

UGESKRIFT FOR LÆGER



22. marts 2010
Udgivet af Lægeforeningen
Journal of The Danish Medical Association
Ugeskrift for Læger 2010;172:909-992
www.ugeskriftet.dk

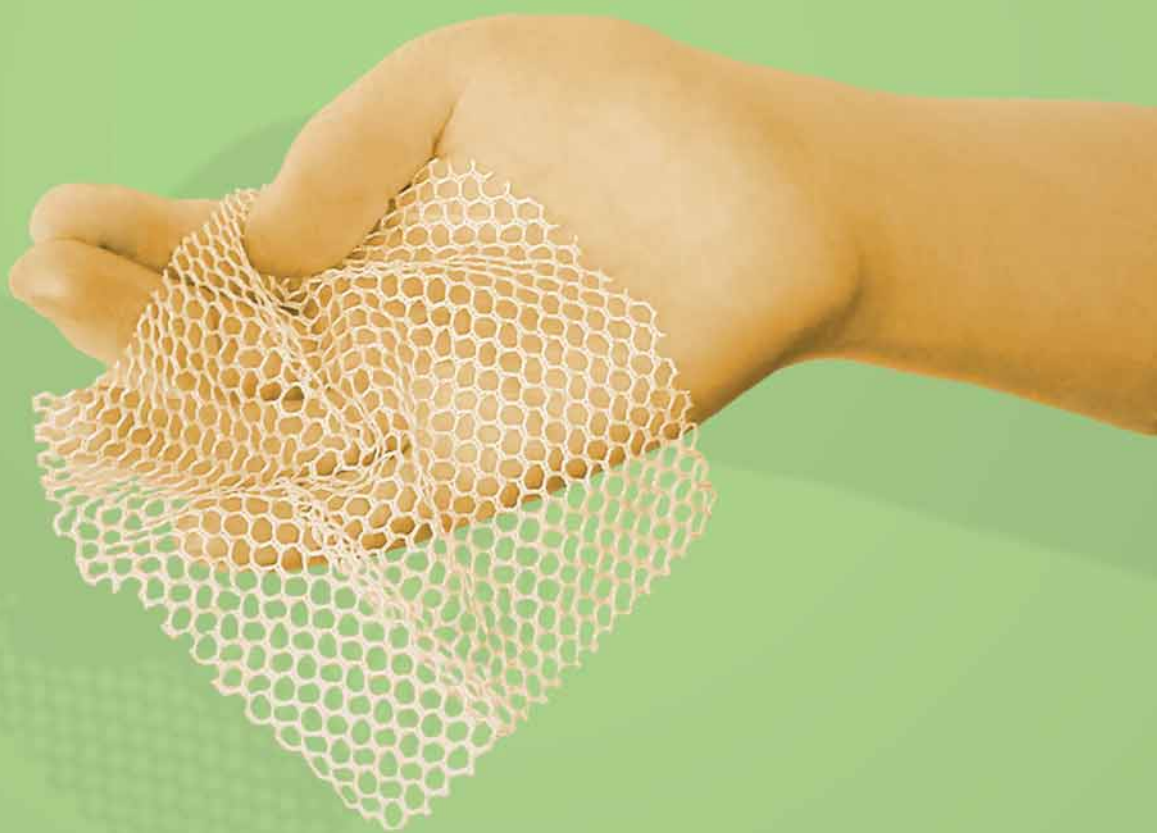
12/2010

Highlights fra de
videnskabelige
selskaber

s. 938

Hvem skal være
Lægeforeningens
nye formand?

s. 922



Læger bruger implantater uden viden om komplikationer

s. 964



Lægeforeningen skal have ny formand. Valget finder sted på Lægemødet om godt en måned. **922**



Ingen sikker viden om, hvilke bivirkninger implantater kan medføre. **928, 964 og 988**



En overlæge og en yngre læge bytter vagt – det var stressende for overlægen. **930**

INDHOLD

915 Leder

Det er en om'er. *Jette Dam-Hansen*

916 Nyheder

Offentlige sygehuse bestemmer de privates fremtid. *Lars Igum Rasmussen*

Fem Spørgsmål, Sagt & Skrevet,
Ugens Billede og øvrige nyheder

922 Fokus

Tre yngre læger vil være formand.
Klaus Larsen

928 Medico

Læger bruger medicinsk udstyr uden kendskab til dokumenterede langsigtede virkninger. *Nina Vinther Andersen*

930 Yngre Læger

»Det var sgu stressende«.
Lars Igum Rasmussen

Hvor skal vi sove i nat? **933**

932 Alkoholpolitik

Psyisk syge misbrugere kan ende som kastebalde. *Annette Hagerup*

937 Videnskabelige artikler

Se videnskabeligt indhold på side 913

974 Meddelelser & navnestof

976 Job & praksis

980 Debat

Mannanbindende lektin-defekt. *Bent Kirkby*.
Med svar af *Anders Peter Skovsen*

Spiegelhel-verderbere. *Søren Nørby*. **981**

Om at finde evidensen, når støvet har lagt sig. *Allan Linneberg*. **981**

Når man ikke VIL acceptere faglig uenighed og kritik. *Jesper Brandt Andersen*. **982**

Vi ønsker mere faglig debat om den bibliometriske forskningsindikator.
Jørgen Søndergaard, Poul Erik Mouritzen, Søren Peter Olesen et al.

Med svar af *Jens Chr. Djurhuus*. **982**

Til kolleger, lægevidenskabelige selskaber og Lægeforeningen: Klinisk forskning trænger til hjælp. *Christen Kirk Axelsson*.

Med svar af *Henrik G. Jensen*. **983**

Børnepsykiatrisk undersøgelse af irakiske asylsøgende børn. *Sus Foldager*. **984**

987 Min mening

Spøgelseslæger i vagtplanen. *Lasse M. Schmidt*

988 Kronik

Ingen registrering af komplikationer til implantater ved gynækologiske operationer.
Gunnar Lose, Lars Alling Møller, Christina Sørensen et al

990 De ti

Sengestuegaranti? *Jens Helby*



Kontrolleret oplag:
24.430 eksemplarer



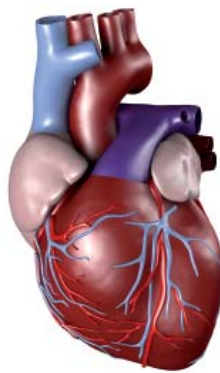
FØRST PÅ NETTET 22. MARTS 2010

- Obduktion og blodprøvetagning udføres sjældent ved trafikdrab. *Lars Uhrenholt, Bente Schumacher & Michael Freeman*
- Stigende incidensrate af skizofreni hos børn og unge. *Anne Dorte Stenstrøm, Erik Christiansen, Birgitte Dehlholm-Lambertsen et al*
- Lav dødelighed efter acetylsalicylsyreforgiftning. *Julie Derving Karsbøl, Henrik L. Jørgensen & Kim Dalhoff*
- Gode resultater efter Hartmanns operation for cancer recti hos højrisikopatienter. *Morten Togsverd-Bo, Ismail Gögenur, Thomas Harvald et al*
- Transumbilikal kolecystektomi *Haytham Al-Tayar, Paula E.C.G. Nielsen & Lars Nannestad Jørgensen*
- Langvarige symptomer efter commotio cerebri. *Mikkel Mylius Rasmussen, Dorte Clemmensen & Steffen Skov Jensen*
- Tatoveringer i dermatologisk perspektiv. *Trine Høgsberg, Ken-ichiro O'Goshi & Jørgen Serup*
- Kan strategien for primær sundhedstjenste genoplives 30 år efter Alma-Ata? *Stine Lund, Helene Bilsted Probst & Ib Christian Bygbjerg*
- Traumatisk distal humerus-epifysiolyse hos nyfødt. *Zaid Al-Aubaidi & Keld Daubjerg Nielsen*
- Kronisk meningokokæmi med meningitis udløst af steroidbehandling. *Mette Molly-Søholm & Jeppe Sylvest Nielsen*
- Akut etmoiditis kan medføre blindhed. *Mikkel Christian Alanin*
- Cancer mammae med metastase til colon. *Sanne Shiroma Harsløf, Lars Maagaard Andersen, Ute Hoyer et al*
- Tyndtarmsileus forårsaget af en displaceret øsofagusstent. *Julie Bay & Luit Penninga*
- Influenza A H1N1v-pneumoni behandlet med ekstrakorporal membranoxygenering. *Reinhold Jensen, Inge Krogh Severinsen, Kim Terp et al*
- Trakealt paragangliom hos gravid. *Bjarki Ditlev Djurhuus, Annelise Solveig Krogdahl & Christian Godballe*

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



Kviksølvmannometret – hvil i fred. 941



Indførelse af pakkeforløb i kardiologien løfter kvaliteten. 939



Kemiske fingeraftryk til retsmedicinsk undersøgelse. 959

VIDENSKABELIGE ARTIKLER

934 Medicinske nyheder

Christina E. Høi-Hansen

937 Leder

Ny indekseringsform i Danish Medical Bulletin.

Jacob Rosenberg

938 Statusartikler

Hudsygdomme er dødelige.

Pakkeforløb for livstruende hjertesygdomme. 939

Diagnostik og monitorering af status epilepticus. 940

Kviksølvmannometret – hvil i fred. 941

Idrætsskader – mekanismer, forebyggelse og behandling. 942

Kan resektabiliteten af levermetastaser øges? 943

Kronisk obstruktiv lungesygdom – nye behandlingstilbud. 944

Akupunktur i sundhedsvæsenet. 945

UVA-riboflavin-crosslinking: lovende behandling for keratoconus. 946

National mammografiscreening – hvor langt er vi? 947

Opsporings- og behandlingsvejledning af overvægt. 948

Molekylærbiologiens indtog i allergidiagnostikken. 949

Almen praksis – også i fremtiden... 950

Nyt Referenceprogram for apopleksi. 951

Erfaringer med udbrud af *Clostridium difficile* 027. 952

Akut geriatri – fremtidens tilbud til den ældre medicinske patient. 953

Vedligeholdelsesbehandling af ikke-småcellet lungekræft. 954

Uddannelse – fra student til emeritus. 955

Neurorehabilitering – neurogen dysfagi. 956

Malaria og andre risici. 957

Cancer og venøs tromboembolisme. 958

Kemiske fingeraftryk – en retsmedicinsk undersøgelse. 959

Klinisk anvendelse af fusionsultralyd hos patienter med levermetastaser. 960

Virologiens år. 961

Det genetiske grundlag for psykiske lidelser. 962

Forstyrret rapid eye movement-søvn prædikerer neurodegenerativ sygdom. 963

964 Originalartikel

Ingen registrering af komplikationer til implantater ved gynækologiske operationer. *Helle Christina Sørensen, Gunnar Lose, Pia Sander et al*

968 Kasuistikker

Lumbalt hernie. *Sandra Sofie Teiblum, Flemming Pii Hjørne & Thue Bisgaard*

Nodulært hyperplasi af Bartholins kirtel. *Sverre Pelle Hjortø, Caroline Pehrson & Anne Gernow* 969

971 Månedens billede

972 Nyt fra EMA

972 Akademiske afhandlinger

973 Lægemiddelstyrelsen

Det er en om'er

Kunne man forstille sig læger behandle et brækket ben med håndspålgelser eller lange samtaler? Næppe. Her kan patienten være sikker på at blive mødt på sygehuset af kvalificeret personale, som ved, hvad der skal til.

Når det gælder alkoholproblemer, stiller sagen sig helt anderledes. For et par år siden lykkedes det for et tv-hold at opnå tilskud til alkoholbehandling med ristede pølser og græsslåning. Det kan kalde på smilet, men det stivner, når man tænker på de behandlingssteder, som slipper af sted med at tilbyde behandling til en meget udsat gruppe patienter uden at skulle dokumentere nogen som helst faglig kvalitet.

” Skuffende er også, at Sundhedsstyrelsen ikke tager højde for, at omkring halvdelen af de patienter, som er afhængige af alkohol, også har psykisk sygdom.

Den erkendelse har heldigvis bredt sig, og både fagfolk og politikere har argumenteret for, at behandlingsstederne skal godkendes og kontrolleres. Det foreløbige resultat er det forslag til nye retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder, som Sundhedsstyrelsen har sendt i høring. Desværre lever de langt fra op til forventningerne. Trods gode beskrivelser af, hvad der skal til, for at sikre en kvalificeret behandling, er der langt igen. Retningslinjerne er nemlig kun vejledende, hvor de skulle være bindende – der står »bør« de steder, hvor der skulle stå »skal«.

Retningslinjerne lægger op til, at kommunerne skal afgøre i hvor høj grad de private behandlingssteder skal leve op til de faglige krav. Mens de kommu-

nale behandlingstilbud, som 60 pct. af kommunerne bruger, ikke er bundet op på faglige krav. Begge dele er helt uholdbare, og man undrer sig over, hvordan det er endt sådan. Den tanke melder sig, at det handler om penge. I samme øjeblik Sundhedsstyrelsen fra centralt hold stiller nye krav til kommunerne, vil reaktionen være krav om penge til opgaven.

Skuffende er også, at Sundhedsstyrelsen ikke tager højde for, at omkring halvdelen af de patienter, som er afhængige af alkohol, også har psykisk sygdom. De har brug for et tilbud, som retter sig mod begge lidelser – hvilket Sundhedsstyrelsen også tidligere har anbefalet.

Kommunerne har haft ansvaret for alkoholbehandlingen siden 2007. Spørgsmålet er, om der i alle 98 forvaltninger er fagpersoner, som kan tage stilling til kvaliteten på behandlingsstederne. Lægeforeningen tillader sig at tvivle og vil i det hele taget være mere tryk ved kvaliteten, hvis der bliver indført en landsdækkende akkrediteringsordning – styret af kompetente fagfolk – som kunne sikre kvaliteten på både private og offentlige behandlingssteder.

Lægeforeningen ser en ordentlig alkoholbehandling som en investering i fremtiden. Ifølge Sundhedsstyrelsen har 585.000 danskere et skadeligt alkoholforbrug, og 140.000 er afhængige af alkohol. 122.000 børn vokser op i en familie med alkoholproblemer. Det er meget store tal, og de menneskelige tragedier der gemmer sig bag dem er svære rigtigt at fatte. Derfor er det for sølle, at der ikke bliver taget ordentligt hånd om problemet. Det er en om'er, for nu at citere en kendt ølreklame.

FORMAND FOR
FOREBYGGELSESPOLI-
TISK STYREGRUPPE,
MEDLEM AF LÆGEFOR-
ENINGENS BESTYRELSE
Jette Dam-Hansen



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

Offentlige sygehuse bestemmer de privates fremtid

Brystkræftkirurgiens fremtid i privat regi ser ud til at være en saga blot. Det kræver et samarbejde mellem offentlige og private hospitaler, som det offentlige modsætter sig. Sundhedsstyrelsen kan ikke gøre noget. Privathospitaler raser og kalder på ministeren. Men Bertel Haarder (V) siger, at reglerne er »klokkeklare«.



Journalist
Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk

Formaliseret samarbejde er det nøgleord, der er helt centralt, hvis man ønsker at forstå den krig, der i øjeblikket foregår mellem de offentlige og de private sygehuse.

Sundhedsstyrelsen har med specialeplanen godkendt brystkræftkirurgi på tre privathospitaler. På Aros i Århus, Mølholm i Vejle og Hamlet i København – til både regionernes og onkologernes udtalte vrede.

Men godkendelsen er givet under den klare forudsætning, at privathospitalerne indgår et formaliseret samarbejde med det offentlige, så der sikres, at nogle af de funktioner, som det private ikke råder over, er til stede under patientforløbet.

Derudover kræver Sundhedsstyrelsen, at der kan afholdes tværfaglige konferencer, hvor kirurger, røntgenlæger, onkologer og patologer i fællesskab drøfter patientens behandling.

Så de private hospitaler skal finde dansepartnere i det offentlige. Men her har flere afvist at indgå det helt nødvendige samarbejde. Dermed ser Sundhedsstyrelsens faglige blåstempling ikke ud til at være meget værd i praksis.

PRIVATHOSPITALERNE ER RASENDE

»Det her er chikane. Politikerne må træde i karakter

og sikre konkurrencen. Regionerne vil tilbage til monopoltiderne, men det er patienterne altså ikke bedst tjent med,« siger Nis Alstrup, formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK)

Privathospitalerne mener, at Sundhedsstyrelsen har deponeret sin beslutningskompetence hos de offentlige hospitaler:

»Det bør slet ikke være muligt for det offentlige at nægte et sådan samarbejde. Ellers får de og ikke Sundhedsstyrelsen jo reelt lov til at diktere specialeplaceringen. Det var vist ikke formålet. Det skal handle om faglighed, ikke ideologi,« siger adm. direktør på Hamlet Vinni Breuning.

Hamlet har søgt både Herlev Hospital, Rigshospitalet samt Ringsted Sygehus om et samarbejde om brystkræftpatienterne. Foreløbigt uden svar.

»Hvis de frivilligt nægter et samarbejde med os, må Bertel Haarder eller Jesper Fisker på banen, for vi er faglig godkendt,« siger hun.

Men der er ikke hjælp at hente hos Sundhedsstyrelsens adm. direktør Jesper Fisker:

»Det er altså en samlet pakke, man bliver godkendt på. Og en del af den pakke vil så være en alliance med andre om de ting, man ikke selv kan. Det kan være offentligt

NYHEDER

REDIGERET AF

Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk

»Der er ikke krig mod det private« Bent Hansen, formand for Danske Regioner

Hvorfor er du modstander af brystkræftkirurgi i privat regi?

»Sundhedsstyrelsen giver tilladelse under forudsætning af, at man får et samarbejde med et stort nærliggende hospital. Men jeg kan ikke se en eneste faglig begrundelse for, at jeg af hensyn til patienterne skal deltage i et sådant samarbejde inden for mamakirurgien. Det er jo ikke sikkert, at de får den aftale. Jeg kan kun se, at mamakirurgi i det private vil svække de sammenhænge og multidisciplinære miljøer, vi nu har opbygget. Hvorfor skal jeg være med til at nedbryde det? Jeg vil ikke boycotte et samarbejde med det private generelt set, men på det her område, vil jeg sige, at det er helt håbløst.«

Hvad vil du gøre?

»Ingen tvinger mig til at stemme på en bestemt måde i regionsrådsalen. Jeg tager stilling i hver enkelt sag. Men på brystkræftområdet er jeg dybt forundret – medmindre jeg synes, at det er en god

ide at nedbryde vores eget tilbud. Og det synes jeg ikke. I svaret til os står, at vi får mamakirurgi fire steder, men skal arbejde hen mod to steder. Og så går man ud og siger, at det skal spredes ud på små private klinikker. Det kan jeg ikke se fornuften i – ud over andre hensyn end de rent faglige.«

Sidder du ikke med magten til at bestemme, om disse operationer skal foregå i privat regi, fordi I kan spænde ben for samarbejdsaftalerne?

»Jo, du har helt ret. Jeg har mulighed for at sige, at det her er ufornuftigt, og så må jeg stå til ansvar over for vælgerne.«

Region Syddanmark ser ikke ud til at forlænge aftalen med Hjertecenter Varde. Og vi har nu striden på brystkræftkirurgien. Har regionerne med specialeplanen erklæret de private hospitaler krig?

»Nej, de forskellige sager har ikke noget med hinanden at gøre. Varde-sagen handler om, hvorvidt vi

skal fastholde et tilbud i Odense. Det er en problemstilling. Mamakirurgien er en anden. Så der er ikke krig mod det private. Men placeringen af brystkræftkirurgi i det private, kan jeg slet ikke forstå. Det er så grelt, hvis det er den linje, der skal føres fremadrettet. Det lægger et pres på os. Og er alt andet end det faglige løft, som hele denne øvelsen skulle være.«

Mange af de brystkræftpatienter, der kommer på privathospitalerne er forsikringspatienter og selvbetalere, hvorfor skal de nu drages ind i dette?

»Patienter, uanset om de selv betaler, har en forsikring eller noget helt andet, så skal de opleve nøjagtig den samme faglighed, som de møder under et multidisciplinært set-up på et offentligt hospital. Hvis det private gerne vil lave disse indgreb, så må de sørge for at have det set-up. Retorikken har gået på, at det private får tilladelse under nøjagtige samme betingelser som det offentlige. Og sådan skal det være.«

eller privat. Det er lige meget. Men som lovgivningen er i dag, kan vi ikke tvinge nogen til at lave aftaler,« siger han.

Privathospitalerne pointerede allerede før sommerferien over for Sundhedsstyrelsen, at kravet om formaliseret samarbejde ville blive et problem for privathospitalerne, da de kendte modviljen i det offentlige sundhedsvæsen. Derfor ændrede Sundhedsstyrelsen reglerne for specialeplanen.

I stedet for at indsende en aftale om formaliseret samarbejde i forbindelse med specialeansøgningen, kunne de vente, til efter myndighederne havde vurderet, hvor de forskellige specialer skulle ligge. Tanken var, at når Sundhedsstyrelsen fagligt set har blåstempelt et privathospital til en given behandling, ville modviljen fra de offentlige være mindre.

MEN SÅDAN ER DET IKKE GÅET. SNARERE TVÆRTIMOD:

»Jeg kan ikke se en eneste faglig begrundelse for, at jeg af hensyn til patienterne skal deltage i et sådant samarbejde inden for mamakirurgien,« siger regionernes formand Bent Hansen (S).

Privathospitalerne ser én vej. Mod Indenrigs- og

Sundhedsministeriet. Men til nu har Bertel Haarder ikke kastet politisk kapital ind i striden.

I onsdagens spørgetime sagde sundhedsminister Bertel Haarder (V), at reglerne for specialegodkendelse er »klokkeklare«:

»Jeg vil holde mig til, at de private hospitaler er godkendt på visse forudsætninger. Hvis de ikke opfyldes, så mister de retten. Det kan godt være, at der skal være multidisciplinært samarbejde, som de så skal opfylde. Eller et vist patientgrundlag, og så skal man altså opfylde det,« sagde han.

Privathospitalernes formand opfordrer alle parter til at tænke sig godt om, inden tæppet fjernes under brystkræftkirurgi i privat regi:

»Vi taler om funktioner og rutiner, der ikke lige kan genskabes, hvis det offentlige om et par år står og har brug for hjælp. Det er ikke et hjemmeservicefirma, hvor man kan skrue op og ned for volumen. Derfor bør de offentlige hospitaler også have en interesse i at indgå i et samarbejde,« siger Nis Alstrup fra BPK.

De tre privathospitaler har i flere år foretaget den omtalte brystkræftkirurgi.



FAKTA

Sundhedsstyrelsens krav til brystkræftkirurgi på private sygehuse

»Funktionen er godkendt under forudsætning af, at der etableres samarbejde med et sygehus med regionsfunktion, eller der på anden vis sikres fortsat faglig kvalitet og udvikling herunder tilstrækkelig volumen til vedligeholdelse af erfaring for operatørerne samt sikring af funktionens robusthed. Der skal desuden sikres det relevante multidisciplinære samarbejde i henhold til pakkeforløb for mamacancer.«

»Vi har aldrig haft mulighed for at diktere«

Jesper Fisker, adm. direktør i Sundhedsstyrelsen

Hvordan godkendes eksempelvis brystkræftkirurgi på en hospitalsafdeling, offentlig som privat?

»Når vi skal vurdere en ansøgning, så lægger vi de sundhedsfaglige kernekrav til grund. Det er en række forskellige krav om volumen, antallet af speciallæger og erfaring. Men også muligheder for at samarbejde med en række specialer i forbindelse med komplikationer eller særligt vanskelige procedurer. Nogle ansøgninger vil kunne leve op til det hele, så får man en godkendelse. Nogen gange vil man kunne leve op til det meste selv, men er afhængig af at få nogle aftaler med nogle andre. Det kan være til håndtering af efterfølgende komplikationer. I nogle situationer siger vi, at godkendelsen er givet under

forudsætning af, at der er et formaliseret samarbejde med nogle andre, der kan levere de faglige forudsætninger, som man ikke selv kan. Det er altså en samlet pakke, man bliver godkendt på. Og en del af den pakke vil så være en alliance med andre om de ting, man ikke selv kan. Det kan være offentligt eller privat. Det er lige meget. Men som lovgivningen er i dag, kan vi ikke tvinge nogen til at lave aftaler.«

Kan de offentlige hospitaler så reelt bestemme, om privathospitalerne skal kunne fortsætte brystkræftkirurgi?

»Sådan som reglerne er, kan vi stille krav om, at der på udvalgte områder skal være et forpligtende sam-

arbejde, hvis man skal løse bestemte opgaver. Men loven rummer ikke mulighed for at gå ind og diktere en sådan aftale. En aftale bliver lavet mellem to parter på frivillig basis. Så jeg håber, at man får en konstruktiv dialog offentlig og privat imellem.«

Har I så ikke de facto deponeret jeres nye muskler til det offentlige sundhedsvæsen?

»Muskler skal defineres. Vi har muskler til at stille faglige krav og beslutte, hvor man må lave hvad. Men vi har aldrig haft mulighed for at diktere, hvor man skal indgå samarbejdsaftaler. Det har ikke ligget inden for vores opgavefelt. Eller i lovgivningen.«



Tredaptive®
(Nikotinsyre/laropiprant, MSD)





FEM SPØRGSMÅL TIL

**Birgitte Josefsen**

Venstres sundhedsordfører

I det nye regeringsgrundlag hedder det »en fritvalgsgaranti for behandling«. Du har mindst ti gange irttesat mig, når jeg siger behandlingsgaranti. Og fastslået, at det er en rettighed, ikke en garanti. Har I skiftet politik?

Nej. Det er forsat en patientrettighed. Vi har et udvidet frit sygehusvalg. Hvis en patient ikke kan modtage behandlingen inden for en måned, så har de en rettighed til at søge behandling et andet sted.

Hvorfor har I ændret den måde, I omtaler det på?

Jeg har ikke skrevet regeringsgrundlaget, som faktisk også kun er et arbejdsgrundlag. Det er et rammeoplæg, som hvert ressort så skal udfylde. Så vi har ikke ændret noget.

Jo, I kalder det nu en garanti?

Ja, der har også engang stået behandlingsgaranti på Venstres hjemmeside. Nu er det ikke altid lige dem, der formulerer politikken, der formulerer diverse papirer.

Men det er jo et centralt dokument. Og en rettighed er noget, man kan bruge, hvis man har ønsket. Eller lade være. En garanti er et krav på en behandling inden for en vis frist ...

Jeg synes, det er lidt flueknepperi. Vi tvinger ikke nogen. Patienterne har en rettighed. Også til at sige, jeg vil ikke til i Hjørring, men i stedet i Holstebro. Du har en garanti for, at du har en rettighed til frit valg. Og det værner vi om.

Har I undersøgt, om det juridisk vil stille patienten anderledes, når I kalder det garanti?

Jamen, juridisk er det bindende, at patienten har en rettighed. Hvis ikke Nordjylland kan levere en operation for grå stær inden for 30 dage, så kan patienten bruge sin rettighed og gå til det private, som har indgået en aftale med regionen. Det er man garanteret.

Lars Igum Rasmussen, lar@dadl.dk

Lægeforening og psykiatere uenige om lettere tvangsadgang

Regeringens forslag om at lette tvangsmedicinering af svært psykisk syge, der ikke tager deres medicin efter udskrivelse, har mødt udbredt skepsis og direkte modstand blandt de fleste høringsberettigede – og har ført til uenighed mellem Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og Lægeforeningen.

I modsætning til langt de fleste har Lægeforeningen ingen forbehold, men erklærer sig i høringsvaret »helt enig i sigtet« med lovforslaget, som foreningen »fuldt ud (kan, red.) støtte«.

DPS er »af principielle grunde« imod forslaget. Ifølge DPS bør syge ikke udskrives, før de er så stabile, at de forstår nødvendigheden af at tage medicinen. »Herved bliver der ikke behov for tvungen opfølgning efter udskrivelse«, skriver DPS.

Hermed er DPS på linje med en lang række personale- og brugerorganisationer, Etisk Råd og andre, som bl.a. også frygter, at forslaget vil undergrave patienternes tillid til systemet, eller at forslaget ligefrem er på kant med menneskerettighederne. Landsforeningen SIND taler ligefrem om et »inhumant forslag«.

Formand for DPS Anders Fink-Jensen mener, at den nuværende lovgivning er tilstrækkelig.

DPS er bl.a. bekymret for, at lettere adgang til tvangsmedicinering vil medføre

flere forhastede udskrivelser. Loven vil heller ikke hjælpe de patienter, som medicinen slet ikke virker for.

»Og ikke mindst vil lovændringen betyde, at man fremover også kan lade politiet hente folk, som er i en ikkepsykotisk fase, så man kan injicere dem med medicin. Og dét er nyt«, siger Anders Fink-Jensen.

Bestyrelsesmedlem i Lægeforeningen Niels Siebuhr – som er praktiserende speciallæge i psykiatri – ser ikke uenigheden som et problem:

»Psykiaterne lægger størst vægt på frivillighedens princip. Lægeforeningen mener – og det er jeg enig i – at berøringsangsten over for tvang går ud over nogle meget svage patienter, som man lader blive alt for syge, inden man behandler dem«, siger han.

»Lægeforeningen er klar over, at der kan være et etisk problem ved at påtage sig en ubehagelig tvangsrolle. Men vi skønner, at det er så nødvendigt for disse patienter, at nogen gør det, at vi siger god for lovforslaget. Vi vil lade det komme an på en prøve og se, hvordan det virker frem til den evaluering, der skal ske om fire år.«

Klaus Larsen, kl@dadl.dk

Studerende strømmer til nordjysk lægeskole

Selvom det endnu er uvist om Aalborg Universitet skal uddanne læger, så har 281 sendt en kvote 2-ansøgning og ønsket en plads på det første hold. Og 71 har valgt den mulige fjerde medicinuddannelse som førsteprioritet. »Det vidner om meget stor interesse for en ny og moderne lægeuddannelse. Den er bygget

anderledes op end de nuværende uddannelser – og det tiltrækker mange,« siger rektor Finn Kjærdsdam til Nordjyske.dk.

Aalborg har søgt om at optage 100 studerende fra efteråret. Videnskabsministeren vil inden for få uger endeligt afgøre, om der kommer en ny lægeuddannelse.

**Har du husket at tilmelde dig Lægemødet 2010?
– Gå ind på www.laeger.dk og tilmeld dig!**

Køge får det store sygehus

Tirsdag sidste uge fik Region Sjælland som den sidste region sin sygehusplan på plads. Der blev kæmpet til det sidste, men det blev Køge, der løb af med regionens store sygehus. Her skal specialfunktionerne samles, samtidig med at det bliver et af regionens i alt fire akutsygehuse. De øvrige er Holbæk, Slagelse og Nykøbing Falster Sygehus.

Et mindretal i regionsrådet arbejdede for, at Næstved Sygehus skulle være hovedsygehus. Men den løsning fik kun 11 stemmer, mens 27 stemte for Køge-modellen.

Modstandere har frygtet, at regionen vil blive skævvredet med den model, og at hele den sydlige del vil få karakter af udkantssområde. Et vigtigt argument for Køge Sygehus som hovedsygehus har været, at man antager, at det er nemmest at rekrut-

tere læger og sygeplejersker hertil, bl.a. fordi der er gode offentlige forbindelser, og fordi motorvejen ligger tæt ved. Desuden er Køgeløsningen vurderet til at være billigst. Det nuværende Køge Sygehus ligger på en mark og det relativt let at bygge til, prisen vurderes til 6,4 milliarder kroner. Skulle hovedsygehuset ligge i Næstved, ville det blive en såkaldt barmarksløsning, vurderet til 7,8 milliarder.

Næstved og Roskilde Sygehuse må nu se sig fjernet fra landkortet som de store akutsygehuse, de er i dag. I stedet får de ny status og bliver sygehus for elektiv og sammedagskirurgi. De skal varetage den behandling, som en stor del af regionens borgere i dag får uden for regionsgrænsen eller på privathospital.

Anne Steenberger, as@dadl.dk



REGION SJÆLLANDS SYGEHUSPLAN

Akutsygehuse

Køge Sygehus. 930 senge planlagt.

Holbæk Sygehus. 320 senge planlagt.

Slagelse Sygehus. 465 senge planlagt.

Nykøbing Falster Sygehus. 255 senge planlagt.

Næstved Sygehus og Roskilde Sygehus skal rumme elektiv ortopedkirurgi og sammedagsbehandling inden for en række andre specialer, bl.a. intern medicinske patienter, og døgnåben skadeforplejning, der integreres med lægevagter uden for dagtimerne.

Sygehuse i Kalundborg, Nakskov, Fakse og Ringsted skal være sundhedscentre – evt. også et i Vordingborg.



KORTE NYHEDER

Garanti for forløbskoordinator

Kræft- og hjertepatienter skal undgå ventetid og informationskoks, fordi ingen har et samlet overblik over behandlingen. Regeringen og Dansk Folkeparti har netop indgået en aftale, der garanterer ret til en forløbskoordinator, også på tværs af både afdelinger og sygehuse. Det er Dansk Folkeparti, der har presset på, for at få indført forløbskoordinatorer. De forventes indført inden sommerferien. Danske Regioner vil gerne være med til at sætte rammerne for ordningen, men er positivt indstillet, skriver Berlingske Tidende.

Nu er den gal igen

Endnu en fyringsrunde vil ramme københavnske hospitaler, efter det har vist sig, at underskuddet for 2009 er næsten fordoblet i forhold til tidligere spareplaner. På Hvidovre Hospital er underskuddet vokset fra 70 til 130 millioner kroner. Flere afskedigelser og stillingsreduktioner vil følge. Antallet er endnu uvist, skriver Berlingske Tidende. Hillerød Hospital gennemførte i sidste uge de første prikkerunder som følge af underskud på 39 millioner kroner. Regionshospitalet i Randers skal skære 60 stillinger og indfører ansættelsesstop, og det er kun første sparerunde i Midtjylland, skriver eb.dk.

Folketinget splittet om aktiv dødshjælp

Sidste weekend skød og dræbte en 80-årig mand sin 79-årige kræftsyge kone og sig selv. Derfor er diskussionen om aktiv dødshjælp genopblusset. Socialdemokraterne og SF er modstandere. Dansk Folkeparti er officielt modstandere, men en ændring kan være undervejs. Konservative afviser ikke at kunne indføre en hollandsk model herhjemme. »Men det er en sag, hvor tiden vil arbejde for den,« siger Tom Behnke til Ekstra Bladet. Venstre afviser.



Øgede forventninger – begrænsede ressourcer

Fremtidens sundhedsvæsen – hvordan løser vi udfordringerne? Oplev to inspirerende konferencedage på ScandMedTech.

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

MEDICO
INDUSTRIEN

Ny skandinavisk konference og udstilling for medicinsk udstyr og teknologi



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.



SAGT & SKREVET

»Der skal være fri og lige adgang til lægehjælp og sundhedsydelser. Det er et helt fundamentalt princip i Danmark. Uanset hvor meget man selv er skyld i benbruddet, sukkersygen eller fedmeoperationen.«

Bertel Haarder (V), sundhedsminister, om måling, der viser, at 38 procent af befolkningen mener, man skal prioritere blandt folk med samme sygdom.

»Et par enkle tryk på lomme-regneren viser, at det kan koste samfundet fra fem til helt op til 160 milliarder kroner, hvis vi blot lader stå til og dermed lader en operation være eneste udvej for de overvægtige.«

Ginny Rhodes, formand for Foreningen af Kliniske Diætister i pressemeddelelse.

»Det tætte samarbejde bygger på tillid og på faglighed, men for at undgå mistanke om 'dårlig reklame' og anden uetisk adfærd på landets sygehuse, så har Lifs medlemmer vedtaget et etisk kodeks for samarbejdet.«

Ida Sofie Jensen, koncerndirektør i Lægemeddelindustriforeningen om nyt etisk kodeks, i nyhedsmail.

»Havde der stået 'skal', kunne kommunerne kræve flere penge af staten for en ny opgave. Så man kan godt frygte, at de bløde formuleringer skyldes, at man vil spare penge.«

Karl Bornhøft, SF's sundhedsordfører til Altinget, efter Sundhedsstyrelsens nye krav til alkoholbehandling kun omfatter de private tilbud.

»At udgifterne nu kun stiger med små 13 procent, er jo stadig ikke holdbart, når samfundskønomien lige nu har minusvækst.«

Seniorprojektleder Jakob Kjellberg hos DSI til Altinget om lavere vækstrate til medicinudgifter.



UGENS BILLEDE



ALT UDSOLGT – Igen i år lykkedes det 65 medicinstuderende fra Københavns Universitet at få udsolgt til alle Medicinerrevyens syv forestillinger på få timer. Titlen i år var »Mænd, der mader kvinder«, og studenterklubben på Panum Institutet lagde lokaler til. Hvert år i uge fem samles de musikalske og teatraliske medicinere i en hytte i en fem dage lang, intens proces, hvor de under guddommelig inspiration fabrikkerer de årlige syv sange og syv sketch. Foto fra medicinrevyen, *Gyrithe Lemche*.

Bivirkninger kan nu lettere indberettes

1. april vil være en glædelig dag for danske læger, der ønsker at indberette patienters bivirkninger fra medicin. På en lettere måde.

Den dag vil alle leverandører af lægepraksissystemer udsende en softwareopdatering til de praktiserende læger, hvilket vil gøre indberetningen til Lægemeddelstyrelsen markant nemmere.

I dag skal læger indtaste eget navn, ydenummer, navn på den patient, der oplever bivirkninger, cpr-nummer, medicin-type, dosis mv. En tidskrævende affære.

Lægemeddelstyrelsen har med den nye softwareopdatering sikret, at den praktiserende læge fremover kun skal indtaste oplysninger om selve bivirkningen. Så sørger it-systemerne selv for, at faktuelle oplysninger om lægen, patienten og lægemidlet automatisk overføres til myndighederne.

»Det gamle system med E-blanket-

ter har ikke taget meget tid, men tid nok til at irritere lægerne. Det har vi nu gjort lettere. Lægemeddelstyrelsen har defineret standarden, og så har de forskellige private leverandører af lægepraksissystemer ændret deres egne programmer, da de kender lægen og dennes behov bedst, så de faktuelle oplysninger automatisk overføres,« siger Allan Green, specialkonsulent i afdeling for forbrugersikkerhed.

Får lægerne installeret de nye softwareopdateringer på deres praksissystemer, kan stort set alle landets praktiserende læger snart drage fordel af denne nye funktionalitet.

Systemet er et resultat af et flerårigt samarbejde mellem Medcom, Lægemeddelstyrelsen og leverandørerne af praksissystemer.

Lars Igum Rasmussen, lar@dadl.dk

Klinisk kursus i hovedpinesygdomme

Kurset retter sig mod Praktiserende læger, samt yngre læger med interesse for hovedpine.

Sted: Glostrup Hospital, Festsalen, Nord
Tid: Onsdag, den 12. maj 2010

Arrangører: Dansk Hovedpinecenter samt
Dansk Hovedpineselskab.

PROGRAM

- 09.00 – 09.30 Ankomst og registrering
- 09.30 – 10.00 Den kliniske tilgang til hovedpinepatienter
v/professor Rigmor Jensen.
- 10.00 – 10.30 De hyppigste hovedpinediagnoser og
mulige Differentialdiagnoser
v/overlæge Thue Nielsen
- 10.30 – 11.00 Præsentation af cases
v/overlæge Lars Bendtsen.
- 11.00 – 11.15 Kaffepause
- 11.15 – 12.45 Patientinterviews og demonstration
- 12.45 – 13.15 Frokost
- 13.15 – 14.00 Case præsentation af egne,
medbragte patienter
- 14.00 – 14.45 Nyeste behandlingsprincipper for
migræne, Spændingshovedpine og
Hortons hovedpine
v/overlæge Messoud Ashina og
overlæge Carl Dalhöf.
- 14.45 – 15.15 Behandling af medicinoverforbrugs-
hovedpine
v/sygeplejerske Annette Rasmussen &
sygeplejerske Annette Jonasson
- 15.15 – 15.45 Non farmakologisk behandling af
hovedpine
v/psykolog Bruno Vinther og fysioterapeut
Nina Caspersen
- 15.45 – 16.00 Afrunding og evaluering.

Tilmelding: kursus@dadl.dk
Angiv venligst kursusnr.: 2010-99-02/PVS
ved tilmeldingen.

Kursusafgift: 800,00



2010

Abonnement

Ugeskrift for Læger udkommer 42 gange
årligt. Bibliotek for Læger udkommer
4 gange årligt. Månedsskrift for Praktisk
Lægegering udkommer hver måned.

Enkeltnumre af Ugeskrift for Læger og Bibliotek
for Læger kan købes ved henvendelse til:
Lægeforeningens forlag ♦ Kristianiagade 12
2100 København Ø ♦ Telefon 3544 8300

Ugeskrift for Læger kr. 110,00 + porto
Bibliotek for Læger kr. 199,00 + porto

Lægeforeningens forlag

Navn

Firma

Adresse

Postnr./by

E-mail

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

Sæt kryds ved det ønskede abonnement.

Priserne er inkl. moms.

- ☐ Nr. 1. Ugeskrift for Læger, print og online kr. 2.475
- ☐ Nr. 2. Ugeskrift for Læger, online kr. 1.895
- ☐ Nr. 3. Ugeskrift for Læger, print og online
(medicinstuderende) årligt kr. 1.238
- ☐ Nr. 4. Ugeskrift for Læger, online
(medicinstuderende) årligt kr. 500
- ☐ Nr. 5. Bibliotek for Læger kr. 660
- ☐ Nr. 6. Bibliotek for Læger kr. (medlemmer af
Lægeforeningen og medicinstuderende)
kr. 442
- ☐ Nr. 7. Månedsskrift for Praktisk Lægegering
(inkl. elektronisk adgang) kr. 1.300
- ☐ Nr. 8. Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
Pensionister fra 67 år, uddannelseslæger og
medicinstuderende kr. 650



Tre kandidater – alle yngre læger – har foreløbig meldt sig til Lægeforeningens formandsvalg i næste måned. Ugeskriftet har bedt dem tage stilling til spørgsmål om bl.a., hvad de ser som foreningens største udfordring, om Lægeforeningen kan tale med én stemme, og hvad de vil prioritere at tage fat på. I takt med, at nye kandidater melder sig, vil vi stille dem over for de samme spørgsmål. Hverken fra PLO, FAS eller Overlægeforeningen havde

der ved redaktionens slutning meldt sig kandidater. PLO's tidligere formand, Michael Dupont, har fået talrige opfordringer fra mange sider og blev af mange anset for en kandidat, der kunne samle støtte hos alle tre forhandlingsberettigede foreninger. Han har dog indtil videre afvist at ville opstille. Heller ikke Lægeforeningens fungerende formand, praktiserende læge Yves Sales, vil kandidere.

Tre yngre læger vil være formand

Seks uger før Lægemødet har der meldt sig tre kandidater til formandsvalget: Berit Bjerre Handberg, Nikolai Hoffmann-Petersen og Michael Dall. Alle er yngre læger, men Yngre Læger har endnu ikke erklæret sig for nogen af de tre kandidater.

Kursusreservelæge og ph.d.-studerende Michael Dall er formand for Lægeforeningens Udvalg for Uddannelse og Forskning.

Som en af Lægeforeningens største udfordringer peger han på den nye specialeplan, som han ser i tæt tilknytning til den forestående evaluering af speciallægeuddannelsen: »Hvad kræves der af fremtidens speciallæge for at kunne matche det kommende sygehusvæsen? Og med de nye akutmodtagelser, der skyder op mange steder, bliver vi nødt til også her at se på, hvordan uddannelsen skal være for de læger til at betjene dem«, siger han.

Derudover ser Michael Dall en opgave i at brande Lægeforeningen bedre over for medlemmerne:

»Det er der gode muligheder for på f.eks. efteruddannelsesområdet, hvor regionerne har åbnet for midler til at efteruddanne læger. Det er der ikke andre udbydere, der skal sætte sig på – her skal Lægeforeningen være med«.

Det hed sig for et par år siden, at Lægeforeningen

skal lære at tale med én stemme. Men nogle gange lyder det mere som et flerstemmigt kor?

»At tale med én stemme betyder jo ikke, at det skal være formandens. Med den konstruktion, vi har fået, har vi kunnet udnytte den brede kreds af beslutningstagere omkring bordet. I flere aktuelle sager har det jo været 'en fra bordet', som har ført sagen. Jeg tror, det gør os stærkere, at det er folk, som har et ansvarsområde, der er talsmand med opbakning fra de øvrige«.

I de seneste uger har han selv været den, der stod på mål, når den ubehagelige debat rullede om fagligheden blandt læger fra tredjelande. Og der agter han at blive stående: »Det er vigtigt at holde fast her, så vi ikke får stigmatiseret en hel gruppe som Blæger. Det er alene fagligheden, som er afgørende«, siger han.

VELFUNGERENDE »FAM« ER AFGØRENDE

Også den nuværende næstformand i Yngre Læger, uddannelsesamanduis Nikolai Hoffmann-Peter-



Journalist
Klaus Larsen,
kl@dadl.dk



Journalist
Anne Steenberger,
as@dadl.dk

sen, stiller op til formandsvalget og har netop lagt sit valgoplæg på Læger.dk med overskriften: »En stærk samlet Lægeforening, der vedkender sig sit ansvar for samfundet«.

Han ser det som en af Lægeforeningens og sundhedsvæsenets største udfordringer at sikre, at de fælles akutmodtagelser bliver velfungerende:

»Det er altafgørende for rationel sygehusdrift af høj kvalitet, at patientens indgang til sundhedsvæsenet er smidig, effektiv på et højt niveau«, siger Nikolai Hoffmann-Petersen om de fælles akutmodtagelser.

En anden udfordring, han gerne vil tage op, er at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor han mener, at der stadig er meget at forbedre:

»I den forbindelse er det et succesparameter, at også den gamle, skrøbelige patient med mange sygdomme er sikret optimal behandling, uanset hvornår patienten indlægges, og uanset hvor i landet det sker. Men det skal også være et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor ingen falder ned mellem specialerne, og hvor ingen patient oplever at være overladt til sig selv«.

På de indre linjer i Lægeforeningen har vi mange gange hørt, at »Lægeforeningen skal tale med én stemme«. Kan det lade sig gøre?

»Det er i hvert fald væsentligt, at den person, der havner på posten, er i stand til at samle. Og hvis Lægeforeningen skal have *impact*, må den tale med én stemme«.

VI SKAL SVARE, FØR DE SPØRGER

Berit Bjerre Handberg, Yngre Læger, er den første kvinde, der stiller op til formandsposten.

For hende er en af de største udfordringer på den ene side at kunne præge sundhedspolitikken ved at »besvare de sundhedspolitiske spørgsmål, før de bliver stillet« og på samme tid som forening at tage et rimeligt medansvar for det samlede sundhedsvæsen.

Hvad betyder det konkret?

»At vi tør melde ud, hvis noget er lægefagligt ufornuftigt – også selv om det kan betyde, at enkelte læger ikke lige får det præcis, som de gerne vil have her og nu, ved f.eks. en centralisering eller en ændring i nogle funktioner. Vi skal selvfølgelig varetage lægers interesser. Men det gør vi bedst ved samtidig at tage et seriøst og troværdigt medansvar for sammenhængen i sundhedsvæsenet«, siger Berit Bjerre Handberg.

Møntens anden side er for hende »at blive bedre til at præge dagsordenen og agere i stedet for at reagere«.

På akutområdet kom vi med nogle oplæg, som beskrev, hvor vi gerne ville hen. Men vi var ikke gode til at komme med svarene på, hvordan vi så kommer derhen«, nævner hun som eksempel.

Bliver Berit Bjerre Handberg formand, vil hun lægge vægt på professionsbevidstheden:

»Vi er en profession med meget gamle og stolte traditioner og etiske retningslinjer, som vi skal diskutere, udvikle – og leve op til«.

! FAKTA

Hvis man i de kommende uger ønsker at opstille som kandidat til formandsvalget, er man velkommen til at henvende sig til redaktionen.



Nikolai Hoffmann-Petersen

f. 1976

Uddannelsesammanuensis i Holstebro
Næstformand i Yngre Læger
Medl. Lægeforeningens repræsentantskab



Michael Dall

f. 1973

Kursusreservelæge, ph.d.-stud., Syddansk Universitet,
Inst. for Sundhedstjenesteforskning
Klinisk farmakologi
Medl. af Yngre Læger
Medl. af Lægeforeningens bestyrelse og fmd. for
Udvalg for Uddannelse og Forskning.
Medl. af Lægeforeningens repræsentantskab



Berit Bjerre Handberg

f. 1967

Afdelingslæge, Århus Universitetshospital, Skejby
Speciale: Anæstesiologi
Tidl. medl. Yngre Lægers bestyrelse
Medl. af Yngre Lægers repræsentantskab

FORMANDSVALG – INDSPARK FRA SIDELINJEN: TIDLIGERE FORMÆND



Jens Kr. Gøtrik, formand for Lægeforeningen i 1986-1992

Hvad var dine største bedrifter som formand?

»Jeg brugte meget energi på at sætte fokus på kvalitet. Det var ret nyt og lidt kontroversielt på samme måde, som patientsikkerhedsarbejde var det indtil for nylig, hvor man umiddelbart tænker, at det er da i orden. Også patientrettigheder var vi meget fokuseret på«.

Har Lægeforeningen forandret sig, siden du var formand?

»Ja, den forandrer sig jo som en del af den almindelige samfundsudvikling. Dengang havde Lægeforeningen mere prestige og derfor lidt tydeligere indflydelse end i dag. Det hænger vel sagtens sammen med, at læger i almindelig havde mere autoritet; den var i hvert fald mindre udfordret end i dag«.

Hvilke egenskaber er vigtigst for den nye formand?

»Man skal have integritet, både fagligt og i fremtoning, så medlemmerne har respekt for deres formand. Og så skal man kunne brænde igennem i medierne«.

De største udfordringer?

»Der er behov for at forklare, at der er begrænsede resurser i sundhedsvæsenet. Det er vanskeligt at forklare offentligheden, og læger bryder sig heller ikke om at høre det. Det skal kombineres med en indsats for, at de penge, der er, bruges fornuftigt. Lægeforeningens indsats skal ligge på det generelle overordnede niveau. Også i forhold til sundhedsvæsenets generelle udvikling«.



Torben Pedersen, formand for Lægeforeningen i 1993-1999

Hvad var din største bedrift som formand?

»Lægeforeningen kom med forslag, der siden hen er blevet indført. For eksempel foreslog vi at indføre en behandlingsgaranti – på tre måneder. Det vakte virkelig opsigt, og politikerne sagde først klart nej. Men siden hen blev det jo indført. Det var også i min periode, at vi først foreslog at give fri heroin til de svageste narkomaner«.

Hvilke egenskaber er de vigtigste for en formand for Lægeforeningen?

»Man skal kunne skabe en god kontakt til delforeningerne – kun med opbakning herfra kan man melde fornuftigt ud. Så synes jeg også, at formanden skal fortsætte med at være aktiv som læge – så at sige

daglig at have fingrene i patienten. Det tror jeg er afgørende for troværdigheden«.

Hvad er Lægeforeningens to største udfordringer i dag?

»Vi kan ikke leve med en garanti på en måned. Vi må indføre muligheden for at prioritere blandt syge og mindre syge patienter. Også den frie og lige adgang til sundhedsvæsenet bør Lægeforeningen stå vagt om«.

Er Lægeforeningens magt blevet større eller mindre, siden du var formand?

»Mindre. Fokus i medierne i sundhedspolitiske spørgsmål er ikke på Lægeforeningen, men på Christiansborgpolitikere det er dem, der bliver spurgt i enkeltsagerne«.



Jesper Poulsen, formand for Lægeforeningen i 1999-2005

Hvad var det vigtigste, der skete i din tid som formand?

»At Lægeforeningen holdt op med at betragte patientklager som et problem, og i stedet så patientskader og dårlig kvalitet som problemerne. Men jeg vil ikke tage æren selv«.

På hvilke afgørende måder har foreningen ændret sig, siden du var formand?

»Det var et hårdt arbejde at skabe enighed, når man skulle balancere tre delforeninger mod hinanden. Af og til kom man til at virke noget tandløs, for det var altid den delforening, som var mindst villig til at rykke på et område, der kom til at definere politiken«.

Hvad er de vigtigste egenskaber, en formand for Lægeforeningen skal have?

»Man skal ville noget på det sundhedspolitiske område og have vilje til at samle op, hvad det er, Lægeforeningens medlemmer vil«.

Hvis du skulle hviske et råd i den nye formands øre, hvad ville det så være?

»At kvalitet fortsat vil være et nøgleord. Tidligere var banen mere åben. Nu er der kommet langt flere spillere, og alle har travlt med at markere på kvalitetsområdet«.

FORMANDSVALG – INDSPARK FRA SIDELINJEN: TIDLIGERE FORMÆND

Jens Winther Jensen, formand for Lægeforeningen i 2005-2009

Hvad var det mest afgørende, der skete i din formands-tid?

»At Lægeforeningen blev en mere aktiv spiller på det sundhedsfaglige område. Det skyldes ikke mindst det arbejde, der er gjort i sekretariatet og politisk for at have nogle varer på hylderne og være til stede i de diskussioner, som er politisk vigtige.

Når læger sidder inde med så megen konkret viden om sundhedsvæsenet, er deres deltagelse i den sundhedspolitiske debat helt afgørende. Det kræver

en organisering og en politisk vilje, der gør det muligt at handle i fællesskab«.

Hvilket råd ville du hviske til den nye formand?

»Hvis jeg skal sige noget til den nye formand, må det være: Tillykke! For det er et af de bedste job, man kan have. Og pas godt på det – for det er ekstremt vigtigt, at lægerne er til stede i den samfundspolitiske debat om sundhedsvæsenet. Og er det på en troværdig måde med nogle politikker og ideer, som faktisk kan bruges«.



FORMANDSVALG – INDSPARK FRA SIDELINJEN: DE UNGE LÆGER



Line Damsgaard, KBU-læge, Køge Sygehus

Hvor vigtigt er det for dig, hvilken formand Lægeforeningen har – på en skala fra 1 til 10?

»10! Det er meget vigtigt.

Formanden er vores ansigt udadtil, og det er vigtigt, at det er en, man føler sig godt repræsenteret af. Når Lægeforeningen skal udtale sig i diverse sammenhænge og skal varetage de interesser, der findes i Lægeforeningen, er det vigtigt, at det er en, man har tillid til«.

Hvad er den første opgave, en ny formand skal tage fat på?

»Helt konkret? Jeg synes klart, der ligger et problem for alle læger i forhold til den debat, der har været om udenlandske læger. Den måde, det er håndteret på, har været ubehagelig. Det er klart, at det er formandens opgave at fremme en forståelse af, at det ikke er alle udenlandske læger – vi har en masse kvalificerede mennesker i Danmark, der arbejder helt på lige fod med os andre.

Jeg ved godt, at Lægeforeningen har meldt ud – men jeg synes godt, det kan gøres endnu skarpere.

Jeg ved godt, at der har været enkelte brodne kar. Men jeg synes, det har været en trist debat.

Og så er der selvfølgelig den nye kliniske basisuddannelse – KBU – og 4-års-reglen. Hvad skal der ske med os, hvis vi ikke er i gang med specialedannelsen inden de fire år? Der er en masse ubesvarede spørgsmål, og det er svært at sige, hvad netop Lægeforeningens formand betyder her.

Det er nok mere [YL-formand] Lisbeth Lintz, som jeg relaterer til.«



Panteha Khodadadeh, KBU-læge, Køge Sygehus

På en skala fra 1 til 10 hvor meget betyder det så, hvilken formand Lægeforeningen har?

»Det er meget vigtigt, jeg vil sige 8-10 stykker.

Hvad betyder det?

»Det har betydning for mit arbejde, mine arbejdstider, mit arbejdsmiljø. Det har stor betydning, hvem det er, der forhandler med politikerne; det så vi for eksempel i forbindelse med 4-års-reglen«.

Hvad synes du, den nye formand skal kaste sig over?

»Jeg synes, han eller hun skal gøre noget ved 4-års-reglen. Den skal modificeres, så vi får lidt mere end tre år efter turnus. Jeg er kun lige begyndt som KBU-læge, men jeg kan se, hvor meget jeg mangler. Jeg er heldig, at jeg er kommet i en akutmodtagelse, hvor jeg både får medicin og kirurgi. Men jeg ville komme til at mangle noget, hvis jeg for eksempel endte på en ortopedkirurgisk afdeling. Tænk, hvis man ikke kan leve op til de basising, der forventes af en læge«.

FORMANDSVALG – INDSPARK FRA SIDELINJEN: UDEFRA



Foto: Martin Vikkeisø



KJELD MØLLER PEDERSEN, SUNDHEDSØKONOM, PROFESSOR:

»Lægeforeningen skal være pæn uden at være prangende«

Hvordan vil du karakterisere Lægeforeningens position i det magtpolitiske landskab?

»Pæn uden at være prangende. Det er klart, at med den nuværende formands afgang står det lidt uklart lige nu. Men det varer ikke ved. Generelt synes jeg, Lægeforeningen er pænt positioneret; den kommer med rimelige udspil og synes at blive inddraget i en række sammenhænge«.

Hvad er Lægeforeningens største udfordringer lige nu?

»Der er en del. I forbindelse med etableringen af de nye fælles akutmodtagelser vil foreningen stå med en udfordring. Foreningen skal være konsekvent over

for det faktum, at den selv har været med til at bakke op om den nye struktur. Men samtidig skal den være forhandlingspart, når arbejdstider, løn m.v. i de nye akutmodtagelser skal forhandles på plads. Så det er lidt en dobbelt position, foreningen står i, som sundhedspolitisk aktør og som forhandler«.

Har Lægeforeningen mere, mindre eller den samme magt som for ti år siden?

»Den samme, måske en anelse mere. Det er lidt cyklisk og balancerer mellem, hvornår den er en fagforening, og hvornår den er lægefaglig/videnskabelig. Dansk Sygeplejeråd har nok markeret sig mere i de senere år, så der er kamp på midtbanen«.



KRISTIAN LUND, CHEFREDAKTØR PÅ DAGENS MEDICIN:

»Lægeformand skal være selvkritisk på standens vegne«

Det ærgrer chefredaktør Kristian Lund, Dagens Medicin, at Jens Winther Jensen »ikke kan tage en tur til som formand:

»Jeg ved, det ikke lader sig gøre. Men jeg ville være på udkig efter noget af det samme, som han havde succes med,« siger han.

»Den nye formand skal nok ikke gøre alt for meget lige i starten, før han er helt driftssikker. Erfaringen viser, at formanden for Lægeforeningen skal have en indkøringstid. Men så skal han træde i karakter. Og jeg ser gerne en formand, der viser selvkritik på stan-

dens vegne. Jens havde et realistisk forhold til egne og standens kvaliteter, og det gav ham en integritet, som er nødvendig, hvis man skal rådgive i store sundhedsspørgsmål«.

Så den kommende formands vigtigste egenskaber er ...?

»Selverkendelse og troværdighed. Og så skal han selvfølgelig være begavet. Og noget helt fjerde: Han skal have stil ... denne sælsomme kombination af personlighed, træfsikkerhed og situationsforneelse«.

SOCIALRÅDGIVNING

i Lægeforeningen v. socialrådgiver Susanne Qvistgaard,
træffes dagligt kl. 9-15.

Tlf. 35 44 82 13. E-mail sq@dadl.dk



LÆGERNES
PENSIONS
BANK

BLIV KUNDE I LÆGERNES PENSIONS BANK



Over en tredjedel af medlemmerne i Lægernes Pensionskasse har valgt at bruge Lægernes Pensionsbank.

Lægernes Pensionsbank tilbyder alle de produkter, du også kan få hos en almindelig bank – og både du og din ægtefælle eller samlever kan blive kunder i banken.

Bankens medarbejdere er højt kvalificerede og kan alle hjælpe med boligfinansiering, pensionsrådgivning, investering og »alt det daglige«.

Du og din husstand kan fx få

- Gratis Visa/Dankort og Webbank
- GlobeCard Gold MasterCard
- Lønkredit på 100.000 kr.
Udlån pt. 7,35 pct. p.a. (ÅOP 7,6 pct.)
Indlån: pt. 1,25 pct. p.a.
- Boliglån uden gebyrer
Pt. 1,85 pct. p.a. (ÅOP 2,1 pct.) (realkreditlignende lån)
Pt. 6,60 pct. p.a. (ÅOP 7,0 pct.) (restfinansiering)
- Finansiering af andelsbolig
Pt. 4,60 pct. p.a. (ÅOP 4,8 pct.)
- Attraktive billån
Fra pt. 5,50 pct. p.a. (ÅOP 6,3 pct.)
- Pensionspuljer med lave omkostninger
- Individuelle depoter med mulighed for fondshandel via Webbank
- Mulighed for at handle beviser i Lægernes Pensionsinvestering
- Realkreditlån via BRFkredit

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



Læger bruger medicinsk udstyr uden kendskab til dokumenterede langsigtede virkninger

Skal kirurger benytte sig af nye muligheder, der ser lovende ud, selvom de ikke kender konsekvenserne?



Journalist
Nina Vinther Andersen,
nina@ninavinther.dk

Implantater skal ofte helst sidde fast. Men engang imellem arbejder de små stykker udstyr sig i stedet rundt i kroppen. Andre gange vokser de alt for godt fast.

Hvordan fremmedlegemerne præcist påvirker patienterne, aner kirurgerne reelt ikke. Medicinsk udstyr kommer på markedet med et CE-mærke, hvor firmaerne blot kan nøjes med dokumentere, at det pågældende udstyr ligner noget, der allerede er på markedet – og her kan en litteraturgennemgang være tilstrækkelig.

»Det er fuldstændig horribelt, at man kan markedsføre nyt medicinsk udstyr bare med et CE-mærke og proppe ting ind i folk, uden at vi aner, hvad de langsigtede bivirkninger er«, siger videnskabelig redaktør på Ugeskrift for Læger professor Jacob Rosenberg.

Han suppleres af overlæge Hans Friis-Andersen fra Regionshospitalet Horsens:

»Vi står i et kæmpedilemma. Takket være ny teknologi kan vi operere mere udstyr ind i folk, men vi kender reelt ikke konsekvenserne af det, vi gør, på

langt sigt. Men vi kan jo ikke ustraffet blive ved med at placere fremmedlegemer i folk uden at ane, hvad der sker på langt sigt«.

Dermed slutter mave-tarm-kirurgerne sig til den kritik, som især en række urogynækologer har fremført vedrørende medicinsk udstyr – en debat, som også føres i udlandet.

Lægerne mener, medicinsk udstyr bliver markedsført på et mangelfuldt grundlag og efterfølgende ikke bliver overvåget godt nok. Og slet ikke hvis man sammenligner kravene til medicinsk udstyr med kravene til lægemidler.

Men kritikken preller af på både Lægemiddelstyrelsen og Jens Kr. Gøtrik, som er direktør i Medicoindustriforeningen. Foreningen mener ikke, der er behov for at ændre det direktiv, som ligger bag CE-reglerne for medicinsk udstyr.

»Ingen har mig bekendt dokumenteret, at der skulle være et specielt problem med medicinsk udstyr, der kommer på markedet, sammenlignet med lægemidler. Når der er så få komplikationer registreret, så er det enten fordi, der kun er meget få problemer med godkendt medicinsk udstyr, eller også er det fordi, blandt andre lægerne ikke er gode nok til at indberette dem. Men man kan da altid diskutere, hvilken sikkerhedsprofil der skal være for lægemidler og medicinsk udstyr. Det foregår i europæisk regi«, siger Jens Kr. Gøtrik.

Hvortil Jacob Rosenberg replicerer:

»Indtil for nylig anede jeg ikke, at læger havde pligt til at indberette komplikationer med udstyr. Og jeg har immervæk arbejdet med det her i 20 år«.

Urogynækologer har undersøgt komplikationer med slynger mod urininkontinens. Og for at få en fornemmelse af komplikationer inden for brokoperationer gennemgik Hans Friis-Andersen og hans kolleger 100 patienter, der fik udført en planlagt laparoskopisk ventralherniotomi fra 2003 til 2005. Lægerne fandt, at operationerne var vellykkede – kun ganske få pa-



FAKTA

Nemmere at komme på markedet i EU end i USA

Medicoindustrien omsatte i 2008 for 43,5 milliarder kroner i Danmark. Det var blandt andet stomiposer, pacemakere, skannere, røntgenapparater, implantater og kørestole.

I EU godkendes medicinsk udstyr ikke af sundhedsmyndigheder som i USA, men kan godkendes af bemyndigede organer. Der findes cirka 60 bemyndigede organer i EU, og virksomhederne kan selv vælge, hvilket organ de ønsker godkendelse hos.

For højrisikoprodukter gælder, at de ud over at bevise sikkerhed og performance også i USA skal vise, at der rent faktisk er en positiv effekt forbundet med at bruge produktet. Et udstyr til brug ved hjerteroperationer blev i EU CE-mærket på baggrund af et studie med 22 personer i EU, der beviste sikkerhed og performance, men krævede studier med 800 personer for at få FDA's blå stempel.

Kilde: Vækstfonden: Medico sektoren i Danmark (2009).

tienter fik brok igen. Til gengæld blev kirurgerne overraskede over de sammenvoksninger mellem tarmene og nettet – den såkaldte *mesh* – de fandt ved reoperation hos de fem af de 100.

Tredive af de 100 patienter blev skannet, og alle undersøgelser viste sammenvoksninger med nettet. Sammenvoksninger kan gnave hul i tarmene, give mavesmerter, tarmslyng og andre komplikationer.

Og eftersom det normalt kræver en ny operation at påvise en sammenvoksning, er kirurgernes viden

om det sparsom og tager udgangspunkt i eksperimenter på dyr.

Efterfølgende satte Hans Friis-Andersen og hans kolleger sig for at undersøge, hvad firmaerne lovede i deres reklamer.

»Firmaerne siger samstemmende: nettene skrumper ikke, de er ikke giftige, der er ingen komplikationer. Men det har de intet belæg for at hævde«, siger Hans Friis-Andersen.

Lægemiddelstyrelsen: Reglerne er gode nok

I stedet for at misforstå reglerne skal lægerne melde bivirkninger og dårlig markedsføring, siger Lægemiddelstyrelsen i et skriftligt svar og ønsker ikke at blive interviewet om sagen.

Læger tager fejl, når de siger, at medicinsk udstyr kan komme på markedet efter dyretest. Det skriver Lægemiddelstyrelsen i forbindelse med den elektroniske publicering af artiklen.

»I lovgivningen fremgår det klart, at det navnlig for implantabelt udstyr gælder, at sikkerhed og ydeevne samt vurdering af bivirkninger og uønskede virkninger skal baseres på kliniske data. Det er ikke tilstrækkeligt, at udstyret er testet på dyr«, skriver Lægemiddelstyrelsen blandt andet.

Kernen i striden er fortolkningen af reglerne, der bygger på et EU-direktiv. På den ene side fastholder en række fremtrædende læger, at firmaer og de instanser, der skal godkende udstyret, sender medicinske implantater på markedet uden at være testet på mennesker, for det kan de gøre i overensstemmelse med reglerne. På den anden side gør Lægemiddelstyrelsen gældende, at medicinske implantater skal være testet på mennesker. Lægemiddelstyrelsen ønsker ikke at blive interviewet om spørgsmålet, men har svaret skriftligt på spørgsmål fra Ugeskriftet.

På spørgsmålet om hvorvidt medicinske implantater kan markedsføres uden at være testet på mennesker, svarer sektionsleder Ellen Jespersen:

»I vores øjne er reglerne klare. Det er en forudsætning (for markedsføringen, red.), at der altid foreligger dokumentation for, at udstyret er sikkert at bruge og virker efter hensigten. En væsentlig del af dokumentationen for udstyrets sikkerhed og ydeevne er kliniske data (oplysninger om det medicinske udstyrs sikkerhed og ydeevne ved anvendelse på mennesker)«.

Den kliniske evaluering omfatter en gennemgang og vurdering af kliniske data fra en eller flere af følgende kilder: relevant videnskabelig litteratur og/eller resultater af kliniske afprøvninger. Hvis der anvendes kliniske data i form af undersøgelser publiceret i anerkendte videnskabelige tidsskrifter af tilsvarende medicinsk udstyr, skal fabrikanten godtgøre, at det er relevant at henvise til denne dokumentation, herunder at dette udstyr har de samme karakteristika og egenskaber inden for det samme anvendelsesområde.

»Hvis der ikke er foretaget en klinisk evaluering af et nyt medicinsk udstyr (og det gælder ikke bare for implantater) – og produktet alligevel bliver solgt med et CE-mærke – så overtræder fabrikanten loven.

Vi kan ikke garantere mod, at nogen bevidst vælger ikke at følge lovgivningen. Derfor er vi afhængige af hjælp fra læger og andre, der oplever alvorlige hændelser med medicinsk udstyr eller med mærkningen af det. Der er derfor stort behov for, at sundhedspersoner henvender sig til Lægemiddelstyrelsen, hvis de bliver opmærksomme på, at produkter er markedsført uden kliniske data«, skriver Ellen Jespersen.

Hun skriver, at Lægemiddelstyrelsen ikke har noget overblik over, hvor ofte medicinske implantater markedsføres uden at være testet på mennesker.

»Vi undersøger alle alvorlige hændelser og sager om mærkning på baggrund af indberetningerne. For god ordens skyld bør det bemærkes, at indberetningspligten for alvorlige hændelser gælder både fabrikanter og sundhedspersoner«.

Journalist
Nina Vinther Andersen,
nina@ninavinther.dk



LÆS MERE

Læs originalartiklen på side 964 og kronikken på side 988.



»Det var sgu stressende«

Ledende overlæge Ejler Ejlersen oplever én dag med forvagtstelefonen. Og livet som yngre læge på sin egen medicinske afdeling. Nu vil han til at uddele halvårslige økonomiske belønninger til de læger, der gør noget ekstra for arbejdsmiljøet.



Journalist
Lars Igum Rasmussen,
lar@dadl.dk

FOTO: Palle Peter Skov

»Det er forvagt Ejler Ejlersen«, lyder det i den ene ende af telefonrøret.

»Hvad fanden laver du der«, lyder det i den anden.

Mandag i sidste uge oplevede ledende overlæge på Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus – Sygehus Lillebælt Ejler Ejlersen på egen krop, hvordan livet er som forvagt på hans afdeling.

Yngre Læger forsøger med byttevagt-projektet at sætte fokus på de unge lægers arbejdsmiljø. Og første

stop er hos Ejler. Overlægen skal for en dag være den unge læge Karen Kudsk.

Dagen efter går den yngre læge med og oplever livet som ledende overlæge. Toppen skal se og føle arbejdslivet i bunden af hierarkiet. Og omvendt.

»Inden vi gik i gang, havde jeg en god fornemmelse af livet på afdelingen. Vi bliver altid ratet som et god uddannelsessted med et godt arbejdsmiljø. Så jeg blev faktisk lidt overrasket over, hvor stressende det fortsat kan være med forvagtstelefonen. Det var sgu

stressende, for man bliver evindeligt afbrudt i sit arbejde», siger Ejler Ejlersen.

Som forvagt bliver Ejler Ejlersen kaldt ned i den akutte visitationsafdeling. En mand er kommet ind med en alkoholskade. Som hepatolog kan Ejler hurtigt se, hvad der er galt. Han sætter manden i behandling, men får ikke skrevet journal med det samme. Telefonen kalder ham til skadestuen.

»Den bimlede og bamlede. Selvom jeg med min baggrund og erfaring hurtigt stillede den rette diagnose og igangsatte behandlingen, blev jeg forstyrret og nåede ikke at skrive journal før senere. Og selv jeg overså noget. Jeg sagde nemlig til ham, at fortsatte han drikkeriet, vil han dø, inden året er omme. Han svarede, at det var ligegyldigt, for han har prostatakræft. Det fik jeg ikke adresseret i journalen, da jeg nåede dertil, fordi vi havde travlt. Men vi skulle egentlig få ham ud af sine dødsspekulationer om prostatakræften, da de er ubegrundede. Og derfor var jeg ikke præcis nok«, siger Ejler Ejlersen.

Ejler og Karen tilkaldes til den første patient kort efter de er mødt klokken 08.00. En mand er virkelig dårlig. Ligger på intensiv med et lungeødem. Mellemvagten er til stede, og anæstesen er ved at stabilisere patienten. Det er Ejlers opgave at få tilkaldt de pårørende, da manden risikerer at dø. På grund af hans erfaring er det uproblematisk at tale med de pårørende, selvom han ikke har mødt patienten før.

Det er en helt almindelig mandag i Vejle. Alligevel går det i visse tilfælde lidt nemmere at få patienter gennem systemet. Hovedparten af de læger og sygeplejersker, som Ejler og Karen støder på, kender den ledende overlæge. Der stilles eksempelvis færre spørgsmål, når en patient skal flyttes mellem afdelingerne.

To praktiserende læger indlægger inden for ti minutter to kvinder for mulig lungeemboli, som de begge tidligere har haft. I en stresset situation er der risiko for, at oplysninger om deres sygdomshistorie forveksles. De stikord, der noteres, kan være vitale. Er den ene kvinde febril? Eller var det den anden? På en travl dag kan forvagten, som også på Vejle Sygehus er yngste mand, glemme noget, der ikke må glemmes.

På Medicinsk Afdeling har de løbende forsøgt at gøre arbejdslivet lettere for de unge læger. Forvagten visiterer ikke længere, det gør en visitationssygeplejerske. Der er indført en 11-18-vagt uden telefon, som forvagten henviser opgaver til. Der er ansat flere læger, end det er nødvendigt for at dække vagtlagene. For ek-

sempel er der 14 mellemvagter til et niskiftet rul. Alligevel sætter én dags oplevelser tanker i gang hos Ejler Ejlersen:

»På trods af alt det, vi har gjort, ligger der fortsat mange stressmomenter på forvagten«, siger han.

På Ejler Ejlersens kontor har han tegnet en cirkel på whiteboardet, hvorfra der udgår en masse streger. Der står »Taxasystem«. Oplevelserne har inspireret il leg med en helt ny organisering, hvor tovholdere ikke længere skal være forvagten.

Ejler Ejlersen overvejer, om de skal skabe en helt ny koordinerende vagt. En person, der ved, hvilke læger, der har hænderne fri, ligesom de på taxacentralen ved, hvilke biler der er ledige. På den måde kan opgaver sendes til ledige læger, så ingen forstyrres midt i en patient – så prostataproblemstillingen ikke glemmes, eller de to kvinder med lungeemboli ikke forveksles. Om det bliver til mere end tanker, er uvist. Men vagtbyttet har sat tanker i gang:

»Denne her leg har provokeret mig til refleksion over, hvordan vi kan blive endnu bedre«, siger Ejler Ejlersen.

Samtidig har han overvejet, om det måske skulle være en mere erfaren og ældre kollega, der står i tæt kontakt til forvagten. Beslutningskraften vil være større med erfaringen, og det kunne måske komme både patienten og det øvrige personale til gode.

Ejler tilkaldes til skadestuen. En febril ældre kvinde er faldet på badeværelset. Hun har lungebetændelse. Ejler skriver indlæggelsesjournalen. Erfaringen gør, at han søger for, at røntgen af lungerne og blodprøver bliver taget på skadestuen, inden kvinden sendes til den akutte visitationsafdeling. På den måde undgår de, at hun nogle timer efter både skal have taget blodprøver og forbi røntgenafdelingen.

Vagtbyttet medfører en konkret forandring i Vejle. Ejler Ejlersen barsler med en ide om, at en del af tilbageløbsmidlerne, som afdelingen råder over, hvert halve år fremover skal belønne den læge, der gør noget godt for arbejdsmiljøet og kollegialiteten med 10.000-20.000 kroner.

»Vi har et godt arbejdsmiljø hos os, selvom vi har frygteligt travlt. Det ved alle. Men jeg kan se, at det kan blive endnu bedre. Ved at indstille og belønne den gode kollega, der bidrager positivt til vores arbejdsmiljø, kan vi konstant holde fokus på, hvor vigtigt det er, at det fungerer godt«, siger han.

Yngre Læger opfordrer afdelinger rundt om på danske hospitaler til at forsøge byggevagt-projektet. Evalueringsskemaer kan rekvireres hos Yngre Læger Team Arbejdsmiljø.

! LÆS MERE

Yngre Lægers syn på arbejdsmiljø på: læger.dk > Yngre Læger > Arbejdsmiljø.

Psykisk syge misbrugere kan ende som kastebolde

Udbredt utilfredshed med Sundhedsstyrelsens udkast til nye retningslinjer for alkoholbehandlingssteder. Lægeforeningen vil have reglerne evalueret allerede om halvandet år.



Journalist
Annette Hagerup,
ahagerup@mail.dk

Psykisk syge alkoholmisbrugere risikerer at ende som kastebolde mellem kommuner og regioner!

Et farvel til borgernes frie valg af behandlingssted!

Sundhedsstyrelsens udkast til nye retningslinjer for landets alkoholbehandlingssteder har på forhånd sat sindene i kog.

De ny retningslinjer var ellers længe ventede. Lægeforeningens Misbrugsudvalg har tidligere advaret om, at tilbuddene til de alkoholafhængige er af for svingende kvalitet og varierer fra kommune til kommune.

Men de nye retningslinjer er og bliver en »ommer«. Lægeforeningen anbefaler således, at de underkastes endnu en faglig vurdering. Og yderligere: at de evalueres efter højst halvandet år.

»Lægeforeningen mener ikke, at de foreliggende retningslinjer imødekommer behovet for ensartet sikring af kvaliteten i behandlingstilbuddene til de p.t. 12.000 alkoholafhængige patienter, der er i behandling samt de ca. 130.000 borgere, der endnu ikke er i behandling for alkoholafhængighed«, hedder det bl.a. i Lægeforeningens høringssvar til Sundhedsstyrelsen.

Retningslinjerne er en del satspuljeforliget for 2009, der blev indgået mellem alle Folketingets par-

tiet undtagen Enhedslisten. Af aftalen fremgår det bl.a., at der bør etableres en kommunalt baseret godkendelsesordning og et kommunalt baseret tilsyn med både private og offentlige alkoholbehandlingssteder.

Netop derfor undrer det formanden for Forebyggelsespolitisk Styregruppe i Lægeforeningen, Jette Dam-Hansen, at den foreslåede godkendelsesordning alene omfatter de privatdrevne tilbud. Kommunerne skal således ikke godkende deres egne behandlingstilbud.

LUTTER GODE HENSIGTER

»Vi efterlyser en central akkrediteringsordning, som kan garantere fagligheden i såvel private som offentlige alkoholbehandlingstilbud. Sundhedsstyrelsens udspil bærer mere præg af gode intentioner frem for af forpligtende krav. Med al respekt for kommunerne tror vi, det visse steder kan knibe med at gennemskue, hvorvidt institutionerne nu også lever op til kravene«, siger Jette Dam-Hansen.

Hun frygter, at de godt 50 pct. af de alkoholafhængige, som tillige lider af en psykisk sygdom, vil blive kastebolde mellem de forskellige behandlingsregimer. »De nye retningslinjer foreslår stik imod alle faglige anbefalinger, at mennesker med dobbeltdiagnoser fremover skal behandles to steder. I kommunalt regi for deres alkoholproblem og hos læger/psykiatere for deres psykiske sygdom«.

Jette Dam-Hansen bakkes op af Marianne Geoffroy, psykiater og behandlingsansvarlig overlæge for Lænkeambulatorierne på Sjælland.

»Sundhedsstyrelsens egen MTV-rapport om alkoholbehandling pointerer jo netop, at personer med misbrug ikke skal pendle mellem mange forskellige behandlingssteder. Men tværtimod tilbydes medicinsk og terapeutisk behandling på ét og samme sted«, fortæller Marianne Geoffroy og fortsætter:

»Hvis en borger med både et alkoholmisbrug og



FAKTA

»Det er jo kun 25 pct. af alkoholbehandlingen, som ligger hos de private. Så det er ikke godt nok. De retningslinjer, vi har set fra styrelsen, opfatter vi som et udkast til forhandlinger om, hvordan de endelige regler skal være«, siger SF's forebyggelsesordfører Karl Bornhøft til Altinget.dk.

Dansk Folkepartis sundhedsordfører Liselott Blixt siger til Altinget.dk: »Som udgangspunkt må der være lige vilkår for både de offentlige og de private. Der skal jo være samme sikkerhed for kvaliteten, uanset hvor behandlingen foregår«.

en psykisk lidelse i dag henvender sig til distriktpsykiatrien, bliver han/hun bedt om at komme tilbage, når de er blevet ædru og afvænnet. Det samme sker, hvis vi henviser en sådan patient til behandling på en voksenpsykiatrisk afdeling.

Men mennesker med alkoholmisbrug har ofte en psykisk lidelse, der gør, at de ikke ved egen kraft kan komme ud af deres misbrug. De drikker for at dulme en underliggende psykisk lidelse som angst, ADHD, personlighedsforstyrrelser eller depression. Man må altså gøre noget ved den psykiske lidelse, før de kan slippe ud af misbruget. Jeg er spændt på, om psykiatrien er klar til at påtage sig den opgave.

Marianne Geoffroy er betænkelig ved, at borgerne muligheder for frit valg af behandlingssted i realiteten bortfalder, hvis retningslinjerne effektueres. »De kommuner, der selv ønsker at stå for behandlingen, kan vælge helt at lukke de private behandlingstilbud. F.eks. ved at stille kravene så højt, at de private udbydere ikke kan opfylde dem. KL har med dette udspil sikret sig, at man bare kan lukke for hansen, hvis økonomien i en kommune tilsiger det. I forvejen har borgerne generelt ringe adgang til alkoholbehandlingssteder, selvom det er afgørende for behandlingens succes, at behandlingsstedet ligger cen-

tralt i forhold til hjem og arbejde. Som én, der har været fagligt engageret i at opgradere alkoholbehandlingen i Danmark, må jeg sige, at der er tale om en sørgelig udmelding«, siger Marianne Geoffroy. Hun efterlyser samtidig retningslinjer for hele det »grå« marked af Minnesotakure o.l., som firmaer sender deres medarbejdere på i dyre domme.

KL MANGLER BARE PENGENE

Kontorchef i KL's kontor for Social- og Sundhedspolitik, Peter Kjærsgaard, forstår ikke kritikken. »Kommunerne godkender jo heller ikke sine egne børnehaver, skoler etc. Man har netop ansat en ledelse til at sørge for, at hver enkelt institution lever op til de krav, der stilles til driften«, siger Peter Kjærsgaard.

Han betegner de nye retningslinjer som et stort fremskridt. »Det centrale for os har været at få fjernet den megen uklarhed omkring de private tilbud. Det står nu fast, at man skal godkendes, hvis man fremover vil levere alkoholbehandling til den offentlige sektor. Vi er klar til at løfte opgaven, forudsat vi får de økonomiske midler til at udføre den«, siger Peter Kjærsgaard.

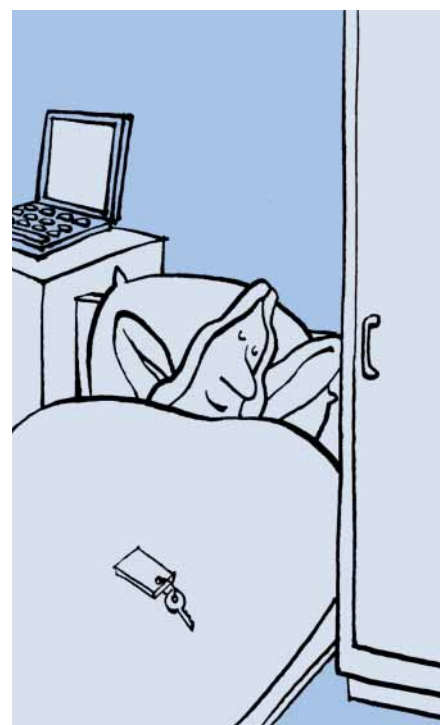


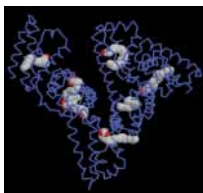
Hvor skal vi sove i nat?

Yngre Læger har ret til et vagtværelse, når de er på vagt om natten, men mange vagtværelser er under alt kritik. Hvilket vagtværelse giver dig mest lyst til at yde en ekstra indsats?

Kom med dine ideer og krav til OK11 og diskuter dine kollegers input på www.laeger.dk/ok11

yngre læger
OK11





Lav serum-albumin ved indlæggelse er associeret med øget mortalitet

> EUR J INT MED

Serum-albumin ved indlæggelse på et akutmedicinsk modtageafsnit er nonlinear associeret med 30-dages-mortalitet, således at de med de laveste niveauer har kraftigt forøget mortalitetsrisiko.

»Ætiologien til hypoalbuminæmi er multifaktoriel«, skriver førsteforfatter Owen Lyons, St. James's Hospital, Dublin, Irland. »Det kan afspejle dårlig koststatus og proteinindtag, nedsat leverfunktion eller et 'negativt akutfaseprotein' med nedsatte værdier ved inflammatoriske processer«.

I studiet fra European Journal of Internal Medicine har man analyseret albumin hos alle patienter, der blev indlagt på et akutmedicinsk modtageafsnit i 2002-2008. Mortalitet var defineret som død på hospitalet inden for 30 dage. Serum-albumin-værdier (normalområde 35-45 g/l i dette studie) blev på baggrund af deres fordeling inddelt i grupper.

Mortalitetsratio var 31,7% ved de laveste 10% af serum-albumin-værdierne (ukorrigeret odds ra-

tio (OR): 6,35). For patienter i gruppen med de laveste 25% serum-albumin-værdier (under 36 g/l) sås en 30-dages-mortalitet på 19,9%, og denne øgede risiko forblev høj efter justering for bl.a. alder, genindlæggelse, blodtransfusion, komorbiditet og svær sygdom (OR: 2,95).

Inger Søndergaard, Akutmodtagelsen, Herlev Hospital, kommenterer: »Vores opgave i akutmodtagelsen er, foruden stabilisering, initial diagnostik og akutbehandling, også at foretage en medicinsk risikovurdering af alle akutte patienter for at kunne visitere dem videre så kvalificeret og korrekt som muligt. Artiklen fortæller os, at vi foruden brug af symptomernes alvorlighed, vitale parametre og arbejdsdiagnoser også har en biokemisk markør nemlig serum-albumin, som evt. vil kunne indgå i den samlede risikovurdering«.

Lyons O, Whelan B, Bennett K et al. Serum albumin as an outcome predictor in hospital emergency medical admissions. Eur J Int Med 2010;21:17-20.

Carotis-endarterektomi er bedste behandling ved carotisstenose

> LANCET

I behandlingen af symptomatisk carotisstenose er anlæggelse af stent et alternativ til endarterektomi med kirurgisk fjernelse af den aterosklerotiske proces. »Vi finder ved stentning en forøget risiko for apopleksi på 1,92 og en 2,76 gange øget mortalitet i forhold til ved endarterektomi«, skriver International Carotid Stenting Study-investigatorene. Derfor vurderes det, at carotis-endarterektomi er en mere sikker behandling end stentanlæggelse for patienter, der kan undergå kirurgi.

Resultaterne findes i et randomiseret, kontrolleret multicenterstudie publiceret *early online* i Lancet, hvor der var blindet bedømmelse af udfaldet ved uafhængige klinikere. Patienter med nylig symptomatisk a. carotis stenose blev randomiseret til stent (n = 855) eller endarterektomi (n = 858).

Inden for de første 120 dage var der 34 tilfælde af invaliderende apopleksi eller død i stentgruppen vs. 27 i endarterektomigruppen (4,0% vs. 3,2%; *hazard ratio* (HR): 1,28, 95% konfidensinterval: 0,77-2,11). Apopleksi, død eller procedurerelateret myokardieinfarkt var hhv. 8,5% og 5,2% (HR: 1,69; p = 0,0006). Forskellen mellem grupperne skyldtes hovedsageligt flere ikkeinvaliderende tilfælde af apopleksi i stent-

gruppen end i endarterektomigruppen, men der var også flere tilfælde af fatal apopleksi og fatalt myokardieinfarkt. Der var lige mange tilfælde af invaliderende apopleksi i de to grupper.

Der var et tilfælde af nerveparese i stentgruppen og 45 i endarterektomigruppen.

Henrik Sillesen, Afdeling for Karkirurgi, Rigshospitalet, kommenterer: »Resultaterne af ICSS ligger i forlængelse af to tidligere, større europæiske undersøgelser vedr. behandling af symptomatisk carotisstenose, hvor man ligeledes ikke kunne påvise, at stenting er lige så godt som carotis-endarterektomi på nuværende tidspunkt. Det er dog også bemærkelsesværdigt, at der ikke var forskel i den kardielle morbiditet, men at forskellen i det kombinerede endepunkt alene kom fra flere *strokes* i stent-gruppen. Der er tale om korttidsresultater, og det bliver spændende at observere langtidsprofylaksen. Endarterektomi er fortsat førstevalg ved symptomgivende carotisstenose«.

International Carotid Stenting Study investigators. Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised controlled trial. Lancet 2010;10.1016/S1474-1422(10)70057-0.



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

Mindre salt i kosten kunne give væsentligt mindre hjerte-kar-sygdom

> N ENGL J MED

En moderat reduktion af salt i kosten kunne nedsætte udgifterne til hjerte-kar-sygdom og sundhedsudgifterne væsentligt. »Saltindholdet i kosten anbefales at være under 5,8 gram/dag, men amerikanske mænd og kvinder skønnes at indtage hhv. 10,4 gram og 7,3 gram«, skriver forfatterne bag et studie publiceret *early online* i New England Journal of Medicine, og tilføjer, »det høje saltindhold kommer særligt fra forarbejdet mad«.

De har estimeret fordelene ved at reducere salt i maden med 3 gram/dag (1.200 mg natrium). Hyppighed af hjerte-kar-sygdom og udgift til dette blev beregnet, og saltreduktion blev sammenlignet med andre forebyggende interventioner.

Saltreduktion forventes at ville kunne reducere antal nye tilfælde af hjerte-kar-sygdom med 60.000-120.000 årligt i USA. Desuden ville der kunne ses 32.000-66.000 færre tilfælde af cerebralt infarkt og 54.000-99.000 færre tilfælde af akut myokardiein-

farkt. Dødsfald af alle årsager kunne reduceres med 44.000-92.000.

De økonomiske fordele er på højde med interventioner rettet mod rygning, fedme og kolesterol. De beregnede mulige besparelser i sundhedsmkostninger i USA ville være på 10-24 milliarder dollar årligt.

Christian T. Torp-Pedersen, Kardiologisk Afdeling, Gentofte Hospital, kommenterer: »Studiet hviler på den antagelse, at blodtryksreduktion som følge af reduceret saltindtag vil reducere sygdom. Dette er ikke studeret, men aktuelle analyser kunne gøre et interventionsforsøg attraktivt«.

Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. N Engl J Med 2010;10.1056/NEJMoa0907355.



Hvem skal behandles med finasterid til forebyggelse af prostatacancer?

> J CLIN ONCOL

Finasterid kan reducere incidensen af prostatacancer, men anvendes sjældent. Andrew J. Vickers og medforfattere fra Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, finder, at klinikere, der ønsker at reducere risikoen for enhver biopsidetekterbar prostatacancer, skal anbefale finasterid til alle. Klinikere, der vil stile mod at forebygge de tilfælde, der findes ved screening, står sig bedst ved at anbefale finasterid til en højrisiko subgruppe.

Finasterid blokerer enzymet 5- α -reduktase, medfører en formindskelse i prostatas størrelse og forbedrede vandladningssymptomer. Bivirkninger inkluderer nedsat libido og impotens. Data fra The Prostate Cancer Prevention Trial blev anvendt til at konstruere en beslutningsmodel for tre behandlingsstrategier: at behandle alle mænd med finasterid, at behandle en subgruppe baseret på prostataspecifikt antigen (PSA)-niveau eller ikke at behandle nogen.

I alt 9.058 mænd blev randomiseret til finasterid eller placebo i syv år. Af disse blev 1.957 diagnosticeret med prostatacancer inden for de syv år: 798 (18,3%) i finasteridgruppen og 1.159 (24,7%) i placebogruppen. Der blev målt årlig PSA og blev taget biopsi ved PSA > 4,0 ng/ml og ved forsøgsafslutning.

Med hensyn til prostatacancerendepunkter var den optimale strategi at behandle alle. Når forfatterne vurderede risikoen for cancer opdaget ved rutineundersøgelse, var behandling af mænd med PSA på 1,3-2 ng/ml optimalt. Ved at behandle mænd med PSA > 2 ng/ml (ca. 40%), var *number needed to treat* på 20-25 for at forhindre et cancertilfælde, og der sås en cancerhyppighed, der kun var 1,1% højere, end hvis alle mænd fik finasterid.

Bettina Nørby, Urologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt Fredericia, kommenterer: »Effekten af kemoprævention for en sygdom med så bredt et klinisk spektrum som prostatacancer er vanskelig at bedømme, og princippet vil formentlig kun blive anvendt systematisk, såfremt der påvises reduceret mortalitet i den behandlede gruppe. Overvejelserne i det aktuelle studie om selektion af mænd til kemoprævention baseret på PSA indebærer, at man screener asymptomatiske mænd med brug af PSA, hvilket aktuelt ikke anbefales i Danmark«.

Vickers AJ, Savage CJ, Lilja H. Finasteride to prevent prostate cancer: Should all men or only a high-risk subgroup be treated? J Clin Oncol 2010;28:1112-6.

Ny indekseringsform i Danish Medical Bulletin

Traditionelt indekseres videnskabelige artikler efter en fast skabelon, som består af årstallet, tidsskriftets volumenummer og fortløbende sidetal, hvor volumenummeret typisk skifter årligt. Denne model for indeksering har vi anvendt i både Ugeskrift for Læger og Danish Medical Bulletin, men nu skifter vi til en ny måde at indekser indholdet på i Danish Medical Bulletin. Fremover vil den enkelte artikel have sidetal fra 1 til X, og sidetallene vil derfor ikke være fortløbende i den enkelte årgang af tidsskriftet. Til gengæld vil hver artikel få et unikt artikelnummer, og referencen til den enkelte artikel vil fremover være f.eks. Dan Med Bul 2010;57:A4116, hvor A4116 er det unikke artikelnummer.

Denne ændring skyldes bl.a. indførelsen af muligheden for gratis at publicere ph.d.-afhandlinger og disputater i Danish Medical Bulletin som regelrette indekserede oversigtsartikler. Vi har indført en model, hvor forfatterne selv indsender en færdigredigeret fil med afhandlingen, som herefter umiddelbart publiceres. For at mindske arbejdsbelastningen i Ugeskriftets sekretariat og på Lægeforeningens forlag indfører vi derfor nu artikelnumre i stedet for fortløbende sidetal for en årgang. På denne måde skal vi ikke holde styr på fortløbende sidetal i hvert nummer af tidsskriftet, men kan nummerere artiklerne, efterhånden som de bliver klar, og herefter offentliggøre dem på internettet i det førstkomende nummer. Da Danish Medical Bulletin nu udkommer månedligt, betyder det, at artiklerne bliver publiceret maksimalt en måned efter, at de er færdige fra forlaget.

Artikelnumrene kan måske for udenforstående se mærkelige ud, men det er de samme artikelnumre, som anvendes i sekretariatets interne manuskript-system; det udelukker risikoen for at to artikler får samme nummer, og ved anvendelse af et system, som vi bruger i forvejen, vil der ikke være tvivl i arbejdsprocessen med tildeling af numre.

Et lignende system kendes fra BMJ, hvor man indførte artikelnumre i juli 2008 [1]. Her var årsagen dog en anden, nemlig at man ønskede at publicere løbende på internettet, dvs. at der kan udkomme nye artikler flere gange om ugen i takt med, at de bliver klar. Artiklerne i BMJ får således et artikelnummer og publiceres på nettet; hver uge plukker redaktionen så et udvalg af artikler til det trykte blad. I det trykte

blad bevares disse specifikke artikelnumre, som er den korrekte reference, selvom BMJ stadig angiver sidetal i den trykte version af tidsskriftet. Ordningen i BMJ er indført for at give mulighed for ikke at trykke alle artikler på papir, dvs. at alt materiale ligger på nettet, men kun et uddrag trykkes på papir [1]. Situationen for Danish Medical Bulletin er anderledes, idet det er et 100% web-baseret produkt. Indførelsen af artikelnumre i Danish Medical Bulletin giver dog redaktionen en fleksibilitet til på et senere tidspunkt måske at udgive uddrag af det fulde materiale fra internettet i andre medier, trykte såvel som elektroniske, uden at skulle holde sig inden for en stram skabelon med fortløbende sidetal.

Det er svært at spå om fremtiden, men som det ser ud lige nu for de videnskabelige tidsskrifter, vil vi måske i Ugeskrift for Læger nærme os en model som BMJ's, hvor der på internettet offentliggøres fuldtekstversioner af de videnskabelige artikler, og man i det trykte medie ikke nødvendigvis publicerer det fulde materiale fra internettet. Indførelsen af artikelnumre i Danish Medical Bulletin vil derfor også give os nogle erfaringer, som vi vil kunne overføre til Ugeskriftet, hvis vi senere skal overgå til en model med fuld version på internettet og kun et uddrag publiceret i det trykte tidsskrift.

For forfatterne og læserne vil der ikke være nogen væsentlig ændring, idet identifikationen af artiklen ved søgning på f.eks. PubMed stadig vil være unik, og artiklen altid vil kunne findes ved angivelse af den korrekte reference. Den fulde reference vil altid være markeret på artiklens første side. Eneste mindre ulempe vil være, at man f.eks. i referencelister, hvor artiklen forekommer, ikke umiddelbart kan se, hvor mange sider artiklen fylder, da referencen kun indeholder artikelnummeret uden sidetal. Dette har vi dog anset for at være et mindre problem i forhold til de gevinster, vi får ved omlægningen. Specielt når vi bevarer Danish Medical Bulletins status som et *open access*-tidsskrift, vil man altid ved få tastetryk kunne finde den originale artikel og herved se dens fulde længde.

LITTERATUR

1. Godlee F, Delamothé T, Smith J. Continuous publication: the next logical step. BMJ 2008;336:1450.

LEDER

Redaktør
Jacob Rosenberg

KORRESPONDANCE:

Jacob Rosenberg,
Gastroenheden, Kirurgisk
Sektion, Herlev Hospital,
DK-2730 Herlev.
E-mail: jaro@heh.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

Hudsygdomme er dødelige

Reservelæge Line Marie Broksø Holst & overlæge Robert Gniadecki

STATUSARTIKEL

Dansk Dermatologisk Selskab

Hudsygdomme har været anset som invaliderende og psykisk stressende, men ikke som livstruende. Men flere hudsygdomme er fatale; det antages, at minimum 500 personer årligt dør af en dermatologisk lidelse!

Psoriasis er en T-celle-medieret inflammatorisk hudsygdom, som forekommer hos 2-3% af befolkningen. Psoriasispatienters forventede levetid er reduceret med 3-4 år i forhold til raske individer.

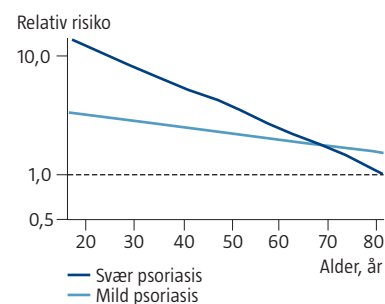
Den øgede mortalitet skyldes udbredt inflammation i huden, som har metaboliske konsekvenser, samt insulinresistens og endotelial skade, som resulterer i accelereret aterosklerose. Risikoen for kardiovaskulær hændelse og apopleksi er 2-3 gange forøget (**Figur 1**). Sværhedsgraden af sygdommen korrelerer med risikoen for kardiovaskulær død. Psoriasis kan sidestilles med diabetes, hvad angår risiko for kardiovaskulær død [1]. Det samme gør sig gældende for andre svære inflammatoriske hudsygdomme som lupus erythematosus. Årligt dør ca. 200 patienter af malignt melanom, og incidensen er stadig stigende. De største risikofaktorer er overdreven solbadning og brug af solarier. Det er muligt at helbrede melanom, såfremt det diagnosticeres i et tidligt stadium og behandles med korrekt kirurgisk excision. Et brugbart diagnostisk redskab er dermoskopi, som øger den diagnostiske sikkerhed med 49%. I dag diagnosticeres over 65% af alle melanomer i tidlige stadier i forhold til ca. 40% for 20 år siden [2]. Denne fremgang kan forklare, at mortaliteten ikke stiger så hurtigt som incidensen.

Nonmelanom hudkræft er den hyppigst forekommende kræftform i Danmark, og hvert år dør ca. 50 patienter. De mest udsatte er de immunsupprimerede organtransplanterede patienter, hvor incidensen af planocellulært karcinom er mere end 65 gange forøget, og hvor en tredjedel af dødsfaldene er forårsaget af metastaserende hudkræft.

Hvordan forebygger og forhindrer vi de livsfarlige dermatologiske sygdomme? Behandling af inflammatoriske lidelser med methotrexat (MTX) eller biologisk behandling reducerer den dødelighed, der er forårsaget af metabolisk syndrom og kardiovaskulære komplikationer. Desværre er det ikke alle patienter med udbredt psoriasis, der bliver tilbudt systemisk behandling. Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) arbejder på kliniske retningslinjer til screening for metabolisk syndrom og behandling af psoriasis.

FIGUR 1

Relativ risiko for myokardieinfarkt hos patienter med psoriasis. Kilde: Baseret på data fra [1].



Maligne hudtumorer kan teoretisk stoppes i tide. Størstedelen er synlige, tilgængelige, og gør dermed tidlig diagnosticering og behandling mulig. Ingen burde dø af hudkræft! Grunden til, at melanom diagnosticeres for sent, er manglende viden hos patienterne – og mangel på diagnostiske færdigheder hos ikkedermatologer. Dermoskopi bliver stort set kun anvendt i dermatologisk regi. Det er vist, at melanommortaliteten er mindre i områder med flere praktiserende dermatologer, og at den diagnostiske sikkerhed overvejende er højere hos dermatologer end ikkedermatologer (92% versus 62%). Direkte adgang til trænede dermatologer kan være livsreddende. Desværre er direkte adgang endnu ikke implementeret i Danmark. Det samme gør sig gældende for klinikker for organtransplanterede patienter, som ville kunne give patienterne en hurtig og korrekt diagnose og behandling. Der udarbejdes nu i DDS evidensbase-rede kliniske retningslinjer til behandling af melanom og nonmelanom hudkræft, og inden længe vil postgraduate kurser og certificering i dermoskopi være tilgængelige.

KORRESPONDANCE: Robert Gniadecki, Dermato-venerologisk Afdeling D, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: r.gniadecki@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: Robert Gniadecki har været konsulent og modtog honorarer fra Abbott, Janssen-Cilag, Pfizer, Schering-Plough, Serono og Wyeth.

LITTERATUR

1. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB et al. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006;296:1735-41.
2. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K et al. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002;3:159-65.

Pakkeforløb for livstruende hjertesygdomme

Overlæge Christian Hassager, overlæge Benedikte Haastруп, overlæge Kristian Korsgaard Thomsen & overlæge Henrik Steen Hansen

Ved beskrivelsen af de vigtigste begivenheder i det forløbne år bidrager Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) traditionelt med information om ny højteknologisk, invasiv behandlingsteknik. Denne gang beskrives imidlertid en ny organisationsform for udredning og behandling af en række livstruende hjertesygdomme.

I det nuværende regeringsgrundlag fremgår det, at »regeringen vil indføre optimale pakkeforløb for forundersøgelse og behandling for patienter med livstruende hjertesygdomme på samme måde som på kræftområdet.« De sundhedsfaglige elementer for pakkeforløb inden for fire kardiologiske sygdomsenheder: 1) stabil angina pectoris, 2) ustabil angina pectoris (UAP) og akut myokardieinfarkt uden ST-elevation (NSTEMI), 3) hjerteklapsygdom samt 4) hjertesvigt er beskrevet (1), og implementeringen er påbegyndt.

Formålet er at sikre optimal udredning og behandling, forkorte forløbet og derigennem forbedre prognose og livskvalitet. Pakkeforløbene er baseret på DCS's kliniske retningslinjer (2) og omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, udredning, diagnose og behandling til rehabilitering.

Udredningen ved begrundet mistanke om stabil angina pectoris omfatter kardiologisk forundersøgelse med ekkokardiografi. Efterfølgende gennemføres, baseret på symptomer og risikoprofil enten supplerende diagnostiske undersøgelser (arbejdselektrokardiogram, myokardieskintigrafi, hjertecomputertomografi) eller direkte henvisning til koronarangiografi (KAG). Det samlede udredningsforløb fra henvisning til udredningen er slut må maksimalt vare 15 hverdage. Evt. revaskulariserende behandling (perkutan koronarangioplastik (PCI) eller koronar bypassgrafting (CABG) bør gennemføres inden for ti dage fra hjertekonference.

Klinisk stabile patienter med UAP eller NSTEMI

visiteres til pakkeforløb, så snart diagnosen er stillet. Henvisning til KAG bør effektueres i første indlæggelsesdøgn. Invasiv udredning og evt. ad hoc-PCI bør foregå inden for 72 timer. Evt. CABG bør udføres inden for syv kalenderdage fra KAG. Klinisk ustabile patienter henvises til akut KAG på hjertecenter.

Ved begrundet mistanke om hjertesvigt eller hjerteklapsygdom (uforklaret åndenød, væskeretention, eller abnorm træthedsfølelse, der ikke er forklaret ud fra elektrokardiogram, lungefunktionsundersøgelse samt screeningsblodprøver, eller uafklaret kardial mislyd) henvises patienten til et pakkeforløb (Figur 1), der indledes med en ekkokardiografi inden for syv hverdage. En del patienter vil herefter afslutte pakkeforløbet, men to grupper vil fortsætte:

Patienter med hjertesvigt med systolisk dysfunktion uden betydende hjerteklapsygdom fortsætter i pakkeforløb for hjertesvigt, der svarer til forløbene i de eksisterende hjertesvigtssklinikker. Patienter med hæmodynamisk betydende venstresidig hjerteklapsygdom, der formodes at skulle opereres, fortsætter i pakkeforløb for hjerteklapsygdom. Sekundær udredning skal påbegyndes inden for syv hverdage, og evt. operation skal foretages inden for yderligere 14 dage.

De fire pakkeforløb er ved at blive implementeret i alle regioner, og DCS ser dette som et betydeligt kvalitetsløft for de mange danske patienter med livstruende hjertesygdomme.

KORRESPONDANCE: Henrik Steen Hansen, Hjertemedicinsk Afdeling B, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

E-mail: henrik.steen.hansen@ouh.regionsyddanmark.dk.

INTERESSEKONFLIKTER: Kristian K. Thomsen har modtaget honorar fra MSD og Astra Zeneca samt fået dækket rejseomkostninger af MSD, Astra Zeneca og Novartis.

LITTERATUR

1. http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Behandling%20af%20hjertesygdomme/Pakkeforloeb_paa_hjerteomraadet.aspx
2. <http://www.cardio.dk/sw13263.asp>

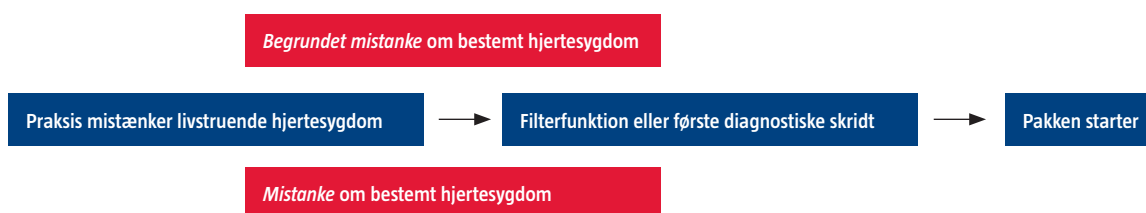
STATUSARTIKEL

Dansk Cardiologisk Selskab



FIGUR 1

Eksempel på pakkeforløb, der starter, når der er begrundet mistanke. Der kan være begrundet mistanke fra første konsultation eller efter første diagnostiske skridt (filterfunktion).



Diagnostik og monitorering af status epilepticus

Overlæge Troels Wesenberg Kjaer & ledende overlæge Jesper Gyllenberg

STATUSARTIKEL

Dansk Epilepsi Selskab

Epileptiske anfald skyldes abnorm hypersynkronisering af kortikale neuroner. Disse anfald opfattes ofte som synonyme med kramper, men der er langt fra altid motoriske manifestationer. Når de epileptiske anfald bliver langvarige eller hyppige, uden at patienten bliver bevidsthedsklar indimellem, taler vi om status epilepticus. Hos bevidsthedspåvirkede patienter bør man altid overveje diagnosen nonkonvulsiv status epilepticus, også selv om der ikke har været set kramper eller foreligger kendt neurologisk sygdom.

Nonkonvulsiv status epilepticus (NCSE) kan enten være selvstændig årsag til bevidstløshed eller være en konsekvens af en underliggende tilstand. Således ses NCSE ved kendt epilepsi, men også ved strukturelle (særligt subaraknoidal blødning og traume) og nonstrukturelle hjernesygdomme (f.eks. metabolisk encefalopati og diffus cerebral hypoksi). Hos patienter med krampeanfald og efterfølgende mangelfuld opvågning bør NCSE altid mistænkes. Resultaterne af en række studier har vist, at 10-40% af neurointensivpatienter og 8-12% af andre intensivpatienter har uerkendte epileptiske anfald eller status epilepticus [1-3].

Diagnosen NCSE stilles ved hjælp af elektroencefalografi (EEG) med støtte i de kliniske tegn. De fleste større hospitaler har mulighed for at foretage et 30-minutters standard-EEG i dagtiden på hverdage. I nogle tilfælde vil dette være tilstrækkeligt til at stille diagnosen. Studier tyder dog på, at hos op mod halvdelen af patienterne overses statustilstanden, hvis der kun fore-

tages et standard-EEG, hvorved den nødvendige behandling forsinkes eller helt undlades [1]. Brug af kontinuert EEG (cEEG) giver mulighed for at monitorere og diagnosticere disse patienter, fordi EEG'et kører hele tiden i lighed med elektrokardiogram, blodtryksmåling og saturationsmåling (Figur 1).

EEG-monitorering foretages dels for at sikre diagnosen, dels for at vejlede behandlingen. Diagnostisk bør monitorering foregå i mindst 48 timer for at udelukke NCSE [3]. Når diagnosen NCSE er etableret, og antiepileptisk behandling iværksat, evalueres effekten af behandlingen ved fortsat monitorering, da de kliniske ændringer ofte er diskrete og langsomt indsættende. Hos nogle patienter induceres coma, og her kan cEEG vejlede.

Hvorfor skal disse patienter identificeres? Resultaterne fra flere studier tyder på, at NCSE er selvstændigt forbundet med øget sygelighed og dødelighed. Dog er der ofte en tæt sammenhæng mellem forekomsten af NCSE og den underliggende sygdoms sværhedsgrad. I dyremodeller er der imidlertid god dokumentation for, at forlængede anfald og status, både konvulsivt og nonkonvulsivt, er associeret med øget celledød, produktion af frie radikaler, inflammation, gliose og synaptisk reorganisering.

I øjeblikket er det muligt at foretage cEEG-monitorering på enkelte hospitaler i Danmark, men det kliniske behov gør, at denne undersøgelsesmodalitet må forventes udbredt til større dele af landet. Ved hjælp af datareduktionsteknikker kan lange EEG-optagelser komprimeres (Figur 1), og de bliver dermed mindre resursekrævende at evaluere. Dette muliggør via telemedicinske løsninger, at også hospitaler uden egen neurofysiologisk ekspertise kan anvende teknologien. I et studium af omkostningseffektivitet fandt man hos 158 intensivpatienter, at udgifterne til cEEG udgjorde 1% af hospitalsudgifterne og havde indflydelse på kliniske beslutninger hos 90% [3].

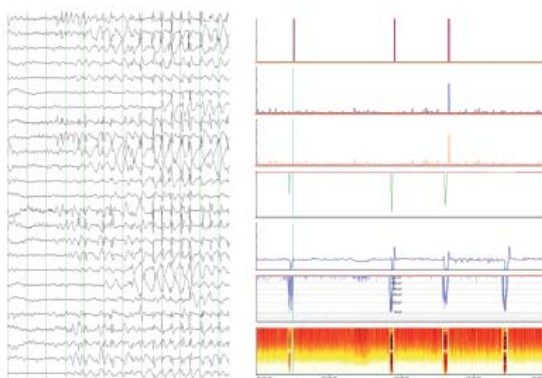
KORRESPONDANCE: Troels Wesenberg Kjaer, Neurofysiologisk Klinik NF, 3063, Neurocentret, Rigshospitalet, DK-2100 København. E-mail: neurology@dadlnet.dk
INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Claassen NJ, Emerson RG, Hirsch LJ. Frequency and predictors of nonconvulsive seizures during continuous electroencephalographic monitoring in critically ill children. *Arch Neurol* 2006;63:1750-5.
2. Oddo M, Carrera E, Claassen J et al. Continuous electroencephalography in the medical intensive care unit. *Crit Care Med* 2009;37:2132-3.
3. Friedman D, Claassen J, Hirsch LJ. Continuous electroencephalogram monitoring in the intensive care unit. *Anesth Analg* 2009;109:506-23.

FIGUR 1

Til venstre ses ca. 11 sekunder af det rå elektroencefalogram, der viser starten af et fokalt epileptisk anfaldsmønster. De højre kurver viser fire timers optagelse. Der ses syv paneler, som repræsenterer forskellige former for datareduktion. Den tynde tyrkise streg, som går igen på alle syv paneler, angiver tidspunktet for elektroencefalogrammet i venstre del af figuren.



Kviksølvmanometret – hvil i fred

Professor Hans Ibsen

EU-kommissionen lægger op til, at kviksølvmanometret bliver forbudt til klinisk blodtryksmåling, og kun må anvendes til validering af nyt apparatur samt til igangværende epidemiologiske undersøgelser [1-3].

I et EU-direktiv fra 2007 blev kviksølvholdige instrumenter forbudt med virkning fra 3. april 2009 på baggrund af kviksølvs toksicitet. En undtagelse var dog kviksølvmanometret. Ikke desto mindre har Europaparlamentet besluttet at revurdere sagen.

EU-kommissionens *Scientific committee on emerging and newly identified health risks* (SCENIHR) fik pålagt at nedsætte en ekspertgruppe til en fornyet vurdering. Rapporten blev frigivet den 20. oktober 2009 [1].

Indtil nu har kviksølvmanometret været guldstandard for blodtryksmåling.

Blodtryksmåling med et velvedligeholdet kviksølvmanometer og udført af sundhedspersoner, som er velinstruerede i teknikken, er den mest præcise rutinemetode til blodtryksmåling [1]. Men der er mange fejlkilder i den auskultatoriske teknik! Ofte er sundhedspersonalet ikke velinstrueret, og en stor del af apparaterne er i en dårlig tilstand. Den amerikanske blodtryksforsker *Norman Kaplan* siger: »Blodtryksmåling er en måling med de største helbreds-mæssige konsekvenser, men som desværre ofte udføres sjusket«. I EU-rapporten fastslås det, at der findes ligeværdige kviksølvfrie blodtryksapparater.

De såkaldte aneroide (uden væske) manometre har været i miskredit, men nyere udstyr er velvalideret, selv om der kan være problemer med apparaturets mekaniske dele. Ved en ny auskultatorisk metode måles trykket i manchetten/ballonnen med en elektronisk transducer. Apparatet, der anvendes til denne metode, kræver – som alt udstyr – jævnlige kalibrerings- og vedligeholdstjek.

EU-kommissionen lægger op til at forbyde generel anvendelse af kviksølvmanometret til blodtryksmåling.



Oscillometrisk måleudstyr anvendes i udstrakt grad. Det er vigtigt, at udstyret er til overarmen, at det er velkalibreret samt velvalideret, f.eks. godkendt af det europæiske hypertensionsselskab.

De oscillometriske apparater er ikke tilstrækkeligt validerede ved atrieflimren, hos gamle med stive kar, hos børn eller ved præeklamsi.

Rapportens konklusioner er:

1. I alle kliniske situationer findes der blodtryksmåleudstyr, som kan erstatte kviksølvmanometret.
2. Kviksølvmanometre bør forblive tilgængelige som referencestandard til validering af nyt apparatur.
3. I igangværende epidemiologiske studier er det afgørende vigtigt at kviksølvmanometret stadig er tilgængeligt til sammenligning med kviksølvfrit udstyr.

Det må forventes, at EU-kommissionen følger sin rapport. Det vil betyde, at kviksølvmanometret vil forsvinde fra klinisk brug, men vil blive vedligeholdt som valideringsudstyr over for nye metoder i en længere periode, specielt i længerevarende epidemiologiske undersøgelser.

HVAD GØR VI SÅ FREMOVER?

Til almindelig blodtrykskontrol af patienter med hypertension vil det være velfunderet at anvende automatiseret oscillometrisk udstyr, specielt da metoden jo også anvendes i stor udstrækning til hjemme- og døgnblodtryksmålinger. I specielle situationer, såsom atrieflimren, graviditet og præeklamsi, skal der anvendes kviksølvfrit auskultatorisk måleudstyr, indtil yderligere validering af oscillometrisk metode foreligger. EU-kommissionens rapport vil få stor indflydelse på valg af udstyr samt kravene til kalibrering og validering. Vi får dog lov til fortsat at angive blodtryk i mmHg!

KORRESPONDANCE: Hans Ibsen, Kardiologisk Afsnit, Medicinsk Afdeling, Holbæk Hospital. E-mail: hib@regionsjaelland.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Hans Ibsen har fået dækket udgifter til hotel og rejser af EU-kommissionen.

LITTERATUR

1. EU-kommissionen, Scientific committee on emerging and newly identified health risks (SCENIHR): Mercury sphygmomanometers in healthcare and the feasibility of alternatives. Bruxelles: EU-kommissionen, 2009.
2. http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/scenihr_opinions_en.htm#2 (2. januar 2010).
3. http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_025.pdf (2. januar 2010).

STATUSARTIKEL

Dansk Hypertensions-selskab

Idrætsskader – mekanismer, forebyggelse og behandling

Overlæge Tommy Frisgaard Øhlenschläger, ledende overlæge Ulrich Fredberg, klinisk forskningslektor Per Hölmich, klinisk professor Niels Wedderkopp, professor Peter Magnusson & professor Michael Kjær

STATUSARTIKEL

Dansk Idrætsmedicinsk Selskab

Behandling af overbelastningsskader i lyskere regionen med træningsøvelser er vist at have god effekt, men hvorvidt træning af styrke og stabilitet i bækkenrelaterede muskler kan mindske risikoen for lyskeskader hos fodboldspillere er uvist. Dette fandtes ikke at være tilfældet i et nyligt stort randomiseret studie [1], hvor det sås, at de væsentligste risikofaktorer for lyskeskader var tidligere lyskeskader samt træningsaktivitet på et højt niveau [1].

Et højt fysisk aktivitetsniveau i barnealderen er vist at mindske risikoen for lænderygbesvær hos teenagere. Det er fundet, at de mest inaktive børn sammenlignet med meget fysisk aktive børn har en tre gange større risiko for at udvikle rygsmerte tre år senere [2]. Denne sammenhæng gjaldt også, såfremt børn allerede havde haft moderate rygsmerte i udgangspunktet [2].

Flere behandlingsregimer været anvendt over for seneoverbelastningsskader, men der foreligger ikke meget dokumentation. Ved knæseneoverbelastning er almindelig hård styrketræning fundet at være ligeså godt som specialiseret excentrisk muskeltræning [3], og begge disse træningsregimer havde en mere varig effekt på sene symptomer og funktion end injektion med glukokortikoid havde [3]. Ikke kun træning, men også vækstfaktorer og inflammatoriske faktorer spiller en rolle for seneheling og behandling af overbelastningsskade. Således er *insulin-like growth factor I* (IGF 1) frisat lokalt i senevæv fundet at stimulere senevæts kollagen, mens det ikke havde nogen stimulerende effekt på muskeltvækst [4]. Det betyder således, at væksthormon/IGF-I potentielt kan finde anvendelse i den farmakologiske behandling af seneoverbelastning.

Herudover er det for nylig påvist, at tumornekrosefaktor-alfa-blokade mindskede sene symptomer og blodgennemstrømning hos patienter med tendinopati, hvorimod interleukin-1-receptor-blokade ikke havde nogen effekt [5].

Ved heling af muskelvæv efter en immobilisering, er aldrende muskel fundet at regenerere dårligere end ung muskulatur, primært pga. en reduceret muskelstamcelleaktivitet. Disse aldrende satellitceller hæmmes i deres funktion af omgivende humorale faktorer, og det er interessant, at hvis aldrende satellitceller omgives med »unge« faktorer (serum fra yngre), så opfører de sig biokemisk set som yngre celler. Dette understreger, at design af det lokale vævmiljø måske er af større betydning for muskelsatellitcellens funktion end stamcellen i sig selv.

KORRESPONDANCE: Tommy Frisgaard Øhlenschläger, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: tpv@dadlnet.dk
INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Hölmich P, Larsen K, Krogsgaard K et al. Exercise program for prevention of groin pain in football players: a cluster-randomized trial. *Scand J Med Sci Sports*, 2010 (i trykken).
2. Wedderkopp N, Kjær P, Hestbæk L et al. High-level physical activity in childhood seems to protect against low back pain in early adolescence. *Spine J* 2009;9:134-41.
3. Kongsgaard M, Aagaard P, Kjær M et al. Corticosteroid injections, eccentric decline squat training and heavy slow resistance training in patellar tendinopathy. *Scand J Med Sci Sports* 2009;19:790-802.
4. Doessing S, Heinemeier KM, Kjær M et al. Growth hormone stimulates the collagen synthesis in human tendon and skeletal muscle without affecting myofibrillar protein synthesis. *J Physiol* 2010;588:341-51.
5. Fredberg U, Ostgaard R. Effect of ultrasound-guided, peritendinous injections of adalimumab and anakinra in chronic Achilles tendinopathy. *Scand J Med Sci Sports* 2009;19:338-44.

Ekstremt aktivitetsniveau.



Kan resektabiliteten af levermetastaser øges?

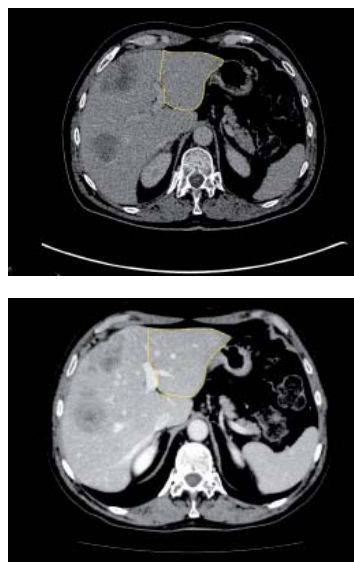
Overlæge André Wettergren, overlæge Allan Rasmussen, overlæge Christian Ross, klinikchef Jens G. Hillingsø, overlæge Susanne Frevert, overlæge Eva Fallentin & overlæge Peter N. Larsen

Leverresektion anses indtil videre for at være den mest effektive behandling af kolorektale levermetastaser. En forudsætning for langtidsoverlevelse er, at der opnås en R0-resektion (makro- og mikroradikal). Metastaser fra kolorektal cancer er langt den hyppigste indikation for leverkirurgi [1]. Desværre er kun 10-15% af patienterne tilgængelige for leverkirurgi på diagnosetidspunktet. I de seneste årtier er der sket et paradigmeskift i opfattelsen af, hvornår levermetastaser er resektable. Patienter med flere end tre metastaser, bilobære metastaser, lymfeknudemetastaser i leverhilus, lungemetastaser eller en mulig kirurgisk margin på < 1 cm blev ofte betragtet som ikke-resektable. Nu fokuseres der ikke længere på, hvad der kan fjernes, men hvad der er tilbage efter resektionen. Kan der opnås en R0-resektion (for hepatisk og ekstrahepatisk sygdom) med samtidig bevarelse af sufficient volumen af den fremtidige leverrest (~ 20-30% af det totale levervolumen), betragtes patienten som resektabel. Det er derfor muligt at øge resektabiliteten hos primært ikke-resektable patienter, hvis metastaserne kan gøres mindre, eller volumen af den fremtidige leverrest kan øges. Med moderne kombinationskemoterapi synes det muligt at reducere metastasernes størrelse, så op mod 35% af de primært ikke-resektable patienter bliver tilgængelige for leverresektion uden øget operativ risiko og med en tre-årsoverlevelse på 73% [2]. Volumen af den fremtidige leverrest kan øges ved portalveneembolisering (PVE). Oftest emboliseres den højre portalgren +/- segmentfire-grenene, for at få segment to og tre i venstre leverlap til at hypertrofiere (**Figur 1**). PVE øger volumen af den fremtidige leverrest med ca. 9-15%, hvilket muliggør ekstensive resektioner. Patienter med multiple bilobære metastaser har mulighed for kurativ resektion ved såkaldt *two-stage*-resektion. Ved den første operation foretages leverbesparende lokal resektion eller radiofrekvensablation (RFA) af metastaserne i den fremtidige leverrest (typisk segment to og tre), der suppleres enten med preoperativ ligering af den højre portalvene eller postoperativ transhepatisk PVE. Ca. seks uger efter foretages fornyet computertomografi eller magnetisk resonansskanning for at vurdere resektabiliteten. Er R0-resektion mulig med sufficient volumen af den fremtidige leverrest, fortsættes med den anden operation.



FIGUR 1

Computertomografi af patient med multiple metastaser i højre leverlap og venstre leverlaps segment fire før og efter portalveneembolisering. Volumen af den fremtidige leverrest blev øget med 22%.



Her fjernes de resterende metastaser med en højresidig eller udvidet højresidig hemihepatektomi. I perioden mellem de to operationer kan der gives kemoterapi, uden at det påvirker hypertrofien af den fremtidige leverrest. *Two-stage*-resektion kan opnås hos ca. 75% af patienterne, uden perioperativ mortalitet og med en femårsoverlevelse på 50% [3].

En kombination af moderne kemoterapi, PVE og *two-stage*-resektion har i de seneste år ført til en øget mulighed for kurativ resektion af patienter med levermetastaser. Disse avancerede behandlingsformer kræver et tæt samarbejde mellem leverkirurger, radiologer og onkologer.

KORRESPONDANCE: André Wettergren, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik CTX, 2122, Rigshospitalet. DK-2100 København Ø. E-mail: wettergren@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Wettergren A, Larsen PN, Rasmussen A et al. Leverresektioner gennem ti år. Ugeskr Læger 2008;16:1326-9.
2. Nuzzo G, Giulante F, Ardito F et al. Liver resection for primarily unresectable colorectal metastases downsized by chemotherapy. J Gastrointest Surg 2007;11:318-24.
3. Pamecha V, Nedjat-Shokouhi, Gurusamy K et al. Prospective evaluation of two-stage hepatectomy combined with selective portal vein embolisation and systemic chemotherapy for patients with unresectable bilobar colorectal liver metastases. Dig Surg 2008;25:387-93.

STATUSARTIKEL

Dansk Kirurgisk Selskab

Kronisk obstruktiv lungesygdom – nye behandlingstilbud

Overlæge Thomas Ringbæk

STATUSARTIKEL

Dansk Lungemedicinsk Selskab

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en folkesygdom med en prævalens blandt voksne på ca. 10% såvel på verdensplan som i Danmark. Imidlertid er hen ved 70% af disse tilfælde udiagnosticerede, og en betragtelig del af disse har lungesymptomer [1]. I erkendelse af, at tobaksrygning den væsentligste årsag til KOL i Danmark, har Sundhedsstyrelsen nu anbefalet screening i form af spirometri af alle +35-årige rygere/eksrygere med enten åndenød eller hoste (Figur 1). Formålet er at afklare årsagen til disse patienters symptomer, og desuden er der i dag en række behandlingstilbud. Rygere, der ikke har haft held til rygestop med nikotinprodukter, kan søge hjælp i nye præparater som bupropion og vareniclin. For nylig har to store langtidsstudier cementeret placeringen af inhalerede kortikosteroider og langtidsvirkende bronkodilatorer (formoterol, salmeterol og tiotropium) i behandlingen af KOL [2, 3]. Disse præparater er sikre, reducerer åndenød og risikoen for eksacerbation og har formentlig en gunstig effekt på overlevelse.

Mange KOL-patienter er deconditionerede og har svækket muskulatur pga. fysisk inaktivitet. Med stor succes tilbydes mange af disse nu rehabilitering med fysisk træning som det væsentligste element. Gevinsten er mindre åndenød, forbedret livskvalitet og fysisk formåen samt færre hospital dage. Udfordringen er at ændre patienternes vaner, så de efter det superviserede program fortsætter med at være fysisk aktive. Hidtil har træningen været rettet mod patienter i stabil fase, men nye studier har vist, at træning også i den ustabile fase (eksacerbationer) har en eklatant positiv effekt på de samme parametre og muligvis også på overlevelsen [4]. Problemet her er at tilpasse træningen til patientens tilstand, så patienten ikke taber motivationen.

Omtrent 24.000 patienter indlægges årligt med eksacerbation i KOL, og hen ved 10% af disse har svært respirationssvigt, hvor respiratorbehandling overvejes. Noninvasiv ventilation til disse patienter har vist sig at kunne halvere risikoen for at komme i respirator og for at dø under indlæggelsen [5].

De seneste års forskning har vist, at KOL-patienter ofte har en række komorbiditeter, såsom depression, knogleskørhed og hjertelidelser, som ikke blot kan forklares ud fra fælles risikofaktorer som høj alder og eksposition for tobaksrøg. Mekanismerne er ikke helt afklarede og synes at involvere bl.a. inaktivi-

FIGUR 1

Spirometri som led i screening af kronisk obstruktiv lungelidelse.



tet, hypoksæmi og kronisk inflammation i et komplekst samspil. Indtil vi er i stand til at forebygge disse komorbiditeter, må vi sørge for, at de bliver diagnosticeret og behandlet selvstændigt.

Fra at være en sygdom, hvor lægens moralsk løftede pegefinger over for tobaksrygning var den eneste reelle intervention, findes der i dag en lang række tilbud. For at sikre en høj kvalitet i behandlingen indgår KOL i det nationale indikatorprojekt, og for at sikre hensigtsmæssige patientforløb, har Sundhedsstyrelsen taget initiativ til forløbsprogrammer.

KORRESPONDANCE: Thomas Ringbæk, Lungemedicinsk Klinik, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: ringbaek@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Thomas Ringbæk er medlem af advisory board hos Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline & Nycomed. Han har ikke været tilknyttet GlaxoSmithKline siden 2008.

LITTERATUR

1. Bednarek M, Maciejewski J, Wozniak M et al. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 2008;63:402-7.
2. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT et al. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-89.
3. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
4. Puhan M, Scharplatz M, Troosters T et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005305.
5. Bolton R, Bleetman A. NIV Non-invasive ventilation and continuous positive pressure ventilation in emergency departments: Where are we now? *Emerg Med J* 2008;25:190-4.

Akupunktur i sundhedsvæsenet

Speciallæge i almen medicin Elsebeth Lægård

Akupunktur efterspørges af patienter, medicinstuderende vil lære om akupunktur, akupunktur benyttes af jordemødre, og interessen for akupunktur er stigende blandt sygeplejersker og fysioterapeuter. Mange læger, især i den primære sektor, udøver akupunktur. Akupunktur er ved at blive en del af det etablerede sundhedsvæsen.

Smertelindring er – ud over lindring af kvalme – fortsat den primære indikation for brugen af akupunktur. Der er i England (maj 2009) udarbejdet kliniske retningslinjer, hvori akupunktur benyttes som smertelindring. Forskningen på området er veldokumenteret. Ifølge *National Institute for Health and Clinical Excellence* er kliniske retningslinjer for behandling af lændesmerter (*early management of persistent non-specific low back pain*): øvelser, manuel terapi og akupunktur ud over egenomsorg og smertelindrende medicin (www.nice.org.uk).

Der er mange undersøgelser om akupunkturs smertelindrende effekt. En dansk undersøgelse, der i 2009 publiceredes både i Danmark og udlandet [1], viser, at brug af traditionel smertelindring kan mindskes ved akupunktur som smertelindrende supplement under fødslen. Akupunktur rummer dog større potentiale end smertelindring, det opleves dagligt i klinikken af de, der udøver akupunktur. Men effekterne heraf er endnu ikke veldokumenterede. Nedenfor anføres nogle eksempler på undersøgelser fra de seneste 1-2 år, der viser noget af bredden inden for brugen af akupunktur.

Resultaterne af en norsk undersøgelse [2] viser, at akupunktur samt egenomsorg kan reducere hedeture,

forbedre søvn m.m. i menopausen sammenlignet med egenomsorg alene. Resultaterne fra en tysk undersøgelse [3] viser, at graviditetsraten ved in vitro-fertilisation kan øges ved brug af akupunktur. En svensk undersøgelse [4] viser mindsket kolik hos spædbørn.

Der er i 2009 også offentliggjort undersøgelser, hvor brugen af akupunktur ikke har vist effekt f.eks. en mindre dansk undersøgelse om igangsættelse af fødsel ved hjælp af akupunktur. Der foregår, især i Kina, omfattende forskning i akupunktur. Søger man i pubmed f.eks. på et akupunkturpunkt som Yintang (EX-HN 3) (**Figur 1**), kommer der 37 referencer hvoraf ca. halvdelen er fra 2007-2009. I disse undersøgelser indgår det anførte punkt i behandling af søvnløshed, demens, depression og allergi.

Der er beskrevet virkning af akupunktur på fire niveauer: lokalt, segmentalt, ekstrasegmentalt og centralt [5]. Muligvis er der også en virkning via bindevævet, det er endnu usikkert [5].

Der er stigende udgifter til medicin inden for sundhedsvæsenet, miljøbelastning i forbindelse med fremstilling af medicin, og når patienterne senere udskiller medicin, og endvidere er der bivirkninger og interaktioner forbundet med indtagelse af medicin. Med akupunktur har vi en behandlingsform, som er billig, klimavenlig, har et meget lavt bivirkningsniveau og tolereres godt af patienterne.

Derfor er det oplagt at satse på, at akupunktur får relevant plads i sundhedsvæsenet. For at akupunktur kan blive benyttet med det potentiale, som behandlingsformen rummer, er der brug for mere dansk forskning og for at få implementeret den forskning fra ind- og udland, der allerede findes på området. Det er Dansk Medicinsk Selskab for Akupunkturs forhåbninger for det næste års tid.

KORRESPONDANCE: Elsebeth Lægård, Svanholm Alle 2, DK-4050 Skibby.

E-mail: el@svanholm.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *Birth* 2009;36:5-12.
2. Borud EK, Alraek T, White A et al. Acupuncture treatment for vasomotor complaints in postmenopausal women. *Menopause* 2008, 22. november (Epub ahead of print).
3. Manheimer E, Zhang G, Udoff L et al. Effects of acupuncture on rates of pregnancy and live birth among women undergoing in vitro fertilisation. *BMJ* 2008;336:545-9.
4. Reinthal M, Andersson S, Gustafsson M et al. Effects of minimal acupuncture in children with infantile colic – a prospective randomised single blind controlled trial. *Acupunct Med* 2008;26:171-82.
5. White A, Cummings M, Filshie J. An introduction to western medical acupuncture. Churchill Livingstone, 2008.

STATUSARTIKEL

Dansk Medicinsk Selskab
for Akupunktur



FIGUR 1

Punktet EX-HN 3, der også kaldes Yintang. Punktet benyttes bl.a. til beroligelse og mod bihulebetændelse.



UVA-riboflavin-crosslinking: lovende behandling for keratoconus

Læge Anders P. Søndergaard, 1. reservelæge Anders Ivarsen & professor Jesper Hjortdal

STATUSARTIKEL

Dansk Oftalmologisk Selskab

Keratoconus er en progredierende, bilateral og ofte asymmetrisk korneal ektasi med ukendt patogenese. Diagnosen stilles oftest i 20-30-årsalderen, hvor nærsynede patienters brydningsfejl ikke længere kan korrigeres med briller. De fleste tilfælde kan behandles konservativt med hårde kontaktlinser, men hos en del patienter er en hornhindetransplantation nødvendig.

En hornhindetransplantation er dog forbundet med en række ulemper: et langvarigt forløb, en vis usikkerhed omkring synsprognosen, en livslang risiko for afstødning og et sårbart øje over for slag og stød. En behandling, der kan udsætte eller hindre en hornhindetransplantation, er således yderst ønsket. Da hornhindens biomekaniske styrke er abnormt nedsat ved keratoconus, kan en mekanisk stabilisering af vævet potentielt bremse progressionen eller endog bedre tilstanden.

UVA-riboflavin collagen cross-linking (CXL) blev introduceret klinisk i 1998 som en ny stabiliserende behandling af patienter med progressiv keratoconus [1]. Den stabiliserende effekt af behandlingen tilskrives dannelsen af *cross-links*, der medfører øget korneal

rigiditet. Hermed standses progressionen af keratoconus umiddelbart [2]. Præliminære resultater fra prospektive, randomiserede studier viser signifikant stabilisering af de korneale forandringer efter CXL-behandlingen hos keratoconuspatienter [3].

Den kliniske behandlingsprocedure består i korneal analgesi efterfulgt af epitelfjernelse. Der dryppes med riboflavin (B₂-vitamin)-opløsning, hvorefter der bestråles med ultraviolet (UVA) lys under fortsat riboflavinapplikation. Ved bestrålingen dannes frie iltradikaler, der inducerer kovalente bindinger mellem kollagenfibriller (*cross-links*). Samtidig beskytter riboflavin øjet mod UVA-strålingen ved absorption. Behandlingen foregår ambulant under sterile forhold, og efterbehandlingen består i antibiotiske øjendråber.

CXL har vist flere potentielle kliniske effekter ud over stabilisering af keratoconus. Der er beskrevet en baktericid effekt, hurtigere opheling af ulcerationer og reduktion af kornealt ødem [4].

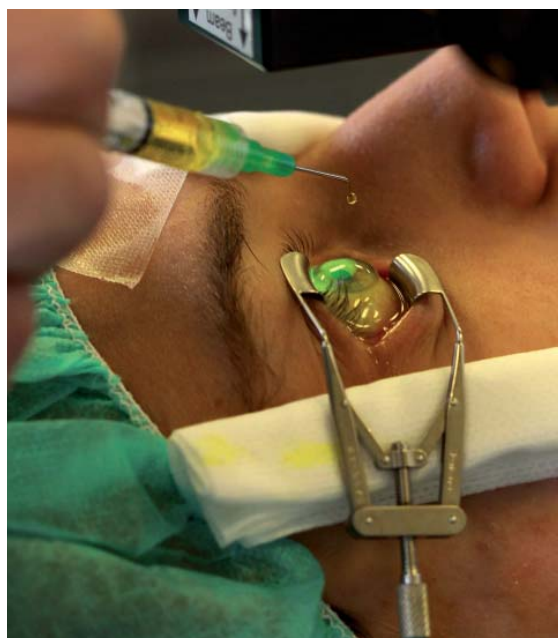
Der er beskrevet få komplikationer ved proceduren, herunder infektion og forbigående korneal uklarehed. Omsætningshastigheden af hornhindens kollagen er ikke kendt, hvorfor såvel langtidseffekten som potentielle langtidskomplikationer må undersøges. Hidtidige resultater er lovende og tyder på, at CXL er en sikker og billig behandling af progredierende keratoconus og ydermere har potentiale ved behandling af en række andre korneale lidelser.

KORRESPONDANCE: Anders P. Søndergaard, Øjenafdeling J, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: anders@soendergaard.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Anders P. Søndergaard har modtaget støtte til rejseudgifter fra Novartis ARVO Kongres Legat til præsentation af resultater fra forfatterens aktuelle ph.d.-studium i collagen cross-linking under ARVO årsmødet 2009.

LITTERATUR

1. Wollensak G, Sporn E, Seiler T. [Treatment of keratoconus by collagen cross linking]. *Ophthalmology* 2003;100:44-9.
2. Vinciguerra P, Albe E, Trazza S et al. Refractive, topographic, tomographic, and aberrometric analysis of keratoconic eyes undergoing corneal cross-linking. *Ophthalmology* 2009;116:2036-7.
3. Wittig-Silva C, Whiting M, Lamoureux E et al. A randomized controlled trial of corneal collagen cross-linking in progressive keratoconus: preliminary results. *J Refract Surg* 2008;24:S720-S725.
4. Ehlers N, Hjortdal J. Riboflavin-ultraviolet light induced cross-linking in endothelial decompensation. *Acta Ophthalmologica* 2008;86:549-51.



Behandling med riboflavin (B₂-vitamin) og UVA-lys. Foto: Anders P. Søndergaard.

National mammografiscreening – hvor langt er vi?

Screeningschef Ilse Vejborg

Danmark er et af de europæiske lande, hvor inciden- sen af brystkræft hos kvinder er høj, og et af de lande i verden, der har den højeste dødelighed af bryst- kræft. Sammenlignet med vore nordiske naboer, som alle har haft landsdækkende mammografiscreening i en årrække, har Danmark den højeste brystkræftdø- delighed. Samtidig er Danmark et af de lande, hvor debatten om fordele og ulemper ved mammografi- screening har været mest intens.

OPSTART OG UDFORDRINGER

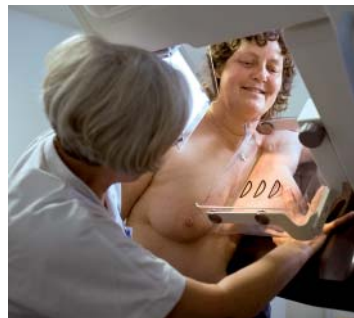
Mammografiscreening startede i Danmark i 1991 i København, 1993 på Fyn, 1994 på Frederiksberg, 2001 på Bornholm og i 2004 i Vestsjællands Amt. Fol- ketinget vedtog i 1999 en lov, der påbød amterne se- nest i år 2010 hvert andet år at tilbyde mammografi- screening til kvinder i alderen 50-69 år, i alt ca. 675.000 kvinder. I forbindelse med Aftale om Kræft- plan II i 2005 blev fristen fremrykket. Det blev beslut- tet, at tilbuddet skulle være udbredt til hele landet in- den udgangen af 2007, og at første runde skulle være afsluttet inden udgangen af 2009. Samtidig blev pak- keforløb for kræft indført i løbet af 2008. Det har væ- ret en stor udfordring for alle regioner at opbygge bæredygtige organisationer og rekruttere og uddanne det nødvendige personale sideløbende med udrulnin- gen af screeningstilbuddet. Tre af fem regioner star- tede i 2007, de øvrige to startede i 2008. Alle forven- ter at slutte første screeningrunde i henholdsvis 2009 og 2010. Mammografioptagelserne foregår overalt med digitalt udstyr og lagres digitalt (Figur 1).

KVALITETSSIKRING

Kvalitetssikring af et mammografiscreeningsprogram er essentiel for at sikre en balance mellem høj effek- tivitet med lave omkostninger og for at minimere de utilsigtede effekter. Succeskriterierne for et scree- ningsprogram er reduktion i sygelighed og dødelighed som følge af sygdommen, men effekten kan tidligst måles efter mindst 8-10 år. Det er derfor afgørende at have detaljerede data til at monitorere programmerne undervejs. Screeningsprogrammer i København og på Fyn har haft disse data. Data er løbende monitoreret i henhold til *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening*, og resultaterne er publice- rede [1, 2]. Effekten på brystkræftdødeligheden efter ti års screening er opgjort for det københavnske scree-

FIGUR 1

Alle regioner har digitalt mammo- grafiudstyr og digital arkivering, hvilket gør det muligt at sende og vurdere undersøgel- serne på tværs af hospitalerne i regio- nen. Kilde: Fotoet er udlånt af Kræf- tens Bekæmpelse.



STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Radiologi

ningsprogram [3]. Resultater angående betydningen af uddannelsesniveau på deltagelsesprocenten og ind- flydelsen af et tæt brystvæv på mammografiscreening er for nylig publiceret [4, 5].

MAMMOGRAFISCREENINGSDATABASE

For at sikre kvaliteten af det danske mammografi- screeningsprogram initierede Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen i 2007 Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening, som med udgangspunkt i kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorer skal overvåge og forbedre kvaliteten. Styregruppen for databasen har på baggrund af flere europæiske re- ningslinjer udarbejdet kliniske retningslinjer og har udvalgt og defineret 11 kvalitetsindikatorer. Databa- sen opsamler data fra de regionale invitationsdataba- ser, Patobanken, Det Centrale Personregister samt Landspatientregisteret. Vurdering af validiteten af de første indsamlede data pågår aktuelt.

KORRESPONDANCE: Ilse Vejborg, Mammadiologisk Afsnit X2022, Rigshospita- let, Mammografiscreeningsprogrammet i Region Hovedstaden, DK-2100 Køben- havn Ø. E-mail: ilse.vejborg@rh.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Mammography screening for breast cancer in Copenhagen April 1991-March 1997. Mammography Screening Evaluation Group. *Apmis* 1998;83:1-44.
2. Njor SH, Olsen AH, Bellstrøm T et al. Mammography screening in the county of Fyn. November 1993-December 1999. *APMIS* 2003;110:1-33.
3. Olsen AH, Njor S, Vejborg I et al. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ* 2005;330:220.
4. von Euler-Chelpin M, Olsen AH, Njor S et al. Does educational level determine screening participation? *Eur J Cancer Prev* 2008;17:273-8.
5. Olsen AH, Bihmann K, Jensen M-B et al. Breast density and outcome of mammography screening: a cohort study. *Br J Cancer* 2009;100:1205-8.

Opsporings- og behandlingsvejledning af overvægt

Overlæge Søren Toubro & overlæge Jens Fromholt Larsen

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Adipositasforskning

For Dansk Selskab for Adipositasforskning (DSAF) var den væsentligste begivenhed i 2009 Sundhedsstyrelsens novemberudgivelse af den kliniske vejledning for almen praksis »Opsporing og behandling af overvægt hos voksne« [1]. Et kortfattet praktisk værktøj, der i ni trin beskriver, hvordan lægen og praksispersonalet kan arbejde med overvægt (**Figur 1**). Vejledningen er blevet til i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) samt flere medlemmer af DSAF.

Fedme er en kronisk sygdom, som bortset fra kirurgisk behandling hovedsageligt behandles observerende og palliativt ved metaboliske komplikationer. Alt tyder derfor på, at forebyggelse på både samfunds- og individniveau er den samfundsmæssigt væsentligste interventionsmulighed. Hos DSAF havde vi derfor gerne set, at vejledningen havde indeholdt en henstilling til: 1) at alle voksne patienter blev vejret, såfremt der er gået mere end en måned siden seneste vejning, og 2) at en registreret vægtøgning på mere end fem kilo blev præsenteret for og diskuteret med patienten.

Desværre mente DSAM, at dette var »et fuldstændigt urealistisk mål«. I oktober 2009 afholdtes en høring om fedme som samfundsproblem arrangeret af Teknologirådet for Folketingets Sundhedsudvalg. Indlæggene blev givet af såvel samfunds- som naturfaglige personer. Planen er at bearbejde de mange input og samle dem i nogle enkelte rekommandationer og henstillinger til eventuelle forskningsområder.

Hypotesen om, at livslængden reduceres med op til et par år efter konventionelt vægttab hos overvægtige »raske«, lever fortsat, trods det faktum at et in-

tenderet vægttab hos adipøse forbedrer næsten alle biokemiske risikomarkører for hjerte-kar-sygdom. Evidensen baseres alene på epidemiologiske data. Hypotesen er klinisk vanskelig at efterprøve, men i longitudinelle dyremodeller er det vist, at kalorierestriktion nedsætter dødelighed og sygelighed. Således levede henholdsvis 50% i kontrolgruppen og 80% af aberne på kalorierestriktion efter 20 år [2].

Det blev i 2009 bekræftet, at GLP-1-analogen liraglutide fremkalder et klinisk relevant dosisafhængigt vægttab i et 20-ugers europæisk multicenter- og dosisresponsstudie blandt raske ikkediabetiske adipøse (*body mass index* (BMI) 30-40 kg/m²) patienter [3]. Liraglutide injiceret dagligt i op til ca. dobbelt dosis af den rekommanderede daglige behandlingsdosis til type 2-diabetikere fremkaldte et vægttab på > 5% hos 75% i behandlingsgruppen mod 30% af i placebo-gruppen. Fedmekirurgi er en etableret behandling. I 2009 udførtes ca. 3.000 operationer i Danmark, helt overvejende laparoskopisk gastrisk bypass. Langtidseffekterne af et mere end ti år bevaret gennemsnitligt vægttab på ca. 25% er en reduceret mortalitet på 30% blandt andet som følge af 30%'s reduktion i kræft og 80%'s reduktion i type 2-diabetes-incidensen [4]. Fedmekirurgi tilbydes alene til personer med BMI > 40 eller BMI > 35 kg/m² og alvorlige følgesygdomme (type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom), alder på 18-65 år, hvor alle konservative behandlingsmuligheder er afprøvet uden varigt vægttab. Det debatteres, om personer med BMI > 40 uden metaboliske komplikationer bør tilbydes fedmekirurgi. Her er det væsentligt at fremhæve den markante forbedring i bl.a. livskvalitet, selvværd, fysisk aktivitet, arbejdsevne og seksualliv, som opleves efter fedmekirurgi.

FIGUR 1

Illustration fra [1]. Illustratør: Niels Fabricius-Bjerre. Copyright Sundhedsstyrelsen.



KORRESPONDANCE: Søren Toubro, Reduce – Research Clinic of Nutrition, DK-4000 Roskilde. E-mail: st@reduce.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Søren Toubro samarbejder med Lægemiddelindustrien om afvikling af kliniske projekter på Reduce – en forskningsklinik, og han modtager herudover undervisningshonorar og honorar for konsulentytelser for Sundhedsstyrelsen og private/offentlige fonde. Jens Fromholt Larsen modtager honorar for overvægtskirurgi udført på privat-, forsikrings- og garantpatienter.

LITTERATUR

1. Klinisk vejledning for almen praksis. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen, 2009. www.e-pages.dk/dsam/1331390692/ (10. februar 2010).
2. Colmann RJ, Anderson RM, Johnson SC et al. Caloric restriction delays disease onset and mortality in rhesus monkeys. *Science* 2009;325:201-4.
3. Astrup A, Rössner S, van Gaal L et al. Effects of liraglutide in the treatment of obesity. *Lancet* 2009;374:1606-16.
4. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357:741-52.

Molekylærbiologiens indtog i allergidiagnostikken

Lektor Hans Jürgen Hoffman, overlæge Kirsten Skamstrup Hansen, overlæge Holger Mosbech & overlæge Peter Plaschke

Type I-allergi diagnosticeres ved anamnese, der er bekræftet med hudprøvetest og/eller måling af specifikt immunglobulin E (IgE). Allergenpræparationer til begge test standardiseres ud fra indhold af allergener og deres samlede allergenicitet. Da de enkelte allergener i allergenekstrakter ikke forekommer i et fast indbyrdes forhold, er fuldstændig standardisering ikke mulig. Diagnostikken er derfor baseret på allergenkilder med en vis biologisk diversitet.

Mange allergeners molekylære identitet er kortlagt, og de kan produceres som rekombinante produkter. Det er også muligt at oprense naturlige allergener. Traditionel bestemmelse af IgE mod f.eks. græspollen (allergenblanding) kan nu erstattes/suppleres med måling af IgE mod enkeltallergener – enten rekombinante eller oprensede naturlige – det kaldes *component resolved diagnosis* (CRD). Nye teknikker, muliggør måling af IgE for et stort antal allergener på små mængder serum [1].

IgE-antistoffer mod allergener (sensibilisering) kan også jævnlige påvises hos personer uden allergiske symptomer. Ved analyse med rekombinante allergener har man for latex kunnet skelne mellem sensibilisering med og uden allergi [2]. De allergiske havde alle IgE for latexallergenerne rHer b 1, 3, 5 og 6. Dette sås ikke hos de »kun sensibiliserede«, hvor 75% derimod reagerede mod profilin (Her b 8), et allergen som findes i latex og i forskellige planter, og som sjældent giver allergisymptomer. Allergi mod hvede (tilhører græsfamilien) og/eller græspollen kan vise sig som bagerastma og/eller fødevarerallergi og/eller høfeber evt. med pollenastma. *Microarray* med rekombinante hvede- og græspollenallergener kunne i modsætning til vanlig IgE-test differentiere mellem inhalations- og fødevarerallergi mod hvede [3]. Hvedeallergikere, der også havde græspollenallergi, kunne også identificeres. I udredning af fødevarerallergi overfor hasselnød hos birkeallergikere har man dog ikke med teknikken kunnet skelne mellem sensibilisering med og uden allergi [4].

Muligheden for samtidig analyse for IgE mod multiple allergener tillader, at der både inkluderes allergener, der krydsreagerer, og allergener der er ret specifikke for den enkelte kilde. På den måde vil analysen formentlig i fremtiden kunne bruges til at skelne mellem krydssensibilisering og »primære« allergier, som beskrevet ovenfor, og den vil måske end-



Multiple allergener?

videre kunne bidrage til vurdering af den enkelte patients risiko for et allergisk respons på fødevarer. Endelig kunne metoden sikre, at et allergenpræparat, der anvendes til allergenspecifik immunterapi, også indeholder allergene komponenter, der er relevante for den enkelte patient.

Den nye test har, som det fremgår, et betydeligt potentiale. I første omgang er der dog tale om en specialanalyse, hvis tolkning kræver et detaljeret kendskab til allergenernes sammensætning – og som ikke kan anvendes uden kendskab til anamnesen. Brugt forkert, kan svarene lede til en betydelig fejl- og overdiagnostik.

KORRESPONDANCE: Peter Plaschke, Allergiambulatoriet KAA-816, Gentofte Hospital, DK-2900 Hellerup. E-mail: peterplaschke@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: Firmaet Phadia (som udvikler og fremstiller diagnostiske in vitro-test vedr. allergi, herunder test baseret på de metoder, som artiklen omhandler) sponsorerer DSA's årsmøde sammen med firmaerne ALK Abello, GSK, MeadJohnson, MSD-Schering-Plough, Nivaard, Novartis, og Siemens.

LITTERATUR

1. Ferrer M, Sanz ML, Sastre J et al. Molecular diagnosis in allergology: application of the microarray technique. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2009;19 Suppl 1:19.
2. Ebo DG, Hagendorens MM, De Knop KJ et al. Component-resolved diagnosis from latex allergy by microarray. *Clin Exp Allergy* 2010;40:348-58.
3. Constantin C, Quirce S, Poorafshar M et al. Micro-arrayed wheat seed and grass pollen allergens for component-resolved diagnosis. *Allergy* 2009;64:1030.
4. Hansen KS, Ballmer-Weber BK, Sastre J et al. Component-resolved in vitro diagnosis of hazelnut allergy in Europe. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:1134-41.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Allergologi

Almen praksis – også i fremtiden ...

Reservelæge Rikke Pilegaard Hansen, læge Karen Kjær Larsen & speciallæge Jesper Lykkegaard

STATUSARTIKEL

Forum for Yngre Almenmedicinere og Dansk Selskab for Almen Medicin

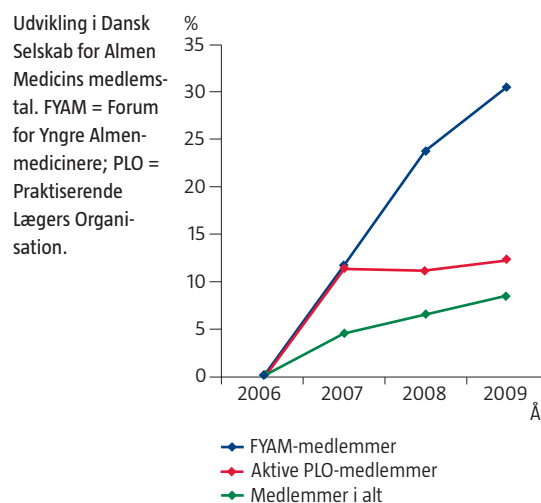
Den markante tilvækst af medlemmer og aktiviteter i Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) tegner et klart billede af den nye generation af speciallæger i almen medicin. En generation, der aktivt vil spille en rolle i fagets og sundhedsvæsenets udvikling. FYAM har på tre år oplevet en medlemstilgang på 31% (Figur 1). FYAM-årsmødet 2009 var det største nogensinde med 135 deltagere.

Medlemskab af FYAM kræver aktiv indmeldelse og betales af egen lomme. FYAM og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) er uafhængige af industrien. FYAM opererer regionalt, nationalt og internationalt. Omdrejningspunktet er FYAM-udvalget, hvor der med stor entusiasme arbejdes bredspektret med fremtidens uddannelse og vores faglige profil, forskning, internationalt samarbejde m.m. Værdifuldt input videregives af FYAM-repræsentanterne i DSAM's udvalg og føres ud i livet. Årets hovedbegivenhed er årsmødet, som er et værdifuldt mødested for almenmedicinere »på vej« – og et godt miks af et velkomponeret fagligt program, socialt samvær og FYAM-generalforsamling – hvor pladserne i år blev besat med kampvalg. FYAM-udvalget arbejder allerede nu på, at næste årsmøde skal slå rekorden fra i år. Almenmedicinsk forskning har ligeledes markant fremgang. Forskningsaktiviteterne øges inden for de almenmedicinske kerneområder: primærdiagnostik, medicinsk uforklarede symptomer og kronikerbehandling. Ph.d.-forum for alle yngre almenmedicinske forskere og seniornetværk motiverer til videnskabeligt og socialt sammenhold, og sikrer gode arbejds- og uddannelsesmæssige forhold for det stigende antal almenmedicinske forskere.

Analyser divergerer i deres vurdering af udbuddet og efterspørgslen på almenmedicinske speciallæger i fremtiden [1, 2]. Et faktum er, at der aktuelt mangler praktiserende læger i flere af landets yderområder. Til gengæld lover det stigende antal yngre læger med interesse for specialet godt for fremtiden. Der er udviklet et fast og velfungerende samarbejde mellem FYAM/DSAM, regionale uddannelseskoordinatorer og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Det har bl.a. resulteret i en fælles indsats for at optimere rekruttering og fastholdelse. Løbende udgives informationsmateriale om specialet og dets organisation til alle nye uddannelseslæger.

Det internationale samarbejde er forankret i

FIGUR 1



Vasco da Gama Movement (VdGM), sammenslutningen af europæiske uddannelseslæger under *The European Society of General Practice/Family Medicine* (WONCA Europe). VdGM mødes bl.a. i forbindelse med de almenmedicinske kongresser, hvor erfaringer udveksles f.eks. via mulighed for gensidige praksisbesøg. Engagement i netværket giver os nye perspektiver på det danske sundhedsvæsen og åbner vores øjne for udviklingspotentialer inden for faget. Vi oplever gang på gang, hvor privilegerede vi er i Danmark; både hvad angår uddannelse, løn- og arbejdsvilkår samt tilfredsstillelsen ved at være en del af et speciale, hvor såvel den daglige klinik som uddannelsen af yngre læger er videnskabeligt forankret. I FYAM føler vi os klar til at være med til at fremtidssikre det almenmedicinske speciale – så almen praksis fortsat kan danne et dynamisk og stærkt fundament for det danske sundhedsvæsen – også i fremtiden.

KORRESPONDANCE: Rikke Pilegaard Hansen, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens. E-mail: rptk@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra Udvalg vedrørende Almen Praksis. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
2. Lægeprognosen 2006 – almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2005–2025. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2006.

Nyt Referenceprogram for apopleksi

Forskningsoverlæge Søren Paaske Johnsen & klinikchef Palle Petersen

Dansk Selskab for Apopleksi (DSfA) har ved udgangen af 2009 udsendt en opdateret version af Referenceprogram for apopleksi [1]. Der er tale om den tredje udgave af programmet siden 2003, hvilket afspejler de seneste års meget hastige udvikling inden for diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af denne alvorlige folkesygdom.

Opdateringen af referenceprogrammet er foretaget af en tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af DSfA med repræsentanter for såvel relevante lægelige specialer som øvrigt sundhedspersonale og patienter. I lighed med de tidligere udgaver af programmet er opdateringen baseret på systematisk litteratursøgning og evidensgraduering i henhold til den metodologi, som er blevet udviklet og af *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [2]. Den identificerede videnskabelige litteraturs evidens og relevans i en dansk sammenhæng er herefter blevet analyseret og drøftet i arbejdsgruppen og ved offentlig høring.

Referenceprogrammet omfatter rekommandationer vedrørende den akutte behandling i forbindelse med hospitalsindlæggelse for patienter med apo-

pleksi. Ved behandling forstås den samlede tværfaglige indsats i forbindelse med medicinsk behandling, pleje og start på genoptræning. Den overordnede udvikling inden for området bevæger sig i disse år med hastige skridt imod en stadig mere aktiv indsats i den akutte fase (**Tabel 1**). Således er der nu eksempelvis evidens for at tilbyde en højere andel af patienterne med iskæmisk apopleksi trombolyselbehandling, ligesom patienter med transitorisk cerebral iskæmi, dvs. symptomvarighed på under et døgn, bør udredes og behandles akut.

Den hastige udvikling inden for området stiller betydelige krav til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre, at fremskridtene kommer alle patienter til gavn. Det er DSfA's forhåbning, at det opdaterede referenceprogram vil være et nyttigt redskab med henblik på at skabe overblik og prioritere indsatsen.

Det opdaterede referenceprogram er fremsendt til alle relevante aktører på apopleksiområdet og er endvidere tilgængeligt via selskabets webside [1]. Med henblik på at understøtte implementeringen af programmet vil selskabet i 2010 gennemføre en række møder landet over, hvor anbefalingerne vil blive præsenteret. Implementeringen vil løbende blive monitoreret via Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), idet kvalitetsindikatorerne i NIP-apopleksi er baseret på anbefalingerne fra referenceprogrammet.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab
for Apopleksi



TABEL 1

Eksempler på nye eller bestyrkede anbefalinger i Referenceprogram for apopleksi.

Ved transitorisk cerebral iskæmi anbefales start af behandling med acetylsalicylsyre inden for 24 timer, eventuelt suppleret med blodtryks- og statinbehandling

Udredning af patienter med transitorisk cerebral iskæmi eller apopleksi, herunder ultralydsundersøgelse af halskar, bør ske i løbet af få dage, helst inden for 24 timer, således at eventuel operation kan gennemføres så hurtigt som muligt (inden for få dage)

Intravenøs trombolyselbehandling med rekombinant vævsplasminogenaktivator anbefales til udvalgte patienter inden for 4,5 timer efter debut af symptomer på akut iskæmisk apopleksi. Det anbefales, at behandlingen startes hurtigst muligt efter symptomdebut. Behandlingen bør registreres i Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-protokollen

Der er evidens for, at hemikraniektomi ved malignt arteria cerebri media-infarkt reducerer den akutte dødelighed

Blodtrykssænkende behandling ved akut intracerebral blødning kan forsøges med start inden for seks timer efter debut med henblik på at forebygge reblødning

Specifik fysio- og ergoterapeutisk genoptræning opstartes hurtigst muligt efter indlæggelse som følge af den første vurdering

KORRESPONDANCE: Søren Paaske Johnsen, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Science Center Skejby, DK-8200 Århus N.
E-mail: spj@dce.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Referenceprogram for apopleksi. Dansk Selskab for Apopleksi, 2009. www.dsfa.dk (10. februar 2010).
2. www.sign.ac.uk (10. februar 2010).

Erfaringer med udbrud af *Clostridium difficile* 027

Overlæge Bente Olesen

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi

Infektion med *Clostridium difficile* er den hyppigste årsag til nosokomial diarree i de industrialiserede lande. Infektionen ses især under indlæggelse, hvor der gives antibiotikabehandling, og den spænder klinisk fra asymptomatisk kolonisation over mild diarree til pseudomembranøs colitis, toksisk megacolon og colonperforation. Flere subtyper, herunder *C. difficile*, ribotype 027 (CD027), er associeret med et alvorligere forløb end normalt. CD027 har forårsaget udbrud i både Nordamerika og i Europa [1]. Den større virulens har formentlig sammenhæng med en øget toksinproduktion.

UDBRUD

Omkring nytåret 2009 oplevede vi på hospitalerne i Nordsjælland et stigende antal patienter med *C. difficile*, som var resistente over for moxifloxacin, erytromycin, rifampicin og clindamycin. I isolaterne påvistes gener for toksin A, toksin B og det binære toksin samt en deletion i *tcdC*-genet, som er associeret med overproduktion af toksiner. Ribotypning på Statens Serum Institut viste, at det drejede sig om CD027. I hele 2009 omfattede udbruddet i alt 190 patienter. I alt 41 patienter har foreløbig haft et recidiv, seks har haft mere end et recidiv.

Journaler fra de første 59 patienter i 2009 blev gennemgået [2]. Medianalderen var 81 år (spændvidde 73-87 år), gennemsnitlig indlæggelsestid før

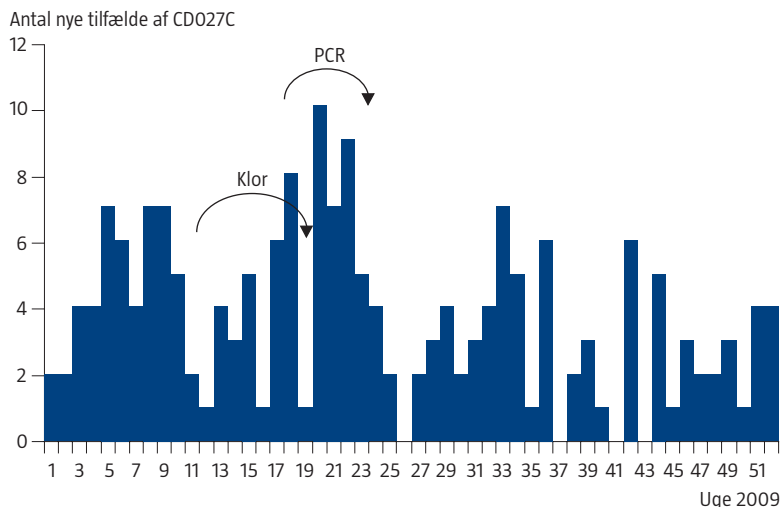
sygdomsfrembrud var 9,5 dage (spændvidde 0-72 dage), der var forekomst af forudgående eller aktuel hospitalskontakt hos alle og en median tid mellem recidiver på 31 dage (spændvidde 23-50 dage). I otte (62%) dødsfald vurderedes CD027 at være en sandsynlig medvirkende dødsårsag. 93% af patienterne fik systemisk antibiotika inden symptomdebut (cefalosporiner 70%, penicilliner 46%, fluoroquinoloner 42%, og metronidazol 34%). I april måned dyrkede vi CD027 hos 11% af de indlagte patienter med diarree; vi fandt en højere recidivfrekvens hos disse patienter (27%) end hos patienter, der var inficeret med andre *C. difficile*-ribotyper (3%), $p < 0,001$. Antibiotogrammet af den aktuelle klon adskiller sig fra den stamme, der var involveret i et mindre udbrud på Brørup Sygehus i november 2006 [3] ved også at være resistent over for erytromycin og clindamycin.

INTERVENTIONER

Som konsekvens af udbruddet, som i marts 2009 havde spredt sig til andre hospitaler på Sjælland, blev der etableret en national overvågning af CD027. Lokalt er vores erfaring, at hurtig polymerasekædereaktion (PCR)-diagnostik for *C. difficile* af alle indlagte diarrepatienter er en stor fordel. Faktorer, der formentlig har hjulpet med til at bekæmpe udbruddet, er oprettelse af en lokal udbrudsgruppe, indførelse af daglig desinficerende rengøring med et klorholdigt middel, fokus på håndvask inden hånddesinfektion samt reduktion af antibiotikaforbruget. Aktuelt (medio november 2009) er udbruddet overstået på Nordsjællands hospitaler, men klonen ser ud til at være blevet endemisk, dvs. at der fortsat forekommer enkelttilfælde. Andre hospitaler i region H rapporterer fortsat om lokale udbrud. Når norovirusæsonen starter, frygter vi en opblussen af *C. difficile*-tilfældene, idet vores erfaring er, at dobbeltinfektioner ikke er sjældne.

KORRESPONDANCE: Bente Olesen, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Hillerød Hospital, DK-3400 Hillerød. E-mail: benol@hih.regionh.dk.

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen



Antal patienter inficeret med CD027 (*Clostridium difficile*, ribotype 027) på Nordsjællands hospitaler i 2009. PCR = polymerasekædereaktion.

LITTERATUR

- O'Connor JR, Johnson S, Gerding DN. *Clostridium difficile* infection caused by the epidemic BI/NAP1/027 strain. *Gastroenterology* 2009;136:1913-24.
- Bacci S, St-Martin G, Olesen B et al. Outbreak of *Clostridium difficile* 027 in North Zealand, Denmark, 2008-2009. *Euro Surveill* 2009;14:pii = 19183.
- Søes L, Mølbak K, Strøbæk S et al. The emergence of *Clostridium difficile* PCR ribotype 027 in Denmark – a possible link with the increased consumption of fluoroquinolones and cephalosporins? *Euro Surveill* 2009;14:pii = 19176.

Akut geriatri – fremtidens tilbud til den ældre medicinske patient

Ledende overlæge Lars Erik Matzen, ledende overlæge Lillian Mørch Jørgensen, 1. reservelæge Hanne Pedersen, overlæge Solveig Henneberg, professor Else Marie Damsgaard & ledende overlæge Finn Rønholdt

De kommende fælles akutmodtagelser (FAM) samler de akutte patienter på færre, men større sygehuse. En stor del af de akutte patienter er geriatrike. De præsenterer sig med uklare symptomer som f.eks. fald, delirium, feber, smerter og aftagende funktionsniveau. Den bagvedliggende ætiologi er ofte sygdom og samtidigt svigt i flere organsystemer. En akut og målrettet tværfaglig indsats, der omfatter diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering, har betydning for prognosen [1, 2].

Den demografiske udvikling vil øge andelen af 80+-årige betragteligt (**Figur 1**), og dermed antallet af geriatrike patienter. Mange patienter vil i fremtiden blive behandlet ambulant, men en stor del af de ældre med funktionstab i tilslutning til akut sygdom vil fortsat have behov for behandling under indlæggelse.

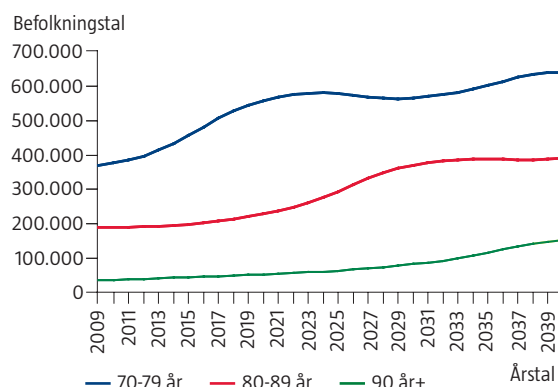
Høj kvalitet i patientbehandlingen kræver, at den ældre patient med det komplekse sygdomsbillede allerede i FAM møder den geriatrike speciallæge og det tværfaglige team inden for det første døgn. Opgaven er at tilrettelægge optimale patientforløb, som kan omfatte indlæggelse i geriatrike sengeafsnit eller udskrivelse til videre behandling i ambulatorium, daghospital eller i hjemmet.

Akut geriatri er også forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Dette omfatter dels udbygning af alternativer til akut indlæggelse og planlægning og koordinering af udskrivelser fra de akutte modtagelser, evt. kombineret med opfølgende besøg i hjemmet [3]. Flere geriatrike afdelinger tilbyder i dag akutte og subakutte ambulante tider. Subakutte teambesøg i hjemmet kan forebygge indlæggelser, men må begrænses til få og selekterede patienter [4].

I specialeplanen for »intern medicin: geriatri« fastslås det, at geriatrike speciallæger skal være til stede, der hvor den ældre patient møder sundhedsvæsenet. Næsten alle de geriatrike afdelinger modtager i dag akutte patienter, og uddannelsessøgende i specialet indgår flere steder i de akutte vagter. Det påhviler Sundhedsstyrelsen, regionerne og sygehusledelserne at etablere geriatri og sikre uddannelse af det nødvendige antal speciallæger, så de ældre sikres

FIGUR 1

Befolkningsfremskrivningen 2009 for 70+-årige mænd og kvinder i Danmark. Kilde: Danmarks Statistik 2009.



STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Geriatri

samme behandling i hele landet. Af hensyn til rekrutteringen er der aktuelt behov for, at flere basis- og introduktionsstillinger knyttes til de geriatrike afdelinger.

KORRESPONDANCE: Lars Erik Matzen, Geriatrik Afdeling G, DK-5000 Odense Universitetshospital. E-mail: lars.matzen@ouh.regionsyddanmark.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:792-8.
2. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b50.
3. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholdt F et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2007;7:4.
4. Matzen LE, Foged L, Pedersen P et al. Geriatrik teambesøg kan forebygge indlæggelse af subakut henviste patienter, men er et tidskrævende tilbud. *Ugeskr Læger* 2007;169:2113-8.

Vedligeholdelsesbehandling af ikke-småcellet lungekræft

Overlæge Olfred Hansen & afdelingslæge Tine Schytte

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Klinisk Onkologi

Kemoterapi er hjørnестenen i behandlingen af metastaserende ikke-småcellet lungekræft (NSCLC). Typen af histologi har vist sig at have stor betydning for effekten. Pemetrexed (PEM) er et antifolat, som har vist sig effektivt til behandling af NSCLC af ikke-plano-celler histologi (*non-squam*) og uden overbevisende effekt ved planocellulære karcinomer. Det skyldes forskellig ekspression af thymidilatsyntase. Et nyt randomiseret studie viste, at tidlig brug af PEM sammenlignet med placebo gav forbedret overlevelse (OS), når det blev givet umiddelbart efter kemoterapi uden tegn på progression [1]. Effekten kan formentlig forklares ved, at over 80% af patienterne (pt.) i kontrolgruppen ikke fik stoffet på noget tidspunkt. Det synes klart, at PEM bør indgå i behandlingen af *non-squam*-NSCLC på et eller andet tidspunkt.

Noget lignende er vist for biologisk behandling. Epidermal væksthormonreceptor (EGFR) er en vækstfremmende overfladerceptor. Blokering af dens tyrosinkinase (TK) med brug af en TK-inhibitor (TKI) kan hæmme cellevæksten. Der findes to TKI'er til behandling af avanceret NSCLC; erlotinib og gefitinib. Fælles for dem er, at de har fremragende effekt hos patienter med aktiverede mutationer i tyrosinkinasen (aTKm), hvilket ses hos ca. 10% af patienter af europæisk afstamning og hos dobbelt så mange af østasiatisk afstamning. Chansen for en aTKm, er specielt stor for aldrigrygere med adenokarcinom. Nye undersøgelser har påvist, at TKI bør være førstevalg frem for kemoterapi. I IPASS-studiet, der blev udført i Asien, var der signifikant forlænget progressionsfri overlevelse (PFS) – hazard ratio 0,48 (0,36; 0,64) – ved brug af gefitinib frem for kemoterapi, hvis pt. havde en aTKm, men ringere for dem uden (Figur 1) [2]. I SATURN-studiet blev pt. med NSCLC med effekt af standardkemoterapi randomiseret til videre behandling med erlotinib eller placebo [3]. Her påvistes såvel signifikant forlænget OS som PFS, også her var effekten mest udtalt ved aTKm. Problemstillingen i studiet er dog den samme som i studiet med tidlig brug af PEM: Ca. 84% af pt. i placeboarmen blev aldrig behandlet med erlotinib.

Resultaterne fra de to studier støtter, at pt. med aTKm bør tilbydes behandling med TKI. Det er imidlertid endnu ikke blevet standard at teste for TK-mutationer. For pt. med ukendt mutationsstatus anbefales det fortsat at benytte kemoterapi som førstevalg. Det tyder ikke på, at det giver ringere overlevelse først at indlede TKI efter, at der er påvist progression af sygdommen efter kemoterapi, hvis blot TKI-behandling bliver givet senere. Alt tyder dog på, at der opnås bedst livskvalitet, når man starter med TKI.

KORRESPONDANCE: Olfred Hansen, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense. E-mail: Olfred.Hansen@ouh.regionsyddanmark.dk

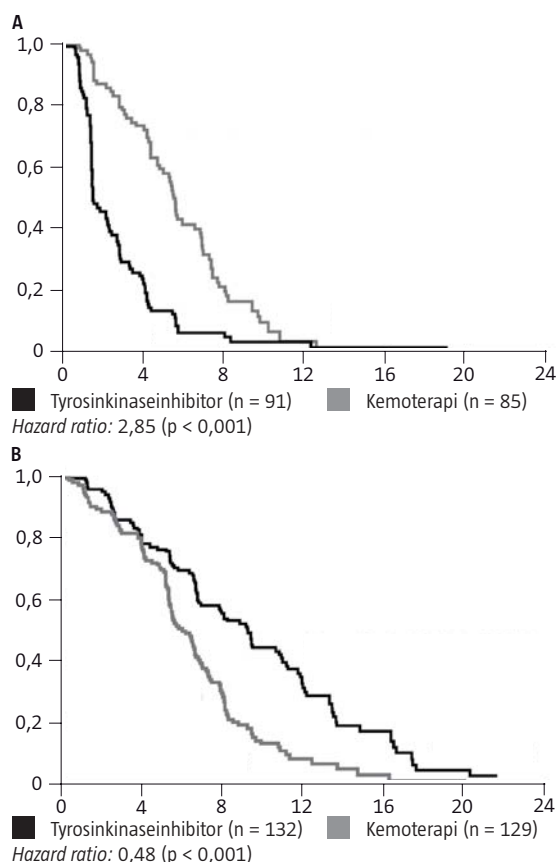
INTERESSEKONFLIKTER: Olfred Hansen har deltaget i advisory board for Roche og Astra-Zeneca

LITTERATUR

1. Ciuleanu T, Brodowicz T, Zielinski C et al. Maintenance pemetrexed plus best supportive care versus placebo plus best supportive care for non-small-cell lung cancer: a randomised, double-blind, phase 3 study. *Lancet* 2009;374:1432-40.
2. Mok TS, Wu YL, Thongprasert S et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. *N Engl J Med* 2009;361:947-57.
3. Cappuzzo F, Coudert B, Wierzbicki R et al. Efficacy and safety of erlotinib as first-line maintenance in NSCLC following non-progression with chemotherapy: results from the phase III SATURN study. *J Thorac Oncol* 2009;4:S289 (suppl. A2.1).

FIGUR 1

IPASS-studiet: Progressionsfri overlevelse for ikke-småcellet kræft efter kemoterapi (carboplatin-paclitaxel) eller tyrosinkinaseinhibitor (gefitinib). Ikke-småcellet lungekræft uden (A) og med (B) epidermal væksthormonreceptormutation.



Uddannelse – fra student til emeritus

Speciallæge Merete Ipsen, afdelingslæge Gunver Lillevang & overlæge Ole Weis Bjerrum

Der er væsentlige fremskridt og organisatoriske nyheder i uddannelsen af medicinstuderende, yngre lægers speciallægeuddannelse og efteruddannelse af speciallæger – det er svært at vælge de vigtigste.

MEDICINSTUDIET

Medicinstudiet er forskelligt ved de tre universiteter, hvilket giver mulighed for at vurdere nye tiltag. I Aarhus arbejdes i en studiereform med tidlig klinik og karrierevejledning. En spændende nyskabelse er også klinikundervisningen i Holstebro, hvor et ortopædkirurgisk afsnit drives tværfagligt af studerende under supervision [1].

SPECIALLÆGEUDDANNELSEN

Den nye speciallægeuddannelse blev iværksat i 2004, og den kliniske basisuddannelse indførtes i 2008. De første læger blev uddannet på begge niveauer i 2009, og forløbene evalueres i Det Nationale Råd for Lægelig Videreuddannelse. Bidrag til evalueringen kan sendes via de Regionale Uddannelsesråd. Et centralt paradigme i lægeuddannelsen er de syv lægeroller (Figur 1), som er adopteret fra en canadisk model. I 2009 er rollen som *professional* internationalt videreudviklet med *physician health*, altså »lægens helbred«. Grundtanken er, at som *professional* skal man kunne tage vare på sig selv og kolleger for at kunne bidrage til sundhed, samt at lægegerningen er en berigende karriere, men også en krævende profession [2]. Herved fremhæves en kollegial og en arbejdsmiljømæssig dimension i lægeuddannelsen. De syv roller skal ses som en helhed. I en dansk undersøgelse af opfattelse af rollerne har man vist, at der er et misforhold mellem definitionen af det lægelige spektrum, og hvordan det udmøntes og forstås i hverdagen, hvor der er en fokusering på faglig dygtighed (medicinsk ekspert). Målskrivelserne er ikke tilstrækkeligt præcise og anvendelige, og det er svært at omsætte ambitionerne i en travl hverdag. Endelig synes der generelt at være en mangelfuld kvalificering af vejlederfunktionen [3].

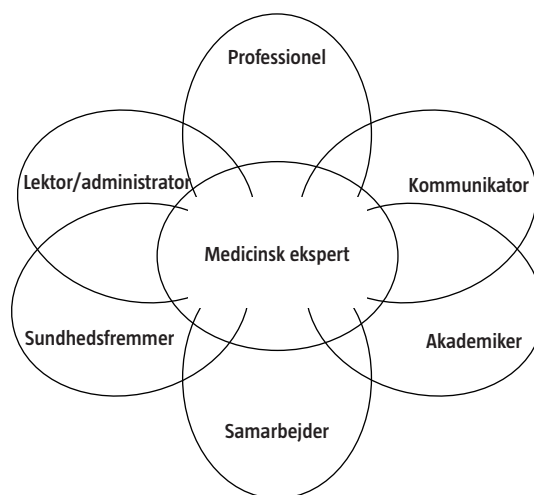
EFTERUDDANNELSEN

Efteruddannelse er vigtig for kvaliteten i patientbehandling. Tilsvarende er kvalificering af vejledere vigtig for kvaliteten i lægeuddannelsen. Undervisning optager cirka 8% af overlægernes arbejdstid [4] og kan måske udnyttes bedre. Et væsentligt ansvar som vejleder er vurderingen af yngre lægers kompetencer,



FIGUR 1

De syv speciallægeroller. Illustration af at de syv roller skal ses som en helhed. Kilde: [3].



hvilket kan være svært uden klare retningslinjer. Internationalt er dette velkendt, og opmærksomheden er bl.a. rettet mod, at det er vanskeligt at validere redskaberne til at vurdere kompetencer (f.eks. tjekliste) [5]. En systematisk uddannelse af vejledere og uddannelsesansvarlige bør etableres.

DANSK FORSKNING I LÆGERS UDDANNELSE

Der udføres en del forskningsprojekter med fokus på rollen som medicinsk ekspert, kommunikator, akademiker, samarbejder og leder, samt synliggørelse og registrering af uddannelsesindsatsen. Forskning på præ- og postgraduat niveau faciliterer nationale initiativer, som omtalt ovenfor, og styrker indsatsen for lægeuddannelsen i almen praksis og på hospital.

KORRESPONDANCE: Merete Ipsen, Forskningshus, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, DK-9000 Aalborg. E-mail: m.ipsen@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen.

LITTERATUR

1. Hansen TB, Jacobsen F, Larsen K. Cost effective interprofessional training: an evaluation of a training unit in Denmark. *J Interprof Care* 2009;23:234-41.
2. Puddister D, Flynn L, Cohen J. *CanMEDS Physician Health Guide*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009.
3. Dehn P, Nielsen CH, Larsen K et al. Implementering af speciallægereformens syv roller. *Ugeskr Læger* 2009;171:1580-4.
4. Overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2009. <http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F11543/arbejdsvilkar09.pdf> (10. februar 2010).
5. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA* 2009;302:1316-26.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Medicinsk Uddannelse

Neurorehabilitering – neurogen dysfagi

Ergoterapeut Annette Kjærsgaard, overlæge Lars Hedemann Nielsen & overlæge Carsten Kock-Jensen

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Neurorehabilitering

I specialiseringen af neurorehabilitering er man i stigende grad blevet opmærksom på problemer knyttet til frie øvre luftveje, spisning og væskeindtagelse (dysfagi) samt øget risiko for aspirationspneumonier hos personer med akut hjerneskade. Personer med dysfagi oplever psykiske og sociale problemer, undgår ofte at komme ud blandt andre og isolerer sig med forringet livskvalitet til følge.

Dysfagi er underdiagnosticeret og miskendt med stor konsekvens for behandlingssuccesen i neurorehabilitering (øget morbiditet og mortalitet). Med standardiseret undersøgelse ved hjælp af bl.a. fiberendoskopi kan man risikovurdere og målrette behandlingen hos den enkelte patient. Incidensen af dysfagi angives fra 27% op til 61% blandt hjerneskadede personer.

Dysfagi kan ses som symptom ved mange sygdomme og kan være følge til skade i de dele af nervesystemet, som styrer normal beskyttelse af luftveje og tygge-synke-funktionen. Dysfagi kan resultere i manglende oral ernæring og dermed under- eller fejlernæring, dehydrering, kvælning, aspiration og risiko for udvikling af pneumoni, som kan komplicere, forlænge og forringe allerede lange hospitalsophold.

Diagnosticering af dysfagi er vanskelig, da der ikke er et sikkert klinisk tegn eller symptom, der forudsiger risikoen for aspiration. *Silent aspiration*, dvs. passage af sekret/mad/væske i trakea uden hoste eller andre synlige symptomer, forekommer hyppigt. I flere studier har man anbefalet, at standardiseret klinisk undersøgelse – som f.eks. undersøgelse af mund og svælg (FOTT) – suppleres med instrumentelle undersøgelser som fiberoptisk endoskopisk eva-

luering af synkefunktionen (FEES) og/eller video-fluoroskopisk evaluering af synkefunktionen (VFES). FEES og VFES anses i øjeblikket for at være de bedst dokumenterede metoder til objektiv undersøgelse af synkning og vurdering af aspirationsrisiko.

Udredningsresultatet allokerer patienterne i forskellige aspirationsrisikogrupper og dertil knyttede standardiserede behandlinger. Lavrisikopatienten kan f.eks. behandles med specifik mund- og svælgterapi, terapeutisk spisning, ændret hoved-/siddestilling og modificeret konsistens af mad og drikke for at muliggøre oral indtagelse og minimere aspirationsrisiko. For højrisikopatienten kan behandling med gastrostomisonde (PEG) og/eller cuffet trakealtube være nødvendigt. I afvænningen fra cuffet trakealtube er der bl.a. behov for et specialiseret tværfagligt endoskopiteam. Forløbene kan være langvarige med gentagne kliniske og endoskopiske vurderinger også efter udskrivelse. Enkelte patienter udskrives med cuffet trakealtube, men kan efter måneder måske dekanyleres efter ambulant vurdering og kortvarig indlæggelse i specialcenter.

Da det er en kompleks tværfaglig opgave at udrede og behandle dysfagi, er der behov for specialviden. De to landsdelscentre for højt specialiseret neurorehabilitering i Hvidovre og Hammel har gennem de seneste år opbygget en særlig ekspertise inden for området. I Hammel er der desuden oprettet et dysfagiambulatorium. Området udvikles stadig med introduktion af nye behandlingsmetoder, som i de kommende år vil bedre forholdene for personer med dysfagi.

KORRESPONDANCE: Carsten Kock-Jensen, Neurocenter, Regionshospitalet Hammel, DK-8450 Hammel. E-mail: carskock@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Hansen TS, Larsen K, Engberg AW. The association of functional oral intake and pneumonia in patients with severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89:2114-20.
2. Kjærsgaard A, Langhorn L. Dysfagi – et overset problem i neurorehabilitering. *Ugeskr Læger* 2007;169:220-3.
3. Warnecke T, Teismann I, Oelenberg S et al. The safety of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in acute stroke patients. *Stroke* 2009;40:482-6.

Endoskopisk undersøgelse af synkefunktionen på Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, Hammel Neurocenter.



Malaria og andre risici

Overlæge Ida E. Gjølrup

I efteråret 2008 døde en dansk kvinde af *Plasmodium falciparum*-malaria efter ophold i Gambia, og syv andre blev inden for få uger indlagt med svær sygdom ligeledes efter nylige ophold på samme destination. Af forskellige grunde havde ingen af de rejsende taget malariaprofylakse.

Episoden afspejler imidlertid ikke den aktuelle tendens for *falciparum*-malaria, idet incidensen flere steder i verden – såvel i Afrika som Sydøstasien og Central/Sydamerika – i disse år viser faldende tendens. Denne tendens er formentlig resultatet af en målrettet indsats for øget brug af imprægnerede myggenet og medikamentel profylakse. De for tiden foretrukne forebyggende præparater, Malarone og doxycyclin, er heldigvis fortsat effektive, såfremt de anvendes efter forskriften. Tilsvarende er antallet af registrerede tilfælde af malaria såvel i Danmark som i Europa næsten halveret i løbet af de seneste fem år. Langt hovedparten af *falciparum*-malariatilfælde er erhvervet i Afrika, og forekommer for 70%’s vedkommende hos indvandrere, der har besøgt familie i hjemlandet, og de rejser oftest af sted uden rejserådgivning og malariaprofylakse.

Som følge af den faldende forekomst har man kunnet indskrænke de danske rekommandationer, således at almindelige turister fortrinsvis foreskrives malariaprofylakse, såfremt de skal til Afrika syd for Sahara. For længerevarende rejser til Syd- og Mellemamerika og Sydøstasien anbefales dog også fortsat profylakse. Hvad angår diagnostik og behandling af malaria er der også sket fremskridt. Binaxtesten blev i 2007 anerkendt af den amerikanske *Food and Drug Administration* til diagnostik af malaria. Denne simple og hurtige blodråbetest påviser parasitanti-gener som farvede streger. Den har specielt ved *Plasmodium falciparum*-malaria nær samme sensitivitet og specificitet som mikroskopi, og den kunne finde anvendelse såvel i Danmark som i udviklingslandene, hvor man ikke altid har adgang til akut mikroskopi af blodudstryk.

Hverken Binaxtesten eller mikroskopi af perifert udstryk fanger imidlertid den relativt nyfundne femte malariaparasit, *Plasmodium Knowlesi*, der fra at være kendt som abeparasit nu i stigende grad også ses hos mennesker i Sydøstasien. *P. Knowlesi* kan kun skelnes fra *Plasmodium Malariae* ved polymerasekædereaktion (PCR)-diagnostik.

Anophelesmyg – stadig Afrikas farligste dyr.



Terapeutisk er den århundrede år gamle kininbehandling af svær malaria ved at blive afløst af artemisinderivater, der som planteekstrakt igennem årtusinder har været anvendt i Kina til behandling af febersygdom. Mange steder bruges præparatet nu også i kombination med lumefantrin som peroral formulering til behandling af mindre alvorlige malariatilfælde.

Også bekæmpelsen af andre tropiske infektionssygdomme som filariasis, Loa loa og onchocerciasis har i de seneste år vist gode resultater.

Andre tropesygdomme som dengue og den beslægtede chikungunya, der begge er myggeoverførte virusinfektioner – har tilbagevendende stor udbredelse og er derfor dels vigtige årsager til rådgivning om omhyggelig myggestikspylakse, dels hyppige differentialdiagnoser hos hjemvendte troperejsende med feber. Ydermere blev chikungunya i forbindelse med det seneste store udbrud af sygdommen i 2007-2008 i en periode etableret i Toscana i Italien. Den nødvendige myggeart var til stede, og temperaturerne var tilstrækkeligt høje – måske som følge af klimaændringer – hvilket gav denne tropesygdom ny udbredelse.

Tilsvarende ændringer i udbredelsen må forventes/befrygtes for flere andre infektionssygdomme.

Det er derfor vigtigt, at der opretholdes ajourført viden om forekomsten af de sygdomme, der kan true de rejsende, og at der løbende afholdes kurser og møder om emnet.

KORRESPONDANCE: Ida E. Gjølrup, Infektionsmedicinsk Enhed, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: igjolrup@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

SUPPLERENDE LITTERATUR

- Daneshvar C, Davis TME, Cox-Singh J et al. Clinical and laboratory features of human plasmodium knowlesi infection. *CID* 2009;49:852-60.
- Staples JE, Breimann RF, Powers AM. Chikungunya Fever: an epidemiological review of a reemerging disease. *CID* 2009;49:942-8.
- Stauffer MW, Cartwright CP, Olson DA et al. Diagnostic performance of rapid diagnostic tests versus blood smears for malaria in US clinical practice. *CID* 2009;49:908-13.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Rejse medicin

Cancer og venøs tromboembolisme

Ny tværfaglig behandlingsvejledning til cancerassocieret trombose

Overlæge Morten Schnack Rasmussen & ledende overlæge Anna-Marie Bloch Münster

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Trombose og
Hæmostase

Siden *Armand Trousseau* i 1865 beskrev sammenhængen mellem cancer og episodisk migrerende tromboflebitis [1], har man i talrige studier påvist, at cancer og venøs trombose er associerede. Cancerpatienter har en seks gange højere incidens af venøs tromboemboli (VTE) end patienter med benign sygdom [2]. Incidensen af VTE forøges ofte i forbindelse med forskellige cancerspecifikke behandlingsmodaliteter. VTE hos en cancerpatient resulterer i øget morbiditet, dårlig prognose og en 6-8 gange øget risiko for tidlig død. VTE er den næstvigtigste dødsårsag hos cancerpatienter. Anvendelse af antitrombotisk behandling til forebyggelse og behandling af VTE hos disse patienter er derfor central og ligeværdig med anden potentiel livreddende og lindrende behandling.

Tromboseprofylakse er implementeret inden for kirurgien. Gennem de seneste ti år er der ligeledes tilkommet flere publikationer, som underbygger brugen af tromboseprofylakse til medicinske patienter. En fuld implementering mangler stadig. Den traditionelle behandling af VTE har – også hos cancerpatienter – været vitamin-K-antagonist (VKA)-behandling. På grund af polyfarmaci, invasive indgreb og compliance er det en særlig udfordring at opretholde en

VKA-behandling af høj kvalitet for denne patientgruppe. Derudover er det overraskende, at cancerpatienter får flere VTE-recidiver både i og over det terapeutiske interval, samt oplever en højere blødningsfrekvens i og under det terapeutiske interval sammenlignet med ikkecancerpatienter, der er i VKA-behandling [3]. Resultaterne af CLOT-studiet viste, at behandling med lavmolekylært heparin (LMWH) reducerede antallet af tromboserecidiver (reduktion af den relative risiko = 52%) uden øget blødningsrisiko hos patienter med aktiv cancer [4].

Idet cancerpatienter udgør en heterogen population, og behandlingen er tværfaglig med involvering af mange forskellige specialer, har Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH) og Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) fundet det nyttigt og vigtigt at samle den tilgængelige viden om forebyggelse og behandling af cancerassocieret VTE i en tværfaglig, evidensbaseret behandlingsvejledning. Formålet med behandlingsvejledningen er at udbrede kendskabet til og implementering af forebyggelse og behandling af cancerassocieret trombose. Idet den foreliggende litteratur inden for dette område overvejende omhandler patienter med solide tumorer, er behandlingsvejledningen afgrænset til disse patienter. Behandlingsvejledningen kan i sin fulde længde findes på DSTH's hjemmeside [5]. I **Tabel 1** er arbejdsgruppens væsentligste anbefalinger fremhævet.



TABEL 1

Arbejdsgruppens væsentligste anbefalinger.

Tromboseprofylakse skal gives til:	Patienter der opereres for cancer i abdomen, pelvis, thorax i op til 4 uger efter operationen. Hospitaliserede cancerpatienter med særlig risiko (se www.dsth.dk). Indlagte patienter i cytostatisk behandling med særlige risikofaktorer
Tromboseprofylakse kan gives til:	Patienter med myelomatose i behandling med thalidomid plus doxorubicin eller thalidomid plus dexamethason
Tromboseprofylakse skal ikke rutinemæssigt gives til:	Cancerpatienter i ambulant cytostatikabehandling, hormonel/antihormonel eller targeteret behandling. Cancerpatienter i strålebehandling. Cancerpatienter med centralt venekateter
VTE hos patienter med aktiv cancer behandles med LMWH i vægtbaseret behandlingsdoser i mindst 6 måneder	
Længerevarende behandling af patienter med VTE og aktiv cancer overvejes, og at behandlingsstrategien tager hensyn til patientens prognose, livskvalitet og ønsker	
Antitrombotisk anvendes <i>ikke</i> som livsforlængende behandling til cancerpatienter <i>uden</i> VTE	

VTE = venøs tromboemboli; LMWH = lavmolekylært heparin

KORRESPONDANCE: Morten Schnack Rasmussen, Afdeling K, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: mrsr@dadlnet.dk.

INTERESSEKONFLIKTER: Morten Schnack Rasmussen har fra Leo Pharma Nordic og Pfizer modtaget honorarer for undervisning og foredrag for læger og sygeplejersker samt støtte til kongresdeltagelse. Anna-Marie Bloch Münster har fra Nycomed, Pfizer, Medinor, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers-Squibb og Leo Pharma modtaget honorarer for undervisning og foredrag for læger og sygeplejersker samt støtte til kongresdeltagelse.

LITTERATUR

1. Trousseau A. Phlegma alba dolens. Clinique Medicale de l'Hotel-Dieu Paris. London: the New Sydenham Society, 1865:94.
2. Heit JA, Silverstein MD, Mohr DN et al. Predictors of survival after deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population based, cohort study. Arch Intern Med 1999;159:445-53.
3. Hutten BA, Prins MH, Gent M et al. Incidence of recurrent thromboembolic and bleeding complications among patients with venous thrombolism in relation to both malignancy and archived international normalized ratio: a retrospective analysis. J Clin Oncol 2000;18:3078-83.
4. Lee AY, Levine MN, Baker RI et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. N Eng J Med 2003;349:146-53.
5. www.dsth.dk

Kemiske fingeraftryk – en retsmedicinsk undersøgelse

Lektor Christian Lindholst

Retsmedicin er et fagområde, som omfatter mange forskellige delspecialer. Et af disse er *retskemi*, som i de senere år har gennemgået en betydelig udvikling. Retskemisk Afdeling varetager traditionelt de toksikologiske undersøgelser i forbindelse med retspatologiske og kliniske retsmedicinske sager. Siden 2007 er antallet af kliniske sager steget kraftigt i forbindelse med folketings ændring af færdselsloven [1]. Et andet traditionelt retskemisk arbejdsområde er analyse af pulvere, tabletter og andre effekter for indhold af euforiserende stoffer. Dette arbejde udføres primært for politiet og de kriminaltekniske centre og suppleres desuden med en række specialundersøgelser. En af de specialundersøgelser, som i stigende grad efterspørges i opklaringsarbejdet, er den kemiske sammenligning også kendt som »det kemiske fingeraftryk«. Undersøgelsen, som foretages på illegalt fremstillede stoffer, har til formål at afklare, om to eller flere beslag af narkotika har fælles oprindelse. Selve grundlaget for undersøgelsen er en analyse af de mange kemiske urenheder, som findes i stofprøverne. Urenhederne, som optræder i mindre koncentrationer, er egentlig biprodukter, der er dannet under den illegale og ofte ukontrollerede produktion af stofferne. To forskellige partier af eksempelvis amfetamin vil derfor indeholde forskellige mængder af urenheder. Ved en kemisk analyse kan de forskellige urenheder identificeres og koncentrationsbestemmes, hvorved der fremkommer et »kemisk fingeraftryk«, der er specifikt for hvert enkelt parti, som fremstilles (Figur 1). Da det kemiske fingeraftryk er uforandret ved en fortynding af prøven og forbliver relativt stabilt ved længere tids opbevaring, er det velegnet til brug for sammenligning af stofprøver, der er beslaglagt på forskellige lokaliteter og gerningstidspunkter.

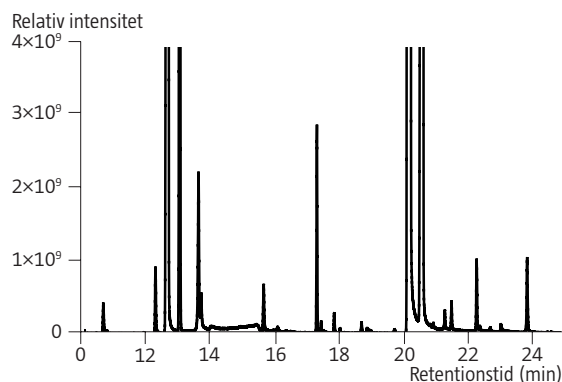
Ved en kemisk sammenligning er det ikke muligt at angive graden af overensstemmelse mellem to prøver som et procenttal. Det endelige resultat af sammenligningen består derfor af en faglig vurdering på baggrund af en femtrins skala, der går fra »meget god overensstemmelse« til »ingen overensstemmelse« imellem prøverne. Det forhold, at sammenligningen bygger på delvist subjektive vurderinger, har muligvis langsommeliggjort dens anvendelse som bevismateriale i retssager. Ikke desto mindre er sammenligningen stadig mere efterspurgt, og med den seneste udvikling er vurderingerne styrket i forhold til tidligere.

I Danmark har vi satset på udviklingen af meto-



FIGUR 1

Eksempel på et kemisk fingeraftryk fra en kokainprøve, der er beslaglagt i Danmark. Hver top i kromatogrammet angiver tilstedeværelsen af en urenhed i kokainprøven.



der til sammenligning af de hyppigst forekommende stoftyper; amfetamin, kokain og heroin. Danmark indgår desuden i et fælleseuropæisk samarbejde om sammenligning af amfetamin [2]. Dette samarbejde har åbnet for nye efterforskningsmuligheder, da beslaglagte prøver nu også sammenlignes på tværs af landegrænser. Vores nationale strategi foreskriver, at alle amfetaminbeslag med en vægt på over 500 gram rutinemæssigt sammenlignes med udenlandske amfetaminbeslag. Denne strategi har indtil nu medført, at 15 beslag er sammenlignet i 2009, hvoraf fire har vist sig at være overensstemmende med udenlandske beslag. Disse internationale sager overdrages via Rigspolitiet til Europol, som varetager den videre efterforskning.

Det internationale samarbejde giver også nye muligheder inden for den strategiske efterforskning. Den fælles registrering af kemiske fingeraftryk har nemlig muliggjort en mere generel form for sammenligning af de danske amfetaminbeslag med beslag fra de store producentlande som Holland, Polen og Baltikum. Fremtiden vil derfor vise, om det er muligt at kortlægge, hvor den danske amfetamin produceres.

KORRESPONDANCE: Christian Lindholst, Retsmedicinsk Institut, DK-8200 Århus N. E-mail: cl@retskemisk.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Justitsministeriet. Betænkning nr. 1486/2007.
2. Andersson K, Jalava K, Lock E et al. Development of a harmonised method for the profiling of amphetamines. *Forensic Sci Int* 2007;169:50-63.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Retsmedicin

Klinisk anvendelse af fusionsultralyd hos patienter med levermetastaser

Overlæge Bjørn Skjoldbye, overlæge Torben Lorentzen & overlæge Christian Nolsøe

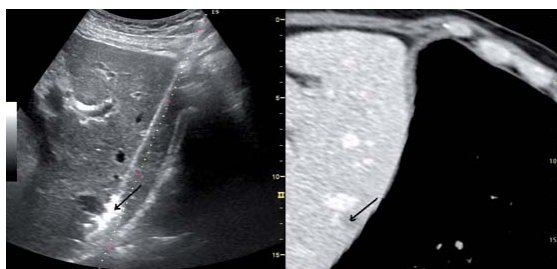
STATUSARTIKEL

Dansk Ultralyd-
diagnostisk Selskab

Fusionsultralydskanning (FUS) er en ny medicinsk anvendelse af billedfusion, så dynamiske ultralyds (UL)-billeder præsenteres simultant med tilsvarende snitbilleder fra anden billeddiagnostik, f.eks. en computertomografi (CT). Billedfusion kan principielt foregå mellem alle billedemodaliteter, der er geometrisk overensstemmende. Positronemissionstomografi (PET)-CT er et medicinsk eksempel på billedfusion. Ved FUS-CT styrer UL-transducerens bevægelse et tilsvarende virtuelt CT-billede vha. af et lokalt elektromagnetisk felt og positionsfølere monteret på UL-transduceren. Forud for FUS-CT skal patientens CT-billeder indlæses i UL-skanneren via hospitalets intranet. Der udvælges et billedplan med entydige anatomiske strukturer fra CT'en, hvorefter et tilsvarende UL-billede opsøges ved at skanne patienten. Herefter låses CT- og UL-billedplanerne indbyrdes. FUS-CT præsenteres derefter som et dynamisk UL-billede side om side med et tilsvarende CT-billede, eller som en komposition hvor CT-billedet er overlejret det aktive UL-billede. Biopsier og minimalt invasive tumorbehandlinger (MIT) kan foretages som FUS-CT- eller FUS-magnetisk resonans (MR)-vejledt intervention, selv om en tumor er utydelig eller usynlig med ultralyd. Et fantomstudie med FUS-MR-vejledte biopsier viste en træfsikkerhed på niveau med in vivo-biopsier i abdomen [1]. In vivo gælder dog helt andre vilkår for at etablere overensstemmelse mellem billedplanerne, hvilket er altafgørende for præcisionen.

FIGUR 1

FUS-CT-vejledt perkutan mikrobølgebehandling af lille levermetastase (< 1 cm) under diafragmakuplen. Billedet til venstre er det almindelige ultralydbillede, hvor man ser mikrobølgeålen placeret i metastasen (pil). Til højre ses metastasen også på FUS-CT (pil).



Vores in vivo-erfaringer med FUS fra patienter med levermetastaser er, at der på de fleste patienter kan opnås god tilpasning mellem de fusionerede billedplan ved primært at anvende lokale lever- eller levernære strukturer som referencer.

FUS har anvendelsespotentialer i hele kræftpatientens forløb. Med FUS kan enhver rumlig position i ultralydbilledet markeres og genkendes ved skanning fra andre vinkler eller på et senere tidspunkt. Ved primær diagnostik og stadietildeling kan FUS-CT supplere med fokuseret UL-kontrastundersøgelser af ukarakteristiske processer, vejlede evt. biopsi og vurdere perkutane MIT-muligheder, herunder radiofrekvens (RF) eller mikrobølgeablation af levermetastaser. Perkutan såvel som peroperativ (åben) ablation kan foregå FUS-CT-vejledt (Figur 1). Kontrol af behandlingen kan foretages perioperativt ved anvendelse af FUS-CT med kontrast-UL før og efter proceduren. I kræftpatientens kontrolforløb er det muligt med FUS, kontrastultralyd og evt. biopsi at undersøge fokale forandringer, som »udpeges« vha. det simultane CT- eller MR-billede. FUS giver også mulighed for at sammenligne aktuelle forhold med et tidligere ultralydsvolumen af det samme område.

Patienter, som både har kompleks metastasering og er multibehandlede, er en billeddiagnostisk udfordring. Ved recidivdiagnostik, f.eks. ved PET-CT-fund, som kun er svagt PET-positivt, er der betydelig risiko for falsk positiv fejltolkning. Suppleres med UL-vejledt biopsi er der omvendt risiko for et falsk negativt udfald. FUS-CT-vejledt biopsi fra sådant fund reducerer begge fejlkilder. Udbredt anvendelse af FUS vil finde sted i den nærmeste fremtid i takt med, at teknologien bliver tilgængelig både i det radiologiske og i de kliniske specialer. Især vil muskuloskeletale anvendelser være oplagte. Prospektive studier er undervejs og vil belyse fordelene ved FUS mere objektivt.

KORRESPONDANCE: Bjørn Skjoldbye, Kirurgisk Gastroenterologi, Gastroenheden, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: bos@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Ewertsen C, Grossjohan HSn, Nielsen KR et al. Biopsy guided by real-time sonography fused with mri: a phantom study. Am J Roentgen 2008;190:1671-4.

Virologiens år

Overlæge Anders Fomsgaard

Det seneste år har der været markante virologiske begivenheder. Nobelprisen i Medicin, gik til *Harald zur Hausen* for hans opdagelse af humant papillomavirus (HPV) som årsag til livmoderhalskræft, og til *Francoise Barré-Sinoussi* og *Luc Montagnier* for deres opdagelse af hiv.

HUMANT PAPILLOMAVIRUS, FRA OPDAGELSE TIL VACCINE

Fra 1974 postulerede *zur Hausen*, at livmoderhalskræft kunne skyldes kronisk infektion med HPV og ikke herpes simplex-virus, som man mente. Han påviste HPV i tumurvæv ved genteknologi, og beskrev i 1983 HPV-type 16 og 18. Af de over 100 kendte HPV-typer giver ca. 40 slimhindeinfektioner, hvoraf de ca. 15 har et varierende malignt potentiale (højrisikotyper) ved en kronisk infektion. 50-80% af seksuelt aktive får en forbigående genital HPV-infektion. Cervikal cancer er den næsthøypigste cancer hos kvinder. Cirka 400 danskere diagnosticeres årligt, og ca. 200 dør. Man kan nu rutinemæssigt påvise og typebestemme HPV ved kroniske infektioner, og der er på kort tid udviklet vacciner mod de mest onkogene typer – 16 og 18 – samt de hyppigste lavrisikokondylomtyper – 6 og 11. Vaccinernes effekt, varighed og konsekvenser følges. Fremtidens vacciner vil inkludere flere risikotyper, og behandlende vacciner er begyndt at blive udviklet.

HIV, FRA OPDAGELSE TIL VACCINE?

Flere ledte efter et retrovirus som årsag til aids, der blev beskrevet i 1981. *Francoise Barré-Sinoussi*'s trick var at undersøge lymfeknuder i stedet for blod, stimulere cellekulturene og tilsætte friske celler undervejs, indtil manganafhængig revers transkriptase kunne måles som tegn på et lentivirus, som hun kaldte LAV. Siden er over 60 mio. mennesker smittet med hiv-1, og 25 mio. er døde i denne ukontrollerede pandemi. Hiv-1 gruppe M, N og O vides nu at stamme fra chimpansevirus (SIVcpz) og hiv-2/SIVsm fra Sooty mangabey-aber i Vestafrika. I dag findes der antiretroviral (ART) kombinationsmedicin (nonnukleosid- og nukleosidhæmmere samt proteasehæmmere), som kan hæmme virus dog uden at udrydde den. Udbredelsen af ART til Afrika går fremad. For nylig er der tilkommet potente integrasehæmmere, CCR5-receptorhæmmere, og den helt nye proteasehæmmer darunavir, som måske kan bruges som monoterapi [1]. I modsætning hertil har det vist sig svært at ud-



Nobels fredscenter i Oslo, Norge.

STATUSARTIKEL

Dansk Virologisk Selskab

vikle en vaccine. For nylig publiceredes dog resultaterne af et fase III-studie med en *prime-boost*-vaccine-kandidat, som for første gang viste en vis beskyttelse [2]. Dette har givet ny optimisme i forhold til at finde effektive hiv-vacciner.

H1N1V, FRA PANDEMI TIL VACCINE

Flere »*emergin*«-virussygdomme har deres ophav i zoonotiske infektioner, som eventuelt er vektoroverførte [3]. Det kræver et stærkere samarbejde mellem veterinære og humane virologer. Et andet virus så dagens lys i maj 2009, nemlig influenza A H1N1v fra reassorterede svinevirusstammer, først i USA og Mexico. Influenza A i svin overvåges desværre ikke, selv om WHO ventede en ny pandemi fra fugle eller svin, men det reassorterede virus synes at være opstået for flere år siden [4]. Første infektionsbølge var begrænset, som ved den spanske syge (H1N1, 1918), men i skrivende stund er vi midt i en hastigt voksende anden pandemibølge. En vaccine med en vis effekt er fremstillet på befrugtede hønseæg og er tilsat adjuvans [5], men forskning i nye innovative vaccineformer imødeses til hurtigere og mere effektivt svar på influenza og nye truende virussygdomme.

KORRESPONDANCE: Anders Fomsgaard, Virologisk Afdeling, Statens Serum Institut, DK-2300 København S. E-mail: afo@ssi.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. www.DSINF.dk (15. februar 2010).
2. Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *NEJM* 2009;361:1-12.
3. Fomsgaard A, Christiansen C, Bodker R. First identification of tick-borne encephalitis in Denmark outside of Bornholm, August 2009. *Euro Surveill* 2009;14:36.
4. Smith GJD, Vijaykrishna D, Bahl J et al. Origins and evolutionary genomics of the 2009 swine-origin H1N1 influenza A epidemic. *Nature* 2009;459:1122-5.
5. www.ssi.dk (15. februar 2010).

Det genetiske grundlag for psykiske lidelser

Forskningschef Thomas Werge & Klinikchef Anders Fink-Jensen

STATUSARTIKEL

Dansk Psykiatrisk Selskab

Betydningen af arvelige faktorer for udvikling af psykiske lidelser har været kendt i årtier. Men indtil for nylig er det lykkedes sygdomsdisponerende varianter i vores arvemasse at leve et stille liv uden for lægevidenskabens rækkevidde. Gennembruddet kom først for skizofreni, hvor flere internationale konsortier siden efteråret 2008 har påvist betydningen af nyopståede og nedarvede højrisikokromosomforandringer (*copy number variations* (CNV'er)) samt af hyppige enkeltnukleotidpolymorfier (SNP'er) [1-5] (Tabel 1).

Den specifikke patogenese, der leder fra højrisiko-CNV til sygdom, er endnu uklar, og det er dermed også uvist, om de forskellige CNV'er adskiller sig mht. sygdomsprocesser og psykopatologi. Blandt de sygdomsdisponerende SNP'er er interessen stor for genvarianter i vævstypeantigenregionen på kromosom 6, der understøtter forestillingen om immunsystemets rolle ved skizofreni og knytter an til tidligere epidemiologiske fund af øget skizofrenirisiko ved vinter/forårsfødsler.

Det øger troværdigheden af det genetiske gennembrud, at både CNV'er og SNP'er er påvist i genet *ZNF804A* ved skizofreni og derfor deres forskellighed til trods kan agere via samme biologisk proces.

Et klinisk interessant aspekt ved højrisiko-CNV'er

er, at de ikke alene disponerer for skizofreni, men til lige for autisme, mental retardering og epilepsi. Det rejser naturligt spørgsmålet, om vi her står med ki- men til en fremtidig reklassificering af subgrupper af disse hjernelidelser.

CNV'er kan således ikke anvendes til specifik diagnostik, men de kan give et billede af patientens risiko for svære hjernelidelser, som for flere af de påviste forandringer er endog meget høj. Et positivt undersøgelsesresultat vil kunne støtte en klinisk begrundet mistanke om (begyndende) psykisk sygdom, give forældre eller patient en forklaring på den opståede lidelse eller danne baggrund for genetisk rådgivning.

Muligheden for tidlig opsporing af personer med høj risiko for udvikling af hjernelidelser vil lette og målrette studier af profylaktiske tiltag og tidlig intervention. Tidlig opsporing kan også vise sig at have somatisk betydning, idet i hvert fald én skizofreni-CNV længe har været kendt som årsag til velo-kardio-facialt syndrom (tidl. DiGeorges syndrom), der medfører alvorlige og behandlingskrævende somatiske komplikationer.

En umiddelbar konsekvens af det genetiske gennembrud for skizofreni er, at det nu er muligt at introducere de sygdomsdisponerende CNV'er i forsøgsdyr og celler. Den første CNV – der ødelægger genet for det synaptiske celleadhæsionsmolekyle neurexin 1 – er introduceret i mus, hvor det forstyrrer synaptisk transmission. Det er tidligere lykkedes at udvikle kemiske forbindelser, der modulerer aktiviteten af celleadhæsionsmolekyler, hvilket åbner for udvikling af profylaktiske eller kurative lægemidler.

KORRESPONDANCE: Thomas Werge, Institut for Biologisk Psykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri, DK-4000 Roskilde.
E-mail: Thomas.Werge@shh.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Thomas Werge er konsulent for H. Lundbeck A/S.

En fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

LITTERATUR

1. Stefansson H, Rujescu D, Cichon S et al. Large recurrent microdeletions associated with schizophrenia. *Nature* 2008;455:232-6.
2. International Schizophrenia Consortium. Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. *Nature* 2008;455:237-41.
3. Stefansson H, Ophoff RA, Steinberg S et al. Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature* 2009;460:744-7.
4. International Schizophrenia Consortium. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* 2009;460:748-52.
5. Shi J, Levinson DF, Duan J et al. Common variants on chromosome 6p22.1 are associated with schizophrenia. *Nature* 2009;460:753-7.

TABEL 1

SNP'er og CNV'er, der disponerer for skizofreni og andre psykiske lidelser.

Locus	Funktion	Sygdomsdisponering
<i>Lavrisiko-SNP'er (OR: 1,1-2,0)</i>		
2q32.1	<i>Zinc finger protein 804A</i>	Skizofreni, bipolar sindslidelse
6p21.3-22.1	<i>Major histocompatibility complex</i>	Skizofreni
11q24.2	Neurogranin	Skizofreni
18q21.2	<i>Transcription factor 4</i>	Skizofreni
<i>Intermediærrisiko-CNV'er (OR: 2-5)</i>		
15q11.2 del	Mange gener påvirket	Skizofreni, adfærdsforstyrrelser, epilepsi
16p13.1 dup	Mange gener påvirket	Skizofreni, adfærdsforstyrrelser
<i>Højrisiko-CNV'er (OR: 10-20)</i>		
1q21.1 del	Mange gener påvirket	Skizofreni, autisme, MR, epilepsi
2p16.3 del	Neurexin 1	Skizofreni, autisme, MR
15q13.3 del	Mange gener påvirket	Skizofreni, autisme, MR, epilepsi
16p11.2 dup	Mange gener påvirket	Skizofreni, autisme, MR, epilepsi
22q11 del	Mange gener påvirket	Skizofreni, autisme, MR

CNV = *copy number variation*; MR = mental retardering; OR = oddsratio; SNP = enkeltnukleotidpolymorfi.

Forstyrret rapid eye movement-søvn prædikerer neurodegenerativ sygdom

Læge Stine Knudsen, neuropsykolog Marielle Zoetmulder & professor Poul Jennum

Drømme forekommer primært i *rapid eye movement* (REM)-søvn. Raske individer er paralyserede under REM, da specifikke hjernestammekerner aktivt hæmmer de motoriske forhornsceller og derved skeletmuskulaturen. I de seneste år har man klarlagt patofysiologien bag en vigtig – men overset – REM-søvnforstyrrelse ved to neurologiske sygdomsgrupper: REM-sleep behaviour disorder (RBD) ved parkinsonisme og narkolepsi. RBD blev beskrevet i 1990'erne og oprindeligt regnet som et fænomen af uklar betydning. RBD manifesteres ved manglende paralyse under REM-søvn, så patienterne ofte voldeligt udlever drømme, f.eks. ved at råbe, skrike, græde, slå og sparke, eller flygte fra imaginære fjender.

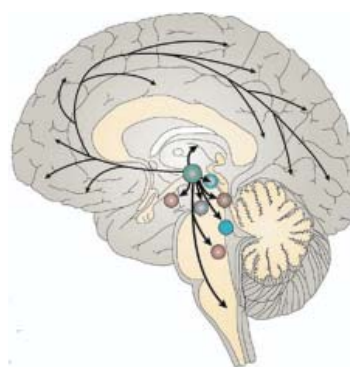
Betydningen af symptomet fandtes i de første RBD-opfølgingsstudier, hvor patienterne overraskende begyndte at udvikle parkinsonistiske sygdomme. Dette skyldes, at den progressive ascenderende hjernestammedestruktion (Braak-stadierne) ved parkinsonisme meget tidligt læderer de REM-søvnregulerende nerve-kerner, så hæmning af muskeltonus/bevægelse under REM-søvn ophører. I de seneste opfølgingsstudier er komorbiditeten så høj mellem RBD og parkinsonisme (mindst 80%), at monosymptomatisk RBD må anses for at være en tidlig manifestation af parkinsonistisk sygdom og føre til udredning herfor [1]. Tilsvarende bør allerede diagnosticeret parkinsonisme medføre systematisk udredning for RBD.

Narkolepsi har gennem de seneste 100 år været omspundet af mystik pga. de tilsyneladende mærkværdige symptomer. Sygdommen er udtalt invaliderende [2], da patienterne udvikler søvnighed med søvnanfald, anfald af muskelsvaghed og hallucinationer. Søvnens præges af mange bevægelser, talrige op-vågninger og hurtigt indsættende REM-søvn. For ti år siden fandtes, at narkolepsipatienter har selektiv destruktion af neuroner i den laterale del af hypothalamus, som producerer neuropeptiderne, hypokretin-1 og -2 [3]. Hypokretinsystemet udgør en vigtig del af hjernens centrale regulation af søvn, vågenhed og muskeltonus (**Figur 1**). Manglen på hypokretin kunne således forklare narkolepsisymptomerne [4].

Det er nyligt opdaget, at narkolepsipatienternes motoriske uro under REM-søvn opfylder kriterierne for RBD. RBD er dog forskelligt ved narkolepsi og

FIGUR 1

Hypokretinsystemet. Hypokretinerge neuroner i hypothalamus (grøn cirkel) innerverer og regulerer hjernestammens øvrige neuronale vågenhedcentre, søvncentre og tonusregulerende nerve-kerner (øvrige cirkler). Ydermere aktiveres cortex.



parkinsonisme. RBD ved narkolepsi er prædikeret af patienternes hypokretinmangel. Dette indikerer, at manglende REM-søvnsparyse ved narkolepsi skyldes dysregulering af hjernestammen pga. manglende innervation fra hypokretinsystemet og ikke progrediende hjernestammelæsioner som ved Parkinsonisme. Dette forklarer, hvorfor RBD ved narkolepsi er mindre voldelig, og hvorfor patienterne ikke udvikler parkinsonistiske sygdomme. Hypokretinmangel ved narkolepsi bevirker ydermere en generel ustabilitet af muskeltonusregulation i både REM-søvn, non-REM-søvn og vågenhed [5]. Studier af REM-søvnregulationen giver derved unik indsigt i tidlige sygdomsmekanismer ved neurodegenerative sygdomme med mulighed for tidlig intervention.

KORRESPONDANCE: Stine Knudsen, Dansk Center for Søvnmedicin, Glostrup Hospital, DK-2650 Glostrup. E-mail: stine.knudsen@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Zoetmulder M, Jennum PJ. Rapid eye movement sleep behavior disorder – diagnostic, årsager og behandling. Ugeskr Læger 2009;171:1849-53.
2. Jennum P, Knudsen S, Kjellberg J. The economic consequences of narcolepsy. J Clin Sleep Med 2009;5:240-5.
3. Knudsen S, Jennum PJ. Narcolepsy – new implications of molecular biology. Ugeskr Læger 2006;168:3699-704.
4. Knudsen S, Jennum P, Alving J et al. Validation of the ICSD-2 Criteria for CSF hypocretin-1 Measurements in the Diagnosis of Narcolepsy in the Danish Population. Sleep 2010;33:169-76.
5. Knudsen S, Gammeltoft S, Jennum P. REM sleep behaviour disorder in patients with narcolepsy is associated with hypocretin-1 deficiency. Brain 2010;133:568-79.

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Søvnmedicin

Ingen registrering af komplikationer til implantater ved gynækologiske operationer

Overlæge Helle Christina Sørensen, professor Gunnar Lose, overlæge Pia Sander, overlæge Karl Møller-Bek & overlæge Lars Alling-Møller

ORIGINALARTIKEL

Glostrup Hospital,
Gynækologisk-Obstetrisk
Afdeling

RESUME

INTRODUKTION: I Danmark er der i de senere år introduceret mange nye implantater til brug ved kirurgisk behandling af urininkontinens (UI) og genital prolaps (POP) hos kvinder. I litteraturen angives komplikationsrater på op til 40% afhængig af implantattype, 2-5% kategoriseres som alvorlige [1, 2]. Implantater kan opnå CE-mærkning, hvis det kan sandsynliggøres, at de ikke afviger væsentligt fra allerede markedsførte implantater.

MATERIALE OG METODER: Korrespondance og telefonisk henvendelse til myndighederne og producenterne for at fastslå, hvem der har ansvaret for at godkende og føre tilsyn med implantater. Vi undersøgte endvidere, hvor mange implantater til UI- og POP-operationer, der markedsføres i Danmark.

RESULTATER: Der markedsføres i alt 25 forskellige implantater. Det er Lægemiddelstyrelsens (LS) ansvar, at indsamle oplysninger om komplikationer samt overvåge og foretage opfølgning ved kendskab til disse. For perioden 2001-2006 foreligger der fire indberetninger om komplikationer til LS. Indberetningspligten ligger både hos kirurgen og lægemiddelproducenten.

KONKLUSION: Danske myndigheder har intet overblik over hvilke implantater, der markedsføres i Danmark. Der er et stort behov for at få etableret et pålideligt registreringssystem, der tillader overvågning af nye implantater, for at styrke patientsikkerheden. Der er behov for at skærpe kravene til kliniske data, før nye implantater markedsføres.

I Danmark er der i de senere år blevet introduceret adskillige nye implantater (biologiske og syntetiske) til brug ved kirurgisk behandling af urininkontinens (UI) og genital prolaps (POP) hos kvinder (**Figur 1**). Dette har medført både nye behandlingsmetoder og nye peri- og postoperative komplikationer, der i nogen grad er materialerelaterede. Det kvalitative og kvantitative omfang af komplikationer er for de fleste produkter ukendt. I litteraturen opgives komplikationsrater på op til 40% afhængig af implantattype, 2-5% kategoriseres som alvorlige [1, 2].

I Danmark har der i perioden 1999-2004 været markedsført en midturedtralslynge (IVS) til brug ved urininkontinensoperationer. Slyngen bestod af polypropylen med polyfilamentær mikroporestruktur. Indoperation af slyngen har resulteret i komplikationer (erosion til blære og vagina samt abscesdannelse) hos op til 28% ved femårsopfølgning [3] (**Figur 2**). Producenten ophørte med aktiv markeds-

føring i Danmark 2004, men har frem til slutningen af 2008 fortsat markedsført implantatet i resten af EU. Producenten opnåede CE-mærkning ved at sandsynliggøre, at slyngen ikke afveg væsentligt fra allerede markedsførte makroporestrukturimplantater med polypropylenmonofilament. Den multifilamentære mikroporestruktur af IVS har formentlig været hovedårsagen til de mange komplikationer [2]. Firmaet har i 2006 lanceret en ny udgave af IVS-slyngen – denne gang med monofilamentær makroporestruktur.

Et andet syntetisk implantat (TVT-Secure) til brug ved inkontinensoperationer hos kvinder er for nylig blevet lanceret på baggrund af indoperation på otte får, men uden kliniske data. Ved at sandsynliggøre at implantatet ikke afveg væsentligt fra andre produkter på markedet af samme type, opnåede også dette produkt CE-mærkning. TVT-Secure kan derfor nu principielt markedsføres i EU uden yderligere krav [4].

På baggrund af de lempelige regler for markedsføring af nye implantater har vi fundet det opportunt at undersøge forholdene på området.

MATERIALE OG METODER

Der blev i perioden 01.12.2006-11.01.2008 foretaget skriftlig eller telefonisk henvendelse til: 1) Sundhedsministeriet (SM), 2) Sundhedsstyrelsen (SST), 3) Lægemiddelstyrelsen (LS), 4) Dansk Standard (DS) og 5) Alle producenter/distributører af implantater til brug ved UI- og POP-operationer.

SM blev kontaktet for at få klarlagt, hvem der er tilsynsførende myndighed på området.

SST blev bedt om at redegøre for deres rolle vedrørende registrering af peri- og postoperative komplikationer.

LS blev kontaktet vedrørende oplysninger om lovgivningen for kirurgiske implantater.

Der blev spurgt om følgende:

- 1) Hvem har ansvaret for indberetning af peri- og postoperative komplikationer?
- 2) Hvor og hvordan registreres disse, og hvem har adgang til data?
- 3) Findes der i Danmark en database vedrørende indberetninger af komplikationer?
- 4) Hvilken konsekvens har indberetningerne?

- 5) Hvilke implantater til brug ved kvindelig urininkontinens og genital prolaps er registreret og markedsføres i Danmark?
- 6) Hvor mange indberetninger foreligger der fra perioden 2001-2007?

Der blev søgt aktindsigt hos LS vedrørende de implantater, som i perioden 2001-2007 blev markedsført i Danmark.

Der blev taget telefonisk kontakt til et af de firmaer (DS), der faciliterer CE-mærkningen i EU, et såkaldt *Notifying Body*. Firmaet blev bedt om at beskrive et typisk procesforløb.

En nøgleperson fra hver af de ti producenter/distributører, som markedsførte implantater til brug ved kvindelig UI- og/eller POP-operationer, blev interviewet. Der blev brugt et standardiseret spørgeskema vedrørende:

- 1) Hvilke produkter markedsføres i Danmark, samt varigheden heraf?
- 2) Er der indlagt en *incident report* i produktet, og informerer firmaet brugeren/køberen om at indsende den til firmaet i tilfælde af peri- og postoperative komplikationer?
- 3) Er der i firmaet en politik vedrørende håndtering af kendskab til komplikationer?
- 4) Har firmaet kendskab til komplikationer, og hvordan lagres data?
- 5) Foregår der en rapportering til myndighederne, når kendskab til komplikationer foreligger, og hvilke myndigheder rapporteres der til?
- 6) Hvem har ansvaret for denne rapportering?

Da der ikke findes en opgørelse fra en offentlig myndighed over markedsførte implantater i Danmark, blev kendskabet til disse opnået ved vores produktkendskab og gennem henvendelse til firmaer efter søgning på Google med søgeordene: urininkontinens, genital prolaps, kvindelig urininkontinens, urininkontinensoperationer og genital prolaps-operationer.

RESULTATER

Sundhedsministeriet

SM fastslog, at problematikken ikke sorterer under ministeriet, og henviste til SST, LS og de videnskabs-
etiske komiteer.

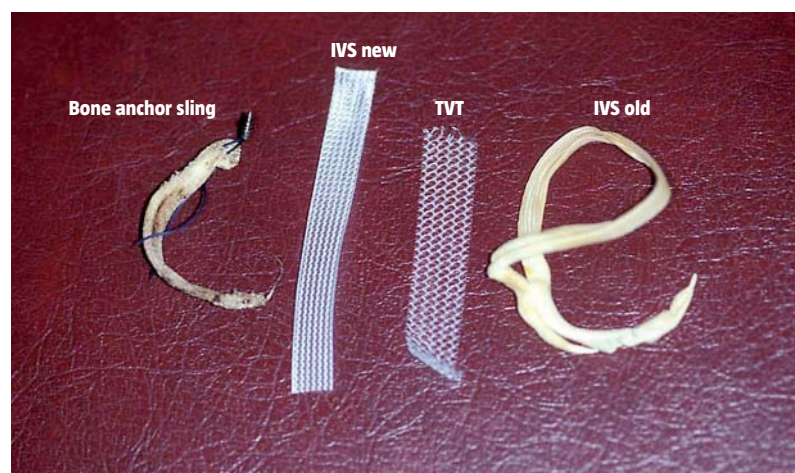
Sundhedsstyrelsen

For at øge patientsikkerheden har SST oprettet en database over utilsigtede hændelser. Både hændelser og nærhændelser (ikke komplikationer), hvor der er sket eller kunne være sket patientskade, og hvor der er risiko for gentagelse og potentiale for læring, skal



FIGUR 1

Eksempler på implantater til behandling af urininkontinens. Billedet er venligst udlånt af Ethicon.



rapporteres til databasen [10]. Formålet er at forsøge at undgå fremtidige uheld og derved øge patientsikkerheden. Således er denne database ikke oprettet til at indsamle oplysninger om peri- og postoperative komplikationer. SST gav modstridende skriftlige og telefoniske oplysninger med hensyn til indberetning af peri- og postoperative komplikationer.

Lægemiddelstyrelsen

LS har ansvaret for at overvåge forekomsten af peri- og postoperative komplikationer og foretage opfølgning ved kendskab til disse [12].

LS oplyste:

- 1) Indberetningspligten påhviler både brugeren (kirurgen) samt lægemiddelproducenten/distributøren.
- 2) Data opbevares som sagsakter, hvortil der kan søges aktindsigt. Med mindre det skønnes, at der foreligger »fabrikshemmeligheder«, bevilges aktindsigt mod et administrationsgebyr for fotokopiering. Det blev oplyst, at der kun kan gives aktindsigt om indberetninger vedrørende navngivne produkter med angivelse af produkt navn og producent. Der kan således ikke søges oplysninger på produkttyper, da indberetningerne er lagret under produkt navn og producent. Derfor findes der ingen samlet opgørelse over komplikationer efter brug af samme type implantat.
- 3) Efter indberetning af en komplikation vurderes det, om komplikationen skønnes at være forårsaget af produktet. Hvis dette er tilfældet, rettes der henvendelse til producenten/distributøren.
- 4) Der findes ikke en database over indberetninger

FIGUR 2

Eksempel på vaginal erosion urinkontinens-operation med implantat. Billedet er venligst udlånt af Ethicon.



af peri- og postoperative komplikationer. LS oplyste, at de ønsker at undgå at skabe et forkert billede af et produkts komplikationsrate, idet et hyppigt anvendt produkt i givet fald vil kunne afstedkomme relativt flere indberetninger. Man frygter således, at en database kan virke konkurrenceforvridende.

- 5) Der findes ingen samlet registrering i LS over hvilke implantater, der markedsføres i Danmark.
- 6) I årene 2001-2007 er der rapporteret fire komplikationer til LS, alle vedrørende et produkt. Alle fire komplikationer var ubetydelige (kortvarig urinretention, cystitis etc.).

Dansk Standard

DS (*Notifying body*), som oplyste, at firmaet normalt kun har kendskab til produkter fra producenter, de samarbejder med. DS's rolle er at facilitere en godkendelsesproces efter EU-standarder og regulativer på området [13].

Producenter/distributører

Vi identificerede ti producenter/distributører (Johnson & Johnson, Contura, Boston Scientific, Bard, Q-Med, Kendan, Kiritex, Tyco, N.C Nielsen og Cook).

Fra interviewundersøgelsen fandt vi, at:

- 1) Der er ni forskellige *tensionfree vaginal tapes* (TVT) og TVT-lignende slynger og seks *bulking agents* (til urethral injektionsbehandling mod UI) på markedet i Danmark. Der er 12 implantater – ni syntetiske og tre biologiske – til brug ved POP-operationer. Produkterne har været markedsført fra en måned til 12 år.
- 2) 40% af firmaerne har indlagt *incident reports* i pakningen med implantater, af disse informerer tre ud af fire firmaer kirurgerne om at indsende dem til firmaet i tilfælde af komplikationer.

- 3) Alle firmaer oplyste at have en politik vedrørende håndtering af komplikationer:

- I. Ved kendskab til produktfejl er der hos alle en fast procedure, der blandt andet omhandler registrering og forholdsregler ved evt. tilbagekald af produkter, f.eks. usterile produkter.
- II. Ved kendskab til peri- og postoperative komplikationer er der hos alle firmaer en procedure med rapportering til et højere led i firmaet, hvorefter der afventes specifikke instruktioner, som skønnes afpasset til den enkelte situation. Alle firmaer oplyste, at salgspersonalet er oplært og instrueret i at spørge køberen/kirurgen om evt. komplikationer ved opfølgende salgsbesøg.

- 4) 60% af firmaerne har kendskab til peri- og postoperative komplikationer. Alle firmaer har en database over evt. komplikationer.
- 5-6) Ved kendskab til komplikationer, vil 80% indberette til myndighederne, hvis de får kendskab til, at kirurgen ikke har indberettet. 20% mener, at det udelukkende er kirurgens ansvar. 80% vil indberette til LS og 50% tillige til SST. 30% af firmaerne informerer kirurgen om denne politik.

DISKUSSION

Kirurgiske implantater anvendes i stigende grad til behandling af urininkontinens og genital prolaps. Danske myndigheder kan ikke oplyse, hvilke implantater der er på markedet, i hvilken udstrækning de anvendes og hvilke komplikationer, der optræder. Indoperation af implantater er forbundet med en ikke ubetydelig morbiditet og i sjældne tilfælde mortalitet [7-9]. I modsætning til lægemidler kan nye implantater og operationsteknikker indføres uden, at der foreligger kliniske data. Det er således nødvendigt med en kontinuerlig overvågning af hensyn til patienternes sikkerhed, så ulykker som Bonelocsagen undgås.

Denne undersøgelse har vist, at LS i en seksårs periode har fået indberettet fire mindre komplikationer. Det dokumenterer, at en systematisk indsamling af informationer vedrørende komplikationer ikke finder sted i Danmark. Undersøgelsens resultater viser endvidere, at der hersker usikkerhed hos sundhedsmyndighederne vedrørende indrapportering af peri- og postoperative komplikationer. LS har ansvar for overvågning af implantater. Det er derfor overraskende, at der ikke kan gives systematiske informationer vedrørende producenter, implantater og komplikationer.

Der er fra dansk side rapporteret alvorlige komplikationer i forbindelse med brug af IVS-slyngen [3], hvilket har bidraget til, at dette produkt er fjernet fra

markedet. Hos LS findes der ingen data vedrørende IVS. Det viser, at et produkt kan markedsføres på trods af, at der optræder flere komplikationer sammenlignet med analoge produkter på markedet, samt at et produkt kan fjernes fra markedet pga. komplikationer, uden at dette registreres. Dette understreger behovet for, at der indsamles systematiske data til en database, som opererende læger umiddelbart har adgang til.

Den opererende læge samt leverandøren har pligt til at indberette komplikationer, som skønnes at være forårsaget af implantater, til LS [11]. Denne undersøgelses resultater dokumenterer, at der hersker stor usikkerhed hos leverandørerne vedrørende reglerne på området. Endvidere fandt vi, at der praktisk taget ikke indberettes til LS. Resultaterne dokumenterer også, at brugerne (kirurgerne) ikke indberetter til LS. Det er bemærkelsesværdigt, at LS ikke sikrer, at denne indberetning foregår.

Implantater kan relativt let markedsføres, idet der kun kræves CE-mærkning og ikke kliniske data. Forløbet med IVS-slyngen dokumenterer, at det er et utilstrækkeligt princip, idet små ændringer i strukturen af et implantat kan føre til en signifikant stigning i antallet af komplikationer. Polypropylen har været anvendt i mange år i forbindelse med bl.a. TVT-slynger i form af monofilament med makroporerstruktur. IVS-slyngen består ligeledes af polypropylen, men er multifilament med mikroporerstruktur, hvilket medførte en 5-10 gange større komplikationsrate [2, 3, 5]. Der synes at være behov for en stramning af reglerne for markedsføring af nye implantater – ikke nødvendigvis af samme omfang som ved lægemidler, men som et minimum burde der være et fase II-studie med kliniske data [6].

I undersøgelsen spurgte vi LS, hvorfor der ikke er etableret en database som led i overvågningen af nye implantater og fik det svar, at der ikke ønskes en database, idet den ville kunne virke konkurrenceforvridende. Vi finder det bemærkelsesværdigt, at LS ikke finder det vigtigt at etablere en database, hvilket er sket mange steder i udlandet bl.a. i USA i form af *Manufacture and User Facility Device Experience Database* (MAUDE) [13] samt i Storbritannien i form af *National Reporting and Learning Database* [14]. Her er der tale om offentlige og tilgængelige databaser.

Markedsføring uden kliniske data betyder desuden, at kirurgen ikke kan informere patienten om risici og eventuelle komplikationer, da de ikke er kendt. Det rejser et problem i relation til kirurgers pligt til at informere patienterne om de risici, der er forbundet med en operation [15].

Af SST's vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet [16] fremgår det,

at såfremt der ikke ligger klar dokumentation vedrørende effektivitet og sikkerhed, må sådanne implantater/teknikker kun anvendes, hvis der foreligger en af Videnskabsetisk Komite godkendt protokol.

Dette er i overensstemmelse med den seneste Helsinkideklaration [17], hvoraf det fremgår, at nye behandlinger kun bør indføres, hvis der foreligger en protokol, og at resultaterne bør publiceres [18]. Det er vores erfaring, at hverken producenter eller brugere er tilstrækkeligt opmærksomme på disse problemstillinger i relation til brug af nye implantater.

KONKLUSION

Danske myndigheder har ikke overblik over hvilke kirurgiske implantater, der anvendes til behandling af kvinder med UI og POP. Der er et stort behov for at få etableret et pålideligt registreringssystem, der tillader overvågning af nye transplantater for at styrke patientsikkerheden. Der er desuden et stort behov for at skærpe kravene, herunder kravene til kliniske data før nye implantater markedsføres. Det er essentielt, at klinisk implementering af nye implantater sker på basis retningslinjerne fra SST og Helsinkideklarationen. I henhold til SST's vejledning skal alle kirurger, der foretager UI- og POP-operationer indberette til den landsdækkende DUGA-database, der findes intet samarbejde mellem DUGA databasen og LS.

KORRESPONDANCE: Helle Christina Sørensen, Gynækologisk Klinik, JMC, Frederiksberg Hospital, DK-2000 Frederiksberg. E-mail: HCS@dadlnet.dk

ANTAGET: 19. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 21. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Abdel-fattah M, Ramsey I. Retrospective multicenter study of new minimally invasive mesh repair devices for POP. BJOG 2008;115:22-30.
2. Wu MP. The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: Joy or toy? Taiwan J Obstet Gynecol. 2008;47:151-6.
3. Glavind K, Larsen T. Long-term follow-up of intravaginal slingplasty operation for urinary stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008;19:1081-3.
4. Rezapour M, Novara G, Meier PA et al. A 3-month preclinical trial to assess the performance of a new TVT-like mesh (TVTx) in a sheep model. Int Urogynecol J 2007;18:183-7.
5. Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F et al. Tensionfree vaginal tape (TVT) and intravaginal slingplasty (IVS) for stress urinary incontinence: a multicenter randomized trial. AJOG 2006;195:1338-42.
6. Ethical guidelines. ACOG Committee opinion. Obstet Gynecol 2006;108:1589-95.
7. Maher C, Baessler K, Glazener CMA et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: A short version Cochrane review. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD004014.
8. Altman D, Falconer C et al. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapse repair. ACOG 2007;109:1.
9. Jia X, Glazener C, Mowatt G et al. Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. BJOG 2007;115:1350-1361.
10. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser nr. 451 og 30 af 21. maj 2007. www.dpsd.dk/ (1. maj 2009).
11. www.medicinskudstyr.dk/1024/ (1. april 2009).
12. EU-direktiverne: 90/385/EØF, 93/42/EU, 93/68/EØF (1. april 2009).
13. www.fda.gov/cdrh/mdr (1. april 2009).
14. www.mhra.gov.uk (1. april 2009).
15. www.retsinfo.dk/_GETDOC/ACCN/199722K00015-REGL/MAJ2006
16. www.minibib.minibib.dk/F
17. www.wma.net/e/policy/b3.htm
18. www.wma.net/e/ethicsunit/Helsinki.htm

Lumbalt hernie

Læge Sandra Sofie Teiblum, overlæge Flemming Pii Hjørne & overlæge Thue Bisgaard

KASUISTIK

Køge Sygehus,
Kirurgisk Afdeling

Lumbale hernier er sjældent forekommende med kun ca. 300 rapporterede tilfælde i litteraturen [1]. De kan være lokaliseret overalt i lumbalregionen, der superior afgrænses af costa 12, inferior af crista iliaca, medialt af den lumbale del af musculus erector spinae og lateralt af musculus obliquus externa. Området indeholder to veldefinerede områder med svaghed i muskulaturen: den superiore trekant (Grynfeltt-Lesshaft) samt den inferiore trekant (Petit), hvor den superiore er større og formentlig den hyppigste lokalisation for spontane hernier [2].

Man skelner mellem de primære og de mere hyppigt forekommende sekundære hernier. Primære er medfødte [3], og sekundære ses efter traumer eller operative indgreb.

Hernierne varierer i størrelse og frembyder almindelige symptomer i form af trykkende og smertende gener. Idet det anslås, at der er 9% risiko for inkarceration [4], er der indikation for operation ved selv asymptomatiske hernier.

På Kirurgisk Afdeling i Køge blev der diagnosticeret et tilfælde af denne sjældne form for hernie hos en ældre kvinde, der hverken havde været udsat for kirurgi eller traumer i regionen, hvorfor det må betragtes som et primært lumbalt hernie.

SYGEHISTORIE

En 75-årig kvinde havde igennem flere år haft ukarakteristiske rygger og igennem et år bemærket en bule i venstre flanke. Hævelsen var langsomt tiltaget i størrelse og med det generne i form af smerter. Bulen var fuldt reponibel, og der var ikke anamnesticke inkarcerationstilfælde.

Patienten havde tidligere fået konstateret hypertension, atrieflimmer og kronisk obstruktiv lungesygdom og var aldrig tidligere abdominalt opereret, bortset fra tidligere appendektomi.

Objektivt fandtes der en 10 × 10 cm stor reponibel udfyldning i venstre flanke lige kaudalt for ribbenskurvaturen. Det var vanskeligt at vurdere brokportens størrelse og relationerne til lumbalmuskulaturen, og der blev foretaget computertomografi (CT) til yderligere kortlægning af anatomien.

CT'en viste et venstresidigt lumbalhernie, der lå posterolateralt for venstre nyre lige under venstre costa 12 ved musculus latissimus dorsi (Figur 1). Brokporten var 4,5 × 3,5 cm, og broksækken var 5,5

cm i diameter og indeholdt retroperitonealt fedt uden tarm eller andre organer.

Der blev foretaget åben elektiv operation med indsættelse af *mèche* (Ventral Hernia Patch, Bard). Det postoperative forløb var ukompliceret. Efter seks måneder var patienten uden gener eller recidiv.

DISKUSSION

Lumbale hernier er sjældne [5]. Patienterne kan have sig med forskellige symptomer afhængigt af størrelse og indhold, og diagnosen kan være svær at stille, især hos overvægtige patienter med små hernier. Den hyppigste kliniske præsentation er en bule i flanken, der bliver større ved hoste eller anden brug af bugpressen og forsvinder i lateralt bugleje. Patienterne klager hyppigst over uspecifikke mavesmerter eller flankgener, og diagnosen bør eventuelt overvejes hos patienter med uforklarede rygsmerter. Diagnosen stilles primært ud fra anamnesen og klinikken, men CT- eller magnetisk resonans-undersøgelser bør anvendes præoperativt til at bekræfte diagnosen samt til kortlægning af anatomien.

Den kirurgiske behandling af lumbalt hernie er kontroversiel, og det diskuteres, om behandlingen skal foregå med åben eller laparoskopisk operation. Der findes ingen studier, der sammenholder disse to operationsmetoder ved primære lumbale hernier, men i et prospektivt nonrandomiseret studie fra 2005 inkluderede man 16 sekundære lumbale hernier for at sammenholde klassisk kirurgi med laparoskopisk tilgang og resultatet var en signifikant lavere komplikationshyppighed, kortere indlæggelsestid, færre smerter samt hurtigere restitution efter laparoskopisk

FIGUR 1

Computertomografi med lumbalt hernie (pil) i henholdsvis tværsnit (A) og i horisontalt snit (B).



behandling sammenlignet med åben operation [1]. I et review af kasuistiske meddelelser fra 2007 med i alt 74 cases inklusive forfatterens egne 28 cases foreslås dog, at den laparoskopiske tilgang bør vælges til små og moderate defekter og åben kirurgi til store defekter og ved recidiv [2].

Det faktum, at lumbale hernier er retroperitonealt beliggende, sammenholdt med en nedsat risiko for organlæsioner, adhærencer og muligvis lavere pris, taler imidlertid for åben kirurgi, da man ved åben teknik undgår intraperitoneal adgang med incision indefra gennem peritoneum for at få adgang til herniet og dermed muligvis udsætter patienten for større risiko for komplikationer ved laparoskopisk tilgang end ved åben kirurgi. Fordelene ved laparoskopisk kirurgi er imidlertid, at man nedsætter risikoen for

sårinfektioner, undgår at udsætte patienten for bloddelstraumer og har mulighed for korrekt identifikation af herniedefekten.

KORRESPONDANCE: Sandra Sofie Teiblum, Lisevej 5, DK-3060 Espergærde.

E-mail: teiblum@hotmail.com

ANTAGET: 8. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 21. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Moreno-Egea A, Torralba-Martinez JA, Morales G et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias. *Surg Endosc* 2005;19:184-7.
2. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* 2007;142:82-8.
3. Salameh JR. Primary and unusual abdominal wall hernias. *Surg Clin N Am* 2008;88:45-60.
4. Armstrong O, Hamel A, Grignon B et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat* 2008;30:533-7.
5. Sakarya A, Aydede H, Erhan MY et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. *Surg Endosc* 2003;17:1494-500.

Nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel

Reservelæge Sverre Pelle Hjortø, reservelæge Caroline Pehrson & overlæge Anne Gernow

De Bartholinske kirtler (glandulae vestibulares majores) er to mukøse kirtler af 0,5-1 centimeters størrelse, som ligger bagtil i labia majora, og hvis udførselsgange måler 2-2,5 cm og munder ud bagtil i vestibulum vaginae. Efter 30-års-alderen atrofiere kirtlerne gradvist.

Hævelse, smerte og dyspareuni er de hyppigste symptomer ved sygdom i kirtlen og dens udførselsgang, og årsagen er langt oftest cystedannelse og inflammation. Derimod er solide forandringer sjældne, og i disse tilfælde drejer det sig hyppigst om et karcinom og kun meget sjældent om en benign forandring i form af nodulær hyperplasi eller adenom [1].

Vi beskriver her en patient, der havde en udfyldning i venstre labium majus, og som viste sig at have nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel (**Figur 1**).

SYGEHISTORIE

En 29-årig rask kvinde blev henvist til gynækologisk ambulatorium grundet en udfyldning i venstre labium majus, der havde varet i to måneder. Der var ingen smerter, dyspareuni, dysuri eller udflåd.

Objektivt fandtes en 3 × 3 centimeter stor, uøm hævelse på labium majus uden rødme af den ovenliggende hud, og vulvaområdet i øvrigt var normalt. Den kliniske diagnose var Bartholincyste. Ved marsupiali-

satio fandtes en 3 cm stor cyste med slimet indhold og et fast/cystisk område i bunden, som blev excideret.

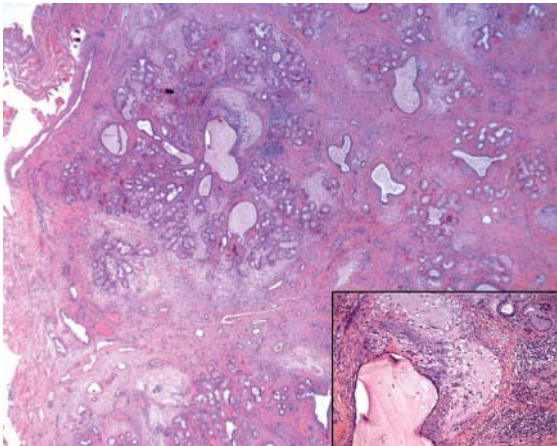
Patologisk undersøgelse viste et 9 × 5 × 5 mm stort vævsstykke, der mikroskopisk ikke indeholdt væv fra Bartholins kirtel, men mucinøst stroma med inflammatoriske celler og spindelformede og stellate celler samt cystiske hulrum. Diagnosen kunne ikke kommes nærmere, end at det kunne dreje sig om en rumperet cyste med reaktive forandringer, men at et aggressivt angiomyksom ikke kunne udelukkes, hvorfor man tilrådede reexcision i sundt væv.

Ved reoperation fandtes igen hævelse af labium majus. Der var gendannet en cyste med slimet indhold. Kaviteten sonderedes til 5 cm. I bunden af den cystiske proces fandtes en 2 × 3 cm stor lobuleret, kirtellig-nende, hvidlig tumor. Cysten og tumoren excideredes.

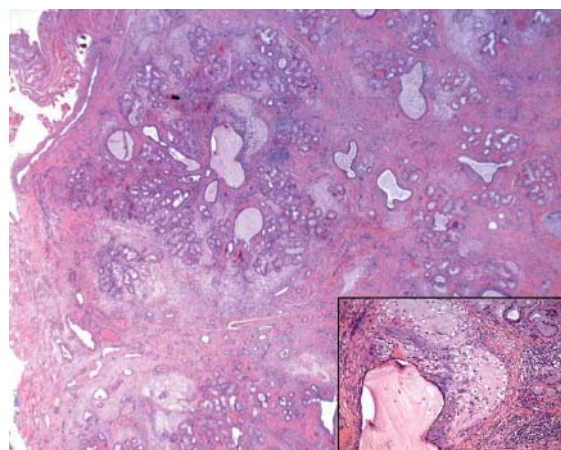
Patologisk undersøgelse viste to vævsstykker, der målte 20 × 10 × 5 mm og 42 × 22 × 18 mm, det største indeholdt en 30 mm stor, afrundet tumor med hvid/lysgul, småcystisk snitflade. Mikroskopisk sås væv fra Bartholins kirtel med lobuleret opbygning og uden kapsel. Der var øget mængde acini omkring dilaterede udførselsgange, nogle med ruptur, og i stromaet sås flere mucinsøer og uspecifik inflammation. Diagnosen var nodulær hyperplasi og cyste med ruptur og inflammation.

KASUISTIK

Hvidovre Hospital,
Patologisk Afdeling og
Gynækologisk Afdeling


FIGUR 1

Nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel. Der er lobuleret opbygning med bevaret forhold mellem acini og udførselsgange, og der er ingen kapsel. Indsat forstørrelse viser mucinsø og inflammation i stromaet.



Ved opfølgende kontrol tre måneder postoperativt var patienten symptomfri, og der var ingen palpabel resttumor. Den højre Bartholinske kirtel var også uden tumor.

DISKUSSION

Solide benigne forandringer i Bartholins kirtel er meget sjældne og generelt slet ikke eller kun meget sparsomt beskrevet i lærebøger i gynækologisk patologi, og der er kun få beskrevne tilfælde i litteraturen. Der er enten tale om et adenom eller om nodulær hyperplasi.

En generelt accepteret og ofte citeret måde at skelne mellem nodulær hyperplasi og adenom er ved hjælp af de kriterier, som er foreslået af *Koenig & Tavassoli* [2]. Ifølge disse kriterier er nodulær hyperplasi karakteriseret ved, at der er proliferation af de mucinøse acini, men med bevaret forhold mellem acini og udførselsgange, at konturen er enten lobuleret eller irregulær, og at der ikke er nogen kapsel. Adenom derimod er karakteriseret ved at have en kapsel, og ved at der er diffus eller tilfældig proliferation af acini og tubuli med tab af det normale forhold mellem acini og udførselsgange. Med disse kriterier er nodulær hyperplasi hyppigere end adenom.

Nodulær hyperplasi er beskrevet hos kvinder mellem 19 og 56 år (gennemsnit 35 år), de er makroskopisk solide og måler op til 45 mm (gennemsnit 23 mm). Ud over ovennævnte mikroskopiske fund findes ved nodulær hyperplasi også ofte let kronisk inflammation, fokal pladeepitelmetaplasti i udførselsgangene og dilaterede udførselsgange/cyster, som eventuelt er rumperede med mucinsøer i stromaet [1-3]. Ved samtidig nodulær hyperplasi og cyste af en vis størrelse vil processen makroskopisk være dels solid, dels cystisk [2]; dette var tilfældet med vores patient.

Ved hævelse i labium majus er årsagen ofte en patologisk forandring i Bartholins kirtel. Den hyppigste lidelse i Bartholins kirtel er cyste og/eller inflammation, men solide forandringer af såvel malign som benign karakter forekommer også. Denne viden er af vigtighed for såvel klinikere som patologer, der beskæftiger sig med behandling og diagnostik af gynækologiske lidelser.

KORRESPONDANCE: Sverre Pelle Hjortø, Skotvej 2, 3. th., DK-2920 Charlottenlund. E-mail: sverrehjortoe@yahoo.dk

ANTAGET: 24. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 4. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Santos LD, Kennerson AR, Killingsworth MC. Nodular hyperplasia of Bartholin's gland. *Pathology* 2006;38:223-8.
2. Koenig C, Tavassoli FA. Nodular hyperplasia, adenoma, and adenomyoma of Bartholin's gland. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:289-94.
3. Kazakov DV, Curik R, Vanecek T et al. Nodular hyperplasia of the Bartholin gland: a clinicopathological study of two cases, including detection of clonality by humara. *Am J Dermatopathol* 2007;29:385-7.



DANISH MEDICAL BULLETIN

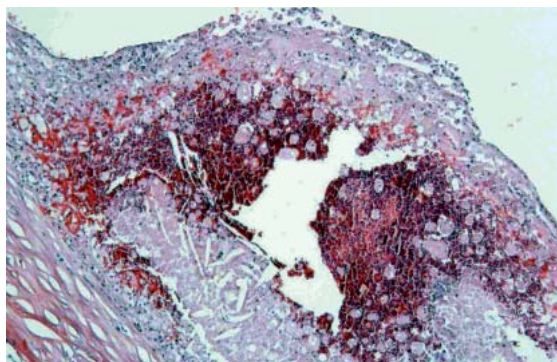
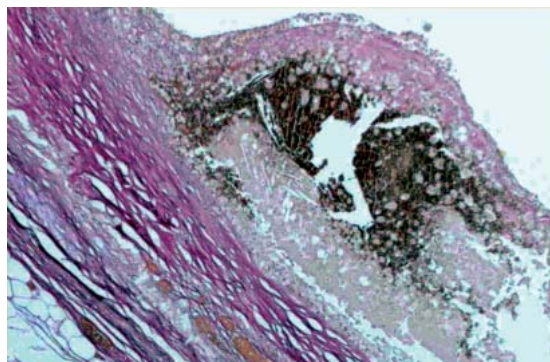
Det nye nummer af Danish Medical Bulletin er nu tilgængeligt på nettet: www.danmedbul.dk

Vi modtager gerne manuskripter fra danske forfattere, både originalartikler og oversigtsartikler.

Original article

The effect of transcatheter arterial embolisation for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Stevó Duvnjak & Poul Erik Andersen.*

Månedens billede

Hæmatoxylin-eosin $\times 20$ Weigerts elastin $\times 10$

En 36-årig, rask mand blev uventet fundet død på sin bopæl. Forud havde han været til *spinning* og var efterfølgende blevet utilpas og havde haft opkastning. Afdøde indtog ofte slankemidlet Therma Power før træning. Ved obduktionen fandt man en kraftigt bygget mand med udtalt aterosklerose i koronararterierne, og mikroskopisk kunne man se forsnævring af lumen, plaquedannelse med kolesterolspalterum, skumceller og frisk blødning i højre koronararterie samt subendokardial fibrose i hjertets bagvæg. Afdøde havde en koncentration af efedrin på 0,33 mg/kg blod (terapeutisk niveau 0,02-0,2 mg/kg).

Dødsårsagen var koronarokklusion/plaqueblødning opstået på grund af åreforkalkning i kombination med efedrinpåvirkning. Therma Power er et ulovligt kosttilskud, som anvendes ved ønske om vægttab eller forbedret fysisk præstation. Præparatet markedsføres i to udgaver, en med og en uden efedrin. Den efedrinholdige variant indeholder 25 mg efedrin pr. kapsel. Desuden indeholder produktet bl.a. koffein 200 mg pr. kapsel. Koffein forstærker effekten af efedrin, og kombinationen øger udholdenheden ved hård fysisk træning. Indholdet af efedrin og koffein svarer til det nu afregistrerede anorexikum Letigen. Efedrin er kontraindiceret ved hypertension og andre kardiovaskulære lidelser. Overdosering kan medføre hjerteanfald eller evt. hjertestop. Lægemiddelstyrelsen og Fødevarestyrelsen har officielt flere gange advaret mod brugen af Therma Power og lignende produkter.

Introduktionsreservelæge Stine Horskær Madsen,
vicestatsobducent Ingrid Bayer Kristensen,
Retspatologisk Afdeling, Aarhus Universitet
E-mail: shm@retsmedicin.au.dk
Cand.pharm. Ingrid Rosendal,
Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet

SUPPLERENDE LITTERATUR

www.thermapower.com/dk/index (10. marts 2008).

Douglas GB, Jacobs I, Zamecnik J. Effects of caffeine, ephedrine and their combination on time to exhaustion during high-intensity exercise. *Eur J Appl Physiol* 1998;77:427-33.

MÅNEDENS BILLEDE

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

Nyt fra EMA – februar 2010

Assisterende redaktør Bjarne Ørskov Lindhardt



EUROPEAN
MEDICINES AGENCY
SCIENCE
MEDICINES HEALTH

KORRESPONDANCE:

Bjarne Ørskov Lindhardt,
Lunge- og Infektionsmedicinsk
Afdeling S, Hillerød Hospital,
DK-3400 Hillerød.
E-mail:
bolindhardt@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen

På sit februarmøde godkendte Udvalget for Human-medicinske Lægemidler (CHMP) en femte pandemisk influenza A (H1N1)v-vaccine; denne gang fra Sanofi Pasteur. Denne vaccine er, som de øvrige vacciner, en *split virion*-vaccine, der er propageret i æg, og ligesom for de andre vacciner er en enkelt dosis formodentlig nok til personer uden immundefekter.

CHMP godkendte yderligere et præparat på *compassionate use*-basis. Denne gang drejer det sig om zanamivir, et andet præparat mod influenza A (H1N1)v. Også dette præparat kan nu erhverves i en intravenøs formulering til patienter, der er livstruende syge på grund af infektionen.

CHMP afviste, med stemmeflertal, at godkende et nyt antibiotikum. Det drejer sig om ceftobiprol – et cefalosporin – der er intenderet til behandling af komplicerede bløddelsinfektioner. Ceftobiprol er aktivt over for meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Præparatet var i to studier sammenlignet med henholdsvis vancomycin og ceftazidim og var ækvivalent hertil. Imidlertid havde *Food and Drug Administration* rejst tvivl om studierne's lødighed, og efterfølgende viste det sig, at disse ikke var udført i overensstemmelse med *good clinical practice*. På

denne baggrund anbefalede CHMP EU-kommissionen at undlade en markedsføringstilladelse.

Yderligere et par generiske produkter er blevet tilgængelige. Det drejer sig om docetaxel, som er beregnet til behandling af en række forskellige maligne lidelser, og raloxifen, der er beregnet til behandling af og forebyggelse af osteoporose hos postmenopausal kvinder.

CHMP har udvidet indikationen for colesevelam. Præparatet er indiceret til, sammen med diæt, at behandle kolesterolførhøjelse. Dette kan nu kombineres med ezetimibe og eventuelt et statin til behandling af primær hyperkolesterolæmi.

Zoledronsyre er et lægemiddel til behandling af postmenopausal osteoporose. CHMP har besluttet, at der skal rettes en henvendelse til sundhedspersonale for at gøre opmærksom på, at præparatet giver en risiko for nyrepåvirkning og nyresvigt. Risikoen herfor synes størst hos patienter med risikofaktorer i forvejen såsom behandling med andre nyretoksiske farmaka, diuretikabehandling, dehydrering og øget alder.

SUPPLERENDE LITTERATUR

www.ema.europa.eu

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Reservelæge Morten Lock Hansen:

Atrial fibrillation in the Danish population – a pharmacoepidemiological study

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: mlh@heart.dk

UDGÅR FRA: Gentofte Hospital, Kardiologisk Afdeling

FORSVARET FINDER STED: den 26. marts 2010, kl. 14.30, Det store auditorium, Gentofte Hospital, Hellerup.

BEDØMMERE: Jesper Hastrup Svendsen, Steen Husted og Gregory YH Lip.

VEJLEDERE: Niels Gadsbøll, Lars Køber, Gunnar Gislason, Henrik Enghusen Poulsen og Christian Torp-Pedersen.

Læge Zitta Barrella Harboe:

Studies on the epidemiology of invasive pneumococcal disease and related mortality in Denmark

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: zit@ssi.dk

UDGÅR FRA: Statens Serum Institut, Afdeling for Mikrobiologisk Overvågning og Forskning, Meningitis og Luftvejsinfektioner.

FORSVARET FINDER STED: den 26. marts, 2010 kl. 14:00 i Foredragssalen, Statens Serum Institut, Artillerivej 5, København.

BEDØMMERE: Professor Jens Ole Nielsen, professor Henrik Schønheyder og associate professor Åke Örtqvist, Sverige.

VEJLEDERE: Thomas Benfield og Karen Krogfelt.

Læge Rikke Borg:

Clinical implications of glucose exposure

Features of glycaemia and the risk of cardiovascular disease

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: RBRG@steno.dk

UDGÅR FRA: Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, og Steno Diabetes Center.

FORSVARET FINDER STED: den 29. marts 2010, kl. 12.00, Hagedorn Auditoriet, Steno Diabetes Center, Gentofte.

BEDØMMERE: Henrik Bindesbøll Mortensen, Tonny Jensen og Ele Ferrannini, Pisa, Italien.

VEJLEDERE: Knut Borch-Johnsen og Jørn Nerup.

Cand.scient., ph.d. Nikolaj Drimer Berg:

Prevalence of and risk factors for chemical sensitivity

Epidemiological and genetic studies

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: NBER0016@glo.regionh.dk

UDGÅR FRA: Gentofte Hospital, Dermato-allergologisk Afdeling, Videncenter for Duft- og Kemikalieoverfølsomhed.

FORSVARET FANDT STED: den 15. januar 2010.

BEDØMMERE: Torben Jørgensen, Eva Millqvist og Kirsten Ohm Kyvik.

VEJLEDERE: Asger Dirksen, Jesper Elberling og Allan Linneberg.

Cand.scient. Birgitte Fuglsang Kjølby:

Theoretical aspects of perfusion measurements using dynamic susceptibility contrast magnetic resonance imaging

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: birgitte@cfm.au.dk

UDGÅR FRA: Aarhus Universitet, Danmarks Grundforskningsfonds Center for Funktionelt Integrativ Neurovidenskab (CFIN).

FORSVARET FANDT STED: den 10. marts 2010.

BEDØMMERE: Ph.d. Matthias J.P. Van Osch, Leiden, Holland, adjunkt, ph.d. Linda Knutsson Lund, Sverige, og Steffen Ringgaard.

VEJLEDERE: Leif Østergaard, Valerij G. Kiselev og Michael Pedersen.



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 8. marts 2010 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(R-01-AD-12) Avamys næsespray*, 2care4 ApS
(M-01-AE-01) Brufen Retard depottabletter*, 2care4 ApS
(N-05-AF-05) Clopixol tabletter*, 2care4 ApS
(A-02-BC-05) Esomeprazol »Krka« enterokapsler*, Krka Sverige AB
(C-03-BA-11) Indapamid »Actavis« depottabletter*, Actavis A/S
(N-02-CC-04) Maxalt tabletter*, EuroPharmaDK ApS
(N-07-AA-02) Mestionin tabletter*, 2care4 ApS
(R-01-AD-09) Nasomet næsespray*, Orifarm A/S
(N-02-CC-01) Oripitan tabletter*, Orion Pharma A/S
(N-04-BC-04) Requip LP depottabletter*, EuroPharmaDK ApS
(R-01-AD-05) Rhinocort Aqua næsespray*, Pharmason ApS
(N-04-BC-05) Sifrol tabletter*, Paranova Danmark A/S
(R-03-BB-04) Spiriva inhalationspulver i kapsler, EuroPharmaDK ApS
(R-03-BB-04) Spiriva Respimat inhalationsvæske, Orifarm A/S
(N-02-CC-01) Sumatriptan »Actavis« tabletter*, Actavis A/S
(N-06-AX-16) Venlafaxin »Ranbaxy« depotkapsler*, Ranbaxy Pharma AB

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

(C-09-DA-01) Anartan Comp tabletter*, Actavis A/S
(C-09-CA-01) Ancozan tabletter*, Sandoz A/S
(C-09-DA-01) Ancozan Comp tabletter*, Sandoz A/S
(C-09-CA-01) Losarstad tabletter*, PharmaCoDane ApS

(C-09-DA-01) Losarstad Comp tabletter, PharmaCoDane ApS
(C-09-CA-01) Losartan »AGP« tabletter*, A Generic Pharmaceutical AB
(C-09-CA-01) Losartankalium »Actavis« tabletter*, Actavis A/S
(C-09-CA-01) Losartankalium »Krka« tabletter*, Krka Sverige AB
(C-09-CA-01) Losartankalium »Pfizer« tabletter*, Pfizer ApS
(C-09-CA-01) Losartankalium »TEVA« tabletter*, Teva Denmark A/S
(C-09-CA-01) Losartankalium/Hydrochlorthiazid »Krka« tabletter*, Krka Sverige AB
(C-09-CA-01) Losartankalium/Hydrochlorthiazid »Orifarm« tabletter*, Orifarm Generics A/S
(C-09-CA-01) Losartankalium/Hydrochlorthiazid »TEVA« tabletter*, Teva Denmark A/S
(C-09-CA-01) Losatrix tabletter*, ratiopharm A/S
(C-09-DA-01) Losatrix Comp tabletter*, ratiopharm A/S
(C-09-CA-01) Losankal tabletter*, Arrow Pharma ApS
(C-09-DA-01) Tanlozid tabletter*, Arrow Pharma ApS

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

Denne bestemmelse træder i kraft den 8. marts 2010.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.

Praksishandler og goodwillprocent

Seniorkonsulent Liselotte Freilev Grønvald og stud.polit. Mathias Jakob Tågholt

Antallet af praksishandler faldt i 2009, og goodwillprocenten fortsætter med at falde

HVORFOR BETALES DER GOODWILL?

Goodwill kan betragtes som den merværdi, en klinik har i forhold til værdien af de enkelte dele, klinikken udgøres af. Beløbet betales, fordi man overtager en klinik, der giver adgang til en potentiel og forudsigelig indtjening. Normalt vil det tage en årrække at oparbejde samme indtægtsgrundlag ved at starte en lægepraksis op fra grunden uden tilmeldte patienter, som nogle læger gør, hvis de får tildelt en såkaldt »nul-praksis« fra regionen.

De praktiserende læger har kollegialt, i form af vedtægtsbestemmelser, fastsat et loft over goodwill. Det betyder, at praktiserende læger maksimalt kan handle deres praksis til en pris beregnet som gennemsnittet af de tre sidste års omsætning tillagt 36 pct.

PLO's bestyrelse har besluttet, at der én gang om året – gennem en artikel i Ugeskriftet – kan offentliggøres tal på landsniveau og på regionsniveau. Herudover vil der ikke blive lavet opgørelser. I denne artikel offentliggøres derfor resultatet af opgørelsen af goodwill ved salg af praksis for 2009.

ANTALLET AF HANDLER

I 2009 blev der gennemført 176 handler. Det fremgår af Tabel 1, at der i perioden fra 1997 til i dag er blevet handlet mellem 127 og 192 praksis årligt. I perio-

den 2003 til 2008 har antallet af handler hvert år været stigende, så det nåede et maksimum i 2008 på 192. Antallet af handler er således faldet fra 192 handler i 2008 til 176 handler i 2009.

I den videre analyse er ikke medtaget handler med anpartsselskaber, da disse handler prissættes på en helt særlig måde. Det samme gælder handler, hvor der er tale om nul goodwill pga. de særlige regler for familiehandler. Disse handler udgør 1-5 hvert år. Andre egentlige handler til nul er medtaget i landsgennemsnittet, men ikke i de regionale opgørelser. Antallet af handler i 2009 er efter disse korrektioner fortsat mindre end i 2008, nemlig 163 svarende til 16 færre end i 2008.

Det fremgår af Figur 1 og også af Tabel 1, at der i 2009 blev handlet 29 delepraksis. I 2008 blev der handlet 52 delepraksis. Det svarer til, at ca. 18 pct. af de handler, der indgår i beregningen, skete i forbindelse med etablering eller salg af delepraksis. Det faldende antal handlede delepraksis skyldes formentlig, at regionerne er blevet mere restriktive med at forlænge delepraksistilladelser i forbindelse med praksissalg.

Ca. 33 pct. af handlerne vedrørte i 2009 solopraksis, mens salg af kompagniskabspraksis udgjorde den største andel med ca. 45 pct.

Det fremgår af Tabel 2, at den gennemsnitlige goodwillprocent var på 51 i 2009 mod 63 i 2008.



TABEL 1

Antal praksishandler 1997-2009

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal handler i alt	147	143	135	150	138	144	127	132	152	175	182	192	176
nul-goodwill (familiehandel)	2	1	1	5	3	2	3	3	5	1	0	4	1
ApS	13	4	5	6	5	9	6	8	3	2	3	6	8
Antal handler i beregning i alt	132	138	129	139	150	133	116	121	137	170	176	179	163
Heraf													
Dødsbo	2	3	1	4	5	9	4	5	2	1	2	1	7
Delepraksis	13	3	7	44	32	40	31	23	29	52	50	52	29
Solopraksis	48	42	51	28	30	29	35	38	48	50	56	51	54
Kompagniskabspraksis	69	90	70	63	63	55	46	55	58	67	68	75	73
Heraf lukninger uden køber								6	7	4	26	11	34
Mangler info. om praksisform				1			2		7	2	3	3	4

Det er kun i ét af årene fra 2001 til 2009, at der ikke har været et fald i goodwillprocenten. Det var fra 2005 til 2006, hvor der var en mindre stigning, ellers har goodwillprocenten været faldende i hele perioden og er gået fra 112,6 i 2001 til 50,9 i 2009. Antallet af nul-handler har ligeledes været stigende og nåede således i 2009 det hidtil højeste antal med 39 nul-handler, mod kun to nul-handler i 2001. Nul-handler kan opstå i forskellige situationer, fx ved lukning eller ved overtagelse i kompagniskabspraksis.

DEN GEOGRAFISKE VARIATION

Der er fortsat praksis, som handles til fuld pris, omtalt som »max handler«, men betydelig færre end i


TABEL 2

Antal praksishandler og gennemsnitlig goodwillprocent 2001 til 2009.

År	Antal handler	Gennemsnitlig goodwillpct. ¹	Antal nulhandler ²	Antal maxhandler ³
2001	130	112,6	2	54
2002	133	100,6	9	38
2003	116	89,9	6	17
2004	121	81,6	12	11
2005	137	74,1	15	7
2006	170	75,8	20	6
2007	176	68,6	30	8
2008	179	63,1	29	6
2009	163	50,9	39	3

Anm: nul-handel: Goodwill 0 %, max-handel: Goodwill 136%

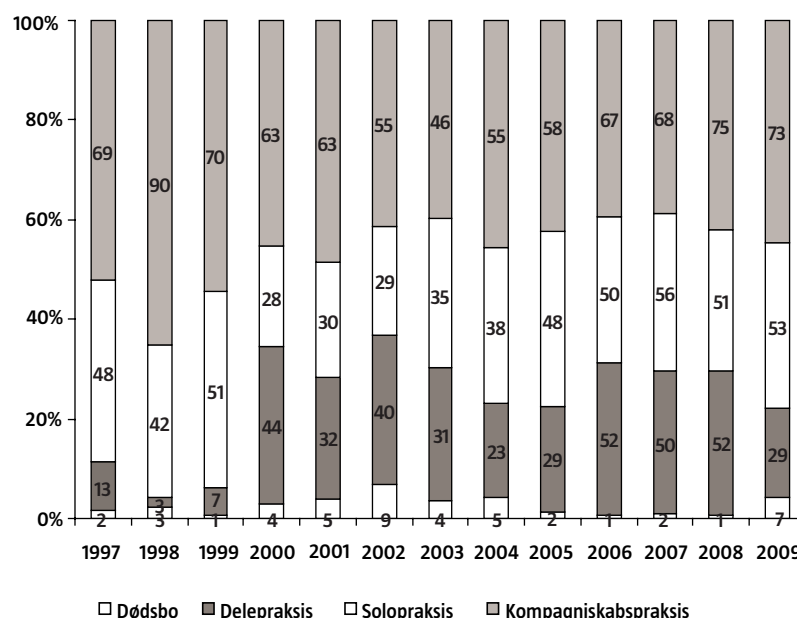
1) Den gennemsnitlige goodwillprocent er et simpelt gennemsnit af de enkelte handlers goodwillprocent.

2) Goodwill: 0%.

3) Goodwill: 136%.


FIGUR 1

Praksishandler fordelt efter praksisform.



2001 hvor der var 54. I 2009 er der kun tre maxhandler fordelt med to i Region Hovedstaden og én i Region Midtjylland. I de øvrige regioner blev der ikke registreret nogen maxhandler.

Der er stor variation i den gennemsnitlige goodwillprocent på tværs af regionerne, hvor den største goodwillprocent på ca. 75 opnås i Region Midtjylland, mens den laveste på ca. 42 opnås i Region Nordjylland.


TABEL 3

Antal praksishandler i opgørelsen samt gennemsnitlig goodwillprocent fordelt på region 2007 til 2009 (ekskl. nul-handler)

	Antal handler			Gennemsnitlig goodwillpct. ¹			Antal nul-handler ²			Antal maks-handler ³		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Region Nordjylland	9	12	7	45,8	42,3	41,9	4	2	13	0	0	0
Region Midtjylland	32	36	33	83,8	90,5	74,7	7	9	11	1	2	1
Region Syddanmark	41	33	30	87,9	76,3	63	10	3	3	1	1	0
Region Hovedstaden	46	53	42	87,8	73,2	70,6	3	5	5	5	3	2
Region Sjælland	17	19	12	74,4	59,6	56,3	6	7	7	1	0	0
I alt	145	153	124	82,8	73,8	66,8	30	26	39	8	6	3

1) Nul-handler er ikke indregnet i den gennemsnitlige goodwillprocent.

2) Goodwill 0%.

3) Max-handel: Goodwill 136%.

JOB & PRAKSIS

! INFORMATION

JOBANNONCER OG ANNONCER FOR KØB OG SALG AF PRAKSIS

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

INDRYKNING AF ANNONCER

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

Annoncer der er »Job og Praksis« i hænde inden 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).

BILLETMERKEANNONCER

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

Oversigt over nye ledige job

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

ALMEN MEDICIN

Ejstrupholm, Kompagniskabspraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 977**

Slagelse, Delepraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 977**

Haarby, Delepraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 977**

Odense C, Almen praksis, praksis tilbydes **SE SIDE 978**

København Ø, Solopraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 978**

Smørumnedre, Solopraksis, praksis tilbydes **SE SIDE 978**

DIAGNOSTISK RADIOLOGI

Næstved Sygehus, Radiologisk Afdeling, afdelingslæge. Quick-nr. 91230

Køge Sygehus, Billeddiagnostisk Afdeling, reservelæge. Quick-nr. 91231

Næstved Sygehus, Radiologisk Afdeling, reservelæge. Quick-nr. 91187

Køge Sygehus, Billeddiagnostisk Afdeling, overlæge. Quick-nr. 91145

Køge Sygehus, reservelæge. Quick-nr. 91098

GERIATRI

Bispebjerg Hospital, reservelæge. Quick-nr. 91218

Odense Universitetshospital, Odense, overlæge. Quick-nr. 91155

INTERN MEDICIN

Region Nordjylland, Aalborg Sygehus, Infektionsmedicinsk Afdeling, introduktionsstilling. Quick-nr. 91134

Aarhus Universitet, Afdeling for Epidemiologi, Institut for Folkesundhed, lektor **SE SIDE 977**

KIRURGI

Det Grønlandske Sundhedsvæsen, reservelæge. Quick-nr. 91118

OFTALMOLOGI

Norge, Helse Nord Trøndelag HF, Sykehuset Namsos, overlæge **SE SIDE 978**

OTO-, RHINO-, LARYNGOLOGI

Sydvestjysk Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 91213

Sydvestjysk Sygehus, introduktionsstilling. Quick-nr. 91214

PATOLOGISK ANATOMI

Region Nordjylland, Aalborg Sygehus Nord, Patologisk Institut, introduktionsstilling. Quick-nr. 91210

Region Nordjylland, Aalborg Sygehus, Patologisk Institut, afdelingslæge. Quick-nr. 91212

PLASTIKKIRURGI

Rigshospitalet, – HovedOrtoCentret, overlæge. Quick-nr. 91185

PSYKIATRI

Region Hovedstaden – Psykiatri, Region H – Psykiatri, overlæge. Quick-nr. 91176

Region Hovedstaden – Psykiatri, Region H – Psykiatrisk Center Frederiksberg, overlæge. Quick-nr. 91110

Region Hovedstaden – Psykiatri, Region H – Psykiatrisk Center Frederiksberg, overlæge. Quick-nr. 91111

SPECIALEUAFHÆNGIG

University of Aarhus, The Faculty of Health Sciences, Ph.d. fellowships **SE SIDE 977**

Syddansk Universitet, Enheden for Uddannelsesudvikling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Professorat **SE SIDE 977**

Vordingborg, Vordingborg kommunes Misbrugscenter, lægekonsulent **SE SIDE 978**

Odense, Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, it lægefaglig konsulent **SE SIDE 978**

Herlev Hospital, reservelæge. Quick-nr. 91244

Sydvestjysk Sygehus, afdelingslæge. Quick-nr. 91188

Hvidovre Hospital, overlæge. Quick-nr. 91198

Regionshospitalet Silkeborg, reservelæge. Quick-nr. 91183

Færøerne, Landssygehuset, ledende læge. Quick-nr. 91133

Det Grønlandske Sundhedsvæsen, overlæge. Quick-nr. 91119

Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, overlæge. Quick-nr. 91102



UNIVERSITY OF AARHUS



MOBILITY PHD FELLOWSHIPS

THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES

The Faculty of Health Sciences, Aarhus University is offering a number of fully financed Mobility PhD fellowships at highly competitive salaries. Choose between several different exciting themes within health sciences. Application deadline is **10 May 2010 at 12 o'clock (noon)**. Read the complete notice and find further information on how to apply at our website:

www.health.au.dk/forskeruddannelsen



Aarhus University offers a good and inspiring education and research environment for 35,000 students and 8,500 members of staff, who produce academic results of a high international standard. The budgeted turnover for 2009 amounts to EUR 700 million. The university's strategy and development contract are available at www.au.dk

AARHUS
UNIVERSITET

LEKTOR INDEN FOR EPIDEMIOLOGI

Ved Afdeling for Epidemiologi, Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet er en fast stilling som lektor ledig til besættelse snarest muligt.

Der vil blive lagt vægt på epidemiologisk forskningserfaring indenfor afdelingens forskningsområder samt på undervisningsmæssig erfaring.

Stillingen omfatter deltagelse i og udvikling af instituttets undervisning i epidemiologi. Afdelingen leverer undervisning ved lægeuddannelsen, phd-uddannelsen, MPH-uddannelsen, bacheloruddannelsen i folkesundhed og den sundhedsfaglige kandidatuddannelse.

Af hensyn til fagets udvikling og undervisningens kliniske relevans vil der blive lagt vægt på, at ansøgere har en sundhedsfaglig uddannelse og en sundhedsvidenskabelig forskningsbaggrund.

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til: Professor Svend Sabroe, telefon 8942 6086 eller institutleder Søren Kjærgaard, telefon 8942 6174.

Læs hele stillingsopslaget og søg online på jobsys.au.dk/sun

Ansøgningsfrist: **Tirsdag den 13. april 2010**



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

SYDDANSK UNIVERSITET

STILLINGER

WWW.SDU.DK/STILLINGER



► Professor

med særlige opgaver inden for
postgraduat medicinsk pædagogik



Ved Enheden for Uddannelsesudvikling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet er en stilling som professor med særlige opgaver i postgraduat medicinsk pædagogik ledig til besættelse snarest muligt.

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til afdelingschef Dorte Qvesel, Den Lægelige Videreuddannelse,
e-mail: dorte.qvesel@regionsyddanmark.dk

Fuldt stillingsopslag: Se http://www.jobs.sdu.dk/vis_stilling.php?id=5675&lang=da

ANSØGNINGSFRIST:

29. marts 2010, kl. 12.00

Læs mere på www.sdu.dk/stillinger

[STILLINGSNR.: 101016]



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

PRAKSIS TILBYDES

Fjerdepart af kompagniskabspraksis i Ejstrupholm i Midtjylland sælges, se Praksisbørsen!

Din chance for et stabilt arbejdsliv med stor indflydelse Delepraksis/deltidsvikariat tilbydes

55 min med intercitytog fra København (Slagelse) tilbydes delepraksis/deltidsvikariat i almen praksis. Praksis fungerer som samarbejdspraksis mellem 2 sololæger, der deler lokaler, udstyr, sygeplejerske og uddannelseslæge. Se også opslag på PraksisBørsen. Kontakt gerne Britta Jensen tlf. 5850 3520 (praksis) eller 2021 3524 (mobil). E-mail: bj@slotslg.dk

Haarby, Sydvestfyn

Tomands praksis med tilladelse til delelæge til salg efter kompagnons dødsulykke.

Moderne udstyret praksis beliggende i nyrenoverede, fremtidssikrede lokaler i byens Gamle Rådhus. Etableret som et sundhedscenter med psykoterapeuter, fysioterapeut, kiropaktor, fodterapeut og træningssal.

Gode samarbejdsforhold med den anden lægeklinik i huset og eftermiddagsvagt med omgivende lægehuse.

Nærmere oplysninger og besigtigelse kan aftales på tlf. 4033 7939, Hans Jørgen O. Henriksen, Møllevej 2, 5683 Haarby.

Stor praksis i Odense centrum sælges grundet generationsskifte

Indbyggende, lyse lokaler. Favorabel leje. Velegnet til to læger. Stort potentiale, da § 100-opførelsen er væsentligt under gennemsnittet. Erfarent, stabilt personale (sygeplejerske og lægesekretær). Velfungerende dagvagtsskema m. seks læger. Henvendelse advokat Finn Altschuler, Bredgade 23, 1260 København K, tlf. 3314 1940 eller fa@danjur.dk.

Praksis Østerbro, København

Veldrevet solopraksis på indre Østerbro til salg. Pris 950.000 kr. Lokaler kan evt. overtages. Se også opslag på PraksisBørsen og på www.praksishandel.dk Kontakt advokat Henrik Munck, tlf. 4494 0514.

Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed

www.dak-e.dk

DAK-E

Lægefaglig medarbejder ved DAK-E IT – deltidsstilling

(Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, IT, Odense)

Har du lyst til at samarbejde med andre faggrupper ved Syddansk Universitet i et spændende kvalitets- og forskningsmiljø centreret om den primære sundhedstjeneste?

Se stillingsopslaget på www.dak-e.dk under »Nyheder«.

Lægekonsulent søges



Vordingborg kommunes misbrugscenter søger snarest en lægekonsulent på 10 timer ugentlig.

Der søges en lægekonsulent, som kan tage det samlede lægelige ansvar for behandling af stof- og alkoholmisbrugere i henhold til sundhedslovens § 141 og 142.

Arbejdsopgaverne vil være:

Ordination og opfølgning af nødvendig abstinensbehandling, substitutionsbehandling, medicinsk afrusning, vurdering af misbrugsrelaterede og helbredsmaessige skader af såvel fysisk som psykisk karakter, henvisning til speciellægeundersøgelser m.v. Arbejdet udføres i tæt samarbejde med misbrugskonsulenterne, medicinuddeleren samt lederen.

Ved besættelse af stillingen vil der blive lagt vægt på:

- En positiv, fleksibel og menneskelig holdning til stof- og alkoholmisbrugerne.
- Kendskab til og erfaring med misbrugsbehandling.
- Et godt kendskab til psykiatri, da mange af misbrugerne har psykiske problemer foruden misbrugsproblemer.

Løn i henhold til gældende overenskomst.

Ansøgningsfrist: Tirsdag den 6.4.2010.

Yderligere oplysninger om stillingen kan rettes til Centerleder Kaj Bengtson – tlf. 5536 4000

Ansøgning samt bilag stiles til:

Vordingborg kommunes Misbrugscenter – Valdemarstorvet 1, 2. sal 4760 Vordingborg.

Ny Pris

Veldrevet solopraksis i Smørumnede med ca. 1.400 gr. i ptt.

Praksis er åben for tilgang. Praksis drives fra 90 kvm. ejerlejlighed i Smørum (Egedal Kommune). Den kan indgå i overdragelsen. Edb-system: MedWin. Praksis har været drevet af sælger og hustru (sygeplejerske) siden 1975 – begge ophører i forbindelse med salget, men er gerne behjælpelige i en indkøringsperiode. Praksis er meddelt tilladelse til flytning til lejede lokaler hos kollega Tina Enevoldsens adresse i Måløv Hovedgade, Måløv, planområde Ballerup.

Gode udviklingsmuligheder af praksis, herunder mhp. eventuel etablering af delepraksis eller samarbejdspraksis på sigt, herunder i nye lokaler. Mulighed for lægevagtsarbejde.

Ny pris kr. 800.000 for goodwill. Maximal goodwill uden tillæg af vagttjening er beregnet til kr. 2.270.000.

Henvendelse med henblik på uddybende oplysninger:

Læge André Palsgård, Pærevangen 10 st. th., 2765 Smørum, tlf. 44 65 09 85, e-mail: fampals@get2net.dk

NORGE

Øyeavdelingene ved St Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Namsos), har innledet et samarbeid både faglig og organisatorisk. Målet for samarbeidet er å beholde og utvikle den offentlige del av øyefaget med det overordnede mål å sikre ettervekst av spesialister. Rekruttering og fagutvikling er to av hovedområdene i samarbeidet. Arbeidet har aktiv støtte fra Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord Trøndelag HF
Sykehuset Namsos

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

ØYEAVDELINGEN

Felles utlysning av ledige stillinger er et av tiltakene i dette samarbeidet og vi inviterer øyeleger til å søke på ledig stilling som:

Overlege i øyesykdommer

NR3522 - 100 % st. fast - referanse 61690953.

Henvendelse til avdelingsleder Wenke Bogen Thun (Namsos) på tlf. +47 74 21 59 73/950 36 206, eller avdelingssjef Guri Broum Olsen (St. Olavs Hospital) på tlf. +47 72 57 54 39.

Hjemmesideadresse for Helse Nord-Trøndelag HF: www.hnt.no

Foretaket benytter elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres til å fremme søknaden via www.hnt.no, der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 14. april 2010.

HELSE MIDT-NORGE

**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

**Klinik byggeri**

Benyt Dem af Ølgod Construction's mere end 25 års erfaring inden for dette specielle område. Vi projekterer klinikker efter Jeres ønsker og behov. Aftal uforbindende møde med vores arkitekt, hvor Jeres ønsker, hvad enten det drejer sig om nybygning, eller renovering af eksisterende klinik, kan drøftes nærmere. Besøg vores hjemmeside.

**ØLGOD
CONSTRUCTION**

ARKITEKTFIRMA: BORGPLADSEN 1 - 6800 VARDE - TLF: 75 24 46 77
www.oelgod-construction.dk

Ledige lokaler på Strøget, tæt på Kgs. Nytorv,
 i veldrevet speciallægekonsortium med fælles reception.
 Henvendelse på tlf. 3313 7700

**HENVISNINGER****SPECIALLÆGER****GYNÆKOLOGI****Osteoporosediagnostik**

BMC-måling (rygscanning)

NIELS MUNK-JENSEN

Speciallæge i gynækologi og obstetrik
 Tidsbestilling: 8.30-12.00 Tlf.: **32 50 20 20**
 Amagerbrogade 242 – 2300 København S

Tidsskrifter

Lægeforeningens forlag er specialiseret i at fremstille komplicerede videnskabelige afhandlinger.

Vi kan bl.a. levere en løsning, der er en kombination med publikation af særtryk til brug for forsvaret samt offentliggørelse i nettidsskriftet Danish Medical Bulletin (danmedbul.dk).

Kontakt

Lægeforeningens forlag

Kristianiagade 12

2100 København Ø

Tlf.: 35 44 85 00

E-mail: forlaget@dadl.dk

Lægeforeningens forlag

Meget mere end et forlag ...

DEBAT

Foto: iStock



Mannanbindende lektin-defekt

I Ugeskriftet gennemgår Anders Peter Skovsen et al resultatet af den intensive behandling af 85 konsekutivt indlagte patienter med nekrotiserende fasciitis (NF) [1]. Af patienterne var to tredjedele i eller udviklede septisk shock. En femtedel udviklede dissemineret intravaskulær koagulation. Den samlede 30-dages-mortalitet var set på denne baggrund kun 9,5%. Det fremgår endvidere, at afdelingen har landsdelsfunktion for behandlingen af NF, og at alle patienterne fik supplerende behandling med immunglobulin, uden at der dog foreligger nogen randomiseret undersøgelse, der har vist positiv effekt af en sådan behandling. Det nævnes, at tilstanden klinisk er sammenlignelig med Fourniers gangræn. Desværre synes forfatterne at have overset, at det kliniske forløb er sammenligneligt med tilstanden mannanbindende lektin-defekt, hvor denne tilstand findes som en sjælden ætiologisk komplikation hos kirurgisk behandlede voksne personer. Tilstand skyldes en medfødt immundefekt og behandlet med mannanbindende lektin i.v. responderer den, alt andet lige, forløb-

fende og subakut. Det fremgår ikke af artiklen, om patienterne med NF gennemgik en systematisk immunologisk undersøgelse. Om end en sådan er omfattende og bekostelig, kan det være ønskeligt, at en velestimeret afdeling med især landsdelsfunktion i behandlingen af NF kan afse resurser til systematisk udredning af en måske medvirkende og tilgrundliggende ætiologi ved en klinisk så fatalt forløbende tilstand. Kun den, der søger, finder.

♣ Pensioneret overkirurg *Bent Kirkby*, Herlev Hospital
E-mail: bent@kirkby.dk

LITTERATUR

1. Skovsen AP, Bonde J, Andersen JS et al. Nekrotiserende fasciitis. Ugeskr Læger 2010;172:440-4.

> Svar:

Vi takker for opmærksomheden om vores artikel. Pensioneret overkirurg Bent Kirkby bringer et interessant aspekt af infektionssygdommes forløb på banen. Mannanbindende lektin (MBL) eller mannosebindende lektin er en vigtig del af det innate immunsystem. Via molekylær mønster-

genkendelse binder proteinet til mikrobielle overflader (bakterier, virus, svampe og parasitter) og medfører opsonisering og fagocytose. MBL har strukturel lighed med C1q og kan aktivere komplementsystemet. Som Bent Kirkby påpeger, har man i flere studier påvist øget risiko for infektion ved MBL-defekt [1]. Interindividuel forskel i MBL-serum-koncentration skyldes hovedsagligt strukturelt variante alleler i MBL2-genet. Studier tyder på, at heterozygositet associeres med øget overlevelse hos patienter, der er indlagt på en intensivafdeling [2]. Mortaliteten sammenholdt med MBL-serum-koncentration kan beskrives som klokkeformet. Der spekuleres i, om heterosis giver en selektionsfordel evolutionært – analogt til seglcellen (hæmoglobin S-allel) og malaria. Blandt vesteuropæere ses der normal MBL2-homozygositet hos 60%, heterozygositet (normal og variant allel) hos 36% og to strukturelt variante alleler hos 4% [3].

Vi har ikke undersøgt systematisk for immundefekter hos vores patienter, men det er oplagt en god ide at komme patogenesen nærmere bl.a. ved relevante immunologiske undersøgelser hos patienter med nekrotiserende fasciitis (NF), heriblandt MBL. Der foreligger så vidt vides ikke studier af sammenhæng mellem MBL2-variant alleler og NF. En diagnostik og behandling af MBL-mangel hos NF-patienter er tidskrævende og uden for spektret af den akutte behandling af sygdommen. Undersøgelser af sammenhænge mellem forskellige infektionssygdomme og genetisk prædisposition er interessant og sandsynligvis noget, vi vil se meget mere til i fremtidens lægevidenskab.

♣ Reservelæge *Anders Peter Skovsen*, Intensiv Terapiklinik, Rigshospitalet

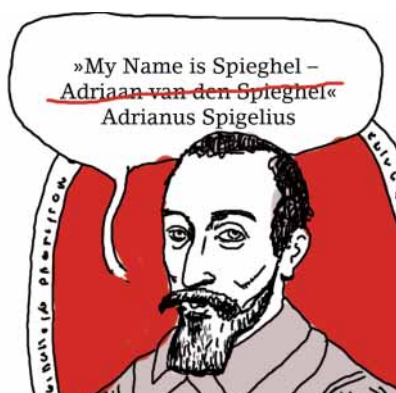
E-mail: skovsen@dadlnet.dk

Klinikchef *Jan Bonde*, Intensiv Terapiklinik, Rigshospitalet
Overlæge *Jakob Steen Andersen*, Intensiv Terapiklinik, Rigshospitalet

Overlæge *Erik C. Jansen*, Trykammerenheden i Anæstesi- og Operationsklinikken, Rigshospitalet
Overlæge *Michael Tvede*, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Rigshospitalet

LITTERATUR

1. Worthley DL, Bards PG, Mullighan CG. Mannose-binding lectin: biology and clinical implications. *Intern Med J* 2005;35:548-55.
2. Hellemann D, Larsson A, Madsen HO et al. Heterozygosity of mannose-binding lectin (MBL2) genotypes predicts advantage (heterosis) in relation to fatal outcome in intensive care patients. *Hum Mol Genet* 2007;16:3071-80.
3. Garred P, Larsen F, Seyfarth J et al. Mannose-binding lectin and its genetic variants. *Genes Immun* 2006;7:85-94



Spiegelhel-verderbere

Louring-Andersen et al's utraditionelle betegnelse »spigellihernie« [1] har forståeligt nok afstedkommet en kommentar [2], som redegør for manden bag navnet og dertil foreslår skrivemåderne Spigelihernie (Spigeli-hernie) og hernia Spigeli. Dertil svarer Louring-Andersen & Bisgaard [2], med henvisning til Klinisk ordbog (KO), at navnet på dansk rettelig må være Spiegelhels hernie, og på latin hernia Spigelii. Denne sidste betegnelse er imidlertid endnu en af Louring-Andersen et al's hjemmestrikkede versioner uden rod i KO, hvor det latinske navn angives som hernia Spigelii. Anatomens flamske navn var Adriaan van den Spiegel, heraf Spiegelhels hernie. Som det var sædvane dengang anvendtes også latiniserede navneformer, in casu Adrianus Spigelius, heraf hernia Spigelii (genitiv af Spigelius).

Louring-Andersen & Bisgaard anfører [2], at de anvendte betegnelsen spigellihernie for at »afspejle den normale udtale«. Dette kan vel kun betyde, at de må se at lægge deres normale udtale om, da de anførte korrekte skrivemåder ikke kan begrunde den anvendte konsonantfordobling. Jeg er med på, at man sikkert i stor udstrækning på dansk efterhånden har droppet genitivformerne til fordel for sammensatte ord, og derfor f.eks. vil fore-

trække at tale om et Spiegelhels hernie frem for et Spiegelhels hernie. Da man ydermere går mere og mere bort fra det historiske og personfikserede, anvender man i vid udstrækning efterhånden lille begyndelsesbogstav i sådanne sammensætninger, jf. f.eks. bunsenbrænder og kaposisarkom. Med baggrund i en yderligere fordanskning og forenkling af skrivemåden kan man forudse, at den mest anvendte betegnelse for det her diskuterende brok for fremtiden vil blive spigelhernie (sml. det engelske *Spigelian hernia*), hvilket KO i givet fald vil tage ad notam. Da KO nu har fået en onlineversion, vil en sådan sproglig udvikling hurtigt kunne finde vej til ordbogens spalter.

▲ Lektor emeritus Søren Nørby, Frederiksberg
E-mail: sirn@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Louring-Andersen M, Hjørne FP, Skovdal J et al. Diagnostik og behandling af spigellihernie. *Ugeskr Læger* 2009;171:3518-22.
2. Strand L, Larsen JF. Spigeli-hernie? med svar af Louring-Andersen M, Bisgaard T. *Ugeskr Læger* 2010;172:649.

Om at finde evidensen, når støvet har lagt sig

Jesper Brandt Andersen (JBA) diskuterer i Ugeskrift for Læger [1] en metaanalyse af effekten af allergensanering (f.eks. madsrovertræk) ved husstøvmideallergi [2]. I metaanalysen konkluderes det, at den foreliggende evidens ikke taler for en positiv effekt af denne intervention. JBA er uenig heri og kritiserer metaanalysen for at være udført af ikkespecialister (ikke-klinikere). Klinikere har i mange år været overbeviste om, at allergensanering har en god effekt og har kritiseret det tiltagende antal studier, som ikke har kunnet bekræfte dette. Kritikken har f.eks. været, at interventionen i nogle studier ikke har reduceret allergenniveauet tilstrækkeligt til at opnå klinisk effekt. Uanfægtet at dette er en relevant overvejelse, har jeg aldrig forstået, hvordan det kan tale for at anbefale den anvendte intervention. Ej heller forstår jeg, hvorfor man tror, at bedre resultater kan opnås i den daglige klinik.

Det giver stof til eftertanke, at så

mange studier (heraf også metodemæssigt gode studier), som er udtænkt af klinikere, samlet set ikke kan dokumentere en effekt. Hvad der også gør mig bekymret er, at det er påvist, at mange oversigtsartikler (*reviews*) på området er behæftet med såkaldt citationsbias, dvs. en favorisering af studier, som viser en positiv effekt af allergensanering [3]. Det mest citerede studie var det, som viste den bedste effekt af allergensanering, det var samtidig det mindste og metodemæssigt svageste. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt området også kunne være behæftet med publikationsbias, dvs. at studier, som viser positiv effekt, har større sandsynlighed for at blive publiceret end studier, som viser ingen eller negativ effekt. Publikationsbias er meget vanskelig at dokumentere, og netop derfor er denne type bias måske den evidensbaserede medicins værste fjende.

Min mening er *ikke*, at allergensanering er uanvendelig som behandlingsprincip. Allergensanering kan være nødvendig for at få symptomerne under kontrol hos nogle patienter. Ingen patienter er ens, og retningslinjer kan aldrig fuldt ud beskrive hele patientpopulationen. Men allergensanering som behandling af støvmideallergi bør på baggrund af den foreliggende evidens have en begrænset udbredelse i klinisk praksis. Og er det ikke også sådan verden ser ud?

Den medicinske historie er rig på eksempler, hvor gode klinikere i god tro og på grundlag af klinisk ekspertise har promoveret behandlinger, som senere – i bedste fald – viste sig at være virkningsløse. Nye vinde blæser inden for forskningen i allergibehandling og -forebyggelse. Princippet om at undgå allergener i forebyggelse og behandling af type 1-allergi bliver i disse år udfordret (en uddybning af disse ideer kan findes i [4]). Det vil være klogt at anerkende denne kontrovers frem for at gøre den til en kamp imellem klinikere og forskere. Det britiske selskab for allergi har i deres nye retningslinjer ændret kurs og giver ikke længere en klar anbefaling af allergensanering som behandling af støvmideallergi [5]. Den finske strategi for forebyggelse/behandling af allergi er på linje hermed. Så heller ikke klinikere synes at være enige.

Forskningsleder *Allan Linneberg*, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup Hospital, Region Hovedstaden
E-mail: ALLIN01@glo.regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: *Allan Linneberg* har modtaget honorar for foredrag om epidemiologi af allergiske sygdomme fra Merck, Sharp & Dohme og ALK-Abelló

LITTERATUR

1. Andersen JB. Cochraneanalyse om støvmidebetræk er ikke evidensbaseret medicin. Ugeskr Læger 2010;172:651.
2. Gotzsche PC, Johansen HK. House dust mite control measures for asthma. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD001187.
3. Schmidt LM, Gotzsche PC. Of mites and men: reference bias in narrative review articles: a systematic review. J Fam Pract 2005;54:334-8.
4. Linneberg A. Are we getting enough allergens? Int Arch Allergy Immunol 2008;147:93-100.
5. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clin Exp Allergy 2008;38:19-42.



Når man ikke VIL acceptere faglig uenighed og kritik

Peter Gøtzsche (PG) beskylder i Ugeskriftet [1] mig for at lyve om, at han mangler at forholde sig til kritikpunkter af hans Cochraneanalyse om støvmidetæt madrasbetræk fremsat af kliniske fagspecialister. PG henviser til sin hjemmeside [2].

Men hvis der er nogen, der lyver, må det være PG selv, for han har hverken i Ugeskriftet eller på hjemmesiden svaret på disse kritikpunkter:

1) Positiv priktest eller immunglobulin E for støvmider giver måske kun klinisk betydende allergi hos ca. 50% af patienterne, og støvmidebetrækket kan kun forventes at have en umiddelbar effekt hos disse, hvilket kan være en væsentlig forklaring på den manglende effekt i en del af de inkluderede studier. 2) Sensibiliserede, men (endnu) ikke allergiske patienter

” Men hvis der er nogen, der lyver, må det være Peter Gøtzsche selv, for han har hverken i Ugeskriftet eller på hjemmesiden svaret på disse kritikpunkter.

ter må forventes at have gavn af en reduceret allergeneksponering, dog på så lang sigt, at det ikke vil vise sig i studier af så kort varighed, som de medtagne. 3) Mideforekomst er helt overvejende betinget af klimatiske forhold, hvorfor de tiltag, der er nødvendige for midebekæmpelse, ikke nødvendigvis er de samme i forskellige klimatiske områder. I Cochraneanalysen skelnes der ikke, hvilket er ulogisk. 4) Klinisk er mideallergikere karakteriseret ved en væsentlig komponent af senreaktioner, som aftager over uger efter allergenprovokationer, hvorfor man ikke kan regne med den manglende effekt af støvmidebetræk i analysens korttidsstudier. 5) Nogle af de inkluderede undersøgelser medtager patienter med konkurrerende allergier og/eller tager ikke højde for den medicinske behandling i undersøgelsesperioden.

PG finder det ikke af betydning, at han ikke er specialist på fagområdet. Det kan undre, eftersom han selv i en mail til mig netop har betonet vigtigheden af tilstedeværende fagekspertise, med hans egne ord *content area expertise*, når der laves metaanalyser. Han har her i debatten rettet skarpe angreb imod Sundhedsstyrelsen (SS) for at rådføre sig med læger med stor ekspertise, men henviser nu selv til udtalelser fra Jens Korsgaard, som, konkluderer han, er den person i Danmark, der ved mest om husstøvmider og indeklima. Er den konklusion mon også evidensbaseret?

Foruden falske anklager imod mig for løgn og citatfusk fremfører PG også anklager imod fagspecialister for censur og imod SS's læge Jette Blands for interessekonflikter.

PG's budskab synes ikke at være til at tage fejl af: Hans metaanalyser er den ophøjede videnskabelige sandhed og facitliste, som der ikke kan og skal sættes spørgsmålstegn ved. Hvis man gør det, må det enten være, fordi, som han siger, at man ikke kan finde ud af at læse indenad, eller

fordi man har dunkle motiver. Er man omvendt enig i konklusionerne i hans forskning, som det er tilfældet for Ankestyrelsen, så helliger målet midlet, og så er der i PG's øjne åbenbart ingen problemer i, at man som terminale forvaltningsmyndighed blæser på Forvaltningsloven efter bedste bananrepublikrecept.

♣ Speciallæge i pædiatri *Jesper Brandt Andersen*, Vordingborg
E-mail: jesperbrandt@dadlnet.dk

LITTERATUR

1. Gøtzsche PC. Når man ikke VIL se evidensen. Ugeskr Læger 2010;172:733.
2. www.cochrane.dk/research (marts 2010).

Hermed betragter redaktionen denne debat som afsluttet.

Vi ønsker mere faglig debat om den bibliometriske forskningsindikator

Det er yderst velkomment, at Jens Christian Djurhuus går ind i debatten og giver sin mening til kende om fordelingen af de tidsskrifter, der er valgt til at repræsentere hans fag – urologi – på autoritetslisten i den bibliometriske indikator [1].

Fagligt Udvalg ser meget gerne en åben diskussion af det faglige indhold i indikator, da det vil være med til at øge kvaliteten, hvis flere forskere interesserer sig for, hvilke tidsskrifter og forlag som tæller med i den bibliometriske indikator, og hvilke som skal have en særlig vægt.

Det er 67 faggrupper repræsenterende mere end 250 forskere, som har stået for at udarbejde listerne inden for deres egne fagområder. Vi har i langt de fleste tilfælde oplevet, at faggrupperne har arbejdet seriøst og grundigt med at få de rigtige tidsskrifter på listerne og efterfølgende inddele dem i de to niveauer.

Helt specifikt kommenterer Djurhuus de tidsskrifter, som er med på autoritetslisten inden for urologi. Det er korrekt, at disse tidsskrifter er med på listerne. Det har faggruppen valgt. Nu er det jo heldig-

vis sådan, at listerne ikke er hugget i sten. De er dynamiske, og det er derfor muligt at komme med forslag til faggrupperne om ændringer, også selv om man ikke sidder med i en faggruppe. Det gælder både forslag til tidsskrifter og forlag og til deres niveauplacering. Det har vi også for nylig meldt ud i et brev til samtlige institutterne på de danske universiteter.

” Nu er det jo heldigvis sådan, at listerne ikke er hugget i sten. De er dynamiske, og det er derfor muligt at komme med forslag.

Djurhuus nævner ISI Web of Science's Journal Impact Factor – forkortet JIF. Det har nogle faggrupper brugt aktivt i niveauinddelingen af tidsskrifter. Vi støtter, at faggrupperne benytter sig af JIF som redskab i de fag, hvor de finder, det er relevant. Men JIF kan ikke være selve kriteriet for niveauinddelingen, alene af den grund at en betydelig del af tidsskrifterne på autoritetslisten slet ikke findes på ISI's web of science.

Vi håber, at Djurhuus, og gerne mange flere forskere, løbende vil følge med i arbejdet med indikatoren, og at de vil give fagligt respons videre til kollegerne i faggrupperne. Det vil i høj grad berige arbejdet med indikatoren og højne kvaliteten af autoritetslisten.

Medlemmer af Fagligt Udvalg for arbejdet med den bibliometriske forskningsindikator

▲ Jørgen Søndergaard
▲ Poul Erik Mouritzen
▲ Søren Peter Olesen
▲ Søren Molin
▲ Hans Fink
▲ Frede Blaabjerg
▲ Gunnar Sivertsen
E-mail: kkc@fi.dk.

LITTERATUR

1. Djurhuus JC. Pengene følger pointerne, og min urin frøs til is. Ugeskr Læger 2010;172:314.

> Svar:

Det Faglige Udvalg efterlyser en mere faglig debat om indikatoren. Det var også

mit ærinde, at der via et barokt eksempel kunne fremprovokeres en løbende debat om indikatoren, om processen og om effekten. Man kunne fristes til at håbe, at der sideløbende med udvikling af indikatoren blev forsket i disse tre aspekter.

Det overordnede formål med at indføre indikatoren må være, at det skal være konstruktivt for dansk forskning og ikke destruktivt, og at bibliometri fortsætter med at være et nyttigt redskab og ikke undergår en metamorfose til et *weapon of mass destruction*.

Vi har mere end nogensinde behov for at forskningsinstitutionerne samarbejder, og derfor er ethvert tiltag, der tenderer til at skabe splittelse, uønsket. Der skal være en kappestrid, men en kappestrid, der ikke forhindrer samarbejde. Sidste forår var der i dagspressen kritiske toner fra RUC og den tidligere rektor på CBS, der anklagede mit institut for at anvende en registrering, der grænsede til svindel, fordi de ikke forstod, at al forskning ved Århus Universitetshospital er universitetsforskning. Man havde nok heller ikke forstået, at den bibliometriske »krig« er en »krig« mellem hovedområder.

En ting er eventuelle konflikter mellem institutioner om rigtigheden af de opgørelser, der i fremtiden vil ligge til grund for pengefordelingen. En anden ting er, at de forskere, der producerer pointene, skal kunne se fornuften i at registrere, og hvad der skal registreres. Og det var her min provokation kom, for hvis forskerne, ikke mindst inden for sundhedsvidenskab, ikke kan se fornuften i registreringerne, herunder kan se hvilken betydning det har for dem, har ikke mindst jeg som institutleder et problem, fordi jeg er forpligtet til at behandle indikatoren så seriøst som overhovedet muligt.

Det Faglige Udvalg nævner, at der bruges meget krudt på indikatoren, og at processen omkring indikatoren er *the never ending story*. De opfordrer til, at man kontakter de personer, der sidder i faggrupperne. Det har jeg faktisk gjort, hvilket afslørede, at der er visse usikkerheder i processen.

Siden jeg begyndte at interessere mig for bibliometri og ikke mindst i forbindelse med de opgørelser, der blev sat i

værk, mens jeg sad i Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, har jeg vidst, at Journal Impact Factor ikke er den fulde sandhed. Den siger ikke noget om den enkelte forsker, og den kan være udsat for manipulation. Når jeg anvendte den i mit indlæg, var det kun for at understrege den tragikomiske »kanon« inden for kirurgi. Lad os håbe, at forskere inden for alle felter af og til vil kaste et kritisk blik på listen – det var faktisk det, der var mit ærinde. Det skal imidlertid altid ses i en balance, for man kan jo komme til at bruge så meget krudt på den slags ting, at man efterhånden sætter forskningen helt i stå.

▲ Institutleder Jens Chr. Djurhuus, Klinisk Institut, Aarhus Universitet, Århus Universitetshospital, Skejby
E-mail: jcd@ki.au.dk

Til kolleger, lægevidenskabelige selskaber og Lægeforeningen: Klinisk forskning trænger til hjælp

Henrik Husted gennemgår i kronikken: »Klinisk forskning – en tour de force i anmeldelser ...« (Ugeskr Læger 2010;172:484-5), hvor kompliceret og dyrt det er at opnå godkendelse af videnskabelige forsøg med anvendelse af medikamenter. Kronikken foreslår en harmonisering af ansøgningsprocedurerne. Den velskrevne kronik har overraskende ikke affødt kommentarer. På Brystkirurgisk Afdeling F, Herlev Hospital, har vi i snart et år arbejdet med at få et forsøg godkendt. Der anvendes prednisolon mod inflammatorisk eksudat, hvilket har været kendt i 50 år. Men det forenkler ikke ansøgningsproceduren. Lægemiddelstyrelsen skal have tak for tålmodig mundtlig vejledning med udfyldelse af de uforståelige felter i EudraCT-skemaet. Godkendelse foreligger endnu ikke snart to måneder efter. Ydermere skal forsøgsprotokollen efter loven godkendes af GCP-enheden, der på hjemmesiden præsenteres som et hjælpende sy-

stem, men forslag fra GCP-enheden er et påbud. Der skal skrives kontrakt = 200 timers gratis monitorering. Er det en blankocheck? Jf. de to kompetente videnskabsmænds indlæg fra GCP's årsmøde på GCP-hjemmesiden! Desuden fremsatte GCP tilbud om benyttelse af GCP-database (kr. 15.000) med bemærkning om, at anvendelse af databasen Access ikke er lovlig. Godkendelse fra Datatilsynet (Access) foreligger dog! Godkendelse fra alle instanser kan næppe fremkomme hurtigere end seks måneder.

Til kolleger og til myndigheder: Vi er havnet i gold administration. Strømmen af dokumenter gør én åndeløs: der er f.eks. en liste med 49 dokumenter/indberetnings-skemaer vedrørende ansøgning og forsøgsafvikling til Lægemeddelstyrelsen, og mange er identiske til Videnskabsetisk Komite (VEK). Er det rimeligt, at samme dokumenter skal indsendes – og vurderes – i forskellige instanser? En ansøgning fra et erfarent team kræver mange mange timers arbejde (Henrik Husted's team har erfaring fra ca. 800 publikationer, vi fra ca. 200). Alligevel skal vi kontrolleres af i øvrigt søde og venlige GCP-medarbejdere uden videnskabelig erfaring, men med stor erfaring i at indføre alt i GCP-skemaer, som åbenbart er guldstandarden. Kan der fremlægges nogen dokumentation for, at papirvældet har højnet den videnskabelige kvalitet? Jeg ved godt, at retningslinjerne kommer fra EU. Men retningslinjer kan efterleves mere eller mindre rigtigt. Arbejdet med VEK har været prisværdigt, og godkendelse herfra legiti-

merer forskernes projekter. Systemet må ændres, så forskere fortsat skal sende godkendelsesansøgning til VEK og herudover kun ét (kort) dokument til de øvrige instanser, der kun behandler det helt emnespecifikke. Disse gives elektronisk adgang til ansøgningen i VEK, og gebyr afskaffes. Det foreslås også, at det bliver Lægemeddelstyrelsens opgave at udfylde det EU-obligatoriske EudraCT-skema. Gebyrer fører kun til en ond cirkel med flere medarbejdere → større gebyrer. Kan Lægeforeningen eller de videnskabelige selskaber ikke gøre deres indflydelse gældende?

♣ Overlæge Christen Kirk Axelsson, Virum
E-mail: cax@dadlnet.dk

> Svar:

Overlæge Henrik Husted og overlæge Christen Kirk Axelsson har i Ugeskrift for Læger udtrykt en vis utilfredshed med bl.a. Lægemeddelstyrelsens arbejde i forbindelse med godkendelse af kliniske forsøg med lægemidler.

Lad det være sagt med det samme, at gennemførelse af kliniske forsøg er reguleret gennem en ret omfattende europæisk lovgivning. Lovgivningen er til for at sikre patienternes sikkerhed og rettigheder samt sikre validiteten af de data, der opnås.

Lovgivningen gælder for alle interventionsforsøg med lægemidler, uanset om lægemidlet allerede er godkendt eller ej. Samtidig tilpasses kravene til dokumentation for forsøglægemidlet til dets udviklingsniveau.

En central anke i de to overlægers kritik drejer sig om mulighed for at tage risici under forsøgene samt ønsket om en forenkling af de administrative opgaver, der er knyttet til gennemførelse af et klinisk forsøg. Lægemeddelstyrelsen kan ikke på egen hånd ændre disse regler, der netop sigter på at sikre patienterne, der deltager i forsøgene.

Omvendt ønsker Lægemeddelstyrelsen ikke, at der er forhold, som opleves som unødigt belastende. Derfor har vi taget initiativ til et møde med Lægeforeningen og overlæge Henrik Husted, hvor vi kan få drøftet udfordringerne og se på muligheder for forenklinger og forbedrin-

ger inden for det gældende regelsæts rammer. Vi ser meget frem til denne mulighed for at undersøge, om der er praktiske ting, der i forbindelse med godkendelsen af kliniske forsøg kan gøres bedre. Er der det, vil det blive gjort.

♣ Kontorchef Henrik G. Jensen, Lægemeddelstyrelsen
E-mail: hgj@dkma.dk.



Børnepsykiatrisk undersøgelse af irakiske asylsøgende børn

I forbindelse med at voksenpsykiater Henrik Day Poulsen har skrevet en kronik i Berlingske Tidende, optrådt i DR2 Deadline og svaret på to debatindlæg i Ugeskriftet [1], føler jeg mig stærkt provokeret til at knytte nogle oplysninger hertil.

Vi har som læger aflagt et lægeløfte. Endvidere bør vi, ifølge de etiske regler, tilkendegive vores mening om sundhedsfaglig uforsvarlighed, når vi bliver opmærksomme på sådanne forhold.

Sådanne intentioner fra lægerne, der har undersøgt 21 børn i afviste irakiske familier [2], er af Henrik Day Poulsen blevet tolket som partiskhed.

Vi er læger og bliver betragtet som eksperter, hvis vi udtaler os i medierne. Jeg vil gerne informere Henrik Day Poulsen og andre om nogle fakta inden for børnepsykiatrien.

Når et barn med psykisk lidelse skal behandles, ligger den primære behand-

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.

ling i at tilpasse barnets miljø til barnets behov. Stressende faktorer skal minimeres, for at en behandling skal kunne lykkes. Dernæst kan barn og forældre modtage terapi, og først derefter kan medicinsk behandling komme på tale. At medicinsk behandling kommer ind på en tredjeplads skyldes: 1) at medicinsk behandling ofte har ringe eller slet ingen effekt. Sidstnævnte er som regel tilfældet, hvis miljøet er for stressende, og 2) at børn får oftere og sværere bivirkninger. Henrik Day Poulsen oplyser, at haloperidol, imipramin og fluoxetin kan fås for en billig penge overalt. Selv som voksenpsykiater er man klar over, at haloperidol har stærkt øget frekvens af alvorlige bivirkninger, jo yngre patienten er. Imipramin og andre tricykliske antidepressiva har ingen effekt på depression hos børn. Fluoxetin og andre SSRI-præparater har ringe til ingen effekt på depression hos børn og kan føre til øgede selvmordstan-

” Børn er meget afhængige af deres forældres velbefindende. Derfor bliver man som børnepsykiater nødt til at hjælpe forældrene til at få det bedre.

ker hos unge, hvorfor behandlingen skal følges nøje.

Børn er meget afhængige af deres forældres velbefindende. Derfor bliver man som børnepsykiater nødt til at hjælpe forældrene til at få det bedre. De omtalte familier er flygtet fra nogle rædselsoplevelser, som de har opfattet som livstruende. Deres familie og venner er måske dræbt. Deres angst hviler på et helt anderledes objektivt grundlag end den angst, mange danskere lider alvorligt af. Disse forældre er overbeviste om, at de selv og børnene bliver dræbt, hvis de vender tilbage. Ville

det ikke være naturstridigt og uansvarligt, hvis forældre tager deres børn med hen til det sted, de mener, er dødsensfarligt?

Henrik Day Poulsens udsagn om, at Danmark er et af verdens bedste retssamfund, at det også skulle komme asylansøgere til gode, og at asylansøgere har haft mulighed for at klage, vil jeg ikke kommentere, men henviser til advokater med erfaring på området.

Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri
Sus Foldager, Ringsted
E-mail: susfoldager@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Medforfatter til rapporten »Børnepsykiatrisk-børnepsykologisk undersøgelse af 6 asylbørn«, 2007.

LITTERATUR

1. Jansson P. Behandling af asylbørn/Tom-Petersen L. Holdninger udelukker ikke saglighed. Med svar af Poulsen HD. Ugeskr Læger 2010;172:563-5.
2. Rasmussen LI. Afviste irakiske asylbørn lider i Danmark. Ugeskr Læger 2010;172:84-5.

DemensDagene

- tværfaglig konference for fagpersoner

Årets tema: Når hjernen svigter - Hjælpemidler og velfærdsteknologi

Bella Center 3.-4. maj 2010

Pris: 2.700 kr. inkl. forplejning ved tilmelding inden 9. april 2010
Arrangør:

Nationalt Videnscenter for Demens

Konferencen er godkendt som efteruddannelsesaktivitet for praktiserende læger



Health & Rehab-messen afholdes i Bella Center i direkte forlængelse af DemensDagene. Der er gratis adgang for alle.

www.demensdagene.dk



Vi udfordrer gerne læger på pension.
Det er vigtigt at komme godt fra start



Mogens Andersen
Kunderådgiver
for læger

Ring direkte til mig:
9975 1242



**Ringkjøbing
Landbobank**

post@landbobanken.dk / www.landbobanken.dk

KOLLEGIALITET ER EN GOD HJÆLP!



Kollegialt netværk for læger
NETVÆRKS LINJEN 35 38 89 51

Spøgelseslæger i vagtplanen

Yngre læger udebliver nogle gange fra et job. Det kan der være mange gode grunde til.

Hvor tit har man ikke hørt: »Ja, så er der kommet en ny udgave af vagtplanen for næste måned«? Når man så kigger på vagtplanen, ser man, at den nye yngre læge, der skulle være startet den første i næste måned er væk. Belønningen til resten af vagtholdet er let at se på vagtplanen: flere weekend- og aftenattevagter, færre stuegangsdage og mindre supervision ved en seniorkollega. Altså dårligere uddannelsesmiljø og ringere mulighed for et sammenhængende (privat)liv ved siden af arbejdslivet. Jeg har oplevet, at dette problem er tiltaget i løbet af mine nu knap seks år som yngre læge.

Grundene til, at lægerne udebliver, kan være mange: tilbud om en bedre stilling andre steder, ændring af familieplaner osv.

Hvorfor skriver jeg som yngre læge om dette? – det må vel være et ledelsesproblem, og noget arbejdsgiverne må tage sig af, det er vel dem, der mangler arbejdskraft og taber ved det? »Nej«.

Når vi som yngre læger sætter os et mål, der hedder det gode hospital, mener jeg, at det kræver gode kolleger på hospitalet at arbejde sammen med, ikke bare potentielt gode kollegaer, der figurerer sporadisk i vagtplanen, men ikke andre steder.

Jeg har i de seneste fire år fungeret som tillidsrepræsentant, når muligheden har været der. Det er min erfaring fra egne ansættelser og fra samtaler med andre tillidsrepræsentanter og yngre læger fra andre afdelinger, at det er de yngre læger, det går ud over, når der er huller i vagtplanen. Vi får dårligere arbejdsvilkår – og afdelingen spilder dyrebare resurser på nye ansættelsesrunder, når folk springer i målet.

Jeg foreslår, at yngre læger og arbejdsgivere gør en fælles indsats for at formindske problemet:

Yngre læge på vej i ny stilling: Vær åben om, at du har søgt andre steder, aftal at melde tilbage, hvad du beslutter dig for. Hvis du har sagt ja til en stilling på afdeling 1 og efterfølgende får tilbudt en stilling, du hellere vil have, på afdeling 2, så meld tilbage med det samme til afdeling 1.

Yngre læge på vej væk fra en stilling: Sig op i god tid, hvis det er muligt. Man gør det svært for afdelingen at finde en afløser, hvis man siger op med kort varsel – og hvis det lykkes, kan det efterlade en tilsvarende problematik der, hvor den nye kollega nu mangler.

Arbejdsgiver: Spørg ved ansættelsessamtalen om der er søgt stillinger andre steder. Det er mere reglen end undtagelsen, så åben dialog om dette vil kunne føre til bedre forventningsregulering for både arbejdsgiver og arbejdstager. Slå stillingen op i god tid (når der er muligt), så man kan nå at give positivt eller negativt tilsagn til arbejdssøgende (længe) før ansættelsesstart.

Når man som arbejdsgiver har tilbudt stillingen til en yngre læge, og denne har accepteret, så sørg for med det samme at sende kontrakt og velkomstmappe m.m. ud. Jeg har hørt om eksempler på afdelinger, der til jobsamtalen eller umiddelbart efter, har udleveret kontrakter til underskrivelse. Dette har medført, at de yngre læger har følt sig værdsat og fået en sikkerhed for, at stilling virkelig var deres. Det kan virke modsat, hvis det sker i sidste øjeblik.

” Belønningen til resten af vagtholdet er let at se på vagtplanen: flere weekend- og aftenattevagter, færre stuegangsdage og mindre supervision ved en seniorkollega.

Nogle afdelinger bruger for mig at se yderst uhensigtsmæssige strategier for at holde på yngre læger i stillinger, de først har sagt ja til – uden at kende deres bevæggrunde for senere at takke nej. Det kan være trusler om ikke at kunne få arbejde inden for faget senere, eller at udstille de yngre læger med navns nævnelse på afdelingen og give dem et dårligt rygte – dette gavner ikke arbejdslysten. Selvsagt hjælper en god og tryk stemning på afdelingen til at yngre læger (og andre) ikke er bekymrede for, at deres arbejdsvilkår vil blive forringet, når de siger op og derfor venter til sidste øjeblik. Når de yngre læger føler sig trygge i forhold til, at dette ikke vil ske, vil det givetvis øge sandsynligheden for, at de giver besked i bedre tid.

Dette var min mening om et område, jeg mener, vi har behov for større fokus på, hvis og når vi skal nå målet om at kommet til at arbejde på det gode hospital.



Læge Lasse M Schmidt,
Yngre Læger Rådformand,
Sct. Hans Hospital.
E-mail: lmscochrane@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER:
Ingen



Vi modtager meget gerne forslag til Min Mening. Send din tekst som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Min mening må fylde 3.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

Ingen registrering af komplikationer til implantater ved gynækologiske operationer

Professor Gunnar Lose,
Gynækologisk Obstetrisk
Afdeling, Herlev Hospital
E-mail: gulo@
glo.regionh.dk
Klinikchef Lars Alling
Møller, Gynækologisk
Obstetrisk Afdeling,
Gentofte Hospital
Overlæge Christina
Sørensen, Gynækologisk
Obstetrisk Afdeling,
Gentofte Hospital
Overlæge Karl Møller
Bek, Gynækologisk
Obstetrisk Afdeling,
Århus Universitets-
hospital, Skejby
Overlæge Pia Sander,
Gynækologisk Obstetrisk
Afdeling,
Herlev Hospital

ILLUSTRATION

Lars-Ole Nejstgaard

INTERESSEKONFLIKT:

Flere af forfatterne har samarbejde med de firmaer, der fremstiller de produkter der omtales.

Tak til Lægemedelstyrelsen (LM) for kommentarer til vores artikel i Ugeskrift for Læger [1].

Vi konstaterer med tilfredshed, at LM vedgår, at styrelsen er ansvarlig for overvågning af sikkerhed med medicinsk udstyr herunder kirurgiske implantater på det danske marked, og vi noterer, at LM mener, at den nuværende lovgivning er god nok.

I Danmark indopereres der skønsmæssigt omkring 2.000 urogynækologiske implantater pr. år. Ifølge litteraturen varierer komplikationsfrekvensen fra nogle få til 40% afhængig af type. Hvis vi konservativt antager, at 5% af implantaterne medfører en komplikation, skulle LM modtage ca. 100 indberetninger pr. år svarende til ca. 700 i den undersøgte periode 2001-2007. Vores undersøgelse viser, at der i perioden blev indrapporteret i alt fire komplikationer! Vi er derfor enige med LM i, at der uden tvivl sker en underreportering. Myndigheder rundt omkring i verden har i flere år været klar over, at underreportering er et stort problem. Det var bl.a. baggrunden for, at Food and Drug Administration (FDA) i oktober 2008 udsendte en »Public health notification to health care professional about complications associated with transvaginal placement of surgical mesh to treat pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence«.

Hvordan kan LM foretage en forsvarlig overvågning, eftersom LM ikke har kendskab til, hvilke implantater der forhandles og benyttes i Danmark, og når indrapportering ikke sker?

INDRAPPORTERINGSPLIGT

LM fastslår, at både fabrikant og sundhedspersoner har indrapporteringspligt. Kirurger, der anvender transplantaer, må naturligvis påtage sig ansvaret for indrapportering. Mange er imidlertid ikke klar over, at der skal ske anmeldelse til LM, og hvordan det gøres. Da fabrikanter kan markedsføre implantater på meget lempeligere vilkår (CE-mærkning) end medicin (hvor der kræves kliniske studier) kan markedsføres, burde man måske fokusere mere på firmaernes indberetningspligt. CE-mærkning er langt billigere end kliniske studier, hvilket betyder, at implantatmarkedet er blevet økonomisk lukrativt for firmaerne med mange

trivielle »copycats« til følge. På den baggrund ville det ikke være urimeligt, at firmaerne bidrog økonomisk til at sikre overvågningen. FDA-notification i 2008 var baseret på 1.000 indberetninger over en treårig periode fra mindst ni implantatfabrikanter. Vores undersøgelse viser, at firmaerne kun delvis kender reglerne, ikke altid informerer kirurgerne og praktisk taget ikke selv indberetter til LM.

Hvad har LM gjort for at håndhæve fabrikanternes indberetningspligt? Hvilke sanktioner har LM iværksat over for firmaer, der ikke indberetter?

KONKURRENCEFORVRIDNING.

DEFINITION AF »ALVORLIG HÆNDELSE«

Mht. udsagnet om, at en database hos styrelsen vil kunne virke konkurrenceforvridende, citerer vi blot en medarbejder i LM. LM vedgår at registrere »alvorlige hændelser«, men ikke »andre komplikationer«. *Vi vil være taknemmelige, hvis styrelsen vil afklare, hvad »alvorlige hændelser« er i relation til gynækologiske implantater.*

KRAV OM KLINISKE DATA

LM's opfattelse af lovgivningen og forklaring om kliniske data rejser tvivl om, hvorvidt styrelsen har forstået godkendelsesprocessen. For at et implantat kan markedsføres kræves kun CE-mærkning – ikke kliniske undersøgelser af det specifikke produkt. LM fordrejer problematikken ved at henvise til »klinisk evaluering«. Det er muligt at få et implantat godkendt, hvis det kan sandsynliggøres, at det pågældende produkt ligner (*substantially equivalent*) et allerede godkendt produkt. Det var det princip, der muliggjorde markedsføring af polypropylen med polyfilamentær mikroporestruktur (IVS) på basis af data vedr. polypropylen monofilamentær makroporestruktur (TVT). Det viste sig imidlertid, at IVS var forbundet med signifikant flere komplikationer end TVT pga. den anderledes struktur, hvilket medførte, at slyngen blev trukket tilbage fra det danske marked, uden at LM registrerede komplikationer og i øvrigt var involveret. Listen er lang over produkter, der er godkendt efter det princip, hvor det senere har vist sig, at det nye produkt har

KRONIK

Vi modtager meget gerne kronikforslag. Send din kronik som vedhæftet fil til ufl-debat@dadl.dk

Kronikken må fylde 7.800 tegn (optalt med mellemrum). Eventuelle spørgsmål kan rettes til Elizabeth Gatzwiller på 35 44 83 26 eller ega@dadl.dk

givet anledning til uforudsete alvor-lige komplikationer. Fabrikanten af TVT Secure har givet os en kopi af FDA's godkendelse af dette produkt. Heraf fremgår det klart, at produktet blev godkendt »based upon the 510(k) Summaries and 510(k) Statements ..., we conclude that the subject device substantially equivalent to the predicate devices under the Federal Food, Drug and Cosmetic Act«. Det er i god overensstemmelse med, at Nicky van Leeuwen-Bennedsen fra Lægemedelstyrelsen på Forskningsdag den 13. september 2007 på Glostrup Hospital udtalte: »man kan undgå kliniske data ved at bevise lighed med lignende produkter«. Der føres erstatningssager mod producenter, hvilket bl.a. fremgår af internettet, hvor en række advokater tilbyder hjælp til patienter, som har fået komplikationer efter indoperering f.eks. af »OB-tape vaginal sling«. I 1974 blev Dalcon Shield (spiral med multifilamentær tråd) trukket tilbage fra det amerikanske marked efter infektioner og dødsfald hos brugerne. Denne spiral blev godkendt efter princippet om *substantially equivalent*. Fabrikanten, Robbins Pharmaceutical, lukkede efter at være blevet dømt til at betale 2,5 mia. USD i erstatning til ofrene [2]. Godkendelse af nye produkter på basis af »klinisk evaluering« er utilstrækkelig og farlig for patienterne. Der er behov for at skærpe kravene til kliniske data, så de baseres på det specifikke produkt.

Vi vil bede LM om at fremlægge de kliniske data, der ligger til grund for godkendelsen af TVT Secure?

SAMARBEJDE

LM efterlyser samarbejde. Styrelsen var inviteret deltager ved Forsknings Dag i Glostrup i 2007. I forbindelse hermed blev problematikken vedrørende kirurgiske implantater nøje drøftet, forfatterne har over de seneste tre år sendt et stort antal mail vedrørende implantater, vi har gjort opmærksom på nye tvivlsomme produkter, vi har indrapporteret komplikationer med etablerede produkter, vi har tidligere omtalt problematikken i Ugeskriftet [3], og vi har udført den foreliggende undersøgelse. Hvad er det for et samarbejde LM efterlyser, og hvormed har styrelsen *bidraget hidtil*?

FEJL OG MANGLER

LM har på Ugeskriftets hjemmeside skrevet, at vores artikel indeholder »flere unøjagtigheder og fejlagtige påstande« og henvist til styrelsens »fyldige notat«. Med respekt for den alvorlige problematik, som vores artikel rejser, finder vi det betimeligt, hvis LM kunne dokumentere, hvad det er for unøjagtigheder og fejl, der er tale om.

FORSLAG TIL FORBEDRING AF DET NUVÆRENDE SYSTEM

1) Indberetningspligten (kirurger og fabrikanter) må



sikres evt. ved en obligatorisk ordning, der sikrer tilbagemelding vedr. alle indopererede implantater evt. finansieret af producenterne.

- 2) Indberetningsmåden bør simplificeres.
- 3) LM bør sikre etablering af en pålidelig database, som kan vejlede kirurger og muliggøre overvågning af myndighederne.
- 4) Der bør indføres skærpede krav til klinisk dokumentation for det specifikke produkt.

KONKLUSION

Nye kirurgiske implantater kan markedsføres, uden at effekt og sikkerhed er dokumenteret (for det specifikke produkt) på basis af data vedr. lignende implantater (*substantially equivalent*). Historien har vist, at det er farligt for patienterne, hvorfor der er behov for tæt overvågning.

Vores artikel dokumenterer, at overvågningssystemet ikke fungerer i Danmark.

Det er forstemmende, at LM ikke deler kirurgers, patienters og internationale myndigheders bekymring vedr. det stærkt stigende forbrug af kirurgiske implantater og den problematiske patientsikkerhed, der er forbundet med de nuværende lempelige regler for markedsføring og manglende national overvågning. Det er bekymrende, at LM's ambitioner mht. patientsikkerheden ikke er større.

LITTERATUR

1. Sørensen HC, Lose G, Sander P et al. Ingen registrering af komplikationer til implantater ved gynækologiske operationer. www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/Foerst_paa_netnet/VP03090132.pdf (marts 2010).
2. IRISHLAW Archives. <https://listserv.heatnet.ie/cgi-bin/wa?A2=ind9811&L=IRISHLAW&P=3047> (marts 2010).
3. Bech L, Sander P, Lose G. Bilateral suprapubisk abscesdannelse fem år efter inkontinensoperation. Ugeskr Læger 2009;171:310-1.

Sengestuegaranti?

KOMMENTATOR

Jens Helby
jens@helby.dk

FOTOS

Ugeskrift for Læger og
Hung Tien Vu

10 DE TI

Hver uge skiftes ti kommentatorer til at forholde sig til et aktuelt sundhedspolitisk emne.

Nis Alstrup, formand for Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. *Karl H. Bornhøft*, MF, sundhedsordfører for SF. *Jens Elkjær*, sundhedsdirektør i Region Syddanmark. *Morten Freil*, direktør i Danske Patienter. *Jens Helby Petersen*, 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.

Jeg passerer ned ad gangen på en sengeafdeling i en sen natteftime, for at se til en ældre patient, jeg har indlagt et par timer tidligere. Hun dukker op helt af sig selv – hun ligger nemlig ude på gangen ligesom flere af de andre, jeg har indlagt i løbet af min nattevagt. Hun har egentligt fået det lidt bedre efter indlæggelsen, men er meget ked af at skulle ligge ude på gangen. Sådan var det desværre også, sidst hun var indlagt. Det tog hårdt på hende at ligge på gangen, fordi der var så megen uro. Jeg beklager endnu en gang, at vi ikke kan tilbyde hende en stue, og skynder mig videre ned i skadestuen for at indlægge nogle flere patienter, der så også kan komme op og ligge på gangen!

Det er indlysende, at syge mennesker har brug for at kunne sove nogenlunde i fred og have mulighed for en vis grad af privatliv. Det virker derfor uforståeligt, at vi ikke kan opfylde disse basale menneskelige behov. Hvis patienterne kun var indlagt ganske kortvarigt, var en gangplads måske også mere acceptabel, men det er slet ikke tilfældet på de medicinske afdelinger. Mange patienter har kroniske sygdomme, der nødvendiggør hyppige indlæggelser – de tilbringer altså en betydelig del af deres liv på hospitalet.

Der er ofte tale om mennesker, hvis kroniske sygdom ikke kan helbredes, men vi kan lindre de symptomer, den medfører – helt i overensstemmelse med Hippokrates' grundsætning: »Stundom helbrede, oftest lindre, altid trøste«. Desværre er forudsætningerne for at lindre og trøste mildest talt dårlige, når patienter ikke engang kan få en sengestue.

Jeg har meget svært ved at acceptere, at vi i et af verdens rigeste samfund skal have syge mennesker indlagt på hospitalsgangen. Der er ikke tale om noget sjældent problem, som kun rammer ganske få borgere. Langt de fleste danskere har før eller siden brug

for indlæggelse på en medicinsk afdeling, og her vil de risikere at komme til at ligge på gangen. Hvad nytter det, at vi har råd til at indrette designerkøkkener og rejse på ferie tre gange om året, hvis vi ikke kan få vores helt basale behov opfyldt, når vi bliver syge? Hvad skal vi bruge en 4-ugers ventetidsgaranti på planlagte operationer til, hvis vi ikke kan få en sengestue, når vi bliver alvorligt syge?

” Det er indlysende, at syge mennesker har brug for at kunne sove nogenlunde i fred

De enkelte afdelinger gør meget for at undgå problemer med patienter indlagt på gangene. Patienter bliver indlagt i opholdsrum, undersøgelsesstuer og personalestuer. Plejepersonalet forsøger at undgå, at de allermest skrøbelige patienter ligger på gangen, men alle disse bestræbelser er kun en nødløsning på det underliggende problem, at der ikke er sengestuer nok.

Løsningen er simpel: Byg flere sengestuer! I modsætning til mange andre udfordringer i sundhedsvæsenet kræver det ikke komplekse ændringer inden for uddannelse eller arbejdskulturer. Hvis blot vi som samfund økonomisk prioriterer sygehusbyggeri, er det nemt at sikre, at ingen patienter skal være indlagt på en gangplads. Tænk, hvis man indførte en sengestuegaranti. Det er vel ikke helt urimeligt at forvente, at ældre patienter med en blodprop i hjertet får samme niveau af service som patienter, der indlægges til en planlagt hofteoperation?

