer Tidskrævende Tilgængelighed
Leukocytskintigrafi	Ekstraintestinale komplikationer Patientvenlig Noninvasiv	Tidskrævende Stråling Kun anvendelig ved inflammation

1) Der er ikke bred enighed om en guldstandard for diagnostik af Crohns sygdom i tyndtarmen, og 2) der eksisterer ingen valide billeddiagnostiske kriterier. For terminale ileum anses ileokoloskopi stadig som guldstandard, men undersøgelsen begrænser sig til den helt distale del af ileum, og kun hos ca. 85% lykkes det at intubere terminale ileum [1]. For den øvrige tyndtarm har man hidtil anset konventionel røntgen af tyndtarmen som guldstandard. Undersøgelsen er ikke optimal, idet kun lumenale manifestationer af Crohns sygdom visualiseres [1, 33], og i tidlige studier fandt man et højere diagnostisk udbytte af nyere undersøgelsesmetoder. Derfor har man i flere efterfølgende studier valgt ikke at anvende en guldstandard, men at sammenligne forskellige modaliteters diagnostiske udbytte. Herved bidrager falsk positive fund til en undersøgelses udbytte, hvormed sensitiviteten stiger på bekostning af en lavere specificitet.

I dag findes der en lang række metoder til undersøgelse af tyndtarmen. Hver modalitet har sine fordele og ulemper, hvilket er opsummeret i **Tabel 2**. I de foreliggende studier opnås et højt diagnostisk udbytte ved CE, MR, CT og ultralydsskanning. Valget af undersøgelse bør derfor træffes på baggrund af den kliniske problemstilling samt, hvilken modalitet der kan tilbydes på det lokale sygehus, og hvilken erfaring den enkelte radiolog eller gastroenterolog besidder. CE kan overvejes som andenlinje-undersøgelse hos patienter med mistænkt Crohns sygdom, der ikke er bekræftet ved et standardudredningsprogram bestående af ileokoloskopi og skanning af tyndtarmen. CE har et højt diagnostisk udbytte, men man bør være opmærksom på risikoen for falsk positive fund. Det er endnu ikke belyst, om anvendelsen af CE som førstevalgsundersøgelse medfører tidligere diagnostik og dermed en positiv effekt på det kliniske forløb sammenlignet med andre modaliteter. I den præoperative vurdering af Crohns sygdom eller ved kompliceret sygdom er MR og CT fordelagtige, idet der opnås en evaluering af samtlige manifestationer af sygdommen, herunder om der er stenose, absces eller fistel. Ultralydsskanning har samme egenskaber, men et højt udbytte forudsætter, at undersøgelsen udføres af en trænet radiolog med særlig interesse i området.

Endvidere bør man have fokus på strålehygiejne, idet mange patienter med Crohns sygdom har brug for gentagne undersøgelser over en årrække. Dette begrænser anvendeligheden af tarmpassage, CT og leukocytskintigrafi. DBE er for invasiv og tidskrævende til bred klinisk implementering, og undersøgelsen bør reserveres til udvalgte tilfælde, hvor diagnostiske eller terapeutiske procedurer findes indicerede. Erfaringerne med PET-CT, SPECT og SPECT-CT er

endnu i et tidligt stadium, og yderlige prospektive undersøgelser bør afventes før implementering i klinisk praksis.

Selv om en bredt accepteret guldstandard ikke er til rådighed, er der i fremtiden behov for velgennemførte, sammenlignende undersøgelser af de nye undersøgelsesmodaliteter hos patienter med såvel mistænkt som kendt Crohns sygdom.

KORRESPONDANCE: Michael Dam Jensen, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling S, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

E-mail: michael.dam.jensen@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 9. november 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Stange EF, Travis SP, Vermeire S et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut*. 2006;55:i1-15.
2. Maglinte DD, Chernish SM, Kelvin FM et al. Crohn disease of the small intestine: accuracy and relevance of enteroclysis. *Radiology* 1992;184:S41-5.
3. Nolan DJ. The true yield of the small-intestinal barium study. *Endoscopy* 1997; 29:447-53.
4. Ruiz-Cruces R, Ruiz F, Pérez-Martínez M et al. Patient dose from barium procedures. *Br J Radiol*. 2000;73:752-61.
5. Gourtsoyannis NC, Papanikolaou N. Magnetic resonance enteroclysis. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2005;26:237-46.
6. Del Vecovo R, Sansoni I, Caviglia R et al. Dynamic contrast enhanced magnetic resonance imaging of the terminal ileum: differentiation of activity of Crohn's disease. *Abdom Imaging*. 2008;33:417-24.
7. Negaard A, Sandvik L, Mulahasanovic A et al. Magnetic resonance enteroclysis in the diagnosis of small-intestinal Crohn's disease: diagnostic accuracy and inter- and intra-observer agreement. *Acta Radiol* 2006;47:1008-16.
8. Masselli G, Casciani E, Poletini E et al. Comparison of MR enteroclysis with MR enterography and conventional enteroclysis in patients with Crohn's disease. *Eur Radiol* 2007;18:438-47.
9. Gourtsoyannis NC, Grammatikakis J, Papamastorakis G et al. Imaging of small intestinal Crohn's disease: comparison between MR enteroclysis and conventional enteroclysis. *Eur Radiol* 2006;16:1915-25.
10. Rajesh A, Maglinte DDT. Multislice CT enteroclysis: technique and clinical applications. *Clinical Radiology* 2006;61:31-9.
11. McCollough CH, Primak AN, Saba O et al. Dose performance of a 64-channel dual-source CT scanner. *Radiology* 2007;243:775-84.
12. Minordini LM, Vecchioli A, Guidi L et al. Multidetector CT enteroclysis versus barium enteroclysis with methylcellulose in patients with suspected small bowel disease. *Eur Radiol* 2006;16:1527-36.
13. Hassan C, Cerro P, Zullo A et al. Computed tomography enteroclysis in comparison with ileoscopy in patients with Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:121-5.
14. Wold PB, Fletcher JG, Johnson CD et al. Assessment of small bowel Crohn disease: noninvasive peroral CT enterography compared with other imaging methods and endoscopy – feasibility study. *Radiology* 2003;229:275-81.
15. Schwerk WB, Beckh K, Raith M. A prospective evaluation of high resolution sonography in the diagnosis of inflammatory bowel disease. *Eur J gastroent & hepatol*. 1992;4:173-82.
16. Solvig J, Ekberg O, Lindgren S et al. Ultrasound examination of the small bowel: comparison with enteroclysis in patients with Crohn disease. *Abdom Imaging* 1995;20:323-6.
17. Pascu M, Roznowski AB, Müller HP et al. Clinical relevance of transabdominal ultrasonography and magnetic resonance imaging in patients with inflammatory bowel disease of the terminal ileum and large bowel. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:373-82.
18. Hollerbach S, Geissler A, Schiegl H et al. The accuracy of abdominal ultrasound in the assessment of bowel disorders. *Scand J Gastroenterol* 1998;33: 1201-8.
19. Parente F, Greco S, Molteni M et al. Oral contrast enhanced bowel ultrasonography in the assessment of small intestine Crohn's disease. A prospective comparison with conventional ultrasound, x ray studies, and ileocolonoscopy. *Gut* 2004;53:1652-7.
20. Pallotta N, Tomei E, Viscido A et al. Small intestine contrast ultrasonography: an alternative to radiology in the assessment of small bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:146-53.
21. Calabrese E, La Seta F, Buccellato A et al. Crohn's disease: a comparative prospective study of transabdominal ultrasonography, small intestine contrast ultrasonography, and small bowel enema. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:139-45.
22. Pennazio M. Capsule endoscopy: Where are we after 6 years of clinical use? *Dig Liver Dis* 2006;38:867-78.
23. Albert JG, Martiny F, Krummenerl A et al. Diagnosis of small bowel Crohn's disease: a prospective comparison of capsule endoscopy with magnetic resonance imaging and fluoroscopic enteroclysis. *Gut* 2005;54:1721-7.

24. Hara AK, Leighton JA, Heigh RI et al. Crohn disease of the small bowel: preliminary comparison among CT enterography, capsule endoscopy, small-bowel follow-through, and ileoscopy. *Radiology* 2006;238:128-34.
25. Bourreille A, Jarry M, D'Halluin PN et al. Wireless capsule endoscopy versus ileo-colonoscopy for the diagnosis of postoperative recurrence of Crohn's disease: a prospective study. *Gut* 2006;55:978-83.
26. Gölder SK, Schreyer AG, Endlicher E et al. Comparison of capsule endoscopy and magnetic resonance (MR) enteroclysis in suspected small bowel disease. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:97-104.
27. Voderholzer WA, Beinhöelzl J, Rogalla P et al. Small bowel involvement in Crohn's disease: a prospective comparison of wireless capsule endoscopy and computed tomography enteroclysis. *Gut* 2005;54:369-73.
28. Chong AK, Taylor A, Miller A et al. Capsule endoscopy vs. push enteroscopy and enteroclysis in suspected small-bowel Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2005;61:255-61.
29. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R et al. Capsule endoscopy versus enteroclysis in the detection of small-bowel involvement in Crohn's disease: a prospective trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:772-6.
30. Dubcenco E, Jeejeebhoy KN, Petroniene R et al. Capsule endoscopy findings in patients with established and suspected small-bowel Crohn's disease: correlation with radiologic, endoscopic, and histologic findings. *Gastrointest Endosc* 2005;62:538-44.
31. Buchman AL, Miller FH, Wallin A et al. Videocapsule endoscopy versus barium contrast studies for the diagnosis of Crohn's disease recurrence involving the small intestine. *Am J Gastroenterol* 2004;99:2171-7.
32. Eliakim R, Suissa A, Yassin K et al. Wireless capsule video endoscopy compared to barium follow-through and computerised tomography in patients with suspected Crohn's disease-final report. *Dig Liver Dis* 2004;36:519-22.
33. Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with non-stricturing small bowel Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101: 954-64.
34. Goldstein JL, Eisen GM, Lewis B et al. Video capsule endoscopy to prospectively assess small bowel injury with celecoxib, naproxen plus omeprazole, and placebo. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:133-41.
35. Jensen TM, Vilmann P, Hendel JW. Dobbeltballondenoskopi: en ny metode til diagnostik og behandling af sygdomme i tyndtarmen. *Ugeskr Læger* 2008; 170:437.
36. Oshitani N, Yukawa T, Yamagami H et al. Evaluation of deep small bowel involvement by double-balloon enteroscopy in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1484-9.
37. Seiderer J, Herrmann K, Diepolder H et al. Double-balloon enteroscopy versus magnetic resonance enteroclysis in diagnosing suspected small-bowel Crohn's disease: results of a pilot study. *Scand J Gastroenterol* 2007;42: 1376-85.
38. Louis E, Ancion G, Colard A et al. Noninvasive assessment of Crohn's disease intestinal lesions with (18)F-FDG PET/CT. *J Nucl Med* 2007;48:1053-9.
39. Almer S, Granerus G, Ström M et al. Leukocyte scintigraphy compared to intra-operative small bowel enteroscopy and laparotomy findings in Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:164-74.
40. Gaffner MH, Tindale WB, Holdsworth D. Value of technetium-99m HMPAO-labelled leucocyte scintigraphy as an initial screening test in patients suspected of having inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996;8:1195-200.

Blastocystis – en gådefuld parasit

Cand.scient. Christen Rune Stensvold, overlæge Maiken Cavling Arendrup, cand.scient. Henrik Vedel Nielsen & overlæge Kåre Mølbak

STATUSARTIKEL

Statens Serum Institut,
Afdelingen for
Bakteriologi, Mykologi
og Parasitologi og
Epidemiologisk Afdeling

Blastocystis er en i Danmark almindeligt forekommende, encellet tarmparasit, som kan findes hos personer med eller uden gastrointestinale (GI) og ekstraintestinale symptomer [1, 2]. Parasitten er beslægtet med alger, diatomeer og lignende og hører til gruppen af *Stramenopiles*. *Blastocystis*' livscyklus kendes ikke nøjere, men cystestadiet er formodentlig det infektiøse stadium og den form, der kan overleve uden for værten. Andre in vivo- og in vitro-stadier indbefatter vakuolære, multivakuolære, avakuolære, granulære og amøboide stadier. Cysterne måler 3-5 mikrometer, hvorimod vakuolære stadier måler typisk 4-15 mikrometer (**Figur 1**); i kultur kan disse opnå størrelser på ca. 200 mikrometer. Granulære stadier er måske degenerative stadier og ses ofte i hendøende kulturer. De øvrige stadier er kun sparsomt beskrevet i litteraturen [2]. Parasitten menes at overføres fæko-oralt, enten direkte eller indirekte via f.eks. forurenede drikkevand eller fødevarer, og der er tiltagende evidens for et zoonotisk reservoir [2-4]. I Danmark findes parasitten hos ca. en fjerdedel af patienter, der er mistænkt for en tarmparasitsygdom som f.eks. rejserelateret eller persisterende diarree [5], men ofte som blandingsinfektion med andre tarmparasitter, f.eks. *Dientamoeba fragilis*. Den er dermed en af de hyppigste tarmparasitter herhjemme. Prævalensstudier fra andre lande melder om meget forskellige fore-

komster, men disse data afspejler i varierende grad valg af diagnostiske metoder (se nedenfor).

De seneste ti års forskning har vist, at parasitten udviser stor genetisk diversitet [2-4, 6]; p.t. anerkendes mindst ti subtyper (ST) hos mennesker, pattedyr og fugle [4, 6] (**Figur 2**). Den genetiske afstand mellem disse subtyper er op til 7%, hvilket eksempelvis er fire gange afstanden mellem den patogene *Entamoeba histolytica* og den apatogene *E. dispar*, og subtyperne repræsenterer sandsynligvis forskellige arter. Mennesket er oftest vært for ST3, men også ST1, ST2 og ST4 forekommer med vekslende hyppighed [4]. Derimod forekommer ST5-ST10 kun sjældent hos mennesket, og det kan ikke udelukkes, at disse subtyper overføres hovedsagligt zoonotisk. ST6 og ST7 er isoleret hovedsageligt fra fugle, hvorimod f.eks. ST5 og ST8 er påvist i primater og andre større pattedyr og kun sjældent hos mennesker [4]. Parasitten har tidligere været omtalt som *Blastocystis hominis*; det står nu imidlertid klart, at dette sandsynligvis er en parafyletisk taxon, og indtil værtsspecificiteten er nøjere fastlagt, er det foreslået, at der henvises til *Blastocystis* species, og at »hominis« udelades [6].

DIAGNOSTIK

Blastocystis kan påvises ved mikroskopi, dyrkning og polymerasekædereaktion (PCR). Størst erfaring ha-

ves med traditionelle parasitologiske teknikker som f.eks. formol-æter (ethyl-acetat)-koncentrationsteknikken (FECT) på grund af deres udbredte anvendelse til påvisning af orm, æg og cyster [2, 7]. Et nyligt studie viste imidlertid, at følsomheden af FECT mht. påvisning af *Blastocystis* kun er 50% sammenlignet med PCR [7], mens farvning af fikserede fæcesudstryk samt dyrkning af frisk fæces udviste samme følsomhed som PCR. Dermed er valget af diagnostisk metode afgørende.

Dyrkning er attraktiv, da prøvematerialet også kan anvendes til andre analyser. Desuden faciliterer et indskudt dyrkningstrin efterfølgende PCR og subtypning. PCR kan anvendes diagnostisk og til subtypning på basis af genusspecifik amplifikation af *Blastocystis*-specifikt DNA ekstraheret direkte fra fæces eller fra kulturer [2]. PCR-diagnostik og subtypning af *Blastocystis* sker på grundlag af opformering og fylogenetisk analyse af *small subunit* (SSU) ribosom-RNA genet [2].

KLINISK BETYDNING

Ubehandlet kan *Blastocystis* persistere i tarmen i månedsvis, måske op til år [8]. Den kliniske betydning af *Blastocystis* er imidlertid mere eller mindre uvis. En række studier og kasuistiske meddelelser sætter parasitten i forbindelse med GI-symptomer som f.eks. kronisk, intermitterende diarre, abdominalsmerter, flatulens, kvalme og oppustethed, men også ekstra-intestinale symptomer som erytem, pruritus, ledsmerter, hovedpine samt andre uspecifikke symptomer. Andre studier understøtter imidlertid en hypotese om, at parasitten er apatogen [2].

Der har været yderst få analytisk-epidemiologiske studier som f.eks. case-kontrol-undersøgelser til belysning af *Blastocystis*' patogenicitet, og de, der findes, kan kritiseres i varierende omfang, især pga. utilstrækkelig følsomhed af anvendte diagnostiske metoder samt manglende subtypediagnostik [2]. Ligeledes er der få in vitro- og dyreeksperimentelle forsøg, og da det er sandsynligt, at subtyper har forskellig og evt. værtsafhængig patogenicitet, er relevansen af disse studier vanskelig at bedømme. Indtil dato er der ikke kortlagt nogen virulensgener, men sådanne studier har været fåtallige grundet manglen på standardiserede renkulturprotokoller.

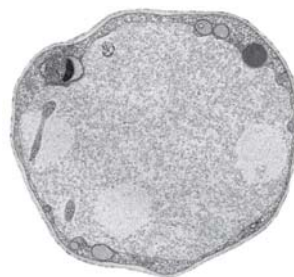
BEHANDLING

Ofte behandles *Blastocystis* i de tilfælde, hvor andre årsager til kroniske GI-symptomer kan udelukkes. Metronidazol er førstevalg. Det er dog muligt, at effekten af stoffet er relativt begrænset [8], selv ved brug af »amøbedosis« (750 mg × tre i ti dage). Alternativer er f.eks. sulfamethoxazol/trimethoprim (cotrimoxazol),



FIGUR 1

Tværsnit af det vakuolære stadie af *Blastocystis*. Der ses en tynd, perifer bræmme af cytoplasma, som indeholder to kerner og andre organeller, der omkranser en stor vakuole med elektrontæt indhold. Fotos er gengivet med tilladelse fra David J.P. Ferguson, Oxford University, Storbritannien.



FIGUR 2

Værtsspecificiteten af *Blastocystis* species subtype 1-10 (kun mennesker, andre pattedyr og fugle).

Subtype					
1	Primater	Grise	Køer	Fugle	Mennesker
2	Primater	Grise		Fugle	Mennesker
5	Primater	Grise	Køer		Mennesker
7				Fugle	Mennesker
6				Fugle	Mennesker
9					Mennesker
4	Primater	Gnavere			Mennesker
8	Primater			Fugle	Mennesker
10	Primater		Køer		
3	Primater	Grise	Køer		Mennesker

paromomycin, iodoquinol og nitazoxanid. In vitro-resistensundersøgelse er endnu ikke standardiseret, da det har været vanskeligt at etablere parasitten i renkultur.

BEGRÆNSNINGER I HJORTIDIGE STUDIER

Vor forståelse af *Blastocystis*' mulige patogene egenskaber er først og fremmest afhængig af evnen til at påvise parasitten hos bærere. De fleste studier, der har søgt at belyse en potentiel sammenhæng mellem bærertilstand og symptomatologi, har anvendt almindelige, traditionelle metoder som f.eks. FECT eller direkte udstryk (*direct smear*) til påvisning af *Blastocystis*. Da der endvidere ses dag-til-dag-variation i udskillelsen af *Blastocystis*, og der ofte kun undersøges en fæcesprøve fra inkluderede forsøgsindivider, er det derfor samlet set og på baggrund af ovenstående sandsynligt, at identifikationen af bærere og ikkebærere har været mere eller mindre tilfældig [2].



FAKTABOKS

Blastocystis er en encellet tarmparasit, der forekommer hos ca. 25% af patienter, der er mistænkt for en tarmparasitsygdom.

Parasitten påvises bedst ved dyrkning, polymerasekædereaktion eller farvning af fikseret fæces.

Mennesket kan være vært for mindst ni subtyper (ST) af *Blastocystis*, men er oftest vært for ST1-ST4, typisk ST3.

ST1 og ST7 samt infektion med mere end en subtype forekommer væsentligt hyppigere hos syge end hos raske.

Svigtende effekt af metronidazolbehandling af *Blastocystis* ses.

Dette vil også sige, at data fra studier, der omhandler behandlingsrespons, skal tolkes forsigtigt. Desuden er mange studier præget af mangelfuld information vedrørende konkomitante tarmpatogener. Endelig er antallet af studier, der benytter sig af subtypediagnostik af isolater fra symptomatiske og asymptomatiske bærere, stadig noget begrænset. Det står derfor klart, at for at klarlægge *Blastocystis*' epidemiologi, patogenicitet og behandlingsrespons kræves: 1) reproducerbar og følsom diagnostik, 2) subtypediagnostik, 3) gentagne undersøgelser på grund af intermitterende udskillelse, og 4) grundig udredning for andre underliggende årsager til symptomer.

NYERE KLINISK-EPIDEMIOLOGISKE DATA

I Danmark har to upublicerede undersøgelser baseret på dyrkning, PCR og spørgeskemaundersøgelser bidraget til forståelsen af *Blastocystis*' kliniske rolle. Den ene undersøgte forekomsten af *Blastocystis*-subtyper i baggrundsbefolkningen, mens den anden undersøgte forekomsten af *Blastocystis*-subtyper hos patienter, der tidligere havde testet positive for *Blastocystis*. Disse studier viste bl.a., at 32% af patienterne havde ST1, som derimod kun sås hos 8% af de raske individer. Hos baggrundsbefolkningen var ST3 og ST4 mest almindelige, og disse subtyper fandtes hos 75% af de raske bærere; i de fleste af disse tilfælde sås der ikke konkomitante subtyper. Data fra lignende studier tyder ligeledes på, at ST1 i højere grad er årsag til udviklingen af symptomer end f.eks. ST3 [9, 10]. Andelen af subtypeblandingsinfektioner hos patienter og raske var 25% henholdsvis 12%. Infektion med mere end en subtype var endvidere statistisk forbundet med blod i afføringen. ST7 sås hos 7% af de *Blastocystis*-positive patienter, men denne subtype påvises ikke i baggrundsbefolkningen; tilstedeværelsen af ST7 var næsten udelukkende forbundet med multiple GI-gener; således altid diarre og abdominalmerter.

Hos baggrundsbefolkningen var *Blastocystis* signifikant associeret til irriterabel tyktarmssyndrom.

Endvidere var kontakt til grise og fjerkræ signifikant associeret til *Blastocystis*-infektion. Udenlandsrejse var derimod ikke, hvilket støtter en tidligere teori om, at *Blastocystis* forekommer endemisk i Danmark [5]. Hvor man for *D. fragilis* typisk ser en ophobning af tilfælde hos børn, tilhører bærere af *Blastocystis* ikke nogen specifik aldersgruppe.

Patientstudiet viste endvidere, at virkningen af metronidazol er ringe mht. behandling af *Blastocystis*, da 11 af 92 patienter havde taget metronidazol og overholdt den af lægen anviste dosering, men stadig var positive ved opfølgningen 3-6 uger efter. Det er endnu uklart, om forskellige subtyper kræver forskellig behandling.

KONKLUSION

Om end den kliniske betydning af *Blastocystis* ikke er fuldt klarlagt, taler nyere data for en sammenhæng mellem subtype og patogenicitet. Indtil videre må *Blastocystis* medtænkes som en mulig differentialdiagnose ved uforklarede tilfælde af f.eks. persisterende diarre, rejseassocieret diarre eller diarre hos immunkompromitterede individer. *Blastocystis* bør diagnosticeres ved hjælp af dyrkning og/eller PCR, da andre metoder har nedsat følsomhed, og metronidazolbehandling bør overvejes, hvor parasitten er den eneste identificerede årsag til symptomer, og specielt i tilfælde, hvor andre subtyper end ST3 er påvist. Behandlingssvigt forekommer, og i sådanne tilfælde bør fæces kontrolundersøges og efterfølgende alternative behandlingsmuligheder overvejes i samråd med f.eks. en infektionsmediciner.

KORRESPONDANCE: Christen Rune Stensvold, Afdeling for Bakteriologi, Mykologi og Parasitologi, Statens Serum Institut, DK-2300 København S. E-mail: run@ssi.dk

ANTAGET: 1. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Tan KSW. *Blastocystis*: new insight on classification, identification and clinical relevance. Clin Microbiol Rev 2008;21:639-65.
2. Stensvold CR, Nielsen HV, Mølbak K et al. Pursuing the clinical significance of *Blastocystis* – diagnostic limitations. Trends Parasitol 2009;25:23-9.
3. Noël C, Dufernez F, Gerbod D et al. Molecular phylogenies of *Blastocystis* isolates from different hosts: Implications for genetic diversity, identification of species and zoonosis. J Clin Microbiol 2005;43:348-55.
4. Stensvold CR, Alfellani MA, Nørskov-Lauritsen S et al. Subtype distribution of *Blastocystis* isolates from synanthropic and zoo animals and identification of a new *Blastocystis* sp. subtype. Int J Parasitol 2009;39:473-9.
5. Stensvold CR, Arendrup MC, Mølbak K et al. The prevalence of *Dientamoeba fragilis* in patients with suspected enteroparasitic disease in a metropolitan area in Denmark. Clin Microbiol Infect 2007;13:839-42.
6. Stensvold CR, Suresh GK, Tan KSW et al. Terminology for *Blastocystis* subtypes – a consensus. Trends Parasitol 2007;23:93-6.
7. Stensvold CR, Arendrup MC, Jespersgaard C et al. Detecting *Blastocystis* using parasitologic and DNA-based methods: a comparative study. Diagn Microbiol Infect Dis 2007;59:303-7.
8. Stensvold CR, Arendrup MC, Nielsen HV et al. Symptomatic *Blastocystis* sp. subtype 8 infection successfully treated with trimethoprim-sulfamethoxazole. Ann Trop Med Parasitol 2008;102:271-4.
9. Kaneda Y, Horiki N, Cheng XJ et al. Ribodemes of *Blastocystis hominis* isolated in Japan. Am J Trop Med Hyg 2001;65:393-6.
10. Tan TC, Suresh GK, Thong KL et al. PCR fingerprinting of *Blastocystis* isolated from symptomatic and asymptomatic hosts. Parasitol Res 2006;99: 459-65.

Maksilrekonstruktion med stilket temporalislap efter maksillektomi

Afdelingslæge Karin Lambertsen & overlæge Troels Bundgaard

RESUME

INTRODUKTION: En kirurgisk fjernelse af en større eller mindre del af den tandbærende del af overkæben samt tilstødende dele af den hårde og bløde gane er et indgreb med ganske store funktionsmæssige problemstillinger, såfremt operationskaviteten mellem mundhule og næsekaviteten/kæbehulen ikke lukkes. De funktionsmæssige gener er først og fremmest relateret til tale- og spisefunktionen, men også kosmetiske og dentale problemstillinger er fremtrædende. Traditionelt har man her i landet behandlet disse store resektionskaviteter med protetisk obturation. De seneste 1-2 decennier er der fremkommet flere forskellige kirurgiske behandlingsmodaliteter, der alle har som formål at lukke defekten mellem mundhule og næsekaviteten samt kæbehule.

MATERIALE OG METODER: På Øre-, næse- og halsafdelingen, Århus Universitetshospital har vi gennem en syvårig periode foretaget primær rekonstruktion med stilket musculus temporalislap hos mere end 90% af de patienter, som har fået foretaget maksillektomi på grund af malignitet. I perioden 2000-september 2007 fik 32 patienter med malign tumor i overkæben foretaget maksillektomi med simultan maksilrekonstruktion med stilket temporalislap. I alt 27 af disse patienter deltog i såvel en klinisk efterundersøgelse som i en spørgeskemaundersøgelse.

RESULTATER: Det funktionsmæssige resultat ved rekonstruktion har været tilfredsstillende både bedømt objektivt ved en klinisk efterundersøgelse og evalueret subjektivt af patienterne ved en samtidig spørgeskemaundersøgelse. Fire patienter var døde af/med sygdommen. Den planlagte aflukning opnåedes hos alle patienter på nær en, hvor muskellappen blev fjernet på grund af nekrose. Den mest udtalte gene var hæmmet mundåbning – specielt i gruppen der modtog kombinationsbehandling med såvel kirurgisk som stråleterapeutisk intervention.

KONKLUSION: Såvel den objektive som den subjektive evaluering viste, at rekonstruktion af maksillen med stilket temporalislap er en effektiv og god funktionel rehabiliteringsprocedure.

Fjernelse af overkæben med efterfølgende defekt mellem mundhule og næse/bihule er et indgreb, hvortil der er knyttet store funktionsmæssige problemstillinger. Ud over en eventuel kosmetisk skæmmende defekt findes udtalte problemer knyttet til tale- og spisefunktion med heraf afledte sociale konsekvenser.

Traditionelt er resektionskaviteten efter maksillektomi søgt aflukket med en dental protese, der ved udbygning aflukker kaviteten efter maksillektomi –

en såkaldt obturatorprotese. En sådan rekonstruktion, der i mange år her i landet har været eneste rekonstruktionsmulighed, er dog ikke uden funktionsmæssige problemer for patienten, ligesom en sådan protese til stadighed skal korrigeres. Man har derfor i de sidste årtier udviklet metoder til aflukning af resektionskaviteten og rekonstruktion af den tandbærende del af maksillen.

Principielt kan der skelnes mellem to modaliteter: Rekonstruktion med frie mikrovaskulære transplantater eller rekonstruktion med stilkede vaskulære transplantater. Fordelen ved de frie mikrovaskulære transplantater er først og fremmest muligheden for at rekonstruere den ossøse del af maksillen med relativt store mængder vitalt knoglevæv. På minussiden tæller dels indgrebets kompleksitet, dels donormorbiditeten og dels en ofte ikkeoptimal fysiologisk overflade intraoralt.

Tideman et al [1] beskrev i 1993 en ny metode til rekonstruktion af maksillen ved anvendelse af musculus temporalis. En af de store fordele ved denne lap er musklens karforsyning [2, 3].

Musklen forsynes fra arteria temporalis profunda, der deler sig i såvel en superficiel som profund gren kort efter indtrædelsen i musklen. Dette forhold gør, at man kan splitte musklen sagittalt i en profund og superficiel del med hver sin karforsyning. Ved genopbygning af maksillen med ossøs rekonstruktion ilægges spongiøs knogle mellem disse to vaskulære blade af musklen, således at muskelbladene omslutter de ossøse chips som en sandwich.

Rekonstruktionen kan illustreres ved følgende patienthistorie: en 64-årig kvinde med karcinom på processus alveolaris superioris venstre side med ossøs indvækst. **Figur 1** viser defekten efter kirurgisk ablation, den frilagte musculus temporalis samt transponering til mundhulen og den sagittale deling i en profund og superficiel del. Den profunde del af musklen anvendes som aflukke mod næsekaviteten og mod bihule og orbita. Herefter appliceres ved kæbekirurg knoglechips i en præformeret *mesh*, der fikses til den resterende del af zygoma samt den kontralaterale maksil. Figuren viser denne procedure, der afsluttes med aflukning mod mundhulen ved anvendelse af det superficielle muskelblad, idet den fascie-

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Øre-, næse- og halsafdeling H

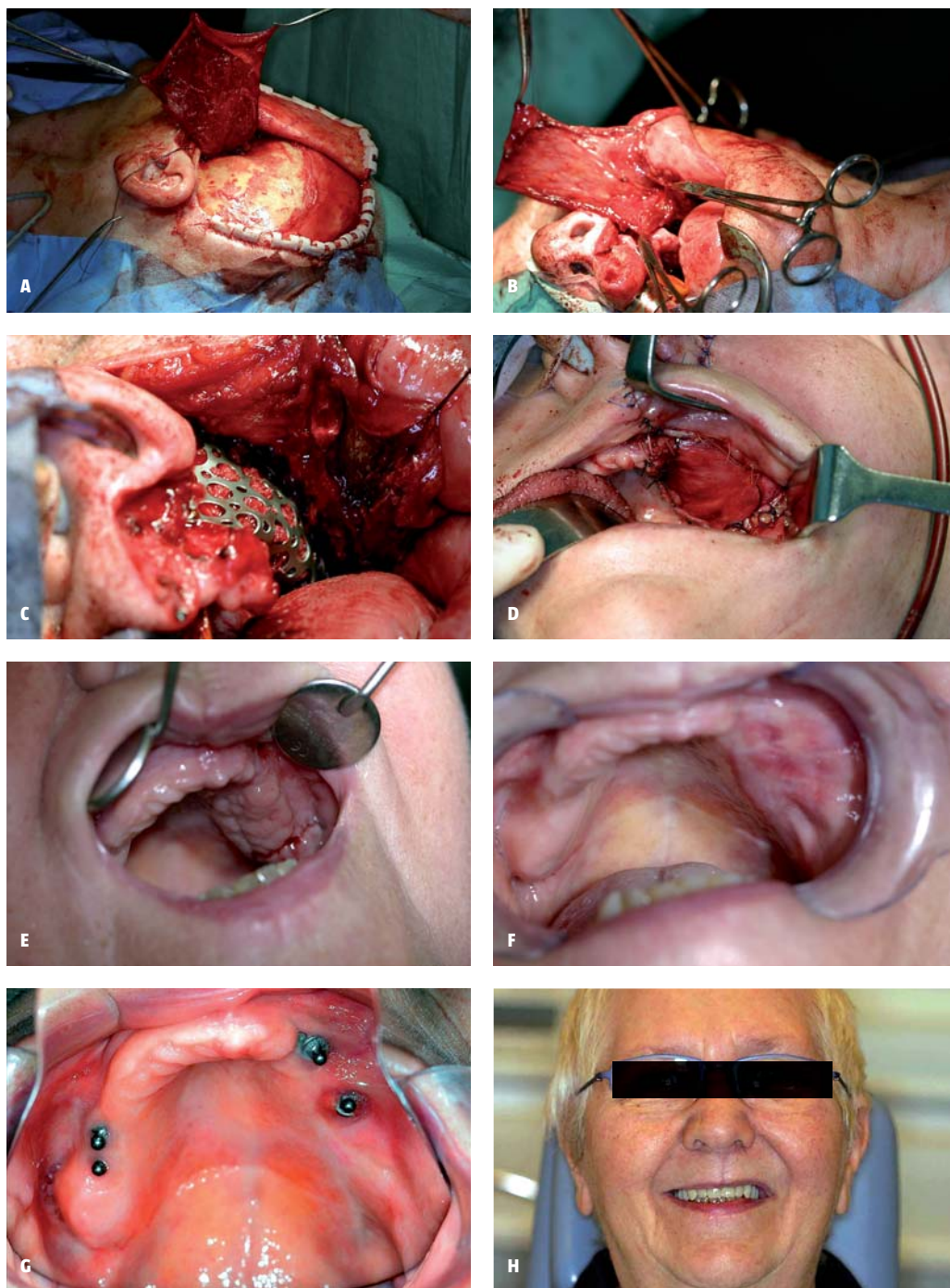
FIGUR 1

Epitelialisering af temporalismusklen.

A: Musculus temporalis frilagt parietalt.

B: Musculus temporalis tunnelleret under arcus zygomaticus til mundhulen.

Musklen er delt i en superficial og profund del. **C:** Mesh med knoglechips indsat i resektionskaviteten. **D:** Forholdene ved afslutning af operationen med den fasciebeklædte superficielle del af temporalismusklen, der vender mod mundhulen. **E:** Forholdene efter en måned. **F:** Forholdene efter 12 måneder. **G:** Forholdene efter fire år. **H:** Der er indsat implantater i den implanterede knogle. Disse fikserer en hybridprotese. De kosmetiske og funktionelle forhold er tilfredsstillende.



beklædte del af musklen vendes ind mod mundhulen. I løbet af ca. fire uger vil musklen epitelialisere. Figuren viser resultatet efter henholdsvis en måned, 12 måneder og fire år. De indsatte transplantater fikserer en fuld overkæbeprotese.

De fleste patienter med malignitet i overkæben er ældre, der har dentale proteser [4].

Hos disse patienter er det ofte tilstrækkeligt blot at lukke defekten med musculus temporalis uden os-søs rekonstruktion. Indgrebet er relativt simpelt og hurtigt, og det giver et udmærket funktionelt resultat uden de funktionsmæssige deficit, der er knyttet til obturatorbehandling. Udvalgte eksempler er vist i **Figur 2**.



FIGUR 2

Temporalismusklen anvendt til aflukning af defekt mellem mundhule og næsekavitet/bihuler uden knogletransplantation. **A:** Rekonstruktionen med implantater i den kontralaterale bevarede maksil. Implantatet bærer en fikse ret protease. **B:** Rekonstruktion af maksil bilateralt med anvendelse af begge temporalismuskler. Præmaksillen er bevaret, og implantatet retinerer en aftagelig protease.



MATERIALE OG METODER

I perioden 2000 til juli 2007 fik 32 patienter med malign tumor i maksillen foretaget primær rekonstruktion af maksillen med musculus temporalislap. En patient har fået foretaget rekonstruktion med begge temporalis-muskellapper grundet ny primærtumor i kontralaterale maksil to år efter den primære rekonstruktion.

Halvdelen af patienterne havde planocellulært karcinom, fire patienter havde sarkom.

I juni-september 2007 blev samtlige overlevende patienter indkaldt til klinisk efterundersøgelse med henblik på funktionel evaluering samt interview med anvendelse af standardiserede spørgeskemaer som anbefalet af *The European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) [5]. I alt 28 patienter var i live på undersøgelsestidspunktet. Heraf deltog 27 (96%) i undersøgelsen.

RESULTATER

Af de 32 patienter var fire døde af/med deres sygdom. Tre patienter var i live med aktiv sygdom, mens de resterende 25 patienter var sygdomsfrie på undersøgelsestidspunktet. Medianalderen var 60 år med en aldersspredning fra 14 til 86 år. Den kliniske undersøgelse og interviewet blev foretaget tidligst tre måneder efter indgrebet, medianen var 24,5 måneder med en spredning fra tre til 81 måneder. Tyve patienter fik foretaget modificeret halsglandeldissektion, og 15 patienter modtog desuden strålebehandling, heraf havde seks modtaget præoperativ strålebehandling.

Patienterne blev interviewet i forbindelse med efterundersøgelsen dels vedrørende livskvalitet generelt efter behandling, dels vedrørende livskvalitet med fokus på tale-, synke-, og spisefunktionen samt den sociale adfærd, der er associeret hertil.

Ved den kliniske undersøgelse blev afstanden mellem incisiverne målt til 33 mm. i gennemsnit,

hvilket stemmer overens med, at 11 patienter angav lidt problemer med at åbne munden helt, **Tabel 1**.

Hvad angår ganefunktionen havde kun to patienter let nedsat ganesejlsøft ved den kliniske undersøgelse, og få patienter angav problemer med at synke væske. Vedrørende talen var der let snøvl hos tre patienter ved den kliniske undersøgelse. To af disse patienter angav, at de havde svært ved at tale til andre og i telefon.

Af komplikationer forekom nekrose af temporalslappen hos en patient, og lappen måtte fjernes. Patienten blev efterfølgende behandlet med konven-



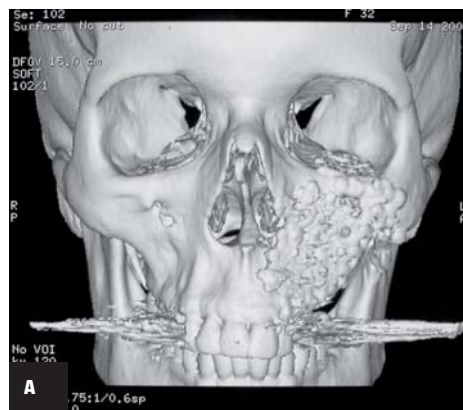
TABEL 1

Spørgeskema fra *The European Organization for Research and Treatment of Cancer*. Antal personer med sygdomsspecifikke symptomer.

I den forløbne uge	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Har De haft smerter i munden?	22	4	1	
Har De haft smerter i kæben?	24	3		
Har De været øm i munden?	23	3	1	
Har De haft svært ved at synke væske?	23	4		
Har De haft svært ved at synke most, blendet eller pureret mad?	24	3		
Har De haft svært ved at synke fast føde?	21	3	3	
Har De fået noget galt i halsen, når De har sunket?	21	6		
Har De haft svært ved at gå ud blandt andre?	25	2		
Har De svært ved at åbne munden helt?	15	11	1	
Har De problemer med lugtesans?	21	6		
Har De problemer med smagssans?	21	6		
Har Deres udseende generet dem?	20	7		
Har De svært ved at spise?	20	7		
Har De haft svært ved at spise i Deres families nærvær?	24	3		
Har De haft svært ved at spise i andre folks nærvær?	22	3	2	
Har De haft svært ved at nyde deres måltider?	24	3		
Har De haft svært ved at tale med andre?	24	3		
Har De haft svært ved at tale i telefon?	23	4		

FIGUR 3

Ossøs opbygning af hele venstre maksil efter maksillektomi (A) og endelig rekonstruktion med dentale implantater og total rekonstruktion af hele venstre maksil (B).



tionel obturation med protetisk erstatning. Tre patienter udviklede oro-nasal/antral fistel i efterforløbet, men disse har siden kunnet lukkes med lokale lapper. En patient har fået fjernet rekonstruktionen på grund af recidiv og efterfølgende kirurgisk indgreb på basis cranii.

DISKUSSION

En aflukning af defekten efter maksillektomi kan foretages såvel med protetisk obturation som med kirurgisk rekonstruktion. En protetisk aflukning er forbundet med mange gener. Specielt når resektionen involverer større dele af den bløde gane, er det vanskeligt at opnå god talefunktion, ligesom det ofte er svært at undgå regurgitation til næsekaviteten under fødeindtagelse. Dette forhold, samt udviklingen i de kirurgiske rekonstruktionsteknikker gør, at man i dag i langt de fleste tilfælde vil foretrække en kirurgisk aflukning af defekten efter fjernelse af større eller mindre dele af overkæben.

Ved yngre patienter med betanding er det ønskeligt af hensyn til dentitionen at foretage ossøs rekonstruktion. Dette kan gøres primært ved at ilægge knoglechips mellem de to vitale muskelblade fra temporalismusklen. Det er også muligt at transplantere knogle sekundært, efter at temporalismusklen er indehelet og epitelialiseret, idet man da løsner musklen perifert og osteosynterer knogle under den velvaskulariserede muskel.

Figur 3 viser resultatet hos en ung patient, der har fået foretaget hemimaksillektomi og har gennemgået rekonstruktion med knogle og temporalislapp samt efterfølgende dentale implantater.

En stor del af patienterne i dette materiale fik kombinationsbehandling med såvel kirurgisk som radioterapeutisk intervention, ligesom der ofte blev udført halsglandeldissektion.

Musculus temporalis ligger oftest uden for et eventuelt strålefelt ved malign tumor i maksillen, og tidligere strålebehandling vil derfor ikke påvirke lappens overlevelse. Disse behandlinger kontraindicerer ikke kirurgisk rekonstruktion. Kontraindikation er derimod tidligere operative indgreb i temporalisregionen eller underbinding af arteria carotis externa. Sammenlignet med rekonstruktion af maksillen med frit mikrovaskulært transplantat er indgrebet af kortere varighed og kan anvendes hos patienter, hvor komorbiditet vanskeliggør den noget længere og mere omfattende rekonstruktion med fri mikrovaskulær lap.

Hos ikkebetandede individer er det ofte tilstrækkeligt med en bløddelsrekonstruktion af maksillen og efterfølgende dental rehabilitering med konventionelle kontralateralt fikserede hybridproteser. Dette er – sammenlignet med den tidligere obturatorbehandling – en betydeligt mere funktionel løsning.

Den mest udtalte funktionelle gene hos patienterne var hæmmet mundåbning. Elleve patienter angav lette gener, og en patient en del gener relateret til dette. Disse gener ses altovervejende hos patienter, der har modtaget såvel kirurgisk som stråleterapeutisk intervention.

Hos udvalgte patienter kan der være indikation for at undlade primær rekonstruktion, da man gerne vil kunne inspicere operationskaviteten med henblik på eventuelt recidiv. Disse patienter ville kunne rekonstrueres med den beskrevne procedure efter et par år. Der er meget sjældent kontraindikation for kirurgisk aflukning af maksildefekten. Ved meget store resektioner, der involverer den bløde gane, kan det være nødvendigt med en temporær trakeotomi af kortere varighed.

Metoden er naturligvis også velegnet ved store benigne tumorer, der kræver hemimaksillektomi/

maksilresektion, og kan desuden anvendes som sekundært indgreb. Vi har i ovennævnte periode foretaget maksilrekonstruktion med temporalislap hos fire patienter i denne kategori. Temporalismuskellappen dækker uden problemer defekten efter en regelret hemimaksillektomi.

Forfatterne anbefaler kirurgisk aflukning af defekten efter maksillektomi – også hos ældre patienter. Anvendelse af musculus temporalis som stillet lap er funktionelt optimalt til dette i langt de fleste tilfælde.

KORRESPONDANCE: Troels Bundgaard, Øre-næse-halskirurgisk Afdeling H, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, DK-8000 Århus C.
E-mail: troelsbundgaard@hotmail.com

ANTAGET: 6. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Tak til Oda Pedersens Legat for økonomisk støtte til gennemførelse af undersøgelsen.

LITTERATUR

1. Tideman H, Samman N, Cheung LK. Immediate reconstruction following maxillectomy: a new method. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1993;22:221-5.
2. Abul-Hassan HS, Ascher GVD, Acland RD. Surgical anatomy and blood supply of the fascial layers of the temporal region. *Plast Reconstr Surg* 1986;77:17-28.
3. Cheung LK. The vascular anatomy of the human temporalis muscle: implications for surgical splitting techniques. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25: 414-21.
4. Bundgaard T, Wildt J. Tandforhold, tandlægevaner og oral hygiejne hos patienter med karcinom i mundhulen. *Tandlægebladet* 1993;97:707-12.
5. Jensen K, Jensen AB, Grau C. A cross sectional quality of life study of 116 recurrence free head and neck cancer patients. The first use of EORTC H&N35 in Danish. *Acta Oncol* 2006;45:28-37.

Sundhedspolitiske analyser – bidrag til samfundsmæssig selvrefleksion

Professortiltrædelsesforelæsning

Professor Signild Vallgård

Humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning kan bl.a. bruges til kritisk at overveje den sundhedspolitik, som føres i et givet land. Ikke mindst for det personale og de beslutningstagere, som har ansvaret for politikken udformning og forvaltning i det daglige, kan det være nyttigt at få redskaber til at reflektere over det, som måske opleves som selvfølgeligt. Forskerne kan bidrage hertil, fordi de har muligheder for at se på samfundsmæssige fænomener med et andet blik og stille uventede og måske endda uønskede spørgsmål.

ET ANDET STÅSTED

Ønsker vi at stille spørgsmål til det givne, er udfordringen med et tysk begreb at skabe *Verfremdung*. Eftersom vi ikke, som en anden *Münchhausen*, kan hive os selv op ved håret og ud af tid og rum til en privilegeret position, hvorfra vi kan betragte – i dette tilfælde – sundhedspolitikken, må vi bruge andre midler. Udfordringen ligner den, *Per Kirkeby* har formuleret om kunstnerens arbejde, at »... for den enkelte kunstner er gennembruddet til det anderledes syn momentant og forpligtigende, og sætter kunstneren ved siden af ...« (Louisiana, 2008). Sådanne gennembrud kan forskere også opleve. Vores metoder (og vores fantasi) sætter os nogle gange i

stand til i glimt at se nye sammenhænge og vinkler, og vi er – som kunstnerne – forpligtede til at udnytte og forfølge ideerne og bidrage til en ny erkendelse. Men vi kan også gå mere systematisk til værks.

Historisk forskning er et eksempel på en sådan metode. »As well as making the past comprehensible in more complex and critically informed ways, we understand that a fundamental purpose of history is to make the present strange« [1]. Det samme gælder komparative analyser. I begge tilfælde bliver det nuværende eller hjemlige mindre selvfølgeligt. Endelig kan brug af teori hjælpe os til at stille nye spørgsmål og se nye sammenhænge.

STATUSARTIKEL

Københavns Universitet,
Institut for Folkesund-
hedsvidenskab, Afdeling
for Sundhedstjeneste-
forskning



FAKTABOKS

Humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning kan bidrage til den samfundsmæssige selvrefleksion.

Det forudsætter fri forskning, hvor forskerne stiller spørgsmålene, og at forskningen også publiceres på dansk.

Forestillingen om, at sundhedsfremme og forebyggelse i dag er mindre styrende og overlader flere beslutninger til den enkelte end for 50 år siden, kan ikke dokumenteres, tværtimod styres der i dag på flere områder og flere mennesker er genstand for styring.



FRI FORSKNING

Forskere har med andre ord i mine øjne pligt til at stille andre spørgsmål end dem, politikere og andre involverede stiller. Chancen for, at dette sker, er størst, når forskerne selv formulerer deres spørgsmål. Strategiske satsninger og opdragsforskning er utilstrækkelige, fordi politikere og fondsbestyrelser her ofte definerer forskningsfelterne og ofte nøje afgrænser de temaer, som skal undersøges. Måltrettet forskning har naturligvis sin berettigelse, men den har en anden funktion.

FORSKNINGSRESULTATERNE MÅ GØRES TILGÆNGELIGE PÅ DANSK

Stort set ingen politikere, meget få embedsmænd og journalister, ja endda meget få forskere fra andre discipliner læser de internationale fagfællevaluerede tidsskrifter. Hvis forskningen skal bidrage til den

samfundsmæssige selvrefleksion på en kvalificeret måde, skal den også formidles uden for forskerverdenen og på det nationale sprog, dvs. i Danmark på dansk.

Og der skal mere til end den tekst, der kan rummes i en aviskronik. Hele argumentationen og dokumentationen skal være fremlagt og tilgængelig for de interesserede borgere og politikere.

ER SUNDHEDSFREMME NYT OG MINDRE STYRENDE – ET EKSEMPEL PÅ EN SUNDHEDSPOLITISK ANALYSE

Det følgende er et eksempel på, hvordan og historie og teori kan bruges til at stille spørgsmål på et sundhedspolitisk felt som forebyggelse og sundhedsfremme. Blandt fagfolk og politikere er den opfattelse ret udbredt, at den formynderiske stats sundhedsmæssige forskrifter fra 1940'erne og fremefter af typen »Ro, Renlighed og Regelmæssighed« er fortid. I stedet har vi fået en mere liberal stat, som overlader det til den enkelte borger at leve det liv, vedkommende foretrækker. Spørgsmålet er dog, om *New Public Health* og sundhedsfremme indebærer mindre styring end den forebyggelse, der blev udøvet før 1980'erne.

Det teoretiske udgangspunkt for min analyse er magtteori. Forebyggelse kan ses som magtudøvelse forstået som, at A får B til at gøre noget, som B ellers ikke ville have gjort. Den er i denne form ikke i sig selv hverken negativ eller positiv.

Magtudøvelse kan foregå ved, at man søger at ændre menneskers handlinger gennem *appeller* til deres ønsker og til deres egenskaber, f.eks. pligtfølelse, ansvarlighed, lydighed, fornuft, forfængelighed og skam. Den kan også ske ved bestræbelser på at ændre, hvad de pågældende vil og kan gennem at motivere, holdningsændre, opdrage, øge deres handlekompetence eller styrke deres resurser. På engelsk taler man om *empowerment* og *enablement*. Endelig kan det ske ved at ændre de forhold, som mennesker lever under.

New Public Health blev lanceret sammen med begrebet sundhedsfremme i forbindelse med Ottawa-deklarationen fra 1986. Heri hed det: »Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand« [2]. Denne formulering blev af mange betragtet som et brud med tidligere forebyggelsesmetoder. F.eks. skrev Finn Kamper-Jørgensen, at »Før-orienteringen (før Ottawa) ... Ekspertorientering går på, at eksperten taler til dig – ikke med dig« [3]. Mens der i sundhedsfremme bl.a. ifølge Sundhedsstyrelsen »fokuseres på mobilisering af resourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier« [4]. Den nye forebyggelse indebærer således, dels at

mennesker selv tager ansvar og handler for at forbedre deres sundhed, dels mindre ekspertstyring og færre forskrifter. Dette opfattes som et fremskridt af de fleste.

Det kan diskuteres, om disse er nye fænomener. Fokus på borgernes egen deltagelse i sundhedsfremme finder man også i 1939, hvor den daværende medicinaldirektør *Johannes Frandsen* skrev: »det sygdomsforebyggende og sundhedsbevarende Arbejde (kan) ikke gennemføres til Bunds uden Medvirken af hver enkelt i vort Samfund, og denne Medvirken forudsætter Forstaaelse af Arbejdets Midler og Maal« [5]. Og professor i hygiejne *Poul Bonnevie* skrev i 1951 om det, vi i dag ville karakterisere som den motiverende samtale: »den personlige vejledning og påvirkning, som ikke blot giver konkret viden, men som ... også giver forståelse af, at denne viden virkelig skal udnyttes, skaber mentaliteten og dermed fremmer trangen til virkelig at følge rådene« [6]. Disse to citater alene udgør naturligvis ikke en dokumentation, men de kan illustrere min påstand om, at der var sundhedsfremmetænkning længe før Ottawa.

Forekommer der mindre magtudøvelse i form af ekspertstyring og færre direkte forskrifter i dag end for 50 år siden? Bestræbelser på at forme menneskers ønsker og egenskaber har været udtalt i de senere årtiers forebyggelse og sundhedsfremme, bl.a. i bestræbelserne på at motivere og skabe handlekompetence. En metode, som ofte fremhæves i forbindelse med sundhedsfremme, er den såkaldt motiverende samtale, som beskrives sådan: Det er »non-direktiv vejledning baseret på en interaktion mellem to mennesker, der sigter på at ændre eller modificere adfærd hos den hjælpsøgende« [7].

Her siges, at der ikke skal styres, men samtidig er målet at ændre de pågældende menneskers adfærd. En tilsvarende modsætning kan man finde i regeringens folkesundhedsprogram, hvor den på den ene side hævder, at »... afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv«. Men i samme åndedrag siges, at »... midlertidigt skal øges markant. Antallet af år med god livskvalitet skal øges« [8]. Borgerne skal altså vælge det sunde. Styringsambitionerne er udtalte, omend regeringen ikke helt vil vedkende sig dem.

I dag forekommer der desuden en omfattende, åben bestræbelse på ekspertstyring med forskrifter, der er formuleret i bydemåde: Knæk smøgen! 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. 14 og 21 genstande. 6 om dagen – spis mere frugt og grønt! Barnet bør deltage i familiens måltider. Læg uret væk! Det er ikke nødvendigt at bruge faste ammetider til fuld-bårne raske børn.

KONKLUSION

Konklusionen på den analyse, som der kun er givet brudstykker af her, er, at styringsambitionerne på det sundhedspolitiske område gennem de senere år har været voksende. Flere borgere er blevet genstand for styring, de bliver styret på flere områder, og det sker gennem en kombination af stadig flere forskrifter og flere appeller og forsøg på at få borgerne til at styre sig selv [9, 10].

Mulige refleksioner på baggrund af analysen er, at det historiske perspektiv kan vise, at den stærke kontrastering mellem før og nu giver et fortegnet billede af styringsmetoderne i begge perioder. Den kan øge opmærksomheden på, at de metoder, nogle tager afstand fra som ekspertstyring og forskrifter, er hyppigt forekommende i dag, og dermed kan den skabe en refleksion på et andet vidensgrundlag over de brugte styringsmetoders ønskelighed og egnethed. Det teoretiske perspektiv kan skabe opmærksomhed på, at der forekommer meget styring i forebyggelse og sundhedsfremme, hvilket ikke i sig selv er et problem. Den refleksion, som analysen kan give anledning til er, hvor meget og hvad, der skal styres, og hvem der skal styre. Og om det er ønskeligt, at der bliver styret, samtidig med at det hævdes, at det ikke sker? Ønsker vi åben eller fordækt styring?

KORRESPONDANCE: Signild Valgård, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, DK-1014 København.

E-mail: s.valgarda@pubhealth.ku.dk

ANTAGET: 29. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Artiklen er skrevet på basis af forfatterens professortilrædelsesforelæsning for at belyse aktive frontlinjeforskningsområder i Danmark.

LITTERATUR

1. Bashford A, Hooker C. Introduction. Contagion, modernity and postmodernity. I: Bashford A, Hooker C, eds. Contagion. Historical and cultural studies. London: Routledge, 2001:1-12.
2. WHO. Ottawa charter for health promotion Canada, Ontario, Ottawa: WHO, 1986.
3. Kamper-Jørgensen, F. Det forebyggende sundhedsarbejde. Forebyggelsesbegreber og forebyggelsesprogrammer. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, red. Forebyggende sundhedsarbejde, 4 udgave. København: Munksgaard. 2002:17-51.
4. Sundhedsvæsenets begrebsbase: Folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
5. Frandsen, J. Vi skal værne om Sundheden, Den store Sundhedsudstilling. København: Berlingske Tidende og Arthur Jensens Forlag 1939:8-10.
6. Bonnevie, P. Fremtidens sundhedsmæssige opgaver. I: Samfundet og folkesundheden, København 1951:7-21.
7. Mabeck, CE. Introduktion til den motiverende samtale. København:Munksgaard, 2005.
8. Regeringen. Sund hele livet. København: Regeringen, 2002.
9. Valgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.
10. Valgård S. Widening the scope – targeting the interventions – creating risk groups. Maternal and child health in Denmark and Sweden from 1930s and onwards. J Epi Comm Health 2008;62:382-6.

Posterior skulderluxation – en diagnostisk udfordring

1. reservelæge Anton Mitchell Trollegaard

KASUISTIK

Holbæk Centralsygehus,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

Posterior skulderluxation (PS) udgør 1-2% af alle skulderluxationer. Primært overses 50-60% af tilfældene [1, 2]. Luxationen kan opstå ved et direkte traume mod anteriore del af skulderen eller ved et indirekte traume ved fald med aksial belastning på strakt indadroteret og adduceret arm [1]. Ved skuldersmerter efter elektrochockbehandling eller epileptisk krampeanfald skal tilstanden mistænkes på grund af den involuntære voldsomme indadrotation, der kan forekomme [3].

Posterior skulderluxation medfører betydelige smerter, afladet anterior skulderkontur og posterior fylde [3], og slanke individer har tydeligt prominente processus coracoideus [4]. Armen er indadroteret og adduceret og kan ikke abducere væsentligt.

Aktiv udadrotation er totalt ophævet, fordi caput humeri er fikseret i indadrotation bag cavitas glenoidalis. Differentialdiagnoser er skulderkontusion eller rotatormanchetsskade [3].

Posterior skulderluxation kan kompliceres af humerusfraktur, posterior skade på labrum (omvendt Bankartlæsion) samt kompressionsfraktur i den anteromediale del af caput humeri (omvendt Hill-Sachs-læsion) [2]. Radiologisk kan caput humeri ses displaceret lateralt i forhold til den anteriore rand af cavitas glenoidalis. En forskydning på mere end 6 mm kaldes *rim sign*. Grundet indadrotation antager caput en »elpærefacon« (*light bulb appearance*). Moloneylinjens konveksitet kan være brudt. En Hill-Sachs-læsion ses som en vertikal linje på den mediale side af caput. Sammenholdt med mediale cortex ligner mellemrummet en rende (*trough sign*) [2, 4]. Lateral optagelse viser caput beliggende posteriort for ledskålen. Aksiooptagelse skal foreligge ved mistanke om PS. Ved behov for supplerende billeddiagnostik er computertomografi (CT) relevant for at kortlægge associerede frakturer. Magnetisk resonans (MR)-optagelse er ikke nødvendig, idet isoleret rotatormanchetsskade er uhyre sjælden ved posterior skulderluxation [2, 3].

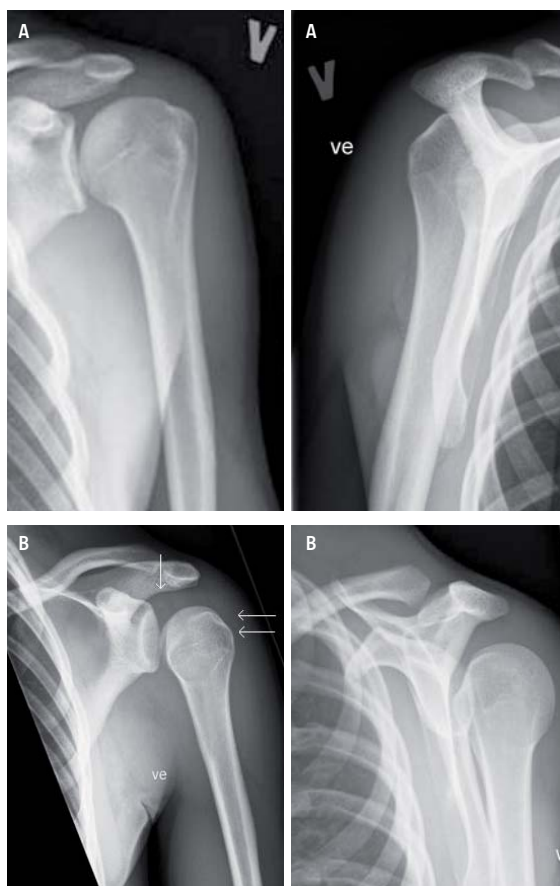
SYGEHISTORIE

En 19-årig mand stødte sin venstre skulder voldsomt mod en medspiller under fodboldspil. Patienten blev undersøgt og røntgenfotograferet på to forskellige skadestuer i løbet af de følgende to døgn. Tilstanden blev tolket som kontusion. På en tredje skadestue fandtes stærke smerter i venstre skulder. Der var breddeøget skulderregion, manglende fylde anterior, og processus coracoideus føltes tydeligt. Armen lå i indadrotation og adduktion og kunne ikke bevæges fra denne position aktivt eller passivt. Neurovaskulære forhold var normale. Røntgen viste posterior skulderluxation (se **Figur 1**). I morfin- og stesolidrus foretog man reposition, hvorefter patienten kunne udadrottere. Røntgenkontrol blev tolket som skulderleddet in situ. Leddet blev bedømt til at være stabilt, hvorefter armen blev bandageret i indadrotation med fikseret mitella.

To uger senere kom patienten til kontrol i ambulatoriet. Skulderen var atter klinisk lukseret. Under fuld anæstesi blev leddet konstateret lukseret radiolo-

FIGUR 1

A: Skulderleddet in situ efter reposition. Bemærk humerus' kølleform på det anteroposteriore billede. **B:** Anteroposteriort røntgenbillede viser posterior skulderluxation af articulatio humeri sinister. En pil viser *rim sign*. To pile viser den runde elpærefacon af caput humeri. Moloneylinjen (kurven fra margo lateralis scapulae til mediale proximale humeruskæft) med brudt konveksitet. Ingen tegn på omvendt Hill-Sachs-læsion. Lateral optagelse med posteriort placeret caput



gisk, det blev reponeret og fikseret på udadrotationspude i fire uger, hvorefter bevægeøvelser blev opstartet. Ved undersøgelse efter tre måneder var der ingen svaghed eller instabilitet, og sportsaktiviteter kunne genoptages.

DISKUSSION

Posterior skulderluxation præsenterer sig med relativt ukarakteristiske fund og symptomer, og nøjagtig diagnostik kan være vanskelig [4]. Diagnostik fordrer korrekt radiologisk evaluering og forstærket mistanke, hvis de objektive fund ikke står mål med tilsyneladende normal billeddiagnostik.

Behandling er lukket reposition med traktion i adduktion. Yderligere indadrotation og lateral traktion kan være nødvendig (*ad modum* DePalma) suppleret med pres på den posteriore del af caput humeri i anterior retning [5]. Armen bør bandageres i neutral- eller udadrotation med diskret ekstension i 3-4 uger efterfulgt af stabilitetstest og begyndende belastning [3]. Irreponible posteriore skulderluxatio-

ner kan skyldes større Hill-Sachslæsion, kronisk posterior luksation, disloerede frakturer eller interponerede bløddele [5]. I disse tilfælde foretages åben reposition med eventuel osteosyntese, seneforflytning eller hemialloplastik. Stabilisering af den posteriore del af skulderleddet kan blive aktuell [2].

KORRESPONDANCE: Anton Mitchell Trollegaard, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, DK-4300 Holbæk. E-mail: akulstrup@gmail.com

ANTAGET: 23. februar 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Torben Palner, Radiologisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, takkes for udlån af billedmateriale.

LITTERATUR

1. Schoenfeld AJ, Lippitt SB. Rotator cuff tear associated with a posterior dislocation of the shoulder in a young adult: a case report and literature review. *J Orthop Trauma* 2007;21:150-2.
2. Cicak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:324-32.
3. Hatzis N, Kaar TK, Wirth MA et al. The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. *Tex Med* 2001;97:62-7.
4. Wolter D, Kortmann HR, Eggers C. Posterior dislocation of the shoulder – a frequently missed form of luxation. *Hefte Unfallheilkd* 1984;170:135-41.
5. Mimura T, Mori K, Matsusue Y et al. Closed reduction for traumatic posterior dislocation of the shoulder using the 'lever principle': two case reports and a review of the literature. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2006;14:336-9.

Luxatio erecta – en sjælden form for skulderluxation

Reservelæge Sammer Kadhum Al-Saadi & overlæge Bo Sanderhoff Olsen

Inferior skulderluxation – kaldet luxatio erecta – er sjælden med en incidens på 0,5% af alle skulderluxationer. Der er to former af luxatio erecta; subglenoid luksation (caput humeri ligger under den inferiore rand af glenoidalis) og subcoracoid luksation (caput humeri ligger foran collum scapulae).

Formålet med denne kasuistik er at henlede opmærksomheder på den kliniske præsentation samt behandling og efterundersøgelse af patienter med luxatio erecta.

SYGEHISTORIE

En 59-årig mand snublede i sit værksted og tog fra med højre arm, idet patienten forsøgte at gribe en kæde, der hang ned fra loftet. Herefter var der smerter, og patienten kunne ikke adducere armen.

Patienten mødte i skadestuen med fuldt abduceret og let udadroteret højre arm. Ved klinisk undersøgelse kunne man palpere caput humeri i aksillen, og der var svære smerter, hvis man forsøgte at adducere armen. Der var normal sensibilitet i nervus axillaris' område lateralt på skulderen (*regiment badge area*), dog var

der let snurrende fornemmelse i spidsen af fingrene, som forsvandt efter reponering. Røntgenundersøgelse af højre skulder viste inferior luksation (subcoracoid) uden synlige frakturer (**Figur 1**).

Patienten fik morfin som smertestillende og under lokal anæstesi med 20 ml. 1%-lidokain med adrenalin direkte i leddet – som beskrevet af Suder *et al* [1] – blev skulderen reponeret. *Traction-countertraction*-metoden blev anvendt som beskrevet af Rockwood ved reponering af skulderen [2], hvor armen blev trukket aksialt mod hovedet og i samme retning med humerus-skaftet, som så blev adduceret gradvis og jævnt til anatomisk stilling, hvor der hørtes et knæk halvvejs. *Countertraction* blev foretaget af en assistent, der anlagde et lagen over klaviklen og trak i modsatte retning. Kontrolrøntgen efter reposition af højre skulder viste, at skulderen sad i anatomisk stilling. Efter reposition blev der anlagt løs mitella i tre uger.

Ved klinisk kontrol tre uger efter skaden var der klinisk mistanke om *rotator cuff*-læsion, idet patienten kun kunne abducere og flektare til 40 grader (der kunne ikke undersøges for udadrotation pga. smer-

KASUISTIK

Herlev Hospital,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

FIGUR 1

Røntgen af højre skulder viser inferior luksation (subcoracoid type) uden synlige frakturer. Længdeaksen af humeruskafte er parallelt med spina scapulae, og ledflade på caput humeri er rettet distalt ned i aksillen.



FIGUR 2

Magnetisk resonans-skanning af højre skulder viser en fuldtykkelseslæsion svarende til supraspinatussen (pilen).



ter). Der var stadig normale neurovaskulære forhold (i *badge patch area* samt i hele overekstremiteten).

Magnetisk resonans-skanning viste en fuldtykkelseslæsion svarende til supraspinatussen. Patienten blev tilbudt subakut operation med henblik på suturering af senen.

DISKUSSION

Inferior luksation af skulderleddet eller luxatio erecta (LE) blev først beskrevet af Middeldorpf og Scharm i 1859. Murrard *et al* beskrev tre cases af bilateral LE [2].

Skademekanismen beskrives som hyperabduktion af skulderen, hvor den proksimale del af hume-

rus vil *impinge* imod acromion, hvorved ledhovedet displaceres inferiort i aksillen [3].

LE er associeret med en høj incidens af komplikationer i form *rotator cuff*-læsion eller tuberculum majus-fraktur (80%); neurologisk udfald i overekstremiteten (60%), oftest er der en snurrende fornemmelse i regio deltoidea på overarmens yderside; eller vaskulær skade (arterie axillaris trombose (3,3%)) [4]. Derfor bør alle patienter med LE undersøges grundigt for neurovaskulære skader, og efter reponering skal de følges på Ortopædkirurgisk Ambulatorium med henblik på at udelukke *rotator cuff*-læsion.

De kliniske tegn på LE er tydelige, idet patienten kommer med fuld- eller hyperabduceret arm. Forsøg på passiv adduktion af armen udløser smerter.

Røntgenundersøgelse er sædvanligvis tilstrækkeligt til at bekræfte diagnosen [3]. På røntgen ses længdeaksen af humeruskafte parallelt med spina scapulae, og ledfladen på caput humeri er rettet distalt ned i aksillen (Figur 1).

Lukket reponering af LE er i langt de fleste tilfælde vellykket. *Traction-countertraction* metoden [2] (træk-modtræk) i reponering er den mest brugte. *Nho et al* beskrev en anden teknik til reponering af LE, kaldet tottrinsteknik, hvor den inferiore luksation konverteres til en anterior luksation og herefter reponeres som anterior luksation.

Nogle gange er det umuligt at reponere LE-lukket, fordi ledhovedet (caput humeri) har perforeret ledkapslen og derved sidder fast i aksillen. Åben reponering er nødvendig i sådanne tilfælde. LE er også associeret med signifikant senmorbiditet blandt andet gentagne luksationer, løshed og adhæsiv kapsulitis (frossen skulder), der medfører nedsat bevægelighed samt smerter.

Der er manglende evidens for den bedste konservative bandageringstype og -varighed efter lukket reposition af skulderen [5].

KORRESPONDANCE: Sammer Kadhum Al-Saadi, Ortopædkirurgisk Afdeling, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: sammerk69@hotmail.com

ANTAGET: 12. april 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Suder PA, Mikkelsen JB, Hougaard K *et al*. Reduction of traumatic primary anterior shoulder dislocation under local analgesia. *Ugeskr Læger*. 1995;157:3625-9.
2. Rockwood CA Jr, Matsen FA. Inferior dislocations. I: Rockwood CA ed. *The shoulder*. Philadelphia: Saunders, 2004:689-91.
3. Kumar KS, O'Rourke S, Pillay JG. Hands up: a case of bilateral inferior shoulder dislocation. *Emerg Med J*. 2001;18:404-5.
4. Mallon WJ, Bassett FH, Goldner RD. Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. *J Orthop Trauma* 1990;4:19-24.
5. Handoll HH, Hanchard NC, Goodchild L *et al*. Conservative management following closed reduction of traumatic anterior dislocation of the shoulder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD004962.

Klavikelduplikation efter traumatisk klavikelepifysiolyse

Reservelæge Lasse Pedersen & overlæge Lars Henrik Frich

Hos børn er clavícula den hyppigst frakturerede knogle i skulderbæltet. Skader på clavícula skyldes som oftest fald på skulderen i forbindelse med sport eller efter fald fra cykel [1]. Skader på den laterale klavikelende udgør ca. 10-12% af alle klavikelskader.

Hos børn op til ca. trettenårsalderen [2] er klaviklen omgivet af en kraftig skede af periost. Lateralt holdes klaviklen fikseret mod acromion af ligamentii acromioclaviculare og mod processus coracoideus af ligamentii coracoclaviculare. Disse ligamenter er sammenvævet med periost og udgør en stærk fiksektion lateralt. I klaviklen ossificeres den laterale epifyse først i 19-årsalderen og er dermed ikke synlig på almindelige røntgenbilleder. Den avulsion i epifyselinjen (egentlig fraktur), der kan forårsages ved et skuldertraume, kommer derved på røntgen til at fremstå som en løsning mellem klaviklen og acromion i akromioklavikulærledet (AC-ledet).

SYGEHISTORIE

En 15-årig dreng opsøgte skadestuen efter fald på

højre skulder i forbindelse med fodboldspil. Han klagede over smerter ved aktiv bevægelse af skulderen.

Objektivt fandtes kraftig hævelse og palpationsømhed af laterale klavikelende. Initiale røntgenbilleder af højre skulder blev tolket som komplet AC-luksation, og patienten behandlet med løs mitella (Figur 1A).

Seks måneder senere havde patienten genoptaget håndboldspil, men havde fortsat lette smerter i skulderen. Der fandtes på dette tidspunkt tvedelt lateral klavikelende samt smerter ved udadrotation på abduceret skulder.

Røntgenbilleder (og supplerende computertomografi (CT)) viste todelt lateral klavikelende, med én ende artikulerende med acromion, og den anden pegende bagud lateralt (Figur 1B).

Den oprindelige posteriore klavikelende blev grundet kosmetiske og funktionelle gener fjernet operativt cirka otte måneder efter traumat. Ved opfølgende kontrol fandtes skulderen og armen at fungere normalt.

KASUISTIK

Odense Universitetshospital, Ortopædkirurgisk Afdeling O



FIGUR 1

A. Initialt røntgenbillede af højre skulderled umiddelbart efter traume. Den laterale klavikelende står lukseret i superior-posterior retning. B. Samme patient otte måneder senere. Den oprindelige klavikel ses i samme stilling som på primære røntgenoptagelse. Endvidere ses duplikation af den laterale klavikelende, med »neoklaviklen« artikulerende med acromion, svarende til det oprindelige akromioklavikulærled.



DISKUSSION

Vores sygehistorie viser, at traumer mod skulderen hos børn kan resultere i epifysiolyse mellem epifysen og metafysen i den laterale clavikelende. Stærke ligamenter holder klaviklen fikseret distalt, og er deformationskræfterne tilstrækkeligt store, vil de hos børn resultere i en klavikelfraktur, da ligamenterne er stærkere end knoglen [3]. Resultatet vil derfor være en bananskræslæsion, hvor den mediale del af klaviklen penetrerer periost indefra; og efterfølgende dannelse af en »neoklavikel« i den tomme periostskede.

Hos børn ser man således ikke akromioklavikulærluksationer (AC-luksationer) som hos voksne [3, 4]. Imidlertid forveksles lateral klavikelepifysiolyse på røntgenbilleder ofte med AC-luksation, idet epifysen hos børn endnu ikke kan erkendes på almindelig røntgen. Hos børn og yngre, hvor den laterale klavikelende står lukseret efter traume, bør der således på vid indikation foretages supplerende billeddiagnostisk undersøgelse i form af CT eller magnetisk reso-

nans (MR)-skanning for at udelukke bananskræslæsion [5].

Hos vores patient blev klavikelduplikationen erkendt efter ca. seks måneder og blev herefter opereret grundet bevægeindskrænkning, funktionsrelaterede smerter samt kosmetiske gener. Såfremt tilstanden diagnosticeres umiddelbart efter traumet, er der indikation for operation akut eller subakut for at genplacere klaviklen i den tomme periostskede [3].

KORRESPONDANCE: Lasse Pedersen, Stadionvej 22, 1. th., DK-5200 Odense V.
E-mail: lasse_pedersen99@hotmail.com

ANTAGET: 14. maj 20008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kubiak R, Slongo T. Operative treatment of clavicle fractures in children: A review of 21 years. *J Pediatr Orthop* 2002;22:736-9.
2. Eidman DK, Siff SJ, Tullos HS. Acromioclavicular lesions in children. *Am J Sports Med* 1981;9:150-4.
3. Havránek P. Injuries of distal clavicular physis in children. *J Pediatr Orthop* 1989;9:213-5.
4. Ogden JA. Distal clavicular physeal injury. *Clin Orthop Relat Res.* 1984;188:68-73.
5. Black GB, Pcherson JA, Reed MH. Traumatic pseudodislocation of the acromioclavicular joint in children. A fifteen year review. *Am J Sports Med* 1991;19:644-6.



RETTELSE

Rettelse til »Nyt fra EMEA – april 2009«

I indlægget »Nyt fra EMEA – april 2009« (Ugeskr Læger 2009;171:2118) er det fejlagtigt angivet, at Victoza er en gastrisk lipase-1-analog.

Det korrekte er, at Victoza er et glukagonlignende peptid 1.

Overlæge, næstformand i Registreringsnævnet Mark A. Ainsworth,
Lægemiddelstyrelsen

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Overlæge, ph.d. Steffen J. Rosenstock:

Peptic ulcer disease and *Helicobacter pylori* infection in a general population

A prospective cohort study

Disputats

FORF.S ADRESSE: Kirurgisk Afdeling D16, Glostrup Hospital, Nordre Ringvej, DK-2600 Glostrup.

E-MAIL: rosenstock.s@dadlnet.dk

FORSVARET FINDER STED: den 28. august 2009, kl. 14.00, Auditorium A, Teilumbygningen, Rigshospitalet.

OPPONENTER: Finn Diderichsen, Jacob Rosenberg og Ove B. Schaffa-litzky de Muckadell.

Cand.scient. Kamille C. Smidt Rasmussen:

Zinktransportører i patofysiologien ved diabetes

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Farmakologisk Institut, Aarhus Universitet, Wilhelm Meyers Alle, DK-8000 Århus.

E-MAIL: kcjs@farm.au.dk

FORSVARET FINDER STED: den 21. august 2009, kl. 13.00, Auditorium 3 i Søauditoriet, Aarhus Universitet.

BEDØMMERE: Keld Hermansen, professor Jens Høiriis Nielsen og ph.d. Fabrice Chimienti, Frankrig.

VEJLEDERE: Jørgen Rungby, Birgitte Brock og Lise Wogensen Bach.



Læge, MD Iana V. Lesnikova:

Telomerase and human papilloma virus infection in the progression of cervical carcinoma

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Retsmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, Brendstrupgårdsvej 100, DK-8200 Århus N.

E-MAIL: janalni@yahoo.dk

FORSVARET FINDER STED: den 28. august 2009, kl. 14, Auditorium, Patologisk Institut NBG.

BEDØMMERE: Estrid Stæhr Hansen, Lotte Nedergaard og Aage Knudsen.

VEJLEDER: Jørn Koch.



Læge Kirsten Svenstrup:

Clinical and molecular genetic aspects of hereditary spastic paraplegia

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Cellulær og Molekylær Medicin, Blegdamsvej 3B, bygning 24.4, DK-2200 København N.

E-MAIL: ksvenstru@sund.ku.dk

FORSVARET FINDER STED: den 28. august 2009, kl. 14, Auditorium 2, Rigshospitalet.

BEDØMMERE: Chantal Tallaksen, Norge, Zeynep Tümer og Gunhild Waldemar.

VEJLEDERE: Lis Hasholt og Jørgen E. Nielsen.

Kiropraktor, cand.manu. Tue Secher Jensen:

Vertebral endplate signal changes (VESC) in the adult population – prevalence of VESC, its natural course, association with low back pain, and the prediction of new VESC

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Rygcentret i Ringe, Lindevej 5, DK-5750 Ringe.

E-MAIL: Tue.Secher.Jensen@shf.regionsyddanmark.dk

FORSVARET FINDER STED: den 9. juni 2009.

BEDØMMERE: Kirsten Ohm Kyvik, Finn Bjarke Christensen og Kjell Arne Kvistad, Norge.

VEJLEDERE: Claus Manniche, Charlotte Leboeuf-Yde, Per Kjær, Tom Bendix, Lars Korsholm og Joan Solgaard Sørensen.

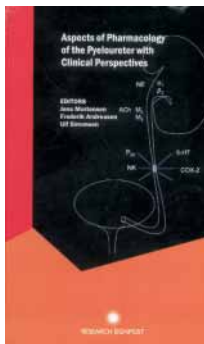


AKADEMISKE AFHANDLINGER

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

> Seneste nummer > Akademiske afhandlinger

ANMELDELSER



Aspects of pharmacology of the pyeloureter with clinical perspectives

BOGANMELDELSE

Redaktionen har samlet kollegaer, der har stor viden om funktionen af nyrepelvis og ureter hos den raske og syge patient. JM (urolog), FA og US (farmakolog) har vist, hvor vigtigt det er, at man har en basal viden om et organ, hvis man skal have mulighed for klinisk effekt. De har med det tværfaglige forfatterpanel opnået dette.

Bogen består af 16 kapitler, der kan læses samlet eller enkeltvis. Tidligere anså man ureter for at være et simpelt organ, der skal transportere urinen fra nyrepelvis til blæren, uden at trykket i nyrepelvis øges. I bogen bliver man indført i den spændende verden omkring ureters fysiologi. Viden om den normale funktion er grundlaget for god information om farmakologi og den kliniske effekt på ureters funktion og dermed bl.a. effekt på stenbehandling.

Fysiologi af de øvre urinveje gennemgås af Brading et al, Oxford, i et utrolig godt afsnit. Deres viden om urinvejenes normalfunktion formidles videre i et letforståeligt sprog, få forkortelser, gode illustrationer og mange interessante referencer. De øvrige afsnit ligner dette. Mortensen et al gennemgår tryk-flow-relationerne i ureter undersøgt hos større dyr, bl.a. grise, og mennesker. Man omtaler de arbejder, som blev udført af R.H. Whitaker, og som var med til at starte den store forskningsindsats i Århus under J.C. Djurhuus' ledelse, hvor også J. Mortensen deltog, omkring nyrepelvis og ureterfunktionen.

Idiopatisk hydronefrose har altid været en kontroversiel tilstand, billeddiagnostisk hydronefrose er det samme problem. Skal en dilatation af nyrepelvis set på CT eller MR-skanning altid aflastes? Mortensen et al argumenterer i denne artikel for, at det skal den ikke. Trykforholdene er vigtige i beslutningen.

Urofarmakologen K.E. Andersson har skrevet et kapitel, som alle urologer kan have glæde af at læse, om adrenoreceptorer i ureter. Den viden, der ligger til grund for, at man i dag behandler uretersten med alfaadrenerge blokkere. Et andet spændende og vigtigt område er den kolinerge innervation og den kliniske betydning.

Kapitler om den behandling, der er ved at blive undersøgt i kliniske studier, hvor man ved infusion i skyllevæsken under endoskopi afslapper den glatte muskulatur i ureter og nyrepelvis for at undgå refluks, er spændende. Der er en idebank til studier i ureters funktion og farmakologi med henblik på at gøre nyrestenpatienter smerte- og stenfri.

Bogen har mange informationer om ureters funktion og farmakas virkning. Der er mange gode referencer. Den kan være en inspirator for kommende forskere og klinikere.

♣ Professor Steen Walter
E-mail: steenwalter@dadlnet.dk

FORFATTERE:

Mortensen J, Andreassen F, Simonsen U, red.

FORLAG:

Indien: Research Signpost, 2009

SIDER: 210

PRIS: 110 USD

ISBN: 978-81-308-0328-9

LÆGEPAR – SE HER

Det kan spare papir, trykudgifter og porto, hvis et lægepar, der bor sammen, kan nøjes med et eksemplar af Ugeskriftet. Kan I derfor klare jer med ét eksemplar af bladet, så send en mail til Mette Skovrind på ms@dadl.dk



Tidsskrifter



Lægeforeningens forlag er specialiseret i at fremstille komplicerede videnskabelige afhandlinger.

Vi kan bl.a. levere en løsning, der er en kombination med publikation af særtryk til brug for forsvaret samt offentlig-

gørelse i nettidsskriftet Danish Medical Bulletin (danmedbul.dk).

Kontakt
Lægeforeningens forlag
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf.: 35 44 85 00
E-mail: forlaget@dadl.dk

Lægeforeningens forlag

Jydsk Medicinsk Selskab

www.jydskmedicinskelskab.dk

Møde nr. 575
Tid Torsdag den 10. september 2009, kl. 19:00 til 21:30
Sted Auditorium B, Århus Universitetshospital, Skejby [[ved indgang 6](#)]

»Akut psykiatri i somatikken«

Hvordan håndterer man hyppigt forekommende akutte psykiatriske tilstande på en somatisk afdeling?

Ordstyrer Overlæge, ph.d, dr.med. Peter Vestergaard, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling C, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Program

- 19:00–19:05 **Velkomst**
Peter Vestergaard (formand for JMS)
- 19:05–19:30 **Delir på organisk grundlag: Diagnose og behandling**
1. reservelæge Søren Mikkelsen, Psykiatrisk Afdeling Nord, og overlæge ph.d. Eyd Hansen Høyer, Gerontopsykiatrisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Risskov
Postoperativt delir hos ældre er en af de hyppigste akutte psykiatriske tilstande i somatikken, men der findes andre.
- 19:30–20:00 **Delirium tremens, inkl. Wernicke-Korsakoff syndrom: Diagnose og behandling**
1. reservelæge Bente Brysting, Psykiatrisk Afdeling Nord, og overlæge, ph.d. Robert Elbrønd, Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital, Risskov
Alkoholmisbrug er den hyppigste årsag til delir i Danmark. Tilstanden er forbundet med betydelig overdødelighed.
- 20:00–20:20 **Kaffepause**
- 20:20–20:50 **Delir på grund af centralstimulerende stoffer (amfetamin, ecstasy, kokain, metylfenidat)**
Overlæge, ph.d. Robert Elbrønd, Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital, Risskov
Nye stoffer i nattelivet kan medføre udvikling af potentielt dødeligt delir.
- 20:50–21:15 **Tvangsindlæggelse fra somatisk afdeling (røde papirer) og tvangsbehandling af somatisk lidelse på somatisk afdeling: Hvad må vi og hvad skal vi?**
Overlæge Ulla Bartels, Psykiatrisk Afdeling Syd, Århus Universitetshospital, Risskov
Hvad enhver læge bør vide om ret og pligt på området.
- 21:15–21:30 **Diskussion**

Alle er velkomne!

Yderligere oplysninger og anmodning om medlemskab

Selskabets akademiske sekretær: Overlæge, dr.med. Ulrik Gerdes, Klinisk Biokemisk Laboratorium, Århus Universitetshospital, Risskov • Skovagervej 2, 8240 Risskov • 7789 3521 • ulrik.gerdes@ps.rm.dk

MEDDELELSER & NAVNESTOF

Jørgen Jensen

JØRGEN JENSEN
6.6.1931-18.6.2009

Fhv. afdelingsleder, lektor Jørgen Jensen, Egå, blev 78 år. Han var fra Thy, og efter studentereksamen tog han medicinsk embedseksamen fra Aarhus Universitet. Han gennemgik derefter en grundig klinisk uddannelse ved Hobro Sygehus og Randers Centralsygehus, bl.a. på børneafdelingen. Selv om han opnåede fuld lægelig autorisation, valgte han at supplere denne med en teoretisk overbygning ved efterfølgende ansættelse på Fysiologisk Institut på Aarhus Universitet.

I 1971 blev Jørgen Jensen dr.med. på en afhandling om atherogenese, nemlig om optagelsesmekanismen for kolesterol i aortavæv. Han fik her lejlighed til at udfolde sin eminente evne til at mestre stringente matematiske modelbetragtninger på komplicerede biologiske fænomener. Hans tolkning af ætiologien bag åreforkalkning har fået en blivende plads i den medicinske historie. Samtidig blev han en skattet underviser med sin klare og stringente anvendelse af matematiske og fysiske begreber i fysiologiundervisningen.

Med udnævnelsen til afdelingsleder valgte Jørgen Jensen at fortsætte universitetskarrieren på

Fysiologisk Institut med studier af Na,K-ATPasen, som instituttets leder og senere nobelpristager J.C. Skou som den første havde beskrevet. I en række artikler beskrev Jørgen Jensen og en kollega interaktionen mellem enzymet og energidonen ATP på samme stringente måde, som blev anvendt i disputatsarbejdet, bl.a. med to artikler i det ansete naturvidenskabelige tidsskrift Nature. Jørgen Jensen fik med sine klare modelbetragtninger også stor betydning for den videnskabelige skoling af en række yngre kollegaer.

Blandt Jørgen Jensens øvrige interesser var glæden ved klassisk musik og aktiv deltagelse i korsang. Jørgen Jensen måtte allerede som 62-årig lade sig pensionere som følge af sygdom. Hans pensionisttilværelse blev desværre formørket af fremadskridende sygdom, men som følge af kærlig omsorg og pleje af hustruen Gerda, som han nåede at fejre guldbryllup med, havde han dog den lykke at kunne forblive i eget hjem til det sidste. Ud over hustruen Gerda efterlader Jørgen Jensen sig to døtre og en søn, fire børnebørn og to oldebørn.

Otto Hansen

Birthe Baldur

BIRTHE BALDUR
1.4.1946-26.6.2009

Birthe voksede op i en sjællandsk gårdmandsfamilie, og hun tog med sig i sit virke som læge en praktisk og jordnær tilgang til det lægelige arbejde.

Som ganske ung giftede hun sig med Allan Baldur, og de fik sammen to piger.

Efter en bred uddannelse på sygehusafdelinger på Sjælland og i København, hvor hun overalt var vellidt og velanset for sin dygtighed og omhu, blev hun speciallæge i gynækologi i 1986. Efter Allans død i 1992 overtog hun hans praksis i Greve.

Birthe var vellidt af sine patienter og af de henvissende praktiserende læger. Hun optog hurtigt nye behandlingsmetoder og holdt sig flittigt ajour ved deltagelse i faglige møder og kurser. Og hun udviste en enestående omsorg for sit personale, som hun ofte inviterede ud på middag.

I slutningen af 2000 fik Birthe brystkræft. Det var få år efter, at hun havde mødt Bernau og giftet sig med ham. Efter en tilsyneladende vellykket behandling brød kræften ud igen. Birthe tog kampen op og gen-

nemgik i de følgende år talrige operationer og kemo-behandlinger. Hun satte en ære i på trods af sygdommen at holde sin praksis kørende, og med beundringsværdig styrke og til dels med hjælp fra gode kolleger lykkedes det, indtil hun fik afhændet praksis i 2008.

Birthe deltog til det sidste i vores netværksgruppemøder. Hun holdt os på saglig måde orienteret om sit sygdoms- og behandlingsforløb. Og hun havde altid overskud til at spørge til vores andres liv. Hun var ikke den, der klynkede – hun bevarede til det sidste en tro på, at det var værd at kæmpe mod kræften med alle midler.

Og hun var glad for de ekstra år, hun på den måde fik – hun nåede at se sine piger, Charlotte og Birgitte, godt i vej og at opleve og følge sine børnebørns første år.

Vores tanker og medfølelse går til Birthes døtre og deres familier og især til hendes mand, Bernau, som har støttet hende på uvurderlig vis i de svære år.

Vi vil savne Birthe i vores kreds.

Anne Andresen,
Birgit Arentoft,
Vibeke Nielsen,
Ingrid Rørbæk,
Else Skytte Christensen



AARHUS UNIVERSITET



OPSLAG FORSKNINGSSTØTTE

FONDEN TIL FORSKNING AF SINDSLIDELSER

Herved indkaldes ansøgninger til ovenstående fond, hvis midler skal anvendes til fremme af forskningen af sindslidelser.

Der er ca. kr. 115.000,- til rådighed til uddeling ultimo 2009.

Der skal benyttes særligt ansøgningsskema, som kan findes på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultets hjemmeside

<http://www.health.au.dk/fonde>

eller rekvireres på telefon 89 42 41 29/Inger Sørensen

Ansøgninger vedlagt curriculum vitae indsendes i 4 eksemplarer til Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Vennelyst Boulevard 9, 8000 Århus C og må være fakultetssekretariatet i hænde **senest 18. september 2009 kl. 12.00.**

OPSLAG FORSKNINGSSTØTTE

MARIE DORTHEA OG HOLGER FROM, HADERSLEVS FOND

Herved indkaldes ansøgninger til ovenstående legat, hvis midler skal anvendes til forskning af børnesygdomme ved Aarhus Universitet

Der er ca. kr. 29.000,- til rådighed til uddeling ultimo 2009.

Relevante ansøgninger påført cpr.nr. indsendes til Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Vennelyst Boulevard 9, 8000 Århus C og skal i kortfattet form (maks. 5 sider inkl. bilag) indeholde en omtale af ansøgerens forskningsprojekt samt det formål, hvortil bevillingen søges. Ansøgninger vedrørende rejser og lønudgifter i større omfang kan ikke forventes imødekommet.

Der benyttes ikke særligt ansøgningsskema.

Ansøgninger i 4 eksemplarer skal være Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet i hænde **senest 18. september 2009 kl. 12.00.**



Aarhus Universitet tilbyder et godt og inspirerende uddannelses- og forskningsmiljø for 35.000 studerende og 8.500 medarbejdere, der præsterer videnskabelige resultater af høj international standard. Den budgetterede omsætning i 2009 udgør 5,3 mia. kr. Universitetets strategi og udviklingskontrakt kan ses på www.au.dk

DESIRÉE OG NIELS YDES FOND

GÆSTELEJLIGHED I SYDFRANKRIG

Fonden tilbyder læger vederlagsfrit ophold af to ugers varighed i en lejlighed i Golfe Juan, en by ved Middelhavet nær Cannes. Opholdet skal muliggøre færdiggørelse af oversigtsartikel til en disputats, ph.d.-afhandling, kapitel i lærebog, el.lign. inden for lægevidenskab. Ansøgninger vil blive prioriteret i den nævnte rækkefølge.

Lejligheden er fuldt udstyret til ophold for 4-6 personer.

De pågældende må selv skaffe sig tjenestefrihed, bruge afspadsering eller ferie.

Der kan søges om ophold i perioden fra 1. januar til 31. december 2010.

Ansøgninger om ophold i månederne januar, februar, november og december vil blive prioriteret højt.

Der anvendes et særligt ansøgningsskema, som kan rekvireres via www.laeger.dk → Lægefagligt → Fonde og legater → Ansøgningsskema eller ved mail til dadlforskning@dadl.dk eller fax 3544 8505 til: sekretær Karin B. Nilsson, Lægeforeningen, HR, Kristianiagade 12, 2100 København Ø.

Ansøgningsfrist: 25. september 2009

JOB & PRAKSIS



FAKTABOKS

JOBANNONCER OG ANNONCER FOR KØB OG SALG AF PRAKSIS

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

INDRYKNING AF ANNONCER

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

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

BILLETMERKEANNONCER

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

Praksis, Næstved Sygehus, reservelæge, klassificeret. Quick-nr. 85793

Regionshospitalet Randers, introduktionsstilling. Quick-nr. 85731

Fredericia, Kompagniskabspraksis, kompagnon søges **SE SIDE 2411**

Solrød Str., Lægepraksis, vikar søges (praksis) **SE SIDE 2411**

Randers, Randers Kommune, Børn- og ungelæge **SE SIDE 2412**

Norge, Skjervøy Kommune, lege **SE SIDE 2412**

Region Nordjylland, hoveduddannelsesforløb, almen medicin. Quick-nr. 85837

Region Nordjylland, introduktionsstilling i almen medicin (halvårlig). Quick-nr. 85838

Region Midtjylland, Videreuddannelsessekretariatet i Nord, introduktionsstilling i almen medicin (halvårlig). Quick-nr. 85555

Region Midtjylland, Videreuddannelsessekretariatet i Nord, hoveduddannelsesforløb, almen medicin. Quick-nr. 85556

ANÆSTESIOLOGI

Nykøbing F. Sygehus, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 85813

Regionshospitalet Viborg, introduktionsstilling. Quick-nr. 85784

Glostrup Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 85714

BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland, afdelingslæge. Quick-nr. 85713

DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Regionshospitalet Randers, introduktionsstilling. Quick-nr. 85746

Hillerød Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 85718

Hvidovre Hospital, afdelingslæge. Quick-nr. 85796

Aalborg Sygehus, specialeansvarlig overlæge. Quick-nr. 85729

Odense Universitetshospital, Odense, specialeansvarlig overlæge/prof.. Quick-nr. 85697

INFEKTIONSMEDICIN

København S, Statens Serum Institut, Ph.d-stilling **SE SIDE 2411**

INTERN MEDICIN

Glostrup Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 85842

Odense Universitetshospital, Odense, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 85737

Regionshospitalet Randers, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 85715

KARDIOLOGI

København S, Statens Serum Institut, Ph.d-stilling **SE SIDE 2411**

Gentofte Hospital, specialeansvarlig overlæge/prof.. Quick-nr. 85759

Gentofte Hospital, Copenhagen University Hospital, forskningslæge. Quick-nr. 85776

KIR. GASTROENTEROLOGI

Aalborg Sygehus, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 85727

KIRURGI

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 85781

Hvidovre Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 85749

Aalborg Sygehus, Øre-, Næse-, Halskirurgisk Afd., introduktionsstilling. Quick-nr. 85726

MED. GASTROENTEROLOGI

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 85829

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 85370

NEUROLOGI

Dianalund, Epilepsihospitalet Filadelfia, reservelæge, uklassificeret **SE SIDE 2409**

Herlev Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 85790

Herlev Hospital, overenskomstansat overlæge. Quick-nr. 85792

ONKOLOGI

Herlev Hospital, sygehuslæge. Quick-nr. 85798

ORTOPÆDISK KIRURGI

Nykøbing F. Sygehus, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 85725

Odense Universitetshospital, Odense, introduktionsstilling. Quick-nr. 85694

Herlev Hospital, Akutmodtagelsen, afdelingslæge. Quick-nr. 85775

OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGI

Gentofte Hospital, reservelæge, uklassificeret. Quick-nr. 85760

Gentofte Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 85761

Grenaa, nedsættelser (SpecPraksis) **SE SIDE 2412**

PSYKIATRI

Region Hovedstaden – Psykiatri, Region H
– Psykiatri, klinikchef. Quick-nr. 85817

Psykiatrien Roskilde, Psykiatrien Distrikt
Roskilde, overenskomstansat overlæge.
Quick-nr. 85806

Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region H –
Psykiatri, overenskomstansat overlæge.
Quick-nr. 85800

PÆDIATRI

Færøerne, Landssygehuset, introduktions-
stilling. Quick-nr. 85741

Dianalund, Epilepsihospitalet Filadelfia,
reservelæge, uklassificeret **SE SIDE 2409**

Randers, Randers Kommune, Børn- og
ungelæge **SE SIDE 2412**

Roskilde Sygehus, Pædiatrisk Afdeling, le-
dende overlæge. Quick-nr. 85701

REUMATOLOGI

Sydvestjysk Sygehus, overenskomstansat
overlæge. Quick-nr. 85826

SAMFUNDSMEDICIN

Randers, Randers Kommune, Børn- og
ungelæge **SE SIDE 2412**

SPECIALEUAFHÆNGIG

Regionshuset i Sorø, Kvalitet og Udvik-
ling, reservelæge, uklassificeret.
Quick-nr. 85769

København S, Sundhedsstyrelsen, akade-
misk medarbejder **SE SIDE 2410**

THORAXKIRURGI

Gentofte Hospital, – Hjertecentret, reser-
velæge, uklassificeret. Quick-nr. 85716

UROLOGI

Rigshospitalet, – Abdominalcentret, intro-
duktionsstilling. Quick-nr. 85783

Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsen-
heden Vest, afdelingslæge.
Quick-nr. 85742

Regionshospitalet Holstebro, afdelings-
læge. Quick-nr. 85756



EPILEPSIHOSPITALET FILADELFIA

Reservelæge

tiltrædelse den 1. oktober 2009 eller snarest
derefter

Ansættelsesvarigheden er minimum 6 måneder og gerne
12 måneder.

Epilepsihospitalet er et landsdækkende specialhospital for
epilepsipatienter og derfor meget velegnet uddannelsessted
for yngre læger, der stiler mod neurologi eller pædiatri eller
af anden grund ønsker at lære mere om epilepsi. Reserve-
lægen knyttes i løbet af ansættelsen til en eller flere af
sengeafdelingerne.

Stillingen

- > Stuegang på to faste ugedage sammen med afdelin-
gens overlæge
- > Ambulatoriearbejde på fast ugedag under forud-
sætning af passende erfaring
- > Vagtaffholdelse ca. en hverdag per uge og en weekend
per 7 uger
- > Mulighed for ugentlig arbejdsdag i søvnklinikken eller
Center for Neurorehabilitering – afhængig af interesser
- > Mulighed for involvering i forskning.

Vi tilbyder

- > En spændende arbejdsplads med enestående fysiske
rammer i udvikling og et meget engageret personale
- > God mulighed for faglig fordybelse og udvikling inden
for epilepsiområdet
- > God mulighed for at drive forskning i epilepsi i
samarbejde med hospitalets forskningsenhed
- > Et veludbygget tværfagligt samarbejde.

Personen

- > Yngre læge med ret til selvstændigt virke som læge
- > Særlig interesse for og erfaring med epilepsi
- > Gode samarbejdsevner
- > Gerne interesse for forskning og udvikling.

Ansættelse

I henhold til gældende overenskomst mellem Danske
Regioner og Foreningen af Yngre Læger. Reservelægen
refererer til den lægelige direktør.

Yderligere oplysninger

Kan fås på www.epilepsihospitalet.dk eller ved henvendelse
til lægelig direktør Christian Pilebæk Hansen, tlf. 5827 1062,
email cphn@filadelfia.dk

Ansøgningsfrist: Mandag den 31. august 2009.

Ansøgning sendes med almindelig post eller per email til:
Lægelig direktør Christian Pilebæk Hansen, Epilepsihospi-
talet, Kolonivej 1, 4293 Dianalund, cphn@filadelfia.dk

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neuro-
fysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedcenter,
Konferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni

ETABLERING AF TEAM FOR KRONISK SYGDOM

OMRÅDEANSVARLIG

En fast stilling som områdeansvarlig i det nyetablerede Team for Kronisk Sygdom i Sundhedsstyrelsen opslås til besættelse 1. oktober eller efter aftale, projektperioden løber til udgangen af 2012. Afhængig af uddannelsesbaggrund vil ansættelse ske som enten chefkonsulent, afdelingslæge, oversygeplejerske eller lign.

Baggrund for etablering af Team for Kronisk Sygdom

Som led i kvalitetsreformen er der med finansloven for 2009 afsat 590 mio. kr. til en forstærket indsats for kronisk syge i perioden 2009-2012. Som led heri er det Sundhedsstyrelsens opgave, at

- videreudvikle det generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, fx i forhold til muskelskelet lidelser og psykiatriske lidelser. Udarbejdelsen af sygdomsspecifikke programmer sker i regioner og kommuner
- indsamle, bearbejde og offentliggøre viden med henblik på landsdækkende videndeling på kronikerområdet samt sikre, at der sker en løbende evaluering og monitorering af regionernes og kommunernes indsats på kronikerområdet med udgangspunkt i regioner og kommuners egenløbende monitorering og evaluering af indsatsen
- udarbejde vejledninger for udbredelse af egenbehandling som behandlingsprincip
- udarbejde vejledning til regioner og kommuner om kvalitets-sikring mv. af patientuddannelse i forlængelse af bl.a. Sundhedsstyrelsens kommende MTV rapport om patientuddannelse.

Organisatoriske forhold

Teamet for Kronisk Sygdom etableres fra starten af 2010 og vil være organisatorisk forankret i Sundhedsplanlægning. Den områdeansvarlige for teamet refererer til chefen for Sundhedsplanlægning.

Teamet forventes ud over den områdeansvarlige bemandet med en akademisk medarbejder og en kontorfuldmægtig. Teamet vil arbejde projektorienteret, i tæt samarbejde med resten af Sundhedsplanlægning, samt Center for Forebyggelse, Enhed for Monitorering og Medicinsk Teknologivurdering, Enhed for Patientforløb og eksterne parter.

Vi søger en områdeansvarlig, som

- har en akademisk uddannelse eller en sundhedsfaglig baggrund kombineret med en master eller lignende
- har viden om de komplekse problemstillinger, der er i forhold til de kroniske sygdomme
- er en erfaren projektleder, som har gennemført større tværfaglige projekter inden for sundhedsområdet

- har et godt kendskab til sundhedsvæsenets organisatoriske forhold både inden for primær og sekundær området
- har og kan opbygge kontakter og relevante faglige netværk
- er selvstændig, vedholdende og besidder gode samarbejdsevner
- er god til at formulere sig på skrift og i tale.

Sundhedsplanlægning

I Sundhedsplanlægning er der ansat ca. 40 medarbejdere, som til dagligt arbejder i et åbent kontormiljø. Opgaverne løses i tværfaglige team, som typisk består af 1-3 sundhedsfaglig(e) medarbejder(e), 1-3 fuldmægtige/konsulenter og 1 sekretær. Enheden har desuden et tæt samarbejde med de øvrige enheder i Sundhedsstyrelsen. Det daglige arbejde bærer præg af det udbredte samspil med Ministeriet for sundhed og forebyggelse, regionerne, kommunerne samt de faglige miljøer.

Sundhedsstyrelsen er centralt placeret i forhold til motorvej og metro og har gode parkeringsforhold.

Løn- og ansættelsesvilkår

Ansættelse vil ske i henhold til aftale mellem Finansministeriet og den relevante faglige organisation. Afhængig af uddannelsesbaggrund vil indplacering ske som enten afdelingslæge, chefkonsulent eller oversygeplejerske eller lignende.

Information

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til enhedschef Lone de Neergaard, tlf. 7222 7817.

Læs mere om Sundhedsstyrelsen og Sundhedsplanlægning på www.sst.dk

Alle interesserede uanset alder, køn, religion eller etnisk tilhørsforhold opfordres til at søge stillingen.

Ansøgning

Ansøgere opfordres til at ansøge **online** via linket under jobannoncen på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/jobs. Ansøgningen mærkes "7-904-02-367/1" bilagt kopi af eksamensbeviser m.v.

Ansøgningen skal være Sundhedsstyrelsen i hænde **senest den 25. august 2009, kl. 12.00.**

Ansættelsessamtaler forventes afholdt den 28. august 2009.

KOMPAGNON SØGES**Kompagnon søges til bylægepraksis i Fredericia.**

Vi er 3 læger i kompagniskabspraksis, hvor ældste kompagnon ønsker at blive pensioneret ved udgangen af 2009.

Praksis er beliggende midt på gågaden i Fredericia. Vi har ca. 4.950 patienter, heraf ca. 800 børn.

De lejede lokaler er på 1. sal og er på 380 m², nyrenoveret i 2008. Alle konsultationslokaler er moderne udstyrede.

Vi er 3 faste læger med fleksibel arbejdstid. Der er for tiden frivillig vagtdeltagelse.

I øjeblikket har vi 2 uddannelseslæger.

Endvidere er der ansat 3 sygeplejersker med selvstændige konsultationer, 3 lægesekretærer samt rengøringsassistent.

Sygeplejerskerne deltager blandt andet i faste kontroller af diabetespatienter, lungpatienter og skadestuearbejde.

Vort edb-system er MedWin.

Der kan aftales prøveansættelse som amanuensis/vikar.

Se evt. vores hjemmeside www.75920088.dk.

Henvendelse gerne pr. tlf. 75 92 00 88.

Lægerne

Danmarksgade 13

7000 Fredericia

Rebekka Reinert

Erik Knudsen (tlf. privat: 75 94 31 78,

e-mail: erikknudsen@dadlnet.dk)

Poul Carsten Pedersen

VIKAR SØGES

Vikar 3-4 dage ugentlig søges til 3-læge-praksis med god faglighed i Solrød. Kun dagtid og fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Betalt efteruddannelse i ind/udland kan påregnes. Tiltrædelse efter aftale. Ring 28 95 73 63 efter 19.



forebygger og bekæmper smitsomme sygdomme, biologiske trusler og medfødte lidelser

Ph.d.-projekt

Familiære aspekter af pludselig uventet død blandt yngre personer – 64001244

Har du lyst til at lave en ph.d. og arbejde i et stort dynamisk forskningsmiljø, hvor man har specialiseret sig i brugen af de omfattende danske sygdoms- og personregistre. Så er dette måske noget for dig.

Afdeling for Epidemiologisk Forskning søger en læge til et ph.d. projekt omkring de familiære aspekter bag pludselig uventet død (PUD), særligt associeret med hjertekarsygdomme. Netop for at kunne belyse en evt. arvelig komponent har afdelingen etableret den Danske Familie Relations Database. Ved at koble denne database med danske sygdomsregistre er det muligt at udføre omfattende familiestudier af høj kvalitet.

Afdelingen har udført de første undersøgelser vedr. familiær ophobning af død (naturlig og unaturlig, ventet og uventet) blandt yngre personer under 40 år og ønsker på denne baggrund at gå videre med en mere dybdegående undersøgelse. Vi søger derfor en ph.d.-studerende der vil engagere sig i et sådant projekt.

Den ph.d.-studerende vil i samarbejde med statistikere og en seniorepidemiolog stå for dataindsamlingen, koblingen mellem sygdomsregistre og den Danske Familie Relations Database, dataanalyser og sammenskrivning af resultater med henblik på publikation i internationale tidsskrifter. Der vil også samarbejdes med forskere fra blandt andet Norge og Storbritannien.

Kvalifikationer

Afdelingen søger en motiveret læge med interesse i området kardiologi, gerne klinisk erfaring inden for specialet, samt interesse i epidemiologisk forskning. Det er vigtigt at ansøgeren kan arbejde selvstændigt, er i besiddelse af basale computerkundskaber, skriver og taler engelsk og har såvel social kompetence som evne til at kommunikere. En interesse i samt viden om arvelige og familiære forekomne sygdomme ville bestemt være et plus.

Løn- og ansættelsesvilkår

Stillingen kan besættes straks. Indtil indskrivning som ph.d.-studerende vil ansættelsen være ifølge overenskomst mellem ansøgerens forhandlingsberettigede organisation og Finansministeriet. Som indskrevet ph.d.-studerende vil ansættelsen følge ph.d.-protokollatet i AC-overenskomsten.

Yderligere information

Kan få ved henvendelse i uge 35 til epidemiolog Heather Boyd tlf. 32 68 81 87. Information om afdelingen findes på <http://www.epidemiology.eu>

Ansøgning

Ansøgningen som mærkes 64001244 sendes elektronisk via jobsiden på www.ssi.dk senest søndag den 30. august 2009. CV og eksamensbeviser vedhæftes.

www.ssi.dk/job

KOMMUNALLÆGE



Idérig og visionær børn- og unge-læge søges til Randers Kommune

Da vores børn- og unge-læge har fået anden stilling, søger vi en ny kommunal børn- og unge-læge, som har interesse i området.

Du vil komme til at arbejde med bl.a. følgende opgaver:

- Undersøgelse og vejledning ved ind- og udskolingsundersøgelser af børn med særlige behov og/eller særlige problemer, specialskoler og i specialklasser
- Indgå i det tværfaglige samarbejde i forhold til børn og unge med særlige behov (PPR, sagsbehandlere, sundhedspleje m.v.)
- Konsulentfunktioner i forhold til kommunale daginstitutioner
- Udarbejdelse af sundhedsprofil for skolebørn
- Medvirke i kommunens overordnede planlægning på sundhedsområdet og i prioriteringen af sundhedsindsatsen.

Vi søger en læge, der gerne har erfaring med og har interesse for arbejdet med børn og unge.

Du vil få stor mulighed for at selv at præge indholdet i stillingen. Derfor skal du være udviklingsorienteret, og du skal have lyst til at indgå i et engageret tværfagligt samarbejde med andre.

Organisatorisk vil du være tilknyttet sundhedsområdet og vil referere til sundhedschefen, fysisk vil du være placeret i Randers Sundhedscenter med tilknytning til sundhedsplejen. Sundhedscenteret rummer ud over den kommunale sundhedspleje også sundhedsteam, der arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme samt genoptræning/rehabilitering, mammografi, psykologer, praksisdiætister og patientforeninger. Der arbejdes p.t. på at få bygget et nyt sundhedscenter, der på sigt vil rumme både kommunale, flere regionale og private sundhedsaktører.

Der er tale om en fuldtidsstilling, men stillingen kan søges af personer, der er interesseret i både fuldtids- og deltidsansættelse.

Løn- og ansættelsesvilkår er efter gældende overenskomst.

Nærmere oplysning om stillingerne kan fås ved henvendelse til sundhedschef Lene Jensen, Randers Kommune på tlf. 89 15 12 00/51 56 22 01.

Ansøgningen med relevante bilag sendes til Randers Kommune, Sundhed og ældre, Karina Ibsen, Laksetorvet, 8900 Randers eller på e-mail: Karina.Ibsen@Randers.dk. Vi skal have din ansøgning senest den 31. august 2009, kl. 12.00. Der vil blive afholdt ansættelsessamtaler den 11. september 2009.

Job

midt
regionmidtjylland

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.

Region Midtjylland

Øre-næse-hals specialet

I Region Midtjylland er der et ledigt 0-ydernummer indenfor øre-næse-hals specialet til besættelse i Grenaa. På lidt længere sigt vil der sandsynligvis være mulighed for at etablere klinik i det kommende sundhedshus på Regionshospitalet Grenaa.

Ansøgning med kopi af autorisation og CV sendes pr. mail til claus.meldgaard@stab.rm.dk. Ansøgningsfrist fredag den 18. september 2009. Nærmere oplysninger om ydernummeret kan fås ved henvendelse til Claus Meldgaard på telefon 87 28 45 44 eller mail: claus.meldgaard@stab.rm.dk

Se hele stillingsopslaget på www.rm.dk/job



SKJERVØY KOMMUNE

– en trivelig kommune i Nord-Troms

Skjervøy kommune er en øykommune med 3.000 innbyggere, hvorav 2.400 på tettstedet Skjervøy. Kommunen har nytt Helsecenter med legekontor, fysioterapiavdeling med treningssal og terapibasseng, lokaler for hjemmetjeneste, sykehjem, skjermet enhet og sykestue. Tettstedet har fastlandsforbindelse via tunnel, daglig hurtigruteanløp og hurtigbåt til Tromsø flere ganger pr. uke.

Ledig fastlegeavtale fra 5. januar 2010 eller senere

Skjervøy kommune har ledig fastlegeavtale med en liste på 1.000 pasienter og god inntjening.

For nærmere opplysninger kan helse- og sosialsjef tlf. 77775550 eller kommunelege I tlf. 77775700, kontaktes.

Utfyllende opplysninger på kommunens hjemmeside: www.skjervoy.kommune.no

Søknad med kopier av attester, vitnemål og opplysninger om referanser sendes helse- og sosialsjefen, postboks 145G, 9189 Skjervøy 1. oktober 2009.



BLANDEDE ANNONCER

Advokat Finn Altschuler (H)

Bredgade 23, 1260 K – tlf. 3314 1940
www.praksisoverdragelse.dk – E-mail: FA@danjur.dk

Advokat Henrik Munck (H)

www.praksishandel.dk
Herlev Torv 1, 2730 Herlev, tlf. 4494 0514

Advokat Michael Fuchs

www.mfulaw.dk • E-mail: mfu@mfulaw.dk
Fruebjergvej 3, 2100 Ø • Tlf. 29 62 07 77
Lægers retsforhold. Køb og salg af lægepraksis. Interessentskabsforhold

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



HENVISNINGER

SPECIALLÆGER**KARDIOLOGI****KJELD LYNGBORG, DR.MED.**

Speciallægepraksis i kardiologi

Speciallægecenteret på Diakonissestiftelsen, P. Bangsvej 3, 2000 Frb.
Tidsbestilling 32 94 96 10 • Tirsdag-fredag 9-9³⁰
Overenskomst med sygesikr. • Ventetid m.m. se www.doktorlyngborg.dk

PLASTIKKIRURGI

G R Y M E R
PRIVATHOSPITAL
S K E J B Y

Speciallægerne i plastikkirurgi
Frants Grymer og Christian Bang

Hospitalet tilbyder plastikkirurgiske
og kosmetiske operationer

Overenskomst med den offentlige
sygesikring og godkendt af Sygefor-
sikringen "danmark"



Tueager 5, Skejby • Tlf. 8610 8011 • www.grymer.dk



LÆGERNES
PENSIONS
BANK

BLIV KUNDE I LÆGERNES PENSIONS BANK



Mere end en fjerdedel af medlemmerne i Lægernes Pensionskasse har valgt at bruge Lægernes Pensionsbank.

Lægernes Pensionsbank tilbyder alle de produkter, du også kan få hos en almindelig bank – og både du og din ægtefælle eller samlever kan blive kunder i banken.

Bankens medarbejdere er højt kvalificerede og kan alle hjælpe med boligfinansiering, pensionsrådgivning, investering og »alt det daglige«.

Du og din husstand kan fx få

- Gratis Visa/Dankort og Webbank
- GlobeCard Gold MasterCard
- Lønkredit på 100.000 kr.
Udlån pt. 7,50 pct. p.a. (ÅOP 7,7 pct.)
Indlån: pt. 1,65 pct. p.a.
- Boliglån uden gebyrer
Pt. 2,50 pct. p.a. (ÅOP 2,8 pct.) (realkreditlignende lån)
Pt. 6,75 pct. p.a. (ÅOP 7,1 pct.) (restfinansiering)
- Finansiering af andelsbolig
Pt. 4,75 pct. p.a. (ÅOP 5,0 pct.)
- Attraktive billån
Fra pt. 5,65 pct. p.a. (ÅOP 6,5 pct.)
- Pensionspuljer med lave omkostninger
- Individuelle depoter med mulighed for fondshandel via Webbank
- Mulighed for at handle beviser i Lægernes Pensionsinvestering
- Realkreditlån via BRFkredit

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





Sygeplejerskeadministreret propofolsedation i forbindelse med endoskopi

I Ugeskriftet er der bragt dels en leder, og dels en artikel under »videnskab« om sygeplejerskeadministreret propofolsedation (NAPS) i forbindelse med endoskopi [1, 2].

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) ser en række problemer i dette tiltag.

For det første: Ugeskriftet har valgt at lade lederen skrive af en anæstesiolog, som er chef for samme afdeling, som leverer backup til kirurgien, som anvender NAPS. Man kan vel dårligt forestille sig andet end en anbefaling af NAPS som konklusion på lederens indhold.

For det andet: I lederen omtales propofol som et effektivt sederingsmiddel, men med risiko for uvarslet alvorlige ændringer i patientens kredsløb og vejrtrækning, hvilket ikke kan modvirkes af antidot, da en sådan ikke findes. Det skal tilføjes, at stoffet har et snævert terapeutisk indeks. Risikoen for utilsigtede hændelser og evt. død i ukyndige hænder er således til stede. Derfor fremgår det eksplicit af Lægemed-

delkataloget, at stoffet kun bør anvendes af anæstesiologer.

For det tredje: I artiklen konkluderes det, at NAPS er en sikker og ønskværdig metode ved et stort antal endoskopiske procedurer, hvorfor metoden bør indføres i Danmark. Det fremgår ikke, hvilket datagrundlag der begrundes denne konklusion. Artiklen leverer det i hvert fald ikke.

Som anført i [1] kan kun meget store erfaringsmaterialer på flere hundrede tusinde procedurer afgøre, om sikkerheden ved NAPS ligger på et acceptabelt niveau. Nærværende materiale er i størrelsesordenen 1 promille heraf, altså langt fra et muligt grundlag at konkludere på. I tillæg dokumenteres det, at der ud fra forfatternes egen definition er næsten 8% risiko for hypoksi i forbindelse med NAPS, og at 21% af patienterne oplevede et markant blodtryksfald på over 50 mmHg.

Meget af artiklens argumentation til støtte for NAPS har grundlæggende intet

med NAPS-konceptet at gøre, men er et forsøg på forførende retorik som f.eks.:

- at det har været muligt at udføre flere procedurer under samme sedation,
- at belastende procedurer ofte kan afsluttes i samme seance,
- at kortere tids observation af patienterne efter endoskopien er mulig.

Selvsagt præcis samme fordele kunne naturligvis opnås, hvis sedationen blev foretaget af en person med anæstesiologisk uddannelse. Man ville i tilgift få en person, som prompte kunne håndtere respiratoriske og kredsløbsmæssige problemer.

Det fremhæves, at »det, der først og fremmest adskiller propofolsedation foretaget på vanlig anæstesiologisk vis fra NAPS, er, at man ved NAPS titrerer patienten ned til et ønsket sedationsniveau med successive små kvanta af intravenøs propofol ...« Det er uklart, hvad man skal læse ud af dette. Sedationsdybden kan naturligvis tvangsfrit styres, hvorhen man vil med anvendelse af stoffet. Også af anæstesiologisk uddannet personale.

Har denne publikation været redaktionelt bedømt?

På baggrund af de ovenstående forhold, der omfatter bl.a. et meget lille og inkonklusivt talmateriale, og på baggrund af bekymrende påvirkninger af iltnings- og blodtryk, ser DASAIM ingen grund til at ændre selskabets anbefalinger vedrørende administrationen af propofol. DASAIM fraråder fortsat brug af propofol af ikkeanæstesiologisk personale.

Rekommandationen og et mere uddybende svar fremgår af DASAIM's hjemmeside.

Overlæge Ole Nørregaard, formand for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
E-mail: ono@dadnet.dk

LITTERATUR

1. Poulsen JA. Sygeplejerskeadministreret propofolsedation. Ugeskr Læger 2009;171:1836.
2. Vilmann P, Hornslet P, Simmons H et al. Sygeplejerskeadministreret propofolsedation i forbindelse med endoskopi. Ugeskr Læger 2009;171:1840-3.

Svar:

Bestyrelserne i Dansk Gastroenterologisk Selskab (DGS) og Dansk Kirurgisk Selskab (DKS) har med interesse læst *Vilman et al's* artikel om anvendelsen af propofol ved endoskopiske procedurer (1). Forfatterne konkluderer, at propofol administreret af ikke-specialuddannet anæstesi-personale »er en sikker og ønskværdig metode til sedation ved et stort antal endoskopiske procedurer, og at metoden bør indføres i Danmark«. Da flere udenlandske studier har haft samme konklusion, har DGS og DKS rettet henvendelse til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) for at høre DASAIM's holdning til brugen af propofol af ikke-anæstesiuddannet personale. DASAIM har i et brev af 8. juni 2009 til DGS og DKS udtalt, at »brug af propofol skal forbeholdes anæstesiologisk uddannet personale, dvs. anæstesilæger eller anæstesisygeplejersker«. Da DASAIM således ikke billiger, at kirurger, gastroenterologer eller endoskopsygeplejersker anvender stoffet har DKS/DGS rettet samme henvendelse til såvel Sundhedsstyrelsen som Lægemiddelstyrelsen. I Lægemiddelstyrelsen meddeles det, at stoffet »kun bør anvendes af anæstesilæger eller læger med erfaring i intensiv behandling«. Forespurgt om den sidste del af udsagnet (læger med erfaring i intensiv behandling) har Lægemiddelstyrelsen på Sundhedsstyrelsens opfordring udtalt: »Propofol har udlevering B, så det kan i princippet anvendes af alle læger. Der står ikke specifikt »speciallæger i anæstesiologi«; havde Lægemiddelstyrelsen ønsket at begrænse anvendelsen til denne gruppe læger, ville det have haft »udlev. BEGR« eller »N-BS«. Definitionen må være bredere, og sætningen indikerer, at dette lægemiddel ikke bør anvendes af alle og enhver, men alene af de læger – uanset speciale – som har erfaring til at håndtere

sederede patienter på en forsvarlig måde«. DKS og DGS tolker dette således, at læger med særlig erhvervet kompetence, f.eks. i ABC-resuscitering og i brugen af propofol (f.eks. kurser o.l.) kan anvende stoffet til gavn for patienterne og undersøgelsernes kvalitet. DGS og DKS er derfor enig i *Vilman et al's* anden sætning i konklusionen: »Det er vigtigt, at metoden ikke ukritisk indføres, uden at de rette forudsætninger er til stede, herunder oplæring og vedligeholdelse af kompetencen i samarbejde med anæstesi«, og DGS og DKS vil gerne være med til et samarbejde med DASAIM om sådanne certificerende kurser.

Overlæge Lars Bo Svendsen, formand for Dansk Kirurgisk Selskab.

E-mail: lars.bo.svendsen@rh.regionh.dk

Overlæge Michael Staun, formand for Dansk Gastroenterologisk Selskab

E-mail: staun@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Vilman P, Hornslet P, Simmons H et al. Sygeplejerskeadministreret propofolsedation i forbindelse med endoskopi. Ugeskr Læger 2009;171:1840-3.

Svar:

Svar på formand for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) Ole Nørregaards kommentarer til vores artikel vedrørende sygeplejerskeadministreret propofolsedation (NAPS) i forbindelse med endoskopi [1].

Vores artikel er tænkt som en præliminær opgørelse, idet der ikke er større erfaring med NAPS i Danmark. Der foreligger i dag et betydeligt antal arbejder, som omhandler propofolsedation i forbindelse med endoskopi, og mange af disse vedrører propofolsedation foretaget af ikkeanæstesiologer. Af en nyligt publiceret international multicenteropgørelse med over 646.000 patienter [2] fremgår det, at mortaliteten i forbindelse med NAPS er lavere end ved konventionel sedation med ben-

zodiazepiner og morfika. I et Cochrane-review fra 2009 konkluderedes det på baggrund af 20 randomiserede, kontrollerede studier, at der ingen forskel var i komplikationer, blodtryksændringer, arytmier, hypoksi, tilfælde af apnø og antallet af patienter, som behøvede luftvejshåndtering [3]. Der er således ifølge litteraturen ingen grund til at tro, at propofolsedation under de rette omstændigheder er farligere end konventionel sedation foretaget af ikkeanæstesiologer.

De eksempler på forførende retorik, som Ole Nørregaard anfører, er ikke kun baseret på vores præliminære erfaring, men også på den evidens, der findes i litteraturen: Det er muligt at udføre flere procedurer under samme sedation, belastende procedurer kan hyppigere afsluttes i samme seance, og patienterne behøver kortere observation.

NAPS-metoden er udviklet, bl.a. fordi der ikke findes tilstrækkelig kapacitet til anæstesiologisk assistance i forbindelse med det store antal endoskopiske procedurer, som pågår. Det er derfor af afgørende betydning, at konstruktionen omkring propofolsedation ved ikkeanæstesiologisk uddannet personale er tilstrækkelig sikker i de få tilfælde, hvor avanceret luftvejshåndtering bliver nødvendig. Vi har i dag et formaliseret samarbejde med anæstesiologisk afdeling med mulighed for at tilkalde med kort varsel om nødvendigt.

Ole Nørregaard slutter med at henvise til et uddybende svar til støtte for DASAIM's holdning på DASAIM's hjemmeside. Det er svært at se, hvori det mere uddybende svar består, ud over en rigid holdning til, at propofol ikke bør anvendes af ikkeanæstesiologisk uddannet personale. DASAIM's holdning til en nødvendig udvikling inden for endoskopien er i øvrigt i modstrid med deres egen europæiske organisation, som i sine kliniske retningslinjer vedrørende sedation foretaget af ikkeanæstesiologer anfører følgende: »*It techniques using Propofol may also be used after appropriate training*« [4].

Klinisk forskningslektor Peter Vilman, Rationel Planlagt Kirurgi, Afdeling Z-806, Gentofte Hospital
E-mail: pevi@geh.regionh.dk

LITTERATUR

1. Vilman P, Hornslet P, Simmons H et al. Sygeplejerskeadmini-

” Meget af artiklens argumentation til støtte for NAPS (...) er et forsøg på forførende retorik

OVERLÆGE OLE NØRREGAARD, FORMAND FOR DANSK SELSKAB FOR ANÆSTESIOLOGI OG INTENSIV MEDICIN

- streret propofolsedation i forbindelse med endoskopi. Ugeskr Læger 2009;171:1840-3.
2. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E et al. Endoscopist directed administration of propofol: a world-wide safety experience. Gastroenterology 2009, e-pub ahead of print: doi: 10.1053/j.gastro.2009.06.042.
 3. Singh H, Poluha W, Cheung M et al. Propofol for sedation during colonoscopy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art.No.: CD006268. DOI: 10.1002/14651858.CD006268.pub2.
 4. Section and board of Anaesthesiology, UEMS. Guidelines of sedations and/or Analgesia by non-anaesthesiology doctors. Eur J Anaesth 2007;24:563-7.

Svar:

Tak til Ole Nørregaard og DASAİM for kommentarerne.

Der er ingen uenighed om, at brugen af propofol indebærer risici. Det gælder mange andre lægemidler, herunder midazolam og fentanyl. Men som arbejdet med patientsikkerhed har lært os, gælder det om at tænke i systemer. Hvilke patienter, hvilken teknologi, hvilken farmakologi, hvilken uddannelse, hvilken monitorering, hvilke sikkerhedssystemer og hvilke backupfunktioner arbejder vi med? Herpå beror sikkerheden.

Jeg ville have ønsket, at DASAİM havde brugt sin ekspertise til at bidrage til beskrivelsen af disse systemer. DASAİM's svenske modstykke, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård har udgivet rekommandationer for propofolsedation i ikkeanæstesiologisk regi [1]. Den beskrevne praksis på Gentofte Hospital ligger tæt på disse anbefalinger.

DASAİM's europæiske paraplyorganisation, UEMS Section of Anaesthesiology, har udgivet retningslinjer for sedation udført af ikkeanæstesiologer [2]. Heri nævnes propofol som et præparat, der kan anvendes efter relevant træning.

Ole Nørregaard anfører, at fordelene ved sygeplejerskeadministreret propofolsedation (NAPS) også kunne være opnået, hvis anæstesi-personale havde udført sedationen. Det er teoretisk rigtigt, men udsagnet forholder sig ikke til virkeligheden.

Anæstesi er en begrænset resurse. Desværre er alternativet til NAPS formentlig fortsat brug af midazolam og fentanyl.

NAPS bruges i stigende omfang rundt omkring i verden. Det er sandsynligt, at vi om få år vil have tilstrækkeligt stor erfa-

ring til at kunne udtale os om sikkerheden ved NAPS på et empirisk grundlag.

Hvis DASAİM havde bidraget til at maksimere sikkerheden ved NAPS, kunne flere patienter måske have fået gavn af metoden på et tidligere tidspunkt.

Overlæge *Jesper A. Poulsen*, Anæstesi- og intensivafdeling I, Gentofte Hospital.
E-mail: jespou01@geh.regionh.dk

LITTERATUR

1. Rekommandationer för procedurrelaterad propofolsedering, www.sfai.se (august 2009)
2. Working Party on Sedation by non-anaesthesiology doctors ved JTA Knappe. Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors. Eur J Anaesth 2007;24:563-7.

Svar:

Gastrointestinal endoskopi er i takt med den teknologiske udvikling blevet tiltagende terapeutisk orienteret, hvilket stiller særlige krav til sedation af patienterne. Som følge heraf er propofolsedation administreret af ikkeanæstesiologer blevet udbredt verden over - undtagen i Danmark. Hvilket skyldes modstand fra danske anæstesiologer, som stiller spørgsmålstejn ved sikkerheden.

I en metaanalyse fra 2005 med i alt 1.161 patienter i 12 randomiserede forsøg omfattende øvre som nedre endoskopi konkluderer man, at sedering med propofol er mindst lige så sikkert som sedering med benzodiazepin/opioid. I ni af de 12 forsøg blev propofol administreret af ikkeanæstesiologer [1].

I et Cochrane-review fra 2008 omfattende 20 randomiserede forsøg konkluderer man, at propofolsedation anvendt i forbindelse med koloskopi medfører hurtigere opvågning og udskrivelse samt højere patienttilfredshed end benzodiazepin/opioidsedation [2].

En oversigt omfattende i alt 646.080

endoskopiske procedurer fra hele verden gennemført under ikkeanæstesiologadministreret propofolsedation er accepteret til publikation i Gastroenterology [3]. Af denne fremgår, at raterne for hhv. maskeventilation, endotrakeal intubation og død var 0,1%, 0,001% og 0,0006%.

Danske hospitalsafdelinger med stor endoskopiaktivitet har med baggrund i ovennævnte data og støttet af Dansk Gastroenterologisk Selskab samt Dansk Kirurgisk Selskab ønsket en dialog med DASAİM om indførelse af ikkeanæstesiologadministreret propofolsedation til udvalgte patienter. DASAİM har imidlertid ikke - som det fremgår af ovenstående indlæg - ønsket en sådan dialog. Man kan således kun opfatte DASAİM's holdning til propofolsedation ved ikkeanæstesiologer som fagpolitisk begrundet, en holdning som er ude af trit med europæiske kliniske retningslinjer [4], og vi vil derfor atter opfordre DASAİM til konstruktiv dialog.

Overlæge *Palle Nordblad Schmith* & overlæge *Peter Vilmann*
E-mail: vilmann@dadlnet.dk
Endoskopigruppen under SFR medicin/kirurgi, Region Hovedstaden

LITTERATUR

1. Qadeer MA, Vargo JJ, Khandwala F et al. Propofol versus sedative agents for gastrointestinal endoscopy: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3:1049-56.
2. Singh H, Poluha W, Cheung M et al. Propofol for sedation during colonoscopy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art.No.: CD006268. DOI: 10.1002/14651858.CD006268.pub2.
3. Rex DK, Deenadayalu VP, Eid E et al. Endoscopist directed administration of propofol: a world-wide safety experience. Gastroenterology 2009, e-pub ahead of print: doi: 10.1053/j.gastro.2009.06.042.
4. Knappe JTA, Adriaenssens H, van Aken H et al. Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anaesthesiology doctors. Section and Board of Anaesthesiology, European Union of Medical Specialists. Eur J Anaesth 2007;24:563-7.



DEBATINDLÆG – SÅDAN GØR DU ...

Send dit debatindlæg som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Et debatindlæg må fylde op til 2.800 tegn (optalt med mellemrum).

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte Kirsten Falck (videnskabelig debat) på 35 44 82 79, kfa@dadl.dk, eller Elizabeth Gatzwiller (politisk debat) på 35 44 83 26, ega@dadl.dk

Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg. En ♣ foran navnet betyder, at der ikke er nogen interessekonflikter.



Opgaveglidning

I tillægget om opgaveglidning er der en »gammel nyhed«. På side 29 er der et notat om portører på Hvidovre Hospital, muligvis inspireret af en oplysning i TV Avisen (hvor jeg måtte meddele redaktionen, at dette aldeles ikke var nogen nyhed, men det har de nu ikke reageret på). For godt et halvt år siden var der både i Jyllands-Posten og i radioavisen indlæg om oplærte portører i trekantområdet i Jylland (også her måtte jeg fortælle redaktionen, at der ikke var noget nyt i det).

I omkring 45 år har man haft portør-operationsassistenter i Hjørring, og det har måske været på grund af dette, at jeg, sammen med Francis Zachariae blev udpeget til en arbejdsgruppe (formand professor Helge Faber), som i den første halvdel af 1970'erne mødtes i Indenrigsministeriet, og som afsluttede med en betænkning, som imidlertid som så mange andre af den slags er endt i et eller andet arkiv. At de så på Hvidovre Hospital kalder disse portører »kirurgiske operatører« må stå for deres regning.

Men såvel mine ortopædkirurgiske kolleger som jeg selv har haft megen glæde af at arbejde med portører som assistance ved operationer.

fhv. overkirurg Hans J. Møller, Hjørring
E-mail: hansjm@privat.dk



Influenza

Nu hvor det værste hysteri angående influenza H1N1 har lagt sig, har jeg følgende spørgsmål/kommentarer. Fra at være en sygdom, som blev skreget ud til at være næsten 100% dødelig, er man nu blevet enige om, at den ikke er værre end almindelig influenza, som kommer hvert år.

Derfor følgende spørgsmål: Skal alle raske unge mennesker, som aldrig tidligere er blevet vaccineret mod influenza, nu vaccineres, i givet fald hvorfor, når den ikke er farligere end influenzaen de andre år?

Hvorfor skal alle gravide nu pludselig have Tamiflu ved influenza? Det har de da ikke fået før, og denne influenza er jo ikke farligere end tidligere influenzaer, så hjerne-skadefrekvensen (hvis den findes) må da være den samme, hvorfor har man så ikke gjort det de andre år (nyindført pga. mediehysteri???)

Når nu epidemien kommer, skal læger og ikke mindst vagtlæger så stadig iføre sig rumdragtsudstyr, hvilket på en lægevagt måske kunne blive 20 gange, der er jo mange børn med over 38 °C og hoste?

Disse spørgsmål vil jeg gerne have et præcist svar på; altså ikke et svar med noget om at konferere med diverse infektionsafdelinger og embedslægeinstitutionen, når situationen opstår, bare et simpelt svar på ovenstående.

Praktiserende læge Peter Andreasen, Kongerslev
E-mail: p.andreasen@dadlnet.dk

Specialpsykologer i psykiatrien – fra et yngre læge perspektiv

Planen om at uddanne specialpsykologer til psykiatrien er stærkt problematisk

Ugeskrift for Læger bragte den 22. juni en artikel [1] om Dansk Psykolog Forenings (DPF) og Danske Regioners intentioner om at uddanne psykologer til at varetage lægefunktioner på psykiatrisk afdeling, herunder diagnostik, visitering, monitorering af psykofarmakologisk behandling og akutarbejde [2]. Baggrunden er dels manglen på psykiatere og dels DPF's erklærede mål om at kopiere »den norske model«, hvor psykologer spiller en væsentlig større rolle inden for diagnostik og behandling [3].

Fra et rekrutteringsperspektiv mener vi, at forslaget på længere sigt kan vise sig at give bagslag. Det er overvejende sandsynligt, at mange yngre læger vil føle sig yderligere betænkelige ved at vælge et fag, hvor grænsen til andre faggrupper bliver tiltagende utydelig, og hvor kollegaen, du overtager vagten fra eller går stuegang med, lige såvel kan være psykolog som læge. Vi forudser, at beslutningen vil medføre et yderligere prestigetab for faget psykiatri i yngre lægers og medicinstuderendes øjne.

Fra et lægeligt uddannelsesmæssigt perspektiv er planen også stærkt problematisk. Yngre læger i psykiatrien har i den kliniske hverdag først og fremmest behov for at møde speciallæger i psykiatri, bl.a. for at lære psykopatologi og psykofarmakologi. Specialuddannede psykologer bør ikke deltage i uddannelsen af yngre læger, fordi de ikke vil være uddannet i disse discipliner på speciallægeniveau. På mange afdelinger varetager læger i dag en række opgaver, der ikke er lægefaglige. Man bør i stedet fokusere på i videst muligt omfang at frigøre speciallægerne fra disse opgaver for at give tid til tilstedeværelse på afdelingen og til klinisk undervisning.

Formand for DPF, Roal Ulrichsen, udtaler, at hvis der er den »ringeste tvivl« om, hvorvidt der er et somatisk problem med en akut patient, skal lægen tilkaldes. Her er den åbenlyse problemstilling, at man skal have erfaring med somatiske symptomer for at kunne genkende dem og reagere på dem. Den viden og erfaring kan selv specialuddannede psykologer ikke opnå, fordi de ikke er uddannet i medicin og kirurgi eller

har haft de kliniske ophold og ansættelser på somatiske afdelinger, som læger har haft.

Konceptet rummer også et uddannelsesmæssigt problem: Skal yngre læger anvende deres sparsomme uddannelsestid til at være opbakning for psykologer i somatiske spørgsmål? Som yngre læge i psykiatrien ved man, at det ofte er den somatiske komorbiditet (fx et subduralt hæmatom, uoplyst veneficium etc.), der rummer den største akutte risiko for død eller varige men. Hvis psykologer overtager det »rene« psykiatriske akutarbejde, vil de yngre læger skulle håndtere (og have juridisk ansvar for) relativt flere af disse tilstande. Hvad siger Lægeforeningen til det?

De tilstande, der behandles i det psykiatriske system, er i kraft af deres karakteristiske symptomer, forløb og prognose, deres i stigende grad påviste biologiske patogenese og deres respons på specifikke behandlinger utvivlsomt sygdomme. Med andre ord tilstande, som læger specifikt er uddannet til at tage sig af, og tilstande, som først og fremmest skal klassificeres, diagnosticeres og behandles på et naturvidenskabeligt fundament. Hvilket ikke betyder, at der ikke er brug for psykologer i psykiatrien, for det er der i høj grad: Køen til psykoterapeutisk behandling af de ikke-psykotiske lidelser er lang, og her er der mulighed for at styrke psykologernes psykiatriske uddannelse og udbygge det gode samarbejde, vi allerede har i dag.

Vi beder indtrængende Sundhedsstyrelsen om ikke at give specialuddannelsen, som den foreligger nu, en faglig blåstempling og dermed sætte en udvikling i gang, som vil blive meget vanskelig at rulle tilbage, den dag vi igen har psykiatere nok.

LITTERATUR

1. Ugeskr Læger 2009;171:2154-8.
2. www.regioner.dk
3. www.danskspsykologforening.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Læge, ph.d.-studerende
Anders Jørgensen,
læge, ph.d. Mia Greisen
Søndergaard,
læge Thomas Fahmy
og 1. reservelæge
Nanna Platz
Psykiatrisk Center,
Rigshospitalet, og Århus
Universitetshospital,
Risskov



Vi modtager meget gerne forslag til Min Mening. Send din tekst som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Min mening må fylde 3.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

Teledermatologien som supervision – en status efter fem års formaliseret teledermatologi på Færøerne

Der er store kvalitetsmæssige perspektiver i telemedicin



Gregor B.E. Jemec, forskningslektor, Dermatologisk Afdeling, Roskilde Sygehus. E-mail: gbj@regionsjaelland.dk



Knud Jacobsen, kommunelæge, Eidi, Færøerne

ILLUSTRATION
Lars-Ole Nejstgaard

Kvalitet og tilgængelighed er centrale elementer i Sundhedsvæsenet. I takt med at tilgængeligheden er udbygget, er der i de seneste årtier blevet sat mere fokus på kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser til gavn for både patienterne og os, der arbejder der. I almen praksis er kærneydelsen naturligvis almen medicin, men primærlægen tager også stilling til et utal af organspecifikke problemer og forestår behandling af dem. Behandlingen deles tvangsfrit i tre grupper: En vis mængde er primærlægen overbevist om, at hun kan håndtere, en vis mængde er hun alvorligt i tvivl om - og viderevisiterer, og en vis mængde tror hun nok, at hun ved, hvordan hun skal håndtere. Af hensyn til den daglige drift og for at gøre det hurtigt og nemt for patienten iværksættes der ofte en behandling på dette »jeg tror nok jeg ved«-grundlag.

VIDE PERSPEKTIVER

Mellemgruppen »jeg tror nok jeg ved« og gruppen, der viderevisiteres, er målgrupperne, når man vil øge kvaliteten. Dette kan ske ved, at man opretter specialambulatorier, diabetesambulatorier, hypertensionsambulatorier, migræneambulatorier osv., det kan også ske ved, at man tilfører mere viden til primærlægen. Traditionelt udmøntes dette i diverse organspecifikke kurser og andre former for teoretisk eller passiv læring med de risici for suboptimalt udbytte, som dette medfører. Typisk er konkret, patientcenteret læring i den praktiske situation, som vi kender den fra mesterlæren, mere effektiv, men vanskeligere at organisere medmindre man tænker alternativt. Telemedicin beskrives oftest som en måde at organisere patientbehandling på navnlig i områder af verden, hvor specialister ikke er til rådighed, men metoden har potentielt meget videre perspektiver i kvalitetsmæssig sammenhæng. Det er netop ved at anskue telemedicin generelt og teledermatologi i særdeleshed som supervision, at man ser dens potentiale.

Siden 2003 har man på Dermatologisk Afdeling på Roskilde Sygehus varetaget al dermatologisk specialistbehandling på Færøerne efter en aftale indgået direkte

imellem Landssygehuset i Torshavn og Roskilde Sygehus. Aftalen er struktureret således, at Dermatologisk Afdeling har et sygeplejerskebemandet ambulatorium på Landssygehuset, hvor man med teledermatologiske konsultationer står for den daglige drift, mens mere komplicerede patienter, som enten kræver diagnostisk udredning eller terapeutiske tiltag ses ved traditionelle konsultationer i forbindelse med speciallægebesøg otte gange årligt. Teledermatologien gennemføres ved standardiserede store and forward-henvisninger, hvor de vigtigste anamnesticke oplysninger og illustrative billeder udveksles på legal vis via en sikker forbindelse på internettet (Dansk Telemedicin A/S). På denne måde sikres Færøske patienter en smidig daglig adgang til speciallægebehandling. Denne institutionelt forankrede aftale sikrer desuden både kontinuitet og gensidig vidensudveksling imellem Landssygehuset og Roskilde Sygehus. I 2006 blev aftalen udbygget til også at omfatte teledermatologiske konsultationer direkte mellem kommunelægerne (almen praksis) på Færøerne og Dermatologisk Afdeling på Roskilde Sygehus, hvorved teledermatologien kan bidrage yderligere til kvalitetsudviklingen på Færøerne. Vores projekt udsprang af nød, nemlig da der ikke længere fandtes en praktiserende dermatolog på Færøerne, men hen ad vejen har vi fundet en form, der er langt mere end en erstatning for en manglende speciallæge.

HURTIGERE SVAR

Telemedicinen bringer problemoplevelsen og løsningen tættere på hinanden. Hvis primærlægen sidder med et dermatologisk problem, som hun eller han ikke kan gennemskue, og på traditionel vis viderevisiterer patienten, går der typisk så lang tid, før svaret dukker op, at den præcise problemstilling er glemt, og man registrerer bare, at patienten er behandlet. Dette er godt nok for patienten, men den henvisende læge lærer ikke meget deraf. I teledermatologien foreligger svaret inden for to dage og er koblet sammen med primærlægens beskrivelse og billederne, således at problemstillingen er lysende klar for primærlægen, og



hun umiddelbart kan lære af tilbagemeldingen. Dette betyder altså ikke bare, at patienten får en god behandling (det fik hun også hos speciallægen), og ikke blot, at det går meget hurtigere at komme i gang med den rigtige behandling, men det betyder også, at primærlægen hele tiden bliver fagligt opkvalificeret og dermed bliver generelt bedre til at behandle dermatologiske problemer. Det nære samarbejde stimulerer også primærlægen til at formulere sine overvejelser præcist, og denne stillingtagen er et væsentligt element i læringen.

PRÆCISION

Ved brug af teledermatologien kan primærlægen rådføre sig med specialisten direkte og uden at flytte patienten. Fordi en kontakt til speciallægen således ikke belaster patienten direkte, har vi problemløst kunnet inddrage »jeg tror nok, jeg ved«-patienterne. Altså kan primærlægerne uden videre spørge om alle problemer, også dem som man blot er usikker overfor. Korrekte forslag kan hurtigt bekræftes og styrker dermed en optimal klinisk adgang til problemerne. Fordele er den ret indlysende, men ofte oversete: At primærlægen indstiller sig på præcision i diagnostikken. Nok er det muligt at »Kenalog comp mykostatin« rammer meget, men det løser bestemt ikke alle problemer,

og lejlighedsvis skaber det også egne, nye problemer, som det er bedst at undgå. Tilsvarende undgår patienten den mindre patientvenlige »og går det ikke, kan jeg altid henvise senere«-behandling. Vi opnår simpelthen en større faglig standard i hele det dermatologiske felt til stor tilfredsstillelse for patienter, primærlæger og dermatolog.

Da man ikke kan lave kontrafaktisk forskning, ved vi ikke, hvad teledermatologien har sparet/belastet speciallægerne med i forhold til, hvis den ikke havde været der. Det her er altså ikke en anvisning på, hvordan der kan spares på et eller andet, men en illustration af, hvordan det kan bruges til at løfte kvaliteten i almen praksis og øge glæden ved arbejdet. Efter fem år med teledermatologisk samarbejde, hvor forskellige børnesygdomme er overstået, og tilliden parterne imellem er fasttømret, er det blevet en selvfølgelig del af hverdagen og en daglig fornøjelse for begge parter.

Sagen er, at teledermatologien har nedbrudt muren mellem primær og sekundær sundhedstjeneste, hvad angår hudsygdomme, så vi oplever at være fælles om at løse hele spektret af befolkningens hudproblemer. Og der er for os ingen tvivl om, at dette nære samarbejde på tværs af sektorerne øger både kvaliteten i arbejdet og glæden ved arbejdet.

Noget tilsvarende må kunne gøres i andre specialer.

KRONIK

Vi modtager meget gerne kronikforslag. Send din kronik som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Kronikken må fylde 7.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

Haves: Faglighed – Savnes: X-factor!

KOMMENTATOR

Imran Rashid, under uddannelse til speciallæge i almen medicin og foredragsholder, imran.rashid@dadlnet.dk

FOTOS

Ugeskrift for Læger og Hung Tien Vu

10 DE TI

Hver uge skiftes ti kommentatorer til at forholde sig til et aktuelt sundhedspolitisk emne.

Nis Alstrup, formand for Brancheforeningen for 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, ph.d., almen praksis. Bente Klarlund Pedersen, professor på Rigshospitalet. Imran Rashid, under uddannelse til speciallæge i almen medicin og foredragsholder. Sidsel Vinge, projektleder på Dansk Sundhedsinstitut.

Har du en kommentar til dette indlæg? Gå ind på Ugeskriftet.dk -> Seneste nummer -> De ti og skriv din kommentar.

Vurderet ud fra længden af den danske lægeuddannelse må det antages, at vi har nogle af de læger i verden, som rent fagligt er klædt bedst på. Men har vi så også nogle af verdens bedste læger? For at kunne besvare dette spørgsmål må man først overveje, hvad der karakteriserer en god læge?

Viden og dygtighed ville mange nok tænke. For en kirurg måske, at man kan bevare fokus og finmotorisk snilde under en 16 timer lang mave-tarm-kirurgisk operation. En mediciner stræber måske snarere efter, at man i bedste Sherlock Holmes-stil ud fra en syntese af anamnese, kliniske, parakliniske og billeddiagnostiske undersøgelser hurtigt kan finde frem til løsningen på en kompliceret medicinsk problemstilling. Et interessant og måske mere relevant spørgsmål, man burde stille er: hvad mener patienterne, karakteriserer en god læge? For det er trods alt dem, »lægekunsten« i sidste ende går ud over. Det er jo heller ikke nok for en kok, at han er den eneste, der synes, at hans mad smager godt ...

Min personlige, lille, uvidenskabelige spørgerunde omfattende min svigermor, en nabo og to kammerater affødte flg. tillægsord for Den Gode Læge: tryk, venlig, virker kompetent, pædagogisk, god til at forklare og empatisk. Komplet uden statistisk signifikans kan man altså aflede, at de ønskede værdier hos lægen for nogle patienter måske ikke altid er de samme værdier, som lægen selv sætter højest. Et dilemma, man bør tage ad notam, da enden

til at tilpasse sig vores patienters personlighedstyper – »kemien«, om man vil - har afgørende betydning for, hvordan vores kompetence-niveau opfattes, og hvem vil ikke

gerne have tilfredse patienter og samtidig fremstå som en dygtig læge?

Hvis jeg kunne bestemme, skulle alle læger mindst en gang årligt filmes med skjult kamera og efterfølgende få tilsendt båndet, så de fik muligheden for at opleve sig selv i lægerollen. Diskrepansen mellem realitet og ideal mht. ens lægerolle ville så kunne afdækkes ved svaret på spørgsmålet, om man som patient ville vælge sig selv som læge? Et nej hertil skulle meget gerne give anledning til selvransagelse, så man gjorde en indsats for at få lidt mere X-faktor – dvs. enden til at behandle alle patienter lige forskelligt ud fra deres resurser eller mangel på samme!

” Hvem vil ikke gerne have tilfredse patienter og samtidig fremstå som en dygtig læge?

Først når alle læger besidder denne X-faktor, mener jeg, at vi vil have opnået det moderne, individualiserede sundhedsvæsen, som primært er til for patienternes skyld. På samme tid undgår vi risikoen for, at det vil blive opfattet som en skueplads for vores omnipotens!

