

UGESKRIFT FOR LÆGER



19. april 2010
Udgivet af Lægeforeningen
Journal of The Danish Medical Association
Ugeskrift for Læger 2010;172:1161-1244
www.ugeskriftet.dk

16/2010

Behandling mod
septisk shock i Danmark
er helt i top
s. 1206

Lægeforening ønsker
ligestilling for
psykiatriske patienter
s. 1168



Myte aflivet:

**Lægers bijob
gavner patienter**

s. 1182



Lægeforeningen: Psykiatriske patienter skal ligestilles. 1168



Hidtil største undersøgelse af lægers bijob. 1174



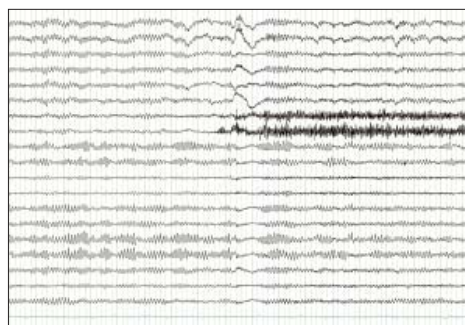
Akutberedskabets forpost ligger i Thy og på Mors. 1183

INDHOLD

- 1167 **Leder**
Kliniske retningslinjer er ikke hobby.
Poul Jaszczak
- 1168 **Nyheder**
Lægeforeningen: Psykiatriske patienter skal ligestilles. *Klaus Larsen*
Fem Spørgsmål, Sagt & Skrevet,
Ugens Billede og øvrige nyheder
- 1174 **Fokus**
Lægemøde i valgets tegn.
Lars Igum Rasmussen, Anne Steenberger & Klaus Larsen
- 1179 **Formandsvalg**
Femte kandidat til formandsposten.
Anne Steenberger
- 1180 **Lægeli**
Læger med bijob er en gevinst for samfundet. *Lars Igum Rasmussen*
- 1183 **Akut**
Frivillige vil yde akut hjælp til medborgere.
Kurt Balle Jensen
- 1184 **Kvalitet**
Blandede karakterer til kontaktpersonordningen. *Lise Penter Madsen*
- 1183 **Praktiserende læger**
PLO klar med akutupolitik. *Klaus Larsen*
- 1189 **Videnskabelige artikler**
Se videnskabeligt indhold på side 1165
- 1224 **Anmeldelser**
- 1225 **Meddelelser & navnestof**
- 1229 **Job & praksis**
- 1233 **Debat**
Behandling af borderline personlighedsforstyrrelser. *Christian Frøkjær Thomsen*
Med svar af *Carsten René Jørgensen et al*
Sarkomer – hvad enhver læge bør vide.
Johnny Keller et al. Med svar af *Tania Podlaska Mariager.* 1234
Statininducerede muskelproblemer er undervurderede. *Uffe Ravnskov.*
Med svar af *Bjarke Edholm* 1235
Screening for kalk hos asymptomatiske personer. *Erling Falk & Henrik Sillesen.* 1236
D-vitamin – kejserens nye klæder?
Ole Aagaard. 1237
(Mere) tvang i psykiatrien – a slippery slope? *Mette Brandt-Christensen.* 1237
Fedmekirurgi – privat eller offentligt regi.
Knud Freund. 1238
Tvangsbehandling af alkoholikere?
Abir Al-kalemji. 1238
- 1240 **Kronik**
Måske kan behandlingsretten være en løftestang for børne- og ungdomspsykiatrien? *Nina Tejs Jørring*
- 1242 **De ti**
Let og lige adgang for alle, for fattige som rige ... *Lotte Hvas*



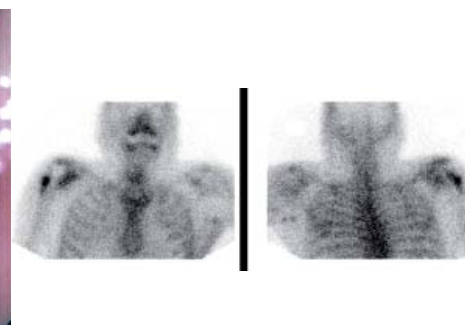
Kontrolleret oplag:
24.430 eksemplarer



Kognitiv terapi ved psykogen nonepileptisk anfald. 1210



Spolormen *Ascaris lumbricoides* lokaliseret i andet stykke af duodenum. 1213



Proteseløshed påvist ved skintigrafi. 1221

VIDENSKABELIGE ARTIKLER

1186 Medicinske nyheder

1189 Leder

Panton-Valentine-leukocidin-producerende *Staphylococcus aureus* som årsag til nekrotiserende pneumoni og død. *Robert Skov*

1190 Kasuistikker

Fatal pneumoni med Panton-Valentine-leukocidin-producerende *Staphylococcus aureus*. *Peter Hedelund Rabøl, Ram Benny Dressau, Mads Warnecke et al*

Kognitiv adfærdsterapi ved nonepileptiske anfald. *Lotte Søvsø*. 1210

Muskuloskeletal behandling af 11-årig med artrogrypose. *Maria Morandi Thomsen, Stig Aaberg Thomsen & Pernille Due*. 1211

Tilfældigt fund af biliær ascariasis. *Anders Donatsky Kristensen & Michael Achiam*. 1213

Linezolid som behandling af infektiøs endokarditis. *Trine Kiilerich Lauridsen, Magnus Arpi & Niels Eske Bruun*. 1215

Hypoglossusparese efter vasculitis i arteria carotis interna. *Tina Toft Kristensen*. 1216

Kikuchi-Fujimoto-syndrom. *Jamshaid Ul-Mulk & Janko Mortiz*. 1218

1192 Originalartikler

Sammenhæng mellem produktivitet, listestørrelse, patient- og praksiskarakteristika i almen praksis. *Kim Rose Olsen, Torben Højmark Sørensen & Dorte Gyrd-Hansen*

Kontaktpersonordningen – fra navn til gavn? *Birthe Rosenkrantz Lindegaard & Peter Qvist*. 1197

Metode til kompetenceevaluering af speciallæger – validering af 360-graders-skema.

Kirsten Nørgaard, Juri Pedersen, Lisbeth Ravn et al. 1201

Septisk shock på intensivafdeling.

Anders Perner, Sarah Carlsen, Klaus Marcussen et al. 1206

 Kondylomers betydning for livskvalitet på lang sigt – et opfølgingsstudie. *Gitte Lee Mortensen*. 1220

1219 Lægemiddelstyrelsen

1221 Månedens billede

1222 Nyt fra EMA

1223 Akademiske afhandlinger



FØRST PÅ NETTET 19. APRIL 2010

- Uændret incidens af Guillain-Barrés syndrom i Fyns Amt i en tiårsperiode. *Caroline A.E. Leo, Søren H. Sindrup & David Gaist*
- Risiko for øget sygelighed hos kvindelige idrætsudøvere. *Anette Grønning Olesen, Helle Vibeke Clausen, Sven Olaf Skouby et al*
- Hofteartroskopi. *Bent Lund, Kjeld Søballe, Søren Winge et al*
- Øget forekomst af depression hos patienter med hepatitis C-infektion. *Simon Hjerrild, Signe Groth Renvillard, Peter Derek Christian Leutscher et al*
- Endnu en genetisk årsag til pludselig uventet hjertedød. *Daniel Vega Møller, Lars Køber, Ole Havndrup et al*
- Nye behandlingsmuligheder ved primær immun trombocytopeni. *Sif Gudbrandsdottir, Henrik Frederiksen, Henrik Sverre Birgens et al*
- Aldosteron forværrer kronisk nyreinsufficiens. *Karl Emil Kristensen & Martin Egffjord*
- Telomerer og telomerase. *Laila Bendix & Steen Kølvrå*
- Behandling af neuroendokrine gastrointestinale tumorer. *Carsten Palmæs Hansen, Seppo Langer, Susanne Frevert et al*

Man skal være logget ind på Ugeskriftet.dk for at læse artikler publiceret Først på nettet.

Kliniske retningslinjer er ikke en hobby

Patienter med kræft i endetarmen kan i dag se fremtiden i møde med større forhåbning end for 15 år siden. Næsten dobbelt så mange overlever. Af flere grunde: behandlingsmetoderne er centraliseret og forbedret, og nationale kliniske retningslinjer sikrer, at flere patienter får den pt. bedste behandling.

Endetarmskræftpatienterne er ikke enestående. Der er andre eksempler på, hvordan kliniske retningslinjer er til gavn for patienterne. Retningslinjer findes desværre ikke over alt, og det bør der rettes op på hurtigst muligt.

” Det er urimeligt og perspektivløst ikke at sætte opgaven i system og give eksperterne ordentlige arbejdsbetingelser.

Lægerne er klar, viser en ny enquete, som Lægeforeningen har gennemført blandt medlemmerne. Læger vil bruge de nationale kliniske retningslinjer, der er, og de vil også engagere sig i at udvikle retningslinjer på de mange områder, hvor de endnu mangler.

Den velvilje er det helt oplagt, at Sundhedsstyrelsen, regeringen og regionerne samler op. Opgaven kan ikke vente. Det har været beskæmmende at opleve, hvordan læger på den ene side stilles over for det – helt rimelige – krav, at patienter overalt i landet skal kunne gå ud fra, at de tilbydes den bedste behandling.

Og på den anden side, hvordan det konkrete arbejde med at udarbejde de nødvendige landsdækkende retningslinjer reelt af både styrelse og regioner er blevet prioriteret som om, at der var tale hobbyprojekter. Det har ikke afholdt lægelige ildsjæle fra at gå i gang med opgaven – ofte efter en lang arbejdsdag og uden betaling.

Dem kan vi takke for de retningslinjer, som foreligger i dag, og de skal have ros. Men det er urimeligt og perspektivløst ikke at sætte opgaven i system og give eksperterne ordentlige arbejdsbetingelser. Tænk hvis ny medicin skulle udvikles på samme dårlige betingelser.

Der har været gjort forsøg på at få mere systematik i arbejdet med kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen drev fra 2004 til 2007 et sekretariat for referenceprogrammer, men ressourcerne var for få, og arbejdet skred for langsomt frem.

Nu promoverer styrelsen sit bud på en ny løsning – Map of Medicine – som er importeret fra Storbritannien. Det ville være dejligt, hvis vi kunne bruge den, for det ville lette arbejdspresset på danske læger blot at kunne overtage en udenlandsk model. Men det kan vi desværre ikke. Map of Medicine passer af flere grunde ikke til danske forhold. Det tager ikke tilstrækkeligt højde for de problemer, der ligger i overgange mellem sektorerne, det dækker slet ikke behovet for antallet af retningslinjer, og vi er ikke trygge ved det faglige niveau.

Vi skal have nationale retningslinjer, som er overskuelige og nemt tilgængelige for læger. Det skal være nemt at få information, retningslinjerne skal være opdaterede, de skal suppleres af kliniske databaser, og læger skal ikke være i tvivl om, at de kan få den nødvendige viden ét – og kun ét – sted. I dag oplever mange, at de skal orientere sig i en jungle af guidelines, referenceprogrammer, håndbøger og lokale retningslinjer, hvis grundlag kan være vanskeligt at vurdere.

Tiden er nu mere end moden til, at de videnskabelige selskaber, Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner får talt tingene igennem og finder ressourcerne til en løsning, som er skræddersyet til dagligdagen i det danske sundhedsvæsen. Lægerne er klar.

MEDLEM AF LÆGEFORENINGENS BESTYRELSE
Poul Jaszczak



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

Yves Sales, formand
Lisbeth B. Lintz Christensen
Michael Dall
Jette Dam-Hansen
Henrik Dibbern

Poul Jaszczak

Klaus Klausen
Erik Kristensen
Peter Magnussen
Niels Siebuhr

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Henrik Dibbern, formand

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

Erik Kristensen, formand

YNGRE LÆGER

Lisbeth B. Lintz Christensen, formand

Lægeforeningen: Psykiatriske patienter skal ligestilles

Psykisk syge behandles som andenrangs patienter, der går for lud og kolde satspuljemidler, mener Lægeforeningen, som nu vil lægge hele sin vægt bag at give psykiatrien et kraftigt løft.



Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

FOTOS
istock

Lægeforeningen vil opruste på den psykiatriske front: Psykiatrien er et forsømt speciale, økonomisk udsultet, underbemandet og med nedslidte afdelinger, mens det somatiske sundhedsvæsen løber med opmærksomheden, prestigen og resurserne.

Det skal der laves om på. Nu vil Lægeforeningen have politikerne til at sidestille de psykiatriske patienter med de somatiske og sikre dem den nødvendige lægelige behandling, ordentlige fysiske rammer – og at psykiatrien får et permanent økonomisk løft.

Mens det øvrige sundhedsvæsen får alle sine penge over finansloven, må psykiatrien hvert år finansiere en del af sine aktiviteter via en politisk tildeling af satspuljemidler, hvilket gør livet lidt usikkert for psykiatrien. Det er derfor et længe næret ønske hos såvel Danske Regioner som specialet selv, at psykiatrien i lighed med det øvrige sundhedsvæsen får en fast plads på finansloven – og gerne med langt flere midler end hidtil.

»Der gives langt færre resurser til de psykiatriske patienter end til de somatiske«, siger psykiater og medlem af Lægeforeningens bestyrelse, Niels Siebuhr. Som hovedforfatter til det psykiatrioplæg, der skal drøftes på Lægemødet i Kolding, peger han på, at de penge,

der tilføres sundhedsvæsenet, er yderst skævt fordelt – hvad Danske Regioner ofte har dokumenteret.

FOLKESYGDOM

Lægeforeningens oplæg taler ligefrem om psykiiske lidelser som »folkesygdomme«. En halv million danskere har eller vil få depressioner eller angsttilstande med behov for psykiatrisk hjælp til at komme på benene igen. Dertil kommer 75.000 med spiseforstyrrelser og 40.000 svært syge med psykoser. Syge, hvoraf mange ikke får hjælp i den udstrækning, der behøves:



TILGANG TIL HOVEDUDDANNELSEN 2006-2009

Psykiatrien tiltrækker flere.

	2006	2007	2008	2009
Opslåede	46	48	50	54
Besatte	30	38	42	45
Vakante	16	10	8	9
Dimens.plan	46	46	50	50

Kilde: Sundhedsstyrelsen

NYHEDER
REDIGERET AF
Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk



KORTE NYHEDER

PLO: Vi kan vente på bedre OK-tilbud

Den overenskomst, der for længst skulle være indgået mellem Danske Regioner og PLO, lader vente på sig. Almen praksis kører videre efter gammel overenskomst – og det kan den få lov til, lige indtil regionerne opgiver, hvad PLO-formand Henrik Dibbern kalder deres »økonomiske nultilbud«.

»Når Danske Regioner igen inviterer til forhandlinger, er PLO naturligvis klar«, sagde Dibbern til PLO's repræsentantskab. »Men jeg tør godt love, at vi kun kommer tilbage med et aftaleforslag, hvis aftalen er bedre end den, vi allerede har – om det så bliver i år, eller om det måtte blive senere«.

Programændring for Lægemødet

Læge- og repræsentantmødets åbning næste fredag den 23. april er udskudt til kl. 16.15. Almindeligt medlemsmøde og generalforsamling i pensionskassen starter kl. 13.00 i stedet for kl. 16.30. Møderne er åbne for alle medlemmer af Lægeforeningen, og man kan tilmelde sig ved hjælp af skemaet, der findes på forsiden af www.laeger.dk > Lægemødet 2010.

13.00-14.45: Alm. medlemsmøde og generalforsamling i Lægernes Pensionskasse. Kaffepause og kl. 15.10-16.10 gruppemøder for Lægeforeningens repræsentanter.

Brystkræft behandles vidt forskelligt

Nogle sygehuse fjerner hele brystet, mens andre sygehuse primært benytter brystbevarende operationer, viser rapport fra de danske brystkræftlæger (DBCG) om kvalitet i den danske brystkræftbehandling. På nogle sygehuse får kun godt hver tredje patient med en stor tumor i brystet en brystbevarende operation, mens det på andre sygehuse er to ud af tre patienter, og det møder nu kritik fra Kræftens Bekæmpelse, der kalder det uacceptabelt, at der er så stor forskel fra sygehus til sygehus, skriver Berlingske Tidende.

Yderdanmark bliver tømt for læger

I dag er 26 procent af Danmarks praktiserende læger fyldt 60 år. Langt de fleste bor i udkanten af Danmarks-kortet, der inden for få år vil stå med en omfattende mangel på læger. Konsekvensen er, at udkantsområderne i fremtiden får den dyreste og dårligste lægedækning, siger eksperter i Ugebrevet A4. Blot 7,5 procent af de praktiserende læger er 40 år eller yngre.

»Kapaciteten er alt for ringe. Man regner med, at højst 10-20 pct. af dem, der har et reelt behandlingsbehov, får den teknisk bedste hjælp, man kan give«, siger Niels Siebuhr.

Problemet skyldes også, at der mangler psykiatere. I de seneste år er tilgangen øget til specialet (se tabellen), og det vil på lidt længere sigt øge kapaciteten.

Tilgangen skyldes ifølge Niels Siebuhr især, at psykiatrien – med fremkomsten af nye antidepressive og antipsykotiske stoffer – har fået bedre behandlingsmuligheder. Det fortæller de unge læger, at specialet faktisk har noget at byde på.

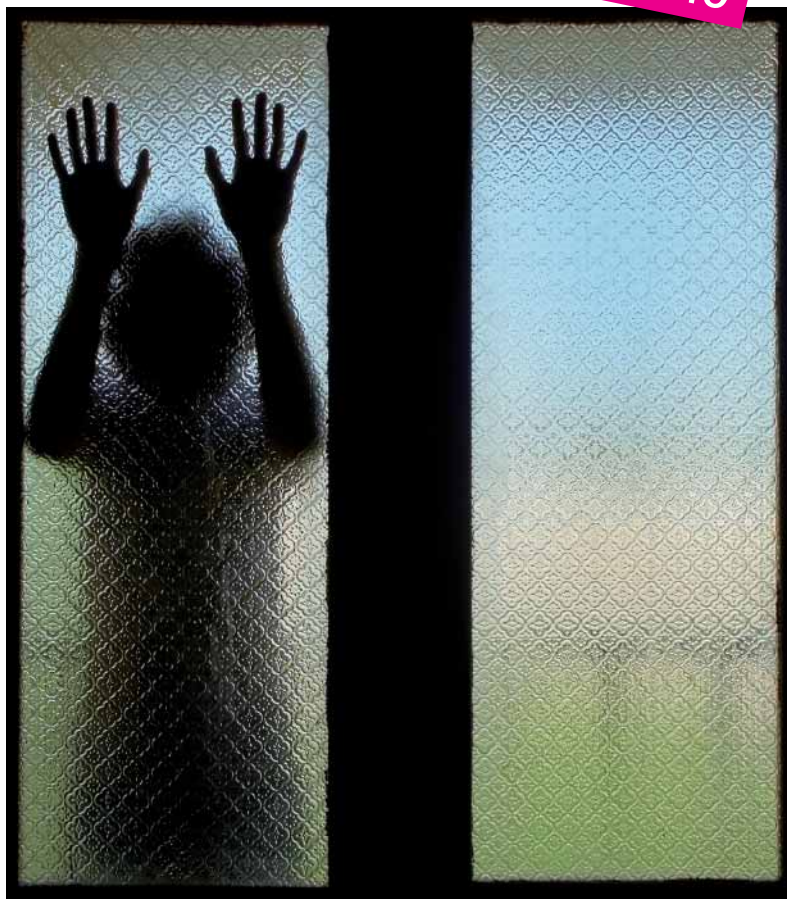
»Desuden er den medicinsk-biologiske forståelse af sygdomme i hjernen udviklet eksplosivt med de nye skanningsteknikker. Tidligere var hjernen en mystisk, grå klump; nu begynder vi at kunne se hjernens funktioner, og hvad der sker, når man tænker eller har sygdomme. Det har skabt en helt anden tilgang og holdning til psykiske sygdomme«, siger han.

Psykiatriens opgradering kræver også, at den bliver frigjort fra det sociale område og lægges ind på hospitalerne. Derfor vil psykiatrioplægget have de gamle og uhyggelige afdelinger shinet op, så de bliver behagelige at opholde sig i. Men der skal også opføres psykiatriske afdelinger i tilknytning til de kommende nye sygehuse, siger Niels Siebuhr:

»Psykiatri er behandling af syge mennesker, som ofte fejler mange andre ting – ligesom folk med somatiske sygdomme også kan have psykiske lidelser. Derfor skal der være et tæt samarbejde med det somatiske sygehusvæsen«.

Og så er det bydende nødvendigt at afsætte penge til at uddanne og ansætte flere:

»Der er en tæt sammenhæng mellem brugen af tvang og brugen af menneskelige og personlige ressourcer. Jo færre ansatte, der er i afdelingen til at skabe et roligere miljø, jo mere koger tingene op, og jo mere tvang vil der blive«, siger Niels Siebuhr.



Øgede forventninger – begrænsede ressourcer – nye muligheder

Fremtidens sundhedsvæsen – hvordan løser vi udfordringerne? Oplev to inspirerende konferencedage med 80 indlæggsholdere på 21 forskellige sessioner. Hør bl.a.

Martin Vesterby – læge, stud. Ph.D., Regionshospitalet Silkeborg.

Seminar 8 – Hospitalet i eget hjem, onsdag 26. maj.

Behandling og overvågning, der tidligere krævede indlæggelse på hospital, kan nu klares ved hjælp af telemedicin. Hør om tankegange, fordele og problemstillinger hoftekirurgiske patienter behandles i eget hjem.



Ny skandinavisk konference og udstilling for medicinsk udstyr og teknologi

Se programmet og tilmeld dig i dag på www.scandmedtech.com

MEDICO
INDUSTRIEN



ScandMedTech Bella Center, København, 26.–27. maj 2010 www.scandmedtech.com

Styregruppe: Danske Regioner, DTU, AUH, Københavns Universitet, Coloplast, Siemens, Medioplast mcNielsen. Arrangeres af Sydexpo i samarbejde med Medicoindustrien.



FEM SPØRGSMÅL TIL



Peer Christiansen professor, formand for Danish Breast Cancer Group (DBCG)

Hvad er det et udtryk for, når der er store forskelle i antallet af brystbevarende kræftoperationer ved store tumorer mellem afdelingerne, som jeres nye rapport viser?

At der er forskel på kirurgernes skøn. En brystbevarende operation er en kvalitetsindikator. Vi tilstræber så mange som muligt. Det vigtigste er dog hensynet til radikalitet, og det skal vejes op mod kosmetiske hensyn. Her skal kirurgen vurdere knudens og brystets størrelse op mod hinanden. Det spiller også ind for vurderingen, hvordan afgrænsningen af tumoren er, og om der er rejst mistanke om andre forandringer i brystet.

Der var 31 pct. brystbevarende operationer i 2008 i Hjørring og 73 pct. i Randers. Forklaring?

En af forklaringerne er utvivlsomt, at man i Randers har anlagt et andet skøn omkring det kosmetiske resultat, end fx vi på Århus Sygehus gjorde. Regionen har i øvrigt haft en audit på baggrund af 2008-kvalitetsindikatorrapporten, og Randers har nu tal, der mere ligner vore andres.

Så nu har Randers færre brystbevarende operationer. Skulle det ikke gå den anden vej?

Jo, vi arbejder på at øge andelen generelt, og udviklingen er positiv. For få år siden havde vi gennemsnitligt ca. 30 pct. brystbevarende operationer. I dag er der ca. 60 pct. Flere kommer som følge af mammografiscreening. Men der er også andre faktorer at tage hensyn til. Har man fået brystbevarende operation, skal der strålebehandles efterfølgende. Det skal patienten kunne tåle.

Kan lægen ikke bare følge de kliniske retningslinjer på området?

Der kan ikke udstikkes retningslinjer, der er 100 pct. dækkende. Der vil altid være noget overladt til lægens skøn.

Skal der ændres på de kliniske retningslinjer?

Ja, der sker løbende en udvikling. Der er således ved at blive indført en ny teknik inden for brystbevarende operationer, hvor man samarbejder med plastikkirurger, såkaldt onkoplastisk kirurgi, og det indføres netop for at øge tilbuddet om brystbevarende operation.

Anne Steenberger, as@dadl.dk

Fortsat tre YL-kandidater

Selv om et flertal i Yngre Lægers bestyrelse har peget på næstformand i YL, Nikolai Hoffmann-Petersen, fastholder to andre yngre læge-kandidater deres kandidatur.

At et flertal i Yngre Lægers bestyrelse har peget på Nikolai Hoffmann-Petersen som kandidat til formandsposten i Lægeforeningen, betyder ikke, at der nu kun er én yngre læge, som kandididerer.

Bestyrelsesmedlem i både Lægeforeningen og Yngre Læger, Michael Dall, samt Berit Bjerre Handberg siger begge, at de fastholder deres kandidatur.

»Jeg finder det problematisk, at Yngre Lægers bestyrelse peger på én i deres kreds«, siger Michael Dall. »Da vi i bestyrelsen drøftede, om vi skulle pege på én kandidat, gjorde jeg klart, at da vi er tre kandidater, som alle er yngre læger, skulle man ikke gå ud og promovere mig på vegne af Yngre Lægers bestyrelse, hvis deres beslutning skulle falde ud til min fordel. Jeg ville ikke være kandidat på vegne af Yngre Lægers bestyrelse – og for den sags skyld heller ikke være en kandidat, som FAS eller PLO alene har peget på. Jeg vil være kandidat for hele Lægeforeningen – og det er det essentielle for mig. Jeg stiller op til Lægeforeningens repræsentantskab og er parat til at repræsentere alle interesser i alle tre forhandlingsberettigede organisationer«, siger Michael Dall.

Også afdelingslæge Berit Bjerre Handberg fastholder sit kandidatur.

»Jeg synes, det er meget vigtigt, at det er den samlede Lægeforening – og dermed Lægeforeningens samlede repræsentantskab – der vælger formanden«, siger hun.

Berit Bjerre Handberg ønsker ikke at kommentere beslutningen fra Yngre Lægers bestyrelse yderligere.

»Jeg fastholder mit kandidatur, og jeg ønsker en fri, lige, åben og demokratisk proces – og det mener jeg, at vi som Lægeforening sagtens kan håndtere. Det er en styrke for en organisation som vo-

res, at der er flere, som ønsker at være formand«.

Ud over at være medlem af Yngre Lægers repræsentantskab er Berit Bjerre Handberg også medlem af Lægeforeningens repræsentantskab, af Lægeforeningens etiske udvalg samt Master of Public Management-studerende ved SDU.

LINTZ: VI BLEV BEDT OM UDMELDING

Ifølge Yngre Lægers formand, Lisbeth Lintz, traf bestyrelsesflertallet sin beslutning »efter meget lang overvejelse«.

Michael Dall kalder det »uheldigt«, at I peger på én kandidat, fordi Lægeforeningens formand ikke skal repræsentere én specifik forhandlingsberettiget forening. Hvorfor gjorde I det?

»Fordi mange har spurgt til bestyrelsens indstilling«.

Kunne I ikke have sagt til dem, at »vi vil ikke pege på nogen bestemt, for det er Lægeforeningens repræsentantskab, der skal vælge formanden«?

»Uanset, hvad folk måtte mene, har vi diskuteret og meldt det ud, som vi har besluttet. Det kan man så synes om eller ej – men sådan er det«.

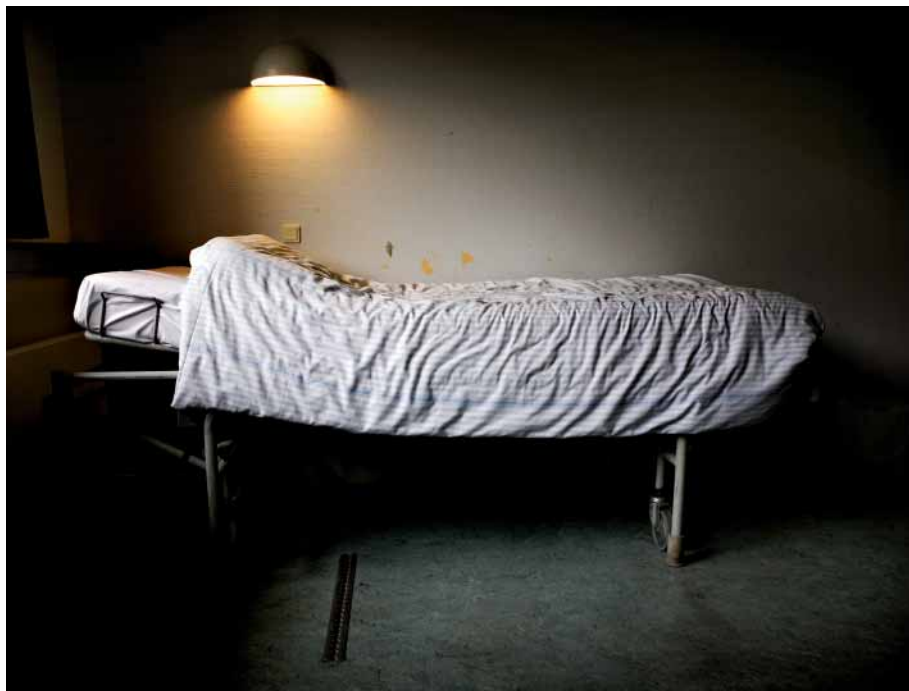
Lisbeth Lintz opsummerer bestyrelsesflertallets begrundelse for at pege på Nikolai Hoffmann-Petersen:

»De værdier, vi har valgt at sætte i højsædet i en samlet vurdering af kandidatfeltet, er, at formanden skal være en samlende kraft i Lægeforeningen, en person, der formår at optimere samarbejdet mellem de tre forhandlingsberettigede foreninger, en person, der kan vinde opbakning bredt blandt læger, og en person, som en samlet Lægeforening vil bakke op i det fremtidige samarbejde«.

Klaus Larsen kll@dadl.dk



UGENS BILLEDE



REGION VIL SKÆRE 52 PSYKIATRISKE SENGE

Region Sjælland har meldt ud, at psykiatrien skal spare 52 sengepladser.

Det sker for at spare 16 mio. kr. i år og 40 mio. kr. i 2011 og de følgende år.

Regionens psykiatridirektør, Michael Werchmeister, bekræfter, at psykiatriledelsen har fremsat forslaget om at nedlægge almenpsykiatriske sengepladser: 22 i Birkehus, Nykøbing Sj., 18 i Køge og 12 sengepladser på Saxenhøj.

Foreløbig er der kun tale om et forslag, understreger han og tilføjer, at nedlæggelserne skal ses i sammenhæng med en tilsvarende oprustning på det ambulante område. Ifølge Werchmeister indeholder forslaget »en omstilling og harmonisering, som samlet gør, at psykiatrien kan opretholde den samme aktivitet«.

»Det er forfærdeligt – og i direkte modstrid med den 'psykiatri i verdensklasse', vi hørte om på Danske Regioners psykiatrikonference for et år siden«, siger bestyrelsesmedlem i Lægeforeningen Niels Siebuhr, som også er praktiserende psykiater i regionen.

»Nu vælger man i stedet at lave en sparerunde og nedlægger sengepladser, hvor der tværtimod er et skrigende behov for at oprette flere«.

(Foto: POLFOTO/Martin Lehmann)

Apotekerforeningen: Tilskudsændringer kan medføre kaos

Danmarks Apotekerforening håber, at Lægemiddelstyrelsen har lært lektien fra sidste års problematiske ændring i tilskudsstatus.

I alt 275.000 danskere skal i år skifte mavesårs- og blodtryksmedicin, hvis de fortsat skal have økonomisk støtte fra det offentlige. Det giver bekymrede miner hos Danmarks Apotekerforening:

»Det bliver en stor opgave både for os apoteker og for de danske læger at forklare og forsvare denne ændring over for patienten. Derfor må myndighederne ikke undervurdere omfanget og tempoet i sådanne ændringer. Erfaringen fortæller os, at det kræver en betydelig informationsindsats for at sikre, at alle læger og berørte patienter i god tid informeres om ændringerne, så de kan nå at omstille behandlingen. Sidste år måtte vi konstatere, at mange læger og patienter slet ikke var klar over, hvad der skete,« siger vicedirektør i Danmarks Apotekerforening, Dan Rosenberg Asmussen.

Han hentyder til den 13. juli sidste år, hvor Lægemiddelstyrelsen fundamentalt

ændrede i tilskudsstatus for alle blodtrykslægemidler. Midt i sommerferien skulle mange tusinde danske patienter omstilles til ny medicin.

Mange vidste det ikke, hvorfor de mødte frem på apoteket med en recept til noget medicin, som de ikke længere kunne få offentlig støtte til. Og i ferieperioden kunne apoteket ofte ikke kontakte lægen for at få ordinationen ændret.

For mavesårsområdet er det esomeprazol og rabeprazol, der mister tilskudet, mens det på blodtryksområdet er angiotensin-2-antagonisterne, undtagen lorsartan, hvis Medicintilskudsnævnets indstilling følges.

Lægemiddelstyrelsen understreger, at den er interesseret i bidrag, der kan lette processen:

»Men forløbet fra beslutning til ikrafttrædelse bliver meget det samme som

sidste år. Vi forventer dog, at det bliver kortere, og der kommer ikke til at ske tilskudsændringer i sommerferien,« siger sektionsleder Karen Kolenda, der håber, at alle aktører har forståelse for ændringerne, »som udelukkende er begrundet i priserne – nemlig at patienten kan behandles lige så godt eller bedre for væsentligt færre penge.«

Lars Igum Rasmussen, lar@dadl.dk



Riget: DR skal ikke anke – de skal sige undskyld

Danmarks Radio ankede til Landsretten, da den i sidste uge blev dømt i en injuriegang, Rigshospitalet havde anlagt. Hospitalets lægelige direktør mener, at DR snarere burde undskylde.

Det var urigtigt og injurierende, da en DR-dokumentar i 2008 beskyldte hospitalet og overlæge Jens Benn Sørensen for at unddrage patienter med lungehindekræft det godkendte kemoterapistof Alimta. I stedet udsatte hospitalet dem ifølge DR for en angiveligt ringere forsøgsbehandling med stoffet Vinorelbine.

Generaldirektør i DR Kenneth Plummer skal betale dagbøder. Det samme skal dokumentarchef Steen Jensen og journalist Mette Frisk, og desuden skal DR mortificere de ærekrænkende beskyldninger. De dømte skal desuden betale sagsomkostningerne.

Byretten skriver bl.a., at udsendelsens beskyldninger »for at have ydet visse patienter med lungehindekræft en behandling, der har ført til unødvendige dødsfald eller afkortning af levetid for derigennem at fremme Jens Benn Sørensens faglige prestige og privatøkonomi findes ubeføjede«.

»I stedet for at anke burde DR snarere undskylde«, siger lægelig direktør Jannik Hilsted og fortsætter:

»Både til de patienter, som har siddet med en fornemmelse af, at man på Rigshospitalet gav en underlødige behandling for en kræftsygdom. Og ikke mindst til de afdøde patienters pårørende, som må have tænkt: Hvis min far havde fået en ordentlig behandling i stedet for at være behandlet af en grisk og korruperet læge, havde han måske været her i dag«.

MORDTRUSLER

Det er sagens hovedperson, overlæge Jens Benn Sørensen, helt enig i. Rent fagligt betyder dommen ikke noget for ham, siger han. Han har hele tiden haft fuld opbakning blandt kolleger til lødigheden af behandlingen med Vinorelbine.

»Dommen er vigtig, fordi man nu også

uden for snævre ekspertkredse kan se, at udsendelsen kom med urigtige beskyldninger. Det må være vigtigt for patienter og pårørende at vide, at de faktisk har fået en fuldgod behandling – ikke bare for mesoteliom, men også for lunge- og brystkræft, som vi også behandler med Vinorelbine. Mange blev opskræmte og ville ikke modtage stoffet, fordi de opfattede det som forsøgsmedicin. Det har været en stor opgave at få den rigtige information ud til dem«, siger Jens Benn Sørensen, som glæder sig over, at dommen nu skaber klarhed.

Også på det personlige plan fik udsendelsen yderst ubehagelige følger for Jens Benn Sørensen og hans familie. Hademails og telefoniske mordtrusler, ikke bare mod ham selv, men mod hele familien, hører til de mere grelle eksempler.

»Men derudover skal man også forklare sine naboer, sine venner og familie og de andre forældre i børnehaven, hvordan det hænger sammen, og at man ikke er en kriminel, der tilfældigvis er på fri fod«.

DR's generaldirektør Kenneth Plummer ønsker ikke at kommentere, men henviser til sin dokumentarchef, Steen Jensen.

DR: INGEN UNDSKYLDNING HERFRA

Steen Jensen – er du parat til at give en undskyldning til patienter og pårørende?

»Nej, det er jeg ikke. Hvis det er, hvad Hilsted siger, synes jeg, at det uanset dommen er Rigshospitalet og Jannik Hilsted, der skal komme med en undskyldning til de patienter, som dokumenterbart ikke fik ordentlige informationer om den behandling, de blev tilbudt«, siger Steen Jensen.

»Når vi anker, er det selvfølgelig, fordi vi synes, at dommen er forkert, og udnytter vores ret til at få sagen prøvet ved en anden instans. Vi anker ikke bare for principets skyld, og jeg synes, det er meget arrogant af Jannik Hilsted at sige, at vi skal give en undskyldning i stedet for at anke dommen«.

Klaus Larsen, kll@dadl.dk



SAGT & SKREVET

»Folk med helbredsangst er overopmærksomme på kroppen. De har en urealistisk frygt for at blive smittet, læser alt om sygdomme og tolker ofte de kropslige signaler som sygdom. Det er en særdeles plagsom lidelse, for folk med helbredsangst kan ikke kontrollere tankerne og risikerer at gå helt i panik.«

Per Fink, professor, overlæge, Neurocenter, Århus Sygehus, Jyllands-Posten.

»Søvngængere kan foretage ganske komplekse ting som for eksempel spise, spille musik eller køre bil«

Søren Berg, læge og søvneksperter på Scansleep, Politiken.

»Det er tankevækkende, at unge læger får dårlig samvittighed, når de rent faktisk begynder at beskæftige sig med de mennesker, der står over for dem, og tage dem seriøst.«

Torsten Risør, cand.med. om sin netop forsvarede ph.d.-afhandling på Aarhus Universitet, Information.

»Det er et pinligt hykleri, afsløring af ukendskab til gældende ret og grov manipulation og undergravelse af tilliden til lægestanden, når navngivne læger og advokater raser over, at jeg forlanger objektive lægeerklæringer i sager om opholdstilladelse.«

Birthe Rønn Hornbech, om lægers kritik af ny udlændingelov, Ritzaus Bureau.

Overvejer du at stå i spidsen for en international conference? Så ring og få gratis hjælp hele vejen

"Jeg kan godt forstå, hvis du synes, at det må være et stort projekt at afholde en international conference. Men det er også min erfaring, at den personlige og faglige belønning, som regel mere end opvejer indsatsen. Hos Wonderful Copenhagen er vi et team på 11 personer, som står klar til at hjælpe dig – fra indledende rådgivning og planlægning, over booking af mødefaciliteter og hoteller til markedsføring af konferencen. Og det allerbedste er: Alle vores services er gratis!"

Ring til os på telefon 3325 7400, send en mail til kongres@woco.dk. Eller læs mere på meetincopenhagen.dk



Anne Dissing | Projektleder | Wonderful Copenhagen



HORISONTUDVIDER FOR LÆGER

Bibliotek for Læger

Tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi & metode

Tegn abonnement på verdens ældste lægetidsskrift

Udkommer 4 gange årligt

Udfyld kuponen eller send en mail til mgj@dadl.dk



Medlemstilbud – spar over 200 kr.



Sendes ufrankeret
Modtageren
betaler portoen

Lægeforeningens forlag
+++ 11849 +++
0893 Sjælland USF B

Kristianiagade 12, 2100 København Ø

Undertegnede bestiller hermed
det afkrydsede abonnement
(priserne er inkl. moms):

- ☐ Bibliotek for Læger – kr. 660,00
- ☐ Bibliotek for Læger – medlemmer af Lægeforeningen kr. 442,00

Medlemsnummer: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./by: _____



Lægemøde i valgets tegn

Det årlige lægemøde finder sted i dagene 23. og 24. april. Her skal den nye formand for Lægeforeningen vælges. Den konstituerede formand, Yves Sales, der trådte til, da Jens Winther Jensen ved årsskiftet valgte at blive Region Nordjyllands nye lægelige chef, er ikke på valg. Fem kandidater stiller op. Årets temadrøftelse handler om læger og nationale kliniske retningslinjer. Lægeforeningen har sammen med Dansk Medicinsk Selskab fremlagt et forslag til, hvordan alle specialer kan få nationale kliniske

retningslinjer. I den forbindelse lægger Lægeforeningen op til, at lægerne skal stå i spidsen for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet. Derfor lægges der op til debat om lægers og selskabers roller og krav til regioner og Sundhedsstyrelse. Andre markante emner på dagsordenen er en diskussion af Lægeforeningens oplæg til en ligestilling af psykiatrien og formuleringen af en lægemiddelpolitik. Også Lægeforeningens medier skal vendes på Lægemødet. På de kommende sider præsenterer Ugeskriftet nogle af emnerne.



Journalist
Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk



Journalist
Anne Steenberger,
as@dadl.dk



Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk

Læger vil gerne arbejde med kvalitet

Er landsdækkende kliniske retningslinjer et eliteprojekt? Nej, det er faktisk noget, de fleste læger meget gerne arbejder med, viser en enquete, som Lægeforeningen har foretaget



Kvalitet og kliniske retningslinjer

75 procent af lægerne synes, at kliniske retningslinjer er en god ide, fordi de understøtter kvaliteten i behandlingen. Sådan er meldingen blandt 1.675 læger, som i marts måned svarede på en enquete, som Lægeforeningen har foretaget. Dette klare budskab kommer i en tid, hvor der er grøde i luften for netop kliniske retningslinjer. Samtlige specialer har inden for det seneste år meldt ud, at de gerne vil have nationale eller landsdækkende kliniske retningslinjer.

Med landsdækkende kliniske retningslinjer kan patienterne være sikre på at få nogenlunde den samme behandling, uanset hvor de bliver behandlet, samt at sundhedspersonalet er opdateret på *best practice*.

I Lægeforeningens enquete fremgår det, at 75 procent af de adspurgte læger bruger kliniske retningslinjer inden for deres arbejdsområde. Det viser en velvilje over for at bruger dem. Men det betyder ikke, at landsdækkende kliniske retningslinjer er voldsomt udbredt. Tværtimod, Dansk Medicinsk Selskab skønner, at kun omkring ti specialer har udarbejdet landsdækkende kliniske retningslinjer. Det, lægerne i enqueten henviser til, er de regionale retningslinjer og lokale instrukser, der findes mange af, og som læger bruger som støtte.

Det er dem, der skal erstattes af landssækkende retningslinjer, mener Lægeforeningen.

»Vi kan se, at lægerne bruger instrukser og *guidelines*. Det er vigtigt. Men det skal være opdaterede evidensbaserede kliniske retningslinjer, man følger. De



I den kommende weekend skal lægemødet i Kolding vedtage Lægeforeningens politik. Ugeskriftet har spurgt en række læger, hvad de synes er foreningens vigtigste opgave.



Overlæge Anders Bødker,
kirurgisk afdeling Næstved Sygehus

Jeg savner, at Lægeforeningen er mere samlende. Jeg synes, at Lægeforeningen i de seneste år har stået svagt over for politikere og administrative systemer. Og det tror jeg, er fordi man mangler samhørighed i Lægeforeningen. Det er ikke helt lykkedes.

skal ikke afhænge af, hvilken afdeling man er på, eller om man er så heldig, at nogle ildsjæle har brugt tid på det. Heller ikke af, hvor god man lokalt er til at holde sig ajour med den evidensbaserede viden», siger Klaus Klausen, der er formand for Lægeforeningens it-netværk. Han tilføjer:

»I dag skal næsten alle afdelinger sørge for at lave deres egne instrukser og opdatere dem. Hvorfor ikke gøre det nationalt i stedet?«

Det er der udbredt enighed om. Spørgsmålet er, hvordan og hvorledes?

Lægeforeningen har sat emnet til debat på det kommende lægemøde den 23.-24. april. Her vil blandt andet læger fra specialer, hvis selskab har formuleret kliniske retningslinjer og fortælle om hverdagen med dem. Med til den diskussion vil givetvis høre, at enqueten afslører, at det er helt afgørende, at ledelsen og andre kolleger også har fokus på at bruge retningslinjerne. Således bruger mellem 81 og 94 procent af dem, der oplever fokus fra ledelse og kolleger, retningslinjerne. Hvis der ikke er denne fokus på retningslinjerne på afdelingen, bruger kun 42 procent dem. Ansvar er altså ikke mindst på afdelingerne og i den enkelte lægepraksis, og derfor er Lægeforeningens udgangspunkt da også, at lægerne skal stå i spidsen for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet. Derfor skal debatten på lægemødet blandt andet diskutere roller og ansvar. Håbet er, at mødedeltagerne skal »drøfte, hvilke krav lægerne må stille til hinanden, til de videnskabelige selskaber og til myndighederne«, står der i det skriftlige oplæg.

SUNDHEDSSTYRELSEN I GANG, MEN PÅ STAND BY

Allerede for et par år siden søsatte Sundhedsstyrelsen et skib, der hedder Map of Medicine (MoM). Det er et engelsk it-baseret system med kliniske retningslinjer. Det vil Sundhedsstyrelsen oversætte og tilpasse danske forhold. En pilottest er allerede gennemført på et par danske afdelinger. Lægeforeningen er imidlertid ikke begejstret for MoM.

»Vi har vejet MoM og fundet det for let. Vi synes bl.a., at niveauet er for lavt, og det indeholder kun få sygdomme. Til sammenligning har Lægehåndbogen, som henvender sig til almen praksis, og som er under

” Det skal være opdaterede evidensbaserede kliniske retningslinjer, man følger. De skal ikke afhænge af, hvilken afdeling man er på, eller om man er så heldig, at nogle ildsjæle har brugt tid på det.

KLAUS KLAUSEN, FORMAND FOR LÆGEFORENINGENS IT-NETVÆRK

udarbejdelse, 3.000 sygdomme og symptomer«, siger Klaus Klausen. Han tilføjer, at det er vigtigt, at retningslinjerne er forankret i det land, de skal bruges i, fordi der er forskelle i behandlingen.

Lægeforeningen ønsker derfor en anden konstruktion for landsdækkende nationale retningslinjer. De skal skrives af de danske lægelige selskaber og der skal være en økonomi og en struktur for arbejdet, så det ikke skal bero på frivillige ildsjæle og således at de hele tiden bliver ajourført i forhold til den nyeste viden.

»Det her er et politisk og nationalt win-win-projekt. Og hvis jeg var minister eller folketingspolitiker ville jeg mene, der var en sag her og sætte penge af til landsdækkende kliniske retningslinjer,« siger Klaus Klausen.

I Sundhedsstyrelsen er MoM ikke, hvad der lige nu står øverst på to do-listen, men det har en bestemt årsag, forklarer enhedschef Lone de Neergaard:

»Vi har søgt støtte fra ABT-Fonden^a til projektet og afventer svar herfra, som kommer i juni. Indtil da er arbejdet stillet i bero. Vi har ikke på nuværende tidspunkt en plan for, hvad der sker, hvis eller hvis ikke vi får de fondspenge, vi har søgt. Men det er klart, at vi uanset hvad der sker vil tage kontakt med Lægeforeningen og DMS«.

a) ABT = Anvendt Borgernær Teknologi. Fonden blev til under finanslovsforliget i 2008. Her aftalte parterne at afsætte tre mia. kr. fra Kvalitetsfonden til medfinansiering af investeringer i ny arbejdskraftbesparende teknologi og nye arbejds- og organisationsformer i perioden 2009 til 2015.

Afdelingslæge Niels Holmark Andersen, Hjertemedicinsk Afdeling, Skejby

Læger er en af de fagligt svageste pressionsgrupper på det danske arbejdsmarked. Jeg overraskes over, hvad læger går med til af middelmådige uddannelsesregler for yngre læger og halvfærdige it-løsninger på hospitalerne. Lægeforeningen må gerne bide mere fra sig.

Overlæge Henning Mølgaard, Hjertemedicinsk Afdeling, Skejby

Den vigtigste opgave lige nu er at sikre, at beslutninger om, hvad der er bedst for patienterne, drives af lægefaglighed og baseres på videnskabelige data. Alt for mange beslutninger tages på baggrund af pseudovidenskab fra administratorer, akkrediteringssystemer og sundhedsøkonomer.

Lægeforeningen ønsker generisk ordination

Medicineringsfejl kan undgås, hvis læger på recepten skriver det aktive indholdsstof frem for producentens præparatnavn. Derfor vil Lægeforeningen arbejde for et pilotprojekt med generisk ordination. Det fremgår af foreningens reviderede Lægemiddelpolitik, der skal godkendes på lægemødet.



Lægemiddel-politik

Tusindvis af danskere er i langvarig blodfortyndende behandling, så de undgår blodpropper. Medicinen indeholder det aktive indholdsstof clopidogrel. Originalpræparatet sælges under navnet Plavix, men er mange gange dyrere end de syv generiske varianter. Men de hedder alt fra Grepid over Cloriocard til Clopidogrel »KRKA«. Mange forskellige navne til identisk medicin.

»De mange præparatskift, som patienten ofte oplever over et langt, måske kronisk, behandlingsforløb, fører i flere tilfælde til medicineringsfejl. Og det skal vi gøre noget ved«, siger formand for Lægeforeningen og Lægemiddel- og Medicoteknisk Udvalg (LMU) Yves Sales og fortsætter:

»I eksemplet med clopidogrel skal patienten tage medicinen en gang dagligt. Fru Jensen har stadig noget

tilbage i pakningen med Grepid, da hun indløser den nye recept. På apoteket får hun udleveret Cloriocard, der naturligvis også skal tages en gang dagligt. Det er jo det samme præparat, blot to navne. Men nogle patienter bliver forvirrede og tror, at det er to forskellige præparater, som de har fået ordineret. Derfor tager hun nu begge piller en gang dagligt og får dermed en dobbeltdosis, og det øger naturligvis risikoen for bivirkninger og egentlige skader. Vi ved, at forskellige navne på præparater med samme indholdsstof kan medføre dårligere compliance,« siger Yves Sales.

Lægeforeningen foreslår derfor, at der laves et pilotforsøg med generisk ordination, hvor lægen på recepten skriver det generiske navn, dvs. navnet på det aktive indholdsstof, som derfor også skal fremgå med størst skrift på pakningen. Apoteket udleverer herefter det billigste lægemiddel inden for gruppen af præ-



UDPLUK AF ØVRIGE NYHEDER I LÆGEMIDDELPOLITIKKEN

Recepter skal have udløbsdato

Lægeforeningen har i fællesskab med Danmarks Apotekerforening som et nyt indsatsområde sat sig for at få indført muligheden for forskellige udløbsdatoer på recepter. I dag holder en recept i to år, men lægen skal have mulighed for via et nyt kryds på recepten at vælge mellem forskellige udløbsdatoer – syv dage, tre måneder, et eller to år. Forslaget vil ifølge Lægeforeningen medvirke til at nedbringe antallet af medicineringsfejl, ved at patienten ikke får udleveret medicin fra tidligere ikkeindløste recepter. Eksempelvis skal recepter fra vagtlægen kun gælde en uge.

Stop sygehusrabatter og indfør samme basisliste i primær- og sekundærsektor

I de nye rekommandationslister til hospitalsmedicin bør patientens videre behandling medtænkes. Det er uacceptabelt, at lægemiddelproducenterne bruger den særlige Amgros-konstruktion og offentlige økonomistruktur til at sikre økonomisk gevinst. Sygehuset opnår store rabatter på medicin, der i efterfølgende behandling i primærsektor ikke er den fornuftigste. Den praktiserende læge kan så vælge at omstille patienten til en ny og billigere medicin, men det kræver ofte tid til dette præparatskift. Det undgås, hvis sygehusordination følger rekommandation som primærsektoren.

Dårligt lovgrundlag for Det Fælles Medicinkort (FMK)

FMK forventes indført i løbet af de næste år i de regionale it-systemer, lægevagts-systemer og lægesystemer. Det er et kvantespring og sikrer videndeling for alle aktører, som er involveret i den samlede medicineringsproces gennem hele patientforløbet. Antallet af medicineringsfejl bliver reduceret. Men det kræver, at alle har adgang til FMK og bruger det. Ifølge lovgivningen skal det dog være frivilligt. Ingen skal tvinges til at købe udstyr, de ikke har. Men derved mister systemet sin værdi, hvis lægen ikke kan regne med, at oplysninger i FMK er eksakte og til enhver tid opdaterede.

Mere farmakologisk undervisning – nu!

Lægeforeningen opfordrer alle tre lægeskoler til at sikre en systematisk, grundig undervisning i farmakologi. I Lægeforeningens øjne prioriteres denne essentielle undervisning slet ikke højt nok. Det kan være en medvirkende årsag til flere alvorlige medicineringsfejl, hvor læger er involveret f.eks. ved forkert udregning af doser i forbindelse med ordination af risikomedicin. Videnskabsministeriet og universiteterne bør afklare det farmakologiske indhold i studierne.

Introduktionslæge Brian Bridal Løgstrup, Hjertemedicinsk Afdeling, Skejby

At vi igen får sat patienten i centrum. Lægeforeningen skal gå mere aktivt ind i debatter om rationaliseringer og besparelser i sundhedsvæsenet. Især med fokus på bedre uddannelse af yngre læger og opprioritering af evidensbaseret behandling. Det er vigtigt, at foreningen smider den tilbageholdende rolle og bliver noget mere proaktiv.

Reservelæge Andreas Søndergaard Heltberg, Næstved Sygehus. Gynækologisk-obstetrisk afdeling

Jeg skal være praktiserende læge, og jeg synes ikke, Lægeforeningen er så god til at håndtere problemerne for de læger, der får det mere og mere besværligt ude i periferen. Regionerne lægger alt over på de få læger, der er tilbage – og gør det endnu mindre attraktivt at være derude. Lægeforeningen bliver nødt til at trampe i gulvet.

parater med samme aktive indholdsstof. Forsøget skal afdække, om antallet af medicineringsfejl derved kan mindskes samt undersøge fordele og ulemper ved denne ordinationspraksis.

I 2006 udarbejdede Lægemiddelstyrelsen en rapport, hvori den afviste indførelsen af generisk ordination i Danmark. Visse lægemidler har lange og vanskelige navne, som kan forveksles med andre generiske navne, og der er ingen økonomisk fordel for samfundet, da vi indhenter gevinsten ved den nuværende generiske substitution, lød argumenterne fra Lægemiddelstyrelsen.

Forskningsenheden for Almen Praksis på Syddansk Universitet har for nogle måneder siden færdiggjort en forskningsrapport, hvori generisk ordination bliver anbefalet.

Lægemiddelindustrien er modstandere, og visse EU-regler om udformningen af præparatpakninger kan spænde ben, selvom generisk ordination allerede findes i andre EU-lande.

»Men vi bliver nødt til at forsøge dette spor, da det nuværende system fører til fejlmedicinering«, siger Yves Sales. Lægeforeningens seneste lægemiddelpolitik er fra 2006.

Skal journalistikken i Ugeskriftet være uafhængig af Lægeforeningen?

Lægeforeningens forskellige medier er til debat på Lægemødet. Både forholdet mellem print og net, den videnskabelige del, men i lige så høj grad det redaktionelle, journalistiske indhold. For hvilken status har det indhold i Ugeskriftet for Læger? Må bladets journalistik eksempelvis indeholde synspunkter, der er i direkte modstrid med den officielle politik?



Medie-situation

Sidste år blev lægeerklæringen afskaffet og erstattet af en muligheds-erklæring. Lægeforeningen havde aktivt deltaget i denne ændring sammen med Danmarks Arbejdsgiverforening og Kommunernes Landsforening.

Ugeskrift for Læger havde en neutral redaktionel omtale af det nye tiltag.

Men mange praktiserende læger rasede over den nye kattepine, de var sat i af egen forening, da hverken arbejdsgiver eller arbejdstager reelt har taget den nye erklæring til sig.

Skulle Ugeskriftet have skrevet kritiske artikler om mulighedserklæringen? Gået kritisk til de politikere og embedsmænd, der »oppe i systemet« i Domus

Medica havde været med til at pålægge lægerne en masse bøvl? Eller var det den rigtige vinkel, den oplysende om et nyt tiltag fra Lægeforeningens side?

Svaret afhænger af, hvad man mener, Ugeskrift for Lægers journalistiske opgave er. Et svar, der overordnet set fører til tre forskellige blade.

- Et meddelelsesorgan fra Lægeforeningen til medlemmerne, hvor Lægeforeningen har hånds- og halsret over det redaktionelle indhold, styrer tematikker og kan censurere artikler, der ikke tjener Lægeforeningens formål.
- Et medlemmernes fagblad, hvor lægefaglige og lægepolitiske problemstillinger skrives ud fra journalistiske kriterier om redaktionel uafhæn-

Læge i hoveduddannelsesforløb Søren Becker, Hjertemedicinsk Afdeling, Skejby

Lægeforeningen skal følge konsekvenserne af 4-års-reglen meget nøje og vurdere, om den kommer til at virke rimeligt, eller om den viser sig at klemme yngre læger og ødelægge lægeuddannelsen. Konsekvensen kan meget vel blive, at 4-års-reglen skal ændres eller afskaffes.

Thomas Aakerlund Andersen, praktiserende læge i Havdrup

Lægeforeningen skal være bannerrfører for et anstændigt sundhedsvæsen, både for lægerne og for de patienter, der skal bruge det. Sundhedsvæsenet skal bygge på en lægefagligt veldokumenteret behandling, og ikke bare indrettes efter politikernes bombardement af udspil. I det spil vil det være rart, hvis foreningen kan stå frem som den veldokumenterede og sobre stemme.



FAKTA

Lægeforeningens medier kort fortalt:

Lægeforeningen udgiver Ugeskrift for Læger 42 gange årligt, på i snit 82 sider i 25.000 eksemplarer.

50 procent er videnskabelige artikler, 20 procent er journalistiske artikler, 15 procent debatstof og resten diverse meddelelser.

Derudover udgives det regionale magasin Danmarks Læger seks gange årligt.

Ugeskriftet har egen hjemmeside, der i dag stort set er identisk med det trykte blad.

gighed med indhold, som Lægeforeningen ingen indflydelse har på.

- En mellemvej, hvor bladet er knyttet til Lægeforeningen, men via et frihedsbrev, som det kendes fra Sygeplejersken, British Medical Journal eller det svenske Läkartidningen, har redaktionel frihed.

Og skal der overhovedet være en eller anden form for journalistik i lægernes fagblad?

Det skal drøftes på Lægemødet.

Selvom Ugeskrift for Læger udgives af Lægeforeningen, har bladet i dag ingen erklæring om relationen til foreningen, ej heller for det redaktionelle stof.

Formanden for de Praktiserende Lægers Organisation Henrik Dibbern ønsker, at journalistikken skal være »redaktionel uafhængig af Lægeforeningens politiske holdninger«, da han mener, at det vil gavne bladets troværdighed:

»Det vil give større gennemslagskraft, end hvis Ugeskriftet opfattes som, eller ligefrem er, skriftlig lobbyisme fra Lægeforeningen. Det vil samtidig være en stærkere måde at påvirke systemet på, end hvis journalistikken opfattes som ført pen og talerør for de forhandlingsberettigede foreninger«, siger han.

Henrik Dibbern ønsker en præcisering i bladet af, hvad der er journalistiske frie sider, og hvad der er foreningssider: »Man kunne hjælpe læserne med farvekodede sider. Eksempelvis kunne sider med grøn markering være journalistisk uafhængige sider, som Lægeforeningen ikke er inde over, mens en anden farve kunne markere, at her er der journalistisk indhold, men i en eller anden form styret af Lægeforeningen. Og så vil der naturligvis være de direkte politiske udmeldinger i form af ledere med videre«, siger han.

PLO-formanden understreger dog, at den frie journalistik skal være karakteriseret af klassisk sober journalistik med gængse dokumentationskrav.

Overlægeforeningens formand, Erik Kristensen, er ikke helt enig med Henrik Dibbern:

»Det er vigtigt, at foreningen har et skriftligt talerør, elektronisk eller papir, der kan deltage i den sundhedspolitiske debat. Vi skal kunne manifestere os på den måde«, siger han.

Men hvad så med uafhængighed?

»Jeg mener ikke, at Ugeskriftet skal være uafhængigt. Det er Lægeforeningens budskabsplatform, det er min helt soleklare holdning«.

Men vil det tjene medlemmernes interesse?

»Det er ikke nødvendigvis i relation til medlemmerne, men i lige så høj grad i relation til samfundet. Det skal afspejle Lægeforeningens sundhedspolitik«.

Yngre Lægers formand Lisbeth Lintz vil ikke komme med sin personlige holdning:

»Det interessante er ikke min personlige holdning. Vi skal på Lægemødet diskutere retningen. Vi kaster boldene op og hører medlemmerne. Deres holdning tager vi med i det videre arbejde«, forklarede hun.

Ifølge direktør i Danske Specialmedier, Christian Kierkegaard, er tendens klar – redaktionerne bliver tættere knyttet til organisationerne og den overordnede kommunikationsstrategi:

»Det skyldes blandt andet økonomi. I gamle dage var medlemsbladene økonomisk stærke på grund af annoncekroner og jobopslag. Det gav stærke redaktører, der holdt organisationen fra livet. Sådan er det ikke længere, pengene er ikke, hvad de var«, siger Christian Kierkegaard.

Han siger, at en tæt tilknytning til organisationen ikke nødvendigvis går ud over den kritiske journalistik.

»Organisationerne er så professionelle, at de ved, at de mister troværdighed og dermed læsere, hvis det bliver topstyret med dikteret indhold. Og læserne er vigtige både kommercielt og for ledelsens troværdighed. Derfor handler det om at lave stærke journalistiske produkter, der er spændende og som giver læselyst. Og også gerne med historier, der citeres i de andre medier – og dermed er med til at profilere organisationen«, slutter Christian Kierkegaard.

Ifølge kontaktdirektør i mediebureauet OMD, Michael Stein, der lever af at rådgive annoncører om, hvor de skal placere deres annoncekroner, kan foreningstilknytningen til Lægeforeningen udnyttes positivt:

»Men journalistikken må ikke blive ligegyldig. Den skal have relevans for målgruppen, og så bør det klart adskilles, så budskaber fra centralt hold er uafhængige af det redaktionelle produkt«, siger han.

Overlæge Annette Haagerup, Børneafdeling A, Skejby

Lægeforeningen skal medvirke til, at sygehusene i højere grad ledes efter lægefaglig prioritering til sikring af kerneopgaverne diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter. En løbende udvikling af præ- og postgraduat lægeuddannelse – også som leder – er en forudsætning. Også for at fastholde lægefaget som en attraktiv profession for både mænd og kvinder.



Camilla Martens, introstilling, Øre-næse-hals/Audiologisk afdeling, Gentofte Hospital

Lægeforeningen bør kæmpe for at få anerkendt, at det er i orden og godt, at læger har bijob. Det er forudsætningen for at få rigtig dygtige kirurger og læger, at man arbejder meget. Men der er alt for meget begrænsning for, hvor meget man må arbejde i Danmark – og det er meget begrænset, hvad man kan nå på 37 timer.

Femte kandidat til formandsposten

Overlæge Mark Krasnik, Rigshospitalet, stiller op til valget om formandsposten i Lægeforeningen. Han svarer her på de samme spørgsmål, som Ugeskriftet i tidligere numre har stillet de øvrige kandidater.



Hvad er Lægeforeningens største udfordringer?

Vi har en intern udfordring, der hedder at få den nye Lægeforening cementeret. Vi skal stå sammen, for så står vi stærkest. Det vil jeg arbejde for.

Udadtill er der en udfordring, der overordnet hedder fremtidens sundhedsvæsen. Vi læger er presset på vores fag. Derfor skal Lægeforeningen stille fokus på, hvordan det er at være læge i dag. Jeg tænker først og fremmest på kvaliteten i sundhedsvæsenet, som bliver udfordret på grund af mangel på ressourcer og kapa-

citet. Også uddannelsen bliver presset, og læger under uddannelse bliver primært set som produktionsmidler, og først i anden omgang handler det om at give dem de nødvendige kompetencer. Patienter har forventninger om ventetider i kraft af garantier, som ikke kan overholdes.

Hvad vil du gøre ved det som formand?

Jeg tror, vi skal tage udgangspunkt i kvalitetsarbejdet. Vi skal beskrive og måle kvaliteten i det, vi gør. Starter vi der, vil det øvrige følge med. Opgaven bliver at arbejde for at gøre alle data tilgængelige. I dag ligger de ofte og hober sig op. Min tanke er, at har vi let adgang til disse kvalitetsdata, kan vi beskrive og dokumentere kvaliteten i vores arbejde. Det er udgangspunktet for at lave bedre patientforløb, som alle efterlyser. Vi skal etablere den gode kvalitet i forhold til, hvordan patienten oplever det. Men der skal ikke opstilles urealistiske forventninger i form af ventetidsgarantier. Derfor må vi have differentierede ventetider. Og så synes jeg, at det er vigtigt, at Lægeforeningen kæmper for lægers ytringsfrihed, så vi sikrer en åben debat.

Og 4-års-reglen?

Den er jeg i mod. Jeg er principielt modstander af at afgrænse forløbet af uddannelsen, for så bliver der ikke plads til den individuelle udvikling og almene uddannelse af lægen. Det er ikke kompatibelt med modningen af læger.

Vil du gå aktivt ind og forsøge at fjerne den?

Jeg må følge Yngre Lægers ledelse, og er de uenige med mig, må jeg forsøge at overbevise dem om det modsatte og kan jeg ikke det, må jeg støtte op om deres beslutning.

Hvad vil du prioritere som formand?

Kvalitetsarbejdet og så vil jeg arbejde for en åben debat.

Hvad skal Lægeforeningen profilere sig på?

På vores kompetencer, vores viden, faglighed og indsigt.

Hvordan vil du matche tunge politikere som Bertel Haarder og Bent Hansen?

Jeg er nærmest vokset op i lægepolitik. Med den erfaring vil jeg godt kunne matche mine modspillere.



Mark Krasnik er 58 år og overlæge på Rigshospitalets Hjertecenter. Han er desuden tilknyttet Rigshospitalets kvalitetssekretariat, hvor han arbejder med kvalitetsudvikling. Har tidl. været i hhv. Lægeforeningen og Overlægeforeningens repræsentantskaber. Medlem af Kordinationsforum i Region Hovedstaden.

DE ØVRIGE KANDIDATER:



Nikolai Hoffmann-Petersen

f. 1976

Uddannelsesamanuensis i Holstebro
Næstformand i Yngre Læger. Medlem af
Lægeforeningens repræsentantskab



Michael Dall

f. 1973

Kursusreservelæge, ph.d.-studerende, Syddansk Universitet, Institut for Sundhedsjernetforskning. Klinisk farmakologi. Medlem af Yngre Læger. Medlem af Lægeforeningens bestyrelse og formand for Udvalg for Uddannelse og Forskning. Medlem af Lægeforeningens repræsentantskab



Berit Bjerre Handberg

f. 1967

Afdelingslæge, Århus Universitetshospital, Skejby. Speciale: Anæstesiologi. Medlem af Yngre Lægers bestyrelse. Medlem af Yngre Lægers repræsentantskab. Medlem af Lægeforeningens repræsentantskab og etiske udvalg samt Master of Public Management-studerende ved SDU.



Mads Koch Hansen

f. 1968

Ledende overlæge på Anæstesiologisk Afdeling på Regionshospitalet Horsens. Tidl. medlem af Yngre Lægers repræsentantskab og Lægeforeningens repræsentantskab. Tidl. medlem af Bestyrelse for Lægernes Pensionskasse. Uddannelsesansvarlig speciallæge.



Journalist
Anne Steenberger,
as@dadl.dk

Læger med bijob er en gevinst for samfundet

Læger med bijob på et privathospital arbejder mindst lige så mange timer på det offentlige hospital, som kollegaerne uden bijob. Det afslører den hidtil største undersøgelse af offentligt ansatte lægers bijob. De bijobber af lyst, det øger arbejdsglæden, og mange ville slet ikke opgive det private bijob, selvom de fik mere i offentlig løn.



Journalist
Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk

Otte procent af de danske hospitalslæger bijobber på et privathospital.

Men i modsætning til den almindelige opfattelse er bijob overordnet set en gevinst for det danske sundhedsvæsen. Det viser den største empiriske undersøgelse af lægers bijob på privathospitaler i Danmark, hvor mere end 5.000 læger har deltaget.

De dobbeltarbejdende læger arbejder nemlig mindst lige så mange timer som kollegaen uden bijob på det offentlige hospital.

»Vores undersøgelse dokumenterer, at læger med bibeskæftigelse i den private sektor ikke trækker arbejdskraft ud af de offentlige hospitaler.

De leverer blot en ekstra indsats i det private, og dermed får samfundet flere lægetimer ud af den

enkelte læge. Så bijob kommer faktisk patienterne til gode«, siger den ene forsker bag undersøgelsen Mickael Bech, professor i sundhedsøkonomi på Syddansk Universitet.

Undersøgelsen er lavet af ph.d.-studerende Karolina Socha, som led i hendes ph.d.-afhandling, der snart er færdig. Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger har stået for udsendelse og indsamling af spørgeskemaundersøgelsen.

»Da læger uden bijob ikke lægger flere timer på det offentlige hospital, tyder undersøgelsen ikke på, at et forbud mod bijobber vil øge arbejdskraften i det offentlige«, siger Mickael Bech.

Undersøgelsen viser, at 75 procent af lægerne med bijob arbejder mindre end seks timer om ugen i

Bent Hansen: Jeg skriver ikke aviserne

Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner, en undersøgelse fra Syddansk Universitet af mere end 5.000 læger viser, at 8,2 procent af de offentligt ansatte hospitalslæger bijobber i det private i snit fem timer om ugen. Er det for meget i din optik?

Er det kun 8,2 procent? Men det kommer helt an på fordelingen. Hvis det er bredt fordelt ud på alle typer af læger og fordelt på alle specialer, så er det jo ikke alarmerende.

Men min forventning er, at det klumper sig sammen omkring speciallæger og særlige specialer.

Tre ud af fire er overlæger, særligt kirurger og anæstesiologer...

Det tænkte jeg nok.

Men har regionerne ikke skabt en opfattelse af, at lægers bijob er et stort problem?

Det må andre afgøre. Diskussionen handler om, at spillereglerne skal overholdes, så en læge eksempelvis ikke henviser til sig selv. Vi har også set eksempler på, at lysten til at tage merarbejde på egen afdeling inden for overenskomstens rammer er meget lille. Det er de eksempler, der tegner billedet. Men jeg skriver ikke aviserne, det gør journalister.

De læger, der bijobber i det private, arbejder mindst lige så mange timer på det offentlige hospital som læger uden bijob. Hvorfor så overhovedet diskussionen om lægers bijob?

Det har jo ikke noget med problemstillingen at gøre. Problemet er jo, om man henviser til sig selv og dermed selv trykker pengene.

Den problemstilling fjerner du ikke ved at opgøre et vist antal timer.

Men der er skabt et billede af, at bijobber på privathospitaler...

Det må du tale med journalisterne



LÆGER MED BIJOB I DET PRIVATE SUNDHEDSVÆSEN

8,3 procent af lægerne ansat på offentlige hospitaler arbejder også på privathospitaler og -klinikker.

De arbejder i snit 44,7 timer om ugen i det offentlige (median 42,5). De bijobber i snit fem timer i det private sundhedsvæsen (median 4,1).

De får en ekstra gennemsnitlig månedsindkomst på 18.150 kroner (median 12.000 kroner).

Under fem procent tjener mere end 50.000 kroner ekstra om måneden.

53 procent mener, at »indflydelse på ens arbejdsforhold er bedre i forhold til ens erfaring og kvalifikationer i den private sektor end i hovedbeskæftigelsen«.

41 procent vil ikke ophøre deres bijob »uanset procentdelen af lønforhøjelsen i hovedbeskæftigelsen«.

Af lægers samlede bijob udgør bijob i det private sundhedsvæsen 20 procent.

Hver fjerde bijobber i det private sundhedsvæsen er kvinde.

Kilde: »Spørgeskemaundersøgelse af lægers arbejdstid, arbejdsbelastning og kompensation i hovedbeskæftigelse og bibeskæftigelse i 2008« foretaget som led i ph.d.-stipendiat Karolina Sochas afhandling på SDU. Spørgeskemaet er udsendt og indsamlet i samarbejde med Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger.

det private. Kun hver tiende lægger over ti timer om ugen i bijobbet.

I gennemsnit lægger privat bijobbende læger 44,7 timer ugentligt på de offentlige hospitaler. Samtidig dokumenterer undersøgelsen, at de læger, der lægger rigtig mange timer privat, også lægger rigtig mange timer i det offentlige.

Fortsættes næste side

om, det har jeg ikke skabt. Jeg har ikke bidraget med et eksempel til pressen.

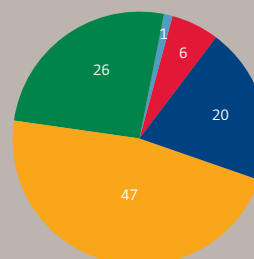
Fire ud af ti bijobbende læger siger, at de vil fortsætte i det private, uanset hvor meget mere de ville få i offentlig lønforhøjelse, fordi de rigtig, rigtig godt kan lide det ...

Og fordi det er rigtig, rigtig, rigtig, rigtig godt aflagt.

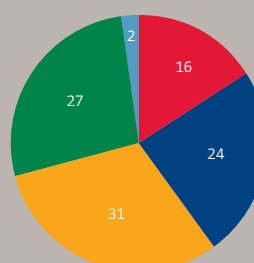
Men kan I ikke bare acceptere, at bijob er en naturlig del af erfarne lægers arbejdsvilkår?

Jo, det kan man godt, al den stund der er fuldstændig rene linjer, og man overvejer, hvor loyaliteten ligger.

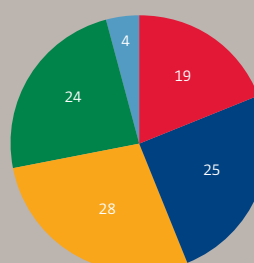
Et ekstra job øger generelt min
arbejdstilfredshed



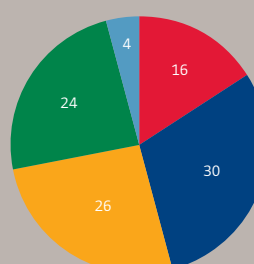
Arbejdsvilkårne er bedre i den private end
i den offentlige beskæftigelse



Min indflydelse på mine arbejdsforhold
er bedre i den private end i den
offentlige beskæftigelse



Jeg er mere tilfreds med forholdet
mellem administrative og kliniske
opgaver i bibeskæftigelsen



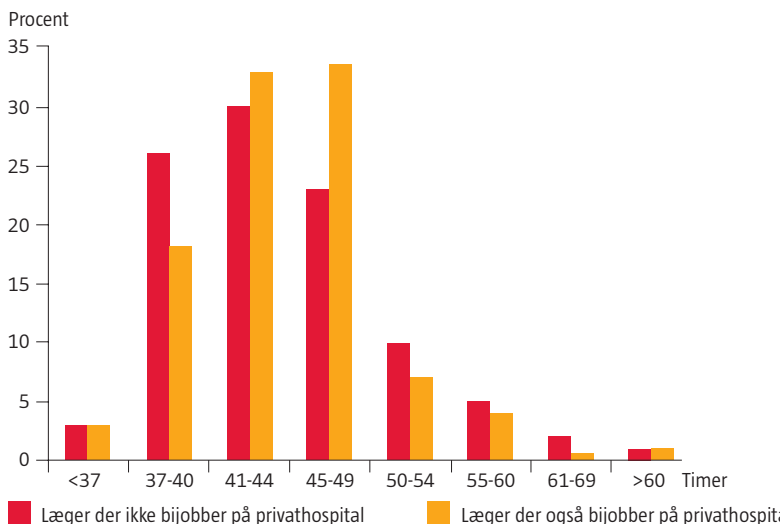
Meget uenig Uenig Neutral
Enig Meget enig

De anførte værdier er procentandele.

Kilde: Karolina Sochas
ph.d.-afhandling på SDU

FIGUR 1

Så mange timer arbejder de på det offentlige hospital



Kilde: Karolina Sochas ph.d.-afhandling på SDU.

TABEL 1

Art af bibeskæftigelse(r)

Bibeskæftigelse (n=5.077)	Procent (n=2.193)
<i>Den private sektor</i>	
Privathospital: 258	8,3
Praktiserende speciallæge (praksis på sygehus): 29	
Praktiserende speciallæge (praksis andet sted end sygehus): 155	
Speciallægekonsulent	8,0
Egen konsulentvirksomhed	3,9
Attesthonorar	4,9
Ekstern/klinisk lektor/undervisning og censorvirksomhed	13,0
Kommunallægevirksomhed	0,3
Vikaransættelse på offentlige sygehuse	5,7
Vikaransættelse i udlandet	2,2

Kilde: Karolina Sochas ph.d.-afhandling på SDU.

TABEL 2

Ophør af bibeskæftigelse.

Vil du ophøre din(e) hvis du modtager en lønforhøjelse i hovedbeskæftigelsen? (n=2.134)	Procent (n=1.715)
Ja, jeg vil helt ophøre bibeskæftigelsen for lønforhøjelsen i offentligt sygehus	18,8
Ja, men kun i nogen grad uanset procentdelen af lønforhøjelsen	35,1
Nej, jeg vil fortsætte med at arbejde i bibeskæftigelsen som nu, uanset procentdelen af lønforhøjelsen	46,1
I alt	100

Kilde: Karolina Sochas ph.d.-afhandling på SDU.

»Det tyder på, hvad vi også ved fra internationale studier, at en del læger med bibeskæftigelse er meget entreprenante i ordets positive forstand. De har ikke noget mod at arbejde meget, og de engagerer sig generelt, uanset hvor end de lægger deres timer«, siger Mickael Bech.

Ifølge forskerholdet bag undersøgelsen er lønnen fra bijobbet naturligvis en væsentlig attraktionsfaktor for den ekstra beskæftigelse. Hver fjerde vil stoppe deres bijob, hvis de fik – pænt – mere i løn fra det offentlige.

Men den væsentligste forklaring på bijob hænger sammen med arbejdsglæde og udfordringer:

»Flere angiver, at det er mindre kompliceret at behandle patienter i det private, mindre bureaukratisk, mere motiverende, og generelt er arbejdsvilkårene bedre, også når man fratrækker den øgede løn«, siger Mickael Bech.

I alt 73 procent af lægerne med bijob i det private mener, at bijobbet »øger generelt ens arbejdstilfredshed«; 41 procent fastslår, at de vil »fortsætte med at arbejde i bibeskæftigelse, uanset procentdelen af lønforhøjelsen i hovedbeskæftigelsen«.

Region Hovedstaden har i de forgangne måneder kæmpet mod offentligt ansatte lægers bijob. Men en trussel om en voldgiftssag fra overlægerne førte til en fredsaf tale.

Formanden for Overlægeforeningen, Erik Kristensen, glæder sig over den solide dokumentation for, at bijob overordnet set ikke skader det offentlige sundhedsvæsen:

»Undersøgelsen understreger, hvad vi hele tiden har vidst. Men Danske Regioner har brugt lægers bijob i en hetz mod de private hospitaler, som regionerne ønsker lukket, så de ikke skal henvise patienter dertil. Regionerne har intimideret og beklasket overlægerne på deres anstændighed, og det havde vi gerne været foruden«, siger han.

Undersøgelsen viser dog også, at det primært er læger med kirurgiske specialer og anæstesiologer, der bijobber.

»Selvom vi konkluderer, at bijob ikke har en negativ effekt på de offentlige hospitaler samlet set, så kan det være specifikke steder og afdelinger, hvor bijob kan være problematisk, da det er få specialer, der trækker bijobbere. Men det vil være ærgerligt at generalisere små specifikke problemer til et problem for en hel stand. For læger med bijob arbejder altså ikke mindre i det offentlige end kolleger uden bijob«, siger Mickael Bech.

Frivillige vil yde akut hjælp til medborgere

60 akuthjælpere på Mors og i Thy skriver netop nu Danmarkshistorie: De er pionerer i en ny ordning, hvor fire akutstationer efter engelsk forbillede er akutberedskabets absolutte forpost. Men vil det blive en sovepude i yderområder, hvor ventetiden på ambulancen kan være lang?

I Øster Assels og Sillerslev på det sydlige Mors samt i de gamle fiskerbyer Vorupør og Stenbjerg i Thy er landets første akutstationer med hjertestarter, håndsug, ilt mv. netop blevet opsat. Alle fire steder er der oprettet et korps af frivillige med diplom som akuthjælpere.

Og selv om ordningen kun lige er trådt i kraft, er interessen stor i andre dele af regionen, oplyser overlæge Poul Anders Hansen, der er præhospital leder i Region Nordjylland:

»Ja, jeg tror det her kan brede sig som en steppebrand, men nu kører vi det foreløbig som et pilotprojekt på de fire lokaliteter, og så ser vi på erfaringerne. De frivillige akuthjælpere skal kunne yde hjælp ved akutte medicinske tilfælde, og de bliver ikke kaldt ud til hårdt kvæstede ved ulykker. Men de kan give hurtig hjælp ved hjertestop, problemer med vejtrækning, bevidstløshed, lavt blodsukker mv.«, siger Poul Anders Hansen.

KALDES UD MED SMS

Men kan det ikke give falsk tryghed, hvor det ikke betyder noget, om ambulancen kommer lidt senere, fordi akuthjælperne er rykket ud?

»Nej, det kan netop ikke blive en sovepude, for vi ved jo ikke, om de rykker ud. Det er på frivillig basis, og derfor skal ambulancen komme lige så hurtigt, som hvis vi ikke havde haft akuthjælperne. Det foregår på den måde, at regionens sundhedsfaglige disponent i vagtcentralen sender en sms til alle akuthjælpere i området, hvis det på meldingen fra 112 eller ved samtale med anmelderen vurderes, at akuthjælperen kan hjælpe. Når den første taster ind på akutstationen, går der en sms ud til de øvrige, så de ikke behøver møde op. I praksis vil det måske være sådan, at flere kommer samtidig til stationen, og at der rykker to-tre mand ud til patienten. Det kan være en fordel, når der skal bruges hjertestarter«.

Så ordningen er ikke lavet for at lukke munden på borgere, der er utilfredse med akutberedskabet?

»Borgerne i disse områder vil fortsat kræve hurtigt respons fra ambulancetjenesten, og det er kun rimeligt. Vi ser det her som hjælp til selvhjælp, hvor man tager vare om hinanden i et lokalområde. Den sociale betydning er stor, og idéen har vi fra England, hvor der er 10.000 uddannede akuthjælpere (*first responders*)«, siger Poul Anders Hansen.

Regionens lægefaglige direktør, Jens Winther Jensen, afviser, at man går på kompromis med kvaliteten i det akutte beredskab. Tværtimod, mener han:

»Det er jo et supplement og ikke en erstatning. Vi har en ambition om at levere en kvalitet, der giver tryghed i akutberedskabet, og da vi ikke kan plastre hvert hjørne af Nordjylland til med ambulancer, er det vigtigt at opbygge et sådant nært beredskab«, siger Jens Winther Jensen, der er imponeret over den store interesse og positive respons fra lokalsamfundene.

Region Nordjylland har desuden netop overtaget en del af opkaldene til 112, så borgerne med det samme kan få sundhedsfagligt personale på linjen ved alarmopkald.



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

FOTO
Bo Lehm



Regionsrådsformand Ulla Astman og sundhedsminister Bertel Haarder klipper snoren om akutstationen i Øster Assels på Mors. I skabet er der hjertestarter samt en rygsæk med håndsug, iltflaske, blodsukkerapparat samt diverse remedier som saks, skraber, handsker mv. Beredskabsstyrelsen har gennemført kurser for de i alt 60 frivillige akuthjælpere, der også har adgang til *debriefing* ved barske oplevelser.

Blandede karakterer til kontaktpersonordningen

Når alle patienter skal have en kontaktperson, bliver det mere automatik end kvalitet, mener lægelig direktør på Odense Universitetshospital.

Journalist
Lise Penter Madsen,
penter@mail.dk

Der skal en mere målrettet indsats til, hvis kontaktpersonordningen skal komme til at fungere efter hensigten. Sådan lyder konklusionen i en undersøgelse foretaget i 2008 af Center for Kvalitet i Region Syddanmark i samarbejde med fire sengeafdelinger på Svendborg Sygehus, Odense Universitetshospital (OUH). Ifølge undersøgelsen erklærede de fleste patienter sig uvidende om at have fået tildelt en kontaktperson, og personalet bedømte, at betingelserne for at varetage funktionen som kontaktperson var for dårlige.

»I den seneste stikprøve på OUH og Sygehus Fyn havde mellem 95 og 99 procent af patienterne en kontaktperson. Det kan vi tjekke i de elektroniske patientjournaler, og vi er næsten oppe på 100 procent. Så på den ene side har vi succes«, siger Peder Jest, lægelig direktør på OUH og bl.a. ansvarlig for Den Danske Kvalitetsmodel i IKAS-arbejdet.

»På den anden side: Er ordningen til gavn? Vi er nået frem til, at den eksisterende kontaktpersonordning ikke er den rigtige. Når alle skal have en kontaktperson, bliver det mere automatik end kvalitet«, siger Peder Jest og tilføjer:

»Men undersøgelsen er god. Den skærper opmærksomheden på patienternes behov«.

Hvis man fra politisk side ønsker at fastholde en kontaktpersonordning, ser han gerne, at den bliver videreudviklet med mulighed for at differentiere patienterne, så personalet kan vurdere, hvilke patienter der skal have en kontaktperson. Det skulle vurderes på baggrund af sygdom, sociale og psykologiske forhold og på baggrund af samtale med eventuelle pårørende.

»Så ville vi ikke misbruge de ansattes tid, og ressourcerne ville blive udnyttet optimalt, når de kun blev brugt på patienter med særlige og komplicerede forløb. Det skal ikke opfattes som en kritik af dem, der har fundet på, at vi skal have en kontaktpersonordning. Men jeg mener ikke, at det skaber lighed eller gi-

ver mulighed for at tage det individuelle hensyn, når alle pr. automatik får det samme. Man tager fra nogle, der har mere behov, når man giver til alle«, siger han.

Du opfatter ikke resultaterne af undersøgelsen som udtryk for, at I ikke har kunnet løse opgaven godt nok?

»Nej, vi har været gode og dygtige og lever op til kravet om, at alle patienter skal have en kontaktperson. Det arbejde vil vi selvfølgelig fortsætte. Og vores personale arbejder, understøttet af kvalitetsafdelingen, løbende på at give mere indhold i modellen, bl.a. med mere målrettet og individuel information«.

ANDRE MULIGE MODELLER

»Vi kvalitetsudvikler hele tiden i forhold til at skabe det gode patientforløb«, siger Peder Jest og nævner som eksempel projekt PaRIS, »Patientens Rejse I Sundhedssektoren«. Projektet har til formål at undersøge og evaluere forskellige redskaber til at øge patienternes oplevelse af sammenhæng i deres forløb og styrke deres rolle som aktive dialogparter.

Peder Jest nævner også, at OUH på det onkologiske område har ansat *case managers*.

»Vi har to fuldtidsansatte, der hjælper patienterne med at aftale tider i ambulatoriet og fortæller, hvad der skal ske. Det har været en stor succes, men de to ansatte har for mange patienter«.

Det lyder som en dyr ordning?

»Ja, men ordningen er ikke blevet evalueret, så vi ved ikke, om den er fordyrende. Tilstedeværelsen af de to *case managers* betyder jo, at det øvrige personale får tid til at passe deres specialopgaver«.

Undersøgelsen »Kontaktpersonordningen – fra navn til gavn?« kan læses på side 1197.

PLO klar med akutpolitik

De praktiserende læger har vedtaget en akutpolitik, som vil »forankre lægevagten i almen praksis« og erklærer sig rede til at håndtere alle akutte henvendelser døgnet rundt.

De praktiserende læger har nu vedtaget en samlet akutpolitik. Det skete på PLO's repræsentantskabsmøde lørdag den 10. april, hvor akutpolitikken – sammen med den fortsat manglende overenskomst – var blandt debattemnerne.

Det akutte beredskab – herunder vagtlægeordningen – har været under intens medieopmærksomhed. Fremtidens akutberedskab er i støbeskeen, og uanset hvordan det fremtidige akutberedskab kommer til at se ud, vil almen praksis skulle spille en central rolle. Som PLO's formand Henrik Dibbern i øvrigt gerne ser, at det offentlige også engagerer sig økonomisk i:

»I de mest udsatte områder må det offentlige deltage i investeringer i tidssvarende lægehuse med en størrelse og et indhold, der kan tiltrække unge praktiserende læger«, siger Henrik Dibbern.

»Hvis det alene skal foregå for de praktiserende lægers egen regning, vil der være områder af landet, hvor der bliver lige så langt til egen læge, som der bliver til de nye akutsygehuse. Det er nu, at almen praksis skal tænkes ind i et samlet sundhedsvæsen«.

Det har været afgørende for PLO at gøre sin akutpolitiske stilling klar, og repræsentantskabet brugte derfor mødet til at bearbejde en akutpolitik, så man kan få mest mulig indflydelse på det forslag, regeringens præhospitale akutudvalg om kort tid skal fremlægge om fremtidens akutberedskab.

Debatten konkluderede bl.a., at lægevagten fortsat skal være forankret i almen praksis, sådan som Sundhedsstyrelsen anbefalede i sin rapport om vagtlægeordningen. Hermed afviser PLO som ventet Danske Regioners ønske om at nedlægge ordningen og ansætte vagtlægerne på sygehuse.

PLO erklærer sig i stand til at håndtere visitationen af alle akutte henvendelser til sundhedsvæsenet døgnet rundt – igen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens og i modsætning til Danske Regioner, som gerne vil overlade funktionen til sygeplejersker. PLO erkender dog, at en forudsætning for lægernes visitation af al akuthenvendelse er, at der sikres en høj grad af telefonisk tilgængelighed til almen praksis.

En række centrale punkter i PLO's akutpolitik

- Vagtlægeordningen skal fortsat være forankret i almen praksis.
- Alle akutte henvendelser til sundhedsvæsenet skal døgnet rundt visiteres af almen praksis.
- PLO er klar over, at det kræver hurtig tilgængelighed til almen praksis – en tilgængelighed, som ikke alle steder er en selvfølge i dag. Derfor skal der aftales servicemål for den akutte, telefoniske tilgængelighed til lægevagt og almen praksis i dagtiden, gennemføres årlige tilgængelighedsundersøgelser og etableres en akutlinje i alle praksis.
- Lægevagtscheferne skal referere til PLO's praksisudvalg – den enkelte vagtlæge skal dog fortsat have et individuelt lægefagligt ansvar, mens lægevagtschefen har det overordnede organisatoriske og faglige ansvar for lægevagten.
- Der skal udarbejdes forpligtende faglige retningslinjer for lægevagten.
- Der bør ansættes betydelig flere sygeplejersker og evt. sekretærer i lægevagten, som arbejder på instruks af vagtlægen/lægevagtschefen.
- Sundhedsstyrelsen bør sikre, at vagtlægerne har adgang til relevante journaloplysninger fra egen læge, og at sygehuse forpligtes til at tilsende vagtlægen kopi af epikriser for patienter indlagt af vagtlægen.
- Regionerne bør sikre modernisering af de fysiske faciliteter for lægevagten, herunder investeringer i moderne behandlings- og informations-it.
- Regioner, kommuner og praksisudvalg bør indgå aftaler om etablering af større lægehuse og sikring af lægehuse i yderområderne.

Derudover skal der udvikles et landsdækkende, men lokalt tilpasset efteruddannelsesprogram for akutarbejdet i almen praksis og rettet mod alt klinikpersonale, der deltager i akutarbejdet. Desuden skal speciallægeuddannelsen i almen medicin ruste lægerne med »de nødvendige kompetencer inden for akutmedicin og skadebehandling«, hedder det i politikpapiret.



Journalist
Klaus Larsen,
kll@dadl.dk

FOTOS

Ugeskrift for Læger

Lavt vanligt indtag af K-vitamin kan medføre ustabil antikoagulansbehandling

> BR J HAEMATOL

»Patienter i behandling med K-vitamin-antagonister bør spise tilstrækkelig K-vitamin-holdig mad, idet dette beskytter mod for lave *international normalized ratio* (INR)-værdier«, konkluderer Eva K. Rombouts og medforfattere fra Leiden University Medical Centre, Holland.

I et *nested* case-kontrol-studie publiceret *early online* i British Journal of Haematology belyser forfatterne associationen mellem K-vitamin-indtag og INR. Der indgik i alt 1.157 patienter i stabil antikoagulans (AK)-behandling. Patienter med en lav INR-værdi og en matchet kontrolperson blev blindet kontaktest telefonisk på dagen og spurgt til bl.a. kost, dels i dagene forud for målingen, og dels den habituelle kost.

Patienter med et højt habituel K-vitamin-indtag havde en lavere risiko for at have en subterapeutisk INR (hazard ratio, HR: 0,80, 95% konfidensinterval (KI): 0,56-1,16) end dem, der spiste en kost med normalt K-vitamin-indhold. Patienter med et lavt habituel K-vitamin-indtag havde en forøget risiko (HR: 1,33, 95% KI: 0,79-2,25).

For patienter med et habituel lavt K-vitamin-indtag var det nylige indtag dobbelt så højt for cases (der havde en subterapeutisk INR) som for kontrolpersoner. Denne forskel sås ikke for patienter med et normalt eller højt habituel K-vitamin-indtag. Dette tolker forfatterne som, at et højt habituel K-vitamin-indtag reducerer risikoen for en lav INR ved at mindske indflydelsen på INR af tilfældigt indtag af K-vitamin-holdig mad.

Jørn Dalsgaard Nielsen, Trombosecentret, Klinisk biokemisk Afdeling, Gentofte Hospital, kommenterer: »Det er velkendt, at periodisk indtag af måltider med meget højt indhold af K-vitamin, f.eks. grønkål og spinat, kan føre til dysregulering af AK-behandling, men knap så kendt er det, at meget lav indtagelse af K-vitamin også kan være et problem. Til patienter, som er i vanskeligt styrbar AK-behandling, og som ved en kostgennemgang skønnes at få tilført < 50 mikrogram K-vitamin dagligt, kan man foreslå et kosttilskud med 100 mikrogram K-vitamin«.

Rombouts EK, Rosendaal FR, van der Meer FJM. Influence of dietary vitamin K intake on subtherapeutic oral anticoagulant therapy. Br J Haematol 2010; doi:10.1111/j.1365-2141.2010.08108.x.



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

ILLUSTRATION
Ugeskrift for Læger

Tæt frekvensregulering ikke nødvendigt ved atrieflimren

> N ENGL J MED

Stringent frekvenskontrol er ikke bedre end blød frekvenskontrol til at forebygge større kardiovaskulære hændelser med. Dette finder Isabelle C. van Gelder, University Medical Center Groningen, Holland, i et studie publiceret *early online* i New England Journal of Medicine.

Forfatterne fremhæver: »Særligt ser vi ikke, at den løsere frekvenskontrol er associeret med en forværring af hjertesvigt, idet en hvilepuls under 110 var lav nok til at forhindre et forøget antal hospitalsindlæggelser for hjertesvigt«.

Patienter med kronisk atrieflimren blev randomiseret til en løs frekvenskontrolstrategi (n = 311; hvilepuls under 110 slag/min) eller en stringent frekvenskontrolstrategi (n = 303; hvilepuls under 80 slag/min og puls ved moderat aktivitet under 110 slag/min). I en dosisjusteringsperiode blev patienterne givet en eller flere negativ dromotrop-typer medicin (betablokere, kalciumantagonister eller digoxin).

Effekten blev vurderet samlet som død på grund af kardiovaskulær sygdom, indlæggelse for hjertesvigt eller forekomst af apopleksi, systemisk emboli, blødning eller livstruende arytmier. Dette indtraf inden

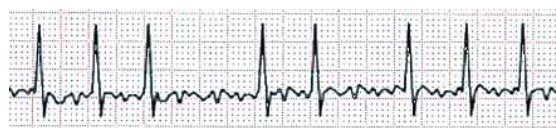
for tre år for 12,9% i gruppen med løs kontrol og for 14,9% i gruppen med stringent kontrol. Frekvensen af de enkelte kardiovaskulære hændelser var den samme i de to grupper.

Flest patienter i gruppen med løs kontrol opnåede pulsmålsætningen (97,7% vs. 67,0% i gruppen med stringent kontrol). Gruppen med løs kontrol havde 75 besøg i opfølgningsperioden (median 0) og gruppen med stringent kontrol havde 684 (median 2).

Sam Riahi, Kardiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, kommenterer: »Meget interessant og klinisk relevant studium, som tyder på, at der ikke er behov for en stringent frekvenskontrol hos ældre patienter, der har permanent atrieflimren med let forhøjet hvilefrekvens (< 110)«.

INTERESSEKONFLIKTER: Sam Riahi har modtaget legat fra Pfizer A/S og udført konsulentarbejde/undervisning for: Merck, Astra Zeneca, Sanofi Aventis.

Van Gelder IC, Groeneweld HF, Crijns HJGM et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2010;10.1056/NEJMoa1001337.



Overlevelsen øges jo større sygehuset er – op til en vis grænse

> N ENGL J MED

Indlæggelse på hospitaler med mange patienter ses at være associeret med en reduceret mortalitet ved akut myokardieinfarkt (AMI), hjertesvigt og pneumoni, dog kun op til en vis tærskel. Dette skriver førsteforfatter Joseph S. Ross og medforfattere fra Mount Sinai School of Medicine, New York.

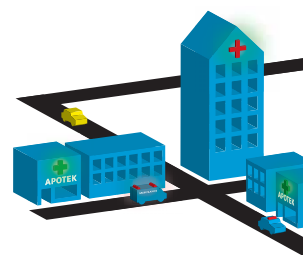
Forfatterne har lavet en tværsnitsundersøgelse af data fra sundhedsudgifter til patienter, der var indlagt mellem 2004 og 2006 på hospitaler med akutafsnit i USA. Patienterne var indlagt med AMI, hjertesvigt eller pneumoni, havde alle en Medicare-sundhedsforsikring og var over 65 år. For hver sygdom blev der estimeret risiko for død inden for 30 dage for hver øgning af 100 patienter i årligt hospitalsvolumen. Analyserne blev justeret for risikofaktorer for patienterne og karakteristika for de enkelte hospitaler.

Der var 734.972 indlæggelser for AMI på 4.128 hospitaler, 1.324.287 indlæggelser for hjertesvigt på 4.679 hospitaler og 1.418.252 indlæggelser for pneumoni på 4.673 hospitaler.

Større hospitaler var associeret med en reduceret 30-dages-mortalitet for alle sygdomme ($p < 0,001$), og jo større hospitalet var, jo stærkere var associationen. Der var dog en vis heterogenitet mellem hospitaler på tværs af størrelser. For AMI sås ikke en yderligere reduktion af risiko for død, når det årlige antal patienter nåede 610. Volumentærsklen var 500 patienter for hjertesvigt og 210 for pneumoni.

Jan Kyst Madsen, Kardiologisk Afdeling, Gentofte Hospital, kommenterer: »Undersøgelsens resultater er i overensstemmelse med tilsvarende danske resultater for AMI-patienter (Rasmussen S et al. Hospital variation in mortality after first acute myocardial infarction in Denmark from 1995 to 2002: lower short-term and 1-year mortality in high-volume and specialized hospitals. *Med Care* 2005;43:970-8), og bekræfter anbefalinger fra danske faglige selskaber og sygehusplanerne om at samle behandlingen på færre akutsygehuse i hele landet«.

Ross JS, Normand S-LT, Wand Y et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. *N Engl J Med* 2010;362:1110-8.



Patienter i risiko for vedvarende smerter efter herniotomi kan identificeres præoperativt

> ANESTESIOLOGY

Vedvarende smerter, i en grad der påvirker hverdagsaktiviteter, forekommer hos 5-10% af patienterne efter en hernieoperation. »Ved at vurdere smerter og smerterespons præoperativt kan patienter med risiko for vedvarende smerter identificeres. De kan behandles med en operativ teknik med mindst mulig risiko for nerveskade«, finder forfatterne bag et prospektivt studie publiceret i aprilnummeret af Anesthesiology.

I studiet blev inkluderet 464 patienter, der fik åben eller laparoskopisk transabdominal, præperitoneal, elektiv lyskebrokoperation. Åben kirurgi foregik på Hørsholm Sygehus og laparoskopisk kirurgi på Bethesda Krankenhaus Stuttgart. Mulige risikofaktorer for postoperative smerter blev indsamlet præoperativt, og smertescoring blev vurderet dag 7 og dag 30 postoperativt. Vurdering af smerterelateret funktionel indskrænkning blev foretaget seks måneder postoperativt ved *Activity Assessment Scale* (AAS).

12,4% af patienterne havde moderate/svære, vedvarende, postoperative smerter efter herniotomien. Af præoperative faktorer, der kunne prædiktere postoperative smerter, fandtes præoperativ AAS-sco-

ring, forøget præoperativ smerte ved stimulation og åben kirurgi (alle med $p < 0,02$).

Jørgen B. Dahl, Anæstesi- og Operationsklinikken, Rigshospitalet, kommenterer: »Der har igennem de seneste 10-15 år været stor international opmærksomhed på udvikling og forebyggelse af kroniske, postoperative smerter efter forskellige former for kirurgi. Dette er ét af flere store studier fra samme forskerhold publiceret inden for kort tid, der omhandler denne problemstilling (se også Gärtner R et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302:1985-92). I det aktuelle studie påvises det, at relativt simple præoperative test (smerterelateret funktionel indskrænkning og smertescoring under varmepåvirkning) synes at kunne forudsige kroniske smerteproblemer med væsentlige konsekvenser for valg af operativ teknik (der bør være med minimal risiko for intraoperativ nerveskade) hos påviste højrisikopatienter. Fra at være overvejende deskriptivt tilbyder dette forskningsfelt nu muligheder for klinisk handling, med potentielt store konsekvenser for patienterne«.

Aasvang EK, Gmaehle E, Hansen JB et al. Predictive risk factors for persistent postherniotomy pain. *Anesthesiology* 2010;112:957-69.

Panton-Valentine-leukocidin-producerende *Staphylococcus aureus* som årsag til nekrotiserende pneumoni og død

I dette nummer af Ugeskrift for Læger beskrives et tilfælde af en hurtigt forløbende fatal pneumoni forårsaget af Panton-Valentine-leukocidin (PVL)-producerende *Staphylococcus aureus* hos en ellers rask 14-årig dreng med et sygdomsforløb på mindre end 36 timer fra symptomdebut til død [1].

PVL-toksinet blev beskrevet af *Panton & Valentine* i 1932 [2]. Klinisk er PVL-producerende *S. aureus* (PVL-SA) associeret til hud- og bløddelsinfektioner samt de relativt sjældne tilfælde af svær nekrotiserende pneumoni (NP) ofte med fatalt forløb. NP forårsaget af PVL-SA er primært beskrevet hos børn og unge oftest uden underliggende sygdom. Vævsskaden skyldes, at der ved binding af PVL til leukocytmembraner frigives interleukiner, vævsnedbrydende enzymer og superoxide ioner. Interleukinfrigørelsen accelererer processen yderligere som følge af lokal vasodilatation samt kemotaksi af leukocyter. Gennem de seneste par år har der på baggrund af forsøg i mus været rejst tvivl om, hvorvidt PVL er den faktiske virulensfaktor ved *S. aureus*-udløst NP, men nye data indikerer klart, at de modstridende resultater skyldes manglende følsomhed for PVL i leukocyter hos mus [3]. Hyppigheden af NP, der er forårsaget af PVL-SA, synes at være i stigning i flere lande, herunder i Frankrig og Storbritannien [4]. I 2008 blev der i England anmeldt 33 tilfælde af NP, som var forårsaget af PVL-SA. Alle 33 tilfælde var samfundserhvervede, 73% krævede indlæggelse på intensivafdeling, og 36% havde dødelig udgang, heraf halvdelen inden for 48 timer efter indlæggelse. Det skal dog bemærkes, at sygdomsbilledet også ses hos ældre og muligvis lettere overses her.

Årsagen til stigningen i tilfælde af SA-PVL-NP er ukendt. Initialt er sygdomsbilledet ofte uspecifikt med influenzalignende symptomer, men typisk med hurtig progression. Fuldt udviklet består sygdomsbilledet af højfebrilia, takykardi og takypnø med en respirationsfrekvens over 40 pr. minut, cyanose samt evt. hæmoptyse, og paraklinisk svær leukopeni, høj C-reaktivt protein og multilobulære infiltrater med kavitetsdannelse (computertomografi (CT) eller mag-

netisk resonans(MR)-skanning, eventuelt røntgen). Den beskrevne case passer således godt til det klassiske billede af en PVL-udløst NP.

Ud over støttende intensiv behandling, der kan inkludere ekstrakorporal membranoxygnering (ECMO), bygger behandlingsprincippet på at afbryde toksinproduktionen. I de britiske kliniske retningslinjer for diagnose og behandling af PVL-medierede svære infektioner [5] anbefales som følge af en høj forekomst af methicillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) en kombination af intravenøst linezolid (600 mg $\times$ 2) og intravenøst clindamycin (1.200-1.800 mg $\times$ 4). Desuden 2 g/kg intravenøs immunoglobulin (1 g/kg hos børn) der eventuelt kan gentages efter 48 timer. In vitro er det vist, at clindamycin og linezolid hæmmer PVL-produktionen, mens subinhibitoriske koncentrationer af oxacillin resulterer i øget sekretion af PVL, dog ikke ved samtidig brug af clindamycin. Sædvanlig antistafylokokbehandling med dikloxacillin 1 g $\times$ 4 eller cefuroxim 1,5 g $\times$ 3 bør derfor kombineres med clindamycin ved behandling af mistænkt PVL udløst sygdomsbillede. Tidlig behandling er essentiel. Diagnostisk bør der tages trakealsekret til akut mikroskopi med henblik på påvisning af grampositive kokker i hobe samt foretages CT eller MR-skanning af thorax, evt. gentagne gange, da billedet kan være uspecifikt i starten.

På grund af det meget hurtige forløb og den dårlige prognose er det vigtigt, at danske læger kender dette sygdomsbillede. Man skal specielt være opmærksom på tilfælde med hurtig progression og/eller uforholdsvist svær dyspnø eller cyanose i forhold til de øvrige kliniske fund hos ellers raske børn og unge.

LITTERATUR

1. Rabøll PH, Dessau RB, Warnecke M et al. Fatal pneumoni med Panton-Valentine-leukocidin-producerende *Staphylococcus aureus*. Ugeskr Læger 2010;172:1190-1.
2. Panton PN, Valentine FCO. Staphylococcal toxin. Lancet 1932;i;506-8.
3. Hongo I, Baba T, Oishi K et al. Phenol-soluble modulin alpha 3 enhances the human neutrophil lysis mediated by Panton-Valentine leukocidin. J Infect Dis 2009;200:715-23.
4. Morgan MS. Diagnosis and treatment of Panton-Valentine leukocidin (PVL)-associated staphylococcal pneumonia. Int J Antimicrob Agents 2007;3:289-96.
5. Guidance on the diagnosis and management of PVL-associated *Staphylococcus aureus* infections (PVL-SA) in England, 2nd edition. UK Department of Health. http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1218699411960 (18. oktober 2009).

LEDER

Overlæge Robert Skov

KORRESPONDANCE:

Robert Skov, Stafylokoklaboratoriet, Statens Serum Institut, DK-2300 København S.

E-mail: rsk@ssi.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Statens Serum Institut har modtaget stipendier fra Pfizer. Robert Skov har været konsulent for Pfizer og modtaget honorarer.

Fatal pneumoni med Panton-Valentine-leukocidin-producerende *Staphylococcus aureus*

Stud.med. Peter Hedelund Rabøl, overlæge Ram Benny Dessau, reservelæge Mads Warnecke & overlæge Lise Bjerglund

KASUISTIK

Nykøbing Falster
Sygehus, Pædiatrisk
Afdeling

Staphylococcus aureus (*S. aureus*) er årsag til alvorlige dybe infektioner. Panton-Valentine-leukocidin (PVL) er en virulensfaktor, som kan forværre prognosen. Pneumoni, der er forårsaget af PVL-producerende *S. aureus* kan forekomme hos i øvrigt raske børn og unge voksne. PVL er et poredannende toksin, som kan lysere polymorfkernede leukocytter direkte samt fremkalde celledød ved poredannelse i mitokondrier med frigivelse af cytokrom C og aktivering af kaspaser. Den efterfølgende vævsnekrose antages dels at være fremkaldt af frigørelsen af inflammatoriske mediatorer fra de lysede polymorfonukleære celler, dels af stafylokokkernes øvrige virulensfaktorer. Der er ikke tidligere beskrevet tilfælde af fatal pneumoni med PVL-producerende *S. aureus* i Danmark.

SYGEHISTORIE

En tidligere rask 14-årig dreng blev indlagt akut på pædiatrisk afdeling efter et døgn's højfebrilia og dyspnø. Ved ankomst var patienten svært akut påvirket (temperatur 39,5 °C, respirationsfrekvens 48-56, puls 146, saturation 95%). Han var varm og tør, med

cyanotisk skær på hænder og fingre samt omkring munden. Der blev ikke observeret hæmoptyse. Bio-kemisk fandtes leukocyttal $8,6 \times 10^9/l$, C-reaktivt protein (CRP) 318 mg/l samt kreatinin 194 mikromol/l. Røntgen af thorax viste et fem centimeter stort infiltrat parahilært på højre side med tegn til atelektase. Tilstanden forværredes over få timer med faldende saturation samt faldende leukocyttal til $1,7 \times 10^6/l$ og trombocytal til $100 \times 10^6/l$, hvorfor patienten blev overflyttet til intensiv afdeling, intuberet og tilkoblet respirator.

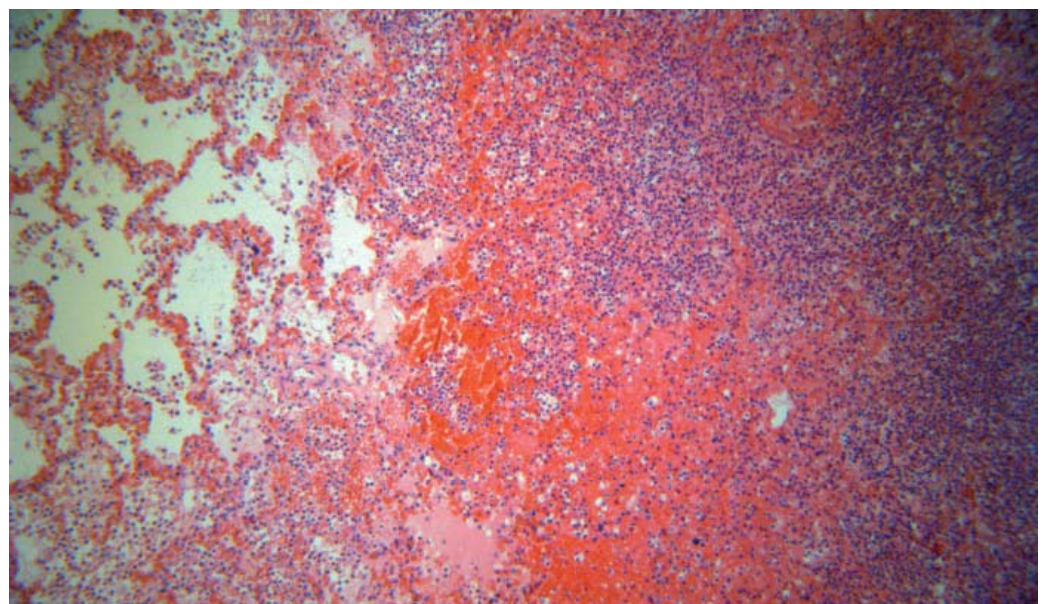
Patienten var ved indlæggelsen sat i behandling med penicillin G og få timer senere suppleret med meropenem og metronidazol på grund af anamnesticke oplysninger om mulig gastroenteritis.

Det blev besluttet at overføre patienten til Rigshospitalet, men under transporten forværredes tilstanden yderligere, og patienten døde trods genoplivningsforsøg, knap 24 timer efter indlæggelsen.

Efterfølgende dyrkningssvar fra trakealsekret viste *S. aureus*, der var følsom for dicloxacillin, som senere blev påvist PVL-positiv ved undersøgelse ved

FIGUR 1

Overgang fra normalt lungevæv (til venstre) til et område med inflammation og hæmoragisk nekrose (hæmatoxylineosin-farvning, $\times 100$).



hjælp af polymerasekædereaktion på Statens Serum-institut. Fæces blev fundet negativ for patogene tarmbakterier, adeno- og rotavirus. Urinen var negativ for legionella- og pneumokokantigener.

Ved obduktionen fandtes begge lunger matte med fibrinbelægninger. På snitfladerne sås på begge lunger forandringer lignende bronkopneumonier i form af talrige tætliggende millimeterstore gulligt-hvide områder.

Ved mikroskopi (**Figur 1**) fandtes i begge lunger inflammatoriske forandringer med hæmorrhagiske nekroser. De inflammatoriske infiltrater bestod af overvejende mononukleære celler med påfaldende få polymorfkernede granulocytter. I enkelte områder fandtes lungevævet, fraset blodopstemning, normalt.

Ved gramfarvning blev der påvist grampositive kokker i hobe i begge lunger. Dyrkning fra lunger, tonsiller og bihuler viste *S. aureus*.

DISKUSSION

Incidensen af PVL-positiv pneumoni kendes ikke præcist, men må antages at være stigende. Der er i Storbritannien beskrevet øget forekomst af PVL i bakterieisolater fra 2005 til 2006 indsendt til reference-laboratoriet [1].

I modsætning til PVL-negativ *S. aureus*-pneumoni er det ofte unge, raske mennesker, der rammes af PVL-positiv *S. aureus*-pneumoni. Influenzalignende symptomer optræder ofte i dagene op til indlæggelsen [2].

Typiske tegn på PVL-positiv pneumoni inkluderer [2, 3]:

- Fund af talrige *S. aureus* i ekspektorat
- Hæmoptyse
- Udtalt leukopeni
- Feber > 39 °C
- Takykardi > 140/min.
- Takypnø > 30/min.
- Hypotension
- Multilobære infiltrater på thoraxrøntgen, ofte til-lige effusioner
- Stærkt forhøjet CRP (> 200-350 mg/l).

Hurtig antibiotisk behandling er nødvendig for at op-timere prognosen, som i forvejen er dårlig med en mortalitet på op til 75% [2]. Der mangler konsensus om, hvilke antibiotika der er at foretrække. In vitro-studier viser, at subinhibitoriske koncentrationer af oxacillin kan øge produktionen af PVL, hvorimod subinhibitoriske koncentrationer af clindamycin, linezolid og fusidinsyre alle bevirker et koncentra-tionsafhængigt fald i koncentrationen af PVL i serum [3]. Det engelske sundhedsministerium har udgivet

retningslinjer, i hvilke man anbefaler en kombination af clindamycin 1,2 g intravenøst $\times$ 4, linezolid 600 mg intravenøst $\times$ 2 og rifampicin 600 mg peroralt $\times$ 2 [1]. Behandlingen fortsættes til patienten er i bedring og klinisk stabil, hvorefter man fortsætter med rifampicin og enten clindamycin eller linezolid i 10-14 dage.

Til at modvirke den nekrotiske effekt af PVL kan intravenøse immunoglobulin præparater anvendes. Disse hæmmer poreformationen og derved destruk-tionen af de neutrofile granulocytter [4]. Den opti-male dosis er ikke undersøgt, så der anbefales samme dosis som bruges ved *streptococcal toxic shock syn-drome* (2 g/kg) [1, 3]. Kan gentages efter 48 timer ved manglende respons. Til børn anbefales 1 g/kg, evt. gentaget efter 48 timer [1].

KONKLUSION

Infektion med PVL-producerende *S. aureus* er en sjælden sygdom, men den bør have in mente ved pneumoni med hæmoptyse, leukopeni, temperatur > 39 °C og klinisk forværring i løbet af få timer.

KORRESPONDANCE: Peter Hedelund Rabøl, Pædiatrisk Afdeling, Nykøbing Falster Sygehus, DK-4800 Nykøbing Falster. E-mail: peterraboel@hotmail.com

ANTAGET: 7. maj 2009

FØRST PÅ NETTET: 19. oktober 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Guidance on the diagnosis and management of PVL-associated Staphylococcus aureus infections (PVL-SA) in England, 2nd edition. UK Department of Health. http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1218699411960 (1. januar 2009).
2. Gillet Y, Issartel B, Vanhems P et al. Association between Staphylococcus aureus strains carrying gene for Panton-Valentine leukocidin and highly lethal necrotising pneumonia in young immunocompetent patients. *Lancet* 2002;359:753-9.
3. Morgan MS. Diagnosis and treatment of Panton-Valentine leukocidin (PVL)-associated staphylococcal pneumonia. *Int J Antimicrob Agents* 2007;30:289-96.
4. Gauduchon V, Cozon G, Vandenesch F et al. Neutralization of Staphylococcus aureus Panton Valentine leukocidin by intravenous immunoglobulin in vitro. *J Infect Dis* 2004;189:346-53.

Sammenhæng mellem produktivitet, listestørrelse, patient- og praksiskarakteristika i almen praksis

Sundhedsøkonom Kim Rose Olsen, sundhedsøkonom Torben Højmark Sørensen & professor Dorte Gyrd-Hansen

ORIGINALARTIKEL

Dansk Sundhedsinstitut, Forskningsenheden for Sundhedsøkonomi, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet

RESUME

INTRODUKTION: Mangel på praktiserende læger betyder, at det kan være nødvendigt at øge produktiviteten. Vi undersøgte sammenhængen mellem produktivitet og §100 i landsoverenskomsten, listestørrelse, samt patient- og praksiskarakteristika. **MATERIALE OG METODER:** Der gennemførtes en produktivtetsanalyse baseret på registerdata for 1.758 praksis. Praksis blev opdelt efter produktivitet og listestørrelse. F-test og Pearsons χ^2 -test for uafhængighed blev benyttet til at undersøge, om grupperne var signifikant forskellige. **RESULTATER:** Der blev fundet en positiv sammenhæng mellem listestørrelse og produktivitet. Der blev endvidere fundet 332 praksis (19%) med en listestørrelse under- og en produktivitet over gennemsnittet. Disse har relativt tunge patienter (ældre, patienter med lav socialstatus og højt medicinforbrug), er oftere lokaliseret i områder med lav urbaniseringsgrad, har begrænset adgang til speciallæger og sygehuse, samt har et lille forbrug af klinikpersonale. I alt 228 praksis (13%) har en listestørrelse over- og en produktivitet under gennemsnittet. Disse har relativt lette patienter (unge, patienter med høj socialstatus og lavt medicinforbrug), overskrider oftest §100, er lokaliseret i områder med høj urbaniseringsgrad, har god adgang til speciallæger og sygehuse og har et højt forbrug af klinikpersonale. **KONKLUSION:** Tilpasning af listestørrelsen til eksterne forhold synes at være et effektivt redskab til at øge produktiviteten i almen praksis.

Almen praksis er under pres. Både på grund af den aldrende befolkning og på grund af problemer med at rekruttere og uddanne tilstrækkeligt mange nye læger til almen praksis. I øjeblikket mangler der ca. 100 læger i almen praksis, og en prognose viser, at der indtil 2020 vil være en betydelig højere efterspørgsel efter almen praktiserende læger, end hvad der er til rådighed [1]. Set i lyset af denne mangel på praktiserende læger kan produktivtetsanalyser potentielt bidrage med at afdække muligheder for at organisere og planlægge driften af almen praksis mere effektivt, så der kan produceres mere med de givne resurser.

Dansk Sundhedsinstitut udgav i februar 2008 en rapport, der ved gennemgang af tre casestudier undersøgte mulighederne for på kort, mellemlang og lang sigt at gennemføre retvisende produktivtetsanalyser inden for almen praksis [2]. Konklusionen på denne rapport var, at mulighederne er ganske gode,

hvis man f.eks. sammenligner med de reelle forudsætninger for at gennemføre produktivtetsanalyser i sygesektoren, hvor dette i praksis har fundet sted i en årrække.

I herværende analyse defineres produktivitet som praksis' evne til at producere ydelser givet de tilgængelige resurser (læger og klinikpersonale). Det er således en forudsætning for produktivtetsanalysen, at mere produktion er bedre. Dette er tilfældet, når produktionen opgøres i sygehusregi, hvor der vanligtvis ikke er tvivl om behovet for behandlingen. Problemstillingen er en anden i almen praksis, hvor der i højere grad er fare for udbudsinducering eller pres fra patienter, der ønsker ydelser med tvivlsom effekt. Da praktiserende læger er aflønnet i henhold til deres aktivitet, er der en reel risiko for, at der produceres uhensigtsmæssige ydelser, som ikke dækker et reelt behov hos de tilmeldte personer. Produktivtetsanalyser, der foretages i regi af almen praksis, bør derfor suppleres med analyser, der fokuserer på, om ydelsesmønstret i den enkelte praksis er afvigende. Efterlevelse af §100 i landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner udgør et sådant redskab og anvendes her til validering af produktivtetsanalysen. Ifølge §100 skal praksis, der har mere end 25% højere indkomst, 40% højere antal konsultationer og/eller 40% højere antal laboratorieforbrug end gennemsnittet, undersøges nærmere. I modsætning til produktivitet, hvor aktiviteten måles pr. læge/klinikpersonale, måles aktiviteten i §100 i forhold til antallet af tilmeldte. Her er det derfor relevant at korrigere for de tilmeldtes behov for behandling i almen praksis. Dette gøres ved at standardisere for køn, alder og socioøkonomi (indkomst, uddannelse og beskæftigelse).

Formålet med artiklen er først og fremmest at undersøge sammenhængen mellem produktivitet, listestørrelse, patient- og praksiskarakteristika. Et sekundært mål er at undersøge, om der er sammenhæng mellem overtrædelse af §100 og produktivitet, for derved at teste om øget produktivitet i nogle tilfælde kan være udtryk for uhensigtsmæssige ydelsesmønstre, og dermed ikke nødvendigvis en forbedret udnyttelse af resurserne.

METODE

Metode til beregning af produktivitet

Der benyttes en regressionsbaseret standardmetode (*Stochastic Frontier Analysis*, SFA) til estimering af produktivitet for de enkelte praksis [2, 3]. Metoden består i at estimere en funktion for den optimale produktion givet de resurser, der er til rådighed (f.eks. personale og teknologi). Produktivitetsindekset beregnes ved at estimere, hvor langt den enkelte praksis er fra at opnå efficient produktion, hvor de enkelte praksis sammenholdes med de mest produktive praksis. Indekset er beregnet, så det ligger i intervallet mellem nul og en, hvor et indeks på en betyder, at den givne praksis er fuldt produktiv, mens et indeks på f.eks. 0,6 betyder, at den givne praksis – alt andet lige – kan øge sin produktion med 40% uden at øge personaleresurserne.

Produktion defineres som den samlede aktivitet i almen praksis (konsultationer, telefon- og e-mail-konsultationer, tillægsydelser og laboratorieundersø-

gelser mv.). Vi antager, at taksterne, som lægen modtager som afregning, afspejler den tid, som lægen i gennemsnit bruger på en ydelse af den givne type. Dermed svarer produktionsmålet til en praksis' samlede aktivitetsbestemte omsætning – også kaldet bruttohonoraret. Som mål for hvilke resurser, der anvendes i produktionen, benyttes antal fuldtidslæger og antal ugentlige timer for klinikpersonale. Disse data stammer fra praksistællingen og fra Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA).

Metode til at bestemme, hvilke faktorer der har betydning for produktiviteten

Analysen tog udgangspunkt i den faktor, vi a priori forventede, havde den største indflydelse på produktiviteten, nemlig listestørrelse. Herefter deltes praksis op i fire grupper ud fra gennemsnitlig listestørrelse og produktivitet og det blev undersøgt, hvorvidt disse fire grupper af praksis adskilte sig mht. patient- og praksiskarakteristika. Endvidere blev det analyseret,



TABEL 1

Deskriptiv statistik.

	Gennemsnit (min.-maks.)	Kilde/år
<i>Produktion, DKK pr. fuldtidslæge</i>		
Bruttohonorar	1.096.742 (177.661-3.505.441)	SSR/2006
Konsultationer, 0101, 0106	644.283 (100.175-1.890.414)	SSR/2006
Laboratorieundersøgelser, alle	91.619 (2.206-400.927)	SSR/2006
<i>Input</i>		
Antal fuldtidslæger	1,7 (1-8)	PLO/dec. 2005
Antal ugentlige timer til klinikpersonale ^a	54 (0-350)	PLO/PLA/dec. 2005
Listestørrelse	1.567 (215-9.202)	SSR/2006
<i>Patientkarakteristika</i>		
Antal 60+-årige pr. 1.000 tilmeldte	216 (19-547)	Patientfortegnelserne, DST/2006
Antal mænd pr. 1.000 tilmeldte	497 (268-722)	Patientfortegnelserne, DST/2006
Antal ufaglærte pr. 1.000 tilmeldte	335 (166-717)	Patientfortegnelserne, DST/2006
Lægemiddeludgifter pr. tilmeldt, DKK	1.020 (129-2.677)	LMR/2006
<i>Praksiskarakteristika</i>		
Henvisninger til speciallæger	437 (171-1.029)	Patientfortegnelserne, SSR/2006
Henvisninger til ambulant behandling på sygehus	192 (43-596)	Patientfortegnelserne, LPR/2006
Henvisning til indlæggelse på sygehus	78 (22-185)	Patientfortegnelserne, LPR/2006
Praksis deltager i uddannelse af læger	0,42 (0-1)	SSR/2006
Gruppepraksis ^b	0,40 (0-1)	PLO/dec. 2005
<i>Adgang til det specialiserede væsen</i>		
Speciallægetæthed ^c	0,22 (0-0,64)	DR/2005
Sygehus i kommunen	0,64 (0-1)	DST/2006
Urbaniseringsgrad ^d	87 (35-100)	noegletal.dk/2005

DR = Danske Regioner; DST = Danmarks Statistik; LMR = Lægemiddelregistret; LPR = Landspatientregistret; Patientfortegnelserne = fortegnelser over hvilke cpr-numre, der er knyttet til ydernumre; PLA = Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening; PLO = Praktiserende Lægers Organisation; SSR = Sygesikringsregistret.

a) Består af sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere. b) En variabel, der antager værdien 1 for praksis, som er rene gruppepraksis eller gruppe- og samarbejdspraksis, og værdien 0, hvis dette ikke er tilfældet. c) Opgjort som antallet af speciallæger pr. 10.000 indbyggere i kommunen. d) Antal indbyggere i byer med 200 indbyggere eller mere i procent af kommunens samlede indbyggertal pr. 1. januar.

hvorvidt grupperne afveg med hensyn til henvisningsrater til speciallæge eller sygehus, såvel som adgangsforhold (speciallægetæthed og sygehus i kommunen). Der blev benyttet F-test for identiske gennemsnitsværdier og Pearsons χ^2 -test for uafhængighed for kontinuere henholdsvis binære variable for at bestemme, om praksis i de fire grupper udgjorde signifikant forskellige populationer, herunder om de var forskellige med hensyn til efterlevelse af §100.

Data

Data bestod af en samkøring af data fra sygesikringsregistret, PLO's praksistælling, Lægemedelregistret, Landspatientregistret, Danmarks Statistiks socioøkonomiske database og enkelte oplysninger på kommuniveau fra forskellige offentlige kilder. Alle data undtagen data fra PLO er fra 2006. Data fra PLO er indsamlet i december 2005. Data er nærmere beskrevet i [2]. **Tabel 1** viser en deskriptiv statistik for de variable, der er anvendt i analyserne.

RESULTATER

Figur 1 viser resultaterne af produktivitsanalysen. Praksis, som efter korrektion for køn, alder og socioøkonomi, overskrider grænserne i §100, er identificeret med en cirkel.

I alt 85 ud af 1.758 praksis falder ud med værdier over det »tilladte« i §100 (5%). Samtlige 85 praksis overskrider udelukkende grænserne for laboratorieundersøgelser. Laboratorieundersøgelser udgør kun 8% af bruttohonoraret, hvilket må antages at være

en så beskeden andel, at det ikke kan tænkes at have den store påvirkning på det samlede produktivitsindeks. Det fremgår af **Tabel 2** (sidste linje), at vi forkaster nulhypotesen om, at ens andele af praksis i de fire grupper overskrider §100. Det fremgår også, at det er gruppe 3 og 4 (med lavere produktivitet end gennemsnittet), der har den største andel af praksis, der overskrider §100. Dette betyder, at hypotesen om at de produktive praksis er identisk med dem, der overskrider §100, ikke holder.

Figur 2 viser sammenhængen mellem listestørrelse og produktivitet. Det fremgår, at der er en positiv sammenhæng mellem produktivitet og listestørrelse (Spearman's korrelationskoefficient 0,50; $p = 0,000$).

Den lodrette linje i figuren illustrerer det gennemsnitlige antal tilmeldte på listen (1.567), og den vandrette linje viser det gennemsnitlige produktivitsindeks (0,78). Gennemsnitsværdierne inddeler praksispopulationen i fire grupper: 1) høj produktivitet og få tilmeldte på listen, 2) høj produktivitet og mange tilmeldte på listen, 3) lav produktivitet og mange tilmeldte på listen, 4) lav produktivitet og få tilmeldte på listen. **Tabel 2** viser deskriptiv statistik for udvalgte variable, der karakteriserer praksis i de fire grupper.

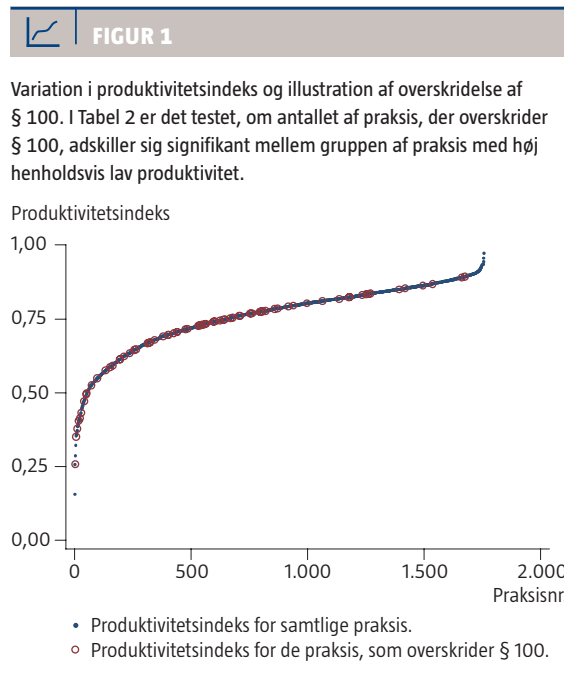
I yderste højre kolonne er F test rapporteret for identiske middelværdier, når der er tale om kontinuerlige variable og Pearsons χ^2 -test for uafhængighed ved binære variable. Resultaterne viser, at de fire grupper er signifikant forskellige på 5%-niveau for samtlige variable undtagen variabelen, der indikerer, om praksis overskrider §100.

Af de praksis, som har højere produktivitet end gennemsnittet, har 332 (19%) samtidig færre tilmeldte på listen end gennemsnittet (gruppe 1). Disse praksis har relativt tunge patienter (mange ældre, ufaglærte og højt medicinforbrug) og er lokaliseret i områder med lav urbaniseringsgrad, hvor adgangen til det specialiserede sundhedsvæsen er lille (lav speciallægetæthed og adgang til sygehuse). Derudover er gruppen kendetegnet ved et lavt forbrug af klinikpersonale, og en stor andel er gruppepraksis.

Den anden gruppe af produktive praksis (gruppe 2) består af 722 praksis (41%) med flere tilmeldte på listen end gennemsnittet. Gruppen er karakteriseret ved at have en relativt høj andel af gruppepraksis og et højt forbrug af klinikpersonale.

De uproduktive praksis fordeler sig på 228 praksis (13%) med flere og 476 praksis (25%) med færre tilmeldte end gennemsnittet.

Det fremgår, at gruppe 3 (de 228 praksis med lav produktivitet på trods af mange tilmeldte på listen) afviger markant fra de andre grupper på en række ka-





TABEL 2

Gennemsnitsværdier (95%-konfidensinterval) og test af forskelle i adgang og patient- og praksiskarakteristika i de fire grupper.

	Produktivitet > gennemsnittet		Produktivitet ≤ gennemsnittet		F-test for identisk gennemsnitsværdi ^a	Pearsons χ^2 -test for uafhængighed ^a
	listestørrelse ≤ gennemsnittet Gr. 1 (n = 332)	listestørrelse > gennemsnittet Gr. 2 (n = 722)	listestørrelse > gennemsnittet Gr. 3 (n = 228)	listestørrelse ≤ gennemsnittet Gr. 4 (n = 476)		
Patientkarakteristika, afhængig variabel						
Antal 60+-årige pr. 1.000 tilmeldte	239 (231-247)	208 (203-213)	190 (181-199)	228 (221-235)	p < 0,001	
Antal mænd pr. 1.000 tilmeldte	498 (493-503)	487 (483-491)	494 (484-504)	516 (510-523)	p < 0,001	
Antal ufaglærte pr. 1.000 tilmeldte	342 (336-347)	324 (321-328)	327 (319-334)	353 (347-358)	p < 0,001	
Lægemedelludgifter pr. tilmeldt, DKK	1.139 (1.102-1.177)	1.019 (995-1.042)	849 (808-889)	1.023 (991-1.055)	p < 0,001	
Adgang						
Henvisninger til speciallæger pr. 1.000 tilmeldte	418 (406-431)	431 (422-439)	461 (446-476)	437 (425-449)	p < 0,001	
Henvisninger til ambulant behandling pr. 1.000 tilmeldte	215 (205-224)	197 (191-203)	168 (158-178)	181 (173-188)	p < 0,001	
Henvisninger til sygehusindlæggelse pr. 1.000 tilmeldte	81 (79-83)	76 (75-78)	74 (71-76)	81 (79-83)	p < 0,001	
Antal speciallæger pr. 1.000 indbygger i kommunen	0,18 (0,17-0,20)	0,22 (0,21-0,23)	0,27 (0,25-0,29)	0,23 (0,22-0,25)	p < 0,001	
%-andel sygehus i kommunen	59 (54-65)	64 (60-67)	71 (66-77)	63 (59-67)		p = 0,032
Urbaniseringsgrad ^b	84 (83-86)	88 (87-89)	92 (91-94)	88 (87-90)	p < 0,001	
Praksiskarakteristika						
%-andel af praksis deltager i uddannelse af læger	46 (41-52)	49 (45-52)	38 (31-44)	32 (28-37)		p < 0,001
Brug af klinikpersonale (ugentlige timer)	50 (46-54)	60 (57-63)	67 (58-76)	48 (44-52)	p < 0,001	
%-andel gruppepraksis	60 (55-65)	51 (47-55)	25 (19-30)	25 (21-28)		p < 0,001
%-andel praksis, der overskrider § 100	5 (2-6)	2 (1-6)	6 (4-10)	7 (5-9)		p < 0,001

a) Bemærk, at nulhypotesen i F-testen for de kontinuerte variable er, at der er ens gennemsnit i de fire grupperinger af data, hvor nulhypotesen i χ^2 -testen for de binære variable er, at der er lige mange hændelser i de fire grupper (f.eks. lige mange gruppepraksis, antal praksis der overskrider § 100, osv.) En lav p-værdi betyder, at vi afviser, at grupperne er ens. b) Antal indbyggere i byer med 200 indbyggere eller mere i procent af kommunens samlede indbyggertal pr. 1. januar.

rakteristika. De har mange tilmeldte på listen, har de letteste patienter (få ældre og få ufaglærte og lavt medicinforbrug), den højeste urbaniseringsgrad, god adgang til det specialiserede sundhedsvæsen, et højt forbrug af klinikpersonale og en lille andel er gruppepraksis.

Den sidste gruppe, der inkluderer de 476 uproduktive praksis (gruppe 4), må betegnes som havende relativt tunge patienter, og de er lokaliseret i områder med en middel urbaniseringsgrad. Derudover er der en lille andel af gruppepraksis og det lave forbrug af klinikpersonale. På mange områder ligner denne gruppe de praksis, der ender i gruppe 2 med høj produktivitet og mange tilmeldte. Det fremgår af Tabel 2, at de to grupper af praksis, der falder ud som produktive, i højere grad deltager i uddannelse af læger.

DISKUSSION

Resultaterne i denne artikel viser, at det potentielle dilemma, der er mellem produktivitetsanalyser og § 100 i landsoverenskomsten, ikke er noget reelt problem. Øget produktivitet i form af flere ydelser pr.

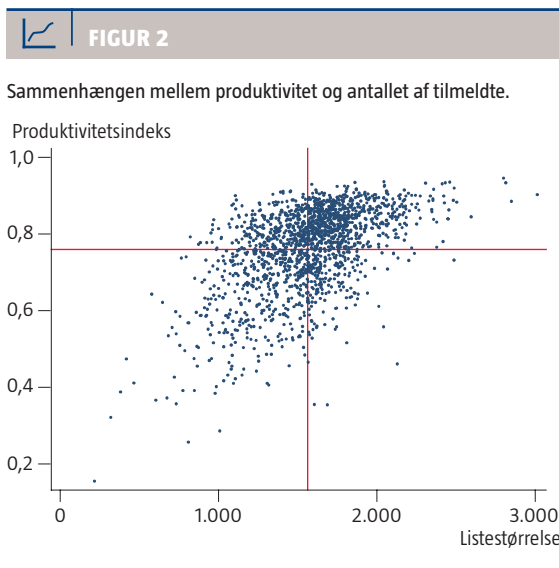
læge/klinikpersonale synes således ikke at have sammenhæng med et u hensigtsmæssigt ydelsesmønster.

Patientkarakteristika og adgang har betydning for produktivitet og listestørrelse. Tilpasning af listestørrelse til eksterne forhold synes derfor at være et effektivt redskab til at øge produktiviteten i almen praksis.

F.eks. kan det antages, at de 228 praksis (gruppe 3), som har flere på listen og lavere produktivitet end gennemsnittet, bør kunne øge listestørrelsen yderligere, eftersom de tilmeldte på listen er forholdsvis lette patienter, og fordi disse praksis har god adgang til det specialiserede væsen.

Modsat må det forventes, at de produktive praksis med få tilmeldte (gruppe 1) vil have svært ved at øge listestørrelsen, fordi den er karakteriseret ved relativt tunge patienter (ældre, lav social status og højt medicinforbrug), og at disse praksis har dårlig adgang til det specialiserede sundhedsvæsen. Det er dog interessant, at denne gruppe også har et relativt lille forbrug af klinikpersonale, og det er uvist, om produktiviteten eventuelt kan øges ad den vej.

Der tegner sig i det hele taget et interessant møn-



ster med hensyn til brug af klinikpersonale, idet praksis med højere listestørrelse end gennemsnittet (gruppe 2 og 3) har et højere forbrug af klinikpersonale end gennemsnittet (henholdsvis 60 og 67 timer mod et gennemsnit på 54 timer), mens praksis med lavere listestørrelse end gennemsnittet (gruppe 1 og 4) har et forbrug på henholdsvis 50 og 48 timer pr. uge. Det interessante er, at den gruppe, der har det største forbrug af klinikpersonale (gruppe 3 med 67 timer pr. uge) har et produktivitetsniveau, der er under gennemsnittet. Disse praksis, som også har relativt lette patienter og god adgang til det specialiserede sundhedsvæsen, har altså en relativ lav produktion pr. input (læger og klinikpersonale). Dette kan være et tegn på, at klinikpersonale ikke i alle tilfælde er lige så produktive som læger, eller at de to inputgrupper ikke altid, i det omfang man kunne forvente, formår at substituere hinanden. Denne hypotese er til dels underbygget af et studie af amerikanske praksis, hvor det konkluderes, at læger og klinikpersonale er komplementære input frem for substituerende [4]. Der synes således at være potentiale for bedre udnyttelse af klinikpersonale.

En anden interessant observation er, at praksis med et højere produktivtetsindeks end gennemsnittet (gruppe 1 og 2) har en relativt høj andel af gruppepraksis, idet henholdsvis 60% og 51% er gruppepraksis mod 25% for de uproduktive praksis. Dette resultat kan dog være påvirket af, at disse praksis samtidig er lokaliseret i områder, hvor speciallægetætheden er under gennemsnittet. Det er derfor svært at afgøre, om det høje produktivtetsniveau skyldes det faktum, at de er gruppepraksis, eller om de har et højt produktionsniveau, fordi aflastningen i form af speciallægehenvisninger er beskeden.

Produktionen er defineret som den samlede aktivitet i almen praksis vægtet med de respektive takster. Når vi anvender bruttoindkomsten som mål for produktionen, er den implicitte antagelse, at summen af de vægtede ydelser er et validt udtryk for værdien af produktionen. Vægtene fortolkes således som udtryk for samfundets relative betalingsvilje for den enkelte ydelse. Denne fortolkning er på linje med den anskuelse, man anvender ved produktivtetsmåling i sygehussektoren, hvor produktionsværdien opgøres ved antal udskrivelser vægtet med diagnose-relaterede grupper (DRG)-taksten.

KORRESPONDANCE: Kim Rose Olsen, Dansk Sundhedsinstitut, Dampfærgevej 27-29, DK-2100 København Ø. E-mail kro@dsi.dk

ANTAGET: 12. juli 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Praktiserende lægers organisation (PLO). På vej mod større lægehuse. København: PLO, 2007.
2. Olsen KR, Sørensen HT, Gyrd-Hansen D. Produktivtets- og efficiensanalyse i almen praksis – Analyser af muligheder, barrierer og indledende resultater. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2008.
3. Kumbhakar SC, Knox Lovell CA. Stochastic frontier analysis. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
4. Battese G, Coelli TJ. A model for technical inefficiency effects in a stochastic frontier production function for panel data. *Empir Econ* 1995;20:325-32.
5. Olsen KR, Sørensen HT, Vedsted P et al. Henvisningsmønster i almen praksis – en registeranalyse. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2008.
6. Thurston NK, Libby AM. A production function for physician services revisited. *Rev Econ Stat* 2002;84:184-91.

Kontaktpersonordningen – fra navn til gavn?

Oversygeplejerske Birthe Rosenkrantz Lindegaard & overlæge Peter Qvist

RESUME

INTRODUKTION: Kontaktpersonordningen er i 2009 blevet en del af Sundhedsloven. Ordningen monitoreres kvartalsvis ved indberetning fra sygehusene til regionerne. Målopfylelsen for tildeling af en kontaktperson er generelt høj, men der er kun sparsom viden om udførelsen af den tiltænkte funktion. I denne undersøgelse søger vi at klarlægge, i hvor høj grad kontaktpersonerne opfylder intentionerne i ordningen.

MATERIALE OG METODER: To medicinske og to kirurgiske sengeafdelinger deltog. Der gennemførtes et struktureret interview med indlagte patienter, og kontaktpersoner gennemgik en spørgeskemaundersøgelse. Såvel patienter som kontaktpersoner blev bedt om at besvare spørgsmål vedrørende planlægning/koordinering, løbende information samt udskrivning/overdragelse.

RESULTATER: I alt 107 af 125 inkluderbare patienter i undersøgelsesperioden blev interviewet. Femogtyve patienter erklærede sig vidende om tildeling af en kontaktperson. Patienternes vurdering af personalets udførelse af de opgaver, der forventes af kontaktpersonordningen, var generelt god og uafhængig af oplevelsen af tildeling af en kontaktperson. 22% af patienterne oplevede i mindre grad eller slet ikke at få information løbende, mens kun 13% i mindre grad eller slet ikke oplever generel sammenhæng i indlæggelsesforløbet. I alt 110 kontaktpersoner besvarede spørgeskemaet. Mindre end halvdelen følte sig velinformerede om ordningen. Kun få kontaktpersoner formåede efter eget udsagn at leve op til ordningens intentioner, specielt lykkedes det sjældent at medvirke ved patientens udskrivelse.

KONKLUSION: Der synes fortsat at være behov for en målrettet indsats, hvis kontaktpersonordningen skal bringes til at fungere efter hensigten.

Begrebet kontaktpersonordning blev introduceret i 1999 [1] og har siden været en del af økonomiaftalen mellem regeringen og amterne og senere regionerne. Primært var der ikke fastsat regler for kontaktpersoner på sygehusene, men udelukkende tale om en aftalebaseret ordning, om tilknytning til en fast navngivet person. Fra politisk side ønskede man yderligere at styrke indsatsen for at sikre patienter en mere sammenhængende behandling, hvorfor kontaktpersonordningen indgik i revisionen af Sundhedsloven, som blev vedtaget til ikrafttræden 1. januar 2009 [2]. Med denne lovvedtagelse forpligtes regionsrådene til at tilbyde en kontaktperson til alle ambulante patienter med mere end et ambulant besøg, og til alle indlagte patienter, hvis behandling strækker sig over mere end et døgn.

Politisk blev det besluttet at implementeringen af

ordningen løbende skulle monitoreres, og Danske Regioner har udarbejdet fælles information og en målemetode [3]. Først fra 2006 har der været monitoreret systematisk på landsplan med obligatorisk kvartalsvis registrering af, hvor mange indlagte patienter, der får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson. Dækningsgraden offentliggøres på Sundhed.dk [4].

De aktuelle monitoreringer begrænser sig til opgørelser over succesraten med hensyn til dokumentation af udpegning af kontaktpersoner. Denne undersøgelse blev iværksat for at få et indtryk af, i hvor høj grad kontaktpersonordningen aktuelt lever op til funktionens indhold som beskrevet i aftaler og lovgrundlag.

Det primære formål med undersøgelsen var at undersøge, om indlagte patienter oplever at få de ydelser og den service, der forventes i henhold til formålet med kontaktpersonordningen. Desuden ville vi undersøge, om kontaktpersonen varetager de funktioner og det ansvar, der forventes i forhold til intentionerne med ordningen, og endelig om kontaktpersonen oplever at have haft vilkår, der muliggjorde, at de kunne varetage funktionen.

MATERIALE OG METODER

Projektet blev gennemført i samarbejde mellem Region Syddanmarks Center for Kvalitet (CfK) og fire sengeafdelinger på Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus (OUH) i perioden fra august 2008 til oktober 2008. Der blev valgt to kirurgiske afdelinger (en abdominal- og en ortopædkirurgisk afdeling) og to medicinske afdelinger. Der blev med valget af afdelinger tilstræbt en så blandet patientpopulation som muligt.

På alle fire afdelinger gennemførtes et struktureret interview med indlagte patienter og en spørgeskemaundersøgelse blandt den del af personalet, der fungerede som kontaktpersoner i undersøgelsesperioden.

Vi har i denne undersøgelse kun set på ordningen for indlagte patienter og har i udvælgelsen af spørgsmålskategorier til patienter og kontaktpersoner tilladt os at ekstrahere, hvad vi opfatter som de hyppigst anførte intentioner med ordningen: at planlægge og koordinere indlæggelsesforløbet, at sikre løbende information om undersøgelser, resultater og behandling samt at medvirke ved overdragelse/udskrivning.

Udgangspunktet for udarbejdelse af interview-

ORIGINALARTIKEL

Region Syddanmark,
Center for Kvalitet



TABEL 1

Patienternes vurdering af, i hvor høj grad de har modtaget udvalgte ydelser i relation til kontaktpersonordningen. Værdierne er antal (n = 107).

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke besvaret
Informeret om plan for indlæggelsen	73	11	12	11	-
Løbende information	58	25	18	6	-
Planlagt udskrivelse	66	24	9	6	2
Oplevet sammenhæng	77	13	6	8	3

guiden var tidligere validerede relevante spørgsmål bl.a. fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) [5].

Patienter, der var indlagt i mindst 24 timer, og som ifølge afdelingens oplysninger havde fået tilknyttet en kontaktperson, blev inkluderet i undersøgelsen, mens patienter med demens, anden mental svækkelse eller kommunikationsvanskeligheder samt patienter, der ikke ønskede at medvirke, blev ekskluderet.

Til kontaktpersonerne blev der udarbejdet et spørgeskema, hvis mål var at afdække, om kontaktpersonen varetog de opgaver og det ansvar, der forventes i henhold til intentionen med ordningen, samt om kontaktpersonen oplevede at have haft vilkår/mulighed for at varetage funktionen som kontaktperson. Der blev lagt vægt på, at skemaet blev overskueligt, og at det skulle være nemt at skabe sig et klart overblik over spørgsmål og svarkategorier. Spørgsmålstyperne var en blanding af evaluerings- og faktuelle spørgsmål, og svarskalaen var en ordinalskala med rangordnede svarkategorier [6].

DATAINDSAMLING

Forud for undersøgelsen blev der gennemført pilotafprøvning med henblik på validering af såvel interviewguiden som spørgeskemaet. Der blev gennemført i alt seks patientinterview og otte spørgeskemaundersøgelser for at vurdere, hvordan spørgsmålene blev forstået, hvordan deres relevans blev vurderet og endelig, om der kunne peges på væsentlige emner, der burde indgå i undersøgelsen. Efterfølgende blev såvel guiden som spørgeskemaet justeret.

Alle patientinterviews blev gennemført af samme interviewer på den dag, hvor patienten skulle udskrives, eller så tæt på udskrivelsen som muligt. Interviewene blev foretaget på forskellige ugedage på hver afdeling indtil som minimum 25 patienter fra hver afdeling var inkluderet. Spørgeskemaerne blev udleveret af afdelingssygeplejersken og udfyldt frivilligt og anonymt. I hver afdeling var det aftalt, hvornår og til hvem skemaerne skulle afleveres.

ETISKE HENSYN

Via Kvalitetsafdelingen på OUH blev der indhentet tilladelse hos de respektive afdelingsledelser til gennemførelse af undersøgelsen. Ligeledes er Videnskabs-etisk Komite i Region Syddanmark forespurgt. Undersøgelsen er ikke anmeldt til Datatilsynet, da der ikke er sket registrering af personhenførbare data.

DATAANALYSE

Data blev indtastet og behandlet i OnBase/Access.

RESULTATER

På de fire afdelinger blev i alt 107 patienter interviewet, og 18 patienter blev ekskluderet. Gennemsnitsalderen var 65 år. Der blev i alt besvaret 110 spørgeskemaer, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på mellem 50 og 80% på hver af de deltagende afdelinger.

Alle patienter blev spurgt, hvorvidt de blev informeret om planen for indlæggelsen, om de løbende blev informeret om undersøgelser, resultater og behandling under indlæggelsen, hvorvidt de oplevede udskrivelsen som planlagt samt oplevede sammenhæng i indlæggelsesforløbet. Resultaterne fremgår af **Tabel 1**. I alt 73 (68%) af patienterne oplevede i høj grad at være informeret om planen for indlæggelsen, 58 (54%) erklærede, at de i høj grad havde fået løbende information om undersøgelser, resultater og behandling, 66 (62%) oplevede i høj grad udskrivelsen som planlagt, mens 77 (72%) i høj grad oplevede sammenhæng i indlæggelsesforløbet.

Samtlige patienter blev også spurgt, hvorvidt de var vidende om, at de havde en kontaktperson tilknyttet under den aktuelle indlæggelse. I alt 25 af patienterne erklærede sig vidende herom, og ud af disse erklærede 21 patienter, at de havde fået udleveret navnet på vedkommende. Otte af de 25 patienter erklærede sig vidende om, at deres kontaktperson havde medvirket ved planlægning af deres udskrivelse, og ud af de 25 oplevede de 13, at det havde haft stor betydning, at der var tilknyttet en kontaktperson.

Kontaktpersonerne blev bedt om at besvare spørgsmål om, hvorvidt de medvirkede i planlægning af undersøgelse og behandling samt i patientens udskrivelse. Endvidere blev de spurgt, om de for de patienter, de var kontaktperson for, informerede om planen for indlæggelsen, om de løbende gav information under indlæggelsen, og om de gennemførte afsluttende samtaler inden udskrivelse. Supplerende blev de spurgt, om de følte sig velinformerede om kontaktpersonens opgaver og ansvar i afdelingen, samt om hvordan de oplevede muligheden for at varetage funktionen. Resultaterne fremgår af **Tabel 2**. Mindre

end halvdelen føler sig velinformerede om kontaktpersonens rolle og ansvar i afdelingen. Mere end halvdelen medvirker slet ikke – eller i mindre grad ved planlægning af udskrivelsen, og endnu færre gennemfører en afsluttende samtale med patienten. Blandt kontaktpersonerne er der stor variation i varetagelsen af funktionen; kun få oplever, at de har haft mulighed for at varetage de funktioner og det ansvar, der forventes i henhold til intentionerne med ordningen. Dog har 34 (31%) af de adspurgte kontaktpersoner angivet, at de i nogen grad eller i høj grad har medvirket ved både planlægning, løbende information og ved udskrivelsen af den enkelte patient.

DISKUSSION

Kontaktpersonordningen har nu eksisteret i ca. ti år. Ordningen blev primært indført med henblik på løsning af de ofte fremførte problemer med mangel på sammenhæng i patientforløbene [7, 8]. Udpegning af kontaktpersoner og dokumentation heraf monitoreres nu i form af kvartalsvise opgørelser, som er offentligt tilgængelige [4]. Resultaterne peger generelt i retning af en god målopfyldelse. De seneste data, der er opgjort, er for perioden fra september til december 2008. De viser, at Odense Universitetshospital har en dækningsgrad på 79%, og at Sygehus Fyn (OUH Svendborg) har en dækningsgrad på 96% [9].

Der eksisterer ingen større aktuelle undersøgelser af patienters oplevelse af kontaktpersonordningen for indlagte patienter. En nylig spørgeskemaundersøgelse blandt mere end 20.000 ambulante patienter fra de to østdanske regioner viser, at en stor del af de ambulante patienter fortsat ikke oplever at have en fast læge eller sygeplejerske tilknyttet [10].

Der synes ikke tidligere at være gennemført undersøgelser med henblik på at klarlægge, om kontaktpersonordningen har formået at løse de grundlæggende problemer med sammenhæng i indlæggelsesforløbene. Samtidig er der kun få internationale publikationer om ordninger, der svarer til den danske kontaktpersonordning. Publicerede udenlandske erfaringer stammer hovedsagelig fra USA, hvor man



Patient får udleveret pjecen om kontaktpersonordningen.

gennem en del år har haft sygeplejersker udpeget og ansat som såkaldte *case managers*. Opgaverne har i nogen udstrækning svaret til de opgaver, der forventes af den danske kontaktpersonordning [11-14]. I USA har rollen som *case manager* udviklet sig over de seneste år, formentlig fordi de gennemførte evalueringer ikke er overbevisende positive [15]. Det er således vanskeligt i litteraturen at finde belæg for, at udpegning af en kontaktperson er den rigtige løsning på de problemer, som den danske ordning blev iværksat på baggrund af.

Generelt viser resultaterne af denne undersøgelse, at de fleste patienter oplever velplanlagte forløb, løbende information og veltilrettelagt udskrivelse – uafhængigt af oplevelsen af tildeling af en kontaktperson. Det er påfaldende, at hovedparten af de patienter, der har fået tildelt en kontaktperson, ikke erklærer sig vidende herom. Dette kan hænge sammen med personalets angivelse af, at kendskabet til funktionen er mangelfuldt, og at mulighederne for at leve op til rollen er dårlige. Dog bør det bemærkes, at det for knap en tredjedel af kontaktpersonerne lykkedes at medvirke ved planlægning, løbende infor-



TABEL 2

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Medvirker i undersøgelse/behandlingsplan	13	31	48	18
Informerer om plan for indlæggelsen	41	32	25	12
Informerer løbende	24	29	41	16
Medvirker ved udskrivelse	19	31	42	18
Gennemfører afsluttende samtale	7	27	47	29
Har mulighed for at varetage funktionen	2	15	62	31

Personalets vurdering af varetagelse af funktionen som kontaktperson. Værdierne er antal (n = 110).

mation og udskrivning af den enkelte patient og dermed at fungere som en gennemgående person. Fra tidligere landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser ved vi, at personalekontinuiteten (forstået som 1-2 læger/sygeplejersker med særligt forløbsansvar) under indlæggelse ikke er optimal [5]. Den aktuelle undersøgelse tyder ikke på, at indførelse af kontaktpersonordningen – og specielt den obligatoriske kvartalsvise monitorering – ændrer noget på dette forhold. Det er med andre ord oplagt lettere at sætte navn på end at leve op til intentionen i ordningen. I den forbindelse er det væsentligt, at hovedparten af patienterne i denne undersøgelse oplever sammenhængende indlæggelsesforløb. Det lykkes tilsyneladende ganske godt for personalet at levere den vare, kontaktpersonordningen er sat i verden for at levere. Dette er ikke ensbetydende med, at funktionen ikke kan optimeres. En velfungerende kontaktpersonordning er dog tilsyneladende ikke en forudsætning for det gode sammenhængende patientforløb.

Med deltagelse af fire afdelinger er der i denne undersøgelse søgt at inddrage en bred patientpopulation. Patientantallet og besvarelsesprocenten er for lille til en sammenligning på tværs af afdelingerne og til at generalisere regionalt og på landsplan. Der synes dog ikke at være grund til at antage, at situationen er meget anderledes på andre afdelinger end på de undersøgte. I en rapport fra region Midtjylland konkluderes bl.a., at det er meget vanskeligt at få afdelingernes arbejdsplaner til at understøtte ordningens intentioner [16, 17]. Hertil kommer, at manglende sammenhæng i forløbene kan være forårsaget af forhold, som en kontaktperson ikke har nogen reel indflydelse på.

De fremtidige udfordringer for afdelingsledelser og personale synes således at bestå i:

1. Sikring af, at patienten bliver gjort bekendt med tildelingen af en kontaktperson og informeret om, hvad ordningen indebærer. Dette kan f.eks. ske ved at udlevere skriftlig information i form af en folder, et visitkort eller lignende ved indlæggelsen.
2. Grundigere introduktion af medarbejdere til de opgaver, der ligger i kontaktpersonfunktionen.
3. Forsøg på i højere grad at tilrettelægge arbejdet, så kontaktpersonen får mulighed for at varetage funktionen.
4. Fokus på supplerende initiativer til styrkelse af sammenhængen i patientforløbene, idet kontaktpersonordningen næppe kan anses for at være en universalløsning til virkeliggørelse af visionen om det gode indlæggelsesforløb. Disse initiativer kunne bl.a. rettes mod forbedring af tværfaglig

planlægning og koordinering af den enkelte patients forløb.

Som et centralt initiativ kunne relevant materiale til såvel kontaktpersoner som patienter gøres let tilgængeligt på f.eks. Danske Regioners hjemmeside.

KONKLUSION

De fleste patienter erklærede sig uvidende om at have fået tildelt en kontaktperson, og kontaktpersonens opgaver var oftest fordelt blandt det tilstedeværende personale. Kontaktpersonerne følte sig utilstrækkeligt informerede om rollen og forventningerne til opgavevaretagelsen. Betingelserne for at varetage funktionen bedømtes af personalet som dårlige. Undersøgelsens resultater viser, at der er behov for en mere målrettet indsats, hvis ordningen skal bringes til at fungere ikke blot af navn men også af gavn.

KORRESPONDANCE: Birthe Rosenkrantz Lindegaard, Center for Kvalitet, P.V. Tuxensvej 3-5, DK-5500 Middelfart. E-mail: birthe.lindegaard@regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 14. april 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Forfatterne ønsker at takke ledere og medarbejdere på de fire involverede afdelinger for deres medvirken ved undersøgelsens gennemførelse.

LITTERATUR

1. Aftale om Amternes økonomi for 2001. Finansministeriet, 13.06.2000.
2. Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. Lov nr. 538 af 17. juni 2008.
3. Danske Regioner. Fælles definition og målemetode. 11.11.2008.
4. <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=29489.1> (8. oktober 2009)
5. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser. København Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2006: 36-37 og 40-47.
6. Freil M, Gut R, Jensen AJ. Spørgekemaundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til, og hvordan gribes de an? Københavns Amt: Enheden for Brugerundersøgelser, Sundhedsforvaltningen, maj. 2005:39-51.
7. Riiskjær E. Bare der altid var en rød tråd.... Århus: Kvalitetsafdelingen, Århus Amt, 2005
8. Jan Mainz. Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, teori, metode, resultater. København Munksgaard, 1996.
9. <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=29489.1> (8. oktober 2009)
10. Landsdækkende undersøgelse af patienters oplevelser på offentlige sygehuse og privathospitaler og – klinikkens ambulatorier 2008 – en spørgekemaundersøgelse blandt 22,597 ambulante patienter. København Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
11. Gilbert M, Counsell CM, Ross L. Evolution of a role to enhance care coordination. *Nurs Case Manag* 1997;2:19-22.
12. Tahan HA, Hubert DL, Downey WT. Case managers' roles and functions: Commission for Case Manager Certification's 2004 Research, Part I. *Lippincotts Case Manag* 2006;11:4-22; quiz 23-4.
13. Tahan HA, Hubert DL. The CCMC's national study of case manager job descriptions: an understanding of activities, role relationships, knowledge, skills, and abilities. *Lippincotts Case Manag* 2006;11:127-44; quiz 145-6.
14. Thomas PL. Case manager role definitions: do they make an organizational impact? *Prof Case Manag* 2008;13:61-71; quiz 72-3.
15. Reimanis CL, Cohen EL, Redman R. Nurse case manager role attributes: Fifteen years of evidence-based literature. *Lippincotts Case Manag* 2001;6:230-9; quiz 240-2.
16. Jonasson C. Kontaktpersonordningen og organisering af patientforløb – Muligheder og barrierer for innovativ udvikling af brugernes sundhedsvæsen. København: Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland, 2007.
17. Jensen K. Kontaktperson – en pligt eller et godt redskab? *Ugeskr Læger* 2007;169:3990.

Metode til kompetenceevaluering af speciallæger – validering af 360-graders-skema

Overlæge Kirsten Nørgaard, overlæge Juri Pedersen, overlæge Lisbeth Ravn, overlæge Elisabeth Albrecht-Beste, overlæge Kim Holck, cand.merc.sol. Maj Fredløv & overlæge Lars Krag Møller

RESUME

INTRODUKTION: Kompetencevurdering af speciallæger fokuserer på kvaliteten af lægers arbejde. Formålet med arbejdet var at udvikle et validt, brugbart og acceptabelt 360-graders-evalueringsskema til danske hospitalsspeciallæger.

MATERIALE OG METODER: Udsagn om speciallægers kompetencer inden for de ikke medicinske ekspertroller blev dannet (samarbejder, professionel, kommunikator, sundhedsfremmer, akademiker, leder/administrator). Udsagnene blev indholdsvalideret i en lægegruppe (relevans, forståelighed, dækkende for rollen). Et justeret udkast blev herefter valideret af ikke-læger, og et endeligt skema blev udformet. En gruppe speciallæger afprøvede metoden, fik tilsendt en rapport med resultaterne og vurderede herefter metoden.

RESULTATER: I alt 66 udsagn blev efter valideringsrunderne reduceret og omformuleret til 36. I begge valideringsrunder blev der opnået relevans- og forståelsesscoringer i intervallet mellem »i høj grad« og »i væsentlig grad«. I en pilottest blev 18 speciallæger vurderet af sig selv, samt af 141 læger og 125 andre fagpersoner. Stort udbytte af evalueringen fandt 58%, og 53% så udviklingsmuligheder på baggrund af rapporten. Cirka en tredjedel ønskede ikke, at afdelingslederen fik resultatet, mens to-tredjedele mente, at rapporten kan bruges ved medarbejderudviklingssamtaler.

KONKLUSION: Vi har udviklet et evalueringsredskab til vurdering af speciallægers kompetencer med relevante og forståelige udsagn. Af en pilottest fremgår, at de fleste havde udbytte af evalueringen. Da en del ikke ønsker, at ledelsen får resultatet, kan metoden ikke anvendes som kompetencevurdering af alle speciallæger, her må andre evalueringsmetoder bruges.

I hospitalssektoren har der igennem en årrække været fokus på kompetencevurdering af medarbejdere. Hvad angår vurdering af lægers kompetencer blev diskussionen intensiveret i 2001 med Speciallægekommisionens rapport *Fremtidens Speciallæge* [1]. Heri blev det foreslået, at syv kompetenceområder skal indgå i speciallægeuddannelsen (medicinsk ekspert, samarbejder, professionel, kommunikator, sundhedsfremmer, akademiker, leder/administrator), og at kompetenceevaluering skulle danne grundlag for speciallægeanerkendelse. Siden da er speciallægeuddannelsen blevet ændret i relation hertil, og der findes målbeskrivelser og kompetencevurderingsforslag inden for alle specialer.

På verdensplan har vurdering og opretholdelse af speciallægers kompetencer fået stor opmærksomhed bl.a. som resultat af bekymring om kvaliteten af lægers virke [2]. I Danmark har diskussionen af kvalitetssikring i hospitalssektoren ligeledes ledt interessen hen på kontinuerlige kompetencevurderinger af speciallæger. Igennem de senere år er hospitalerne i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab blevet akkrediteret af det amerikanske *Joint Commission*. Flere af de anvendte akkrediteringsstandarde foreskriver, at der skal forefindes procedurer for, hvordan den lægelige kompetence bliver tildelt og overvåget [3]. I en nylig statusartikel af C. Ringsted *et al* konkluderes, at udfordringen ved at kompetenceevaluere speciallæger er at definere, hvad der skal vurderes af hvem og hvordan [4].

Uddannelsen af speciallæger er baseret på de syv canadiske roller, og disse roller anvendes ligeledes ved overlægebedømmelse. Det synes derfor oplagt at tænke kompetencevurdering af speciallæger ind i samme ramme. Det er praktisk at have redskaber til kompetenceevaluering, som er anvendelige for de fleste typer speciallæger. Kompetencerne, der er relateret til en medicinsk ekspert, er specifikke for de enkelte specialer, mens de øvrige seks

ORIGINALARTIKEL

Hvidovre Hospital, Tutorcentret, Endokrinologisk Afdeling, Børneafdelingen, Anæstesi-afdelingen, Røntgenafdelingen, Ortopædkirurgisk Afdeling, Udviklings- og Uddannelsesafdelingen og Gynækologisk og Obstetriske Afdeling



Forskellige faggrupper vurderer speciallægens ikke medicinske kompetencer.

kompetencer indeholder fælles elementer for specialerne. Et muligt redskab til vurdering af disse kompetencer er 360-graders-evaluering, på engelsk også *multisource feedback*. Metoden er de senere år anvendt som kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen i Danmark [5]. Inden for andre brancher end den sundhedsprofessionelle har metoden en langt større udbredelse, f.eks. i erhvervslivet som et praktisk redskab til at vurdere kompetence på arbejdspladsen [6]. Både i USA og Canada har man udviklet 360-graders-skemaer til løbende certificering af speciallæger [7-9]. Metoden går ud på, at den person, der skal vurderes, selv udvælger en gruppe samarbejdspartnere, som udfylder et standardiseret spørgeskema. Samarbejdspartnere og personen selv skal vurdere, i hvor høj grad han eller hun er i besiddelse af de beskrevne kompetencer (**Figur 1**). I flere af de udenlandske modeller indgår også patienter som en gruppe, der skal evaluere speciallægen [7, 8].

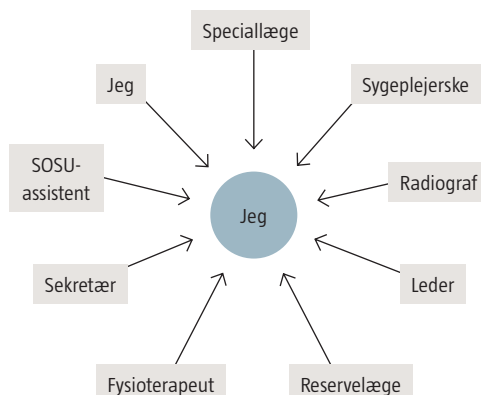
Formålet med dette arbejde var at udvikle et validdt og praktisk 360-graders-evalueringsskema til evaluering af danske speciallæger i hospitalssektoren. Fokus for evalueringen var de fælles ikkemedicinske ekspertkompetencer. Endvidere var formålet at undersøge speciallægers vurdering af 360-graders-skemaets værdi som evalueringsredskab.

MATERIALE OG METODER

Undersøgelsen var opdelt i tre trin. Trin et var udvikling og validering af et 360-graders-evalueringsskema til hospitals-speciallæger fra mange specialer. Trin to var en pilottest med afprøvning af det i trin et udviklede skema, og endelig var trin tre en efterfølgende vurdering af metoden blandt de speciallæger, som deltog i pilotundersøgelsen.

FIGUR 1

360-graders-evaluering.



TRIN ET – UDVIKLING AF

360-GRADERS-EVALUERINGSSKEMA

Forfatterne brainstormede på mulige udsagn til et skema, der kunne være anvendeligt for færdiguddannede speciallæger på hospitalet – uanset speciale – med inspiration i de eksisterende 360-graders-evalueringsskemaer, som bruges til evaluering af uddannelsessøgende i speciallægeuddannelsen [5], evaluering af ledere på Hvidovre Hospital [10], udenlandske skemaer i forskellige lægefaglige specialer [8] og Hvidovre Hospitals Kvalitetsråds instruks til evaluering af speciallægers kompetencer [11].

Validering af skemaudkast

Første skemaudkast blev uddelt til speciallæger på hver af de afdelinger, hvor forfatterne er ansat. For hvert udsagn blev lægerne bedt om at vurdere, dels hvor relevant de fandt hver enkelt udsagn til at evaluere kompetencen, og dels om formuleringen af udsagnet var forståeligt. For hver rolle skulle det endvidere vurderes, om samlingen af udsagn ansås som dækkende for rollen. Der kunne vælges blandt følgende muligheder: 1: i høj grad, 2: i væsentlig grad, 3: i nogen grad, 4: i ringe grad, 5: slet ikke og 9: ved ikke. En høj score svarede således til lav relevans eller forståelighed. Der var endvidere mulighed for, at komme med forslag til sproglige korrektioner og forslag til nye udsagn. Udsagn, som en eller flere deltagere vurderede at være dækket af et andet udsagn, udgik. Endvidere udgik et udsagn, hvis det fik en gennemsnitlig relevansscore > 2 og/eller en forståelighedsscore > 2 og ikke umiddelbart kunne rettes sprogligt. Udsagn blev omformuleret, hvis der var forslag til en bedre formulering, såfremt vi vurderede, at meningen forblev uændret.

VALIDERING AF REVIDERET SKEMAUDKAST

På baggrund af ovenstående proces blev der udformet et revideret skema, som blev omdelt til andre faggrupper end læger på de samme afdelinger. For hvert udsagn blev faggrupperne bedt om at score relevansen og forståeligheden, og for hver rolle om at vurdere om samlingen af udsagn ansås som dækkende for rollen efter samme skala som i første runde.

TRIN TO – AFPRØVNING AF

360-GRADERS-SPECIALLÆGEEVALUERING

Efter ovenstående kriterier blev et endeligt 360-graders-evalueringsskema lavet (**Tabel 1**). Forud for det endelige skema blev alle indkomne forslag til sproglige omformuleringer, eventuelle mangler, relevans- og forståelsesscoringer omhyggeligt vurderet af forfattergruppen. Herefter blev alle afdelingsledelser på hospitalet tilbudt, at to speciallæger kunne deltage i

en pilotundersøgelse. Ved denne skulle speciallægerne dels evaluere sig selv, dels 360-graders-evaluere af deres samarbejdspartnere. Skemaet blev elektronisk formuleret. Speciallægerne blev bedt om at indsende navne og e-mail-adresser på 15 samarbejdspartnere, som de på forhånd havde sikret sig gerne ville deltage. De blev opfordret til at udvælge 50% læger fra forskellige uddannelsesniveauer og 50% fra andre faggrupper (sygeplejersker, jordemødre, sekretærer, radiografer, bioanalytikere etc.). De, som skulle evaluere speciallægerne, fik tilsendt og svarede på det elektroniske 360-graders-skema via e-mail. Der blev genereret en elektronisk rapport til hver speciallæge med resultaterne i anonymiseret form.

TRIN TRE – BRUGBARHED OG ACCEPTABILITET AF 360-GRADERS-EVALUERINGEN

To uger efter speciallægerne havde modtaget evalueringsrapporten, modtog de endnu et elektronisk spørgeskema til belysning af deres vurdering af metoden.

RESULTAT

Udviklingen af 360-graders-skemaet

Det første skemaudkast indeholdt i alt 66 udsagn. Udsagnene blev vurderet af 23 speciallæger, der havde fungeret som læger i gennemsnitligt $23,8 \pm 6,4$ år ($\pm$ standardafvigelse). Resultaterne af lægernes vurdering af henholdsvis relevans og forståelighed for udsagnene inden for hver rolle fremgår af **Tabel 2**. Den gennemsnitlige relevansscore er 1,8 med en spredning på 1,2-2,7, og den gennemsnitlige forståelighedsscore er 1,6 med en spredning på 1,2-2,9. På baggrund af kriterierne, der er anført i metodeafsnittet, blev der efterfølgende konstrueret et revideret skemaudkast, som indeholdt 37 udsagn.

I valideringen af det reviderede skemaudkast deltog 21 sygeplejersker, jordemødre, sekretærer og radiografer. Relevans og forståelighedsscoringerne var umiddelbart højere for alle roller (Tabel 2). Den gennemsnitlige relevansscore var 1,3 med en spredning på 1,0-1,6, og scoren for forståelighed var 1,4 med en spredning på 1,0-2,9. Hvorvidt udsagnene var dækkende for de enkelte roller blev scoret fra 1,3 til 1,7, hvilket svarer til mellem »i høj grad« = 1 og »i væsentlig grad« = 2. På baggrund af kriterierne blev det endelige skema med 35 udsagn lavet (Tabel 1).

Pilottest til vurderingen af metoden

Tilbud om deltagelse i pilottesten i speciallægegruppen blev sendt til 17 ledende overlæger på hospitalet. Fra 11 afdelinger blev der tilmeldt 23 speciallæger. Blandt de tilmeldte deltagere indsendte 18 speciallæger (78%) navne og e-mail-adresser på samarbejdspartnere, som skulle deltage. Samarbejdspartnere



TABEL 1

Udsagnene i det endelige 360-graders-evalueringsskema til speciallæger.

Kommunikator

1. Behandler patienter høfligt og hensynsfuldt
2. Involverer patienter i beslutninger om deres undersøgelser og behandlingsplan
3. Er lydhør over for andre
4. Formidler budskabet godt til andre faggrupper
5. Kommunikerer klart

Samarbejder

6. Bidrager til tværfagligt samarbejde
7. Samarbejder med andre afdelinger
8. Modtager kritik på en konstruktiv måde
9. Giver konstruktiv feedback
10. Anerkender andre faggruppers kompetencer og styrker

Leder/administrator

11. Anvender arbejdstiden på en effektiv måde
12. Deltager i at sætte og forfølge mål til afdelingens bedste
13. Varetager »papirarbejde« og dokumentation rettidigt og i henhold til de gældende regler
14. Delegerer relevant arbejde ud til yngre kollegaer og andre faggrupper
15. Koordinerer opgaverne omkring komplekse patienter
16. Løser ledelsesmæssige problemer

Sundhedsfremmer

17. Anvender sin viden om sundhedsfremmende faktorer i sin rådgivning af patienter
18. Engagerer sig i patientens egen indsats for sundhed
19. Har kendskab til anmeldelsespligter
20. Er opmærksom på og indrapporterer utilsigtede hændelser

Akademiker

21. Er fagligt nysgerrig
22. Formidler viden til kolleger og andre faggrupper
23. Tager aktivt del i de faglige diskussioner i afdelingen
24. Deltager aktivt i fagligt udviklingsarbejde og/eller forskning

Professionel

25. Udviser etisk adfærd i forhold til patienter og pårørende
26. Er bevidst om egne faglige begrænsninger og søger hjælp
27. Udviser respekt over for patienter, kollegaer og andre faggrupper
28. Kan håndtere stress og konflikter
29. Angående omhu, samvittighed og pålidelighed:
 - a. Er tilgængelig (f.eks. svarer sin søger)
 - b. Overholder tavshedspligt
 - c. Møder til tiden
 - d. Varetager opgaver til tiden
 - e. Prioriterer tid og patienter på relevant måde
 - f. Skriver relevante journalnotater
 - g. Håndterer akutte situationer effektivt

var 141 læger og 125 fra andre faggrupper. Besvarelsesprocenten på selve 360-graders-evalueringsskemaet var blandt de speciallæger, som selv skulle evaluere 100%, blandt de evaluerende læger 82% og blandt de andre faggrupper 83%. I gennemsnit blev hver speciallæge således evalueret af 14 personer (sig selv, 6,4 andre læger og 5,9 fra andre faggrupper) med en variation mellem 11 og 16. For alle udsagn var der et antal personer, som ikke så sig i stand til at



TABEL 2

Validering af indholdet i 360-graders-evalueringsskemaet. I 1. skemaudkast er valideringen foretaget af læger, og i 2. skemaudkast er valideringen foretaget af andre faggrupper. Tallene er angivet som gennemsnit (spredning) af hver rolles udsagn: 1: i høj grad, 2: i væsentlig grad, 3: i nogen grad, 4: i ringe grad, 5: slet ikke.

Rolle	1. skemaudkast		2. skemaudkast	
	relevans	forståelighed	relevans	forståelighed
Kommunikator	1,7 (1,2-2,0)	1,5 (1,3-1,8)	1,2 (1,0-1,3)	1,2 (1,1-1,4)
Samarbejder	1,9 (1,4-2,7)	1,7 (1,3-2,5)	1,4 (1,3-1,4)	1,4 (1,3-1,5)
Leder/administrator	1,7 (1,5-1,9)	1,6 (1,3-2,7)	1,4 (1,1-1,6)	1,5 (1,3-1,9)
Sundhedsfremmer	2,2 (1,6-2,7)	1,7 (1,4-2,1)	1,4 (1,2-1,6)	1,6 (1,1-2,8)
Akademiker	1,6 (1,4-2,0)	1,4 (1,2-1,6)	1,3 (1,2-1,4)	1,4 (1,2-2,0)
Professionel	1,7 (1,3-2,2)	1,6 (1,3-2,9)	1,2 (1,0-1,4)	1,4 (1,0-1,5)



TABEL 3

Resultater af spørgsmål til de evaluerede speciallæger om deres vurdering af metoden. For hver svarmulighed er angivet, hvor mange procent der har svaret på dette.

Spørgsmål	Helt enig	Delvist enig	Hverken eller	Delvist uenig	Uenig
<i>Om at finde samarbejdspartnere/deltagere</i>					
Den tid, jeg brugte på at finde deltagere, var acceptabel	42	42	5	11	0
Det var nemt at finde deltagere	37	37	11	11	5
Jeg skulle overvinde mig selv for at finde deltagere	5	0	16	26	53
<i>Om din egen vurdering af spørgsmålene</i>					
Der er tale om relevante spørgsmål for en speciallæge	42	47	5	5	0
Skemaet er dækkende for de ikkemedicinske speciallægeroller	37	42	11	11	0
<i>Om rapporten over besvarelser</i>					
Jeg har haft udbytte af evalueringsrapporten	21	37	37	5	0
Rapporten har hjulpet mig til at se udviklingsområder	11	42	37	11	0
Det er acceptabelt, at deltagere er anonyme	74	16	5	5	0
Jeg tror, at rapporten kan bruges ved mine medarbejderudviklingssamtaler	21	42	26	11	0
Rapporten med evalueringresultater må kun tilsendes mig selv	47	26	16	11	0
Rapporten med evalueringresultater kan tilsendes både min leder og mig	32	26	5	5	32

vurdere den enkelte speciallæge; for lægerne gjaldt dette i gennemsnit for 17% af udsagnene, med en variation mellem 0 og 46% og for andre fagpersoner 20%, med en variation på mellem 0 og 55%. Det efterfølgende vurderingsskema blev besvaret af alle evaluerede speciallæger. Resultaterne fremgår af Tabel 3. Som det fremgår, var det ikke svært at finde samarbejdspartnere til evalueringen. Speciallægerne fandt i høj grad, at der var tale om relevante spørgsmål, som var dækkende for de ikkemedicinske roller. Om selve rapporten var 58% helt eller delvist enige i,

at de havde udbytte af den, og 55% mente, at den havde hjulpet dem til at se udviklingsmuligheder. Ni ud af ti var helt eller delvist enige i, at anonymitet var acceptabelt. På spørgsmålet om, hvorvidt speciallægerne mente, at rapporten kan bruges ved en medarbejderudviklingssamtale (MUS), var 63% helt enige eller delvist enige, og ingen var helt uenige. Vedrørende hvem, der skal have resultaterne af 360-graders-evalueringsrapporten tilsendt, var 47% helt enige i og 26% delvist enige i, at det kun var medarbejderen selv. Til forslaget om at rapporten kunne tilsendes både lederen og den evaluerede selv, var 32% helt uenige og 26% delvist uenige.

DISKUSSION

Vi har udviklet og valideret indholdet af samt testet anvendeligheden af et 360-graders-evalueringsskema til speciallæger. Kompetenceudsagnene i evalueringsskemaet retter sig udelukkende mod de seks ikkemedicinske ekspertroller. Indholdet i skemaet vurderer vi på baggrund af undersøgelsen til at være validt. Der er overvejende positive vurderinger om at anvende metoden fra de speciallæger, der er testet. Cirka to tredjedele af deltagere mente, at resultaterne kan anvendes ved en MUS, og at lederen må kende resultatet, og ca. to tredjedele af deltagere fandt, at metoden var udbytterig og brugbar til at afdekke udviklingsmuligheder.

Vi startede med en *indholdsvalidering* og på baggrund af de relevansscoringer, der blev opnået ved både 1. og 2. udkast, vurderes skemaet som validt. Revisionen i sprog og gruppering af de enkelte udsagn resulterede i en forbedret score for såvel relevans som forståelighed. Vi har ikke testet for evalueringens *kriterievaliditet* – som afklarer, om resultaterne af evalueringen kan sammenholdes med andre måder at indsamle de samme resultater på, eller for *begrebsvaliditet* – som afdækker, om evalueringsmetoden måler på det, der faktisk formodes at blive målt på. Med andre ord har de, der scorer lavt på evalueringsskemaet også manglende evner inden for området. Da der os bekendt ikke findes nogen guldstandard på området, anser vi det ikke muligt at lave den type valideringer.

I Canada er der lavet studier af et lignende 360-graders-redskab til løbende vurdering af speciallægers kompetencer. Her anvender man en flerhed af skemaer med en specifik drejning af spørgsmålene, et skema til patienter, et til lægekoleger, et til ikke-lægelige samarbejdspartnere og et til speciallægen selv [8]. Ud fra psykometriske studier har man fastslået, at seks lægekoleger, seks ikke-læge koleger og 22 patienter er nok til at give troværdige resultater [7]. Vi vurderer ligeledes, at vi med 14 respondenter har an-

vendt et sufficient antal respondenter, idet også andre undersøgelser af 360-graders-redskabet peger på, at et samlet antal over cirka ti er sufficient [12]. For både læger og andre fagpersoner sås det relativt ofte – nemlig i ca. en femtedel af udsagnene, at de ikke var i stand til at vurdere den enkelte speciallæge. Resultaterne af pilottesten om, hvorledes speciallægerne vurderer testen, skal tages med forbehold, da blot 18 speciallæger deltog, og de speciallæger, som deltog frivilligt, havde måske en positiv holdning til evalueringsmetoden. Endvidere var spørgsmålene om deres vurdering af metoden ikke validerede.

Kan og vil speciallæger acceptere at blive testet på denne måde? Vores 360-graders-evalueringsskema opfylder de fleste af de krav, som Ringsted *et al* har peget på til denne type evalueringsskemaer [4]. De anfører, at et evalueringsskema til speciallæger skal være konkret og give meningsfulde oplysninger. Dette synes her at være tilfældet med den høje indholdsvalideringsscore. Der peges på, at redskabet skal være almenlydigt, så det kan anvendes i forskellige specialer. Også dette er tilfældet for vores redskab, idet de fleste af hospitalets afdelinger deltog i pilottesten. En afdeling ønskede efter gennemsyn af udsagnene ikke at medvirke i pilottesten, idet de umiddelbart fandt udsagnene irrelevante for ikkeklinikere. Andre afdelinger uden væsentlig patientkontakt deltog uden problemer. Endvidere konkluderer Ringsted *et al*, at evalueringen skal være meningsfuld, hvilket vi finder, at pilottesten dokumenterer. Endelig skal kompetenceevalueringen være gennemførlig i praksis. Dette har vi ikke testet direkte, men tidsforbruget for de, der skal vurdere lægerne, er lavt (5-10 minutter), idet alt foregår elektronisk. Speciallægen skal selv anvende et par timer på at finde personer, der vil evaluere, men i vores undersøgelse finder 83% dette acceptabelt. Der kan være andre barrierer for gennemførligheden i praksis, som vi ikke har set eller undersøgt.

Hvad kan 360-graders-evalueringen bruges til? Hvis den skal anvendes som et redskab for afdelingen til at kompetencevurdere speciallæger, må resultatet af undersøgelsen nødvendigvis være kendt af lederen. I vores pilottest er 37% helt eller delvis uenige i, at resultaterne skal tilsendes både speciallægen og le-

deren, og 66% mener, at resultatet kan bruges ved MUS. Umiddelbart er der relativ stor modstand mod, at redskabet anvendes som systemets evaluering af den enkelte speciallæges kompetencer. Dette er formentlig et reelt problem, som også nævnes i litteraturen, hvorfor man indskærper nødvendigheden af at kende til anvendelsen af resultaterne på forhånd [9]. Et evalueringsskema som dette har – ud over som kompetencevurderingsredskab – væsentligt potentiale som udviklingsredskab for den enkelte speciallæge. I undersøgelsen er 61% enige eller delvist enige i at have stort udbytte af resultaterne, og 53% i at de har fået påvist udviklingsmuligheder. Denne vurdering er lavet få uger efter at resultaterne var udsendt. I Canada og i USA har man undersøgt om evalueringsskemaerne gav anledning til, at speciallægerne overvejede eller faktisk ændrede adfærd på baggrund af evalueringen. Der er langt flere, der overvejer det, end de, der faktisk gør noget ved det [9]. I en undersøgelse af 360-graders-metoden til lederevaluering på Hvidovre Hospital peges på, at sparring med andre om evalueringsskemaerne gjorde evalueringen mere brugbar [10].

Som konklusion mener vi at have udviklet et simpelt redskab til kompetencevurdering af speciallæger. Redskabet kan udelukkende anvendes som systemets evalueringsskema til de speciallæger, som ønsker det. Lederen bør derfor råde over flere redskaber til kompetencevurdering af speciallæger end 360-graders-evalueringen. På baggrund af resultaterne bør man fastholde, at resultatet af evalueringerne skal være personligt. Vi mener, at evalueringen skal danne udgangspunkt for en diskussion mellem den evaluerede speciallæge og dennes leder, hvor processen formes således, at den evaluerede medbringer resultaterne og præsenterer disse for lederen. Et flertal kan have udbytte af evalueringen som personligt udviklingsredskab. Medarbejderen og lederen har en fælles interesse i denne proces.

KORRESPONDANCE: Kirsten Nørgaard, Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: kirsten.noergaard@hvh.regionh.dk

ANTAGET: 26. juni 2009

FØRST PÅ NETTET: 18. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. maj 2000.
2. Southgate L, Hays RB, Norcini J *et al*. Setting performance standards for medical practice: a theoretical framework. *Med Educ* 2001;35:474-81.
3. Joint Commission International. Standards for hospitals. Hovedstadens Sygehusfællesskab. 2003.
4. Ringsted CV, Ellyton AM og Garde K. Kompetenceevaluering af speciallæger. *Ugeskr Læger* 2007;169:2764.
5. Målbekrivelser for speciallægeuddannelsen. www.sst.dk/Uddannelse%20og%20autorisation/Special%20og%20videreuddannelse/Laeg/Maalbeskrivelser%20i%20speciallaegeuddannelsen.aspx (21. september 2009).
6. Bracken DW, Timmreck CW, Church AH (eds). The handbook of multisource feedback: the comprehensive resource for designing and implementing MSF processes. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.



FAKTABOKS

Definitioner anvendt i artiklen

Validitet: At undersøgelsen måler det, den har til hensigt at måle.

Anvendelighed/brugbarhed: Den lethed hvormed lægerne kan anvende/bruge redskabet.

Acceptabilitet: At evalueringsmetoden kan godtages.

7. Lipner RS, Blank LL, Leas BF et al. The value of patient and peer ratings in recertification. Acad Med. 2002;77(10 suppl):64-6.
8. College of Physicians and Surgeons of Alberta, Physician Achievement Review Program. <http://www.par-program.org> (21. september 2009).
9. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. J Cont Educ Health Prof 2003;23:4-12.
10. Møller LBK og Ejlskov MW. Vurdering af metoden: 360-graders-ledelsesevaluering. Ugeskr Læger 2008;170:2973.
11. Kvalitetshåndbogen www.hvidovrehospital.dk (21. september 2009).
12. Ramsey PG, Carline JD, Blank LL et al. Feasibility of hospital-based use of peer ratings to evaluate performance of practicing physicians. Acad Med 1996;71:264-70.

Septisk shock på intensivafdeling

Overlæge Anders Perner, reservelæge Sarah Carlsen, reservelæge Klaus Marcussen, afdelingslæge Nikolaj Wesche, overlæge Morten Steensen, overlæge Joakim Hidestøl & overlæge Tina Waldau

ORIGINALARTIKEL

Rigshospitalet, Abdominalcentret, Intensiv Terapiklinik 4131, Holbæk Sygehus, Anæstesi- og Intensivafdelingen, Hillerød Hospital, Anæstesi- og Intensivafdelingen, Hvidovre Hospital, Anæstesi- og Intensivafdelingen, Slagelse Sygehus, Anæstesi- og Intensivafdelingen, og Herlev Hospital, Anæstesi- og Intensivafdelingen

RESUME

INTRODUKTION: Septisk shock har en 30-dagesmortalitet på 33-42%, men karakteristika og udkomme for patienter på danske intensivafdelinger er ubeskrevet.

MATERIALE OG METODER: Dette er et kohortestudie med prospektiv registrering i en tremånedersperiode af alle patienter med septisk shock på seks danske intensivafdelinger. Vi registrerede indlæggelses-, sygdoms- og behandlingskarakteristika i første døgn efter diagnosen og 30- og 90-dagesmortalitet.

RESULTATER: I alt 132 patienter med en medianalder på 64 år (spændvidde: 15-92 år) blev inkluderet. Patienterne var primært indlagt fra stationært afsnit (n = 56), operationsgang (31), skadestue (25) og andet hospital (19). Diagnosen blev hyppigst stillet i forbindelse med intensivindlæggelsen. Abdominalt fokus var hyppigst (47) efterfulgt af pneumoni (45), bløddle (14), urinveje (8), andre (6) og ukendt fokus (11). Hovedparten blev resusciteret med krystalloid og kolloid (98) og noradrenalin (119), og 100 havde fået bredspekteret antibiotika inden diagnosen, mens 27 fik dette 120 (2-450) minutter efter. Mortaliteten efter 30 og 90 dage var henholdsvis 33 og 41%, og den var højest for patienter med abdominalt fokus, henholdsvis 42 og 55%.

KONKLUSION: Patienter med septisk shock på danske intensivafdelinger indlægges fra forskellige lokalisationer, har primært abdominalt eller pulmonalt fokus, og behandlingen er relativt ensartet. Mortaliteten er høj men på niveau med de bedste udenlandske resultater.

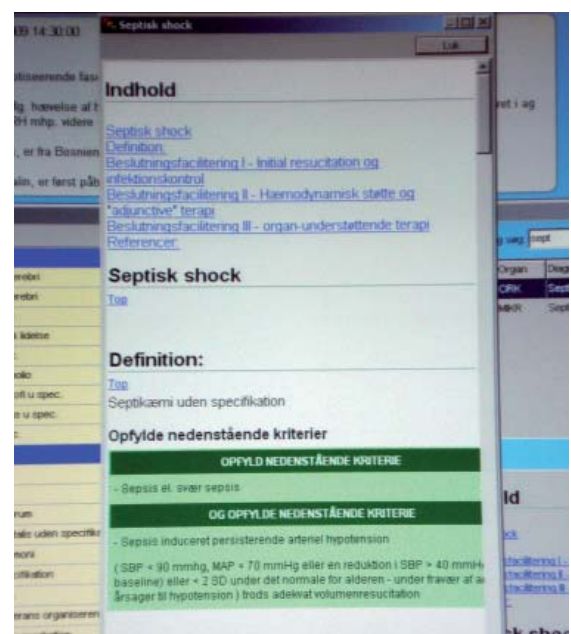
Septisk shock er karakteriseret ved infektionsinduceret organ dysfunktion, hypoperfusion og hypotension og en 30-dagesmortalitet på 33-42% i udenlandske kohorter [1, 2].

Incidenen af sepsis i Danmark er ukendt, men resultaterne fra et amerikansk studie har vist, at sepsis udgør et væsentligt sundhedsproblem med en samlet dødelighed som den ved akut myokardieinfarkt [3]. Det er således sandsynligt, at mindst 1.000 danskere hvert år dør af sepsis og, at denne kritiske

sygdom også i Danmark udgør et betydeligt sundhedsproblem [4]. Vi kender imidlertid ikke de danske sepsispatienters karakteristika. Dette kohortestudie blev derfor gennemført for at beskrive indlæggelses- og sygdomskarakteristika og behandlingen i det første døgn efter diagnosen samt 30- og 90-dagesmortaliteten for patienter med septisk shock på seks danske intensivafdelinger.

MATERIALE OG METODER

Dette er et kohortestudie med prospektiv registrering i en tremånedersperiode af alle patienter med septisk shock på intensivafdelingerne på hospitalerne i Holbæk, Slagelse, Hillerød, Hvidovre og Herlev og den



Diagnostikken og behandlingen af septisk shock kan med fordel understøttes af et elektronisk beslutningssystem.

generelle intensivafdeling på Rigshospitalet. Den tre måneder lange registreringsperiodes placering varierede mellem afdelingerne, men alle påbegyndte registreringer mellem 1. september 2007 og 1. januar 2008. I registreringsperioden blev alle indlagte på intensivafdelingen screenet for diagnosen septisk shock i henhold til konsensusdefinitionen [5]: to af fire tegn på systemisk inflammatorisk responsyndrom (takykardi, takypnø/respiratorbehandling, feber/hypotermi eller leukocytose/leukopeni) med påvist eller mistænkt infektion, kompliceret af organdysfunktion eller plasmalaktat > 2 mM og hypotension (systolisk blodtryk < 90 mmHg eller behov for vasopressor) trods adækvat væskebehandling og uden anden umiddelbar ætiologi til shock.

Følgende karakteristika blev registreret på et specifikt dataark: Tidspunkterne for hospitals- og intensivindlæggelse og septisk shock-diagnosen, lokaliseringen før intensivindlæggelse, primært infektionsfokus, *simplified acute physiology score* (SAPS) II [6] og given behandling i det første døgn efter diagnosen, herunder bredspektret (virkning mod både grampositive og gramnegative bakterier) antibiotika, væske, vasoaktive stoffer, steroid, insulin og aktiveret protein C, da disse interventioner indgår i *Surviving Sepsis Campaign*-rekommandationerne [7]. De første, laveste og højeste blodsukkerværdier i de første 24 timer blev registreret fra observationsskemaerne ligesom medianværdierne for 6.-24. time efter diagnosetidspunktet. Mortalitetstatus på dag 30 og 90 efter diagnosen blev registreret fra »Grønt system«. Alle dataark blev anonymiseret og indtastet centralt i en specifik database (Excel 2000) efter godkendelse fra Datatilsynet.

Data fra 40 tilfældigt udtrukne patienter blev kontrolleret retrospektivt ved hjælp af journaler og observationsark. Dette blev gjort af en person (SC), som ikke primært havde registreret eller indtastet data. En variation på 20% i numeriske data blev vurderet at være en acceptabel afvigelse, men primærdata blev ikke ændret, hvis en sådan variation blev observeret.

STATISTIK

Data er opgivet som medianer (spændvidder), og der er anvendt χ^2 - og Mann Whitney U-test til sammenligning. En p-værdi på 0,05 eller under er anvendt som statistisk signifikansniveau.

RESULTATER

I alt 133 patienter blev registreret med diagnosen septisk shock i de tre måneder på de seks intensivafdelinger. Diagnosen septisk shock var uklar hos en patient, så 132 patienter blev inkluderet. 14% af de kontrollerede numeriske data afveg 20% eller mere ved den retrospektive datakontrol.



TABEL 1

Patientkarakteristika.

<i>Inklusion, hospital, n</i>	
Rigshospitalet	53
Hillerød	25
Slagelse	19
Herlev	14
Hvidovre	11
Holbæk	10
<i>Primært indlagt på intensivafdeling fra, n</i>	
Stationært afsnit	56
Operationsgang	31
Skadestue/AMA	25
Andet hospital	19
<i>Diagnosetidspunkt i relation til ITA-indl., n</i>	
Før/ved ITA-indl.	65
På ITA ≤ 24 t. efter ITA-indl.	52
På ITA > 24 t. efter ITA-indl.	15
<i>Køn, n</i>	
Mænd	70
Kvinder	62
Alder år, median (spændvidde)	64 (15-92)
SAPS II, ^a median (spændvidde)	54 (23-95)
<i>Infektionsfokus, n</i>	
Abdominalt	47
Pulmonalt	46
Bløddele	13
Urinveje	8
Centralvenekateter	3
Meningitis	2
Endokarditis	1
Ukendt ^b	11
<i>Blodglukose, mM, median (spændvidde)</i>	
Første målte værdi	7,5 (0,9-40)
Laveste målte værdi i de 24 timer	5,9 (0,9-11,4)
Højeste målte i de 24 timer	12,4 (3,8-40)
Medianværdi 6.-24. time	8,8 (3,6-19,6)

AMA = akut modtageafsnit; ITA-indl. = intensivindlæggelse; SAPS = *simplified acute physiology score*.

a) n = 127, da fem patienter døde inden for 24 timer og således ikke kunne scores. b) Heriblandt fem patienter med positiv bloddyrkning.

Patient-, indlæggelses- og behandlingskarakteristika for de 132 inkluderede patienter er angivet i **Tabel 1** og **Tabel 2**. Diagnosen septisk shock blev stillet median to dage (0-88) efter hospitalsindlæggelsen og 0,25 timer (–23-752 timer) efter intensivindlæggelsen, således at 65 patienter fik stillet diagnosen før eller ved intensivindlæggelse, 52 udviklede septisk shock i deres første døgn på intensivafdelingen, og 15 udviklede dette mere end 24 timer efter intensivindlæggelsen. Af de 83 patienter, der havde septisk

shock ved indlæggelsen på intensivafdeling eller udviklede dette inden for den første time herefter, blev 34 indlagt fra stationærafdeling, 23 fra operationsgangen, 16 fra skadestue/akut modtageafsnit mens ti blev overflyttet fra et andet hospital.

Mortaliteten 30 og 90 dage efter diagnosen septisk shock var henholdsvis 44/132, 33%, og 56/132, 41%. Patienter, der overlevede til den 90. dag, havde lavere SAPS II i diagnosedøgnet end dem, der døde (53 (23-95) versus 59 (29-95), $p < 0,01$), hvorimod der ikke var forskel i alder i mellem de to grupper (62 år (15-92) versus 67 år (22-85), $p = 0,37$). Til gengæld havde patienter med abdominalt infektionsfokus højere 90-dagesmortalitet 26/47, 55% sammenlignet med patienter med ikkeabdominalt fokus 30/85, 35% ($p = 0,03$).



TABEL 2

Behandlingen inden for første døgn efter diagnosen af 132 patienter med septisk shock på intensivafdeling.

	n
<i>Væskebehandling</i>	
NaCl	102
Ringeropløsning	18
Hydroxyætylstivelse	60
Albumin	51
Dextran	41
<i>Blodprodukter</i>	
SAGM	69
Plasma	60
Trombocyt koncentrat	27
<i>Vasoaktivbehandling</i>	
Noradrenalin	119
Dopamin	26
Dobutamin	24
Adrenalin	16
Milrinon	1
<i>Bredspektrede^a antibiotika indgivet</i>	
Før diagnosen	100
Efter diagnosen	27 ^b
<i>Steroidbehandling</i>	
Hydrokortison	55
Metylprednisolon	26
Dexametason	3
<i>Insulinbehandling</i>	
Injektion	49
Kontinuerlig infusion	36 ^c
Aktiveret protein C-behandling	0

SAGM = saltvand-, adenin-, glukose- og mannitolopløsning. a) Antibiotika med virkning mod både grampositive og gramnegative bakterier. b) Tid for første dosis bredspektrede antibiotika blev ikke registreret hos fem patienter. c) I alt 14 patienter fik både injektion og kontinuerlig infusion.

Den samlede væskemængde, som blev indgivet på intensivafdeling i det første døgn efter diagnosen var 6,3 l (1,7-19,6), hvoraf 4,1 l (0,2-16,8) var re-suscitationsvæske (NaCl, Ringeropløsning, kolloider og blodprodukter).

I alt 83 patienter blev behandlet med et vasoaktivt stof (enten vasopressorer: noradrenalin eller dopamin eller inotropika: dobutamin, adrenalin eller milrinon), 39 med to stoffer, fire med tre stoffer og tre med fire forskellige stoffer, mens tre patienter ikke fik vasoaktive stoffer i det første døgn efter diagnosen.

Alle patienter fik bredspekteret antibiotika i det første døgn efter septisk shock-diagnosen, og 100 havde fået dette inden diagnosedøgnet, mens 27 fik dette 120 minutter (2-450) efter diagnosen. Tid for første den dosis bredspekteret antibiotika var ikke registreret hos fem patienter. Der var ikke forskel i 90-dagesmortaliteten mellem patienterne, der fik den første dosis bredspekteret antibiotika før og efter diagnosedøgnet (43/100, 43% versus 11/27, 41%, $p = 0,83$).

I alt 71 patienter blev behandlet med insulin inden for de første 24 timer (Tabel 2). I første døgn fik patienterne målt 11 (2-28) blodsukkerværdier (Figur 1 og Tabel 1), og 25 havde mindst en episode med hypoglykæmi ($< 4,4$ mM), af hvilke otte var første målte værdi på intensivafdelingen. Seks patienter havde svær hypoglykæmi ($< 2,2$ mM), af hvilke tre var første målte værdi på intensivafdelingen. Halvfemsdagesmortaliteten var højere for patienter med mindst en episode med hypoglykæmi (15/25, 60% versus 41/107, 38%, $p = 0,05$) sammenlignet med patienterne uden hypoglykæmi, selv om de to grupper havde samme SAPS II (54 (27-89) versus 54 (23-95), $p = 0,47$). Tredive patienter havde mindst en episode med svær hyperglykæmi (> 15 mM), men der var ikke signifikant forskel i 90-dagesmortaliteten mellem disse patienter og dem, som ikke havde svær hyperglykæmi (15/30, 50% versus 41/102, 40%, $p = 0,34$).

I alt 84 patienter blev behandlet med steroid, mens ingen fik aktiveret protein C inden for de første 24 timer (Tabel 2).

DISKUSSION

Dette er den første generelle karakteristik af patienter med septisk shock på danske intensivafdelinger. De væsentligste observationer er, at patienterne blev indlagt fra forskellige lokaliseringer på hospitalerne, at de primært havde abdominalt eller pulmonalt infektionsfokus og, at 80% havde fået bredspekteret antibiotisk behandling inden diagnosen. På intensivafdelingerne var behandlingen relativt ensartet, og patienterne blev væskebehandlet med en kombina-

tion af krystalloider, kolloider og blodprodukter og yderligere behandlet med noradrenalin suppleret med inotropika hos ca. 20%. Hovedparten af patienterne fik *shock reversal steroid* og insulin, men ingen blev behandlet med aktiveret protein C. Mortaliteten var høj, men sammenlignelige med de bedste udenlandske resultater [1, 2], og højeste for patienter med abdominalt fokus, hvilket også er observeret i udenlandske kohorter [8, 9].

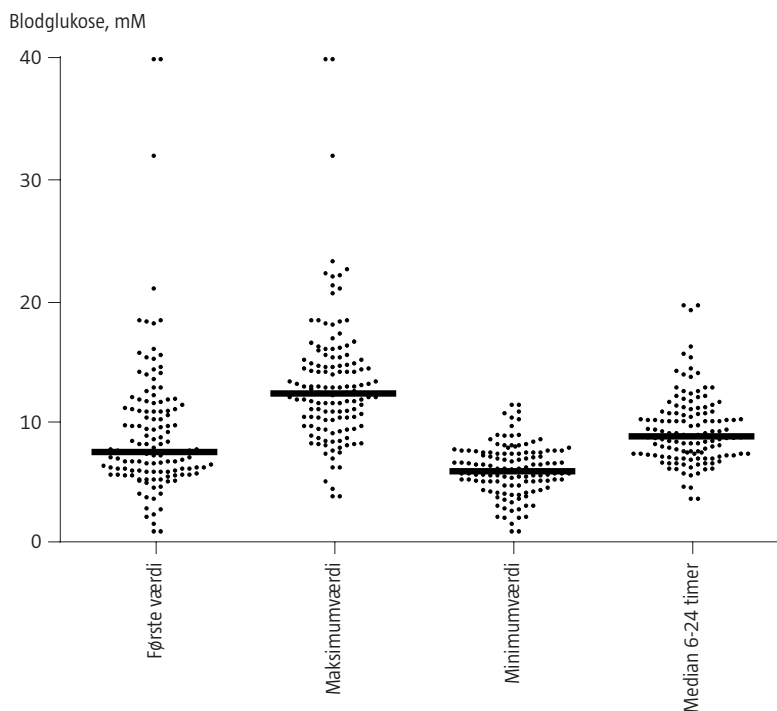
Styrkerne ved dette studie er den prospektive registrering af patienter ud fra veletablerede kriterier for septisk shock. Derudover gennemførte vi kvalitetskontrol af data og fandt få afvigelser mellem det registrerede og originaldata. Omvendt har vi kun inkluderet patienter i tre efterårs- og vintermåneder på seks østdanske intensivafdelinger, og selv om patientkarakteristika varierer på disse seks hospitaler, er der ingen sikkerhed for, at data er repræsentative for hele landet eller for hele året. Da de seks afdelinger kun udgør en tredjedel af de østdanske intensivafdelinger, kan vi ikke estimere incidensen af septisk shock i Danmark. Endeligt gør det observationelle design, at vi ikke kan vurdere virkningerne af de givne behandlinger. Dog repræsenterer de 20% af patienterne, der først fik bredspektret antibiotika efter diagnosen septisk shock formodentligt en gruppe, der fik suboptimal behandling. Disse må antages at have haft svær sepsis inden septisk shock og rekommandationen er at give antibiotika inden for en time af diagnosen svær sepsis [7]. Forsinkelsen kan skyldes de kliniske vanskeligheder, der er ved at stille diagnosen svær sepsis uden oplagt kredsløbspåvirkning. Endvidere havde hovedparten af patienterne blodsukkerværdier i perioden 6.-24. time efter diagnosetidspunktet over de rekommanderede 8,3 mM [7], men det er fortsat uklart, hvilket blodsukkerniveau der er optimalt for patienter i septisk shock [10]. Omvendt var forekomsten af svær hypoglykæmi meget lav i vores kohorte. Der er aktuelt betydeligt fokus på risikoen ved hypoglykæmi blandt intensivpatienter [11, 12]. Vores data understøtter, at der også for patienter med septisk shock er en sammenhæng mellem hypoglykæmi og øget dødelighed [10]. Vi har dog ikke detaljerede data for, om hypoglykæmiepisoderne var associeret til insulinbehandling.

Der er fokus på tidlige diagnose og behandling af svær sepsis i kraft af *Surviving Sepsis Campaign*. Da knap 40% af patienterne i vores kohorte var indlagt fra stationært- eller skadestue/akut modtageafsnit med diagnosen septisk shock eller udviklede dette indenfor den første time efter intensivindlæggelse, må det anbefales, at vi i Danmark sikrer, at personalet på disse afsnit har viden om og retningslinjer for tidlig og målrettet diagnostik og behandling af patienter



FIGUR 1

Første registrerede samt højeste og laveste blodsukker i de første 24 timer og medianværdien for 6.-24. time efter diagnosetidspunktet for 132 patienter med septisk shock, der var indlagt på seks danske intensivafdelinger.



med svær sepsis. Opgaven er formodentligt betydelig, da mange klinikere har vanskeligt ved at afgrænse diagnoserne i sepsis syndromkomplekset, og monitoreringsmulighederne på sengeafdelingerne er begrænsede [13]. Men hospitalsvæsnet må tage denne opgave på sig, da forsinket kredsløbs- [14] eller antibiotikabehandling [15, 16] forøger morbiditeten og mortaliteten. Vi mener derfor, at »sepsispakken« i Operation LIFE, som bygger på retningslinjerne fra *Surviving Sepsis Campaign* [7], har potentialet til at redde liv, hvis indsatsen rettes mod alle de hospitalsafsnit, hvor sepsispatienterne befinder sig.

KORRESPONDANCE: Anders Perner, Intensiv Terapiklinik 4131, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: anders.perner@rh.regionh.dk

ANTAGET: 18. juni 2009

FØRST PÅ NETTET: 18. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Karlsson S, Varpula M, Ruokonen E et al. Incidence, treatment, and outcome of severe sepsis in ICU-treated adults in Finland: the Finnsepsis study. *Intens Care Med* 2007;33:435-43.
2. Zarychanski R, Doucette S, Fergusson D et al. Early intravenous unfractionated heparin and mortality in septic shock. *Crit Care Med* 2008;36:2973-9.
3. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med* 2001;29:1303-10.
4. Perner A, Heslet L. Sepsisincidens og dødelighed. *Ugeskr Læger* 2004;166:3511.

5. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992;20:864-74.
6. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *Jama* 1993;270:2957-63.
7. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intens Care Med* 2008;34:17-60.
8. Rello J, Ricart M, Mirelis B et al. Nosocomial bacteremia in a medical-surgical intensive care unit: epidemiologic characteristics and factors influencing mortality in 111 episodes. *Intens Care Med* 1994;20:94-8.
9. Valles J, Rello J, Ochagavia A et al. Community-acquired bloodstream infection in critically ill adult patients: impact of shock and inappropriate antibiotic therapy on survival. *Chest* 2003;123:1615-24.
10. Brunkhorst FM, Engel C, Bloos F et al. Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis. *N Engl J Med* 2008;358:125-39.
11. Finfer S, Chittock DR, Su SY et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med* 2009;360:1283-97.
12. Bagshaw SM, Egi M, George C et al. Early blood glucose control and mortality in critically ill patients in Australia. *Crit Care Med* 2009;37:463-70.
13. Fuhrmann L, Lippert A, Perner A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. *Resuscitation* 2008;77:325-30.
14. Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-77.
15. Kumar A, Roberts D, Wood KE et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:1589-96.
16. Varpula M, Karlsson S, Parviainen I et al. Community-acquired septic shock: early management and outcome in a nationwide study in Finland. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:1320-6.

Kognitiv adfærdsterapi ved nonepileptiske anfald

Neuropsycholog Lotte Søvsø

KASUISTIK

Epilepsihospitalet
Filadelfia

Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) ligner epileptiske anfald, men er ikke ledsaget af iktale elektriske forandringer i hjernen. PNES er en af de vigtigste differentialdiagnoser til epilepsi. Der er i et studie rapporteret om forskellig prævalens fra to til 33 pr. 100.000. Grundig diagnostisk udredning er påkrævet for at undgå uvirksom medikamentel behandling. Behandling med antiepileptika kan – da der ikke er effekt – føre til overdosering med risiko for fatale følger. Behandling med kognitiv adfærdsterapi for denne lidelse er ikke tidligere beskrevet i Danmark.

SYGEHISTORIE

En 50-årig kvinde blev indlagt på Epilepsihospitalet til yderligere udredning og behandling af anfaldsepisoder. Ved indlæggelsen var hun i behandling med antiepileptika, anxiolytika, analgetika og hypnotikum.

Patienten havde siden 24-års-alderen været i psykiatrisk behandling. Gennem årene havde hun været diagnosticeret med tilbagevendende depressioner, fibromyalgi, apopleksi, epilepsi og nonepileptiske anfald. Umiddelbart før den aktuelle indlæggelse blev patienten udskrevet fra et lokalt sygehus med diagnoserne epilepsi, hemiplegi og psykisk lidelse. Alle diagnoser var uden specifikation. Ved indlæggelse på Epilepsihospitalet var hun sengeliggende de fleste af døgnets timer. Patienten modtog hjælp til personlig pleje og var afhængig af rollator.

Patienten blev under indlæggelse døgnmoveret i *Epilepsy Monitoring Unit* (EMU) (Figur 1) og på baggrund af disse optagelser kunne det afkræftes, at hendes anfaldsepisoder var epileptiske. Hun blev udtrappet af antiepileptika og anxiolytika og fik øget mentalt overskud til at indgå i kognitiv terapi.

Patienten modtog kognitiv adfærdsterapi to gange ugentligt i 12 uger under indlæggelse samt tilbudt ambulant opfølgning. Terapien omfattede psykoedukation, adfærdseksperimenter samt træning i registrering af daglige aktiviteter, identifikation af egne dysfunktionelle leveregler, praktiske erfaringer med at ændre sine leveregler samt tilegnelse af adækvate copingstrategier.

Behandlingen resulterede i, at patienten fik ændret sin sygdomsforståelse [2]. Ved indlæggelsen opfattede hun sin sygdom som en legemlig lidelse, som kun kunne behandles medicinsk. Revurdering af diagnose og kognitiv terapi medvirkede til, at patienten blev bevidst om sin egen indflydelse på sine psykologiske reaktionsmønstre og symptomer. Den ændrede sygdomsforståelse åbnede for nye handlemuligheder. Hun blev bevidst om sin tendens til at re-

FIGUR 1

Døgnmovering i *Epilepsy Monitoring Unit*.



agere med somatisering, fik indsigt i egne dysfunktionelle leveregler samt fik erfaringer med at benytte alternative handlemuligheder. Under behandlingen ændrede hun sig fra at være passiv og hjælpeløs med ringe kontrol over sine følelser til at blive aktiv og ansvarlig samt overvejende selvhjulp. Eksempelvis stod hun op til faste tider og fulgte sit dagsprogram. Hun påtog sig ansvar for adfærdseksperimenter og aftaler.

DISKUSSION

Studier viser, at kognitiv adfærdsterapi er den terapiform, der har den bedste evidens til behandling af somatoforme tilstande [3]. På baggrund heraf blev denne terapiform foretrukket til behandling af PNES. Evidens herfor er tidligere dokumenteret internationalt, men ikke i Danmark. Der vil være behov for at undersøge behandlingseffekten på en større patientgruppe.

Denne kasuistik viser, at PNES let kan overses. Efterhånden kan symptomernes mangfoldighed vanskeliggøre den lægelige/neurologiske udredning. Den valgte kasuistik synes at tydeliggøre betydningen af tidlig og alsidig udredning [5]. Via terapien lærte patienten at fokusere på sine resurser. Hun fik kontrol over sine anfald, fik afdækket sine styrkeområder og opbyggede sin psykiske modstandskraft.

Tendensen til at trække sig i stedet for at løse

dagligdagens problemer blev minimeret under indlæggelsen, men øgedes dog efter udskrivelsen om end ikke i tilnærmelsesvis samme grad som tidligere.

Det konstateres, at det kan være svært for patienten at komme i vane med at benytte de kognitive strategier på egen hånd. Det kan kræve professionel støtte og opbakning.

Konklusivt kan fremhæves:

- PNES har store menneskelige og økonomiske omkostninger.
- Behovet for kendskab til udredning, diagnosticering og behandling af PNES er stort.
- Kognitiv adfærdsterapi synes at være givtig til behandling af PNES.

KORRESPONDANCE: Lotte Søvsø, Epilepsihospitalet Filadelfia – Adm I, Kolonivej 1, DK-4293 Dianalund. E-mail: mlse@filadelfia.dk

ANTAGET: 30. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy and Behavior* 2008;12:622-35.
2. Schröder A, Rosendal M, Fink, P. Kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af somatiseringstilstande og funktionelle syndromer. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2007;85:1035-48.
3. Hareskov JA. Kognitiv terapi ved somatoforme tilstande. I: Mørch MM, Rosenberg N. Kognitiv terapi. København: Hans Reitzels Forlag 2005:174-96.
4. LaFrance WC, Miller IW, Ryan CE et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 2009;14:591-6.
5. Kristensen, O, Alving J. Pseudoseizures – risk factors and prognosis. *Acta Neurol Scand* 1992;85:177-80.

Muskuloskeletal behandling af 11-årig med artrogrypose

Stud.med. Maria Morandi Thomsen, speciallæge Stig Aaberg Thomsen & forskningsleder Pernille Due

Artrogrypose er en gruppe af muskuloskeletale dysfunktioner, der er karakteriseret ved medfødt stivhed og kontraktioner i flere led. Antallet af påvirkede led og indskrænkelsen af bevægelighed kan være varierende af omfang. Ofte vil muskelatrofi følge symptombilledet. Ætiologien er ofte ukendt, men hæmning af leddenes vækst eller bevægelsesfrihed i foetus og problemer med nervesystemets udvikling antages at have betydning [1]. Diagnosen forudsætter eksklusion af andre sygdomme, og muskelbiopsi, blodprøver og kliniske fund anvendes til at udelukke andre muskuloskeletale diagnoser. I ca. 30% af tilfældene kan en genetisk defekt identificeres. Incidensen i Danmark er ca. 300 tilfælde pr. 100.000 fødsler [2].

Vi vil her se på behandlingsforløbet hos en patient, der to år gammel fik diagnosen artrogrypose.

SYGEHISTORIE

Patienten blev 14 måneder gammel henvist af egen læge til pædiatrisk afdeling, da hun ikke viste tegn på at ville stå. Graviditet og fødsel samt hidtidig udvikling, vækst og ernæring havde været upåfaldende. Patienten sad syv måneder gammel og kravlede 11 måneder gammel. Hun begyndte at stå og gå frivilligt 23 måneder gammel med stærkt flekterede ben og øget lændelordose. Det blev fra treårsalderen noteret, at patienten sank sammen i knæene, at hun overvejende belastede højre ben, og at der på venstre ben var ten-

KASUISTIK

Rygklinikken Prometheus



FIGUR 1

Patienten ses her før behandling (til venstre) og to år efter behandlingen (til højre). Før behandlingen ses genu valgum på venstre ben samt skoliose. Ved kontrolundersøgelse to år efter er patienten vel-fungerende, uden artrogene dysfunktioner eller skoliose, og knæene har normal vinkling.



dens til indadrotation og genu valgum. Patienten udtrykte fra børnehaveralderen smerte og træthed i benene. I niårsalderen noteres i journalen, at hun faldt meget på trods af tidligere gangsikkerhed. Hun beskrives i journalen til at have et aldersvarende aktivitetsniveau (løb, spring, kravle op på ting, gå på træppe, cykle, hinke osv.).

Ved initial (fysiurgisk) udredning i 14-månedersalderen blev der fundet 15-20° ekstensionsdefekt og stramme haser på begge knæ, men ellers normale knæled uden ansamlinger eller instabilitet. Achilles- og patellarreflekser var egale på trods af atrofiske musculi quadriceps og muskler på crus. Der fandtes normal ledbevægelighed i hofte og fod, god kraft og støtte på plantae. Røntgen af columna og underekstremiteter, finnålsbiopsi af musculus vastus lateralis dexter, ultralydsskanning og blodprøver viste ingen tegn på neurologiske eller muskulære sygdomme (herunder spina bifida og spinal muskelatrofi), og nerveledningshastigheds- og elektromyografisk undersøgelse blev fravalgt af neuropædiater.

Patienten modtog fysioterapi fra 14-måneders-til fireårsalderen. Toogtyve måneder gammel blev hun tilbudt natbrug af knæstrækkeskiner med

Vantskruer, men hun accepterede ikke skinnerne. Ilizarov blev fravalgt af ortopædkirurgen, da ekstensionsdefekten var lille. I seksårsalderen blev der injiceret botox i mediale haser i to omgange uden effekt. Ekstensionsdefekten forblev stationær.

På grund af vedvarende smerter og hæmmet gangfunktion blev patienten 11 år gammel undersøgt på en klinik for muskuloskeletal medicin (MM). Hendes haltende gang med flekteret og adduceret venstre ben medførte bl.a. at hun ikke kunne løbe. Man fandt et låst articularis tibiofibularis proximalis (TF) sin og genu valgum. I lænden blev der fundet et skævt bækken med en retroverteret højre bækkenhalvdel, S-formet skoliose, samt et låst articularis sacro-iliaca sinister og et låst højre facetled på 5. lændehvirvel. Efter tre behandlinger med muskel-energit teknik havde bækkenet normaliseret sig, og dysfunktionerne var væk (Figur 1). Patienten kunne herefter gå normalt uden smerter. Ved efterfølgende kontrol hos ortopædkirurg blev der noteret i journalen »Hun kan nu stå med helt strakte knæ. Der er næsten ingen hasemuskelstramning ...«

DISKUSSION

Hos denne patient kunne den hæmmede gangfunktion forklares ud fra låsningen af TF. Normalt skal der være mulighed for en antero-posterior glidning af leddet. En stram biceps femoris muskel kan låse leddet i en anterior stilling og sammen med en stram tractus iliotibialis trække knæet i en valgusstilling [3]. Årsagen til de stramme lårmuskler kan være en dysfunktion i de nederste lændehvirvler, der ifølge Cannons lov forårsager en denervationsoverfølsomhed med øget tension af de berørte muskler til følge [4, 5]. Årsagen til dysfunktionen af de nederste lændehvirvler er uvis, muligvis et fødselstraume eller andet traume i spædbarnsalderen. Da symptomerne er opstået i forbindelse med, at patienten skulle lære at gå, mener vi, at det er mest sandsynligt, at dysfunk-



FAKTABOKS

Muskulenergit teknik – en neuromuskulær behandlingsteknik

Muskulenergit teknik er en effektiv, hurtig og skånsom teknik til behandling af de fleste ryglidelser. Muskulenergit teknik er en undersøgelses- og behandlingsform, ved hvilken der undersøges for holdningsforstyrrelser, fejlfunktioner og smertereaktioner i muskler, led og knogler i ryggen samt i kroppens øvrige led. Med dette som grundlag kan der behandles specifikt.

Et dysfunktionelt led positioneres således, at den kontrakte muskel er mest muligt afslappet. Antagonisten aktiveres ved, at patienten presser let i en angiven retning. Efter kortere eller længere tid palperes en release i den kontrakte muskel.

tionen er opstået pga. et hæmmet gangmønster. Derfor mener vi også, at det ikke er sandsynligt, at den primære dysfunktion er lokaliseret i TF sinister. En anden mulighed, som vi ud fra det foreliggende ikke kan afvise, kunne være, at en låsning i TF har medført en dysfunktion af lændehvirvlerne efter patienten rejser sig, da en kontraktur i haserne pga. låsning af TF i sig selv vil medføre ændret stilling i lænden. Mange lidelser i bevægeapparatet, der forekommer uden tegn på anden sygdom, vil kunne forklares med en dysfunktion i det muskuloskeletære apparat. Selv simple traumer kan medføre voldsomme symptomer.

MM er en effektiv, noninvasiv behandlingsmetode, der endnu er forholdsvis ukendt i det danske sundhedsvæsen. Behandlingen af patienter med artrogyrose med MM er ikke tidligere beskrevet i litte-

raturen. På baggrund af ovenstående sygehistorie er det dog værd at overveje behandlingsmetoden til patienter med artrogyrose uden oplagt ætiologi.

KORRESPONDANCE: Maria Morandi Thomsen, Kongelysvej 7, st. 2., DK-2820 Gentofte. E-mail: morandi@stud.ku.dk

ANTAGET: 18. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 18. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Alves PVM, Zhao L, Patel PK et al. Arthrogryposis: diagnosis and therapeutic planning for patients seeking orthodontic treatment or orthognathic surgery. *J Craniofac Surg* 2007;18:838-43.
2. Stadil F, Lund B, Nordling J. Kirurgisk kompendium. 3. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003:1591 (2. Bind).
3. Greenman PE. Principles of manual medicine. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:430.
4. Cannon WB, Rosenblueth A. The supersensitivity of denervated structures, a law of denervation. New York: MacMillan, 1949.
5. Gunn CC. The Gunn approach to the treatment of chronic pain. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1996:134.

Tilfældigt fund af biliær ascariasis

Reservelæge Anders Donatsky Kristensen & reservelæge Michael Achiam

Parasitten *Ascaris lumbricoides* forekommer endemisk i flere tropiske og subtropiske områder. Infektion med denne spolorm kan give svære komplikationer. En sjælden komplikation uden for endemiske områder er hepatobiliær ascariasis [2].

Følgende sygehistorie omhandler en filippinsk kvinde med tilfældigt diagnosticeret biliær ascariasis.

SYGEHISTORIE

En 27-årig filippinsk au pair-pige blev henvist til gastroskopi efter halvanden måned med intermitterende epigastriske smerter. Smerterne udløstes af uspecifikt fødeindtag. Patienten var behandlet i primærsektoren med protonpumpehæmmer (PPI) med god effekt. *H. pylori-breath test* var negativ. Der forekom umiddelbar remittering af symptomer efter endt PPI-kur. Videre udredning blev påbegyndt med gastroskopi.

Ved gastroskopien fandt man svarende til andet stykke af duodenum en ca. fem centimeter lang aske-ride, der var svagt grønfarvet af galde efter forsøg på migration op i ductus choledochus (**Figur 1**). Parasitten blev forsøgt fjernet endoskopisk, men forsvandt ned i jejunum. Patienten blev sat i behandling med tabletformig Vermox 500 mg som engangsdosis. Patienten udeblev fra opfølgende kontrol.

Grundet den primære mistanke om ulcus/gastri-

tis ved henvisningen foreligger der ingen yderligere paraklinik.

DISKUSSION

Parasitten *Ascaris lumbricoides* er endemisk forekommende i blandt andet Sydamerika, Sydafrika og Sydøstasien herunder på Filippinerne [1, 5]. Prævalensen i verdensbefolkningen er ca. 25% [5], hvilket indeholder både diagnosticerede og udiagnosticerede tilfælde. Prævalensen i Danmark anslås af Statens Serum Institut til ca. 1%.

Primær infektion med *A. lumbricoides* ses forholdsvis sjældent uden for de endemiske områder, hvor de fleste tilfælde er indførte. Resultaterne fra et dansk studie har vist, at den dominerende smittevej for spolorm i Danmark er fra svin til mennesket [3]. Der er i Danmark således primært tale om en zoonose med svinets spolorm *A. suum* via kontakt med svinegødning.

De sværeste komplikationer er i litteraturen tilskrevet den voksne orms utilsigtede migration ud i galdegangene med mekanisk obstruktion af galdegange, kolangitis, kolecystitis, pankreatitis og abscessdannelse i lever til følge [1, 2, 5].

Symptombilledet minder om kolecystolitis. Symptomer som intermitterende smerter i øvre abdomen, opkastninger, eventuelt biokemi med obstruk-

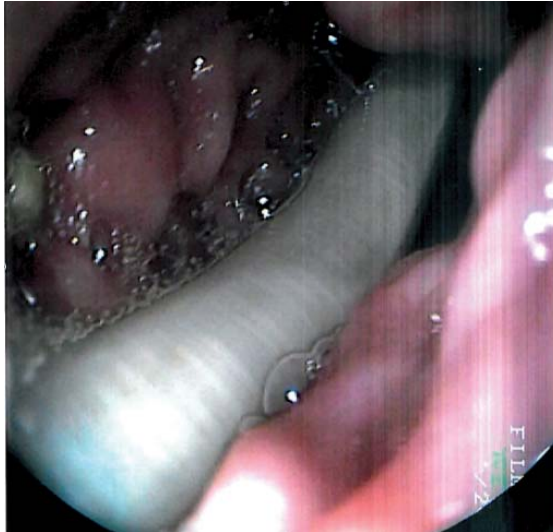
KASUISTIK

Herlev Hospital,
Gastroenheden



FIGUR 1

Spolormen *Ascaris lumbricoides* lokaliseret i andet stykke af duodenum.



tivt mønster eller akut præsentation med kolangitis, pankreatitis eller kolecystitis [2].

Anamnestisk kan man få mistanke om diagnosen biliær ascariasis ved en eventuel rejseanamnese i månderne op til symptomdebut. Biokemi kan ud over et obstruktivt mønster udkomme med eosinofili [4]. I enkelte tilfælde har patienterne kvitteret ormeligende strukturer i fæces eller ved vomitus.

Diagnosen kan stilles ved enten abdominal ultralyd med fund af ekkorige lineære eller buede strukturer i galdegange eller galdeblære [2] eller ved endoskopisk retrograd kolangiopankretografi/magnetisk resonans-kolangiopankretografi med fund af kontrastdefekter, der svarer til ormenes beliggenhed [4].

Behandlingen er ved intestinal ascariasis antihelminthisk terapi. Ved biliær ascariasis kan ormen fjernes endoskopisk, hvis den er delvis synlig i lumen af papilla Vateri. Hvis ormen er fuldt migreret op i galdegangene, er anbefalingen endoskopisk sfinkterotomi med ekstraktion [2]. Disse tiltag skal altid kombineres med antihelminthisk terapi mod intestinal infektion og ofte gentages, hvis der ses fortsat intestinal infektion ved senere ambulant opfølgning [4].

Ved lokalisation i galdegangene er der behov for ekstraluminalt virkende behandling i kombination med endoskopisk ekstraktion. I så fald må en infektionsmediciner kontaktes med henblik på antihelminthisk behandling med et præparat, der tilhører benzidiazolgruppen.

I svære tilfælde kan der være indikation for laparoskopisk kolecystektomi med eksploration af ductus

hepaticus communis med parasitekstraktion og efterfølgende placering af T-dræn [5].

I denne sygehistorie kan patientens intermitterende øvre abdominale smerter forklares ud fra den voksne askarides forsøg på migration op i ductus choledochus. Årsagen til smerteudløsning hænger sammen med distension af galdegangsvæggen ved ormens bevægelser [5].

Patienten blev sat i antihelminthisk behandling. Patienten udeblev desværre fra videre opfølgning. Den opfølgende kontrol er vigtig, idet der ofte er behov for gentagne antihelminthiske kure mod den intestinale infektion.

Ascariasis er forholdsvis sjælden i de vestlige lande, men da parasitten kan give anledning til svære komplikationer og invaliderende forløb, er det således vigtigt at få stillet diagnosen og sat relevant behandling i gang.

KORRESPONDANCE: Anders Donatsky Kristensen, Rosenørns Alle 10B st. tv., DK-1634 København V. E-mail: andersdonatsky@gmail.com

ANTAGET: 20. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sandouk F, Haffar S, Zada MM et al. Pancreaticobiliary ascariasis: experience of 300 cases. *Am J Gastroenterol* 1997;92:2264-7.
2. Misra SP, Dwivedi M. Clinical features and management of biliary ascariasis in a non-endemic area. *Postgrad Med J* 2000;76:29-32.
3. Nejsum P, Parker ED et al. Ascariasis er en zoonose i Danmark – sekundærpublikation. *Ugeskr Læger* 2006;168:384-7.
4. Parente F, Bargiggia S, Anderloni A et al. An unusual cause of recurrent biliary colics. *Dig Liver Dis* 2004;36:763-5.
5. Astudillo JA, Sporn E, Serrano B et al. Ascariasis in the hepatobiliary system: laparoscopic management. *J Am Coll Surg* 2008;4:527-32.



RETTELSE

Thalidomidbehandling af gastrointestinal angiodysplasi

Ugeskrift for Læger (2009;171:3454-5)

I artiklen »Thalidomidbehandling af gastrointestinal angiodysplasi« publiceret i Ugeskrift for Læger (2009;171:3454-5) var forfatterrækkefølgen ikke angivet korrekt.

Den korrekte forfatterrækkefølge er: reservelæge Erika B  lard, læge Catherine H. Foss, overlæge Lisbeth Ambrosius Christensen, overlæge Palle Schmidt & speciallæge Camilla Nøjgaard.

Vi beklager fejlen.

Redaktionen

Linezolid som behandling af infektiøs endokarditis

Reservelæge Trine Kiilerich Lauridsen, overlæge Magnus Arpi & overlæge Niels Eske Bruun

Enterokokker forårsager 15-20% af tilfældene af infektiøs endokarditis (IE) i Danmark og er dermed det tredjehyppigste bakterielle agens, der forårsager IE i Danmark [1]. Et stadigt stigende forbrug af bredspektrede antibiotika i Danmark kan føre til udvikling af multiresistente bakteriestammer. DANMAP-rapporten fra 2007 med indrapporteringer fra mikrobiologiske afdelinger fra 87% af landet viste en markant stigning af enterokokinfektioner på hospitalerne i årene 2002-2006. Samtidig blev der indrapporteret en stigning af ampicillinresistente *Enterococcus faecalis*-isolater fra 89 til 361, hvilket fordrer en større anvendelse af vancomycin og dermed risiko for udvikling af flere vancomycinresistente enterokokstammer. Resultatet er et fortsat stigende behov for nye antibiotika [2].

Linezolid er et oxazolidinon, et syntetisk fremstillet antibiotikum, der kom på det danske marked i 2001. Det har en bakteriostatisk virkning overfor grampositive bakterier. Linezolid metaboliseres ved oxidation i leveren. I dyreeksperimentelle studier er der vist en effekt på niveau med vancomycin overfor methicillinresistente stafylokokker (MRSA) samt multiresistente entero- og streptokokker [3, 4].

Indikationen for anvendelse af linezolid i Danmark er komplicerede hud- og bløddelsinfektioner. Almindelige bivirkninger er hovedpine, synsforstyrrelser og gastrointestinale gener. Ved behandling over 28 dage er der rapporteret sjældne, men alvorlige bivirkninger som myelosuppression og opticusneuritis, hvorfor behandling med linezolid skal foregå under tæt kontrol og med ugentlig monitoring af blodbilledet.

SYGEHISTORIE

En 82-årig kvinde, der var kendt med paroksysk atrieflimmer og reumatoid arthritis blev indlagt på medicinsk afdeling grundet træthed, madlede, febrilia, hoste og dyspnø. På mistanke om pneumoni opstartede man cefuroximinjektioner 1,5 g × 3. Man afstod fra penicillinbehandling, idet patienten tidligere havde haft penicillinudløst udslæt. Efter nogle dages behandling faldt infektionstillene, og almentilstanden blev forbedret. Røntgen af thorax var imidlertid uden infiltrater, og der blev på daværende tidspunkt ikke søgt efter andre infektionsfoci. Patienten blev overflyttet til geriatrik afdeling til rehabilitering.

Pga. fund af enterokokker i tre af fire bloddykningskolber, nyopdaget systolisk mislyd og infektion uden kendt fokus blev patienten overflyttet til kardiologisk afdeling på mistanke om IE.

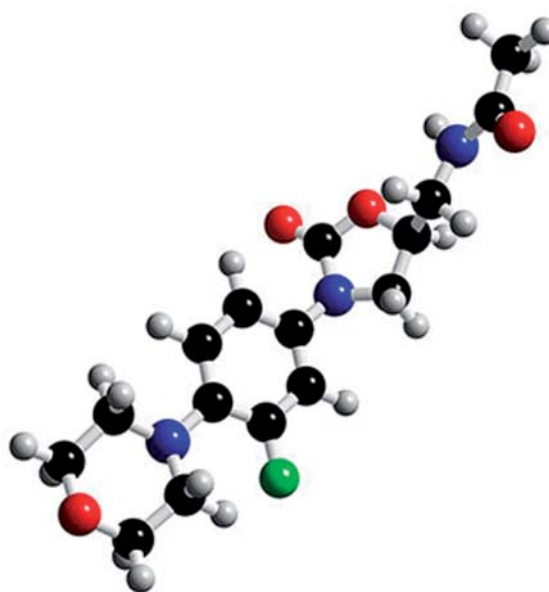
Transtorakal og transøsofageal ekkokardiografi viste en uddrivningsfraktion på 50%, en flagrende – ca. 6 mm stor – ekscrecens på *non coronare cusp*, let aortastenose og mild aortainsufficiens. Mitralklapperne var uden ekscrecenser, og der fandtes en mild til moderat mitralinsufficiens. Der var ingen abscesser.

Ved nye bloddykninger bekræftede man fund af enterokokker i tre af fire kolber, disse var følsomme for vancomycin. I urindyrkningen fandtes signifikant vækst af *Enterococcus faecalis* med samme resistensprofil, og efter anbefaling fra mikrobiologerne blev der opstartet antibiotisk behandling med vancomycin 1 g × 2 og gentamicin doseret efter serumgentamicin. Ved behandlingsstart var der normal nyrefunktion, men patienten udviklede over de følgende fem dage akut nyreinsufficiens med kreatinin op til 220.

I samråd med mikrobiologerne blev der udført udvidet resistensundersøgelse, og behandlingen blev ændret til monoterapi med linezolidinjektioner 600 mg × 2. Efter syv dage var patienten afebril, der var pænt faldende infektionstal, og nyrefunktionen blev

KASUISTIK

Gentofte Hospital,
Kardiologisk Afdeling P



Linezolid's strukturformel.

normaliseret. Behandlingen gav ingen subjektive bivirkninger. Man monitorerede patientens blodbillede, og der blev ikke observeret tegn på myelosuppression. Behandlingen med linezolid varede i 30 dage.

Transtorakal ekkokardiografi inden udskrivelsen viste uændret mild aorta- og mitralinsufficiens samt rest eksrescens. Efter i alt seks ugers antibiotika-behandling blev patienten udskrevet til opfølgende ambulant kontrol og var fortsat velbefindende ved to måneders followup.

KONKLUSION

I den internationale litteratur beskrives flere kasuistiske eksempler på succesfuld behandling af IE med linezolid, men der foreligger endnu ingen større studier [5]. Linezolid er i Danmark indiceret ved komplicerede hud- eller bløddelsinfektioner. Linezolid er et alternativ til behandling af IE med multiresistente grampositive bakterier – eller, som i aktuelle case, når det af anden årsag ikke er muligt at be-

handle med konventionelle antibiotika. Behandlingen skal foregå i samråd med mikrobiologer, under hospitalsindlæggelse og med monitorering af blodbillede. På grund af bivirkningsprofilen bør behandlingsvarighed i videst muligt omfang ikke overstige 28 dage.

KORRESPONDANCE: Trine Kiilerich Lauridsen, Øster Farimagsgade 71, 3. tv, DK-2100 København Ø. E-mail: trineklauridsen@gmail.com

ANTAGET: 25. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Buchholtz K, Larsen CT, Hassager C et al. Severity of Gentamicin's nephrotoxic effect on patients with infective endocarditis: a prospective observational cohort study of 373 patients. *Clin Infect Dis* 2009;48:65-71.
2. Emborg HD, Hammerum AM, red. DANMAP 2007. Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, foods and humans in Denmark. www.danmap.org/ (21. november 2008).
3. Oramas-Shirey MP, Buchanan LV et al. Efficacy of linezolid in a staphylococcal endocarditis rabbit model. *J Antimicrob Chemother* 2001;47:349-52.
4. Patel R, Rouse MS, Piper KE et al. Linezolid therapy of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* experimental endocarditis. *Antimicrob Agents Chemother* 2001;45:6213.
5. Muñoz P, Rodríguez-Creixéms M, Moreno M et al. Linezolid therapy for infective endocarditis. *Clin Microbiol Infect* 2007;13:211-5.

Hypoglossusparesse efter vasculitis i arteria carotis interna

Reservelæge Tina Toft Kristensen

KASUISTIK

Næstved Sygehus,
Øre-næse-halskirurgisk
Afdeling

Isoleret unilateral hypoglossusparesse (IUH) forekommer sjældent. I 1997 viste en opgørelse 26 tilfælde inden for ti år i engelsksproget litteratur [1]. Kun et tilfælde af IUH på baggrund af vasculitis i arteria carotis interna er beskrevet i den engelsksprogede litteratur [2]. Incidensen er muligvis højere end antaget pga. underrapportering samt den vanskelige diagnose. I denne kasuistik beskrives et tilfælde af IUH hos en tidligere rask 39-årig kvinde. Ætiologien bag IUH er mangfoldig, og den bagvedliggende sygdom bør derfor udredes.

SYGEHISTORIE

En 39-årig kvinde blev henvist akut til øre-næse-halsafdeling efter fem dage med hævelse af venstre side af tungen. Patienten havde besvær med at tale og tygge. Symptomerne var startet med snurren og prikken i venstre side af tungen. To dage forinden havde patienten været hos vagtlæge, der ordinerede pred-

nisolon og antihistamin. Patienten havde 14 dage før symptomdebut fået penicillin mod bihulebetændelse med god effekt. Fraset to rygoperationer var patienten rask. Hun var etnisk dansker, ryger og moderat overvægtig. Ved den første øre-næse-halsundersøgelse fandtes diskret deviation mod venstre ved fremadrækning af tungen. Desuden var venstre tungehalvdel tydeligt forstørret, mest udtalt bagtil på tungen. Den øvrige øre-næse-hals-undersøgelse var normal, ligesom patienten var alment upåvirket. På mistanke om lymfom blev der taget en biopsi i lokal anæstesi fra den venstre tonsilla linguae. Biopsien var normal, og der fremkom normale blodprøver i form af C-reaktivt protein, hæmoglobin, leukocytter og trombocytter. Ved kontrol ti dage senere beskrev patienten nu udtalt besvær med at tygge og tale, og paresse og atrofi af venstre tungehalvdel blev konstateret (Figur 1). De øvrige kranienervener var normale. Magnetisk resonans (MR)-skanning til afklaring af forløbet af



FIGUR 1

En 39-årig kvinde med atrofi og parese af venstre tungehalvdel.
Foto: Kim Darling, Sygehus Syd.



venstre nervus hypoglossus var normal bortset fra asymmetri af tungen, men det ekstrakranielle forløb var ikke beskrevet. Yderligere udredning blev foretaget med forskellige titre (borrelia, herpes simplex-virus, varicella-zoster-virus, cytomegalovirus og Epstein-Barr-virus), som alle var uden signifikant stigning. En MR-angiografi af venstre arteria carotis interna blev foretaget: På venstre arteria carotis interna blev der set to aneurismatiske udvidelser og på højre arteria carotis interna ligeledes en aneurismatisk udvidelse. Patienten blev sat i behandling med hjertemagnyl og henvist til kar- og neurokirurgisk vurdering. Der blev ikke fundet indikation for operation. Ved radiologisk konference var der enighed om, at aneurismerne var opstået pga. vasculitis i begge arteriae carotis internae, og patienten blev henvist til yderligere udredning herfor via medicinsk afdeling. Under udredningsforløbet på fire måneder aftog lammelsen af tungen gradvist, således at patienten ved sidste kontakt havde minimal parese og ingen yderligere symptomer. Pga. den sene diagnose blev der ikke fundet indikation for behandling.

DISKUSSION

Nervus hypoglossus innervierer den ipsilaterale tungemuskulatur. Nucleus nervi hypoglossi ligger i medulla oblongata, fra hvis forside det apparente udspring sker. Nerven forlader fossa posterior gennem canalis nervi hypoglossi. På halsen forløber nerven i spatium lateropharyngeum og har tæt relation til carotiderne. Et par centimeter over carotisbifurkationen træder nerven ind i spatium sublinguale og deler sig i sine muskulære endegrene. Der er stor klinisk

udfordring i at diagnosticere IUH. Tilstanden er sjælden, og patientens symptomer og de objektive fund af nervedysfunktionen afhænger dels af, hvor hurtigt nerveaffektionen er opstået samt af, hvornår i sygdomsforløbet patienten søger læge. Op til uger efter indtræden af IUH fremstår den afficerede del af tungen større end den raske ved undersøgelse i hvile. Hemiatrofi og deviation er først til stede senere. Dette kan være årsag til, at IUH kan overses ved første lægeundersøgelse. Når IUH er diagnosticeret, er det en udfordring at afdække ætiologien. Affektion af nervens intrakranielle forløb kan bl.a. skyldes tumorer og metastaser i basis cranii [3]. Årsager til affektion af nerven, der svarer til forløbet med relation til carotiderne og det sublinguale forløb, er bl.a. traumer, kirurgi, intubation, tumorer og vaskulære abnormiteter i arteria carotis interna såsom høj bifurkation, aneurismer og dissektion [4]. Idiopatisk IUH remitterer oftest spontant og sammenlignes med Bells parese [5]. Pga. de mange forskelligartede sygdomme, hvor IUH kan være første symptom, er udredningen vigtig. Først efter parakliniske og billeddiagnostiske undersøgelser kan IUH siges at være idiopatisk.

KORRESPONDANCE: Tina Toft Kristensen, Hvedevænget 67, DK-4700 Næstved.
E-mail: tinatoft@dadlnet.dk

ANTAGET: 27. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Omura S, Nakajima Y, Kobayashi S et al. Oral manifestations and differential diagnosis of isolated hypoglossal nerve palsy: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:635-40.
2. Harris NL, McNeely WF, Shepard JO et al. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Eng J Med* 2002;347:2057-65.
3. Boban M, Brinar VV, Habek M et al. Isolated hypoglossal nerve palsy: A diagnostic challenge. *Eur Neurol* 2007;58:177-81.
4. Hafkamp HC, van der Gooten A, Manni JJ. Unilateral spontaneous dissection of the internal carotid artery presenting as hypoglossal nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261:405-8.
5. Giuffrida S, Lo Bartolo ML, Nicoletti A et al. Isolated, unilateral reversible palsy of the hypoglossal nerve. *Eur J Neurol* 2000;7:347-9.

Kikuchi-Fujimoto-syndrom

Reservelæge Jamshaid Ul-Mulk & overlæge Janko Mortiz

KASUISTIK

Næstved Sygehus, Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling, og Slagelse Sygehus, Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling

Denne kasuistik omtaler en 25-årig kvinde, der havde diagnostiske tegn på Kikuchi-Fujimoto-syndrom (KFS). En ti dage lang anamnese, hvor patienten bemærkede en lymfeknudehævelse på højre side af halsen. Hun oplevede ingen feber, nattesved, hudkløe eller vægttab. Finnålsaspiration gav mistanke om lymfeproliferativ sygdom, men intet sikkert. Lymfeknudebiopsien viste KFS, som er en tilstand, der histologisk er karakteriseret ved nekrotiserende lymfeadenitis. Kardinal symptomer er feber, lymfeadenopati og nattesved. Differentialdiagnostisk skal man overveje malignt lymfom, tuberkulose og systemisk lupus erythematosus (SLE). I sjældne tilfælde kan KFS være årsag til vedvarende feber af ukendt årsag.

SYGEHISTORIE

En 25-årig danskfødt kvinde blev henvist af en privatpraktiserende øre-næse-hals-læge pga. hævelse på højre side af halsen under diagnosen obs. lymfom. Patienten havde ved et tilfælde mærket hævelse på højre side af halsen. Patienten havde ikke følt sig syg, havde ingen hudkløe, nattesved, kvalme, vægttab, udslæt ej heller symptomer fra de øvre luftveje. Patienten var i øvrigt sund og rask, tog p-piller, røg ikke og drak ikke.

Ved den objektive undersøgelse fandtes på højre side af collum bag musculus sternocleidomastoideus talrige, små til mellemstore glandler samt to større

glandelkonglomerater. På venstre side fandtes ingen synlige lymfeknuder.

Blodprøverne viste normal hæmoglobin, normale leukocytter, differentialtælling og C-reaktivt protein. Immunglobulin G men ikke immunglobulin M var positiv for cytomegalovirus og Epstein-Barr-virus (EBV). Ultralydsskanning af halsen viste talrige glandler på højre side i accessoriuskæden samt under sternocleidon. Finnålsaspiration indikerede reaktive forandringer, men man kunne ikke udelukke lymfoproliferativ sygdom. Derfor gennemførtes lymfeknudeeksstirpation.

Histologisvaret viste uspecifik lymfeadenitis (**Figur 1**) med nekroser og var muligvis også foreneligt med KFS. Malignitet udelukkede. Patienten er løbende blevet kontrolleret, hun har det fint, er symptomfri og lymfeknuderne er i aftagende, men de findes stadig.

DISKUSSION

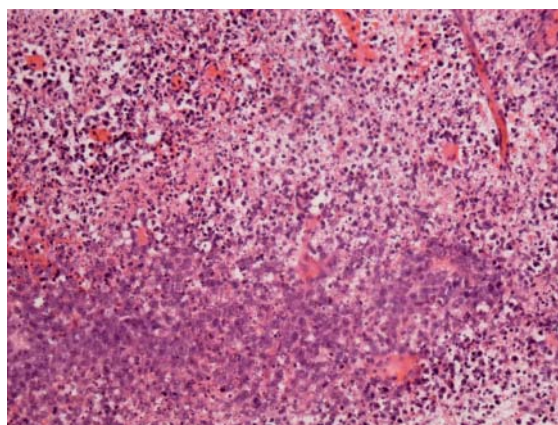
KFS benævnes også histiocytisk nekrotiserende lymfeadenitis. Det er en benign lidelse, der er selvlimiterende. Tilstanden karakteriseres som en recidiverende nekrotiserende lymfeadenitis, der ofte er associeret med andre systemiske, inflammatoriske eller infektiøse sygdomme (f.eks. SLE og interstitiel lungesygdom) [1].

KFS er en ekstremt sjælden tilstand i den vestlige del af verden. Den forefindes hyppigere blandt japanere og andre asiatiske befolkningsgrupper. I Europa er der kun rapporteret enkelte tilfælde med KFS. Det første tilfælde blev beskrevet i Japan i 1972 [5]. Sygdommen rammer oftest unge individer (≤ 40 år). I få tilfælde rammes børn endvidere. Der ses en øget hyppighed hos kvinder i forhold til hos mænd (kvindemand-ratioen er 4:1 [1]).

Ætiologien er ikke endelig klarlagt, men man arbejder ud fra flere teorier. En af dem er, at en viral komponent spiller en essentiel rolle. Virussen udløser en hyperimmun reaktion, der resulterer i en polyklonal aktivitet af T-lymfocytter med cytotoxisk reaktion [4]. Flere vira er blevet undersøgt, blandt andet EBV, humant herpesvirus 6, og human herpesvirus 8, parvovirus B19 som årsag til KFS, men undersøgelserne er kontroversielle og mangelfulde. Det kliniske billede indikerer, at årsagen muligvis kan være viral. Der ses atypisk lymfocytosis, manglende effekt af

 **FIGUR 1**

Histiocytisk nekrotiserende lymfeadenitis. Hæmatoxylin-eosinfarvning.



antibiotikabehandling samt specielle histopatologiske kendetegn (f.eks. farves T-celler af immunologiske markører) [5].

Histopatologisk ses i lymfeknudebiopsien fragmentering og nekrose, og der er mangel på neutrofilocyter. Derimod ses dominans af histiocyter og T-lymfocyter. Ofte er det nødvendigt at farve immunhistokemisk for at differentiere mellem lymfeproliferative sygdomme og autoimmune sygdomme [2, 3].

Forløbet er oftest akut eller subakut og strækker sig typisk over 2-3 uger. Symptomerne er smertefuld cervical lymfadenopati, og universel lymfadenopati kan optræde. Sygdommen er oftest ledsaget af feber, influenzalignende symptomer, vægttab og nattesved. I nogle tilfælde ses hepatosplenomegali og arthritis [1-3]. Paraklinisk ses forhøjet C-reaktivt protein, sænkingsreaktion og levertal [1].

Til trods for at KFS er en sjælden tilstand, skal den inkluderes i listen over differentialdiagnoser ved lymfeknudehævelse, da sygdommens forløb og behandling er meget forskellig fra tuberkulose, malignt lymfom og SLE. Det kan være svært at skelne mellem SLE og KFS, da begge tilstande har samme kliniske og histopatologiske billede. Endvidere har der været tilfælde, hvor begge tilstande er observeret samtidigt. Derfor er det vigtigt med supplerende blodprøver for at udelukke SLE [5].

Der er ingen specifik behandling for patienter med KFS. Behandlingen er typisk symptomatisk suppleret med kortikosteorid.

Prognosen er god. Sygdommen vil remittere inden for 4-6 måneder. Men patienten skal kontrolleres i op til to år, da der er en øget risiko for at udvikle SLE [3, 5].

Til trods for at KFS er en meget sjælden tilstand, skal man have denne diagnose i baghovedet, når patienter med lymfeknudeadenopati udredes. Fra et diagnostisk synspunkt er lymfeknudebiopsi med immunhistokemisk farvning vigtigt i udredningen af dette sygdomsbillede.

KORRESPONDANCE: Jamshaid Ul-Mulk, Ole Suhrs Gade 7, 2. th., DK-1354 København K. E-mail: mulkomania@hotmail.com

ANTAGET: 20. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Cush JJ, Kavanaugh A, Stein CM. Rheumatology: Diagnosis and Therapeutics. Lippincott Williams & Wilkins, 2. Ed. Nov 2004:228.
2. T. Höflinghaus, R. Maurer, E. Simons et al. Die Kikuchi-Fujimoto-Erkrankung - seltener Grund eines protrahierten Fibrozustandes Schweiz Med Forum 2006;6:155-7.
3. Biggo A, Lai A, Demontis G et al. Kikuchi-Fujimoto disease with lateral neck localization: a case report Acta Otorhinolaryngol Ital 2003;23:322-325.
4. Ohshima K, Shimazaki K, Suzumiya J et al. Apoptosis of cytotoxic T-cells in histiocytic necrotizing lymphadenitis. Virchows Arch 1998;433:131-4.
5. Bosch X, Guilabert A. Kikuchi-Fujimoto disease. Orphanet Encyclopedia July 2005:1-4.



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 5. april 2010 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

- (S-01-EC-04) Azopt øjendråber*, Orifarm A/S
- (G-04-BD-07) Detrusitol Retard tabletter*, Orifarm A/S
- (M-01-AB-05) Diclofenacnatrium »2care4« Retard depottabletter*, 2care4 ApS
- (C-03-BA-11) Indapamid »Alternova« depottabletter*, Alternova A/S
- (N-02-CC-04) Maxalt tabletter*, 2care4 ApS
- (C-09-XA-02) Rasilez tabletter*, 2care4 ApS
- (R-03-AK-06) Seretide Diskus inhalationspulver*, 2care4 ApS
- (N-05-AE-04) Zeldox kapsler*, Orifarm A/S

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

- (C-10-AA-07) Crestor tabletter*, EuroPharmaDK ApS

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

Denne bestemmelse trådte i kraft den 5. april 2010.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.



JULENUMMER 2010



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

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

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

Redaktionen

Kondylomers betydning for livskvalitet på lang sigt – et opfølgningsstudie

Medicinsk antropolog Gitte Lee Mortensen

ORIGINALARTIKEL

AnthroConsult, Århus

INTRODUKTION

Kondylomer er en af de mest udbredte kønssygdomme i Nordeuropa i dag. Sygdommen kan være svær at behandle, men anses ofte for at være en mindre alvorlig kønssygdom. De få eksisterende studier af kondylompatienters livskvalitet peger dog på, at patienter bliver psykisk påvirket af det usikre tids- og helbredelsesforløb, ligesom de rammes identitetsmæssigt og socialt af sygdommens stigmatiserende aspekter. Især påvirker sygdommen deres kærligheds- og sexliv markant. Målet med dette studie var at undersøge de eventuelle langtidseffekter af at have haft kondylomer.

MATERIALE OG METODER

Dette studie fulgte op på to tidligere livskvalitetsstudier blandt danske kondylompatienter. Kvalitative metoder blev anvendt for at opnå et nuanceret indblik i de eventuelle langtidseffekter af kondylomer. Der blev gennemført individuelle interview efter semistrukturerede interviewguider med seks tidligere kondylompatienter, som havde været fri for synlige kondylomer i mindst et år. Interviewene blev analyse-

ret med en diskursteoretisk tilgang til sprog og betydningsdannelse.

RESULTATER

Studiets resultater viste, at kondylomer kan have negative konsekvenser for livskvaliteten længe efter, at de er væk (**Figur 1**). Deltagerne gav udtryk for vedvarende bekymringer for recidiv og for at udvikle anogenital kræft. Denne frygt var forbundet med en uklar opfattelse af sammenhængen mellem humant papillomvirus (HPV), kondylomer og genitale kræftformer. Flere mente desuden, at kondylomerne fortsat påvirkede deres sex- og kærlighedsliv negativt. Sygdommen kunne medføre lavt selvværd, frygt for reinfektion og nedsat sexlyst. Kvinderne led især under permanente skader på deres genitale slimhinder som følge af laserbehandling.

KONKLUSION

Dette studies resultater understreger vigtigheden af at udbrede viden om kondylomer for at optimere brugen af forebyggelsesmetoder som kondom og firevalent HPV-vaccination. Resultaterne viser også, at de patienter, som har fået kondylomer, har behov for at blive inddraget i beslutninger vedrørende behandlingsstrategi samt for detaljeret information om sygdommen. Deltagernes bekymringer for recidiv og anogenital kræft indikerer, at disse bør adresseres i kommunikationen med tidligere kondylompatienter. Mens en vag ide om HPV kan forårsage frygt for kræft, kan klar information reducere unødvendige bekymringer og forbedre den forebyggende sundhedsadfærd. Endelig er det muligt, at viden om den høje prævalens af HPV kan reducere den stigmatisering, som forbindes med kondylomer.

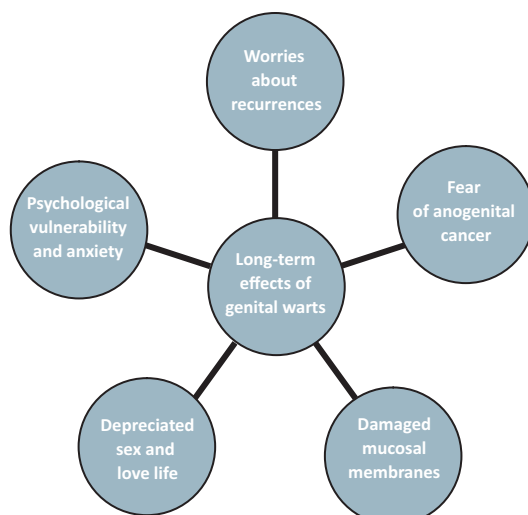
KORRESPONDANCE: Gitte Lee Mortensen, AnthroConsult, Fynsgade 24, 2. th., DK-8000 Århus C. E-mail: glm@anthroconsult.dk

ANTAGET: 1. marts 2010

INTERESSEKONFLIKT: AnthroConsult har modtaget forskningsstøtte til dette studie fra Sanofi Pasteur MSD.

FIGURE 1

Long-term quality-of-life effects of genital warts.



DANISH MEDICAL BULLETIN

Dette er et resume af en originalartikel publiceret på www.danmedbul.dk som Dan Med Bul 2010;57(4):A4140

Månedens billede



Figur 1

Figur 2

Figur 3

Septisk og aseptisk proteseløshed er velkendt, men differentiering mellem de to tilstande er vanskelig. Knogle- og leukocytskintigrafi benyttes ofte som supplement til konventionel røntgenoptagelse af det involverede led. Foci med øget aktivitetsoptagelse kan ved begge undersøgelser være tegn på infektion, men også på hæmatopoietisk (rød) knoglemarv. I tvivlstilfælde bør der derfor suppleres med skintigrafi, der viser marvdistributionen.

En 62-årig mand blev pga. konstante smerter i højre overarm indstillet til revision af en højresidig total skulderledsalloplastik seks måneder efter indsættelse af en protese. En konventionel røntgenoptagelse viste løshed af den humorale komponent, men infektion skulle udelukkes forud for et operativt indgreb. Knogleskintigrafi (^{99m}Tc -hydroxymetylen-difosfonat) (**Figur 1**) viser to foci medialt og lateralt for

den proximale del af humeruskomponenten. Supplerende leukocytskintigrafi (^{99m}Tc -hexametylpropylen-amin-oxim) (**Figur 2**) og marvskintigrafi (^{99m}Tc -nanokolloid) (**Figur 3**) viste alene aktivitetsakkumulation i det mediale focus. Det mediale focus repræsenterer således rød knoglemarv og ikke infektion, mens det laterale focus er identisk med den røntgenpåviste løshed. Patienten fik herefter indsat en total alloplastik a.m. delta i højre skulder. Peroperativt var der ingen tegn på infektion, og alle postoperative dyrkningssvar var negative.

Læge Kim Francis Andersen
E-mail: kifran02@heh.regionh.dk
Overlæge Philip Hasbak
Herlev Hospital, Klinisk Fysiologisk og
Nuklearmedicinsk Afdeling

MÅNEDENS BILLEDE

Månedens billede
redigeres af: Tove Agner,
Margrethe Herning,
Jens Otto Lund,
Margit Mantoni og
Peter Skinhøj

Til alle sygehusansatte læger:



TEGN EN ERHVERVSANSVARSFORSIKRING!

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

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

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

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

Årspræmien for 2010 for erhvervsansvarsforsikringen f sygehusansatte læger udgør kr. 410.

Nils Michelsen, Juridisk Sekretariat



Nyt fra EMA – marts 2010

Assisterende redaktør Bjarne Ørskov Lindhardt



EUROPEAN
MEDICINES AGENCY
SCIENCE
MEDICINES HEALTH

Udvalget for Humanmedicinske Lægemidler (CHMP) gennemgik på marts mødet den tilgængelige information vedrørende de centralt godkendte pandemiske influenzavacciner. Foreliggende data bekræfter den forventede immunogenicitet og sikkerhedsprofil for vaccinerne. Der har ikke vist sig uventede alvorlige sikkerhedsmæssige problemer. De bivirkninger, der er rapporteret, har ikke været alvorlige og har været forventelige.

For biologiske lægemidler taler man ikke om generika men om, at et produkt er *biosimilar*. CHMP har tidligere godkendt en række sådanne produkter. Det senest godkendte er filgrastim – en knoglemarvs-vækstfaktor – der er godkendt til de samme indikationer som *brand leader*. Yderligere en række generika er blevet central godkendt. Det drejer sig denne gang om olanzapin, ribavirin, telmisartan og topotecan.

Erlotinib har fået udvidet sin indikation til også at omfatte vedligeholdelsesbehandling hos patienter med lokalt fremskreden eller metastatisk ikkesmåcellet lungecancer med stabil sygdom efter standardbehandling med platinbaseret kemoterapi.

CHMP har på ny gennemgået data for gadoliniumholdige kontrastmidler. Disse bekræfter CHMP's anbefalinger med henblik på at minimere risikoen for nefrogen systemisk fibrose (NSF) i forbindelse med anvendelse af disse stoffer. Gadoliniumholdige kontrastmidler anvendes hos patienter i forbindelse med magnetisk resonans-skanning. CHMP gennemgik disse stoffer på grund af en sammenhæng mellem brugen af gadoliniumholdige kontrastmidler og NSF, en sjælden, alvorlig og til tider livstruende tilstand, der er karakteriseret ved dannelse af bindevæv i hud, led, muskler og indre organer hos patienter med alvorlige nyreproblemer.

CHMP har konkluderet, at den uventede tilstedeværelse af DNA fra et ikkepatogent virus i den perorale vaccine mod rotavirusinfektion ikke udgør nogen risiko for brugerne af vaccinen. Vaccinen gives til børn med en alder på seks uger eller derover. Der er i denne vaccine fundet DNA fra *porcine circo virus*-type 1 (PCV1). Dette virus er almindeligt forekommende i visse former for kød og andre fødevarer, og det er ikke kendt for at forårsage sygdom hos hverken dyr eller mennesker. CHMP fandt det uacceptabelt, at der i en vaccine er fremmed DNA, hvis oprindelse er uklar. CHMP har derfor anmodet om, at fabrikanten

identificerer årsagen, og at der indføres foranstaltninger med henblik på at fremstille vaccinen uden PCV1-DNA.

LITTERATUR

1. www.ema.europa.eu

KORRESPONDANCE:

Bjarne Ørskov Lindhardt,
Lunge- og Infektionsmedicinsk
Afdeling S, Hillerød Hospital,
DK-3400 Hillerød.

E-mail:
bolindhardt@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Læge Natallia Lapitskaya:

Sensory stimulation in severely brain injured patients with impaired consciousness

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: natallia.lapitskaya@hammel.rm.dk

UDGÅR FRA: Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Forskningsenheden, og Aarhus Universitet.

FORSVARET FINDER STED: den 20. april, kl. 14.00, Multisal, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Hammel.

BEDØMMERE: Hanna Brix Finnerup, Martin Ejler Fabricius og Boris Kotchoubey, Tyskland.

VEJLEDERE: Johannes Klitgaard Jacobsen, Jørgen Feldbæk Nielsen og Anders Fuglsang Frederiksen.

Læge Anita Birgitte Gothelf:

Gene electrotransfer to skin

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: anbig01@heh.regionh.dk

UDGÅR FRA: Herlev Hospital, Onkologisk Laboratorium.

FORSVARET FINDER STED: den 23. april 2010, kl. 14.00, Lille Auditorium, Herlev Hospital, Herlev.

BEDØMMERE: Mikael Rørth, Uffe Birk Jensen og associate professor Maja Cemazar, Slovenien.

VEJLEDERE: Julie Gehl og Lone Skov.



Læge Rikke Bech:

Interleukin 20 expression and functions

Studies of psoriasis

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: rikkebecha@gmail.com

UDGÅR FRA: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Medicinsk Mikrobiologi og Immunologi, og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Dermatologisk Afdeling S.

FORSVARET FANDT STED: den 13. april 2010.

BEDØMMERE: Knud Kragballe, Lars Iversen, lektor, ph.d. Thomas Vorup-Jensen og lektor, ph.d. Ralf Agger.

VEJLEDERE: Robert Gniadecki og professor, ph.d. Joost Schalkwijk, Nijmegen.

Læge Henrik Winther Schytz:

Investigation of carbachol and PACAP38 in a human model of migraine

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: henrikschytz@dadlnet.dk

UDGÅR FRA: Dansk Hovedpine Center, Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital.

FORSVARET FANDT STED: den 15. april 2010.

BEDØMMERE: Hanne Christensen, Flemming W. Bach og Holger Kaube, Tyskland.

VEJLEDERE: Messoud Ashina og Jes Olesen.

Læge Anne Friesgaard Christensen:

Aspects of cartilage collagen metabolism and innate immune defence in early rheumatoid arthritis

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: a.friesgaard@gmail.com

UDGÅR FRA: Odense Universitetshospital, Reumatologisk Afdeling C, i samarbejde med Syddansk Universitet, Institut for Medicinsk Biologi.

FORSVARET FANDT STED: den 16. april 2010.

BEDØMMERE: Ellen Hauge, Peter Garred og Lars Melholt Rasmussen.

VEJLEDERE: Grith Lykke Sørensen, Uffe Holmskov, Kim Hørslev-Petersen, Hanne Merete Lindegaard og Peter Junker.



FORFATTER: Fabricius-Bjerre N

FORLAG: København: FADL's Forlag, 2009

SIDER: 134

PRIS: 400 kr.

ISBN: 978-87-7749-553-3

Patienten i centrum

BOGANMELDELSE

Bogen er et udvalg af de tegninger, som Niels Fabricius-Bjerre har lavet i det seneste kvarte århundrede. Bogen har undertitlen: Tegninger fra Lægeland 1984-2008. Den er opbygget i kapitler, der er relateret til 1980'erne og 1990'erne og til begivenheder som f.eks. dannelsen af Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1995.

Sidst i 1990'erne skulle der ofte have været urimelige krav om lægelig dokumentation for ganske udokumenterbare tilstande. En tegning viser således en læge på en piedestal med medicinsk kompendium under armen: »Det attesteres herved, at patienten oplyser at få ondt i benene af træsko, hvorfor han frarådes at anvende træsko på arbejdet«.

Gennem årene har jeg ofte været glad for at slå op på tegninger af Niels Fabricius-Bjerre. Han har en udtryksfuld streg og er i stand til at levere en overbevisende mimik i tegningerne og spidde os på en sympatisk måde. Men det hører også med, at han samtidig har stor forståelse for lægens situation. Det, at han i 25 år har kunnet lave tegninger for og om os læger, tyder på en særlig evne.

En af de morsomme er parret med de store maver, hvor hun siger: »Lægen sagde at min kolesterol-profil var bedre end din i sidste måned«, hvortil han svarer: »Fint – så er det dig der går til bageren i dag«.

De fleste tegninger er forbundet med en tekst, som er en kommentar til en bestemt begivenhed eller sag. Det gælder således strejken i 2008, hvor der angives: »DM i ansvarlighed for strejkende blev vundet af jordemødrene som erkendte, at de var så samfundsvigtige og betydningsfulde, at de måtte opgive at strejke. Et storslået og uegennyttigt initiativ, der i sig selv burde belønnes«. På tegningen står nr. 1 på sejrsskamlen med et spædbarn som trofæ.

Problemstillingerne er, som forfatteren er inde på, ofte indforstået i forhold til læsere, der ikke er læger eller ikke bor i København.

Men bogen kan varmt anbefales, i hvert fald til læger.

Bogens pris på 400 kr. er for høj i forhold til markedsprisen på tilsvarende bøger.

♣ *Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Peer Jansson*



FORFATTERE: Valgård S, Krasnik A

FORLAG: København: Munksgaard Danmark, 2010

SIDER: 215

PRIS: 218 kr.

ISBN: 978-87-6280-928-4

Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 2. udgave

BOGANMELDELSE

Bogen er skrevet til universitetsstuderende på sundhedsstudierne og sundhedsvæsenets personale. Bogen tilstræber at gøre et sammensat og mangfoldigt sundhedsvæsen lettere at gennemskue, således at læseren bliver bedre til at forstå og vurdere, hvad der foregår i væsenet. Det er ikke noget uambitiøst mål. Læsning af de 200 sider giver en større faktuel viden om sundhedsvæsenets grundlæggende institutioner – sundhedsvæsenets anatomi så at sige.

Det er en styrke, at bogen kommer så bredt omkring i sundhedsvæsenet. I den forstand er bogen en god indføring i sundhedsvæsenet. Svagheden er nogen overfladiskhed og en vis mangel på fokus. Måske er en grundig gennemgang af sundhedsøkonomiske evalueringsmodeller på 22 sider mindre vigtig for bogens formål. Mere vigtigt ville det i bogens sundhedspolitiske kontekst være at beskrive, hvorfor disse undersøgelser har så beskeden *impact* i Danmark.

Bogens svaghed er en nærmest leksikal informationsophobning. Når man beskriver finansieringsmodeller, kunne det illustreres af figurer, der viser,

hvordan de fleste lande faktisk trækker på mange finansieringskilder (skat, socialforsikringer, privatforsikringer, *out of pocket*) – men med forskellig fordeling. Det vil gøre det mere levende og øge forståelsen. Beskrivelse af moderne forbrugersisme kunne krydres med statistik fra Euro Health Consumer Index 2009, hvor Danmark ligger som nr. 2 blandt 33 europæiske lande. Vi er kommet langt på det område i Danmark.

Når bogen formidler empiri skal det selvfølgelig være korrekt! Jeg studsede dog over en tredobling af antal læger og en fordobling af antal sygeplejersker på psykiatriske sygehuse på fem år (p. 169). Det er en fejl, som skyldes, at forfatterne måler fra to forskellige statistikkilder i hhv. 2002 og 2007. Tabellerne bør have et tjek inden tredje udgave.

Bogen kan anbefales til nuværende og kommende sundhedspersoner, som ønsker en grundig indføring i sundhedsvæsenet, dets funktioner, normer og institutioner.

♣ *Direktør Jes Søggaard*
E-mail: jes@dsi.dk

Johannes Fossgreen

JOHANNES FOSSGREEN

04.04.1927-15.02.2010

Johannes Fossgreen, tidligere overlæge, speciallæge i reumatologi, medstifter og æresmedlem af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM) er den 15. februar 2010 stille sovet ind efter et langt og rigt liv.

Johannes Fossgreen var født i Flensborg den 4. april 1927. Han kom til Århus for at studere og tog den medicinske embedseksamen ved Aarhus Universitet i 1956. Efter sin speciallægeuddannelse blev han i 1967 overlæge ved den nyoprettede afdeling for fysiurgi og rehabilitering/reumatologi på Århus Amtssygehus.

Sideløbende med sin hospitalsansættelse – og fortsat efter sin pensionering – udfoldede Johannes Fossgreen en betydelig indsats for den lægelige videreuddannelse med kursusaktiviteter i ind- og udland og drev desuden en privat klinik. Han nærede stor interesse for alternative behandlingsmåder, og han afprøvede og inddrog flere af disse i den etablerede fysiurgiske terapi.

Johannes Fossgreen var medstifter af Dansk Selskab for Manuel Medicin (siden Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, DSMM), og han holdt

talrige columnakurser og udgav pjecen »Ondt i Ryggen«. Han var medstifter af Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur og medforfatter af »Lærebog i Akupunktur«. I slutningen af 1990'erne var Fossgreen desuden medvirkende ved etableringen af den osteopatiske teknik og stiftelsen af Dansk Selskab for Osteopatisk Craniosacral Medicin.

Johannes Fossgreen modtog adskillige hæderspriser og blev i 2004 udnævnt til professor honoris causae ved Det Offentlige Nationale Videnskabernes Akademi, Institut for Manualogi, i Moskva.

Johannes Fossgreen var en initiativrig inspirator og dygtig mentor for kolleger og medarbejdere. Han var den gode læge, som omfattede sine patienter med stor medfølelse og aldrig svigtende optimisme. Han var det festlige midtpunkt i venners og familiens kreds, indtil sygdom satte en stopper for det tidligere så aktive liv.

Æret være Johannes Fossgreens minde.

På vegne af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM)
Palle Holck

Johannes Fossgreen

JOHANNES FOSSGREEN

04.04.1927-15.02.2010

Johannes Fossgreen blev læge fra Aarhus Universitet i 1956, videreuddannede sig til speciallæge i reumatologi og rehabilitering og blev i 1967 overlæge ved den nyetablerede afdeling for fysiurgi og rehabilitering på Århus Amtssygehus og senere i 1991 administrerende overlæge.

Sideløbende med reumatologien fandt Johannes Fossgreen tidligt yderligere behandlingsmuligheder både i manuel medicin og akupunktur, og han blev medstifter af såvel Dansk Selskab for Manuel Medicin som Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur. I 1984 udkom den første »Lærebog i Akupunktur« i Danmark forfattet af Johannes Fossgreen sammen med læge Ole Dahl. Igennem en lang årrække var Johannes

Fossgreen en meget værdsat underviser på kurser for læger såvel i manuel medicin som i akupunktur både herhjemme og i udlandet, og talrige var hans danske og internationale æresmedlemskaber. Johannes Fossgreen prægede indførelsen af de alternative behandlingsmuligheder i Danmark inden for manuel medicin og akupunktur. Johannes Fossgreen udviste i sin undervisning og lægegerning stringens og videnskabelig indstilling også til gavn for sine mange patienter.

Johannes Fossgreen var med sit altid levende og engagerede væsen en værdsat og afholdt kollega.

Æret være hans minde.

Niels Bo Bøggild
Ole Dahl

Rentesatser

Rente på indlån tilskrives én gang om året. Rente på udlån og træk på kredit tilskrives hvert kvartal. Rentesatserne er variable og kan ændres af banken, medmindre andet specifikt er nævnt. Satserne er gældende fra den 26. marts 2010.

Indlån

	Pålydende pct. p.a.	Årlig nominel pct. p.a.
Pensionskonti, herunder midler tilknyttet kontantpuljen	1,65	1,65
Børneopsparing	3,65	3,65
Højrentekonti (Lønkonto)	1,00	1,00
Indestående på højrentekonti med kredit, boligkreditter, deponeringer samt erhvervskreditter forrentes som højrentekonti		
Studiekonto	1,00	1,00

Udlån – erhverv

	Pålydende pct. p.a.	Årlig nominel pct. p.a.
<i>Praksisfinansiering</i>		
Lån til goodwill, driftsmidler og restfinansiering		
Variabel rente	5,30	5,41
Fast rente	Fastlægges på låneoptagelsestidspunktet	
Driftskredit – erhverv	5,30	5,41

Udlån – privat

Udbetaling i pct.	Pålydende pct. p.a.	Årlig nominel pct. p.a.	Årlige omkostninger i procent (ÅOP) efter/tør skat
<i>Billån (B)</i>			
≥40	5,25	5,35	4,2 / 6,1
30-39	5,65	5,77	4,5 / 6,5
20-29	6,10	6,24	4,8 / 7,0
<20	7,20	7,40	5,5 / 8,1
<i>Billån med fast rente i lånets løbetid (B)</i>			
≥40	6,70	6,87	5,2 / 7,6
30-39	7,05	7,24	5,4 / 8,0
20-29	7,50	7,71	5,8 / 8,5
<20	9,95	10,33	7,5 / 11,1
<i>Højrentekonti med kredit (lønkonto) (A)</i>			
Ved træk på kredit (udnyttelsesgrad på 100, 50 og 25 pct.)	7,10	7,29	4,8 / 7,3
Lån med pant i gruppelivsforsikring (1)	7,10	7,29	6,9 / 9,4
<i>Boliglån/boligkredit (C)</i>			
Boliglån med fast rente	Fastlægges på låneoptagelsestidspunktet		
<i>Andelsboligkredit (C) Ved træk på kredit</i>			
udnyttelsesgrad på 100 pct.	4,35	4,42	3,1 / 4,6
udnyttelsesgrad på 50 pct.	4,35	4,42	3,2 / 4,8
udnyttelsesgrad på 25 pct.	4,35	4,42	3,5 / 5,1
<i>Realboligkredit med løbetid op til 30 år og med mulighed for 10 års afdragsfrihed (C)</i>			
Var. udlånsrente			
(Nationalbankens indskudsbevisrente+1,05 pct.)	1,75	1,76	1,4 / 2,0
Var. indlånsrente			
(Nationalbankens indskudsbevisrente+1,05 pct.)	1,75	1,76	
<i>Studiekonto med kredit på 50.000 kr.</i>			
Ved træk på kredit (udnyttelsesgrad på 100, 50 og 25 pct.)	4,85	4,94	3,3 / 4,9
Statsgaranteret studielån	2,25	2,27	1,5 / 2,3

1) ÅOP (årlige omkostninger i procent) er et rentebegreb, som i ét tal gør lån sammenlignelige. Alle omkostninger ved oprettelsen og i lånets løbetid indregnes, og der tages hensyn til, hvornår renter, afdrag og lignende betales.

Standardforudsætninger for årlige omkostninger i pct. (ÅOP):

Lån/kredit	Størrelse af lån/kredit	Løbetid	Sikkerhedsstillelse
(A) Højrente konto med kredit	100.000 kr.	5 år	Ingen
(B) Billån	200.000 kr.	7 år	Ejerpantebrev på 140.000 kr.
(C) Boliglån	250.000 kr.	20 år	Ejerpantebrev på 175.000 kr.
(C) Realboligkredit/andelsboligkredit	250.000 kr.	20 år	Ejerpantebrev på 250.000 kr.
(1) Lån med pant i gruppelivsforsikring	100.000 kr.	10 år	Gruppelivsforsikring

Offentliggjort på www.lpk.dk d. 29.3.2010

Gebyrer

Puljeordning

Det årlige administrationsgebyr udgør

af indestående	u/500 tkr.	o/500 tkr.
Den korte obligationspulje	0,30 pct.	0,05 pct.
Den lange obligationspulje	0,60 pct.	0,30 pct.
Indeksobligationspuljen	0,60 pct.	0,30 pct.
Den danske aktiepulje	0,70 pct.	0,55 pct.
Den globale aktiepulje	1,00 pct.	0,75 pct.
– dog minimum	50 kr.	
Ændring af puljesammensætning		
En gratis ændring årligt, derefter pr. gang	250 kr.	

Transaktionskonti

Udbetaling

med Webbank/TelefonService/fremmøde	0 kr.
ekspederet telefonisk	25 kr.
til udlandet	50 kr.
Ekspeditioner vedr. BetalingsService, der kan håndteres i Webbanken	25 kr.
Overførsler til udlandet formidles via andet pengeinstitut. Omkostningerne, som dette pengeinstitut tager, betales af kontohaver.	

Lån og kredit

Etablering af lån/kredit	0 kr.
Udfærdigelse af ejerpantebrev (bil)	0 kr.
Omlægning mellem fast og variabel rente (bil/bolig)	400 kr.
(Bemærk, særlige indfrielsesbetingelser fsa. lån med fast rente)	
Ekstraordinært afdrag på lån/førtidig indfrielse af lån	300 kr.
Respektpåtegning ejerpantebrev (bolig)	850 kr.
Indfrielse/delindfrielse af realkreditbolig med rentetilpasning:	
I perioden 15/12-31/12 i det sidste år af rentetilpasningsperioden er der intet indfrielsesgebyr. Uden for denne periode betales et gebyr på 0,50 pct. af maksimum pr. år, der er tilbage til fastrenteperiodens udløb.	
Omkostninger til offentlige myndigheder	
Tinglysningsafgift	1.400 kr.
Plus stempel af ejerpantebrev (forhøjes til nærmeste 100 kr.)	1,5 pct.
Finansieringsdeklaration (bil)	850 kr.

Alle konti

Ekstraordinær kontoudskrift	10 kr.
Særlig avis om ind- og udbetaling	10 kr.
Rykkergebyr/afvisning af betalinger	100 kr.
Timesats for særlige opgaver (oplyses altid, inden opgaven udføres)	500 kr.
Køb af checks (erhvervskredit) min. 25 stk.	0 kr./stk.

Visa/Dankort

Årligt kortgebyr	0 kr.
Hævning i automat i åbningstid	1,50 kr.
Hævning i automat udenfor åbningstid	2,50 kr.
Spærring af konto/kort ved overtræk	200 kr.
Kontant hævning i pengeautomater i udlandet	1 pct., dog min. 30 kr.
Ophævelse af limitblokering	200 kr.
+ yderligere ved henvendelse til PBS udenfor åbningstid	250 kr.
Rekvirering af nota (såfremt nota er i overensstemmelse med det bogførte)	200 kr.
Returnering af nota	100 kr./stk.

Denne prisliste omfatter kun de mest relevante gebyrer. Der henvises til særskilt prisliste for Visa/Dankort samt særskilt prisliste vedrørende fondshandel og opbevaring i depot.

Forbehold for trykfejl

Rettelse til attesttakster på forsikringsområdet pr. 1. april 2010:

I forbindelse med de fire nye funktionsattester, FP 420, FP 490, FP 500 og FP 510 som alle indgik i meddelelsen om Attesttakster pr. 1. april 2010 i UFL den 29. marts 2010, gør vi opmærksom på, at honorar for hver af de eksisterende funktionsattester, FP 430, FP 440, FP 450, FP 460, FP 470 og FP 480 reguleres til 920 kr.

Funktionsattesterne har nu følgende honorarer:

FP 420 Funktionsattest – Bryst og lænderyg: 920 kr.
FP 430 Funktionsattest – Skulder, overarm og albue: 920 kr.

FP 440 Funktionsattest – Underarm og håndled: 920 kr.

FP 450 Funktionsattest – Fingre: 920 kr.

FP 460 Funktionsattest – Hofte og lår: 920 kr.

FP 470 Funktionsattest – Knæ: 920 kr.

FP 480 Funktionsattest – Fod og underben: 920 kr.

FP 490 Funktionsattest – Tæer – mellemfod – fodrod: 920 kr.

FP 500 Funktionsattest – Øje: 1.300 kr.

FP 510 Funktionsattest – Høre: 1.300 kr.

Attestudvalget.

JOB & PRAKSIS

! INFORMATION

JOBANNONCER OG ANNONCER FOR KØB OG SALG AF PRAKSIS

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

INDRYKNING AF ANNONCER

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

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

BILLETMÆRKEANNONCER

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

Oversigt over nye ledige job
Ved stillinger mærket med Quick-nr.
henvises til www.laegjob.dk

ALMEN MEDICIN

Det Grønlandske Sundhedsvæsen, introduktionsstilling. Quick-nr. 91714

Jægerspris, Kompagniskabspraksis, amanuensis/kompagnon **SE SIDE 1230**

Bogense, Kompagniskabspraksis, kompagnon **SE SIDE 1231**

København K, Kompagniskabspraksis, vikar søges (praksis) **SE SIDE 1231**

Hellerup, Delepraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 1230**

Slagelse Sygehus, Kvalitet og Udvikling, hoveduddannelsesforløb. Quick-nr. 91736

Det Grønlandske Sundhedsvæsen, hoveduddannelsesforløb. Quick-nr. 91712

DIAGNOSTISK RADIOLOGI

OUH, Svendborg Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 91744

INTERN MEDICIN

Færøerne, Landssygehuset, introduktionsstilling. Quick-nr. 91742

KARKIRURGI

Region Hovedstaden, – Abdominalcentret, introduktionsstilling. Quick-nr. 91645

KIR. GASTROENTEROLOGI

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, overlæge. Quick-nr. 91687

KIRURGI

Regionshospitalet Viborg, introduktionsstilling. Quick-nr. 91689

Norge, Sygehuset Telemark, overlæge **SE SIDE 1232**

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, overlæge. Quick-nr. 91646

Regionshospitalet Horsens, afdelingslæge. Quick-nr. 91612

KLIN. FYSIOLOGI OG NUCLEARMED.

Region Nordjylland, Aalborg Sygehus, Nuklearmedicinsk Afdeling, introduktionsstilling. Quick-nr. 91666

MED. GASTROENTEROLOGI

OUH, Svendborg Sygehus, overlæge. Quick-nr. 91708

MED. LUNGESYGDOMME

Bispebjerg Hospital, reservelæge. Quick-nr. 91668

NEUROKIRURGI

Rigshospitalet, – Neurocentret, reservelæge. Quick-nr. 91701

NEUROLOGI

Sønderborg, Speciallægepraksis, speciallæge **SE SIDE 1230**

Glostrup Hospital, Neurologisk afdeling N, afdelingslæge. Quick-nr. 91677

OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGI

Esbjerg, Samarbejdspraksis, speciallægepraksis tilbydes **SE SIDE 1230**

PATOLOGISK ANATOMI

Hvidovre Hospital, overlæge. Quick-nr. 91642

PLASTIKKIRURGI

Region Syddanmark, hoveduddannelsesforløb. Quick-nr. 91710

PSYKIATRI

Ringsted, Speciallægepraksis, speciallæge **SE SIDE 1230**

København, Statsforvaltningen Hovedstaden, speciallægekonsulent **SE SIDE 1231**

Norge, Helgelandssykehuset Mo i Rana, overlæge **SE SIDE 1232**

REUMATOLOGI

Kong Christian Xs Gigthospital, reservelæge. Quick-nr. 91685

SPECIALEUAFHÆNGIG

Herlev Hospital, introduktionsstilling. Quick-nr. 91684

Sygehus Sønderjylland, introduktionsstilling. Quick-nr. 91657

OUH, Region Syddanmark, Forskerskolen i Molekylær Metabolisme, Ph.d. stipendium **SE SIDE 1230**

Vejle, Center for Clinical and Basic Research, læge **SE SIDE 1231**

Odense Universitetshospital, Odense, afdelingslæge. Quick-nr. 91751

Odense Universitetshospital, Odense, reservelæge. Quick-nr. 91752

Holbæk Sygehus, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling, reservelæge. Quick-nr. 91697

Region Hovedstaden – Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, overlæge. Quick-nr. 91696

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, ledende læge. Quick-nr. 91671

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, overlæge. Quick-nr. 91641

Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest, overlæge. Quick-nr. 91644

Regionshospitalet Viborg, reservelæge. Quick-nr. 91621

Køge Sygehus, Ortopædkirurgisk Afdeling, reservelæge. Quick-nr. 91603

Færøerne, Landssygehuset, overlæge. Quick-nr. 91615

UROLOGI

Århus Universitetshospital, Skejby, reservelæge. Quick-nr. 91596

ADJUNKT, CENSOR, KLINISK ASS., STIPENDIATER (PÅ UNI.)

– Call for Applications –**6 PhD Scholarships in Endocrinology**

The Danish PhD School of Endocrinology has 6 available PhD scholarships for appointment on 1 September 2010 for a three-year period

- **Allocation and enrollment**

The Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark

- **Requirements**

Master's degree in health science

- **Projects**

Applications must be within one of the 13 projects outlined on our website

- **How to apply and further information**

See www.endocrinology-phd.dk (endocrinology → scholarships) or contact Research secretary Kristine Melgaard Michailidis

E-mail:

kristine.michailidis@ouh.regionsyddanmark.dk

Tel: +45 6541 1769

Application deadline 14 May 2010

STILLINGER TILBYDES

Høj løn og fleksible arbejdsforhold – assisterende speciallæge i psykiatri søges til speciallægepraksis tæt på København

Klinikken er beliggende centralt i Ringsted, ca. 45 minutters bilkørsel fra København og 5 minutters gang fra Ringsted station. Lønnen beregnes på provisionsbasis. Du har sekretærhjælp og ingen udgifter til it-udstyr i forbindelse med dit arbejde.

Forventet månedsløn på fuldtid: Minimum 75.000 kr. Forventet månedsløn på deltid: Minimum 50.000 kr.

Arbejdsforholdene er meget fleksible, og du får dit eget konsultationslokale med det nødvendige it-udstyr.

Der lægges vægt på, at du er selvstændig og samarbejdsvillig. Til gengæld får du mulighed for et særdeles lønsomt og attraktivt arbejde uden investering i ydernummeret eller praksisudgifter. Ansættelsen er godkendt af Samarbejdsudvalget for Region Sjælland, og funktionen vil ligge inden for rammerne af det eksisterende ydernummer.

Ansøgningen sendes til: speciallæge i psykiatri, overlæge Lars Hansen, Søgade 18, 4100 Ringsted.

Eller pr. mail til: larshansen@speciallaege.dk

Ansøgningsfristen er 3. maj 2010.

Har du spørgsmål til stillingen, er du velkommen til at sende en mail eller ringe på mobiltelefon 5155 4157.

PRAKSIS TILBYDES

Neurologpraksis (deltids) i Sønderborg sælges

Centralt beliggende med 4 egne parkeringspladser. Veludstyret med Novax. Billigt lejemål med inventar kan overtages.

Overtagelse gerne fra 01.08.2010.

Kontakt Erik Boisen, tlf. 7442 4860 eller 4024 5614.

E-mail: neurolog_erik_boisen@hotmail.com

Otologpraksis til salg

Den ene halvdel af veldrevet 2-mands samarbejdspraksis i øre-næse-halssygdomme i Esbjerg til salg snarest. Lokaler og beliggenhed er optimale.

Nærmere oplysninger kan fås ved henvendelse på tlf: 2147 0033 eller e-mail: knudlarsen@dadlnet.dk

Almenpraksis til salg

En tredjedel delepraksis til salg i Gentofte-Hellerup, centralt beliggende på Bernstorffsvej

En læge ønsker at gå på pension.

I praksis er 3 læger, 1 sygeplejerske/jordemoder samt 2 sekretærer.

Velbeliggende praksislokaler med gode parkeringsmuligheder.

Udbygget laboratorium og nyt it-anlæg.

For yderligere oplysninger se venligst PraksisBørsen på

www.ugeskriftet.dk

AMANUENSIS/KOMPAGNON SØGES

Veldreven kompagniskabspraksis i Jægerspris

søger ny kompagnon

Veldrevet kompagniskab i det naturskønne Jægerspris søger snarest amanuensis mhp. fremtidigt kompagniskab, idet en af lægerne har valgt at arbejde tættere på sin bopæl af familiære årsager.

Klinikken er en moderne kompagniskabspraksis med 5 læger, 1 uddannelseslæge, 3 sygeplejersker, 1 laborant og 2 sekretærer i gode lejede lokaler midt i Jægerspris.

Vi har et godt arbejdsklima, der bygger på fleksibilitet og teamwork. Klinikken er veludstyret og har eget laboratorium og skadestue. Der er moderne it-udstyr (XMO) og egen hjemmeside.

Der er tilknyttet ca. 6.200 gruppe 1-patienter.

Lægerne har en ugentlig konsultationsfridag.

Den afgående kompagnon ønsker at udtræde i løbet af 2010.

Henvendelse:

Lisbeth Drisdal Hansen

Jægerspris Lægecenter

Parkvej 3A

3630 Jægerspris

Tlf. 4750 2001

KOMPAGNON SØGES**Kystbyklientel tæt på Odense**

Del af 2-mands kompagniskabspraksis i Bogense sælges på attraktive vilkår.

Få et godt og fleksibelt arbejdsliv.

Overtagelse efter aftale.

Henvendelse:

Lægerne i Adelgade.

6481 1048/6591 2078 (aften)

E-mail: doc.adelgade@mail.dk

VIKAR SØGES**Lægehus i Indre by, København, søger vikar**

Tiltrædelse 1/5 eller 1/6 afhængig af dine ønsker.

Vi er 2 praktiserende læger i kompagniskab, der søger vikar 5 dage ugentlig, ca. 32 timer ugentlig. Det er vores håb, at du vil blive hos os i mindst 7 mdr., men gerne i 1 år eller længere.

Klinikken er beliggende i den mest centrale del af København. Vi har moderne udstyr og et sødt, erfarent og kompetent hjælpepersonale. Og ikke at forglemme: et meget behageligt og venligt patientgrundlag.

Vi er 2 mænd på henholdsvis 39 og 47 år. Vi synes selv, at vi holder os rigtig godt, og at vi har et højt fagligt ambitionsniveau, men det må du hellere selv afgøre.

Du skal være speciallæge i almen medicin med interesse for faget og for mennesker. Så kan vi tilbyde dig stor fleksibilitet og arbejdsglæde.

Ansøgning bedes sendt til lægerne Hasselqvist & Heldmann, St. Kongensgade 96, 5. 1264 København K, tlf. 3336 7099, e-mail: klinik@33112299.dk

Ansøgningsfrist tirsdag d. 26/4

mhp. ansættelsessamtaler 27-28/4.

DIVERSE**Speciallægekonsulent i psykiatri søges til Statsforvaltningen Hovedstaden**

Som lægekonsulent i Statsforvaltningen Hovedstaden skal du vurdere de lægelige aspekter i de sociale klagesager, nævnssafdelingen modtager i Det Sociale Nævn og Beskæftigelsesankenævnet som klageinstans for kommunerne. Mødetidspunkter efter aftale. Arbejdstiden vil være ca. 4 timer ugentligt, hvoraf nogle af timerne kan aftales som hjemmearbejde.

Statsforvaltningen ligger på Borups Allé 177, 2400 København NV. Se mere om statsforvaltningerne på www.statsforvaltning.dk eller kontakt souschef Dorthe Risum Stryhn på telefon 7256 7175 eller på mail dorkoe@statsforvaltning.dk.

Ansøgning til
hrhov@statsforvaltning.dk senest
tirsdag den 11. maj 2010, kl. 12.00

STATSFORVALTNINGEN
HOVEDSTADEN



CCBR søger læge

Center for Clinical and Basic Research (CCBR) er et globalt klinisk forskningscenter med speciale i at gennemføre kliniske undersøgelser/lægemedelafprøvninger.

Afdelingen i Vejle søger en læge til en fuldtidsstilling (evt. deltids) i et tværfagligt team bestående af læger, sygeplejersker, bioanalytikere, radiografer, sekretærer m.fl., som i et travlt, men inspirerende miljø, udfører kliniske Fase II og III forsøg. Vores forskningsområder omfatter osteoporose, artrose, type II diabetes, hypertension, hyperkolesterolemie m.fl. Yderligere information, se www.ccbbr.com.

De primære arbejdsopgaver omfatter bl.a.:

- Rekruttering af og information til potentielle deltagere
- Indhentning af informeret samtykke
- Alm. journaloptagelse og objektive undersøgelser
- Gennemgang af indkomne prøvesvar og ved behov kontakt til deltagere/praktiserende læger/sygehuse
- I samarbejde med øvrige faggrupper sikre løbende dataopsamling i henhold til gældende etiske retningslinier

Vi søger en kollega, som

- Arbejder fleksibelt, seriøst, målrettet og selvstændigt
- Har lyst til at arbejde praktisk inden for klinisk forskning
- Er ansvarsbevidst og har et godt overblik

- Besidder gode samarbejdsevner med lyst til at arbejde på tværs af faggrupper
- Er initiativrig med godt humør og masser af »gå på mod«
- Kan tale og skrive engelsk

Vi tilbyder

- En fleksibel arbejdsplads, der lægger vægt på trivsel og personligt ansvar
- Grundig indføring i praktisk klinisk forskning
- Et godt samarbejde med andre personalegrupper
- Dagarbejde, fri weekender og helligdage

Ansættelse 1. august 2010 eventuelt før.

Ansøgningsfrist 5. maj 2010.

Ønskes nærmere oplysninger om stillingen kontaktes klinikchef Susanne Bjerg Olesen på tlf.: 7672 6066 eller via e-mail: susanne.olesen@ccbr.com

Ansøgning samt CV bedes sendt til klinikchefen (gerne på e-mail).



CCBR - SYNARC
WHERE SCIENCE MEETS SERVICE



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE
P/O-avdelingen, Boks 568, 8651 Mosjøen.



Helgelandssykehuset Mo i Rana, Norge søker medarbeider til flg. stilling:

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehuseenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidig rettet tjenestetilbud basert på kvalitet, omsorg og respekt.

Psykiatrisk Senter avd. VOP

Overlege – Nr.idnr. 890

Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, Psykiatrisk Senter avd. VOP er det ledig fast stilling som overlege med oppstart snarest, etter avtale.

Utdanningskrav:

- Spesialist i voksenpsykiatri.

Ønskelig erfaring/tilleggsutdannelse:

- Erfaring fra allmenpsykiatrisk poliklinisk arbeid.
- Erfaring fra behandling av personer med rusproblemer, alvorlig psykiatrisk lidelse evt. gruppebehandling.

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos
avd.sjef Sidsel Forbergsgog, tlf. +47 75 12 52 70/ +47 419 32 500 eller
avd.leder Wenche S.Nordnes, tlf. +47 75 12 52 70.

Vi ber om at du søker elektronisk via www.jobbnorge.no
eller www.helgelandssykehuset.no,
der vil du finne fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 14. mai 2010

Jobbnorge.no



BLANDEDE ANNONCER

Advokat Finn Altschuler (H)

Bredgade 23, 1260 K – tlf. 3314 1940

www.praksisoverdragelse.dk – E-mail: FA@danjur.dk

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

Advokat Henrik Munck (H)

www.praksishandel.dk

Herlev Torv 1, 2730 Herlev, tlf. 4494 0514

Lægernes Genbrugs Central

Tlf. 39 56 20 21

www.laegernesgenbrugscentral.dk

mirahelena

Mira Helena Bergkvist

Certificeret lifecoach fra Mindjuice.dk og speciallæge i øjensygdomme
Dr. Abildgaards Allé 13, 3. tv. 1955 Frederiksberg C, Mobil +45 29 61 29 94

NORSKER & CO.

Advokater

Landemærket 10, 6. sal, 1119 København K

Tlf. +45 33 43 31 00 – Fax +45 33 13 38 38

E-mail: nen@norskerco.dk

Rådgivning – kontrakter – retssager – overdragelser – ansvar

Kontakt: Advokat (H) Nils-Erik Norsker

Hjemmeside: www.norskerco.dk

**Ledige lokaler på Strøget, tæt på Kgs. Nytorv,
i veldrevet speciallægekonsortium med fælles reception.**

Henvendelse på tlf. 3313 7700

Panoramaudsigt over Arresø

205 m² liebhavervilla i første række til Arresø sælges,
kun 15 min kørsel fra Hillerød og 35 min til Rådhuspladsen.
Stort køkken-alrum og stue med panorama udsigt over søen,
4 gode værelser og 2 nye badeværelser og bryggers.

Send venligst kontaktoplysninger til huskontakt@gmail.com



Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark består av alle sykehus i Telemark - fra kystbyen Kragerø i syd til Rjukan under Gaustatoppen i nord.

Overlege

Kirurgisk klinikk, seksjon for endokrin- og mammakirurgi
100% fast stilling, NR. 9410, st. nr. 114-04

Seksjonen har sin aktivitet i hovedsak lokalisert i Porsgrunn. Vi har 3 overlegestillinger og en LIS-stilling og søker om godkjenning som utdanningsinstitusjon innen spesialiteten. Vi søker en spesialist i mamma- og endokrinkirurgi, men hvis det ikke er kvalifiserte søkere, kan det bli aktuelt å ansette en erfaren lege i spesialisering. Seksjonen kan tilby et utfordrende og variert arbeid i et godt arbeidsmiljø med høy faglig standard.

Nærmere informasjon ved seksjonsleder Ivar Guldvog,
tlf. + 47 35003500/+47 97076342 eller klinikkssjef
Halfrid Waage, tlf. +47 35003500/+47 41558106.

Vi ber om at du benytter vårt elektroniske
søknadssystem - se fullstendig utlysningstekst på
www.sthf.no **Søknadsfrist: 6. mai 2010.**

ST – en del av foretaksgruppen **HELSE SØR-ØST**

Foto: Istock



Behandling af borderline personlighedsforstyrrelser

Tak til Jørgensen, Kjølbye et al for en god statusartikel om behandling af *borderline* personlighedsforstyrrelser [1]. I skriver: »Fokuseres der alene på antallet af fremlagte effektstudier, er (dialektisk adfærdsterapi) DAT-behandlingen aktuelt bedre empirisk understøttet end (mentaliseringsbaseret terapi) MBT, og der er i særlig grad brug for flere undersøgelser, der kan belyse effekten af MBT. Omvendt bygger MBT på en mere dybtgående og konsistent forståelse af (*borderline* personlighedsforstyrrelse) BPD-lidelsen – MBT-modellen rummer en langt mere udfoldet forståelse af BPD-forstyrrelsens kompleksitet«. I går herefter videre med en detaljeret beskrivelse af MBT, som man bruger på Klinik for Personlighedsforstyrrelser i Århus.

Så selv om DAT altså aktuelt er bedre empirisk understøttet end MBT, bruger Klinik for Personlighedsforstyrrelser alligevel sidstnævnte, fordi I finder, at MBT-modellen er mere dybtgående, konsistent og rummer en langt mere udfoldet forståelse af kompleksiteten ved *borderline* personlighedsforstyrrelse end DAT og de

andre kognitive modeller? Kan I dokumentere dette synspunkt? Det er jo vigtigt, når det tilsyneladende er argumentet for at foretrække en mindre empirisk understøttet behandling.

Hvis man lider af en *borderline* personlighedsforstyrrelse og bor i Østjylland, kan man så få behandling med DAT eller andre kognitive metoder i Region Midt, hvis man ønsker det? Eller skal man tage til Region Hovedstaden for at få den bedst dokumenterede behandling?

♣ Praktiserende speciallæge i psykiatri
Christian Frøkjær Thomsen, Skodsborg
E-mail: eksponering@gmail.com

LITTERATUR

1. Jørgensen CR, Kjølbye M, Freund C et al. Behandling af *borderline* personlighedsforstyrrelser. Ugeskr Læger 2010;172:707-10.

> Svar:

Patienter er generelt mindre optaget af om terapien hedder mentaliseringsbaseret terapi (MBT) eller dialektisk adfærdsterapi (DAT), bare den virker. I den forbindelse

har vi ikke oplevet en folkevandring af patienter til hovedstaden og vi kan berolige den bekymrede læser med, at i fald patienter bosiddende i Region Midtjylland skulle ønske DAT, behøver de ikke tage den lange vej over bæltet, men kan nøjes med at tage rutebilen til Kjellerup.

Formålet med omtalte artikel var dels at gøre opmærksom på, at vi har en gruppe mennesker i det danske samfund, som er svært lidende og har hårdt brug for en effektiv psykoterapeutisk behandling, dels at beskrive vort arbejde med mentaliseringsmodellen. En polemisk diskussion om, hvilken terapiform der er bedst, er på nuværende tidspunkt uvidenskabelig og irrelevant, da datamængden er ret beskeden for begge terapiformer. Samtidig må der opfordres til, at behandlere har en vis frihed i valg af referenceramme, og at forskellige behandlingsmetoder undersøges til gavn for vores patienter – ikke for at promovere behandleres ideologi.

Der er ikke grundlag for den konklusion, som C.F. Thomsen drager i sit indlæg, at DAT generelt skulle være bedre empirisk understøttet end MBT, når det gælder psykoterapeutisk behandling af *borderline* personlighedsforstyrrelse (BPD). Som vi skrev, foreligger der på nuværende tidspunkt lidt flere undersøgelser af DAT-behandlingens effekt end af BPD-behandlingens effekt, men forskellen er ganske lille. Desuden foreligger der en undersøgelse, som understøtter langtidseffekten (otte år efter behandlingsstart) af MBT [1]. Sådanne undersøgelser savnes stadig, når det gælder DAT.

Foreløbige data fra en igangværende undersøgelse ved Klinik for Personlighedsforstyrrelser tyder på, at både MBT og støttende gruppeterapi (begge af to års varighed) har betydelig effekt målt ved behandlingsafslutning [2]; men hvor den positive udvikling tilsyneladende fortsætter efter behandlingsafslutning hos patienter, som har været i MBT-behandling, ses der tegn på tilbagefald hos patienter, som har været i støttende gruppebehandling. Dette peger på vigtigheden af, at vi

ikke blot fokuserer på behandlingsmodellers umiddelbare effekt, men også ser på hvordan patienterne klarer sig i årene efter behandlingsafslutning. Siden færdiggørelsen af vores artikel er der fremlagt to effektundersøgelser, som også er relevante i denne sammenhæng. Et RCT-studie, hvor MBT viser større effekt end *structured clinical management* [3]. Og et randomiseret studie, hvor man ikke kan konstatere bedre effekt af DAT end af *general psychiatric management* [4]. Samlet set understøtter dette vores tidligere konklusion, at der på nuværende tidspunkt ikke er empirisk grundlag for at drage endelige konklusioner og foretrække en af de to lovende modeller for behandling af BDP. Dog må klinikerne på baggrund af den tilgængelige litteratur træffe en beslutning om, hvilken terapeutisk retning vedkommende ønsker at anvende. Her er rigide ideologiske holdninger begrænsende og ødelæggende for fagets udvikling og dermed også for vore muligheder for effektiv behandling af mennesker med psykiske lidelser.

Professor Carsten René Jørgensen, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
E-mail: carsten@psy.au.dk
Overlæge Morten Kjølbye
Overlæge Charlotte Freund
Psykolog Rikke Bøye
Psykolog Henning Jordet
Psykolog Diane Andersen
Klinik for Personlighedsforstyrrelser, Århus Universitetshospital

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterne arbejder med og udbyder kurser i mentaliseringsbaseret psykoterapi.

LITTERATUR

1. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-8.
2. Jørgensen CR, Kjølbye M, Freund C et al. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder. 11th International Congress, International Society for the Study of Personality Disorders. Abstract 2009:36-7.
3. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64.
4. McMain SF, Links P, Gnam WH et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1365-74.

Sarkomer – hvad enhver læge bør vide

I kasuistikken »Fra hæmatom til sarkom« i Ugeskriftet (2010;172:217-8) gør Tania Podlaska Mariager et al meget fint opmærksom på vanskelighederne ved diagnostik af bløddelssarkomer, men selv ved højmaligne sarkomer kan der ofte både foretages ekstremitetsbevarende kirurgi og opnås en femårsoverlevelse på op til 70%, hvis patienten kommer i behandling tidligt nok.

Den første og vigtigste forudsætning for tidlig diagnostik er, at diagnosen overvejes hos hver eneste patient, der henviser sig med en bløddelshævelse eller tumor. Et bløddelssarkom giver initialt ingen symptomer ud over en udfyldning. Først senere kan der evt. komme smerter, blødning eller infektionslignende symptomer. Man bør altid være meget på vagt over for, om en hændelse nu også er en sandsynlig årsag til et fremvist »hæmatom«. Mange af de patienter, vi ser i sarkomcentret, kan fortælle om et traume, men hvis traumet ikke er svært og efterfulgt af synlige skader, bør man være opmærksom på anden årsag. Selv om en tumor er en rød og lidt øm hævelse i bløddelene, kan det meget vel dreje sig om et sarkom, specielt hvis tidsforløbet fra debut er langvarigt. Blodprøver er til ringe hjælp, da blodbilledet kan være det samme ved en absces og et sarkom. Ultralydskanning kan i enkelte tilfælde være en diagnostisk hjælp f.eks. ved diagnostik af et simpelt lipom, men det er i reglen en insufficiant undersøgelse, hvis

validitet ved sarkommistanke ikke er systematisk undersøgt. Guldstandard er en magnetisk resonans (MR)-skanning, men selv i meget øvede hænder kan der ofte ikke skelnes mellem sarkom og hæmatom eller mellem sarkom og infektion.

Ved knoglesarkomer er det ofte vanskeligt at stille diagnosen, da det tidligste erkendelige symptom er dybe smerter i hvile, ofte om natten. I nogle tilfælde opdages tumoren ved en tilfældig røntgenundersøgelse eller ved en spontanfraktur.

Pakkeforløbene for sarkomer beskriver, hvilke symptomer der bør give mistanke om sarkom, hvor patienten straks skal henvises til den nærmeste ortopædkirurgiske afdeling til udredning:

- En subkutan tumor > 5 cm
- Alle dybe tumorer på eller under fascien, uanset størrelse
- Hurtigt voksende bløddelstumorer
- Palpabel knogletumor
- Dybe vedvarende knoglesmerter uden anden oplagt ortopædkirurgisk årsag
- Alle retroperitoneale tumorer.

Hvis speciallægeundersøgelsen ikke påviser en anden oplagt ortopædkirurgisk sygdom, skal der udføres MR-skanning af tumorregionen. Hvis der herefter er mistanke om sarkom, er mistanken nu »begrundet«, og patienten skal straks henvises til et sarkomcenter til videre udredning, biopsi, og behandling. Ved biopsi er det vigtigt, at vitaltumor udtages, men også at biopsikanalen senere kan fjernes en bloc med tumoren for at minimere recidiv. Det er derfor helt afgørende, at der foretages biopsi på sarkomcentret, som senere skal forestå den operative tumorfjernelse.

Kræftpakkerne har givet hensigtsmæssige og hurtige patientforløb, men det kræver, at patienten kommer ind i pakken. Den helt store gevinst ved kræftpakkerne er formentlig, at der nu er kommet fokus på, hvad der skal give mistanke om kræft.

♣ Overlæge Johnny Keller

E-mail: johnkell@rm.dk

1. reservelæge Thomas Baad Hansen

Overlæge Bjarne Hauge Hansen

Overlæge Peter Holmberg Jørgensen

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Sarkomcentret, Ortopædkirurgisk Afdeling E

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.

> Svar:

Tak for jeres indlæg, som jeg er glad for uddyber og bakker op om essensen af de to sygehistorier, der blev bragt i kasuistikken »Fra hæmatom til sarkom« (Ugeskr Læger 2010;172:217-8). I kasuistikken blev de to karakteristiske sygehistorier omhandlende forsinket diagnostik af bløddelssarkom prioriteret, hvorfor diskussionsafsnittet blev kort. Derfor er den teoretisk kliniske uddybning og opridsning af symptomer i jeres indlæg meget vigtig. Kombinationen af teori og sygehistorie gør, at vi kan danne os et mere helstøbt billede og dermed bevare de konkrete faresignaler i nær erindring. Forhåbentlig kan vi dermed reagere hurtigere ved de beskrevne symptomer og ved uoverensstemmelse mellem anamnese og objektive fund. Således at mistanken om sarkom hurtigt vækkes, den ønskværdige ekstremitetsbevarende kirurgi om

muligt kan nå at iværksættes og en bedring af patientens overlevelse kan opnås.

▲ Reservelæge *Tania Podlaska Mariager*, København S.
E-mail: annatania@gmail.com

Statininducerede muskelp problemer er undervurderede

I Bjarke Edholms rapport om statininduceret dysfagi skriver han, at risikoen for at udvikle myopati er en ud af 10.000 for behandlede [1]. Dette er med al sikkerhed en undervurdering. Ifølge de randomiserede statineksperimenter er frekvensen mindre end en procent, men også det tal er langt fra sandheden. Forskere, som er uafhæn-

gige af lægemiddelindustrien, har fundet, at muskelsmerter forekommer hos hver fjerde patient, som behandles med statiner, oftest i forbindelse med kropslige anstrengelser [2]. Samme forskergruppe har til og med rapporteret, at 16 ud af 22 professionelle sportsfolk med familiær hyperkolesterolemie måtte ophøre med statinbehandling på grund af nedsat muskelkraft [3]. Fire af de seks, som fortsatte med behandlingen, havde også fået muskelp problemer, inden man fandt et statinpræparat, som de kunne tåle.

Den store diskrepans skyldes sandsynligvis, at en forhøjelse af kreatinkinase (CK) kun registreres i statinstudierne, hvis den er ti gange højere end den øverste normalgrænse ved to bestemmelser taget efter hinanden. CK-niveauet har desuden vist sig at være normalt hos de fleste patienter med myopati og biopsiverificerede muskelskader [4]. Med elek-

Novo Nordisk Fonden

Nordisk Forskningskomite indkalder ansøgninger til:

Forskningsprojekter inden for endokrinologi

Der kan søges om forskningsmidler til projekter inden for grundvidenskabelig og klinisk forskning i Norden. Der er ca. 25 mio. kr. til rådighed.

Yderligere oplysninger på Fondens hjemmeside www.novonordiskfonden.dk, hvor ansøgningsskema findes fra den 19. april 2010.

Ansøgningsfrist 31. maj 2010, kl. 16.00.

I Landbobanken kan du altid komme i kontakt med din rådgiver - og vi er kendt for vores hurtige beslutninger

Ring direkte til mig:
9975 1242



Mogens Andersen
Kunderådgiver
for læger

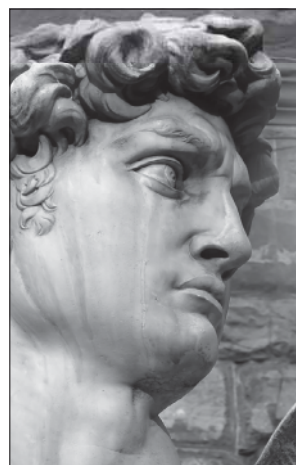


**Ringkjøbing
Landbobank**

post@landbobanken.dk / www.landbobanken.dk

Købmand i Odense Johann og Hanne Weimann, f. Seedorfs legat

Der vil være stipendier af indtil 2 års varighed til uddeling i 2010 med start tidligst 1. januar 2011. Kun ansøgere med en ph.d.-grad eller tilsvarende videnskabelige kvalifikationer vil blive taget i betragtning. Der anvendes ved ansøgning om fuldtidsstipendium et skema. Ansøgning og bilag skal være legatet i hænde senest den 18. maj 2010. Se det fulde opslag på: KU's hjemmeside under Legater - www.ku.dk.



17.-19. maj 2010 | Netværk for Forskning i
Tro og Helbred inviterer

Konference om *Tro og Helbred* i sekulære samfund

Alle interesserede er velkomne:
Læger, sygeplejersker, sjælesørgere samt
studerende, undervisere og forskere fra
forskellige akademiske discipliner.
Mere information: www.tro-helbred.org



The University of Southern Denmark,
Campusvej 55, DK-5230 Odense M

tronmikroskopi har Draeger et al også dokumenteret, at muskelcellerne er skadede hos mere end halvdelen af symptomfrie, statinbehandlede patienter [5], og Schick et al har fundet, at næsten lige så mange har en kraftig mindsning af muskelmitokondriernes DNA trods symptomfrihed og normalt CK-niveau. Disse studier er udført med patienter, som blot har været under behandling en kortere tid. Spørgsmålet er, hvordan musklerne har det efter 20-30 års statinbehandling.

Muskelsvaghed er ikke et bagatelagtigt problem, for motion er nok den bedste, den mest ufarlige og den billigste måde at forebygge hjerte-kar-sygdomme på. Det er derfor alvorligt, at de fleste ikke ved, hvor almindelig denne bivirkning er. Da statinudløst muskelsvaghed forekommer smygende og i mange tilfælde lang tid efter, at behandlingen er begyndt, er risikoen stor, for at symptomerne opfattes som et resultat af stigende alder.

Edholms rapport bør tages ad notam, fordi den viser, at myopati kan opstå i alle slags muskler. Som et eksempel kan også nævnes, at der til det amerikanske FDA er rapporteret 256 tilfælde af statinudløst dobbeltsyn og andre former for lammelse af øjenmusklerne. I 62 tilfælde havde anmelderen rapporteret, at symptomerne forsvandt efter seponering af medicinen. I 16 tilfælde havde man genoptaget behandlingen, hvorved symptomerne kom tilbage.

▲ Læge Uffe Ravnskov, Lund, Sverige
E-mail: ravnskov@tele2.se

LITTERATUR

1. Edholm B. Statininduceret dysfagi. Ugeskr Læger 2010;172:544-5.
2. Sinzinger H, Wolfram R, Peskar BA. Muscular side effects of statins. J Cardiovasc Pharmacol 2002;40:163-71.
3. Sinzinger H, O'Grady J. Professional athletes suffering from familial hypercholesterolaemia rarely tolerate statin treatment because of muscular problems. Br J Clin Pharmacol 2004;57:525-8.
4. Mohaupt MG, Karas RH, Babychuk EB et al. Association between statin-associated myopathy and skeletal muscle damage. CMAJ 2009;181:399.
5. Draeger A, Monastyrskaya K, Mohaupt M et al. Statin therapy induces ultrastructural damage in skeletal muscle in patients without myalgia. J Pathol 2006;210:94-102.

> Svar:

Interessante refleksioner over bivirkningerne af statiner. Såfremt muskelpåvirkningen ved behandling er betydelig mere

hyppig end hidtil antaget, og symptomerne forekommer uden stigning i kreatinkinase, kan man kun understrege vigtigheden af, at der bliver gjort opmærksom på problemet. Et problem man på nuværende tidspunkt kunne være mere opmærksom på, bl.a. for at give patienterne den mest optimale kolesterolsænkende behandling med færrest mulige bivirkninger.

▲ Reservelæge Bjarke Edholm
Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus
E-mail: bjarkeedholm@hotmail.com

Screening for kalk hos asymptomatiske personer

Mange tak til Axel Diederichsen og Hans Mickley for deres reaktion på vores Kronik (Ugeskr Læger 2010;172:652) og deres beskrivelse af DanRisk-studiet og planerne for et randomiseret interventionsstudie i Region Syddanmark (Ugeskr Læger 2010;172:1151). Vi anerkender skribenternes pionerindsats i Danmark på dette område.

Forebyggende behandling med kolesterol- og blodtryksnedsættende medicin reducerer risikoen for hjerte-kar-sygdom hos praktisk taget alle over 50-60 år, men den absolutte gevinst er størst hos dem, der har størst risiko [1, 2]. Hvor den mest meningsfulde aktionsgrænse for intensiveret forebyggelse bør ligge, kan diskuteres under hensyntagen til mulig gevinst, potentielle omkostninger (økonomi, bivirkninger, »sygeliggørelse« etc.) og individuelle præferencer. Uanset hvilken aktionsgrænse man vælger, vil målrettet brug af kalkscoren kunne begrænse såvel oversom underbehandling.

Kalkscoren korrelerer med de traditionelle kardiovaskulære risikofaktorer, men prognosticerer bedre end dem alle tilsammen: jo mere kalk, desto større risiko [3]. Herom hersker der ingen tvivl. Ikke desto mindre sætter Diederichsen & Mickley spørgsmålstejn ved den forebyggende effekt af statiner hos personer med

koronarforkalkning. Den beskrevne problemstilling forekommer bizar og selvmodsigende, ikke mindst fordi de trods alt mener, at alle med en kalkscore på > 400 bør tilbydes statinbehandling. For os er det kritiske spørgsmål ikke, om statiner virker hos dem, der har en lavere score, men om den potentielle gevinst er meningsfuld og værd at gå efter. Modsat Diederichsen & Mickley mener forskerne bag St. Francis Heart Study [4] og lederskribenten Scott Grundy, at behandlingen medførte en relativ risikoreduktion på 30% hos alle med dokumenteret koronarforkalkning (primært endepunkt), svarende til hvad man har påvist i andre statinstudier [1]. Med blot 1.000 asymptomatiske personer var dette studie blot for lille til, at behandlingseffekten kunne underbygges på konventionel statistisk vis ($p = 0,08$), hvor eksempelvis det højsignifikante JUPITER-studie inkluderede 18.000 personer [1]. Det er kendt, at statinbehandling ikke hæmmer forkalkningens progression, hvilket kan tilskrives statinernes plaquestabiliserende effekt, hvorved de farlige fedtholdige plaques omdannes til mindre farlig forkalkede plaques [3].

Førende eksperter stiller ikke spørgsmålstegn ved statinernes forebyggende effekt hos personer med koronarforkalkning [3], men der savnes stærkere evidens for de helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser af målrettet screening for aterosklerose. Relevante forsøgsdesign blev for nylig diskuteret på en workshop sponsoreret af National Institute of Health i USA [5]. Inspireret heraf efterlyser vi en tilsvarende diskussion i Danmark med det sigte at intensivere forebyggelsen af hjerte-kar-sygdom, gerne i form af et interregionalt samarbejde.

▲ Professor, dr.med. Erling Falk,
Hjertemedicinsk Afdeling B og Klinisk Institut,
Århus Universitetshospital, Skejby
E-mail: erling.falk@ki.au.dk
Klinikchef Henrik Sillesen, Karkirurgisk Klinik,
Rigshospitalet
E-mail: henrik.sillesen@rh.hosp.dk

LITTERATUR

1. Bruggs JJ, Yetgin T, Hoeks SE et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009;338:b2376.
2. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering

drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009;338: b1665.

3. Greenland P, Bonow RO, Brundage BH et al. ACCF/AHA 2007 clinical expert consensus document on coronary artery calcium scoring by computed tomography in global cardiovascular risk assessment and in evaluation of patients with chest pain: a report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Expert Consensus Task Force. *Circulation* 2007;115:402-26.
4. Arad Y, Spadaro LA, Roth M et al. Treatment of asymptomatic adults with elevated coronary calcium scores with atorvastatin, vitamin C, and vitamin E: the St. Francis Heart Study randomized clinical trial. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:166-72.
5. Douglas PS, Taylor A, Bild D et al. Outcomes research in cardiovascular imaging: report of a workshop sponsored by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circ Cardiovasc Imaging* 2009;2:339-48.



D-vitamin – kejserens nye klæder?

Jamen, han har jo ikke noget på!

Nej, men så kan han da få noget sol og lidt D-vitamin!

D-vitamin. Er det noget, vi skal måle, eller er det noget, vi skal spise? I 2009 udførte vi i den vestlige del af Region Midtjylland 38.000 D-vitamin-analyser med et befolkningsunderlag på 280.000 mennesker. En opgørelse i januar måned viste, at 50% havde mindre end 50 nmol/l, dvs. for lave værdier, og kun 15% havde mere end 85 nmol/l, som er det anbefalede.

Vi har set en årlig fordobling i de seneste fem år. På en måde kan vi sige, at det er en kæmpesucces. Den megen fokus, der har været på området, har medført, at mange patienter ønsker at få deres D-vitamin-niveau målt, og der er jo bid de fleste gange, så hverken træthed eller vinterdepression har en chance.

Jagten på de sidste raske patienter er intensiveret, og her har D-vitamin virkelig

hjulpet os! Den defensive medicin fejrer virkelig store triumfer. Spørgsmålet er så, om vi ikke både snyder os selv og vore patienter. D-vitamin indgår i et utal af diagnostiske laboratoriepakker, f.eks. osteoporosepakker og demensudredning. Så mange demente er der vel heller ikke.

Det er muligt, at demente ligger har lidt lavere D-vitamin-niveau end ikkedemente, men kan det bruges diagnostisk? Nej, men det siger nok snarere noget om, at demente er mindre gode til at spise vitaminpilller end ikkedemente.

Hvad så med osteoporose? Hvordan skal vi finde de rigtigt syge, når næsten alle har syge tal? Det synes at være mere relevant at måle det, når man har diagnosticeret osteoporosen. Patienter, hos hvem man har mistanke om osteoporose, har da i særdeleshed brug for D-vitamin hele året.

Vi andre kan nøjes med at kikke på kalenderen for at konstatere, om muligheden for at få D-vitamin på naturlig måde er til stede, eller om vi lige så godt kan overgive os og tage tilskud.

Vi kan behandle en patient i et helt år for mindre end det en enkelt måling koster. Hvem skal vi så behandle? Tilbage bliver en lille gruppe patienter med rickets eller specifikke symptomer på D-vitamin-mangel.

For alle os andre kan vi håbe på, at Sundhedsstyrelsen tillader, at nogle af vore fødevarer må beriges.

♣ Ledende overlæge Ole Aagaard, Klinisk Biokemisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland
E-mail: ole.aagaard@vest.rm.dk

(Mere) tvang i psykiatrien – a slippery slope?

Psykiatrien har som det eneste lægefaglige speciale mulighed for – ja, ligefrem pligt til – undertiden at anvende tvang i behandlingen, dog under nøje iagttagelse af det såkaldte »mindste middels princip«: tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige

medvirken. Et grundlæggende princip for de fleste tvangsforanstaltninger er, at patienten skal være sindssyg – et andet, at patienten skal være indlagt.

Lov om tvang i psykiatrien er netop blevet revideret, og som noget afgørende nyt er indført mulighed for *ambulant tvangsbehandling* – altså en fundamental ændring af begge de hidtil gældende principper.

Det er nedslående at møde Lægeforeningens ureflekterede accept af en så grundlæggende ændring af rodfæstede etiske principper [1], markedsført med den noget elastiske begrundelse, at et fravalg af tvang reelt vil betyde et fravalg af behandling, hvilket Lægeforeningen naturligvis er imod.

Diskussionen handler ikke om, hvorvidt der skal være mulighed for tvangsanvendelse som sidste udvej i behandlingen af alvorligt sindssyge patienter eller ej. Den handler om udstrækningen. Hvor finder Lægeforeningen de tilstrækkeligt tungtvejende argumenter for en udvidelse af mulighederne for tvangsudøvelse? Lovene indeholder allerede nøje beskrevne regler om tvangsanvendelse i psykiatrien, hvilket burde være tilstrækkeligt, hvis de bruges i det nødvendige omfang.

Psykiaterne har været delt i synet på den ambulante tvang, siden forslaget første gang blev fremsat i 2005-2006. Nogle ønsker en udvidelse, andre finder de eksisterende muligheder tilstrækkelige. Dansk Psykiatrisk Selskab har hele tiden været imod.

Enhver klinisk arbejdende psykiater kender de patienter, som den ambulante tvangsbehandling er rettet imod: de mest sindssyge uden behandlingsmotivation eller -ønske, som prompte ophører med medicamentel behandling ved udskrivelse, og som hyppigt må – eller burde – genindlægges. Der er ingen læge, der ikke ønsker at hjælpe disse patienter. For de pårørende er det ofte meget byrdefuldt. Men hvorfor tror vi, at en udvidelse af tvangen er vejen frem? Hvad bygger vi det på? Tro, håb eller kasuistiske overleveringer? I de få undersøgelser, der findes, har man ikke kunnet påvise en gavnlig effekt. Burde der ikke som minimum være en begrundet formodning om, at det nye, der indføres i behandlingen, rent faktisk virker? Og

kunne denne mangel på dokumenteret viden ikke lige så godt berettige til at trække »etikortet« – som argument for ikke at udvide tvangen?

▲ Overlæge *Mette Brandt-Christensen*,
Retspsykiatrisk Center Glostrup
E-mail: *Mette.Brandt-Christensen@glo.regionh.dk*

LITTERATUR

1. Jaszczak P. Tvang i psykiatrien. *Ugeskr Læger* 2010;172:411.

Debatindlægget har været forelagt Poul Jaszczak, der henviser til sit tidligere indlæg i debatten (*Ugeskr Læger* 2010;172:900-1)

Fedmekirurgi – privat eller offentligt regi

Det er interessant at følge med i debatten om fedmekirurgien i Danmark. Jeg henviser til debatten mellem Mølholmiklinikken og professor Bente Klarlund Pedersen [1, 2]. Debatten afspejler ikke bare dette speciale, men hele den politiske og ideologiske kamp om retten til at behandle patienter.

Det, man så desværre er vidne til, er de forskellige interessegruppers forgæves forsøg på at være objektiv (herunder sikkert også undertegnede). Man forsøger at argumentere for sin politiske overbevisning med pseudovidenskabelige belæg til forsvar for sin holdning. Dette skinner tydeligst igennem hos politikerne, men desværre også hos os, der går med patienterne i dagligdagen. Sammenblandingen af den faglige og videnskabelige virkelighed og politisk overbevisning vil altid give en useriøs debat med mudderkastning, og kun de, som råber højest, vil have en chance for måske at blive hørt.

Desværre er også professor Bente Klarlund Pedersen blevet fanget i dette net. En professortitel burde ellers borge for høj faglig kvalitet og objektivitet.

Hvorfor ikke melde ud, hvad man mener, når man begiver sig ud i denne debat om retten til patientbehandling. Det er i al sin enkelthed det sagen drejer sig om.

Jeg mener jo selvfølgelig ikke, at staten skal have monopol og patent på patientbehandling. Havde det været tilfældet i dag, ville vi have været et uland på sundhedsområdet.

Ortopædkirurgisk overlæge på Sydvestjysk Sygehus og klinikchef på Ortopædkirurgisk Center Varde
Knud Freund
E-mail: *k.freund@dadlnet.dk*

INTERESSEKONFLIKTER: Knud Freund er klinikchef på Ortopædkirurgisk Center Varde.

LITTERATUR

1. Pedersen BK. Det offentlige bør styre fedmeoperationerne. *Ugeskr Læger* 2010;172:166.
2. Larsen JF, Sommer T. Fedmeoperationer bør styres af højtspecialiserede centre – svar på tiltale. Med svar af Pedersen BK. *Ugeskr Læger* 2010;172:562-3.



Tvangsbehandling af alkoholikere?

Kriminalmagasinet Station 2 på TV2 viste mandag den 29. marts 2010, hvordan en alkoholmisbruger, som fik frataget sit kørekort, blev ved med at køre på trods af, at han blev stoppet af politiet 123 gange. En gang målte man hans promille til over 3, hvilket svarer til at køre i en alkoholforgiftet tilstand.

Udsendelsen gav stof til eftertanke. Alkoholafhængighed anses stadig for at være et individuelt problem og en privatsag. Begrundelse er, at den personlige frihed vægtes højt. Selv når omkostningerne kan være menneskeliv? Mindst hvert femte biluheld skyldes spritkørsel, og 20% af lægerne har misbrugsproblemer. Når en person sætter sig bag rattet i beruset tilstand, er vedkommende til fare for sig selv og andre pga. svækket reaktionsevne i trafikken. Lige som det, når en alkoholpåvirket læge behandler en patient, kan få alvorlige konsekvenser for patienten. Og når far eller mor har alkoholmisbrug, har

det store personlige omkostninger for børnene.

Alkoholmisbrug er altså et kollektivt problem, og det kan blive nødvendigt med forceret hjælp. En diskussion om, hvorvidt alkoholafhængighed skal tvangsbehandles, bør rejses. Når en psykisk syg i en forvirret/psykotisk tilstand er til fare for sig selv og andre, tøver vi ikke med at tvangsbehandle. Samme rationale må gælde for den alkoholafhængige, som i en alkoholpåvirket tilstand kan udgøre en lignende fare.

Alkoholmisbrug får personer til at miste job, familie og selv værd og isolere sig. Misbrugerer er som regel ude af stand til at træffe en beslutning om behandling, når vedkommende er »så langt ude i skidtet«. En alkoholiker har otte gange større risiko for at begå selvmord end ikkealkoholikere, og 50% af alkoholikerne har en psykisk sygdom. Så i mange henseender bør de behandles på lige fod med psykisk syge, der pga. psykose eller suicidal adfærd er i farezonen, og hvor professionel hjælp kan være nødvendig – også med tvang.

Det sender et vigtigt signal om, at problemet bør tages alvorligt og synliggøres. Der er fortsat berøringsangst og tabuisering om emnet. Kolleger og pårørende til en misbruger får ofte svært ved at påpege problemet og finde konstruktive løsninger. Den praktiserende læge spørger sjældent til alkoholmisbrug, viser analyser. Patienter møder alkoholiserede læger, men tør ikke sige noget. Pårørende ved, når en person sætter sig bag rattet i beruset tilstand, men føler sig magtesløse, da vedkommende ofte er svær at overtale.

Det er ikke nok at fratage spritbilisten kørekortet, der skal gøres en helhedsorienteret indsats med bl.a. en behandlingsdom, der sikrer, at vedkommende er dokumenteret *clean*, før kørslen genoptages.

Alkoholafhængighed bør gøres til et fælles ansvar at løse igennem målrettede alkoholafvænningsprogrammer, aftabuisering af emnet, behandlingsdomme og i yderste konsekvens – igennem tvangsbehandling.

▲ Læge *Abir Al-kalemji*, Master i Sundhedsantropologi, Arbejds- og miljø-medicins klinik. Odense Universitets Hospital. E-mail: *abir1206@hotmail.com*

AYUR VEDA

Kom med Dansk Etnomedicinsk Selskab på en fantastisk spændende rejse til Kerala i Syd-Indien for at lære om AyurVeda, det ældgamle indiske system om forebyggelse og fremme af sundhed (»Livets videnskab«).

Rejseperiode 31.10.2010 – 13.11.2010.

Pris ca. 22.000 kroner incl. rejse, ophold, forplejning samt undervisning.

Se nærmere på www.etnomed.dk.

Tilmelding snarest og inden 30.6.2010 på mail@etnomed.dk eller tlf. 2479 6032 eller 2094 9830.

SOCIALRÅDGIVNING

i Lægeforeningen v. socialrådgiver Susanne Qvistgaard,
træffes dagligt kl. 9-15.
Tlf. 35 44 82 13. E-mail sq@dadl.dk

HAR DU HJERTET PÅ RETTE STED?

Hjælp en kollega – brug netværket!



Kollegialt netværk for læger
NETVÆRKS LINJEN 35 38 89 51



DANSK KIRURGISK SELSKAB

Dansk Kirurgisk Selskabs årsmøde 2010 samt generalforsamling i DKS

Tid: Onsdag d. 2. juni – fredag d. 4. juni 2010.

Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Amager Boulevard 70, Kbh. S.

Alle er velkomne, også medlemmer af YDK og Dansk Medicinsk Selskab.

Videnskabeligt program

Onsdag d. 2. juni, kl. 13.00 – ca. 17.00.

Rekruttering til kirurgi

17.00: Ordinær generalforsamling i Dansk Kirurgisk Selskab

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være bestyrelsen i hænde mindst 3 uger før generalforsamlingen afholdes.

Torsdag d. 3. juni kl. 8.30 – 17.00.

Frie foredrag og posters.

Gæsteforelæsning: Laparoscopic surgery in inflammatory bowel disease. Barry Salky, New York.

Gæsteforelæsning: The hostile abdomen. Gordon Carlson, Manchester.

Aftenarrangement: »Jackpot Night« m. middag i Mama's & Papa's + Casino Copenhagen-arrangement, Radisson Blu Scandinavia Hotel.

Påklædning: Almindeligt pænt tøj. NB: Billedlegitimation kræves af Casino Copenhagen!

Fredag d. 4. juni kl. 8.30 – 16.45

Sinus pilonidalis – hvornår er hvilken kirurgisk behandling bedst?

Gæsteforelæsning: Treatment of the hostile abdomen. Asha Senapati, Portsmouth.

Kompliceret ulcussygdom. Perforeret ulcus.

Akut diverticulitis.

16.45 Afslutning med uddeling af priser for de 2 bedste frie foredrag og 2 bedste posters.

Detaljeret mødeprogram og tilmeldingsformular på DKS' hjemmeside: www.kirurgisk-selskab.dk

Å R S M Ø D E 2 0 1 0

Måske kan behandlingsretten være en løftestang for børne- og ungdomspsykiatrien?

Vi vil gerne satse mere på behandlingsarbejdet, og vi opruster vores psykoterapeutiske uddannelse. Vi er læger og vil gerne behandle, men politiske krav om fokus på udredning og diagnosticering har tidligere forhindret os i at satse på psykoterapi. Nu bliver det måske anderledes?



Overlæge Nina Tejs
Jørring, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center,
Glostrup

Formand for psykoterapiudvalget under Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

E-mail:
Nina.Tejs.Joerring@
glo.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER
Ingen

Med indførelsen af behandlingsretten har vi måske fået et godt instrument til at sætte fokus på behandling og den del af behandlingen, der bør ligge i vores eget regi.

Den 1. september 2008 trådte den nye betænkning om uddannelse i psykoterapi i kraft. Grunduddannelsen i psykoterapi er en del af speciallægeuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri.

Grunduddannelsen er blevet væsentligt udvidet i forhold til tidligere, hvilket illustrerer det faktum, at faget psykoterapi har udviklet sig voldsomt i de seneste mange år. Der er i dag en erkendelse af, at det er en meget kompleks behandling, der skal tilpasses individuelt til diagnosen, barnets eller den unges kognitive og følelsesmæssige udvikling, barnets familiemæssige forhold og det netværk, der omgiver barnet.

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK) har tidligere haft en og samme betænkning med ganske små forskelle. Dette ophørte med den nye betænkning, hvor DPS besluttede at fastholde de ældre og mindre krav til teori, terapi og supervisionsmængde. Vi havde også tidligere en fælles liste over godkendte specialister og supervisor. Men det kræver specialviden om børne- og ungdomspsykiatologi at kunne supervisere en psykoterapi af et barn, en ung eller en familie med en børne- eller ungdomspsykiatrisk problematik. Vores fælles udvalg blev nedlagt og BUP-DK har oprettet eget udvalg. Vi er et lille speciale, og forhåbentlig vil vi snart se et større samarbejde mellem BUP-centrene på landsbasis.

Det er en nødvendig og logisk udvikling, at børne- og ungdomspsykiatrien i hele landet i stigende grad afholder teorikurser adskilt fra voksenpsykiatrien.

I Region Hovedstaden har vi netop gennemført det første teorikursus for børne- og ungdomspsykiatere. Det foregik i et godt samarbejde mellem regionens ledelse og de klinisk ansatte på de tre børne- og ungdomspsykiatriske centre. Vi fik gode evalueringer, fordi vi er tæt på den kliniske dagligdag for lægerne,

de problemstillinger og opgaver, de står med i dagligdagen.

I mange år har det været god praksis at udføre en *assessment* af patientens evne til at modtage psykoterapi. Men i takt med udviklingen af mere specifikke psykoterapeutiske teknikker rettet mod specifikke lidelser er denne praksis blevet forældet. Børne- og ungdomspsykiatrien udfører i dag en mere præcis og individualiseret diagnostik. Dette skal følges op af en differentieret behandling, som inddrager både barn og forældre i behandlingen.

Der er mange forskningsresultater for psykoterapi til både voksne og børn. Men ligesom vi har svært ved at lave store randomiserede undersøgelser for børn, når det gælder medicin, vil vi have samme problem, når det gælder psykoterapi. Det vil derfor være interessant, hvis vi også kan gå andre veje og udforske nye måder at effektmåle på. Ligesom den kvalitative metode stadig har sin berettigelse.

Vi skal udføre *assessment* og effektmåling af, hvilken terapiform der er bedst egnet til netop denne patient med denne specifikke lidelse, de specifikke kognitive resurser, barnet har, og den specifikke familie, barnet er en del af.

Ofte giver lidelsen sig udtryk i nogle specifikke problemstillinger på både individuelt plan og familieplan, begge dele noget som terapien skal adressere. I forhold til de uddannelsesmæssige og sociale forhold er der behov for at inddrage specialpædagogik, specialundervisning og speciel støtte fra socialforvaltningerne. Derfor ligger meget af den pædagogiske og sociale behandling af barn og familie i skolen og socialvæsenet, og det er vigtigt at inddrage overvejelser over, hvorledes psykoterapien skal spille sammen med disse tiltag.

Mange af de børne- og ungdomspsykiatriske lidelser er livsvarige, men graden af lidelse er afhængig af patientens og familiens indsigt i sygdommen og evne til at kompensere for den. Andre psykiatriske lidelser er potentielt kortvarige, men kan alligevel have

stor negativ indflydelse på det enkelte barns udvikling, mens sygdommen står på. Vi er derfor altid under et tidspres, som nødvendiggør at vi handler uden unødigt ventetid. Dette er en stor udfordring for et speciale med stor personalemangel.

Undersøgelse og diagnosticering skaber dog ofte utryghed og angstelse. Det er også vores opgave at adressere disse reaktioner. Det er vores opgave at sikre, at både patient og familie lærer deres sygdom at kende, forstår hvorledes den påvirker deres tænkning og deres handlinger samt lærer at forholde sig kritisk og reflekterende til lidelsen, så de kan modarbejde de negative konsekvenser af den. Patienten og familien skal gennemleve en proces fra blot erkendelse og accept af diagnosen til indtagelsen af en magtfuld position i forhold til det specifikke handicap.

Meget forenklet kan man sige, at det er børne- og ungdomspsykiatriens opgave at behandle den del, der drejer sig om sygdomsindsigt og den direkte effekt af sygdommen på barnet og familien følelsesmæssigt og relationelt. Mens skolevæsenet skal tage sig de opgaver, hvor sygdommen påvirker indlæringen, og socialvæsenet skal påtage sig de opgaver, hvor sygdommen har social påvirkning af familie og netværk.

Børne- og ungdomspsykiatrien er her defineret bredt, således at den inkluderer både hospitalsregi, de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere og de psykologer, der har børne- og ungdomspsykiatrisk specialuddannelse.

Der forestår således tre store opgaver for børne- og ungdomspsykiatrien inden for den psykoteraeutiske behandling: 1) Vi skal integrere kvalitetssikring i vores terapeutiske arbejde, og på længere sigt opbygge forskningsprojekter, så vi til stadighed kan yde den bedst mulige psykoterapi til de rette patienter.

2) Vi skal kontinuerligt arbejde med at skelne mellem, hvilke psykoteraeutiske opgaver vi skal tage os af i hospitalsregi, og hvilke behandlingsopgaver primærsektoren skal tage sig af. 3) Vi skal kontinuerligt arbejde med at skelne mellem, hvilke psykoteraeutiske opgaver vi skal tage os af i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, og hvilke behandlingsopgaver skole og socialvæsen skal tage sig af.

Der er behov for at samle ekspertisen om børnene med kompleks psykopatologi og/eller komorbiditet. Børn med de hyppige og mere almindelige lidelser kan behandles flere steder. Til disse børn er der brug for at udvikle behandlinger, der både er ensartede i tilbud og kvalitet og samtidig kan individualiseres i forhold til ovenstående beskrevne faktorer.

Der er brug for til stadighed at arbejde med afklaringen af, hvornår og hvem der skal have ansvaret for hvilken behandling. Vi bør påtage os ansvaret for at foretage denne skelnen. Ligesom vi også bør påtage os ansvaret for at følge udviklingen i udlandet, selv udvikle behandlinger og effektmålinger, og samarbejde tæt med kommunerne.

Behandlingsretten kan måske blive en løftestang for os i vores arbejde med at udvikle vores del af opgaven i forhold til behandlingen. Den nye psykoterauibetænkning er et udtryk for en erkendelse af det store behandlingsansvar, vi har, og vil støtte os i samarbejdet med primærsektoren, skolen og socialvæsenet, når vi skal drage skillelinjer mellem, hvilken del af behandlingen vi skal stå for, og hvilken del de skal påtage sig.

LITTERATUR

- Carr A. What Works with Children, Adolescents and Adults. A review of research on the effectiveness of psychotherapy. East Sussex: Routledge, 2009.
Hubble MA, Barry LD, Miller SD, red. The Heart and Soul of Change. 2nd edition. Washington: American Psychological Association, 2009.



Let og lige adgang for alle, for fattige som for rige ...

KOMMENTATOR

Lotte Hvas

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*, reserve-læge, Frederikssund Hospital. *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.

Der sker mange ændringer i sundhedsvæsenet i disse år. Til de mere uheldige hører et nyt fænomen: forskellige ventetider hos speciallæger.

Jeg troede faktisk ikke mine ører, da jeg for nylig blev ringet op i telefontiden af en patient, som jeg netop havde henvist til undersøgelse hos en af de lokale speciallæger. Ventetiden var på seks uger, sagde han, og det havde han svært ved at vente på. Vi var begge enige om, at hans symptomer var bekymrende og burde undersøges før. »Men«, fortalte han med undren i stemmen, »lægens sekretær sagde, at hvis jeg havde en sundhedsforsikring, kunne jeg komme til i løbet af nogle få dage!« Jeg var målløs, men har tilsyneladende været bundløs naiv. Ved at forhøre mig hos mine kollegaer, kunne jeg forstå, at fænomenet er udbredt, nogle steder mere end andre.

Vi har to grundpiller i det danske sundhedsvæsen, som vi skal værne om:

Det ene er sundhedsloven. Som det det allerførste nævnes kravet om en let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Dvs. at det er behovet for hjælp, der skal være afgørende for adgangen til sundhedsydelser.

Det andet er vores lægeløfte. For mange vækker det kun minder om højtidssstemning efter afsluttet embedseksamen, og sproget er nok lige lovlig gammeldags. Men indholdet er højaktuelt. Som læge lover jeg blandt andet »at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse«.

Og her må vi vel konstatere, at der sideløbende med de gode hensigter er kommet økonomiske incitamenter, der trækker i stik modsat retning. Ikke mindst de skattefinansierede sundhedsforsikringer.

En forsikring fungerer, ligesom når man står i sikkerhedskontrollen i lufthavnen. Mens man selv står og tripper i den lange kø, ser man hvordan de jakkeklædte businessfolk kan gå ind gennem en anden dør i kraft af deres VIP- eller guld kort. Det har garanteret ikke været billigt, men de har dog selv betalt det, med henvisning til at tid er penge.

” Forskelle i ventetiden hos speciallæger er hverken i overensstemmelse med lægeløftet eller sundhedsloven

Men når det gælder sundhed, er vi nødt til at have en solidarisk ordning, hvor det ikke skal være muligt at springe foran i køen med en forsikring, der til og med betales af os alle sammen via skatten.

Når politikerne kritiseres for at øge uligheden, vasker de hænder og siger, at det må være op til en lægefaglig visitation. Men økonomiske incitamenter bruges jo netop, når man ønsker, at nogen skal ændre adfærd, og vi ser nu, at lægerne laver VIP-indgange til deres praksis. Spørgsmålet er så, om lægerne kan klandres, når de samler det guld op, som nogle har lagt på deres vej?

Hvis jeg kunne bestemme, ville jeg ønske, at lovgivningen gav os et incitament til at overholde lægeløftet!

