

UGESKRIFT FOR LÆGER

6/2017 / 20. marts 2017

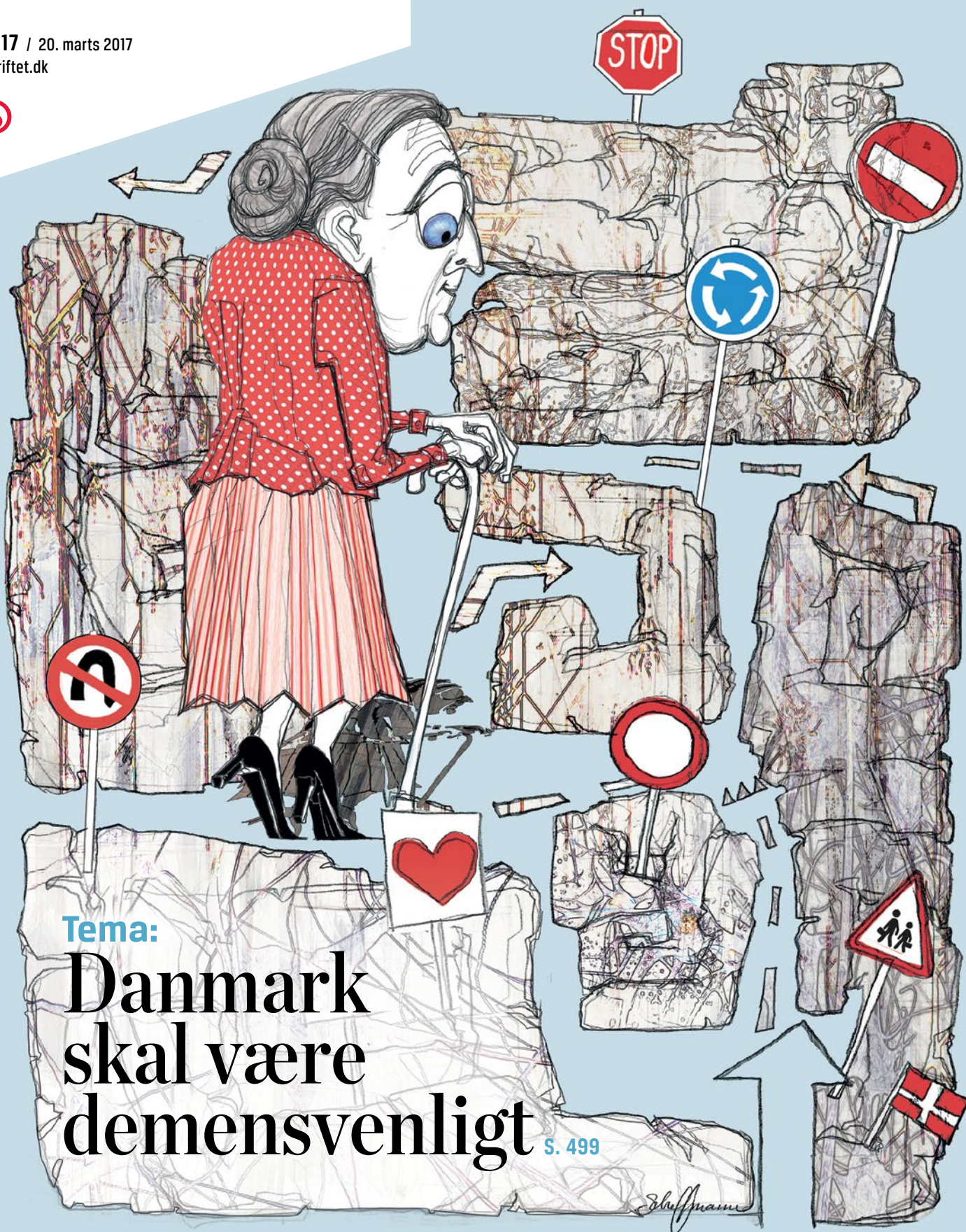
ugeskriftet.dk



Forfatteren
Ida Jessen om
dr. Bagges liv
s. 493

VIDENSKAB
Reminiscensterapi
indvirker positivt
på demente
s. 528

Lægedækning:
Når uddannelsen
bruges som
redskab
s. 468



Tema:

Danmark
skal være
demensvenligt s. 499

LINDRING AF GENNEMBRUDSSMERTER VED CANCER



Pakningsstørrelser på Actiq® (fentanyl)

Dine patienter med cancer-gennembrudssmerter har mulighed for at opstarte behandling med Actiq® med følgende pakningsstørrelser:

- VNR: Actiq® sugetabletter med applikator 200 mikrog. 3 stk
- VNR: Actiq® sugetabletter med applikator 200 mikrog. 15 stk

Desuden findes Actiq® også i 200, 400, 600, 800, 1200 og 1600 mikrogram i 3 og 15 stk. pakninger.



Forkortet produktresumé for Actiq® (fentanyl) (sugetabletter med applikator).

Indikation: Actiq er indiceret til behandling af gennembrudssmerter hos patienter, der i forvejen modtager opioid som vedligeholdelsesbehandling for kroniske cancersmerter. **Dosering*:** Individuel. **Anvendelse til børn:** Bør ikke anvendes til børn under 16 år. **Anvendelse til specielle patientgrupper:** Dosistitrering skal derfor foretages med særlig forsigtighed hos ældre og hos patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for fentanyl eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Samtidig brug af MAO-hæmmere eller behandling med MAO-hæmmere inden for de sidste 2 uger. Alvorlig respiratorisk depression eller alvorlig obstruktiv lungesygdom. **Forsigtighedsregler*:** Behandling med langtidsvirkende opioid mod patientens vedvarende smerter skal stabiliseres før behandling med Actiq indledes. Som ved alle opioider kan der forekomme tolerance, fysisk og/eller psykologisk afhængighed og misbrug af fentanyl samt risiko for klinisk signifikant respirationsdepression. Bør kun administreres med yderste forsigtighed til patienter, der kan være specielt følsomme over for de intrakranielle virkninger af CO₂ retention, så som patienter med tegn på øget intrakranielt tryk eller svækket bevidsthed. Bør anvendes med forsigtighed til patienter med bradykardi samt patienter med lever- eller nyrefunktionsnedsættelse. Behandling af hypovolæmiske patienter og patienter med hypotension bør nøje overvejes. Diabetiske patienter bør orienteres om, at medikamentet indeholder dextrater. Patienter med sjældent arvelig fructoseintolerans, glucose/galactose-malabsorption eller sucrase-isomaltasemangel bør ikke tage Actiq. Udvikling af et muligt livstruende serotonergt syndrom kan forekomme ved samtidig brug af serotoninerge lægemidler, såsom en selektiv serotoningenoptyagshæmmer (SSRI) eller en serotonin-noradrenalinenoptyagshæmmer (SNRI) eller en monoamineoxidasehæmmer (MAO-hæmmer). Serotonergt syndrom kan omfatte ændringer i mental status, autonom instabilitet, neuromuskulære anomalier og/eller mave-tarm-symptomer. Hvis serotonergt syndrom mistænkes, bør behandling seponeres. **Interaktioner*:** Potente inhibitorer af CYP3A4 som makrolidantibiotika, antimykotika og visse proteasehæmmere kan øge biotilgængeligheden af fentanyl og kan også nedsætte den systemiske clearance. Tilsvarende virkning kan ses efter samtidig indtagelse af grapefrugtjuice. Samtidig behandling med medikamenter med virkning på CNS som andre opioider, sedativa eller hypnotika, medikamenter til generel anæstesi, phenothiaziner, beroligende midler, skeletmuskrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol kan medføre additive hæmmende virkning. Samtidig brug af serotoninerge lægemidler, såsom SSRI'er eller SNRI'er eller MAO-hæmmere. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Bivirkninger*:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes ved Actiq-behandling. Ofte ophører disse eller aftager i intensitet ved fortsat anvendelse af produktet når patienten er indstillet på den rette dosis. De alvorligste bivirkninger er respirationsdepression (som kan lede til apnø eller respirationsophør), kardiovaskulær påvirkning, hypotension og shock. Alle patienter bør følges med hensyn til disse symptomer. **Meget almindelige:** Døsighed, svimmelhed, hovedpine, dyspnø, kvalme, opkastning, obstipation, mavesmerter, asteni. **Almindelige:** Anoreksi, forvirring, angst, hallucinationer, depression, emotionel labilitet, bevidsthedstab, krampeanfald, vertigo, myoclonus, sedation, paræstesier, abnorm gang/inkoordination, smagsforstyrrelser, abnormt syn, tør mund, dyspepsi, stomatitis, forstyrrelser i tungen, flatulens, forstørret abdomen, pruritus, svedtendens, udslæt, urinretention, reaktioner på administrationsstedet, smerter og sår utilpashed, vægttab, ulykkestilfælde (f.eks. fald). **Ikke almindelige:** Abnorme drømme, forandret personlighed, abnorm tankegang, eufori, koma, sløret tale, vasodilatation, faryngeal ødem, ileus, mundsår, caries, gingival blødning, urticaria, respirationsdepression. **Ikke kendt:** Anafylaktiske reaktioner, tungeødemer, læbeødemer, tandtab, gingival recession, gingivitis, rødme, hedeure, diarre, ubehag, perifer ødem. **Overdosering*:** Symptomerne på fentanyl-overdosering forventes at svare til dem, der eksisterer for intravenøs fentanyl og andre opioider, og er en udvidelse af stoffets farmakologiske virkning, hvor den mest alvorlig signifikante virkning er ændret mental status, bevidsthedstab, koma, kardiorespiratorisk stop, nedsat respiration, respirationsbesvær, og respirationssvigt, som har medført døden. Selv om muskelstivhed med påvirkning af respirationen ikke er set efter anvendelse af Actiq, er dette muligt for fentanyl og andre opioider. **Indehaver af markedsførestilladelsen:** Teva Pharma B.V., Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Holland **Udlevering:** A § 4 (kopieringspligtig).

Priser og pakninger: For dagsaktuelle priser henvises til www.medicinpriser.dk.

Actiq®, sugetabletter med applikator, 200 mikrog. 3 stk.: varenr.: 520552. 15 stk.: varenr.: 088392

Actiq®, sugetabletter med applikator, 400 mikrog. 3 stk.: varenr.: 180472. 15 stk.: varenr.: 541673

Actiq®, sugetabletter med applikator, 600 mikrog. 3 stk.: varenr.: 075631. 15 stk.: varenr.: 597091

Actiq®, sugetabletter med applikator, 800 mikrog. 3 stk.: varenr.: 549225. 15 stk.: varenr.: 513619

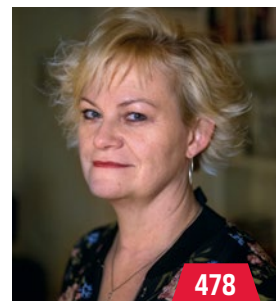
Actiq®, sugetabletter med applikator, 1200 mikrog. 15 stk.: varenr.: 563156; Actiq®, sugetabletter med applikator, 1600 mikrog. 15 stk.: varenr.: 541309

De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé.

Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos TEVA Denmark A/S, 2800 Kgs. Lyngby (tlf. 4498 5511/www.tevapharm.dk) eller findes på www.produktresume.dk



Rana Bibis er overlæge på Aalborg Universitetshospital. Hun oplever ofte at blive omtalt som hende den udenlandske læge, og det gererer hende, selvom det ikke altid er ment nedsættende.



Robusthed og tarzan-kultur. To ord læger kender. Men ikke alle kan holde til mosten. Speciallæge Charlotte Bülow blev ramt af stress men fik hjælp.



Praktiserende læge Anne Marie Lundgaard er vant til at håndtere demente patienter i sin praksis i Rebild. Hun er nu med til at rulle demensudredningsmodellen ud blandt sine kollegaer.

467 » Leder

Vi skal både tage hånd om en udsat gruppe og beskytte personalet mod vold.

Andreas Rudkjøbing

468 » Nyheder

Ny plan dækker ikke behovet for uddannelsesstillinger til speciallæger.

Anne Steenberger

470 » Et døgn med

»Det giver arbejdsglæde at følge op på egne patienter«.

Kristine Buske Nielsen

472 » Fokus

Lægers uddannelse bruges til rekruttering.

Bente Bundgaard og Mathias Irminger Sonne

476 » Lægelig

Robusthed er at kunne sige fra – ikke at tåle mosten.

Dorte R. Jungersen

»Vi læger har en udtalt tarzan-kultur«.

Kristine Buske Nielsen 478

På OUH går travlhed og uddannelse hånd i hånd.

Kristine Buske Nielsen 480

Klædt på til at udrededemens.

Dorte R. Jungersen 484

483 » Bibliotek for læger

486 » Sundhedspolitik

Satsning på diabetesskaber synergi.

Bente Bundgaard

Lægernes valg: spar op eller skær ned.

Bente Bundgaard 490

489 » Profil

»Det gør mig ked af det at blive kaldt udenlandsk læge«.

Dorte R. Jungersen

492 » Perspektiv

495 » Historisk

Vinterbadning – sundt eller farligt?

Klaus Larsen

496 » Videnskab

Se videnskabeligt indhold på side 465

534 » Job & Praksis

541 » Debat

+ Blogs fra Ugeskriftet.dk på side 548

542 » Kronik

Kvaliteten i kvalitetsmodellen – en midtvejsevaluering.

Ole Bredahl Rasmussen

544 » Replik

Tobaksafgifterne må op.

Finn Edler von Eyben

Medicinrådet er åbent.

Rikke Magrethe Friis 545

Pension bør prioriteres ved de kommende overenskomstforhandlinger.

Marianne Ingerslev Holt, Peter Lindholm, Klaus Friis Andersen & Philip Bennett 546

550 » De seks

Alvorlige mangler i den almenmedicinske hoveduddannelse.

Lene Therkelsen

270

Hoveduddannelsesstillinger vil der være i almen praksis i 2020. Det er en stigning på 18 i forhold til i 2018..

Nyheder s. 468



DANSKE MEDIERS
OPLAGSKONTROL

Senest kontrollerede oplag: 26.381



Ugeskrift for Læger Kristianiagade 12, 2100 København Ø • Telefon 35448500 • www.ugeskriftet.dk • Udgivet af Lægeforeningen • Ugeskrift for Læger er grundlagt 1839 • Ansvarshavende redaktør Torben Kitaj (DJ), tki@dadl.dk (ansvarlig i henhold til medieansvarsloven) • Webredaktør og sekretariatsleder Mette Lykke Klitgaard, mlk@dadl.dk • Sekretariat ufl@dadl.dk • Telefon 35448270 • Annoncer DG Media, Tina.s@dgmedia.dk • Telefon 33707680 / malene.l@dgmedia.dk • Telefon 33707679 • Design og produktion Datagraf Communications A/S • Tryk Stibo Graphic, Horsens • Distribution Bladkompagniet. Udebliver Ugeskriftet kontaktes Bladkompagniets kundeservice på telefon 44517570 / abs@bladkompagniet.dk – oplys navn og adresse. ISSN 0041-5782 • Se kolofonen på ugeskriftet.dk > Kontakt

Available on the
App Store

Få Ugeskriftet på din iPhone og iPad. Hent app'en »UFL & DMJ« i App Store.

EFFENTORA® (FENTANYL) GIVER HURTIG SMERTELINDRING

– så tidligt som 10 minutter efter administration¹

EFFENTORA® (FENTANYL) ER INDICERET TIL BEHANDLING AF GENNEMBRUDS-
SMERTER HOS VOKSNE MED CANCER, DER I FORVEJEN MODTAGER OPIOID-
VEDLIGEHOLDELSSEBEHANDLING FOR KRONISKE CANCERSMERTER²

Gennembrudssmerter indtræder ofte med højeste
smerteintensitet inden for få minutter³

De har en varighed på gennemsnitlig 30 minutter,
hvorfor hurtigt indsættende smertelindring er vigtig³



 **EFFENTORA
FENTANYL** bukkaltablen

TEVA

Maj 2016

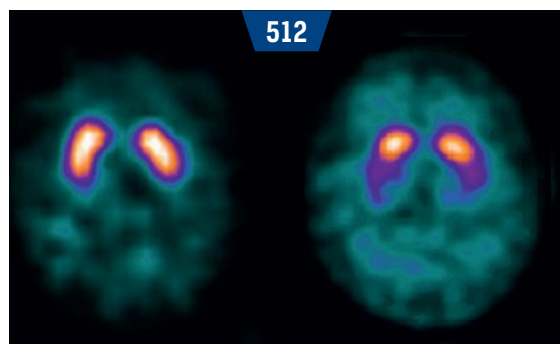
Referencer: 1. Slatkin NE et al. Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer related chronic pain. J Support Oncol 2007; 5:327-334. 2. Effentora-produktresumé. 3. Zeppetella G. Dynamics of breakthrough pain vs. Pharmacokinetics of oral morphines; implications for management. Eur J Cancer Care 2009;18 331-7.

Forkortet produktresumé for Effentora® (fentanylcitrat)

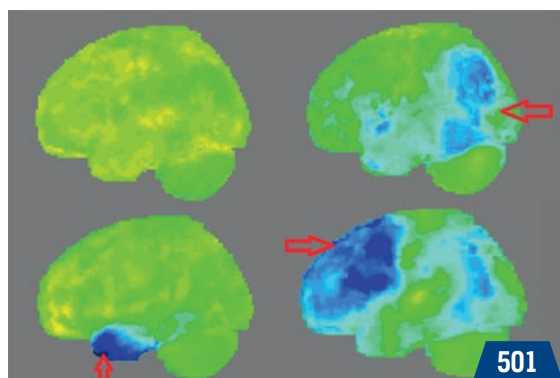
Indikationer: Effentora er indiceret til behandling af gennembrudssmerter hos voksne med cancer, der i forvejen modtager opioid-vedligeholdelsesbehandling for kroniske cancersmerter. Gennembrudssmerter er en forbigående forværring af smerte, der fremkommer hos patienter, som ellers har en kontrolleret vedvarende smerte. Patienter, der modtager opioid-vedligeholdelsesbehandling, er patienter, der tager mindst 60 mg oral morfin daglig, mindst 25 mikrogram transdermal fentanyl pr. time, mindst 30 mg oxycodon daglig, mindst 8 mg oral hydromorfon daglig eller en tilsvarende analgetisk dosis af et andet opioid i en uge eller længere. **Dosering:** Individuelt.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for indholdsstofferne. Patienter der ikke modtager opioid-vedligeholdelsesbehandling, pga. øget risiko for respirationsdepression. Svær respirationsdepression eller svære obstruktive lungesygdomme. Behandling af andre akutte smerter end gennembrudssmerter (f.eks. postoperative smerter, hovedpine, migræne). **Forsigtighedsregler:** Effentora indeholder et aktivt stof i en mængde, der kan være dødelig især for børn. Derfor skal alle tabletter opbevares utilgængeligt for børn. Patienten skal nøje overvåges af uddannet sundhedspersonale under titreringsprocessen. Behandlingen mod vedvarende smerter med langtidsvirkende opioid skal være stabiliseret, inden behandlingen med Effentora indledes og patienten skal fortsat behandles med det langtidsvirkende opioid under behandlingen med Effentora. Som med alle opioider er der en risiko for klinisk signifikant respirationsdepression i forbindelse med brugen af fentanyl. Særlig forsigtighed skal udvises i forbindelse med titrering af Effentora hos patienter med ikke alvorlig kronisk obstruktiv lungesygdom eller andre medicinske tilstande, der gør dem disponerede for respirationsdepression, da selv normale terapeutiske doser yderligere kan nedsætte respirationsrefleksens indtil respirationsvigt. Bør kun administreres med yderste forsigtighed til patienter, der kan være specielt følsomme over for de intrakranielle virkninger af CO₂ retention, såsom patienter med tegn på forhøjet intrakranielt tryk eller svækket bevidsthed. Opioider kan maskere det kliniske forløb hos en patient med en hovedlæsion og bør kun anvendes, hvis det er klinisk forsvarligt. Fentanyl kan forårsage bradykardi. Bør anvendes med forsigtighed til patienter med allerede eksisterende bradyarytmier. Bør administreres med forsigtighed til patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion. Behandling af hypovolæmiske patienter og patienter med hypotension bør kun ske efter nøje overvejelse. Tolerance og fysisk og/eller psykisk afhængighed kan udvikles efter gentagen administration af opioider, såsom fentanyl. Iatrogen afhængighed efter terapeutisk anvendelse af opioider er dog sjælden. Anafylaksi og overfølsomhed er rapporteret. Indeholder natrium. **Interaktioner:** Metaboliseres hovedsagelig via det humane cytochrom P450 3A4-isoenzym (CYP3A4). Kan optræde potentielle interaktioner, når Effentora gives samtidig med stoffer, der påvirker CYP3A4-aktivitet. Samtidig administration med stoffer, der inducerer CYP3A4-aktivitet, kan reducere effekten af Effentora. Samtidig brug af Effentora og stærke CYP3A4-hæmmere (f.eks. ritonavir, ketoconazol, itraconazol, troleandomycin, clarithromycin og neflinavir) eller moderate CYP3A4-hæmmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erythromycin, fluconazol, fosamprenavir, grapefrugtjuice og verapamil) kan resultere i forhøjede plasmakonzentrationer af fentanyl, hvilket potentielt kan give alvorlige bivirkninger herunder fatal respirationsdepression. Patienter, der behandles med Effentora samtidig med moderate eller stærke CYP3A4-hæmmere, bør monitoreres omhyggeligt i længere tid. Dosisforøgelse bør foretages med forsigtighed. Samtidig brug af CNS-depressiva, herunder andre opioider, sedativa eller hypnotika, medikamenter til generel anæstesi, fenotiaziner, beroligende midler, skeletmuskul-relaxantia, sederende antihistaminer og alkohol kan medføre yderligere hæmmende virkning. Bør ikke anvendes til patienter behandlet med MAO-hæmmere inden for de sidste 14 dage. Samtidig brug af partielle opioide agonister/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbuphin, pentazocin) frarådes. Samtidig brug af serotoninerge lægemidler, såsom SSRI'er eller SNRI'er eller MAO-hæmmere. **Fertilitet, graviditet og amning:** Foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af fentanyl hos gravide. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Efter langtidsbehandling kan fentanyl forårsage abstinenssymptomer hos det nyfødte barn. Det frarådes at bruge fentanyl under veer og fødsel (herunder kejsersnit), da fentanyl passerer placenten og kan forårsage respirationsdepression hos fostret. Hvis der administreres Effentora, skal der være en antidot parat til barnet. Fentanyl udskilles i modermælken og kan forårsage sedation og respirationsdepression hos det diende barn. Fentanyl bør ikke anvendes af ammende kvinder, og amning bør ikke genoptages før mindst 5 dage efter den sidste dosis fentanyl. Der foreligger ingen humane data vedrørende virkningen af fentanyl på fertilitet. I dyreforsøg var fertiliteten hos hanner nedsat. **Bivirkninger:** Der kan forventes typiske opioide bivirkninger. Ofte ophører disse eller aftager i intensitet ved fortsat brug af lægemidlet, når medicinen er titreret til den rette dosis til patienten. De mest alvorlige bivirkninger er dog respirationsdepression (der kan føre til apnø eller respirationsophør), kredsløbsdepression, hypotension og shock, og alle patienter bør overvåges nøje for disse bivirkninger. Opioidabstinenssymptomer som kvalme, opkastning, diaré, angst, kulderystelser, tremor og svedtendens og skælven er set med trans mukusalt fentanyl. **Meget almindelige (>1/10):** Svimmelhed, hovedpine, kvalme, opkastning, reaktioner ved applikations-stedet herunder blødning, smerte, sår, irritation, paræstesi, anæstesi, erytem, ødem, hævelse og blærer. **Almindelige (>1/100 til <1/10):** Oral candidiasis, anæmi, neutropeni, anoreksi, depression, angst, konfusion, søvnløshed, dysgeusi, døsigthed, letargi, tremor, sedation, hypæstesi, migræne, takykardi, hypotension, hypertension, dyspnø, faryngolaryngealsmerte, forstoppelse, stomatitis, mundtørhed, diare, mavesmerter, gastroesophageal refluxsygdom, maveubehag, dyspepsi, tandpine, pruritus, hyperhidrose, udslæt, myalgia, rygsmerte, perifer ødem, træthed, asteni, abstinens-syndrom, kulderystelser, vægttab, fald. **Ikke almindelige (>1/1.000 til <1/100):** Faryngitis, trombocytopeni, euforisk stemning, nervøsitet, hallucination, ændring af mental tilstand, lægemiddel-afhængighed, desorientering, nedsat bevidsthedsniveau, opmærksomhedsforstyrrelse, dysartri, synsforstyrrelse, okular hyperæmi, sløret syn, nedsat syn, vertigo, tinnitus, øreproblemer, bradykardi, rødme, hedeture, respirations-depression, søvnapnøsyndrom, ileus, mundsår, oral hypæstesi, ubehag i munden, misfarvning af mundslimhinden, lidelse i det bløde væv i munden, glossodyni, blister på tungen, smerte i tungen, lidelse i tungen, øsofagitis, sprukne læber, tandlidelse, bilier dilatation, koldsved, hævelser i ansigtet, generel pruritus, alopeci, muskeltrækkninger, muskelsvaghed, urinretention, ubehag, sløvhed, ubehag i brystet, unormal fornemmelse, anspændt følelse, tørst, frysende fornemmelse, varmefølelse, nedsat blodpladetal, øget hjertefrekvens, nedsat hæmatokrit, nedsat hæmoglobin. **Sjældne (>1/10.000 til <1/1.000):** Pustler i munden, overfølsomhed, hypogonadisme, kognitiv forstyrrelse, motorisk dysfunktion, unormal fornemmelse i øjet, fotopi, blister i mundslimhinden, tørre læber, onykoreksi. **Ikke kendte:** Bevidsthedstab, respirationsstøp, krampeanfald, pyreksi. **Overdosering:** Symptomerne på fentanyloverdosering forventes at svare til de symptomer, der forbindes med intravenøs fentanyl og andre opioider, og er i forlængelse af stoffets farmakologiske virkning, hvor de alvorligste signifikante bivirkninger er ændret mental tilstand, bevidsthedstab, hypotension, respirationsdepression, åndedrætsbesvær og respirationssvigt, som har resulteret i dødsfald. Selv om muskulær rigiditet med påvirkning af respirationen ikke er set efter anvendelse af Effentora, kan dette forekomme i forbindelse med fentanyl og andre opioider. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** TEVA B.V., Swensweg 5, 2031GA Haarlem, Holland. **Udlevering:** BEGR. **Pakninger og priser:** For dagsaktuelle priser henvises til www.medicinpriser.dk: VNR. 455045: 4 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 100 mikrog.; VNR. 524153: 4 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 200 mikrog.; VNR. 485539: 4 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 400 mikrog.; VNR. 082708: 4 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 600 mikrog.; VNR. 381569: 28 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 600 mikrog.; VNR. 448593: 4 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 800 mikrog.; VNR. 421660: 28 stk., Effentora®, Bukkaltablen, 800 mikrog.

De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos TEVA Danmark A/S, 2800 Kgs. Lyngby (tlf. 4498 5511/www.tevapharm.dk) eller findes på EMAs hjemmeside.



DAT-SPECT hos patient med Lewy body-demens.



PET-FDG ved forskellige typer af demens.



Reminiscensterapi.

496 » Medicinske nyheder

499 » Ledere

Ny national handlingsplan for demens.

Gunhild Waldemar

Brobygning mellem patienterne og sundhedsvæsenet vil forbedre behandlingen af patienter med demens.

Frans Boch Waldorff. 500

501 » Statusartikler

State of the art-udredning af demens.

Steen Gregers Hasselbalch

Alzheimers sygdom.

Peter Høgh. 505

Frontotemporal demens.

Peter Johannsen, Hanne Gottrup & Jette Stokholm. 509

Lewy body-demenssygdomme.

Annemette Løkkegaard & Lise Korbo. 512

Vaskulær demens.

Kristian Steen Frederiksen. 516

Udredning og behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente.

Anette Lolk & Kjeld Andersen. 521

Behandling af kroniske sygdomme hos patienter med demens.

Hanne Pedersen, Kristian Skikild Klinkby & Frans Borch Waldorff. 525

Reminiscensterapi kan øge velvære hos personer med demens.

Marie Kirk & Dorthe Berntsen. 528

508 » Publiceret på Ugeskriftet.dk

533 » Akademisk afhandling

WEB TV

Demensindsatsen skal løftes markant

I dette temanummer af Ugeskrift for Læger fokuserer vi på demens. Med den nationale handleplan for demens skal området have et markant løft – Danmark skal være mere demensvenligt. Blandt de initiativer, der forankres i sundhedsvæsenet, er sikring af, at flere udredes, og at en bedre pleje og behandling reducerer antallet af patienter med demens, der får antipsykotisk medicin.



Ugeskriftet.dk/se-og-lyt

TIL PATIENTER MED HYPERKOLESTEROLÆMI,¹ DER IKKE NÅR DERES MÅL MED STATIN ALENE

ATOZET[®] (ezetimib og atorvastatin)

REDUCERER LDL-C-NIVEAUET YDERLIGERE¹

ATOZET[®] (EZETIMIB/ATORVASTATIN)

(*) **INDIKATIONER:** Forebyggelse af kardiovaskulære hændelser: ATOZET er indiceret til at reducere risikoen for kardiovaskulære hændelser hos patienter med koronar hjertesygdom (CHD) og akut koronarsyndrom (AKS) i anamnesen, som enten tidligere har været eller ikke tidligere har været i behandling med et statin. *Hyperkolesterolæmi:* ATOZET er indiceret som tillægsbehandling til diæt hos voksne med primær (heterozygot familial og non-familial) hyperkolesterolæmi eller kombineret hyperlipidæmi, hvor behandling med et kombinationsprodukt er hensigtsmæssigt. - Patienter, der ikke er hensigtsmæssigt kontrolleret med et statin alene. - Patienter, der allerede behandles med et statin og ezetimib. *Homozygot familial hyperkolesterolæmi:* ATOZET er indiceret som tillægsbehandling til diæt hos voksne med homozygot familial hyperkolesterolæmi. Patienterne kan også få anden tillægsbehandling (f.eks. lavdensitetslipoprotein (LDL)-afærese).

(*) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Tabletter, 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg eller 10 mg/80 mg. *Hyperkolesterolæmi:* Der skal tages højde for patientens lavdensitetslipoprotein kolesterol (LDL-C) værdi, risikostatus for koronar hjertesygdom og respons på nuværende kolesterolsænkende behandling, når behandlingen startes eller dosis justeres. Individuel dosering på basis af den kendte virkning af de forskellige doseringsstyrker af ATOZET samt respons på nuværende kolesterolsænkende behandling. Dosjustering bør foretages med mindst 4 ugers mellemrum. *Homozygot familial hyperkolesterolæmi:* Tillæg til anden lipidsænkende behandling (fx LDL-afærese) hos disse patienter, eller hvis sådanne behandlinger ikke er tilgængelige. Administration af ATOZET bør ske enten ≥ 2 timer før eller ≥ 4 timer efter administration af et galdestyrebindende lægemiddel. Dosjustering er ikke nødvendig hos ældre patienter eller ved nedsat nyrefunktion. Sikkerhed og virkning hos børn er ikke klarlagt. Gives med eller uden mad uafhængigt af tidspunkt på dagen.

(*) **KONTRAINDIKATIONER:** - Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller et eller flere af hjælpestofferne. - Aktiv leversygdom eller uforklarlige vedvarende stigninger i serumtransaminaser 3 gange højere end øvre normalgrænse. - Graviditet og amning.

(*) **INTERAKTION:** Samtidig administration af lægemidler, der hæmmer CYP3A4 eller transportproteiner, kan medføre forhøjede plasmakoncentrationer af atorvastatin og øget risiko for myopati. ATOZET må ikke administreres samtidig med systemisk formulering af fusidinsyre eller inden for 7 dage efter behandlingen med fusidinsyre er stoppet. Denne risiko kan også være øget ved samtidig behandling med ATOZET og andre lægemidler, der kan forårsage myopati, fx fibrater. Forsigtighed bør udvises ved samtidig indtagelse af ciclosporin, telithromycin, clarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketoconazol, voriconazol, itraconazol, posaconazol samt hiv-proteasehæmmere, inkl. ritonavir, lopinavir, atazanavir, indinavir og darunavir. Samtidig administration af lægemidler med moderat hæmmende virkning på CYP3A4 kan give øget risiko for myopati.

(*) **GRAVIDITET OG AMNING:** Må ikke anvendes.

(*) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Diarré, myalgi. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Influenza, depression, insomni, søvnproblemer, svimmelhed, dysgeusi, hovedpine, paræstesi, sinusbradykardi, hedeure, dyspnø, abdominalgener, abdominal distension, abdominalsmerter, nedre abdominalsmerter, øvre abdominalsmerter; obstipation; dyspepsi; flatulens; hyppig afføring; gastritis; kvalme; mavegener, acne, urticaria, artralgi; rygsmerte; muskeltræthed; muskelkrampe; muskelsvaghed; smerter i ekstremiteterne, asteni, træthed, utilpashed, ødemer, forhøjet ALAT og/eller ASAT; forhøjet alkalisk fosfatase; forhøjet kreatinkinase i blodet; forhøjet gammaglutamyltransferase; forhøjede leverenzym; unormale leverfunktionsprøver; vægtstigning. *Efter markedsføring: Hyppighed ukendt:* Næsesvælgrumskat, trombocytopeni, overfølsomhed, inklusive anafylaksi, angioødem, udslæt og urticaria, nedsat appetit, appetitløshed, hyperglykæmi, hypoglykæmi, mareridt, hypæstesi, erindringssvækkelse, perifer neuropati, sløret syn, synsforskyrrelse, tinnitus, høreløshed, hypertension, hoste, faryngolaryngeale smerter, epistaxis, pankreatitis, gastroesophageal refluxsygdom, opstød, opkastning, mundtørhed, hepatitis, cholelithiasis, cholecystitis, kolestase, letal og ikke-letal leverinsufficiens, alopeci, hududslæt, pruritus, erythema multiforme, angioneurotisk ødem, bullas dermatitis, herunder erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse, myopati/rhabdomyolyse, nakkesmerter, hævede led, myositis, immunmediert nekrotiserende myopati (IMNM), gynækomasti, brystsmerte, smerter, perifert ødem, pyreksi, leukocytter i urinen, tendinopati, undertiden kompliceret af ruptur.

PAKNINGER OG PRISER: Der henvises til dagsaktuelle priser på medicinpriser.dk (AUP, dato måned, år inkl. recepturgebyr): 10 mg/10 mg, 30 stk.; Vnr. 18 68 67; 10 mg/10 mg, 90 stk.; Vnr. 49 28 15; 10 mg/20 mg, 30 stk.; Vnr. 16 33 54; 10 mg/20 mg, 90 stk.; Varenr. 15 52 46; 10 mg/40 mg, 30 stk.; Vnr. 39 55 39; 10 mg/40 mg, 90 stk.; Vnr. 17 95 57; 10 mg/80 mg, 30 stk.; Vnr. 19 26 44; 10 mg/80 mg, 90 stk.; Vnr. 40 58 23.

UDLEVERING: B. **TILSKUD:** Generelt klausuleret tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: Merck Sharp & Dohme Ltd., Repræsentant MSD Danmark ApS,

Havneholmen 25, 1561 København V (dkmail@merck.com, tlf. 44 82 40 00)

Baseret på produktresumé dateret: 13. oktober 2016

© Copyright 2016 MSD International GmbH, a subsidiary of Merck & Co.,

Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved.

(*) Afsnit omskrevet og/eller forkortet i forhold til Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD

Se venligst Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé inden receptudskrivelse

1) ATOZET SPC 13. oktober 2016

Copyright © 2017 MSD International GmbH, et datterselskab af Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. Alle rettigheder forbeholdes.



MSD

Havneholmen 25
1561 København V



Atozet[®]
(ezetimib og atorvastatin, MSD)

Vi skal både tage hånd om en udsat gruppe og beskytte personalet mod vold

Jeg var lettet, da sundhedsminister Karen Ellemann for nylig trak regeringens forslag til en lov om en ny type psykiatriske bosteder tilbage. Hun valgte klogt at lytte til de mange, dybt bekymrede røster fra både patienter og sundhedsprofessionelle, som frygtede for en brug af tvang uden sidestykke over for ikkepsykotiske patienter. Oprindeligt åbnede forslaget også for, at tvangsanbringelse ville kunne ske i modstrid med den lægefaglige vurdering.

Nu er der trukket i håndbremsen, og ministeren har lagt op til, at der skal findes en anden løsning, som forebygger vold på bosteder. Der bor alvorligt psykisk syge patienter, som bostederne ikke har ressourcer

til at give den nødvendige indsats, og det har skabt forhold, som er helt uacceptable for både medboere og personale. I fem tilfælde er medarbejdere blevet slået ihjel inden for de seneste år, og aktuelt har Arbejdstilsynet peget på rekordmange farlige situationer på bostederne. Det kalder på handling. Man skal ikke risikere livet ved at gå på arbejde.

Nu kommer en fase, hvor sundhedsministeren forhåbentlig bredt vil spørge både patienter og personalegrupper til råds. For Lægeforeningen er det afgørende, at vi får en model, hvor man favner flere hensyn og prioriterer kvalitet hele vejen igennem. En forudsætning for at løse de alvorlige problemer, som vi ser i dag på bosteder, er gode forløb for patienterne. Den mest indlysende løsning er at gøre to ting: Der er behov for at styrke kapaciteten i behandlings-

psykiatrien og øge specialiseringen blandt bostederne. De patienter, som er i fokus her, er mennesker, som i realiteten er for syge til at bo på bostederne, som disse fremtræder i dag. Det er ofte mennesker, som både skal behandles, rehabiliteres og have hjælp til misbrugsproblemer for på sigt at kunne magte en tilværelse uden for bostedet.

Dertil kommer, at der skal være sikkerhed for, at der på de specialiserede bosteder – hvor mange af patienterne vil skulle bo bagefter – findes kompetencer og ressourcer til at kunne yde den opfølgende indsats, uden fare for personalet eller de øvrige beboere. Denne opgave kræver en dedikeret kommunal

indsats, men også, at regionerne støtter op om disse bosteder. En forudsætning er i det hele taget et styrket samarbejde mellem regioner og kommuner i dag.

Lægeforeningen vil have et skarpt blik rettet mod, at der bliver fundet en kvalificeret løsning på problemet med vold på bosteder. Der er – mildt sagt – også mange andre opgaver at tage fat på i en psykiatri, som er plaget af både et mangeårigt økonomisk efterslæb og mangel på speciallæger i store dele af landet. Vi spejder efter en ny og ambitiøs psykiatrihandlingsplan. Her og nu vil en fagligt velfunderet lov, som tager hånd om en udsat gruppe, være et velkomment signal om, at folketingspolitikkerne ser psykiatrien som ligestillet med resten af sundhedsvæsenet.

» **Lægeforeningen vil have et skarpt blik rettet mod, at der bliver fundet en kvalificeret løsning på problemet med vold på bosteder**

**FORMAND FOR
LÆGEFORENINGEN**
Andreas Rudkjøbing



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

Andreas Rudkjøbing, formand
Michael Dupont, næstformand
Christian Freitag
Kirsten Ilkjær
Anja Mitchell

Tue Flindt Müller
Lise Møller
Camilla Rathcke
Mads Skipper
Simon Serbian

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Christian Freitag, formand

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

Anja Mitchell, formand

YNGRE LÆGER

Camilla Rathcke, formand

Ny plan dækker ikke behovet for uddannelsesstillinger til speciallæger

Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan tager ikke fat i boomet af unge læger, der venter på videreuddannelsesstillinger, mener Lægeforeningen.

18 ekstra almenmedicinere. Og 25 flere hoveduddannelsesforløb. Og en treårsplan i stedet for den forventede femårsplan. Det er de vigtigste elementer i den plan for den lægelige videreuddannelse, som Sundhedsstyrelsen ser ud til at ville styre efter frem til 2020.

Tallene står i den nye Dimensioneringsplan, der blev fremlagt på et møde onsdag for Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, der har Sundhedsstyrelsens chef, Søren Brostrøm, som formand.

Det nationale råd har en rådgivende funktion over for Sundhedsstyrelsen, som har den endelige beslutning.

Planen

Det samlede antal hoveduddannelsesforløb pr. år stiger med 24,5 stillinger, for at være helt præcis fra 900 pladser, som blev tilbudt de unge læger i 2016, til 924,5 i 2020.

Ifølge planen skal videreuddannelsesstillingerne geografisk forskydes lidt – set i forhold til hvor meget befolkningstallet udvikler sig. Det betyder, at der i øst kommer færre h-forløb end befolkningstallet tilsiger. Syd får en udvikling, der svarer til befolkningstallet. Mens Nord altså får flere h-forløb end befolkningstallet tilsiger. Logikken

bag det er, at den største mangel på speciallæger er i Nordjylland. Men det er også her, der er i forvejen er mange ubesatte h-forløb.

Man kan derfor spørge, om det kan hjælpe at sætte det antal op, når der allerede i dag ikke er ansøgere nok.

Til det siger Mads Skipper, formand for Lægeforeningens uddannelses- og forskningsudvalg:

»Det er et spørgsmål om, hvilken mekanisme, man håber, vil hjælpe der, hvor der er størst mangel på speciallæger. Nogle mener, at et større udbud af h-forløb vil kunne fastholde speciallægerne, mens andre mener, at det gælder om at uddanne der, hvor kapaciteten er, og så skal de færdige speciallæger nok trække ud, hvor der er ledige stillinger«, siger han og tilføjer:

»Jeg er ikke ekspert og kan ikke spå, men begge argumenter er egentlig valide. Men nu håber man altså, at man kan styre lægedækningen ved udbud af uddannelsesstillinger og så må vi så se, hvordan det går«.

Efterspørgslen usikker

En ting er problemet med den skæve lægedækning. Noget andet er, at der er usikkerhed om det fremtidige behov for læger i det hele taget. Derfor har Lægeforeningen flere gange efterlyst en analyse af, hvad behovet for læger bliver i fremtiden.

Mads Skipper: »Vi bør have et bedre grundlag at dimensionere på. Der findes metoder til at beregne det fremtidige behov for arbejdsstyrken. Nu ser det ud til, at denne plan kun varer tre år, og vi håber, at der, når den næste dimensioneringsplan skal laves, vil være et bedre grundlag«.

Men der er flere ubekendte, som planlæggerne i dag må jonglere med. Først og fremmest er der den kendsgerning, at der i 2016 var 900 udbudte h-forløb. Og 700 blev besat. Det vil sige, at der i 2016 var 200 ubesatte stillinger.

Ifølge Mads Skipper har man ikke overblik over, hvor de læger, der kunne besætte disse pladser, er, men arbejdsløse er de ikke, siger han. Antagelsen er, at det er læger, der er ansat i uklassificerede stillinger, arbejder i udlandet, skriver ph.d., er på barsel mv.

Men der er flere mørketal. Det vurderes, at der er endnu flere potentielle bejlere end som så til h-forløbene. De kommer fra den

støt voksende pukkel af unge læger, der endnu ikke har valgt eller er kommet ind på det ønskede h-forløb – formentlig også helt tilbage fra turnustiden:

Mads Skipper:

»Antagelsen er, at der i dag er over 1.100 læger, der potentielt bejder til de 900 h-forløb. Men de søger ikke de ledige forløb, fordi det ikke er det ønskede speciale eller det ønskede sted, og derfor venter de. Der er altså omkring 400 læger, der søger, men får afslag på den ønskede uddannelsesstilling. De føler, de har tid til at vente og stiller sig op i køen«.

Flere uddannelsesforløb ønskes

Sagen er altså, at lige nu er der ubesatte hoveduddannelsesforløb. 200 i alt. Alligevel mener Lægeforeningen, at antallet af uddannelsespladser skal sættes op, senest om tre år. For da vil der mangle videreuddannelsespladser.

»Udover puklen, jeg lige har nævnt, vil det øgede optag af medicinstuderende slå igennem i antallet af ansøgere til uddannelsespladserne til den tid. Når vi lægger det hele sammen, betyder det, at der i 2021-2022 vil være rigtig mange yngre læger, der er klar til at tiltræde et uddannelsesforløb«, siger Mads Skipper.

De 25 ekstra uddannelsespladser, som dimensioneringsplanen lægger op til, er langt fra nok til den tid. Det går indtil 2020, men så heller ikke længere, mener Mads Skipper:

»Vi kan nok acceptere den lille øgning på 25 inden for denne dimensioneringsplan. Men derefter vil behovet stige massivt – og så skal der ske noget, så skal der flere uddannelsesstillinger til«.

Søren Brostrøm, direktør i Sundhedsstyrelsen siger:

»Vi anerkender, at der fra 2020 og frem vil komme et øget antal læger, der vil søge speciallægeuddannelse. Det er en af grunnerne til, at vi har valgt at lave en dimensioneringsplan for tre år og ikke fem«.

Han tilføjer:

»I det hele taget er der så mange bolde i luften for tiden, at det taler for en kortere periode for denne plan, så vi kan se effek-



Efter 2020 vil behovet for ekstra uddannelsesstillinger stige massivt, siger Mads Skipper, formand for Lægeforeningens forsknings- og uddannelsesudvalg, der her ses ved Lægemødet 2016.

Foto: Palle Peter Skov

terne af de forskellige tiltag, samtidig med at vi gør dimensioneringen mere dynamisk, så vi kan skrue på den undervejs. Til næste plan, der begynder i 2021, vil der være et ændret grundlag at tage udgangspunkt i: Der er de ekstra 50 kandidater fra Aalborg, en seksårsregel i stedet for en femårsregel og overvejelser om at indføre et akutmedicinsk speciale. Der er også regionernes fastfrysning af speciallægestillinger på nogle universitetshospitaler – det stiller krav til regionerne om at gøre de decentrale speciallægestillinger attraktive. Det taler alt sammen for en plan, der kun går til 2020, hvor vi skruer på mange forskellige knapper, som vi vil vurdere effekten af, før vi tager hul på den næste plan«.

Fordelingen på specialer

En anden dark horse er det akutmedicinske speciale, der måske skal oprettes. Det sidder en særlig gruppe og diskuterer for tiden. En udmelding herfra ventes senere på foråret.

Men kommer tommelen op for et nyt speciale, er forventningen, at der i nogle specialer skal udbydes færre h-forløb, fordi de skal overtages af det nye speciale.

Ifølge indstillingen vil den største ændring i specialefordelingen være i det almenmedicinske speciale, hvor antallet af h-forløb hæves fra de nuværende 252 til 270 i 2020. Altså med 18 ekstra over tre år.

Gunver Lillevang, medlem af PLO's bestyrelse skriver i en kommentar i PLO's nyhedsbrev:

»PLO vil fremadrettet opfordre Sundhedsstyrelsen og regionerne til allerede nu at forberede sig på, at antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin nødvendigvis skal øges yderligere. Ellers vil man slet ikke kunne dække det behov, der vil opstå, i takt med at store årgange af praktiserende læger går på pension, samtidig med at efterspørgslen på ydelser fra almen praksis stiger«.

Søren Brostrøm afviser ikke flere h-forløb, men vil foreløbig se tiden an:

»Med den stigning, vi lægger op til, har vi lyttet til behovet og relativt set har det almenmedicinske speciale fået den største øgning i antallet af h-forløb. Det er en balance, for vi kan ikke se bort fra, at der i dag er ledige h-forløb i almen medicin. Der er to ben i indsatsen: Det ene er, at vi skal have de incitament, som lægedækningsudvalget anbefaler, til at slå igennem – f.eks. skal almen praksis ind i som en del af alle KBU-forløb, og der er forslag om en differentieret honorarstruktur og ændrede organisationsformer, som kan gøre decentrale almen praksis mere attraktive. Det andet ben er antallet af h-forløb, som vi så eventuelt på sigt kan øge, hvis rekrutteringsgrundlaget ændres«, siger han. ■

Mellem forundersøgelse, informationssamtale og et ambulant besøg går meget af tiden med administrativt arbejde for reservelæge i Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet, Nanna Winther Dombernowsky.

»Det giver arbejdsglæde at følge op på egne patienter«

5.10 Jeg bliver vækket af min yngste datter, og vi putter lidt. Mine døtre vågner altid tidligt, så jeg sætter aldrig vækkeur. Vi får morgenmad, tager tøj på og tager os tid til at lege.

7.30 Min mand og jeg afleverer sammen pigerne i vuggestue og børnehave, der ligger to minutters gang væk. Herefter cykler jeg et lille kvarter til Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet, Blegdamsvej. Jeg klæder om og tjekker dagens program.

8.30 Hver onsdag og torsdag er der fælles morgenkonference for hele Neurologisk Afdeling. I dag fortæller en overlæge om neurologiske eponymer, der er opstået i nazitiden. Det er både spændende og uhyggeligt at høre om, hvor meget forskning i sjældne sygdomme der udspringer af tortur og mord på både voksne og børn.

9.30 En førstegangshenvist med hukommelsesproblemer er dagens første patient. Der skal optages en omfattende sygehushistorie, laves hukommelsesprøve, fysiske undersøgelser og depressionsscreening. I samråd med en overlæge lægger jeg det fulde udredningsprogram. Herefter bestiller jeg skanninger og tjekker EKG. Der er sat to timer af til undersøgelsen, men patienten er ung og har ikke mange hukommelsesrelaterede problemstillinger, så det tager kun halvanden time. Det giver lige 20 minutter til at starte på journaliseringen af forundersøgelsen, men fordi jeg skal skrive det hele

selv, og der ofte er problemer med medicinmodulet, kan journaliseringen let tage en time.

11.30 En patient, jeg selv har haft til forundersøgelse, skal have foretaget en rygmarsvæskeundersøgelse. Det giver meget arbejdsglæde at følge op på egne patienter. Sygeplejersken er ti minutter forsinket på grund af patientsamtaler, men vi når det til tiden.

12.10 Jeg er nødt til at udnytte de 20 minutter, jeg har hist og pist, og skriver videre på min forundersøgelse.

12.30 Jeg introducerer en arbejdsmediciner, der skal følge mig resten af dagen, efter at hun har været hos neuropsykologen. En forskningsårsstuderende har nogle spørgsmål til det forskningsprojekt, jeg kører om onsdagen, som vi diskuterer i ti minutter. Herefter er der syv minutter til at indtage frokosten.

13.00 Informationssamtale, hvor patienten får det samlede svar på forundersøgelsen. Patienten fejler ikke noget og er allerede ude af døren efter ti minutter. Dagens program er stramt, så en hurtig patient er en lettelse. Jeg skriver afslutningen af forløbet ind i journalen og tjekker min *in-basket*. En patient ønsker at starte op på medicin, så jeg får lagt recept ud og dokumenterer.

14.00 Dagens sidste patient er et ambulant besøg. En nydelig ældre dame med Alzheimers

sygdom er blevet dårligere og har brug for mere medicin. Hun udtrykker selv, at hun har det godt, så hendes mand er som altid med til at tale for hende. Hun har tabt sig meget, og vi taler om hjælp i hjemmet og vægtøgning. Jeg måler hendes blodtryk, som er for højt, og foretager en hukommelsestest. Inden jeg får informeret om medicin og bivirkninger og får inddraget patientens kontaktsygeplejerske, er der gået 45 minutter. I min vurdering af patienten noterer jeg, at hun er meget svært hukommelses-svækket og har tegn på nedsat egenomsorg. Men hun virker generelt glad og tilpas.

15.15 Jeg skriver videre på dagens forundersøgelse og besva-

rer min *in-basket* og mail om et forskningsrelateret problem.

16.00 Jeg skynder mig ud af døren for at hente børn og tager et smut forbi Netto for at købe basisvarer. Jeg blev ikke færdig med at skrive forundersøgelsen og må derfor møde ind lidt før i morgen.

17.00 Jeg laver mad, mens pigerne leger med LEGO og laver puslespil med deres farmor, der er på besøg fra Viborg. Vi spiser som altid tidligt, så der er masser af tid til at børste tænder, læse og putte op til sengetid.

19.30 Begge piger sover, og der er nu tid til at rydde op, vaske op og sludre med min svigermor. Min mand kommer sent hjem i dag, og vi når lige at planlægge weekenden, hvor hele familien kommer til fødselsdag for min ældste datter, der lige er fyldt fem år. I en to-ethalvtværelseslejlighed kræver det meget koordinering.

22.30 Efter at have tjekket beskeder og mail går jeg i seng en time senere, end jeg plejer. Den yngste vågner tit om natten, så jeg skal helst tidligt i seng, for at jeg ikke er for træt næste dag. ■



Reservelæge Nanna Winther Dombernowsky er ved at foretage en lumbalpunktur på en af sine patienter i forbindelse med udredning for demens. Foto: Privat.



Generalforsamling

Det Medicinske Selskab
i København

Hermed indkaldes til ordinær generalforsamling i Det Medicinske Selskab i København:
Tirsdag den 25. april 2017. Generalforsamlingen finder sted umiddelbart efter selskabets ordinære møde der starter kl. 20.00 i Domus Medica, Baronessens Salon, Kristianiagade 12, 2100 København Ø

Dagsorden

1. Valg af dirigent
2. Beretning om selskabets virksomhed i det forløbne år
3. Regnskab 2016
4. Budget 2017
5. Kontingent 2017
6. Valg af medlemmer til bestyrelsen
 - Torben Mogensen er på valg og kan ikke genvælges
 - Niels Kroman er på valg og ønsker ikke genvalg
 - Christian Freitag er på valg og ønsker ikke genvalg
 - Ida-Marie Stender er på valg og kan genvælges

Bestyrelsens liste over indstillede kandidater kan ses på hjemmesiden.

Øvrige forslag skal være bestyrelsen i hænde senest den 4. april 2017.

7. Forslag til vedtægtsændringer
Selskabets nuværende vedtægter samt forslag til vedtægtsændringer kan ses på hjemmesiden.
8. Eventuelt
9. Ekstraordinær generalforsamling den 28. april 2017 kl. 14.00 i Domus Medica, Baronessens Salon, med henblik på vedtægtsændringer i henhold til punkt 7.

København, den 20. marts 2017
Centerleder, professor, overlege, dr.med.
Gunbild Waldemar, president

Opslag – Knæk Cancer

Call for proposals for a National Thematic Research Center within the field of Cancer Survivorship and Late Adverse Effects – Letter of Interest

The Danish Cancer Society invites researchers to submit proposals for a National Thematic Research Center within the field of Cancer Survivorship and Late Adverse Effects. Late adverse effects include chronic toxicities as well as expected and unexpected late toxicities. The Danish Cancer Society will provide funding for up to three national survivorship research centers. Each grant will be for five years with an upper limit of 10 million DKK per center. Scientific quality, creativity, significance, perspectives and societal importance are the main criteria in the assessment process of incoming proposals. The research centers are expected to be launched on 1 January 2018.

Objective

More and more cancer patients are becoming long-term survivors; many may develop a variety of physical, socio-economic and psychological late effects leading to reduced quality of life and functional capacity. In addition cancer survivors often experience diverse, not yet fully described chronic morbidities which may result in increased late mortality from causes other than relapse. The prevention and management of late adverse effects after cancer should be an integrated component of the cancer care, but evidence in the field of routine clinical management of late adverse effects remains sparse. Today, many cancer survivors experience that the adverse and often serious consequences of the cancer and its treatment are often not adequately addressed. By the establishment of three survivorship research centers, the Danish Cancer Society aims to bring late effects after cancer into focus and provide well-grounded evidence for the management of these often complex complications. The centers, situated in relevant clinical settings, are expected to assemble all relevant information in the field as a Center of Knowledge, to conduct high quality research, develop new methods for the management of late effects, and facilitate the implementation of own and others' landmark discoveries in clinical use across the country.

Deadline: 2 May 2017 at 15.00

View full proposal and guidance on our website www.cancer.dk/bevilling.

Opslag – Knæk Cancer

Call for proposals for a National Thematic Research Center on a cancer-specific issue – Letter of Interest

The Danish Cancer Society invites researchers to submit proposals for a National Thematic Research Center on a cancer-specific issue. Scientific quality, creativity, significance, perspectives and societal importance are the main criteria in the assessment process of incoming proposals. The funding period is for five years with one grant value of up to 25 million DKK. The research center is expected to be launched on 1 January 2018.

Objective

The Danish Cancer Society welcomes the establishment of a number of National Thematic Research Centers on cancer-specific issues. Each center is expected to contribute to the national and international communities with outstanding cancer research. This research will be done in collaboration with relevant researchers and research units in Denmark, as well as with international collaborators, and the center will contribute to the implementation of landmark discoveries from this endeavour in relevant clinical settings across Denmark.

Prior conditions for a successful grant application

It is an absolute condition for funding that the institution hosting the center, as well as the Region involved, explicitly demonstrates readiness to yield financial and managerial support for the establishment of the center.

The proposal must clearly state how the center becomes an integrated part of the national Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC), currently under establishment. The center must clearly indicate it is a research center funded by the Danish Cancer Society by adopting the name 'Danish Cancer Society Center for Research on [theme]'. The center is expected to contribute to the communication of research findings to the general Danish population.

Deadline: 2 May 2017 at 15.00

View full proposal and guidance on our website www.cancer.dk/bevilling.

Kræftens Bekæmpelse
Bevillingssektionen





Lægers uddannelse bruges til rekruttering

Særlig adgang til lægestudiet, hvis du er fra landet. Berufsverbot medmindre du er i videreuddannelse. Verden over anvendes lægers uddannelse og videreuddannelse som redskab til at sikre dækning i områder med lægemangel.

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

Hvordan får man får læger ud til de områder, hvor lægedækningen er ujævn? Det spørgsmål er der indtil videre ikke nogen, der har fundet et fyldestgørende svar på.

Det skorter ellers ikke på forsøg. Efter devisen *catch'm young, and they're yours for life* eksperimenteres der ikke mindst med at bruge uddannelse til rekruttering. Det har også Danmark forsøgt sig med i form af etableringen af et lægestudie i Aalborg.

Men lande som Australien og Japan er ifølge OECD-rapporten »Health workforce policies in OECD countries« fra sidste år gået endnu videre og regulerer f.eks., hvem der overhovedet får lov til at studere medicin. I disse lande skal en minimumskvote af optaget på medicin fyldes med kandidater med en »landlig baggrund«, som det formuleres.

Der er også eksempler på, at medicin-studerende tilbydes finansielle incitamenter – f.eks. hel eller delvis eftergivelse af studiegæld – hvis de efter endt uddannelse tager job eller etablerer sig i områder ramt af lægemangel. Lignende idéer trives i Tyskland – se artiklen »Landlægeknoten kommer« - hvor landlægelivet bl.a. kobles til adgangskravene til studiet.

Og et land som Australien bruger immigrationspolitik til at løse lægemangel med. Ifølge OECD-rapporten kanaliserer landet udenlandske læger ud i lægeløse områder og pålægger dem at blive der i et bestemt antal år. Underforstået: ellers kan de ikke komme ind i landet.

Vælg speciale eller drop ud

Canada er endnu et eksempel på et land, der har taget tungt skyts i brug.

»I sidste semester af studiet er de medicinstuderende rundt at besøge forskellige hospitaler, og der vælger de, hvilke specialer og hvilke steder de ønsker at søge. Det svarer til, at vi i Danmark slog KBU, intro- og hoveduddannelse sammen i ét samlet forløb«, siger Berit Handberg, sekretariatschef for Videreuddannelsesregion Nord.

De studerende prioriterer så de enkelte konkrete uddannelsesforløb, ligesom hospitalerne og praksisklinikkerne *ranker* de studerende, hvorefter der sker et samtidigt, elektronisk og nationalt match på en bestemt dag: *match day*.

Det giver de kommende speciallæger en vis tryk-
hed, at de ikke som i Danmark skal måske mange

steder rundt i løbet af deres videreuddannelse. Men der er en pris at betale.

»Hvis de ikke er i gang med at blive speciallæge, kan de ikke arbejde som læge. De kan ikke som hos os gå rundt i f.eks. København og vente på den rigtige stilling. Sådan noget som vores uklassificerede stillinger findes ikke. Men de kan arbejde som *nurse practitioners*, som er en sygeplejerske med særlige kvalifikationer«, siger Berit Handberg.

Hvad gør de læger, der ikke finder et match til en afdeling eller praksis?

»De emigrerer, eller de opgiver at arbejde som læge. Nogle venter også med at færdiggøre studiet for så at prøve igen i næste runde. Jeg siger ikke, at det er en god idé, der er brugbar i Danmark, men det er én måde at gøre det på«.

En anden er helt at lade være med at planlægge. Det gør f.eks. USA.

»De forsøger slet ikke. De kan alligevel ikke vurdere fremtidens behov«, siger Berit Handberg.

Antallet af uddannelsespladser i USA afhænger af, hvor mange de enkelte universiteter, sygehusafdelinger og praksis kan håndtere. Det er

uddannelsessystemets akkrediteringsinstitutioner, der afgør det.

»Hvis en hospitalsafdeling f.eks. får lov til at uddanne 20 læger ad gangen, så må de gøre det, hvis de kan finde pengene til det, men de kan også lade være, hvis de ikke har råd eller lyst«, siger hun.

» Hvis de ikke er i gang med at blive speciallæge, kan de ikke arbejde som læge.

BERIT HANDBERG,
SEKRETARIATSCHEF, VIDERE-
UDDANNELSESREGION NORD



Berit Handberg, sekretariatschef i Videreuddannelsesregion Nord. Foto: Claus Boesen.

Foto: Claus Boesen

» »De har et meget mindre reguleret system i forhold til arbejdsstyrkeplanlægning. Men de hjælpes også af det sproglige – de har nemt ved at rekruttere internationalt. Ganske vist er det svært at bestå de eksamener, der skal til for at arbejde som læge i USA, men hele verden kan tale engelsk«.

Faglighed lokker

I Danmark er planlægningen helt omvendt central, men redskaberne – endnu da – ikke blandt de allermost drastiske. Det lægedækningsudvalg, der for kort tid siden kom med sin rapport, anslog ganske vist nogle takter om bl.a. sammenhængende uddannelsesforløb, og Region Sjælland var ikke sen til at komme med et udspil om, at unge læger kan få KBU-, intro- og hoveduddannelsesforløb i regionen med udsigt til fast ansættelse bagefter. Men uden tvang.

»Det kan minde lidt om den canadiske model – men frivilligt. Vi har sagt, at det lyder spændende – lad os prøve at se, om det kan tiltrække nogen«, siger formand for Lægeforeningens Udvalg for Uddannelse og Forskning, Mads Skipper, som var med i udvalget.

»Det er ud fra en tro på, at hvis man kan se sig selv lidt længere tid i et bestemt geografisk område i modsætning til relativt korte ansættelser, så kan man sige, at jamen, så flytter jeg«, siger han.

Talte I f.eks. om eftergivelse af studiegæld?

»Nej, det har vi ikke talt om. Arbejdsgruppen arbejdede med den præmis, at det ikke måtte koste noget, så alle de økonomiske incitamentsstrukturer drøftede vi overhovedet ikke. Det var ligesom *no-go*«.

Øjner du nogle tendenser?

»Det har været en forudsætning, at vi havde femårsfri- sten, men som det også er med i rapporten, så vil man godt kunne se på lempelser. Jeg oplever lidt, at der er en generel forståelse for, at stramme regler og tidsstyring ikke er vejen frem«.

Lægedækningsudvalget foreslog bl.a., at KBU- eller introstillinger i randområder skal kunne give dispensation fra femårsfristen.

Men ret beset er der ingen – heller ikke uden for Danmarks grænser – der har fundet den endegyldige måde at skubbe læger hen til steder, de ikke af sig selv søger til. Spørgsmålet er så, om de kan trækkes til. Det tror Mads Skipper på.

»Jeg er ret fast i troen på, at dér, hvor indsatsen skal ske, er ude lokalt. Dér, hvor man har behovet og rekrutteringsproblemerne«.

Hvad lokker da lægerne?

»Vi værdsætter faglighed – det er de færreste, der lever godt med at sige, at jeg tager et sted hen, hvor jeg får en bachelorspeciallægeuddannelse. Vi er drevet af høj faglighed. Fagligheden og så behovet for langsigtet karriereplanlægning understøtter netop forsøget med at garantere uddannelsesstillinger efter KBU og/eller introstilling og kan dermed være vejen frem i områder, der har svært ved at rekruttere«.

Hvis du forpligter dig til at arbejde en årrække på landet, vil du for fremtiden komme lettere ind på medicinstudiet i den tyske delstat Bayern. Det åbner for andenrangslæger og køb af studiepladser, mener kritikere.

Landlægekvoten kommer

Mathias Irminger Sonne, mathias.sonne@gmail.com

BERLIN

Edelweiss, bjergluft og levende landsbyer med gyldne ølhaner og nypudsede bindingsværkshuse.

Der findes klichéer nok om Tysklands sydligste delstat Bayern og dens knap 13 millioner indbyggere. At de bor i en bjergrig, frodig og velhavende region med hang til øl, er et faktum. Men at de bayerske landsbyer skulle være særligt levende, er desværre en tilsnigelse. Også her foregår der en mærkbar landflugt, mens den tilbageblivende landbefolkning bliver stadig ældre.

Det gælder også de praktiserende læger – hver uge lukker der i gennemsnit én landlægepraksis i Bayern, mens det ser dystert ud med rekrutteringen af unge læger. Af de bayerske medicinstuderende er det kun ca. ti procent, der vil være praktiserende læger, og af dem er det igen kun ti procent, som angiver at være villige til at slå sig ned og arbejde i landregioner. Samtidig har de nyuddannede tyske læger ikke overtimer og ekstra vagter som deres livret – stadig flere vælger deltidsordninger for at få karriere og familieliv til at hænge sammen. Der skal altså flere unge læger til at erstatte de gamle.

Starthjælp til landlæger

Ikke kun i Bayern, men i en lang række tyske udkantsregioner er den lægelige underforsyning allerede akut. Tilbage i 2012 forsøgte man på forbundstysk niveau at modgå problemet med »loven om forsyningsstrukturer«, der bl.a. med økonomiske lokkemidler, ophævelse af bopælspligten og bedre barselsmuligheder skulle lokke flere unge læger ud på landet.

Det har åbenlyst ikke rakt.

I Bayern, hvor der også har været større udflytninger af offentlige arbejdspladser fra München til provinsen, har man derfor indført en række særlige hjælpeprogrammer til læger på landet: Hvis du grundlægger en praksis i underforsynede regioner, giver det bayerske sundhedsministerium op til 450.000 kroner i start-hjælp, for så vidt du forpligter dig til at blive i regionen i mindst 8-10 år. Der er ligeledes støtte at hente, hvis man som læge an-



sætter personale, åbner ekstra filialer eller fortsætter gerningen, efter at man er fyldt 63 år. Indtil videre har ca. 150 landpraksis i Bayern sagt ja tak til støtten.

Kvotelægen kommer

Med den såkaldte Masterplan Medizinstudium 2020 forsøger man nu i hele Tyskland at skabe en reform af medicinstudiet, som bl.a. skal imødegå forsyningsproblemet ved at styrke almen medicin og praksisorienteringen i studiet. I udarbejdelsen af denne masterplan har en »landlægekvote« i flere år været det mest omstridte emne: Kan man give forrang til mindre kvalificerede ansøgere til medicinstudiet, hvis de forpligter sig til efter uddannelsen at virke som landlæger i udpegede regioner?

Nu har det tyske sundhedsministerium og de 16 delstater bilagt striden ved at gøre landlægeknoten frivillig. Men trods de høje bølger i debatten har netop Bayern officielt meddelt at ville gøre brug af kvoten. Desuden vil delstaten øge SU'en til de landkvotestuderende.

»Hver tredje praktiserende læge i Bayern er over 60 år. For at komme gennem det forestående generationsskifte er vi nødt til at motivere flere unge læger til at vælge landet«, mener Bayerns sundhedsminister Melanie Huml.

»Derfor skal op til fem procent af alle medicinstudiepladser i Bayern i fremtiden reserveres til studerende, der forpligter sig til senere at arbejde i regioner, der allerede er underforsynede eller er truede af underforsyning«.

Trods den faste vilje medgiver ministeren, at der stadig er mange uafklarede detaljer i kvotesystemet. Der er for eksempel ikke sat pris på, hvad det skal koste, hvis den nyuddannede læge senere bryder sin forpligtelse. Her henvises blot til, at jurister fra det forbundstyske sundhedsministerium anslår op til 150.000 euro eller godt 1,1 mio. kroner.

Andenrangs købelæger?

En gennemgående kritik af landlægeknoten har været, at børn af velhavende forældre trods et dårligt karaktergennemsnit kan forpligte sig til livet som landlæge og dermed komme ind på medicinstudiet – for efter fuldentydigt studium blot at købe sig ud af forpligtelsen ved at betale »bøden«.

Ikke bare fra det bayerske lægekammer, men også fra de medicinstuderende selv har der været protester mod kvoteløsningen. Ifølge en undersøgelse fra lægeforeningen Hartmannbund frygter de studerende især, at det vil skade almenmedicinernes anseelse.

Det har chefen for Hartmannbund, Klaus Reinhardt, bakket op om over for lægetidsskriftet *Ärzte Zeitung*:

»En landlægekvote er betænkelig, fordi den – i hvert fald i tredjeparts øjne – truer med at skabe andenrangslæger«, mener han.

Også fra de medicinstuderendes forening i Tyskland formodes det, at kvoten på sigt vil føre til »et betydeligt tab af anseelse for landlæger«. Samtidig ødelægger det lægernes mobilitet i Tyskland – og dermed friheden til at vælge for de unge læger, mener de. For så længe kvoten kun indføres i nogle tyske delstater, bliver proceduren omkring tilladelsen til at virke som selvstændig læge i andre delstater endnu mere kompliceret.

Usikker fremtid

»Unge mennesker skal som 18-årige forpligte sig til noget, som de formentlig først skal gennemføre om 15 år«, kritiserer Ulrich Weigeldt, formand for forbundet af praktiserende læger.

Det er ikke bare problematisk for de unge læger in spe – det kræver også et klart billede af forsyningssituationen og landlægefunktionen i 2035, og det har vi ikke, mener han.

Trods de mange protester ser Melanie Huml ud til at holde fast i kvotekonceptet, som hun har kaldt en »reel chance for at få flere læger på landet«.

Det har udløst hovedrysten hos selve præsidenten for det forbundstyske lægekammer, Frank Ulrich Montgomery. I stedet for kvotelæger er hans foretrukne løsning at gøre det mere attraktivt for unge at være læge på landet.

Med sine støtteordninger gør delstaten Bayern her allerede en indsats. Så kan kun tiden vise, om kvoter eller økonomiske fordele lokker flest læger ud i den frodige, men aldrende bayerske provins. Og om landlægens gode ry her vil lide skade af kvoterne. ♦

FAKTA

Den tyske Masterplan Medizinstudium 2020

Allerede i 2013 besluttede den tyske regering en »omfattende og nødvendig reform« af medicinstudiet i Tyskland. Siden 2015 har sundhedsministrene fra de 16 tyske delstater arbejdet på den såkaldte Masterplan Medizinstudium 2020, der både skal modernisere medicinstudiet og imødegå de voksende forsyningsproblemer i landregioner især inden for almen medicin.

Hovedpunkter i planen er bl.a.:

- ▶ nye procedurer for optag på medicinstudiet, der ikke kun tager karaktergennemsnit i betragtning
- ▶ styrkelse af almen medicin i teori og praksis
- ▶ mere praksisorientering i studiet, herunder mere klinisk erfaring og patientkontakt.

Blandt de i alt 37 punkter har landlægekvote været et af de mest kritiserede forslag i udarbejdelsen af masterplanen. Det er nu gjort frivilligt, om de enkelte delstater vil gøre brug af kvoten.

ROBUSTHED

er at kunne sige fra – ikke at tåle mosten

Yngre læger, der tør vise deres sårbarhed og sige fra over for urimeligheder – alene eller i fællesskab. Det er et af målene med Yngre Lægers velbesøgte robusthedsworkshops. Robusthed er ikke – alene – et ledelsesbegreb og får i disse år »ufortjent tæsk«, mener en overlæge med speciale i robusthed.

Dorte R. Jungersen, doj@dadl.dk

FAKTA

- ▶ Robusthed – modstandskraft eller resiliens – kommer af det engelske *resilience* (ukuelighed), der igen kommer af det latinske *resilio* (»jeg springer tilbage« – altså: jeg lader mig ikke »slå ud« / »vælte«).
- ▶ Robusthed er noget, vi alle besidder i større eller mindre omfang. Det er det, der hjælper os igennem hårde og belastede perioder – modgang og kriser.

ARBEJDSMILJØ

Har du ofte svært ved at sige fra på afdelingen? Og når du efter arbejdet står i køen i Føtex, kredser tankerne så om, hvorfor ham fra den anden afdeling talte grimt til dig i formiddags?

Hvis du kan svare ja på et af ovenstående spørgsmål, skulle du måske overveje, hvordan det står til med din og din arbejdsplads' robusthed.

»Robusthed« optræder her, der og alle vegne.

»Mellem begejstring og belastning. Styrk en robust arbejdspladskultur« lyder overskriften for en workshop, som Yngre Læger afholdt 42 af alene i 2016.

At der er stor søgning til disse workshops, vidner ifølge formand for Yngre Lægers arbejdsmiljøudvalg, Jesper Brink Svendsen, »blandt andet om, at der er noget fundamentalt galt med måden, vi organiserer os på«.

»Der sker sammenlægninger til større og større enheder, og det lider arbejdsmiljøet under. Det er farligt, og det gør, at vi bliver bekymrede for vores psyke«, siger Jesper Brink Svendsen, for hvem det ikke alene er udefrakommende krav, der tynger medlemmerne.

»Det er også vores eget forventningspres – pligttopfyldenhed og stræben efter det perfekte – der er så højt, at vi bliver sårbare. Og vi kan forledes til at tro, at det er os, der er noget galt med, når det sejler på arbejdspladsen«, siger Jesper Brink Svendsen.

Han advarer således mod, at »lægefaget skal være en supermandskultur«.

»Vi skal ikke tåle mosten og tage batman-kostumet på, når vilkårene er urimelige. Og det er det, vi lærer vores medlemmer på vores workshops.

Robusthed handler ikke om, at man ikke må tage sine følelser med sig på arbejde. Man er robust, når man tør vise sine svagheder, formår at italesætte urimeligheder og evner at sige fra – alene eller i fællesskab«, siger Jesper Brink Svendsen.

Hård hud og teflon – nej tak

Han gør dermed også op med eventuelle opfattelser af, at robusthed handler om at være hårdhudet og teflonbelagt, og at robusthed er en personlig egenskab, som man kan rekruttere sig til i et stillingsopslag i pulje med »dynamisk« og »trives med at have mange bolde i luften«.

Eller at robusthed er et værn mod f.eks. et stressende arbejdsmiljø og en arbejdsplads, der er skåret ned til træskoene.

Blandt fagfolk er der da også konsensus om, at robusthed er den modstandskraft, der opstår, når en god ledelse, et godt arbejdsmiljø og kollegialitet går hånd i hånd.

FAKTA

Deltagerne på Yngre Lægers workshops vil bl.a. blive introduceret til:

- ▶ trivsel og det gode arbejdsliv
- ▶ stressreaktioner og forebyggelse af stress
- ▶ robusthedsfaktorer (herunder praktiske øvelser)
- ▶ forskning om en robust arbejdspladskultur.

»Men ikke desto mindre har 'robusthed' fortsat nogle negative konnotationer – også i mit eget sind: at robusthed er ledelses-sprog for, at man skal 'disconnecte' sig selv. Og det kan ligefrem give mig kuldegysninger. Men: det er altså ikke det, det handler om«, siger Jesper Brink Svendsen.

Derfor har Yngre Læger også ændret titlen på de populære workshops, så det ikke længere – som tidligere – handler om at styrke »din robusthed«, men om at styrke en »robust arbejdspladskultur«.

Helt i overensstemmelse med Yngre Lægers opfattelse af, at det ikke er den enkelte yngre læges ansvar, men arbejdspladsens, at der er et godt arbejdsmiljø.

Indholdet er der ikke ændret ved: Det handler om at forebygge stress ved at passe på sig selv herunder styrke sin robusthed, så man kan stå på mål for udfordringer og stressende situationer i dagligdagen både på og efter arbejdet.

Men også om at kæmpe i fællesskab og påvirke ledelse og beslutningstagere til at ændre rammerne for arbejdet.

På Aalborg Universitetshospital har man i de senere år afholdt disse stress- og robusthedssworkshops fast to gange om året, dels for KBU- og intro-læger, dels for hoveduddannelseslæger, med 15-25 deltagere hver gang. Og de er skrevet ind i hospitalets handleplan.

»Det er helt bevidst, at vi understreger, at målet er en robust arbejdspladskultur. Vi vil ikke skydes i skoene, at robusthed er noget, den enkelte læge selv alene må tage på sig. Vi tager medansvar for rammerne, og afdelingerne bakker op.

Ingen skal udrustes til at være Tarzan, men der er stort behov for at få redskaber til at forebygge stress og strategier for, hvordan man bruger sine ressourcer bedst i

dagligdagen«, siger uddannelseskoordinerende overlæge Susanne Nøhr.

Ked af det en hel dag

Robusthed er også på programmet, når der holdes uddannelsesdage rundt omkring i landet. Som for eksempel i Odense i januar.

En af dem, der fik nogle redskaber med sig hjem, er Joanna Gesche, hoveduddannelseslæge på Odense Universitetshospitals neurologiske afdeling, hvor hun også er TR og uddannelseskoordinerende yngre læge.

»Tidligere kunne jeg gå og være ked af det en hel dag, hvis en fra et andet speciale havde talt grimt til mig. Nu er jeg blevet meget bedre til at se og forstå det ud fra den andens synsvinkel, og at det ikke var mig personligt, der var noget galt med.

Før kunne jeg også ofte bruge ti minutter i telefonen på at argumentere imod, at en patient i akutmodtagelsen var en neurologisk patient, blot fordi hun var bevidsthedssvækket. Og derpå ærgrede jeg mig over at have brugt tid på dét.



Det er helt bevidst, at vi understreger, at målet er en robust arbejdspladskultur.

UDDANNELSESKOORDINERENDE
OVERLÆGE SUSANNE NØHR

I dag prioriterer jeg dagligt at gå ned i akutmodtagelsen for at vurdere patienterne. Det er både internmedicinerne og patienterne glade for

Robusthed handler for mig om at finde frem til nogle strategier, der gør, at jeg kan 'cope' med de problemer, der opstår i løbet af dagen – ikke at alt skal prelle af på mig. Det er jo ofte de samme problemstillinger, man møder igen og igen, og derfor er det

vigtigt, at man lærer sig selv at kende og bruger den selvindsigt til at kunne ændre på tingene«, siger Joanna Gesche.

Ufortjente tæsk

Poul Lundgaard Bak, overlæge i Komiteen for Sundhedsoplysning, er involveret i flere forskningsprojekter, der involverer robusthed, herunder et robusthedsprogram inden for almen praksis. Han mener ikke, at der er grund til at afskrive robusthed som et fluffy ledelsesbegreb.

»Tidligere talte vi om 'mestring', empowerment og coping.

Og ja, 'robusthed' er måske ved at blive lidt slidt. Men det er et begreb, der har mange årtier på bagen, og i øjeblikket får det ufortjent tæsk. Det reduceres af mange til at handle om at holde kæft, og der er en berettiget bekymring for, at det er et arbejdsgivertrick«, siger Poul Lundgaard Bak og fortsætter:

»Definitivt handler robusthed om, hvordan man passer på sig selv og hinanden. Robusthed fortæller noget om ens evne til at tænke tanker om sine egne tanker og finde frem til, hvad andre mennesker tænker. Det er derfor meget operationelt og relevant både for den enkelte læge og i forhold til patienterne.

Det handler om at kunne tage bestik af en situation: Kan jeg tåle det her? Bør jeg sige fra over for denne opgave eller over for kulturen her på afdelingen?

Men omvendt må man heller ikke overbeskytte sig selv, men hele tiden sørge for at udfordre sig selv i passende doser«, siger Poul Lundgaard Bak. ■

»Vi læger har en udtalt tarzankultur«

I et fag, hvor det ligger så indgroet at løse problemerne selv, kan det være svært at råbe om hjælp, når stressen hober sig op, og korthuset vælter. Hos Yngre Læger oplever de så stor efterspørgsel på deres kurser i stress og trivsel, at de ofte er fuldt bookede.

Kristine Buske Nielsen, krn@dadl.dk
Foto: Nicolai Bülow



For praktiserende speciallæge i kirurgi og kirurgiske mave-/tarmsygdomme Charlotte Bülow, var det samtaler hos en coach, der skulle til før hun kunne tackle en længerevarende stressreaktion.

STRESS

En aggressiv patient, der overfaldt en sygeplejerske i klinikken, efterfulgt af en retssag og et groft hærværk på klinikken, var det, der for halvandet år siden fik bægert til at flyde over for praktiserende speciallæge i kirurgi og kirurgiske mave-tarm-sygdomme, Charlotte Bülow. Hun havde tidligere haft en stressreaktion, hvor hun hurtigt kom tilbage på arbejdsmarkedet igen. Men nu kulminerede det hele sammen med et hårdt sygdomsforløb og problemer i privaten.

Når Charlotte Bülow mødte ind på sin klinik på Frederiksberg, var hun dybt koncentreret om sit arbejde og mærkede intet usædvanligt. Men så snart hun kom hjem og kunne mærke efter i sig selv, væltede angstsymptomerne ind over hende. Hjertet hamrede derudad med 150 slag i minuttet, hænderne rystede, og den sparsomme nattesøvn gjorde kun tilstanden værre. Selv om alarmklokkerne umuligt kunne overhøres, var det først, da hendes nabo tog kontakt til en coach og insisterede på, at hun skulle ringe til hende med det samme, at Charlotte Bülow gjorde noget ved det.

»Jeg vidste godt, at jeg havde brug for at tale med nogen, men hvis ikke jeg fik et spark fra min nabo, tror jeg aldrig, jeg havde søgt hjælp. Vi læger har en udtalt tarzankultur, hvor der ikke er tradition for at tale med sine kolleger om, hvordan man har det. Vi er opdraget til at klare os selv«, siger Charlotte Bülow, der er et eksempel på en af mange læger, som er blevet indhentet af stress.

Klarer problemerne selv

En undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø fra 2014 viser, at læger er en af de jobgrupper, der føler sig mest stressede. Og særligt yngre læger føler sig stressede. I alt 59 procent af de yngre læger oplever i meget høj, høj eller nogen grad at være stressede i hverdagen, viser en undersøgelse foretaget af Yngre Læger i 2015.

» Læger har meget alenearbejde, og der er ikke altid tid til at rådføre sig med en anden læge. Det betyder også, at der er mindre tid til at have de relationer, som for eksempel sygeplejerskerne eller portørerne har med hinanden.

NYNNE LYKKE CHRISTENSEN,
CHEFKONSULENT HOS YNGRE LÆGER.

Og af alle Yngre Lægers workshops er det netop de kurser, der handler om stress og trivsel, der er størst efterspørgsel på. Og kurserne er ofte fuldt bookede. Det fortæller chefkonsulent hos Yngre Læger, Nynne Lykke Christensen, der selv underviser på flere af kurserne.

»Læger har meget alenearbejde, og der er ikke altid tid til at rådføre sig med en anden læge. Det betyder også, at der er mindre tid til at have de relationer, som for eksempel sygeplejerskerne eller portørerne har med hinanden.

Derfor er læger ofte gode til individuelle løsninger, hvor man bare presser sig selv hårdere og løber stærkere«, siger Nynne Lykke Christensen, der fortæller, at kurserne derfor har fokus på fælles strategier og at bruge og støtte hinanden til at forebygge stress for at komme væk fra den indgroede tarzankultur.

Bodil Gavnholt, karriererådgiver i Lægeforeningen, kan genkende billedet. Hun oplever mange medlemmer, der udtrykker et pres i hverdagen.

»Men det er sjældent, de selv siger, at de er stressede. I stedet knokler de løs i årevis. Nogle kommer måske til mig, fordi de vil have hjælp til et radikalt karriereskift, og så finder vi ud af, at der ligger en stressproblematik under. Jeg tror, det ligger dybt i kulturen, at læger er ensomme ulve, der ikke beder om hjælp. Men det holder ikke i længden at gå rundt med det alene«, siger Bodil Gavnholt.

Søg hjælp

Da Charlotte Bülow var ramt af stress,

havde hun behov for personlig rådgivning. Derfor var løsningen for hende at tale med coach og virksomhedsrådgiver, Marie Louise Steuch, der behandler flere læger.

Da Charlotte Bülow begyndte hos Marie Louise Steuch, arbejdede de først med at tøjle de akutte angstsymptomer, blandt andet gennem vejtrækningsøvelser og afspændingsøvelser. Herefter var fokus på at ændre de negative og u hensigtsmæssige tankemønstre og tage fat om Charlotte Bülows kontrolgen, som var med til at udløse stressreaktionerne.

»Jeg tager udgangspunkt i mine klienters tanker og får dem til at se problemerne fra en anden vinkel, så de bedre kan tage fat om problemerne og agere mere hensigtsmæssigt. Det er vigtigt at mærke efter og spørge sig selv: Hvordan trives jeg? Mærker jeg, at jeg ikke trives optimalt, er jeg nødt til at tage ansvar for mig selv og min egen trivsel«, siger Marie Louise Steuch.

For Charlotte Bülow var det hårdt at skulle åbne op for sine egne tanker og følelser over for et andet menneske. Men det var det, der skulle til, før at stressen kunne slippe kroppen.

»Jeg fortryder, at jeg ikke søgte hjælp noget før, for så havde det måske ikke hobet sig så meget op. Så mit råd til andre læger er helt klart at søge hjælp hurtigst muligt. For mig var det rigtig godt at søge hjælp uden for lægeverdenen. Men det vigtigste er, at det fungerer for en, og at man får taget hul på problemet. Jeg kan selv bruge de værktøjer, jeg har fået, fremadrettet og har fået mere ro i mit liv«, siger Charlotte Bülow. ♦

FAKTA

Symptomer, der kan være tegn på stress eller mistrivsel

- Utilstrækkelighedsfølelse, arbejdsopgaverne er interessante, men tid og ressourcer hænger ikke sammen
- Følelsen af at være uoplagt
- Kedsomhed
- Rastløshed
- Søvnproblemer
- Drænende negative tanker
- Nemt ved at blive irriteret og ofte i dårligt humør
- Svært ved at opleve glæde
- Tab af initiativ og interesse.

Kilde: Marie Louise Steuch

Her kan du få hjælp

Hvis du føler dig stresset eller udbændt, skal du altid kontakte din egen forhandlingsorganisation – PLO, FAS eller Yngre Læger – hvor du har mulighed for fem gratis samtaler med en erhvervspsykolog. Af andre tilbud har for eksempel Yngre Læger kurset »Er du ramt af stress?«, hvor en erhvervspsykolog guider en gruppe på maks. otte yngre læger til bedre at kunne håndtere stress. Derudover tilbyder Yngre Læger forebyggende workshops om stress, trivsel og kollegialitet, hvor underviser Nynne Lykke Christensen tager til en gruppe på min. ti yngre læger.

Hos Lægeforeningen kan du også ringe til netværkslæger, hvor frivillige læger yder akut, anonym og gratis rådgivning.

Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V på OUH er netop kåret som landets bedste afdeling til at uddanne unge læger. Selvom afdelingen er travl og har 24 hoveduddannelseslæger, er der altid tid til supervision og sparring. Men der er også områder med plads til forbedring.

PÅ OUH GÅR travlhed og uddannelse hånd i hånd

Kristine Buske Nielsen, krn@dadl.dk
Foto: Heidi Lundsgaard



UDDANNELSE

Travlhed fylder gangene på Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V på Odense Universitetshospital (OUH) med otte afsnit og 230 anæstesi-betjente lejer pr. uge. Det høje produktivitets-niveau kan virke som en kæp i hjulet for at uddanne de 24 hoveduddannelseslæger, der skal dygtiggøre sig på afdelingen.

Alligevel har afdelingen netop modtaget Sundhedsstyrelsens pris som landets bedste til at uddanne unge læger i 2016. Afdelingen blev vurderet på 16 forskellige fokus-områder af et inspektorkorps af læger ud-sendt fra Sundhedsstyrelsen. Sammen med to andre afdelinger opnåede de den maksi-male score på 64 point, men Anæstesiolo-

gisk-intensiv Afdeling V på OUH vandt på evnen til holde en høj kvalitet på uddan-nelse trods stor kapacitet og travlhed på afdelingen.

»Vi fokuserer på at sætte mange ressour-cer ind i starten af de unge lægers forløb. I lægeverdenen taler man om, at det at op-retholde produktionen fjerner tid fra ud-dannelse. Men uddannelse er jo også en del af produktionen. Ved at producere dygtige læger, der hurtigt og med høj kvalitet kan behandle patienterne, får vi en god investe-ring på lang sigt og får hurtigt ressourcerne igen«, siger Michael Due Nielsen, der er ud-dannelsesansvarlig overlæge på Anæstesiolo-gisk-intensiv Afdeling V.

» Ved at producere dygtige læger, der hurtigt og med høj kvalitet kan behandle patienterne, får vi en god investering på lang sigt og får hurtigt ressourcerne igen.

MICHAEL DUE NIELSEN,
UDDANNELSESANSVARLIG OVERLÆGE PÅ ANÆSTESIOLOGISK-INTENSIV AFDELING V.



Anæstesiologisk-intensiv afdeling på OUH er kåret som landets bedste uddannelsesafdeling. Fra venstre: uddannelsesansvarlig overlæge Michael Due Nielsen sammen med hoveduddannelseslæger Jeppe Bove, Maria Bjørn og Anders Rasmussen.

Intensiv træning i bedøvelse af børn

Ved inspektorbefølgningen i 2006 scorede afdelingen kun 35 point ud af dengang 60 point. Alle på afdelingen var enige om, at det ikke var godt nok. Tidligere var der ikke sat ressourcer af, så den uddannelsesansvarlige måtte bruge de minutter, han kunne samle sammen i sine pauser. Ledelsen gik derfor med til at øge ressourcerne. De ansatte Michael Due Nielsen som uddannelsesansvarlig overlæge og gav ham halvdelen af sin arbejdstid til at fokusere på uddannelse. Og det gav pote.

»Vi besluttede os for at klare os 30 procent bedre til næste inspektorbefølgning. Da det lykkedes fik vi blod på tanden efter mere. Vi ville ikke længere nøjes med at blive bedre, og gik derfor efter at opnå maksimal score. Men det er ikke bare noget, man klarer på et par år. Det kræver løbende små justeringer og lange seje træk. Så det betyder meget, at det nu er lykkedes ti år efter, vi startede«, siger Michael Due Nielsen.

Et af de områder, afdelingen har sat ekstra ind på, er uddannelse i bedøvelse af

børn over to år. Tidligere lå opgaven hos centralsygehuset, men fordi de får færre og færre børn til bedøvelse, fik Anæstesiologisk Afdeling opgaven. Michael Due Nielsen besluttede sig sammen med resten af afdelingen for at sætte konkret ind på området ved, at uddannelseslægerne nu får en hel måned i løbet af de to år, hvor de følger en børneanæstesiolog.

»De når at se og bedøve 60-70 børn på den måned, hvor de før måske kun nåede 15-20 på et helt år. Det rykker virkelig på læringskurven. Vi får nogle yngre læger, der meget hurtigere er rustede, så vi måske allerede kan sætte dem til at bedøve disse børn efter to til tre år, mens det tidligere først var noget de lærte som færdiguddannede speciallæger. Så for os er det en stor fordel, hvis vi hurtigst muligt kan få dem op på et kompetenceniveau, hvor de kan varetage opgaverne selvstændigt«, siger Michael Due Nielsen.

Forløbet er et kæmpeløft for uddannelsen på afdelingen. Det oplever Jeppe Bove, der om et par måneder er færdig med sit

toårige forløb på Anæstesiologisk-intensiv Afdeling V og har haft det månedlige forløb med bedøvelse af børn.

»Det er luksus at kunne være fuldt fokuseret på ét område. Man starter i kravlegården, så kommer man ud at køre 50 og senere 80. Man får et flow i volumen af patienter, så man bliver styrket dels i det faglige, dels i kommunikationen med børn og forældre, som du ikke kan læse dig til i en bog. Det giver en stejl læringskurve, så du i slutningen af måneden selvstændigt kan foretage de ukomplicerede bedøvelser af børn«, siger Jeppe Bove, der nu er på intensiv afsnit, der er det ottende forløb på afdelingen.

Uddannelse er en kultur

Han oplever speciallægerne på afdelingen som gode venner, man altid kan ringe til, hvis det brænder på.

»Speciallægerne er også gode til selv at komme og holde øje, mens jeg udfører mine opgaver, uden at de overtager styringen. Der er plads, rum og tillid til, at jeg

Hoveduddannelseslæge
Anders Rasmussen forsøger at
få vagtplanen til at gå op,
mens uddannelsesansvarlig
overlæge Michael Due Nielsen
superviserer.



vokser med opgaven. Jeg får lov at tænke selv, før tingene bliver taget ud af hånden på mig», siger Jeppe Bove.

Den samme oplevelse har Anders Rasmussen, der har gennemført knap et år af sin uddannelse på afdelingen. Han fortæller, at der altid er tid og overskud til supervision.

»Afdelingens speciallæger er altid proaktive med at undervise, tegne, fortælle og lære fra sig. Jeg har været på to andre anæstesi-afdelinger, men har aldrig før oplevet, at folk ringer til mig og spørger, om jeg vil være med ved en opgave. Jeg har altid selv skulle opsøge de spændende opgaver og har oplevet uddannelse som noget, jeg skal tage. Men her er det noget, jeg bliver givet«, siger Anders Rasmussen.

Maria Bjørn, der lige nu er i en fokusuge på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, har en specifik oplevelse, hvor hun mærkede, at hendes læring blev sat i centrum.

»Jeg var på ortopædkirurgisk anæstesi for at bedøve med en børneanæstesilæge. Han sagde til mig: 'nu lægger jeg den her epidural, og næste gang der er et barn, så lægger du den'. Det virkede grænseoverskridende, men det var også trygt, fordi han var med, og bagefter var det jo en sejr. Det tager jo altid længere tid for en kursist end for en speciallæge at udføre en opgave. Men jeg har aldrig oplevet, at der ikke var tid til min læring. Uddannelse ligger som en integreret del i arbejdskulturen, der for-

planter sig rundt til alle medarbejdere«, siger Maria Bjørn.

Ledende overlæge på Anæstesiologisk intensiv Afdeling V, Jens Schierbeck, genkender Maria Bjørns oplevelse. Han var ikke ledende overlæge, da indsatsen på uddannelse begyndte, men han beskriver det som en vigtig del af afdelingens kultur.

»Når vi diskuterer prioritering af kræfter, er uddannelse altid en del af ligningen. Det er et centralt emne på afdelingen, der hele tiden bliver taget hensyn til. Og fordi vi tager så meget hånd om uddannelsen, får de unge læger et tættere tilhørsforhold til afdelingen, hvilket har stor betydning for rekrutteringen«, siger Jens Schierbeck og fortæller, at størstedelen af afdelingens hoveduddannelseslæger kommer tilbage som afdelingslæger, når de har afsluttet uddannelsen.

Det stopper ikke på toppen

Der er altid plads til forbedringer. Det gælder også for landets bedste uddannelsesafdeling. I rapporten fra inspektorerne blev der påpeget nogle områder, der kunne arbejdes med. Et af dem var at træne de unge læger i at modtage patienter fra trafikulykker. Et område Michael Due Nielsen nu arbejder på at forbedre.

»Vi skal prøve at finde en løsning, hvor vi kan sende de unge læger med speciallægerne ned til traumemodtagelsen, så de kan lære noget ved supervision og måske endda

være med til at modtage patienter fra trafikulykker. Det prøver vi at kigge på i de kommende år. Vi har allerede lavet organiseringen om, så de unge læger også får kaldet fra traumemodtagelsen og har mulighed for at komme med, hvis de har et frirum. Men det kan være, at vi på sigt skal udvide med flere lægeressourcer, så det bliver en fast del af uddannelsen, at de skal være med til at modtage patienter fra trafikulykker«, siger Michael Due Nielsen. Andre punkter, der skal arbejdes med, er træning i vurdering af, om en patient fra en anden afdeling skal flyttes til intensiv samt læring i kronisk smertebehandling. Ved sidstnævnte har de unge læger lige nu kun to dage i uddannelse af kronisk smertebehandling, men planen er, at de fremover får fem spredte dage, hvor de følger samme patient over fem gange for at kunne følge virkningen af deres arbejde. Men også faste møder med uddannelseskoordinerende yngre læger fra alle otte afsnit skal være med til at opretholde niveauet og fortsætte den positive udvikling.

»Vi ved, det kan være vanskeligt, når først man har nået toppen. Det er lidt ligesom OL-guldvindere, der ofte fortæller, at det at vinde den første medalje ikke er den største udfordring. Udfordringen er at fastholde niveauet. Derfor skal vi blive ved med at være opmærksomme på problemerne og sørge for at få dem løst. Vi har tænkt os at blive ved med at klø på«, siger Michael Due Nielsen. ♦

Bibliotek for Læger er verdens ældste, endnu eksisterende lægetidsskrift. Det er udkommet i ubrudt linje siden 1809 og fungerer i dag som Ugeskrift for Lægers humanistiske lillesøster med fokus på medicinens historie, kultur, etik og metode. Tidsskriftet udkommer fire gange om året.

BIBLIOTEK FOR LÆGER 1/2017

AF Christian Graugaard, Morten A. Skydsgaard & Jesper Vaczy Kragh



Medicin og litteratur hænger sammen. Dels siges sundhedsfagfolk at være storforbrugere af bøger, dels er lægen (i rollen som helt, antihelt eller superskurk) en yderst velkendt figur i både klassisk og moderne skønlitteratur. Hertil kommer, at litteraturen – ligesom andre typer kunst – formår at håndtere eksistentielle temaer som sygdom og død på måder, som kan inspirere, begeistre og give ny indsigt. Måske kan det ligefrem være helende for patienter at finde fodfæste i et digt, en novelle eller en roman. Måske kan litteraturen hjælpe læger og sygeplejersker til bedre at forstå patienternes reaktioner og indse deres egne muligheder og begrænsninger.

På Syddansk Universitets lægeskole er »syg litteratur« [1] for nylig blevet et obligatorisk studieelement, og det bliver spændende at se, om der springer gnister mellem naturvidenskab og humaniora med bogen som mellemliggende transformatorstation.

Digterdoktor Aarestrup

En særlig position i dansk litteraturhistorie indtager Emil Aarestrup (1800-1856), som foruden at være en både følsom og finurlig

lyriker virkede som provinslæge i en menneskealder. Kun en enkelt digtsamling blev det til, men til gengæld hører Aarestrup til de få 1800-talsforfattere, som stadig læses med glæde, også af unge mennesker. Aarestrup regnes for guldalderens mest sanselige og erotiske digter, og måske var det hans lægebaggrund – den daglige nærkontakt med kropslige og sjælelige dramaer – som muliggjorde den unikke tone, man kender fra signaturdigte som »Angst«, »Dødsstraffen« og »Til en veninde« [2].

I det nye nummer af Bibliotek for Læger – som har fået en gevaldig ansigtsløftning med farvebillede og nyt layout – møder vi litteraten Eva Vikjær, som netop har

udgivet Emil Aarestrups samlede breve i fire digre bind [3]. De afspejler et på samme tid temperamentsfuldt og følsomt kunstnergemyt – og de giver et sjældent indblik i et dansk lægeliv på landet midt i 1800-tallet. I brevene møder vi Aarestrup, når han er syg af længsel efter sin elskede hustru Caroline. Og når han forbander de natlige lægebesøg i hestevogn eller på gåben gennem rusk og regn.

Emil Aarestrup læste Bibliotek for Læger, det siger sig selv. Vi byder også hans efterkommere velkommen i spalterne. ◆

LITTERATUR

1. Mai AM, Schwartz C, red. Syg litteratur. Litterære tekster om sygdom og sundhedsvæsen. København: Munksgaard, 2016.

2. Aarestrup E. Digte. København: C.A. Reitzel, 1838.
3. Aarestrup E. Emil Aarestrups breve, udgivet af Eva Vikjær. Bind I-IV. København: Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, 2016.

Bibliotek for Læger udkommer fire gange om året.

Hvis du vil abonnere på Bibliotek for Læger skal du gå ind på www.laeger.dk og søge på Bibliotek for Læger. Efter den 1. april vil der på forsiden af Læger.dk være oprettet et link til abonnementer. Et årsabonnement koster 399,95 kr. Enkeltudgaver af Bibliotek for Læger kan købes via boghandlen til 99,95 kr.



Lægedigteren Emil Aarestrup hører til de få 1800-talsforfattere, som fortsat læses af unge mennesker. På billedet ses 27-årige Sisse-Sofie Koefoed Madsen, som i 2011 fik tatoveret digtet »Angst« på ryggen – med sin farmors nydelige håndskrift. Hun forklarer, at digtet er romantikkens måde at sige YOLO (you only live once) på (privatfoto).



Læge Anne Marie
Lundgaard. Skørping
taler om udredning
af demens patienter.

Klædt på til at udrede demens

De praktiserende læger spiller en hovedrolle, når det kommer til at udrede og behandle patienter for demens. Ugeskrift for Læger har konsulteret en praktiserende læge for at høre, hvori udfordringerne består.

Dorte R. Jungersen, doj@dadl.dk
Foto: Lars Horn

DEMENS

En ældre kvindelig patient er af praktiserende læge i Rebild Kommune Anne Marie Lundgaard blevet henvist til en CT-skanning med henblik på at blive udredt for demens. Kvinden modtager indkaldelsen fra sygehuset i sin e-boks, men ringer og aflyser skanningen, fordi sønnen ikke synes, hun skal udredes.

En anden patient modtager indkaldelsen pr. brev, men aflyser også skanningen, fordi hun ikke husker, hvorfor den var bestilt og derfor tænker, at den er unødvendig.

»Kvinden, der er tilflytter fra en anden region og ikke har nogen pårørende tæt på, planlægger at flytte tilbage til, hvor hun kommer fra. Hun vil i en ny kommune nemmere få det korrekte tilbud om f.eks. en plejehjemsplads, hvis hun er endelig udredt. En demensdiagnose gør det meget nemmere«, siger Anne Marie Lundgaard.

En stor udfordring er også, at de demente glemmer at komme til udredning, specielt de planlagte på sygehuset.

I den nationale kliniske retningslinje for demens spiller de praktiserende læger hovedrollen i behandlingen af de patienter, der er udredt for demens. Og i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025, der blev lanceret i januar, spiller almen praksis en nøglerolle, i og med at et af planens indsatsområder er, at kvaliteten af udredningen både på sygehuset og i almen praksis skal være bedre end i dag. Flere skal udredes for demens, og 80 procent skal have en specifik demensdiagnose. Som det fremgår af eksemplerne ovenfor er netop udredningen til tider en udfordring.

Regional demensudredningsmodel

Ifølge demenshandlingsplanen skal den praktiserende læge klædes på til at identificere de tidlige tegn på demens og vurdere, om der er behov for yderligere udredning på sygehuset. Det er Anne Marie Lundgaard og de øvrige praktiserende læger i regionen allerede, eftersom Region Nordjylland i mange år har haft »den samordnede demensudredningsmodel«. Den indebærer, at den basale demensudredning foretages af de praktiserende læger i samarbejde med de kommunalt ansatte demenssygeplejersker (demenskoordinatorer). Der arbejdes lige nu på at sikre kendskabet til modellen hos alle praktiserende læger i regionen. Anne Marie Lundgaard, der også er praksiskonsulent i regionens kvalitetsenhed for almen praksis med ansvar for den ældre geriatriske – herunder også demente – patient, understreger, at modellen »ikke er raketvidenskab«, men at den udmærker sig ved, at det detaljeret er beskrevet, hvem der gør hvad hvornår.

»Det kan måske godt opleves som bøvlet at udfylde den. For den er omfangsrig. Og der er meget, den praktiserende læge skal forholde sig til: Hvordan er patienternes gang, hvordan klarer de sig i hjemmet – herunder deres ernæringstilstand, hvordan er deres blodtryk og deres fodpuls. Rigtig mange ting, som til gengæld munder ud i en fyldestgørende journal, som er lige til at gå til for neurologisk, gerontopsykiatrisk eller geriatrisk afdeling. Det giver god mening, for det er

os som patientens læge, der kender patienten bedst. Samtidig er der lavet en § 2-aftale, så vi bliver honoreret for arbejdet. Ligesom det ligger i vores overenskomst, at vi kan tilbyde halvårlige kontroller til demente«, siger Anne Marie Lundgaard.

Nogle patienter udredes uden at involvere sygehuset

»Når jeg, pårørende eller hjemmeplejen har spottet, at der er noget galt med hukommelsen, bliver der taget blodprøver, bestilt CT-skanning og en udredning hos en demenssygeplejerske. Når jeg har svar på alt dette, og jeg har haft endnu en samtale med patienten og typisk de pårørende, kan jeg i nogle tilfælde – uden yderligere at involvere sygehuset – stille diagnosen vaskulær demens. Det er typisk patienter, der har haft en eller flere blodpropper i hjernen, og hvor der nok er problemer med hukommelsen, men hvor funktionen ikke skrider så hurtigt. I de tilfælde sender jeg min udredning til demenssygeplejersken og beder om, at kommunen sætter de tilbud i værk, som de har, og patienten følges tæt. Ligesom det vurderes løbende, om der er behov for yderligere tiltag«.

Antipsykotisk medicin er alles ansvar

De demente patienter, der fylder mest i Anne Marie Lundgaards praksis, er dem, der er i eget hjem, endnu ikke er udredt, og hvor det går hurtigt ned ad bakke. Samt dem, der stadig er derhjemme, fordi de ikke er dårlige nok til at komme på plejehjem, og som »skrider«. I demenshandlingsplanen problematiseres det, at 20 procent af de demente får antipsykotisk medicin. Anne Marie Lundgaard: »Det er jo sjældent de praktiserende læger, der begynder med at udskrive antipsykotisk medicin, men det er os, der bliver ved med at udskrive recepterne og vedligeholder forbruget. Og dermed får vi også en opgave med at stoppe det igen. Det er et stort problem i f.eks. aften- og nattetimer med urolige demente, hvor hjemmet eller plejehjemmet ikke har den fornødne tid til rådighed, eller det fornødne setup til f.eks. en fast vagt.

Patienten har måske endnu ikke fået det korrekte tilbud, og ja, som praktiserende læge – og især som vagtlæge – fristes man her til at udskrive antipsykotisk medicin«. ♣

Demenskoordinatorer: Brug for flere af os

»I ringer bare, hvis der er noget«.

Sådan lyder det velment og ofte til demente og deres pårørende.

Men ifølge Lone Vasegaard, formand for de cirka 400 medlemmer af foreningen af DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) er det så langt fra tilfredsstillende. For det kan være svært for en pårørende at vurdere, hvornår noget er vigtigt nok til at ringe til en af de kommunale demenskoordinatorer, demenskonsulenter eller demenssygeplejersker, som 95 af samtlige kommuner råder over.

»Stod det til os, skulle alle demente kontaktes af en demenskoordinator hvert halve år. Men vi må også se i øjnene, at det ikke – som det ser ud i dag – altid er muligt. Det varierer meget, hvor mange kommunerne har ansat. En kommune kan have én demenskoordinator ansat, mens en anden kommune af tilsvarende størrelse kan have tre ansat«, siger Lone Vasegaard.

Det er DKDK's kæphest, at indsatsen over for familier med demenssygdomme samles et sted, nemlig hos demenskoordinatoren. Men ifølge Lone Vasegaard oplever mange demente og pårørende at blive sendt fra den ene til den anden kommunale instans.

Dog fæster hun lid til, at intentionerne i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 – bl.a. at der i højere grad tages udgangspunkt i »den enkeltes behov og værdier« – bliver omsat til handling.

»Der er sat penge af, og planen lægger et indirekte pres på de kommuner, der halter bagefter. Og så håber jeg selvfølgelig, at demenskoordinatorerne bliver inddraget endnu mere, end vi gør i dag«, siger Lone Vasegaard.

En demenskoordinator er typisk en sygeplejerske, men kan også være pædagog, social- og sundhedsassistent eller ergoterapeut. Fælles for dem er, at de er særligt uddannede til at tage sig af demente og deres pårørende.

Demenskoordinatoren er med i hele forløbet. Allerede når der opstår mistanke om sygdom, gennem udredningsforløbet



Lone Vasegaard er formand for de 400 demenskoordinatorer.

og for mange familiers vedkommende helt frem til, at den demente flytter ind på et plejecenter, og nogle gange også der. Ud over at holde kontakt til de pårørende og være den, de kan læne sig op ad og drøfte stort og småt med, opretter demenskoordinatorerne også pårørende-grupper.

Den største udfordring er ifølge Lone Vasegaard dog ikke umiddelbart mangel på ressourcer.

»Hverken de demente eller deres pårørende er homogene grupper. Der er stor forskel på, hvad familierne ønsker af hjælp og støtte, bl.a. afhængigt af, om det er en nydiagnosticeret eller en terminal dement.

Også graden af samarbejde mellem demenskoordinatorerne og de praktiserende læger kunne blive bedre. For at styrke det samarbejde er f.eks. demenskoordinatorerne i Nyborg Kommune taget på rundtur til kommunens praktiserende læger for at gøre opmærksom på deres eksistens og indbyde til samarbejde. »Den form for brobygning ser vi gerne mere af«, slutter Lone Vasegaard. ♣

Satsning på diabetes skaber synergi

Læger, der arbejder med diabetes, kan se frem til nye samarbejder på tværs af specialer og sektorer. Tænk bl.a. fælles ambulatorier med andre specialer, undervisning på andre hospitaler og videndeling med almen praksis og kommuner.

Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk

FOLKESYGDOMME

Diabetesområdet vil i de kommende år blive udsat for en gennemgribende omrokering i kølvandet på de fem regioners og Novo Nordisk Fondens fælles satsning på fire regionale diabetescentre og et program i Region Sjælland, der skal højne behandlingen, styrke forskningen og udbrede viden.

Med de udmeldinger, der foreløbig er kommet fra Novo Nordisk Fonden, er det sandsynligt, at det samlede støttebeløb til de offentligt ejede centre kommer til at lande på 7-8 mia. kroner i de næste ti år svarende til 700-800 mio. kroner om året. Hertil kommer regionernes finansiering til f.eks. byggegrunde og -modning.

Til sammenligning er regeringens nye nationale diabetesplan finansieret med 65 mio. kroner i satspuljemidler over de næste fire år – dvs. lidt over 16 mio. kroner i gennemsnit om året.

Når der smides så stor en sten i vandet, breder ringene sig langt ud. For de mange læger og forskere, der arbejder med diabetes, kommer satsningen til at betyde en centralisering af visse patientgrupper – f.eks. patienter, der bruger pumpe – og dermed arbejdspladser i København, Aarhus, Odense og Aalborg. Men den kommer også til at betyde nye samarbejds måder på tværs af specialer og sektorer. Ikke

mindst forårsaget af de samarbejdsaftaler med andre hospitaler – såkaldte Steno Partnerships – som skal indgås.

De første er underskrevet, nemlig af Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) og fem hospitaler i Region Hovedstaden.

Tag f.eks. kontrakten med Nordsjællands Hospital i Hillerød, som omfatter »behandling, forskning, uddannelse og sundhedsfremme«. Samarbejdet alene inden for behandling omfatter et væld af tiltag, bl.a. udvikling af »diabetologiske/nefrologiske projekter« og »diabetologiske/kardiologiske projekter« – for begges vedkommende bl.a. i form af fælles ambulatorier.

Endvidere skal der udvikles projekter til primærsektoren, f.eks. et mobilt udgående team og tiltag målrettet *shared care*-modellen, ligesom et screeningstilbud til primærsektorens patienter står på listen.

Steno Diabetes Center Copenhagen kan ikke stå alene

Netop Nordsjællands Hospital frygtede oprindeligt, at SDCC vil suge personale og kompetencer væk fra Hillerød, når avanceret behandling og højprofileret forskning samles i Herlev, hvor SDCC placeres. Samme fænomen går igen i de øvrige regioner, som i langt højere grad end Region Hovedstaden døjer med udkantsproblematikker.

Nogle regioner har derfor allerede i de indledende forhandlinger lagt op til, at der tages hensyn til de øvrige hospitaler.

I f.eks. Region Midtjyllands oplæg hedder det, at samarbejdet mellem centret i Aarhus og regionshospitalerne bl.a. vil bestå af »delestillinger og fokuserede ophold for regionshospitalernes læger ved centret«, »udgående funktioner/team fra centret« og »tværgående rådgivnings-, kvalitetssikrings- og auditfunktioner«.

Noget lignende kan komme på tale i Region Hovedstaden.

Den netop indgåede Steno Partner Aftale mellem SDCC og Nordsjællands Hospital siger, at samarbejdet skal »sikre kompetencer og akutbehandling på højt niveau af type 1-diabetes-patienter i Nord«, efterhånden som nydiagnosticerede, pumpepatienter og børn flyttes til SDCC.

Spørgsmålet er hvordan.

»Der overvejes delestillinger, hvor man f.eks. arbejder i Hillerød noget af tiden, men disse detaljer er ikke på plads endnu«, siger SDCC's direktør Allan Flyvbjerg.

Han mener, at de decentrale hospita- lers frygt er ubegrundet.

»Der er fortsat behov for akutbehand- ling af type 1-diabetikere, og det vok- sende antal type 2-patienter kræver en højt kvalificeret behandling i samarbejde mellem hospitalerne og almen praksis. Vi regner med, at antallet stiger med 5-6 pct. om året, så det giver sig selv, at selv med dagens tal er det umuligt at løse diabe- tesproblemerne gennem det nuværende center i de fysi- ske rammer, vi har«, siger han.

Han peger også på, at der kommer støtte fra Novo Nordisk Fonden til at kunne implementere et samlet re- gionalt løft i diabetesbehandlingen, bl.a. til tiltag, som egentlig allerede burde være indført, og til nye initiati- ver.

»Der er i sundhedsvæsenet tit mange gode intention- ner om at gøre det bedre, som så drukner i mangel på ressourcer og manglende hæn- der. Men f.eks. på fodområdet, nyreområdet og hjerteområdet har vi ressourcer, som kan bi- drage til at generere ny viden og løfte kvaliteten af diabetesbe- handlingen i hele regionen«, si- ger han.



» Forskningen skal ikke kun foregå på centrene.

JANNIK HILSTED,
HEAD OF STENO
GRANTS, NOVO
NORDISK FONDEN

selve centrene, og som andrager 50 mio. kroner årligt.

»De støtter samarbejdsprojekter og altså ikke stand- alone-projekter, hvor man er sin egen forsker. Det, vi gerne vil med dette virkemiddel, er at få samarbejdsre- lationer mellem centrene til at fungere så godt som mu- ligt«, forklarer Jannik Hilsted, som står i spidsen for Steno Grants i Novo Nordisk Fonden.

»Det kan f.eks. være en gruppe på Hvidovre, som sø- ger sammen med SDCC. Eller det kan være en gruppe i Sønderjylland, som kan søge sammen med SDCC eller et af de andre centre, når de bliver etableret. Men der



» Umuligt at løse problemerne gennem det nuværende center alene.

ALLAN FLYVBJERG,
DIREKTØR FOR SDCC

skal være en samarbejdsrelation, så vi sikrer, at det ikke kun er på centrene, forskningen foregår«.

Desuden er der endnu et nyt tiltag: Steno Faculty, der også skal fostre samarbejde – i dette tilfælde ikke kun inden for »Steno-familien«.

»Det er et forskningsnetværk. En sammenslutning af dels forskere fra diabetesafdelingerne, dels folk i centrene, fra universiteterne og hvem, der ellers har lyst til at være med til akademisk sparring«, siger Jannik Hilsted.

Netværket kan dog også bruges helt lavpraktisk til f.eks. »vejledning om ansøgninger til Steno Collaborative Grants- bevillinger«, som det formuleres i samarbejdsaftalen mellem

SDCC og Nordsjællands Hospital.

Partnerskab som lokkemiddel

Har disse tiltag så taget brodden af frygten for udsultning?

Den nordsjællandske aftale henter f.eks. insulinpumpepatienter og nydiagnosticerede type 1-patienter til SDCC, men den efterla- der stadig størstedelen decentralt.

»Det er meget få patienter, vi skal henvise videre. Og hele den eksisterende population af type 1-patienter er der stadigvæk. Lige nu hører jeg ikke nogen endokrinolo- ger sige, at de ikke vil til Hillerød på grund af det«, siger Lisbet Brandi, ledende overlæge på Kardiologisk-Nefrolo- gisk-Endokrinologisk Afdeling på Nordsjællands Hospi- tal.

Faktisk bruger hospitalet samarbejdet til at booste re- krutteringen med.

»Vi har ansat to yngre endokrinologer, som kommer til efteråret, og på det tidspunkt diskuterede vi det. Vi sagde, at vi havde dette samarbejde og præsenterede det som en mulighed for at lave nogle projekter. Vi har også fået tilbud om at deltage i nogle af SDCC's supple- rende behandlingstiltag og få tilført nogle ressourcer til det«, fortæller Lisbet Brandi.

Hvordan vil partnerskabet komme til at påvirke jeres arbejde?

»Vi har allerede et fælles ambulatorium med nefrologerne, men et fælles med kardiologerne har vi tænkt os at sætte i gang. Sådan en snitflade mellem endokrinologer og kardiologer har der faktisk ikke været her på stedet«.

Hvad med udgående funktioner f.eks. i forhold til almen praksis?

»Det har vi ikke så meget af. Vi tager f.eks. ikke meget ud og underviser – det kommer vi til«.

Region Sjælland går alene

De øvrige regioner er ikke så langt fremme med planerne som Re- gion Hovedstaden, hvor SDCC fra 1. januar erstattede det veletab- lerede Steno Diabetes Center.

Men de visionspapirer, der er udarbejdet, tegner et lignende bil- lede af de kommende centre – om end i mindre målestok – i Region »



» Vi kommer til at tage mere ud og undervise.

LISBET BRANDI,
LEDENDE OVERLÆGE
KARDIOLOGISK-NEFROLO-
GISK-ENDOKRINOLOGISK
AFDELING, NORD-
SJÆLLANDS HOSPITAL

»

Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland, med enkelte tilpasninger i forhold til den pågældende regions eksisterende styrker.

Men Region Sjælland er helt anderledes. Her har regionen selv fravalgt et centraliseret behandlingscenter til fordel for et program, der både i organisation og virkemåde adskiller sig fra de andre regioners setup. Her skal en decentral organisering bygge på en oprustning af de eksisterende behandlingstilbud.

Diabetesambulatorierne og de praktiserende læger skal selvsagt kunne levere behandling på samme høje niveau som i landets øvrige regioner, men i Region Sjælland vil en stor del af kræfterne blive lagt på at nå den gruppe patienter, det normalt er allersværest at nå, ligesom der kommer et særskilt fokus på multisyge diabetikere.

»Målet er diabetesbehandling i verdensklasse. Det opnås ikke ved alene at skabe noget sublimt for de relativt få, der går i de specialiserede diabetesambulatorier. Vores målsætning er at rykke andelen af patienter, som er omfattet af højkvalitetsbehandling, fra 30-40 pct. til 80-90 pct. Med vores model tror vi på, at vi kan bidrage til dette mål«, siger vicedirektør på Holbæk Sygehus, Knut Borch Johnsen, som repræsentant for den arbejdsgruppe, der har forhandlet aftalen med Novo Nordisk Fonden.

Hvorfor ikke en centraliseret model?



» Vi kan udvikle viden og ekspertise, som ikke bliver genereret de andre steder.

KNUT BORCH JOHNSEN, VICEDIREKTØR, HOLBÆK SYGEHUS

»Når man bygger et kæmpestort center i Region Hovedstaden, der bygger på 80 års tradition på Steno Diabetes Center, så bliver man en magnet for rigtig meget af den basale forskning i type 1-diabetes og en hel del i type 2. Det ville være decideret dumt at forsøge at bygge en parallel til det i Region Sjælland«.

Hvorfor har I valgt jeres særlige fokus?

»Selvfølgelig skal vi bruge denne proces til også at styrke vores eksisterende forskningsmiljøer, men vi må også erkende, at de hver for sig er små. Til gengæld arbejdes der i flere forskellige sammenhænge med social ulighed i behandlingen og behandling af den multisyge patient. Det skal gerne blive her, vi kan udvikle en viden og ekspertise, som ikke bliver genereret de andre steder. Det er der, vi har mulighed for at levere unikke bidrag til det nationale samarbejde«.

I døjer med lægemangel mange steder – bliver dette her også et rekrutterings-tiltag?

»Helt klart. Der er en stor gruppe, som er meget interesserede i biomedicinsk forskning. Men der er også masser, der er interesserede i klinisk forskning, klinisk epidemiologi og koblingen til det samfundsmedicinske område. Og hele den adfærdsorienterede del. Ud over læger og sygeplejersker får vi brug for nye typer forskere, f.eks. sundhedspædagoger, antropologer og organisationsforskere. Ved at gøre dette her kan vi skabe en platform for de personer«.

Har du eksempler på projekter?

»Det kunne f.eks. være modeller for, hvordan man arbejder på tværs af sektorerne og inden for den enkelte almenpraksis. Opgaveglidning mellem sektorer, faggrupper og mellem patient og behandlere. Jeg forestiller mig en fase, hvor vi skal være maksimalt kreative i udgangspunktet med hensyn til at afsøge mulige idéer og så selvfølgelig se, hvad der holder for en nærmere analyse«.

Brug for flere diabeteslæger?

7-8 mia. kroner postes i de kommende år ud i diabetesområdet alene fra Novo Nordisk Fonden. Bliver der brug for flere diabeteslæger?

»Det er svært at sige, for centrene er de fleste steder stadig i forberedelsesfasen. Men hvis dette her gennemføres, som tegningerne kunne tyde på, og hvis man skal øge kvaliteten over hele linjen vedrørende diabetes, kan jeg kun forestille mig, at der bliver brug for flere endokrinologer«, siger overlæge, dr.med. Hans Jørgen Gjessing, der er næstformand for Dansk Endokrinologisk Selskab.

Logisk nok påskønner endokrinologerne overordnet det skub, som deres speciale får, men de øjner også – fortsat – problemer. Bl.a. med forholdet mellem centrene og Steno Part-

ner-hospitalerne i de områder af landet, hvor der er langt større udkantsproblemer end i Region Hovedstaden.

»Jeg ved, at der er talt om delestillinger, og der er ingen tvivl om, at det er et område, hvor der er meget stor fokus på, hvordan Steno Partnerne kan løse opgaven. Selskabet er bekymret for, om konstruktionen kan trække endokrinologer fra de perifere afdelinger og give problemer for bemanning. Man må håbe, at man tager hensyn til de ting, når man kommer så vidt«.

Det fungerer tilsyneladende i Nordsjælland?

»Det er klart, at ledelserne på de perifere afdelinger må organisere afdelingerne, så partnerskabet giver dem et løft. Men jeg me-

ner, der er en reel frygt for, at ressourcerne kan blive knappe. Det er en enorm indsprøjtning af økonomi – men vi er ikke flere endokrinologer, end vi er«.

Hvad med jeres speciale?

»Vi er bekymrede for, om der kommer en opsplitning af diabeteslæger og de øvrige endokrinologer. For vores selskab er det meget væsentligt at sikre så godt som muligt, at fåget hænger sammen også fremover«.

Der kommer 50 mio. kroner ekstra om året til forskning?

»Det er rigtig meget. Det vil også være en af de ting, som vi håber på kan give øget kvalitet. Der er nok mange steder i den almindelige hverdag, hvor læger ikke har tid til at drive forskning. Man kan håbe på, at der kommer større muligheder for at deltage i den med de midler«.



»Det gør mig ked af det at blive kaldt udenlandsk læge«

Hun er blevet spyttet på, vraget til en stilling, fordi hun bærer tørklæde og har brugt samtlige barselsorlover på at blive god til dansk. Mød afghanskfødte Rana Bibi, overlæge på Aalborg Universitetshospital.

Der er mange milepæle i Rana Bibis 43-årige liv.

Da Taliban tager magten, og Rana med sine forældre og otte søskende må flygte fra by til by i provinsen Kunduz i det nordlige Afghanistan for at komme i sikkerhed.

Da hun som 24-årig er færdig på medicinstudiet, men ikke kan bruge sin uddannelse, fordi det er forbudt kvinder at arbejde i Afghanistan.

Og da hun – efter på flugt at have opholdt sig i Pakistan med sin førstefødte søn – den 25. maj 2000 lander i Kastrup Lufthavn og bliver genforenet med sin mand, der halvandet år forinden er flygtet fra Afghanistan til det nordlige Jylland

»Jeg kunne se fra flyets vinduer, at det lige havde regnet. Det var skyet og mørkt. Og da vi satte vi os ind i toget for at køre den lange vej til Frederikshavn, følte jeg mig i sikkerhed.

Min far, der var bomuldsfabrikant, men også tidligere geo-

grafilerer, havde fortalt mig om Danmark. At det var et meget lille og trygt land med flere køer end mennesker«.

Selv om Rana Bibi igen og igen fortæller, hvor taknemmelig hun er for at være kommet til Danmark, for sine kolleger og for den overlægestilling på lunge-medicinsk afdeling, som hun fik i december, har hun stødt sig undervejs.

Som læge fra et tredjeland må hun efter tre måneders sprogskole begynde »forfra på medicinstudiet« – via fjernundervisning på Københavns Universitet (KU). Og trods to yderligere fødsler undervejs – herunder tvillinger – gennemfører hun eksamenerne og får i 2004 bevis på, at hun er cand.med. fra KU.

En dag i efteråret 2001 går en højgravid Rana Bibi på en gade i Frederikshavn med sin ældste søn i barnevogn, da en spytklat er lige ved at ramme hende.

»Da jeg kom hjem og på tv så billederne fra terrorangrebet i

New York, forstod jeg, hvorfor han havde spyttet efter mig. Jeg blev åbenbart set på som en af de galninge, selv om jeg ikke var en af dem. Tværtimod kom jeg til Danmark på grund af dem. For første gang siden jeg kom hertil, følte jeg mig utryk, og i halvanden måned gik jeg ikke ud uden min mand«.

Barselsorlovene bliver også brugt på flere ophold på sprogskolen.

»Der er stor forskel på, hvordan ordene skrives, og hvordan de udtales. Og så er dialekterne en udfordring. Jeg har også prioriteret hele tiden at have kontakt med 'almindelige mennesker' – for jo bedre bliver jeg til sproget. Og så beder jeg stadig mine sønner om at rette mig.

Jeg har bare villet lære dansk, fordi jeg var så bange for at miste muligheden for at blive læge i Danmark«.

Men under en jobsamtale i 2006 er det noget andet, der får hende til at tro, at hendes »fremtid som læge i Danmark er slut«.

»Den ledende overlæge sagde, at han ikke kunne have en med tørklæde – eller en der gik med kasket – ansat på sin afdeling. Jeg husker ikke, hvordan jeg kom derfra. Jeg blev så ked af det og græd i mange dage. Jeg prøvede ligefrem at tage tørklædet af, men det gik ikke. Og hvorfor skulle jeg? Jeg er selv vild med mangfoldighed og elsker, når de unge på afdelingen kommer med piercinger, tatoeringer og særpræget hår.

I øvrigt ringede han efter nogen tid og sagde, at han havde brug for mig. Og selv om jeg har haft lyst, har jeg aldrig turdet spørge, hvorfor han ringede igen«.

Tørklædet giver i dag ikke anledning til mange kommentarer, men:

»Jeg får da blikke og oplever til tider også, at det er dét og ikke mig, folk først og fremmest ser«.

Rana Bibi oplever også ofte at blive omtalt som »hende den udenlandske læge«.

»Jeg bliver berørt, når patienter, pårørende og medierne konsekvent omtaler en som mig som udenlandsk læge. Selv om det næppe altid er ment nedsettende, er det sådan, jeg opfatter det. Jeg har knoklet for at opnå autorisation som dansk læge, og det er det, jeg er«, siger Rana Bibi.

Og som sådan kan hun også blive »pissed off«, når manglende ressourcer, travlhed og sygdom fører til, at en læge må varetage tre funktioner, og en patient »må vente mere end to måneder på svar på en ambulant undersøgelse«.

Rana Bibi kommer fra gode kår i Afghanistan, hvor det var almindeligt, at man levede af familiens penge og sine besiddelser og så i øvrigt koncentreret sig om at blive »en god kone«.

Det sidste bliver der også tid til. Hendes mand arbejder som thoraxkirurg på Rigshospitalet, så lige nu er det mest i weekenden, at hele familien er samlet.

Resten af ugen er Rana Bibi mor til fire og læge på fuld tid.

Dansk læge. ♦

CV

Rana Bibi

- ▶ 43 år, gift med Khalil, thoraxkirurg på Rigshospitalet og mor til fire sønner i alderen 14-18 år
- ▶ 1997: afghansk lægeeksamen
- ▶ 2004: cand.med., KU
- ▶ 2004: uklassificeret stilling, Regionshospital Nordjylland – Frederikshavn
- ▶ 2007: I-stilling i lunge-medicin, Aalborg Universitetshospital
- ▶ 2009: H-stilling samme sted
- ▶ 2014: speciallæge i lungemedicin
- ▶ 2016: overlæge i lungemedicin, Aalborg Universitetshospital

Landets læger kan forvente lavere pensioner. Det skyldes to udviklinger: Den gode er, at lægerne ser ud til at blive ældre end tidligere antaget. Den dårlige er, at udsigten til de høje afkast, der skal sikre lægerne store pensioner, er dystre.

Lægernes valg: spar op eller skær ned



Bente Bundgaard, bbu@dadl.dk
Foto: Lægernes Pension

EFTER ARBEJDSLIVET

De lægelige repræsentanter i Lægernes Pensions Bestyrelse opfordrer i et debatindlæg (side 546) til, at de nye overenskomster – også – kommer til at handle om pensionsbidrag. Det er der en god grund til.

I 2016 fik Lægernes Pension et afkast på 8,5 pct. af investeringerne. Men ifølge pensionskassen er det i dag mere realistisk at forvente et fremtidigt afkast på 4,6 pct. om året. Det er næsten halvdelen af den forrentning, som pensionskassen i gennemsnit har haft siden etableringen i 1946.

Ifølge pensionskassens direktør, Chresten Dengsøe, er forklaringen enkel: Den lave rente, som har forgyldt danske boligejere i snart to årtier, gør det samtidig sværere at få et højt afkast af pensionsformuerne.

»Siden 1990'erne er renten stort set kun gået ned, så vi i dag er tæt på nul. Prisen på penge har aldrig været lavere, og når man som pensionsselskab og investor lever af at stille penge til rådighed mod betaling, er det en skidt udvikling. Men det er også en virkelighed, som vi er nødt til at indrette os efter. Vi kan ikke sidde med hænderne i skødet og vente på, at det klarer op i horisonten. Derfor skruer vi nu ned for forventningerne til afkastet, og det giver lavere pensioner. Nogle vil måske undre sig og indvende: Hvorfor så negative, fik I ikke 8,5 procent i afkast sidste år? Jo, det gjorde vi, og det skal vi glæde os over. Men det kan vi bare ikke regne med fremover«.

Hvor meget mindre bliver pensionen for fremtidens pensionistlæger egentlig?

»Det er meget vanskeligt at svare på for en ung læge. Pensionsprognosen ændrer sig gennem årene i takt med, at vores forventninger til fremtidigt afkast og levetid bliver justeret. Men for ældre læger, der nærmer sig pensionsalderen, er det mere sikkert, at tallene i prognosen rammer tæt på den faktiske pension. Hvis du har 10-15 år til pensionen, forventer vi et fald på 5-10 pct., mens det for de yngste læger kan være op til 20 pct. Men som sagt: Jo længere tid, der er til pensioneringen, jo større er usikkerheden«.

Hvor sikre kan lægerne være på, at der ikke kommer nye nedsættelser af deres pension senere?

»Det er vanskeligt at sætte sandsynligheder på. Prognoserne er vores bedste bud på, hvad du kan regne med at få i pension, som tingene ser ud i dag, men de er forbundet med usikkerhed. Sammen med de øvrige danske pensionsselskaber arbejder vi på at tydeliggøre denne usikkerhed i prognoserne«.

I har tidligere haft langt højere forventninger til afkastet – hvordan kan I regne så galt? Den lave rente er jo ikke noget nyt fænomen.

»Pensionsopsparing er jo meget langsigtet. Vi tager vare på medlemmernes opspa-



Direktør i Lægernes Pension, Chresten Dengsøe, vil gerne have lægerne til at tage stilling til, hvor meget de sparer op til pension.

ring i 50-70 år, når vi regner udbetalingsperioden med. Ændringer i forudsætningerne for prognoserne skal derfor have manifesteret sig over en længere periode, før vi ændrer prognoserne. En ændring i renteniveauet fra det ene år til andet betyder jo ikke, at forventningerne til det langsigtede renteniveau er ændret, og det skal derfor ikke have betydning for pensionsprognoserne. Når det er sagt, så var vi og de andre pensionsselskaber ikke i stand til at forudse så lave renter i så lang en periode.

Medierne bugner af investorer og analytikere, der venter kæmpevækst i aktierne i de kommende år. Så gælder det ikke bare om at poste flere af medlemmernes penge i aktier?

»Ja og nej. Det er rigtigt, at aktier over tid forventes at give et højere afkast, og derfor har vi også skruet op for aktieandelen i takt med, at renten er faldet. Over de seneste fem år er globale aktier fordoblet i værdi. Det betyder også, at de kan blive halveret de næste fem år. Derfor handler det om at finde den rette balance mellem

den større risiko ved at eje aktier og målet om at skabe høje afkast. Og det er lykkedes godt indtil nu.

Næsten 20 pct. af lægernes bruttoløn går til pension, og nu lægger I op til, at de skal betale endnu mere ind. Hvor går den øvre grænse?

»Min opgave som direktør for Lægernes Pension er ikke at diktere folk, hvor meget de skal spare op. Det er op til lægerne og organisationerne at diskutere. Men jeg vil gerne bidrage med at påpege, hvad udfordringen er, og pege på nogle mulige løsninger. Og en af løsningerne er at betale mere

ind. Jo mere du sparer op som ung, jo mere pension får du ud af det på grund af renters rente-effekten. Vi ved naturligvis godt, at man som ung har mange andre prioriteter end at tænke på pensionen, men det ændrer ikke ved, at unge får den største effekt.

Der tales meget om modregning – altså at en høj pension blot medfører, at man mister en masse offentlige tilskud. Kan man ikke spare for meget op?

»Den debat vedrører stort set ikke læger. Problemet med at få modregnet i sociale ydelser er aktuelt for dem med en lille pensionsindtægt, og det gælder ikke lægerne, der som gruppe har de højeste livsvarige pensioner i Danmark. Lægernes pensionsopsparing overstiger typisk grænserne for, hvornår man kan få tilskud fra det offentlige.

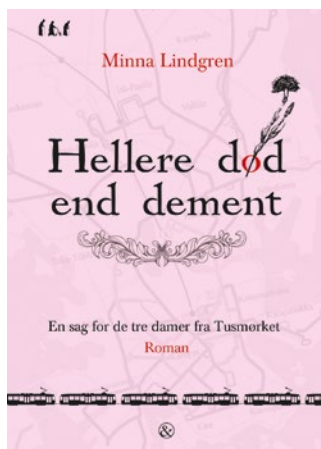
Hvad er dit råd til læger, der har fået – eller kan vente at få – sat pensionen ned med 10, 15 måske 20 pct.?

»Læger, som endnu ikke er fyldt 55 år, skal først og fremmest forholde sig til, hvor stor en del af lønnen de ønsker indbetalt til pension. Læger, som er fyldt 55 år, skal spørge sig selv: 'Skal jeg arbejde længere, kan jeg klare mig for mindre i pension, eller skal jeg spare mere op?'. Vi rådgiver gerne om konsekvenserne, men beslutningen vil vi lade være op til medlemmerne. ♦

» Læger, som er fyldt 55 år, skal spørge sig selv: 'skal jeg arbejde længere, kan jeg klare mig for mindre i pension, eller skal jeg spare mere op?'.

BOGANMELDELSE

Hellere død end dement



Forfatter: Minna Lindgren
Forlag: Jensen & Dalgaard
Sider: 294
Pris: 298 kr.

»Hver morgen vågnede Siiri Kettunen og konstaterede, at hun endnu ikke var død«. Alle- rede i bogens første sætning er rammen sat: Vi er blandt 90+ -årige på et finsk pleje- hjem, med det dystre og ladede navn »Tusmørket«. Minna Lindgren har tidligere beskæftiget sig journalistisk og kritisk med den moderne finske ældrepleje og har vundet Finlands fineste journalistpris for sin artikel om emnet. Historiens tre hovedper- soner, Siiri, Irma og Anna-Liisa, tusser rundt på Tusmørket og har efter Siiris mening overle- vet deres holdbarhedsdato – de er »kommet for sent til døden«. Deres tilværelse består af cana- staspil med ambassadøren og deltagelse i let nedladende Tusmørke-rehabilitering: høre sange fra krigstiden, se sort-

hvide film, klippe-klistre og få »hukommelsestræning«. Da- merne forsøder selv livet med betragtelige mængder rødvin og jævnlig sporvognskørsel. Ensformigheden brydes af de- tektivvirksomhed, da kokken Teo dør på mystisk vis. De tre 90+ -årige er elskelige. Siiri er den stilfærdige og lidt ano- nyme, der dog i ny og næ for- mår at træde i karakter, som når hun er på natlig spionage i Tusmørkets demensafdeling. Her hjupet på vej af et sæt nøg- ler, som er stjålet til damerne af en hjælpsom ridder, med en lidt tvivlsom baggrund: en ung mand, »der er skaldet med vilje og har vinger på ryggen af sin læderjakke«. Irma er en munter festoriginal, der hilser med »kykeliky« og går i fine kjoler, brilliantøreringe og perler »selv

til hverdag«. Anna-Lisa er den klarhjernede tidligere skolelæ- rer, der har bevaret fordums autoritet og gennemslagskraft.

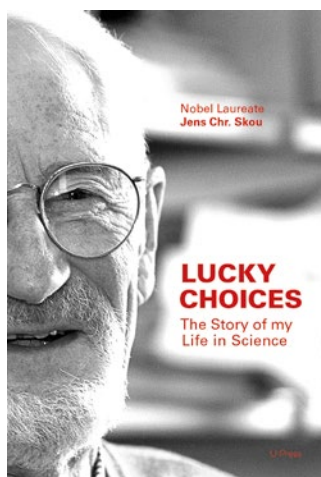
Som skønlitteratur er bogen ikke en sværvægter. Historien er sød, men lidt ensformig, og selvom damerne er indtagende, er persongalleriet lige lovlig karrikeret. Selve kriminalhisto- rien, der omfatter snyd og be- drag af ældre, voldtægt, over- medicinering og brande, folder sig lidt kantet ud. Bogens pri- mære ærinde er en skarp kritik af samfundets respektløse og li- det omsorgsfulde behandling af ældre, der fremstilles som langt de mest snusfornuftige, livsdue- lige og sympatiske personer. ♦

Overlæge, ph.d.
Jeanett Østerby Bauer

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

BOGANMELDELSE

Lucky choices



Forfatter: Jens Christian Skou
Forlag: U Press, 2016
Sider: 255
Pris: 299,95 kr.

I selvbiografien »Lucky choices« tager Jens Christian Skou os til- bage til en tid uden et enzym i cellemembranen, som pumper natrium ud og kalium ind. Gen- nem en række heldige valg, nogle tilfældige, får Jens Chri- stian Skou mulighed for at for- følge et simpelt videnskabeligt spørgsmål, som udsprang af hans interesse for anæstesimid- ler. Derfra går det slag i slag mod en opdagelse, der har æn- dret vores forståelse af cellers energiforbrug og deres spæn- dingspotentiale over membra- ner. Bogen er skrevet i en nær- værende og personlig stil, hvor der ikke lægges støj ind mellem menneskelivet og forskerlivet: De er en og samme størrelse for en sand forsker.

Jens Christian Skou har dog mere på sinde end sig selv og sin succes. Han bidrager med vigtig viden til enhver med fingrene på, i, eller omkring

forskning, og han har på ingen måde mistet fornemmelsen for forskningens skrøbelighed i en politisk verden, hvor ordet fak- tura ofte kobles på. Det sam- lende ord er her *serendipity*, hvilket hverken kan planlægges eller fremdyrkes ved strategiske puslespil. At finde det usøgte kræver slet og ret personligt mod, en del plads og tid samt minimal involvering udefra. De forudsætninger fik Jens Chri- stian Skou, og hans egen nys- gerrighed drev arbejdet frem til opdagelse.

Bogen bør læses af alle læ- ger, der vil fastholde sig selv på at være nysgerrige. Gennem nysgerrighed vil der være ægte interesse for patienter, deres biologiske kompleksitet og de- res lidelser. Nysgerrighed er krumtappen i intellektuelt forskningsarbejde, og den kan ikke erhverves gennem kurser eller for den sags skyld gennem

ambitioner. Den kan dog gen- findes i bogen, og hvis man tør lukke ned for indre og ydre støj- kilder, kan det være præcis der, det usøgte begynder: Tilsat lidt held kan det jo blive til noget.

Bogen er også et *must-read* for mennesker, der arbejder for at bedre forskningens vilkår i Danmark. For den indeholder stor erfaring for, hvad der vir- ker, og hvad der ikke virker. Med Jens Christian Skous ord står han frem og forklarer, at samling af forskningsindsatser i store grupper faktisk er et »anathema« for kreativ forsk- ning, hvor originalitet og enga- gement kommer af at arbejde med sine egne idéer. ♦

Jens Peter Gøtze,
Klinisk Biokemisk Afdeling,
Rigshospitalet

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

Doktor Bagges anagrammer



Forfatter: Ida Jessen
Forlag: Gyldendal
Sider: 160
Pris: 199,95 kr.

I 1927 får doktor Vigand Bagge en opfordring fra Ugeskrift for Læger til at skrive et bidrag til en antologi med titlen »Fra Doktorstolens Tid«.

Jo mere konkret og personligt, jo bedre, skriver redaktøren. Morsomt at få, fra samme Ugeskrift, Vigands netop konkrete personlige natlige fortællinger til anmeldelse.

Han sendte aldrig noget til redaktøren

Vigand er distriktslæge i et stort distrikt i Jylland med bopæl i Thyregod. Konsultation om formiddagen. Mange sygebesøg resten af dagen. Ved årtusindskiftet med doktorstolen fastspændt på en hestevogn. Siden i bil. Om natten skriver han de sider, som denne bog består

af. Af og til morer han sig med at lægge anagrammer: »Doktorstolen – Knoldet torso – Lortet ond sko«.

I 1904 gifter han sig med den næsten 20 år yngre friskolelærerinde Lilly Høy. Hun kommer til Thyregod fuld af energi og mod på nyere pædagogiske metoder. Ingen salmesang og udenadslære. Vigand støtter hende og kommer selv på skolen for at koppevaccinere børnene og tale om hygiejne.

Hvad er det, Vigand fortæller os om lægelivet, sin hustru, sine forældre og om sig selv for snart 100 år siden?

Vigand er en samvittighedsfuld læge. En autoritet optaget af at forbedre hygiejnen hos bønder og fattigfolk. Men også temperamentsfuld, arrogant og sarkastisk. Han er ikke let at komme ind på. Hans værn mod andre inklusive hans hustru er også et værn mod ham selv.

Han bærer på en trist hændelse. Han er kommet til at injicere inficeret serum til fem børn med difteritis. De dør alle. »Der er de forglemmelige dødsfald, og så er der dem, man ikke kommer af med«, skriver han et sted.

Han er god til at iagttage, god til at glo, som han siger. »Det menneske fangede mit blik« om første gang, han ser Lilly. »Jeg blev interesseret i hende. Ikke forelsket. Nej, jeg fæstnede mig ved hende på en mere metodisk måde«. Parret forbliver barnløst. Rører de overhovedet ved hinanden?

En skovtur en sommerdag og et ophold på Grand Hotel i Vejle, hvor han skal holde foredrag, er to situationer som kunne være intime, men ikke bliver det. Han trækker sig. »Hun fortæller sine historier i håb om at få mig til at fortælle mine. Det er underligt med mennesker. De tror, at gør de

noget for en anden, bliver de mødt med noget tilsvarende«.

Strejf af lykke oplever han kun, når han er alene. Et hvil i en grøftkant på vej til et sygebesøg. I haven en lun septemberaften efter at Lilly er gået. »Sentimentalitet – Til sen natte-time« lyder et af hans anagrammer. Flere steder i papirerne er der hændelser, hvor han reagerer med vrede. Han kommer i tanke om en hændelse fra doktorstolens tid. Et natligt sygebesøg. Stolen skal fæstnes til hestevognen med jernkæder. Så snart hesten hører kæderne rasle, stikker den af med vogn og det hele. Kusken efter. Det sker hele tre gange. Doktor Vigand bliver vred. »Jeg lå og suttede på min retfærdige vrede. Den smager alt for godt«.

Fortællingen minder i sin groteskhed om Kafkas novelle »En landsbylæge«.

Vigand skriver om sin barndom i apotekergården i Sønderborg. Han hadede sin morfinbrugende mor og elskede sin far. »Jeg var ikke noget svært barn. Jeg beundrede min far så højt. Han behøvede ikke at se i min retning – at han fandtes var nok.«

Læg mærke til Ida Jessens præcise og intuitive sprog. Ingen unødige metaforer i hele bogen. På højde med Alice Munro (nobelpristager i 2013), der i novellen »Øjet« skriver om sin mor:

»Og huset havde været fyldt af min mor, hendes fodtrin, hendes stemme, hendes duft. Lidt som pudder, og alligevel ildevarslen. Den lå i alle stuerne, også når hun ikke var der«.

Vigand bliver syg og er klar over, at det er til døden. Han magres, og der er blodige diaréer. Han vil skrive til Lilly, men kan ikke. »Til dig« er det eneste forsøg. Han lægger et sidste

anagram: »Lilly og Vigand – Lovgyldig lian«.

Papirerne, som altså udgør denne bog, sender han til frøken Neergaard, den sygeplejerske, der var vidne til hans injektion af det inficerede serum. Afvisende og sarkastisk til det sidste. »Så kan hun lave et festligt bål i haven. En sodplet i panden har hun fortjent«.

Den lille bog er læst på et par timer. Men der er mange udforskningmuligheder for læseren til lang tid. Lilly har skrevet sin egen dagbog. Den kan læses i Ida Jessens: »En ny tid«. ◆

Læge Claes Kjær
E-mail: claeskjaer@dadlnet.dk
INTERESSEKONFLIKTER: ingen

🔊 Hør et interview med Ida Jessen på Ugeskriftets podcast, som du finder i PodCast appen eller på Ugeskriftet.dk/Se og lyt.

Gys – er den levende?

Udstilling på Arken den 4.2.-6.8.2017



Lige nu udstiller Arken 36 værker af 31 kunstnere. En udstilling, som er interessant for Ugeskrift for Lægers læsere, da den beskæftiger sig med grænsefladerne mellem kunst og teknologi i forhold til menneskekroppen.

Temaet er hyperrealisme, tredimensionelle figurer fremstillet så livagtigt, at de skaber en illusion om at være virkelige. Udstillingen beskæftiger sig også med fænomenet cyborg: en sammentrækning af *cybernetic* (kybernetisk) og *organism*, krydsning mellem menneske og maskine.

Hyperrealismen, det at skulptere det perfekte menneske, har optaget kunstnere til alle tider, men opstod som decideret retning i 1960'erne. Flere af kunstnerne har arbejdet med *special effects* fra filmindustrien.

Cyborgen befinder sig altså i grænselandet mellem menneske og maskine. Den teknologiske udvikling går hurtigt, og hver dag kommer nye muligheder. Genteknologien kan skabe

fostre med forudbestemte gener, vi udvikler mere og mere intelligente computere, og robotteknologien er under rivende udvikling.

Et stærkt indtryk fra udstillingen udgøres af en gammel kvinde, der holder et spædbarn – hendes udtryk er så ømt og smukt og taget ud af øjeblikket, så man må stoppe op og blot være i det øjeblik sammen med hende. Hver en detalje er lavet til perfektion, hudens små farveforandringer ses, og hver en rynke står frem.

Også Trampedachs opstilling fra 1977 er fascinerende. En mand står i en telefonboks, en kvinde står sammenbidt ventende udenfor. Der er problemer. Man drages ind i sceneriet og det drama, det repræsenterer.

Kæmpebabyen i det store rum er uhyggelig og ubestemmelig. Det er en baby og alligevel ikke, ansigtet er som en gammel mands ...

En af skulpturerne er en lille
nuttet troldebaby med mærke-

lige lemmer, den er ubestemmelig og både tiltrækker og frastøder. Idéen til den opstod, da kunstneren så en mus klonet med et menneskeøre på ryggen

Rettelse

I det seneste nummer af Ugeskrift for Læger var der på grund af tekniske problemer forsvundet et større afsnit af teksten i historien om Anders Troelsen. Du kan læse historien i sin fulde længde på Ugeskriftet.dk/nyhed/anders

Ugeskrift for Læger beklager. ♣

[illegible]

for at kunne udvikle et nyt
organ.

Udstillingen rejser spørgsmål om den teknologiske udvikling i forhold til menneskekroppen og de utallige etiske dilemmaer, vi står over for, fordi teknologien hele tiden flytter på grænserne for menneskets væren. Det bedste ved udstillingen er dog at vise fascinationen af menneskekroppen både som den smukke, perfekte krop og kroppen forvrænget af tid, af opløsning og af teknologiens muligheder. 🍷

Vibeke Rønn Simonsen
E-mail: visimonsen@dadlnet.dk
INTERESSEKONFLIKTER: ingen



For 100 år siden var lægerne uenige om vinterbadningens effekt på helbredet. Det er de stadig.

Vinterbadning – sundt eller farligt?

Er vinterbadning sund eller skadelig? I 1918 rasede der igennem flere måneder en debat om emnet i Ugeskrift for Læger.

Læge Poul Iversen, bestyrelsesmedlem i Dansk Svømme- og Livredningsforbund, tog selv kraftigt afstand fra vinterbadning. Og når forbundet ligefrem ville arrangere vinterkapsvømning, måtte han stille sig »absolut afvisende« og fralægge sig »ethvert Ansvar for de Sygdomme, Deltagerne eventuelt maatte paadrage sig«.

Vinterbaderne kaldte sig »vikinger«. De mente, at den iskolde dukkert fik blodet til at rulle raskere i årerne. Gottlieb Paulsen melder sig i debatten som »alm. Læge og Viking«. Han anser vinterbadning for »gavnlig ved mange Svækkelsestilstande og Sygelige Tilstande«, hvis den udøves med omtanke og efter opvarmning. Særligt gavnlig er det kolde gys »ved aandelig Overanstrengelse, ved Neurastheni og ved visse former for Stofskifteanomalier, f. Eks. Urinsyreidatiotese«. På basis af egen erfaring kan Gottlieb Paulsen oplyse, at virkningen er »fortrinlig«.

Dr.med. Hans Jansen, »Leder af Bade- og Massageklinikken paa Bispebjerg Hospital« er enig i, at nogle kan have gavn af vinterbadning, »men den rummer Farer«. Thi de kulderystninger, der »fremkalder krampagtige Muskelkontraktioner og Sitren i alle Lemmer« slider på sener og muskler og medfører fiber-

sprængninger, som kan lede til »Rheumatisme«. Kort sagt Jansen kan ikke anbefale vinterbadning som en »almindelig Sport«.

Så dukker læge Ove Hamburger op og præsenterer sig som »mangeaargig Viking«. Der findes, skriver han, mange vrangforestillinger blandt folk, der ikke selv har prøvet at vinterbade og oplevet det dermed forbundne velbehag. Og han kan forsikre dr. Jansen om, at blandt hundreder af »Vikinger« i alle aldre, fra fem til 82 år, har han aldrig set nogen sitre og skælve – på nær én, som også var »en lille mager Person, som i høj Grad var kyfoskoliotisk; han rystede som et Espeløv under Badet« – men havde det altid

godt bagefter og var aldrig syg.

Dr. Jansens hypotese om muskelsprængninger må derfor anses for »ganske uholdbar«, medmindre han fremlægger statistisk belæg for, at den slags optræder hyppigere hos »Vikinger« end hos andre.

Dr. H.P. Lund er leder af Bade- og Massageklinikken paa Kommunehospitalet, og han er enig med svømmelæge Poul Iversen i at fordømme vinterkapsvømning. Da han selv i sin tid sad i Svømme- og Livredningsforbundets bestyrelse, havde han »til enhver Tid bekæmpet Tanken om Vintersvømning«.

I nogle tilfælde kan vinterbadet sikkert være harmløst, ja tilmed anbefalelsesværdigt. Men det er et tveægget sværd! – og formentlig uden terapeutisk værdi. Så Lund må advare svømmeforbundet mod at indføre vinterkapsvømning. Sker det, »da maa vi raabe Vagt i Gevær og tage vore Forholdsregler«, slutter han.

Og diskussionen fortsætter. Paulsen parerer Lunds angreb og spørger, om sommerkapsvømning monstro er mindre risikabel end vintersvømning. Deltagerne er jo sunde sportsmænd, der er vant til en daglig, kold dukkert, og vinterkapsvømning over 20-40 meter kan jo måles i sekun-

der, fastslår Paulsen og sætter trumf på: »Hvad mener De f. Eks. om Sommerkapsvømning over 500 Meter med 10-12 Min.s Ophold i Vandet? Tror De, at den er saa ufarlig ... Hvad mener De om at styrte sig paa Hovedet i Vandet fra 10 Meters Højde?« osv. osv.

Nu har Paulsen skrevet sig varm: Hvad med f.eks. boksning, brydning, løb og fodbold, hvor kroppen også udsættes for lidt af hvert? Det ville ingen vel drømme om at bandlyse. Men skal vinterkapsvømning bortdømmes som sport, skal det andet vel også!

»Hvor der handles, dér spilles«, skriver Paulsen og fortsætter, at »det kan jo ikke være Meningen, at Læger skal gøre Front mod 'Sporten', selv om der 'spildes' lidt hist og her«.

Og mens 1. verdenskrig kværner blodigt videre ude i Europa, raser diskussionen i Ugeskriftet om vinterbadningens gavnlige eller skadelige virkninger, uden at man når til en afklaring. I dag, 99 år senere, er afklaringen ikke kommet nærmere. ♦

Medlemmer af vinterbadeforeningen Isbjørnen, Aalborg i 1920'erne. Foto: Aalborg Stadsarkiv



Bækkenbundstræning til forebyggelse mod pelvic organ prolapse

Randomiseret kontrolleret studie viser, at bækkenbundstræning hos kvinder med prolapsgener kan resultere i en ikkeklinisk signifikant bedring af prolapsrelaterede symptomer.

I en nyligt publiceret britisk/newzealandsk randomiseret undersøgelse inviterede man kvinder fra et longitudinelt studie af bækkenbundsfunction efter fødsel til at deltage i et randomiseret studie af en-til-en-bækkenbundstræning (BBT) med fysioterapeut + pilatesbaseret BBT + DVD-baseret hjemmetræning versus prolapslivsrådgivning pr. pjece. Kvinderne havde alle > grad 1-pelvic organ prolapse (POP), men kun 1 (< 1%) kvinde havde grad 3-POP, og kun 12 (3%) havde grad 2-POP til under hymen. Ingen af kvinderne havde henvendt sig til læge mhp. behandling af prolapsen. Efter to år med ovenstående program fandt man signifikant, men ikkeklinisk betydende forskel mht. prolapssymptomscore i et valideret

spørgeskema (POP-SS). Score for POP-SS var hhv. 3,2 ($\pm$ SD 3,4) i interventionsgruppen og 4,2 ($\pm$ SD 4,4) i kontrolgruppen. Maks.-score i POP-SS er 28. Den klinisk betydende forskel i score, som forskergruppen havde defineret på forhånd, var 1,5. Der var ikke forskel i bother score mellem grupperne. Det omtalte studie viser, at man med små POP kan holde symptomerne stationære i to år ved maksimal træning af bækkenbunden. Langtidsopfølgning af interventionen er ikke kendt. Forskergruppen konkluderer, at studiet er vigtigt for kvinder og sundhedspersonale mht. planlægning af præventive strategier mod POP.

Overlæge Helga Gimbel, Nykøbing F. Sygehus, vurderer: »I Danmark opereres ca.

4.000 kvinder årligt med POP. Hvis disse kunne forebygges, ville man løse et problem. Et Cochranereview har vist, at resultater af studier af BBT for POP-symptomer er divergerende. I et dansk randomiseret kontrolleret studie findes ingen forskel på symptomscore hos kvinder med POP behandlet med hhv. BBT og struktureret livsstilsrådgivning. BBT er kostbar og tidsrøvende, og langtids effekten kendes ikke. Det er tvivlsomt, om det er cost-effective og ønskeligt fra patientside at indføre en sådan præventiv foranstaltning«.

Hagen S, et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2017;389:393-402.

INTERESSEKONFLIKTER: ingen.

Trafik og demensrisiko

En canadisk undersøgelse baseret på over to mio. mennesker viser en dosis-respons-sammenhæng mellem afstanden fra ens bolig til en trafikeret vej og risikoen for at udvikle demens.

Tidligere eksperimentelle undersøgelser har vist, at udsættelse for høj grad af luftforurening, som ozon og fine partikler, øger organismens oxidative stress og er associeret til neuroinflammation og neurodegeneration. I det nye studie, der er publiceret i *Lancet*, har canadiske forskere undersøgt, om der er sammenhæng mellem at bo tæt på en stærkt trafikeret vej og incidens af demens, Parkinsons sygdom og multipel sklerose. På baggrund af ca. 250.000 nydiagnosticerede tilfælde af demens fandt de, at personer, som boede tættere end 50 meter fra en trafikeret vej, havde en ca. 7% højere risiko for at udvikle demens i løbet af den 11-årige observationsperiode end dem, som boede mere end 300 m fra vejen. Per-

soner, som boede 50-100 m fra en trafikeret vej, havde en risiko som lå midt imellem de to yderpunkter (ca. 4% øgning). Der var ingen sammenhæng mellem Parkinsons sygdom og multipel sklerose og afstanden mellem bopæl og en trafikeret vej.

Lektor Zorana Andersen, Københavns Universitet, kommenterer: »Dette er et vigtigt studie baseret på hele den canadiske befolkning. Fundet passer godt med den eksisterende viden om sammenhæng mellem apopleksi og såvel luftforurening som trafikstøj. Apopleksi resulterer i øget risiko for demens. Studiet har dog en svaghed, idet der ikke kan skelnes mellem, om det er luftforurening eller støj fra trafikken, der øger risikoen. Forskerne har justeret for luftfor-

urening, som delvist forklarer sammenhængen med demens, men har ikke adgang til data om trafikstøj. Derfor er der brug for flere studier, der kan opklare, om det er luftforurening eller støj fra trafikken, der er den mest relevante risikofaktor for demens. Der findes endnu ikke nogle danske studier af sammenhæng mellem demens og trafik. Til gengæld har man i et stort dansk studie i modsætning til det nye canadiske studie påvist, at trafikrelateret luftforurening øger risikoen for Parkinsons sygdom. Vi har derfor brug for flere studier, som kan bekræfte eller afkræfte de nye fund«.

Chen H, Kwong JC, Copes R et al. Living near major roads and the incidence of dementia, Parkinsons disease, and multiple sclerosis: a population-based cohort study. *Lancet* 2017;389:718-26.

INTERESSEKONFLIKTER: ingen.

Rødt kød øger risikoen for en række sygdomme

Større indtagelse af især forarbejdet rødt kød er associeret til øget risiko for kardiovaskulær sygdom, diabetes og en række kræftformer.

Rødt kød, defineret som svine-, okse-, kalve- og lammekød, er en betydningsfuld energikilde i mange befolkningsgruppers kost. Det bidrager også med flere vigtige næringsstoffer som jern, zink, B12-vitamin og essentielle aminosyrer. På verdensplan er forbruget af rødt kød stigende, specielt på grund af øget indtagelse i udviklingslandene. Inden for de seneste årtier har der været stigende fokus på mulige skadelige effekter af indtagelse af rødt kød. I en ny grundig litteraturgennemgang, hvor forfatteren skelner mellem ferskt og forarbejdet kød, konkluderes det, at en høj indtagelse af rødt kød er signifikant associeret til øget risiko for en række sygdomme, herunder kardiovaskulære sygdomme, diabetes og nogle cancerformer. Resultaterne er base-

ret på prospektive kohorteundersøgelser, og en række mulige årsagsmekanismer diskuteres også. For eksempel viser studierne, at en daglig indtagelse af mere end 50 gram forarbejdet kød er associeret til ca. 20% stigning i incidensen af colon- og pancreascancer og 25-30% øget incidens af kardiovaskulær sygdom og diabetes. Den samlede dødelighed var øget med 22% pr. 50 gram stigning i indtagelsen af forarbejdet rødt kød, og signifikant forøget for både cancerdød og kardiovaskulær død.

Forskningsleder Anne Tjønneland, Kræftens Bekæmpelse, kommenterer: »Forfatteren opsummerer de seneste 5-10 års metaanalyser af sammenhængen mellem indtagelsen af rødt kød, i særdeleshed forarbejdet rødt kød, og de nævnte sygdomme. Det er

tankevækkende, at en høj indtagelse viser øget risiko for ikke kun en række kræftsygdomme, men også for kardiovaskulær sygdom og type 2-diabetes. Der er derfor rigtig god grund til at følge de officielle danske kostråd, om at begrænse indtagelsen af rødt kød til maks. 500 gram om ugen, og kun en lille del af dette bør være forarbejdet kød som bacon, pølser og skinke. Anbefalingerne blev egentlig udarbejdet med henblik på, at begrænse antallet af kræftsygdomme, specielt kolorektal cancer, men de seneste års forskning viser, at hvis befolkningen efterlever kostrådet, vil vi formentlig også kunne reducere en række andre livsstilssygdomme og den samlede dødelighed«.

Wolk A. Potential hazards of eating red meat. J Int Med 2017;281:106-22.

INTERESSEKONFLIKTER: ingen.

Behandling af defekt transportprotein ved cystisk fibrose

Patienter med cystisk fibrose, som behandles med kombinationen af ivacaftor og lumacaftor, oplever færre lungeinfektioner og langsommere nedbrydning af lungefunktionen.

Baggrunden for cystisk fibrose (CF) er en defekt i transportproteinet cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR). Der findes flere genetiske varianter af sygdommen, men i Danmark er ca. 70% af patienterne homozygot (bærere af to ens kopier af) delta-F508-mutationen. Ved sygdommen tilstopper abnormt sejt sekret kirtler og udførsels gange i flere organsystemer. Det går mest ud over lungerne og bugspytkirtlen, og levelængden afhænger af lunge-manifestationerne. Inden for de sidste år er der fremkommet lægemidler, som påvirker funktionen af CFTR. En ny undersøgelse af kombinationspræparatet lumacaftor/ivacaftor til patienter med CF, som er homozygot for delta-F508-mutationen, pooler data fra to tidligere publicerede undersøgelser og rapporterer forløbet af sygdommen. Forfat-

terne rapporterer et langsommere fald i lungefunktionen og færre eksacerbationer.

Overlæge Tacjana Pressler, Rigshospitalet, kommenterer: »Ivacaftor er det første præparat, som selektivt potenserer CFTR-proteinet og korrigerer den defekte CFTR-kanal hos patienter med G551D-mutation i CFTR-genet. Ivacaftor er allerede i brug til patienter med denne meget sjældne mutation. Patienter homozygot for delta-F508-mutationen har praktisk talt ingen protein på cellernes overflade, og derfor er kombinationsbehandling nødvendig. Lumacaftor medfører, at større dele af CFTR-proteinet bliver dannet og transporteret til celleoverfladen, hvor de er tilgængelige for ivacaftors gavnlige virkning. Resultater af de kliniske afprøvninger viser signifikant forbedring af både lungefunktion og BMI, ligesom risi-

koen for pulmonale eksacerbationer reduceres signifikant: 39% reduktion sammenlignet med placebo. Dette afspejles i færre indlæggelser og færre intravenøse antibiotikakure med 56% reduktion sammenlignet med placebo. I løbet af den forlængede behandlingstid på 96 uger faldt lungefunktionen langsommere sammenlignet med matchede patienter fra cystisk fibrose-registeret. Anvendelsen af kombinationsbehandlingen med lumacaftor og ivacaftor er et vigtigt skridt i retning af korrektion af den basale defekt ved sygdommen«.

Konstan MW, McKone EF, Moss RB et al. Assessment of safety and efficacy of long-term treatment with combination lumacaftor and ivacaftor therapy in patients with cystic fibrosis homozygous for the F508del-CFTR mutation (PROGRESS): a phase 3, extension study. Lancet Respir Med 2017;5:107-18.

INTERESSEKONFLIKTER: TP er medlem af advisory board for Xellia, har holdt foredrag for Mylan AB, Vertex Pharmaceuticals (U.K) Ltd, Gilead Sciences International og Raptor Pharmaceuticals Europe BV samt har deltaget i kongresser betalt af Gilead, Mylan og Raptor.

Dårlig inhalationsteknik og akutte KOL-eksacerbationer

I et fransk studie med næsten 3.000 patienter med KOL fandt man dobbelt så høj risiko for alvorlig eksacerbation blandt de patienter, der havde dårlig inhalationsteknik fra deres forebyggende inhalator, som blandt de patienter, der havde god inhalationsteknik.

Den medicinske behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har til formål både at lindre åndenød og at forebygge eksacerbationer. Medicinen skal indtages som inhalation, og der findes på markedet ca. 25 forskellige typer inhalatorer. Det er velkendt, at mange patienter har problemer med at inhalere korrekt, og der bruges mange ressourcer på at vælge den rigtige inhalator til den enkelte patient. I en ny undersøgelse med 2.935 franske patienter med KOL har man undersøgt, om der er sammenhæng mellem dårlig inhalationsteknik og risikoen for akut hospitalskontakt på grund af KOL-eksacerbation. I alt kunne ca. 30% af patienterne ikke håndtere deres inhalator korrekt, og en opfølgning af kohorten viste, at disse patienter havde en ca. dobbelt så høj risiko (OR: 1,9

(95% konfidens-interval: 1,1-3,0)) for hospitalskrævende eksacerbation som patienterne med korrekt inhalationsteknik.

Overlæge Anders Løkke, Lungemedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, kommenterer: »Studiet bekræfter vores viden fra klinikken om, at der er stor forskel på at tage tabletter og inhalationsmedicin, og at man ikke bare kan substituere inhalatorer, da det er rigtig svært for patienterne at tage deres inhalationsmedicin rigtigt. Det kræver grundige og gentagne instruktioner, som man også ender med at konkludere i studiet. I dette studie anvendte kun ca. 25% af patienterne deres inhalator helt korrekt, og ca. halvdelen lavede, uafhængigt af den givne inhalator, klassiske fejl, såsom ikke at tømme lungerne for luft inden inhalation, at inhalere gennem næsen i

stedet for munden og at glemme at holde vejret i nogle sekunder efter endt inhalation. Man kan altid diskutere, hvad der er en kritisk fejl ved inhalationen, men det er alligevel tankevækkende, at antallet af fejl stiger jo mindre information og vejledning, patienterne har modtaget, og at man kan se en sammenhæng mellem inhalationsteknik og akutte eksacerbationer. Det understreger behovet for et større fokus på dette underprioriterede emne. Inhalationsmedicin virker ikke hos patienter, som ikke kan få det ned i deres lunger«.

Molimard M, Raheison C, Lignot S et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017;49:1601794.

INTERESSEKONFLIKTER: Anders Løkke har deltaget i advisory boards, holdt foredrag samt deltaget i kongresser og sponsorerede kurser/undervisning for Almirall, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, GlaxoSmithKline, Norpharma, Novartis og Teva og holdt foredrag for og deltaget i kurser/undervisning sponsoreret af InterMune, Nycomed/Takeda, Orion Pharma og Pfizer. Han har endvidere siddet i diverse arbejdsgrupper, inkl. RADS for KOL, under Sundhedsstyrelsen og RegionMidt samt i bestyrelsen i Dansk Lungemedicinsk Selskab og Danmarks Lungeforening.

Reduceret dosis af non-vitamin K orale antikoagulantia

Dansk registerstudie viser, at dabigatran, apixaban og rivaroxaban i reduceret dosis er omtrent lige så effektive som warfarin til at forebygge blodpropper ved atrieflimren.

Randomiserede kliniske studier har vist, at de nye non-vitamin K orale antikoagulantia (NOAK) er lige så effektive som warfarin til at forebygge blodpropper ved nonvalvulær atrieflimren, medfører en mindre risiko for blødningskomplikationer og kræver ikke monitorering. Ved nedsat nyrefunktion anbefales det at reducere dosis, men evidens for effekten af disse stoffer i reduceret dosis er sparsom. Ved at bruge de omfattende danske registre og følge over 55.000 patienter med nonvalvulær atrieflimren i et år har en dansk forskningsgruppe set på effekt og komplikationer til behandling med NOAK og sammenlignet dem med warfarin. De konkluderer, at der ikke var signifikante forskelle i forekomsten af emboli eller iskæmisk apopleksi imellem NOAK og warfarin.

Blødningskomplikationer var ca. 20% lavere blandt de dabigatranbehandlede patienter sammenlignet med dem, som fik warfarin, mens blødningsrisikoen blandt dem, som fik apixaban eller rivaroxaban, ikke var signifikant forskellig fra warfaringruppen.

Overlæge Jørn Dalsgaard Nielsen, Frederiksberg Hospital, kommenterer: »Forskellene på henholdsvis effekt og sikkerhed af de undersøgte antikoagulantia er generelt små, og de mange sammenligninger giver afgjort mulighed for type 2-fejl. Det ser ud til, at reduceret dosis rivaroxaban er det eneste af de tre NOAK, der medfører signifikant færre tilfælde af iskæmisk apopleksi og systemisk emboli end warfarin, men samtidig tyder resultaterne på, at død forebygges bedre med warfarin end med rivaroxaban

og apixaban. Incidensen af iskæmisk apopleksi og systemisk emboli var højest blandt patienter, der fik apixaban. Det kan skyldes, at reduceret apixabandosis er 50% lavere end fuld dosis, mens reduceret dosis af dabigatran og rivaroxaban kun er 25% mindre end fuld dosis. To af tre kriterier: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller S-kreatininkoncentration ≥ 133 mikromol/l, skal være opfyldt, før apixabandosis reduceres. Der synes at være grund til at advare mod den hyppige praksis med dosisreduktion ved blot ét opfyldt kriterium«.

Brønnum PN, Skjøth F, Søgaard M et al. Effectiveness and safety of reduced dose non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. *BMJ* 2017;356:j510.

INTERESSEKONFLIKTER: JDN har holdt foredrag for Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Leo Pharma og Pfizer og har deltaget i kongresser betalt af Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb og Leo Pharma.

Ny national handlingsplan for demens

Regeringen og satspuljepartierne blev i 2015 enige om at afsætte 470 mio. kr. fra satspuljen 2016-2019 til en ny national handlingsplan 2025. Handlingsplanen skulle tage udgangspunkt i tre målsætninger for demensområdet i Danmark: 1) Danmark skal være et demensvenligt land, hvor mennesker med demens kan leve et værdigt og trygt liv. 2) Behandling og pleje af mennesker med demens skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og værdier og tilbydes i sammenhængende forløb med fokus på forebyggelse, tidlig indsats, nyeste viden og øget forskningsindsats. 3) Pårørende skal inddrages aktivt og samtidig have mere støtte i livet som pårørende. Siden daværende sundheds- og ældreminister *Sophie Løhde* satte arbejdet med handlingsplanen i gang, har mange aktører i hele landet været inddraget i de faglige forberedelser i samarbejde med ministeriet og Sundhedsstyrelsen [1, 2]. Den 26. januar 2017 kunne sundhedsminister *Ellen Trane Nørby* og ældreminister *Thyra Frank* indbyde til et lanceringssymposium på Christiansborg, hvor den færdige plan blev offentliggjort [3].

Planen indeholder konkrete initiativer på fem fokusområder: tidlig opsporing og bedre kvalitet i udredning og behandling; bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering; støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens; demensvenlige samfund og boliger samt øget videns- og kompetenceniveau. Et af de største initiativer er et løft af udredningskapaciteten koblet til reorganisering med færre tværspecialiserede udrednings- og behandlingsenheder efter anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Et andet større initiativ er praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner. Med planen følger også tre tværgående nationale mål, som skal monitoreres frem mod 2025: 1) Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner. 2) Flere mennesker med demens skal udredes, og 80% skal have en specifik diagnose. 3) En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt patienter med demensdiagnose.

Disse mål skal bidrage til at mindske geografisk ulighed i adgangen til behandling og støtte. Som artiklerne i dette temanummer om demens beskriver, er vi nået langt i udviklingen af mere præcise metoder til diagnostik og individuelt tilpasset symptomatisk behandling. Alligevel er kun godt halvdelen af det estimerede antal mennesker med demens udredt,

og blandt dem har mange ikke fået stillet en specifik diagnose (som f.eks. Alzheimers sygdom). Andelen af mennesker, der har demens og tilbydes udredning, kan anskues som en indikator for kvaliteten af den postdiagnostiske støtte. Diagnosen er grundlaget for tilrettelæggelsen af den lægefaglige medicinske behandling og for individuelt tilpasset pleje og omsorg. For patienten (og de pårørende) giver diagnosen mulighed for at forstå sygdommen og selv søge hjælp, at bevare sit netværk, at kunne give udtryk for personlige ønsker til den fremtidige behandling og økonomi samt at få hjælp fra omgivelserne.

Forbruget af antipsykotika er højt i Danmark, ca. 20% af alle ældre med en demensdiagnose får antipsykotika [1], med meget store geografiske forskelle i forbruget fra ca. 10% i nogle områder til over 30% i andre områder [4]. Selv om nogle patienter har behov for behandlingen, er evidensen begrænset, og behandlingen kan være forbundet med risici og bivirkninger. Erfaringer fra andre lande har vist, at en målrettet tværsektoriel indsats kan nedbringe forbruget.

Som led i planen skal der udarbejdes en national forskningsstrategi. Der er meget, vi endnu ikke forstår om de mange forskellige demenssygdomme, og forskningens ultimative mål må være at finde nye veje til forebyggelse og effektiv behandling. Indtil da har vi som læger en vigtig opgave i at udnytte det store potentiale for bedre livskvalitet og funktionsniveau, der ligger i den bedst mulige forebyggelse og behandling af somatisk og psykiatrisk komorbiditet.

Med planens i alt 23 initiativer får hele demensområdet i Danmark et vigtigt løft. Med planen markeres også, at demens er en sygdom, og at mennesker med demens har behov for diagnostik, behandling, pleje og omsorg af god kvalitet. Pårørende, som yder en stor indsats med risiko for eget helbred, får både anerkendelse og bedre støtte.

LITTERATUR

1. Statusrapport på demensområdet i Danmark. Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. <http://sundhedsministeriet.dk/Aktuelt/Publikationer/Statusrapport-paa-demensområdet-i-DK-maj-2016.aspx> (20. feb 2017).
2. Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen. Sundhedsstyrelsen, 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/media/90E7F515A0684681AD101C2DAB7EEE74.ashx> (20. feb 2017).
3. Et trygt og værdigt liv med demens. National Demenshandlingsplan 2025. Sundheds- og Ældreministeriet, 2017. <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Demenshandlingsplan-final-jan-2025.aspx> (20. feb 2017).
4. Zakarias JK, Jensen-Dahm C, Nørgaard A et al. Geographical variation in antipsychotic drug use in elderly patients with dementia: a nationwide study. *J Alzheimers Dis* 2016;54:1183-92.

LEDER

Gunhild Waldemar

Ugeskr Læger
2017;179:V69163

KORRESPONDANCE:

Gunhild Waldemar,
Nationalt Videnscenter
for Demens, Neurologisk
Klinik, Rigshospitalet.
E-mail: gunhild.walde-
mar.01@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-
formular er tilgængelig
sammen med lederen på
Ugeskriftet.dk

Brobygning mellem patienterne og sundhedsvæsenet vil forbedre behandlingen af patienter med demens

LEDER

Frans Boch Waldorff

Ugeskr Læger
2017;179:V69164

Demens er på dagsordenen i denne tid – og med god grund. De 85.000 danskere, som i dag lider af demens, udgør et stort samfundsproblem. Samtidig er der dokumenteret store kvalitetsproblemer på området f.eks. i form af en stor variation i forbruget af psykofarmaka hos ældre demente patienter [1]. Både patienten og dennes netværk er belastet, og der er et øget ressourceforbrug til pleje og sundhed. Alene i Danmark udgør udgifterne til behandling og pleje ikke mindre end 24 mia. kr. om året, anslår Nationalt Videnscenter for Demens på baggrund af svenske tal. Dette tal vil stige voldsomt i de kommende år som følge af den forventede sociodemografi med flere ældre patienter. I dette temanummer om demens er der en række spændende artikler om forskellige temaer i forbindelse med demens. Men kommer al den viden i spil i den kliniske dagligdag?

Igennem de seneste mange år er der udgivet en lang række kliniske vejledninger, rammeplaner samt forløbsprogrammer om demens, og senest er en ny demensplan lanceret på Christiansborg i januar 2017. Planen indeholder ikke kun ord, men både politisk vilje og mange ressourcer til at løfte og forbedre indsatsen. Der er ikke tvivl om, at samarbejdet mellem patient, pårørende, kommune og udredningsenhed mange steder fungerer godt, men der er også eksempler på det modsatte. Den nyeste demensplan har specielt fokus på, at udredningskapaciteten skal øges, samtidig med at kvaliteten af udredningen skal forbedres. Det er naturligvis afgørende, at disse forhold er på plads, hvis indsatsen skal løftes, hvilket understreges af *Hasselbalchs* artikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger [2]. Samtidig har demensplanen også et andet hovedfokus, som handler om at forbedre og understøtte den kommunale indsats. Der er særdeles gode argumenter for, at dette er et vigtigt fokusområde. Et specielt problem er uddannelsesniveauet og personalenormeringen på plejehjem. Personalenormeringen betyder meget for muligheden for at give en ordentlig pleje, og her halter planen noget, hvilket *Lolk & Andersen* berører i en artikel [3].

Men demente patienter lider ikke kun af demens. De lider af samme kroniske sygdomme, som andre patienter, og andelen med multisygdom øges med alderen. Samtidig er demens fundet at være en selvstændig risikofaktor for polyfarmaci [4]. Polyfarmaci

er i sig selv en vigtig risikofaktor for bl.a. indlæggelse og død. Derfor er det vigtigt at have fokus på samtidig kronisk sygdom og patientens medicin i forbindelse med behandlingen af demens. Som gruppe betragtet er demente patienter sårbare pga. nedsat evne til egenomsorg og et i forvejen ofte belastet netværk. Dette er nogle af grundene til, at der skal foretages en fokuseret og proaktiv sundhedsfaglig tilgang til demente patienter og deres pårørende. Men hvem skal varetage denne indsats?

I den nationale kliniske retningslinje for demens er almen praksis beskrevet som den helt centrale sundhedsfaglige figur i den samlede behandling af udredte patienter [5]. Patienternes multisygdom skal behandles ved løbende forebyggende konsultationer eller opsøgende hjemmebesøg. Almen praksis er tovholder og skal i samarbejde med forløbskoordinatorer varetage behandlingen. Desværre er netop fokus på almen praksis nedtonet i den nye demensplan 2025, hvilket i mine øjne er en skam.

Selvom mange dygtige praktiserende læger flot løfter opgaven, er der behov for at se på metoder til at evaluere og udvikle den sundhedsfaglige indsats i almen praksis. Det er vigtigt at inddrage patienterne og deres pårørende i denne proces og have en åben dialog om, hvilke fokusområder der skal prioriteres. At lave kvalitetsløft i sygehusvæsenet og i kommunerne uden samtidig at være indstillet på at have fokus på et tilsvarende kvalitetsløft i almen praksis er ikke proaktivt, og det slår skår i glæden over den nye demensplan.

Alle aktører i udredning og behandling af demente patienter og deres pårørende skal inddrages på lige fod for at få det maksimale ud af en mere målrettet indsats. Med andre ord skal vi også huske at bygge broer og ikke kun paladser, hvis vi ønsker en vedvarende forbedring af sundhedstilbuddet til denne gruppe patienter. Det fortjener de!

LITTERATUR

1. Zakarias JK, Jensen-Dahm C, Norgaard A et al. Geographical variation in antipsychotic drug use in elderly patients with dementia: a nationwide study. *J Alzheimers Dis* 2016;54:1183-92.
2. Hasselbalch SG. State of the art udredning af demens. *Ugeskr Læger* 2017;179:V09160696.
3. Lolk A, Andersen K. Udredning og behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente. *Ugeskr Læger* 2017;179:V10160740.
4. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:104-9.
5. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.

KORRESPONDANCE:

Frans Boch Waldorff,
Forskningsenheden for
Almen Praksis,
Syddansk Universitet.
E-mail:
fwaldorff@health.sdu.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

Demens

I Danmark skønnes det, at mere end 80.000 personer er ramt af demens, og at 400.000 er nære pårørende til et menneske med demens. I januar holdt regeringen og satspuljepartierne et lanceringssymposium for den nyligt publicerede nationale demenshandleplan 2025, der er udarbejdet i erkendelse af, at demensområdet har brug for en samlet indsats. De overordnede målsætninger er at gøre Danmark til et demensvenligt land, at pleje og behandling skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og værdier, samt at pårørende skal inddrages aktivt. På baggrund af forslagene i planen har regeringen ved satspuljeaftalen for 2016 afsat 470 mio. kr. til udmøntning af konkrete initiativer – bl.a. tidlig opsporing, bedre kvalitet i udredning og behandling samt bedre pleje, omsorg og rehabilitering.

Ugeskrift for Læger sætter med dette nummer fokus på demens. De hyppigste typer adfærdsforstyrrelser ved demens og *state of the art*-udredning gennemgås, og behandling af kroniske sygdomme hos demente patienter, herunder polyfarmaci og palliativ indsats, beskrives. Derudover gennemgås forskning i, hvordan stimulation af selvbiografiske erindringer kan øge velvære og livskvalitet hos demente.

God læselyst.

Lene Agersnap & Jeanett Bauer
Redaktører

State of the art-udredning af demens

Steen Gregers Hasselbalch

Demens er betegnelsen for en svækkelse af hjernens intellektuelle funktioner, oftest kombineret med adfærds- og personlighedsændringer, som tilsammen påvirker det daglige funktionsniveau (definition fra ICD-10). Demenssymptomer ses ved demenssygdomme (som følge af neurodegeneration og/eller vaskulære skader), men forekommer også ved en række andre tilstande, der kan give et demenslignende billede. Hyppige årsager til demenslignende symptomer er depression, delirium og alkoholmisbrug. Også vitaminmangel, stofskiftesygdomme, langvarige stresstilstande og rumopfyldende processer i hjernen kan medføre demenslignende symptomer. Formålet med demensudredning er derfor at fastslå, om der foreligger kognitiv dysfunktion og i givet fald årsagen til denne. Behandlelige årsager til kognitiv dysfunktion bør afklares og behandles så hurtigt som muligt. Tidlig udredning vil også være en forudsætning for, at personer, som har en fremadskridende demenssygdom, kan få relevant behandling, støtte og rådgivning. For supplerende oplysninger henvises til [1].

Alle fagpersoner bør have fokus på tidlig opsporing af mulig demens og tilskynde til henvendelse til patientens praktiserende læge, som bør koordinere udredning, behandling og støtte. Tidlig opsporing betyder *ikke* generel screening for demens, men at alle fagpersoner er opmærksomme på symptomer på demens og tager henvendelser vedrørende disse alvorligt.

BASALT UDREDNINGSPROGRAM

Det basale udredningsprogram varetages af praktiserende læger og speciallæger i neurologi, geriatri eller psykiatri på sygehusafdeling i samarbejde. Udredningens omfang må afhænge af anamnese, symptomer og fund, men nedenstående basale program er et minimum.

Den udredende læge skal optage grundig anamnese med både patient og pårørende for at få afklaret debutsymptomer, udvikling af symptomer og patientens evne til at udføre dagligdags opgaver (ADL). Det er vigtigt at gennemgå patientens komorbiditeter, medicin- og alkoholforbrug samt vurdere personligheds- og adfærds-

STATUSARTIKEL

Nationalt Videnscenter
for Demens, Neurologisk
Afdeling, Neurocentret,
Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2017;179:V09160696

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Tidlig opsporing af demens indebærer, at lægen er opmærksom på symptomer og foretager en grundig basal udredning.
- ▶ I tvivlstilfælde (tidligt indsættende eller atypiske symptomer og forløb) kan supplerende udredning øge den diagnostiske sikkerhed.
- ▶ Nye skanningsteknikker kan bidrage til bedre diagnostik og monitorere sygdomsprogressionen.

ændringer og stemningsleje. Psykiske og adfærdsmæssige symptomer kan evt. vurderes struktureret vha. forskellige skalaer [1]. På samme måde kan strukturerede ADL-skalaer være en hjælp [1]. Kognitive funktioner skal vurderes ved hjælp af f.eks. Mini-Mental State Examination (MMSE). Faktorer som alder, uddannelsesniveau, begavelsesniveau og sprogfærdigheder har væsentlig indflydelse på præstationsniveauet [2] og må indgå i vurdering af MMSE-scoren. Er der tale om lette eller atypiske symptomer eller forløb, komplicerende komorbiditeter eller andre forhold, der gør diagnosen usikker, bør patienten have foretaget supplerende udredning. Til afklaring af evt. komorbiditet, der kan påvirke de kognitive funktioner, anbefales følgende niveauer målt i blodprøver: sænkingsreaktion/C-reaktivt protein, hæmoglobin, erythrocytter, trombocytter, natrium, kalium, kalcium (albuminkorrigeret eller ioniseret), glukose, evt. glykeret hæmoglobin, kreatinin, alaninaminotransferase, thyroideastimulerende hormon, folat og B₁₂-vitamin foruden at der blev foretaget leukocyt- og differentieltælling [1]. Der bør tages ekg som led i almindelig screening for komorbiditet og for at afklare, om patienten evt. kan tåle behandling med kolinesterasehæmmer.

Alle personer, som undersøges for kognitiv dysfunktion, skal udredes med strukturel skanning. Det væsentligste formål med strukturel skanning i forbindelse med basal udredning er: 1) at udelukke andre, behandlelige årsager, f.eks. intrakranial tumor, blødninger (f.eks. subduralt hæmatom) eller hydrocefalus og 2) at afsløre eventuelle vaskulære læsioner (infarkter eller iskæmiske skader) som årsag til den kognitive dysfunktion. Det er også muligt – selv med CT – at påvise specifikke neurodegenerative forandringer (lokaliseret atrofi), der kan lede til diagnosen [2, 3]. Især kan atrofi af de mediale temporallapper understøtte diagnosen Alzheimers sygdom (AS). Denne atrofi kan bedst påvises på koronale snit (**Figur 1**). CT kan således anvendes som led i basal udredning, men MR-skanning giver ofte supplerende oplysninger. Sensitivitet og specificitet af kliniske diagnosekriterier for AS over for andre demenssygdomme på baggrund af ovenstående basale udredningsprogram er i en metaanalyse fundet at være hhv. 79% og 73%, når referencen er histopatologisk verificering af AS-patologi [4].

SUPPLERENDE UDREDNINGSPROGRAM

Hvis der efter det basale udredningsprogram fortsat er usikkerhed om diagnosen, bør man foretage supplerende undersøgelser. Supplerende udredning kan omfatte vurdering foretaget af en anden speciallæge (neurolog, psykiater, geriater) og andet fagpersonale (neuropsykologer, sygeplejersker, ergo- eller fysioterapeuter) samt supplerende undersøgelser (skanninger, lumbalpunktur med undersøgelse af cerebrospinalvæske (CSV), EEG m.m.). I denne sammenhæng giver udredning af yngre personer med demens, etniske minoriteter og udviklingshæmmede med demens særlige udfordringer, som oftest forudsætter særlig erfaring. Nedenfor omtales kun de mest anvendte undersøgelser.

Neuropsykologisk undersøgelse

Der er to grunde til at foretage en mere præcis vurdering af de kognitive funktioner: Den ene er, hvis der er tvivl om tilstedeværelsen af kognitiv svækkelse, og den anden er, hvis der er tvivl om årsagen til en kognitiv svækkelse (dvs. i differentialdiagnosen mellem forskellige årsager). Testning omfatter vurdering af dysfunktion på en række domæner (f.eks. hukommelse, sprog og styringsfunktioner), typisk ved hjælp af flere test for hvert domæne, hvor neuropsykologen kan tage højde for f.eks. alder og uddannelse ved hjælp af normværdier. Testbatteriet tilrettelægges af den enkelte neuropsykolog afhængigt af problemstillingen og tager oftest omkring to timer.

MR-skanning

MR-skanning giver bedre mulighed for at vurdere lokaliseret atrofi og iskæmiske læsioner, end CT gør, men kun i få studier har man sammenlignet de to skanningstyper hos relevante patientgrupper. I en stor metaanalyse fandt man MR-skanningssensitivitet og -specificitet for AS i blandede demenspopulationer på hhv. 88% og 77% [4]. Det kan anbefales at anvende MR-skanning hos yngre personer eller ved atypiske forløb eller symptomer. Både atrofi (især af den mediale temporallap på koronale snit) og subkortikale vaskulære læsioner kan med fordel vurderes ved hjælp af simple visuelle skalaer [3], således at bedømmelsen af disse standardiseres, når de videreformidles fra radiologer til de udredende læger.

Funktionelle skanninger

Funktionelle skanninger omfatter funktionel MR-skanning (fMRI), PET og SPECT. Især PET med anvendelse af glukoseanaloge fluorodeoxyglukose (FDG) som sporstof (PET-FDG) er hyppigt anvendt til demensudredning, idet reduktion af glukoseoptagelsen kan ses tidligt i karakteristiske områder i cortex ved flere neurodegenerative sygdomme (**Figur 2**). Da reduktion af glukoseoptagelsen har ganske høj sensitivitet og speci-

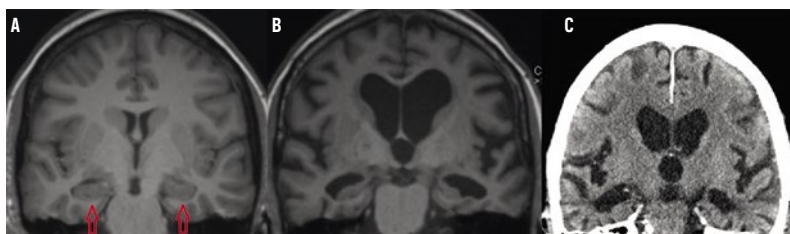
ficitet for AS i blandede demenspopulationsstudier (hhv. 87% og 77% [4]), kan PET-FDG således anvendes til afklaring af, om der foreligger tegn til neurodegenerativ sygdom hos en person med lette eller tvivlsomme symptomer, eller til differentialdiagnostik mellem forskellige demenssygdomme. Nyere undersøgelser tyder på, at man ved fMRI med måling af kortikal blodgennemstrømning (*arterial spin labeling* (ASL)) opnår samme diagnostiske sikkerhed som ved PET-FDG [5], men metoden er fortsat behæftet med metodologiske vanskeligheder og har endnu ikke vundet rutinemæssigt indpas i diagnostikken. Fordelen ved MRI-ASL er naturligvis, at man kan foretage samtidig strukturel og funktionel skanning, og at man undgår at udsætte patienten for radioaktiv stråling.

SPECT med anvendelse af sporstof, der bindes til dopamintransporteren (SPECT-DAT) er en sensitiv metode til påvisning af dopaminerg dysfunktion ved sygdomme i basale ganglier og er især anvendelig, når man skal skelne mellem neurodegenerative sygdomme med og uden basalganglieinvolvering (f.eks. AS fra *Lewy body*-demens) [6]. Lav sporstofoptagelse i basalganglier målt med SPECT-DAT indgår som et supple-

rende kriterie i de kliniske kriterier for *Lewy body*-demens [7]. Vha. SPECT-DAT kan man imidlertid ikke skelne de forskellige basalgangliesygdomme fra hinanden (f.eks. *Lewy body*-demens fra atypiske parkinsonismesygdomme).

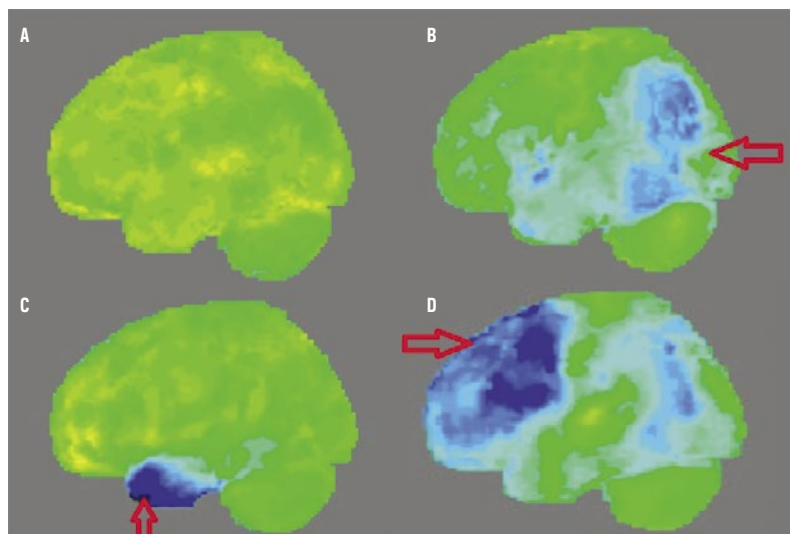
PET med anvendelse af sporstoffer, som bindes til AS-specifik patologi har vundet større udbredelse i de senere år. Fra 2008 har man anvendt PET med beta-amyloidsporstoffet *Pittsburgh compound B* (PiB) i Danmark. Fordelen ved at påvise betaamyloid med PET frem for i CSV er, at PET oftest giver et enten-eller-signal (**Figur 3**), hvor betaamyloid i CSV kan variere som følge af prøvetagningsprocedurer og *assay*-variation. Der er dog ganske god overensstemmelse mellem de to metoder med ca. 85% konkordans [8]. PET-PiB synes umiddelbart at være CSV overlegen, når det gælder påvisning af betaamyloid [8], men især omkostninger og logistik begrænser anvendelsen. PET-amyloidskanning øger den diagnostiske sikkerhed og antallet af patienter, som får korrekt behandling, især hos personer med usikker diagnose [9-11]. Metoden kan således anbefales hos diagnostisk uafklarede patienter med kognitiv dysfunktion, hvor påvisning af AS-patologi får en afgø-

FIGUR 1



Strukturelle skanninger. Koronale snit til vurdering af atrofi af mediale temporal. **A.** MR-skanning fra en rask person. Hippocampi er markeret med røde pile. **B.** MR-skanning fra person med Alzheimers sygdom. Der ses generel kortikal atrofi, men atrofi af hippocampi er meget udtalt. **C.** CT fra person med Alzheimers sygdom. Detaljeringsgraden er dårligere, men også her er hippocampusatrofien tydelig.

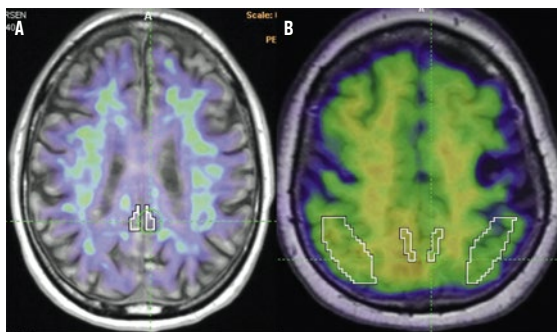
FIGUR 2



Funktionelle skanninger – PET-fluorodeoxyglukose af hjernens glukoseoptagelse. Overfladeprojektioner med den kortikale overflade af venstre hemisfære (frontallap til venstre). **A.** Normal person. **B.** Reduceret glukoseoptagelse i temporo-parietale områder, typisk for Alzheimers sygdom. **C.** Reduceret glukoseoptagelse anterior i temporallappen, typisk for temporal variant (sprogvariant) af frontotemporal demens. **D.** Reduceret glukoseoptagelse i frontallappen, typisk for frontal variant (adfærdsvariant) af frontotemporal demens. Grøn farve: normal kortikal glukoseoptagelse. Blå farve: nedsat kortikal glukoseoptagelse.

 FIGUR 3

Funktionelle skanninger – PET-amyloidskanning. A. Uspecifik let optagelse af amyloidsporstof i den hvide substans hos en rask person. B. Udtalt kortikal optagelse af amyloidsporstof som tegn på kortikal Alzheimer-patologi.



rende betydning for information, rådgivning og behandling [12]. Man kan med stor sikkerhed afklare, om patienter har betaamyloid i hjernen ved en simpel visuel bedømmelse af PET-amyloidskanninger (sensitivitet og specificitet hhv. 98% og 89% [13]), men man skal være opmærksom på, at betaamyloidophobning i hjernen forekommer med stigende hyppighed med alderen hos kognitivt raske personer.

PET med anvendelse af sporstoffer, der bindes til proteinet tau er under udvikling og afprøvning. Tau findes i flere patologiske former og kan ses ophobet ved flere demenssygdomme. Tauophobning er et mere specifikt tegn på neurodegeneration end glukoseoptagelse. Betaamyloidophobning korrelerer dårligt til kliniske symptomer, og tauophobning vil være mere velegnet til opfølgning af sygdomsudviklingen [14]. PET-tau er dog i skrivende stund ikke implementeret i klinikken, og dens rolle i diagnostikken er endnu uafklaret.

Undersøgelse af cerebrospinalvæsken

Undersøgelse af CSF for celler, protein, glukose og oligoklonale bånd kan overvejes ved mistanke om inflammation, infektion eller visse maligne lidelser i centralnervesystemet, eller ved tegn på udbredt hvid substans-sygdom på strukturel skanning [1]. CSV-undersøgelse anbefales også hos patienter med atypiske symptomer eller forløb, hvor der er behov for at afklare, om der er tilstedeværelse af betaamyloid eller neurodegeneration (ved påvisning af tau, fosforyleret tau eller neurofilamentproteiner). Kombinationen af forhøjet niveau af total tau eller fosforyleret tau og nedsat niveau af betaamyloid i CSV øger den diagnostiske sikkerhed for AS over for andre demenssygdomme (sensitivitet og specificitet hhv. 84% og 77%, [4]). Fortolkning af især betaamyloidniveauet i CSV skal som anført ses i lyset af en vis variation i metoden.

ANDRE UNDERSØGELSER

EEG er indiceret ved mistanke om epilepsi som årsag til gentagne tilfælde af forbigående kognitiv dysfunktion

[1]. Genetisk udredning kan overvejes ved forekomst af kendt arvelig demenssygdom hos mindst én person i familien eller ved to eller flere tilfælde af samme demenssygdom hos førstegradsslægtninge, hvoraf mindst én person har haft debut af demenssygdom før 65-årsalderen [1].

KONKLUSIONER

Formålet med udredning for demens er at påvise årsagen til den kognitive dysfunktion. Dette kan føre til behandling af reversible årsager og understøtte en tidlig indsats over for dem, som har en demenssygdom. Mange patienter med typiske symptomer og forløb kan udredes med et basisprogram. Patienter, hvor diagnosen er usikker efter en basal udredning, bør udredes med supplerende undersøgelser. Supplerende undersøgelser kan være med til at øge den diagnostiske sikkerhed, men de enkelte undersøgelser bidrag til denne sikkerhed bør afklares i fremtidige studier.

KORRESPONDANCE: Steen Gregers Hasselbalch.
E-mail: steen.gregers.hasselbalch@regionh.dk

ANTAGET: 24. januar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.
2. Hasselbalch SG, Gyldested C, Sørensen LH et al. Billeddiagnostik ved demensudredning. Ugeskr Læger 2006;168:3415-9.
3. Filippi M, Agosta F, Barkhof F et al. EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. Eur J Neurol 2012;19:e131-40, 1487-501.
4. Bloudek LM, Spackman DE, Blankenburg M et al. Review and meta-analysis of biomarkers and diagnostic imaging in Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis 2011;26:627-45.
5. Tosun D, Schuff N, Jagust W et al. Discriminative power of arterial spin labeling magnetic resonance imaging and 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography changes for amyloid-beta-positive subjects in the Alzheimer's disease continuum. Neurodegener Dis 2016;16:87-94.
6. Brigo F, Turri G, Tinazzi M. 123I-FP-CIT SPECT in the differential diagnosis between dementia with Lewy bodies and other dementias. J Neurol Sci 2015;359:161-71.
7. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology 2005;65:1863-72.
8. Zwan MD, Rinne JO, Hasselbalch SG et al. Use of amyloid-PET to determine cutpoints for CSF markers: a multicenter study. Neurology 2016;86:50-8.
9. Frederiksen KS, Hasselbalch SG, Hejl AM et al. Added diagnostic value of (11)C-PiB-PET in memory clinic patients with uncertain diagnosis. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 2012;2:610-21.
10. Ossenkoppele R, Prins ND, Pijnenburg YA et al. Impact of molecular imaging on the diagnostic process in a memory clinic. Alzheimers Dement 2013;9:414-21.
11. Bensaidane MR, Beauregard JM, Poulin S et al. Clinical utility of amyloid PET imaging in the differential diagnosis of atypical dementias and its impact on caregivers. J Alzheimers Dis 2016;52:1251-62.
12. Laforce R, Rosa-Neto P, Soucy JP et al. Canadian Consensus Guidelines on Use of Amyloid Imaging in Canada: update and future directions from the Specialized Task Force on Amyloid imaging in Canada. Can J Neurol Sci 2016;43:503-12.
13. Sabri O, Sabbagh MN, Seibyl J et al. Florbetaben PET imaging to detect amyloid beta plaques in Alzheimer's disease: phase 3 study. Alzheimers Dement 2015;11:964-74.
14. Villemagne VL, Okamura N, Rowe CC. Untangling tau imaging. Alzheimers Dement (Amst) 2016;4:39-42.

Alzheimers sygdom

Peter Høgh

Alzheimers sygdom (AS) er en neurodegenerativ sygdom, der er kendetegnet ved snigende indsættende og gradvis udvikling af kognitiv dysfunktion, påvirkning af almindelige dagligdags funktioner og neuropsykiatriske symptomer. Det er klart den hyppigste årsag til udvikling af demens – også kaldet Alzheimer-demens – og er således grunden til 50-60% af samtlige demens-tilfælde.

Sygdommen er associeret med akkumulering af proteinerne beta-amyloid og tau i hjernen. Klinisk viser den sig typisk ved udtalt påvirkning af korttidshukommelse og i mindre grad påvirkning af andre kognitive områder såsom sprog, eksekutive funktioner, visuospaciale funktioner eller praksis. I de senere år er opmærksomheden tiltaget på atypiske tilfælde af AS, som særligt findes hos yngre patienter (< 65 år) med AS, og hvor hukommelsen kan være enten normal eller kun påvirket i lettere grad i den tidlige fase af sygdommen. Med sygdommens progression vil også hukommelsen blive afficeret ved disse atypiske former.

Diagnosen stilles ved at sammenholde en grundig anamnese, der er optaget fra både patienten og de pårørende, med resultatet af kognitive test, samtidig med at resultaterne af strukturelle hjerneskanninger (CT eller MR), som er en del af basisudredningsprogrammet, skal være forenelige med diagnosen. En række parakliniske undersøgelser (PET, SPECT, elektroencefalografi og lumbalpunktur) kan anvendes til understøttelse af diagnosen.

FOREKOMST OG RISIKOFAKTORER

Prævalensen af demens i Danmark er p.t. omkring 85.000, og selvom prævalensen næppe stiger så hurtigt som forudsagt i tidligere prognoser, forventes der alligevel en betydelig stigning på op mod 50% over de næste 20-30 år [1]. Dette skyldes primært en stigning i

forekomsten af neurodegenerative sygdomme, især AS, der har en prævalens på omkring 50.000 og en årlig nettotilvækst på ca. 1.000 personer især pga. den stigende gennemsnitslevialder, idet alder er den væsentligste risikofaktor for de neurodegenerative sygdomme. Lang de fleste tilfælde debuterer da også klinisk efter 65-års alderen, om end det anslås, at prævalensen af yngre (< 65 år) med AS i Danmark andrager 4.000-5.000 patienter.

Sygdommen er hyppigere hos kvinder end hos mænd (60/40), hvilket dels skyldes kvinders højere gennemsnitslevialder, dels andre genetiske, hormonelle og sociale faktorer (f.eks. lavere uddannelsesniveau).

Andre kendte risikofaktorer for AS er i overvejende grad de samme, som vi kender fra vaskulær sygdom: arteriel hypertension, diabetes mellitus, rygning, overvægt og fysisk inaktivitet (**Figur 1**). En gunstig ændring i livsstil i større dele af befolkningen samtidig med en forbedret behandling og forebyggelse af disse risikofaktorer skønnes at være baggrunden for, at prævalensen af demens ikke stiger så hastigt som hidtil antaget [1, 2].

GENETISKE FORHOLD

Der findes velbeskrevne, men sjældne (ca. 2% af alle) autosomt dominant arvelige AS-former, der er relateret til genetiske mutationer i generne for hhv. amyloid-precursor-protein og proteinerne presenilin 1 og 2, som er beliggende på kromosomerne 21, 14 og 1. Derudover er varianter (epsilon 4-allel) af genet for apolipoprotein E4 den bedst kendte og mest betydningsfulde genetiske risikofaktor for AS, men i sig selv dog hverken nødvendig eller tilstrækkelig for at sygdommen udvikles. I større associationsstudier har man identificeret yderligere over 20 genetiske varianter med indflydelse

STATUSARTIKEL

Neurologisk Afdeling,
Regionalt Videnscenter
for Demens, Sjællands
Universitetshospital,
Roskilde

Ugeskr Læger
2017;179:V09160686

HOVEDBUDSKABER

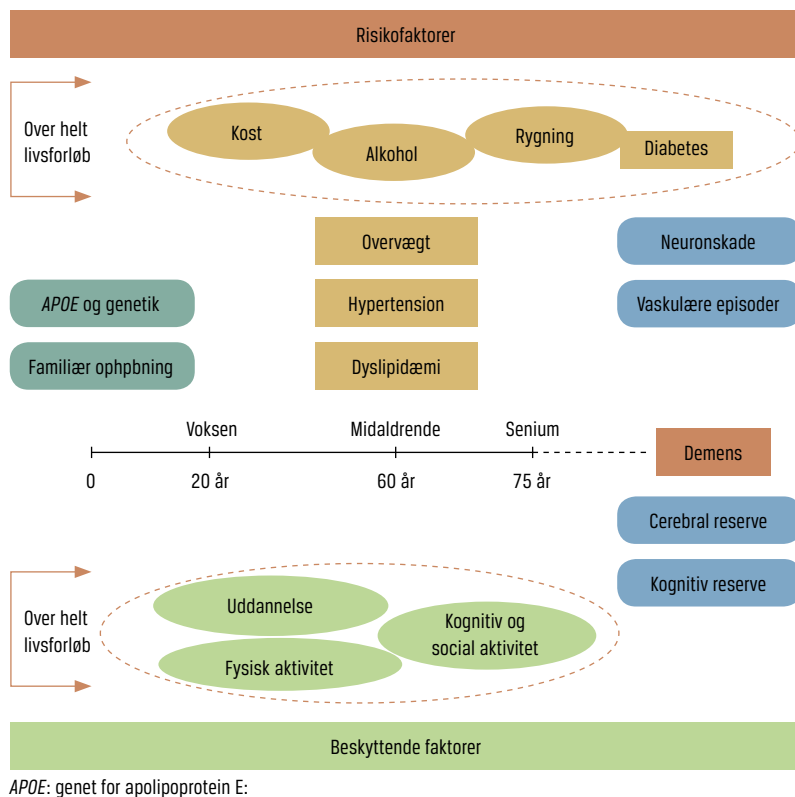
- Forekomsten af Alzheimers sygdom (AS) stiger betydeligt i de kommende år ifølge alle pålidelige prognoser, også selvom stigningen ikke er helt så voldsom, som tidligere antaget.
- Diagnosen bliver en voksende udfordring, da flere fremover vil henvende sig også i tidlig fase af sygdommen. For at øge sandsynligheden af en korrekt diagnose in vivo vil re-

levansen og anvendelse af supplerende parakliniske undersøgelser tage betydeligt til.

- Medicinsk behandling, som kan stoppe eller helbrede AS, er fortsat ikke tilgængelig. Mens vi venter på mere effektiv behandling, er der potentielt store sundhedsmæssige og samfundsmæssige gevinster at hente ved effektiv forebyggelse.

FIGUR 1

Risikofaktorer for demens og Alzheimers sygdom (modificeret efter [2]).



på risikoen for at få sygdommen [3]. Det er velkendt, at sygdommen, formentlig uafhængigt af allerede kendte genetiske risikofaktorer, ophobes i visse familier. Det vil i praksis sige, at personer, der har enten forældre eller søskende med sygdommen, vil have en forøget risiko for selv at få den, om end det er uafklaret, hvor stor denne risikoforøgelse er.

HVORDAN STILLES DIAGNOSEN?

Diagnosen AS er fortsat en klinisk diagnose, som baseres på en række kriterier (Tabel 1 og Tabel 2), dog forudsættes det, at en række differentialdiagnoser så vidt muligt er udelukket, hvilket i praksis indebærer, at der skal foretages et minimum af parakliniske undersøgelser (en blodprøvescreening og en strukturel hjerne-skanning (CT eller MR)) [5]. Da mange patienter har begrænset eller svært nedsat sygdomsindsigt, er det fundamentalt vigtigt, at sygehistorien indhentes fra både patienten og en pårørende, der har haft et godt kendskab til patienten gennem længere tid, gerne både ved interview sammen og hver for sig. Sygehistorien suppleres med en objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse og en eller flere kognitive test. Den almindelige neurologiske undersøgelse vil typisk vise helt nor-

male forhold hos personer med AS, i hvert fald i de tidlige faser. I de senere faser ses der hyppigt parkinsonistiske træk, primitive reflekser og gangapraksi.

I tvivlstilfælde kan der suppleres med en egentlig neuropsykologisk undersøgelse, det gælder typisk ved meget lette symptomer, atypiske symptomer og flere mulige konkurrerende sygdomsårsager. Ud fra interview med den pårørende vurderes *activities of daily living* (ADL)-funktioner og eventuelle neuropsykiatriske symptomer. Neuropsykiatriske symptomer er sædvanligvis ikke de meste fremtrædende i de tidlige faser af sygdommen, men kan på det tidspunkt typisk omfatte apati, angst og irritabilitet. Senere i sygdomsforløbet er neuropsykiatriske symptomer meget almindelige, såsom hallucinationer og vrangforestillinger, affektive symptomer, disinhibition samt påvirket søvn-mønster og appetit.

De senere år har man med forskellige forslag til definitioner forsøgt at afgrænse forstadier til demens, som i hovedparten af litteraturen er anført som *mild cognitive impairment* (MCI). Fælles for definitionerne er, at der er tale om en tilstand med milde objektiviserbare kognitive deficit, uden at kriterierne for demens er opfyldt, og uden at der er nogen umiddelbar ætiologisk forklaring. Særligt den amnestiske variant af MCI er i de fleste tilfælde et forstadium til AS. Relevansen af at definere forstadier til demens skal ses i lyset af forbedrede diagnostiske redskaber, som muliggør en specifik ætiologisk diagnose, allerede inden symptomerne når en sådan sværhedsgrad, at der er tale om demens. I bestræbelserne på at udvikle en mere effektiv medicinsk behandling vil det sandsynligvis blive afgørende at kunne stille en tidlig sikker diagnose. Uanset dette har undersøgelser vist, at en tidlig diagnose kan bidrage til et væsentligt bedre patientforløb [6].

En række supplerende parakliniske undersøgelser er således ofte relevante for at øge sikkerheden for diagnosen, dette gælder f.eks. ved usædvanlig tidlig debut og atypisk form, eller hvor der er en eller flere potentielt betydende konkurrerende sygdomme (Tabel 2).

NEUROPATHOLOGI

Det er fortsat uafklaret, hvad der præcist starter den neurodegenerative proces ved AS. Der er dog generel enighed om, at ophobning af beta-amyloid i hjernen som følge af enten øget produktion eller nedsat nedbrydning er et forholdsvist tidligt fællestræk ved sygdommen [7]. Man har i flere studier påvist, at denne proces indledes ganske mange år, før de første kliniske symptomer ses. Senere ses hyperfosforylering af tau og neuronal skade, som viser sig ved forhøjelse af tau-niveauet i spinalvæsken.

Makroskopisk ses der varierende grader af atrofi, typisk først i den mesiale temporallap eller parietalt.

Mikroskopisk ses der ud over celletab ophobning af amyloid og andet primært proteinøst materiale ekstracellulært i senile plaques samt intraneuronal tau-deponering i form af sammenfiltring til neurofibriller (*tangles*). Der er i de fleste tilfælde varierende grader af amyloidangiopati, hvilket billediagnostisk ses i form af multiple mikrohæmoragier og mikroinfarkter.

BEHANDLING

Behandling af AS i bred forstand omfatter den samlede indsats rettet mod patienten og dennes pårørende, altså ikke blot den medicinske behandling med anti-demensmedicin. Effekten af nonfarmakologisk behandling ved AS, f.eks. fysisk aktivitet [8], er ganske veldokumenteret og skal ikke underkendes. I det følgende fokuseres der dog på lægemidler til behandling af AS.

Acetylkolinesterasehæmmere

(donepezil, rivastigmin og galantamin)

De tre markedsførte acetylkolinesterasehæmmere (AChE-hæmmere) har været tilgængelige i Danmark ganske længe, og det senest introducerede kom på markedet for over 15 år siden. Lægemidlerne øger mængden af tilgængeligt acetylkolin i synapserne. De er alle påvist at være effektive i dobbeltblindede, randomiserede, kontrollerede undersøgelser, hvilket også er dokumenteret i flere Cochranereview [9-12]. De er særligt effektive hos patienter, der er i let-moderat sygdomsfase, og udviser effekt på kognition, ADL-funktioner og neuropsykiatriske symptomer, således at symptomer og funktionstab udsættes i minimum 6-12 måneder. Der er ikke påvist klinisk effekt ved MCI.

Effekten er udelukkende symptomatisk og ikke sygdomsmodificerende, og behandlingen er ikke livsførelængende. Der er ingen sikkert dokumenteret forskel på de forskellige præparaters effekt, og der er mindre forskelle i bivirkningsprofilen. Bivirkningerne er generelt milde, men relativt almindelige, hyppigst ses der lettere gastrointestinale gener såsom madlede, abdominalsmerter og løs afføring (forekommer hos omkring 20%). For en del patienter, der oplever sådanne bivirkninger, er der tale om forbigående gener, som mildnes ved tilvænnning til præparatet, eller alternativt ofte kan imødegås ved at skifte til et andet præparat i gruppen af AChE-hæmmere. Forsigtighed skal udvises ved kardialt blok og svær bradykardi.

Memantin

Memantin er en partiel glutamatreceptorantagonist, som ligeledes har udvist stabiliserende klinisk effekt på såvel kognition som ADL-funktioner og neuropsykiatriske symptomer i kontrollerede forsøg [13]. Lægemidlet har neuroprotektiv virkning og forbedrer signal-støj-forhold i det neurale netværk. Memantin er forbeholdt patienter, der er i moderat-svær fase af sygdommen. Bi-

virksomheder er sjældne, men kan omfatte konfusion og svimmelhed.

Effekten af kombinationsbehandling (AChE-hæmmer + memantin) er omdiskuteret, men kombinationsbehandling kan forsøges ved manglende eller utilstrækkelig klinisk effekt af monoterapi. Kombinationsbehandlingen anvendes i praksis også hyppigt i en periode ved overgangen fra monoterapi (AChE-hæmmer) til eventuel monoterapi med memantin.

En række kliniske forsøg, flere i fase III, af nye og



TABEL 1

Resumé af diagnostiske kriterier for demens i henhold til National Institute on Aging – Alzheimer's Association [4].

Objektiverbar kognitiv eller adfærdsmæssig påvirkning i mindst 2 af følgende områder:
Hukommelse
Problemløsning, dømmekraft og overblik
Visuelt rumlige færdigheder
Sprog
Personlighed eller adfærd

Der skal være tale om en forværring i forhold til tidligere funktionsniveau
Påvirkningen skal have indflydelse på almindelige daglige funktioner



TABEL 2

Resumé af diagnostiske kriterier for Alzheimers sygdom i henhold til National Institute on Aging – Alzheimer's Association [4] og anvendelse af udvidede supplerende parakliniske undersøgelser.

Alzheimers sygdom

Kriterierne for demens er opfyldte
Tilstanden debuterer snigende
Der er langsom gradvis progression
Debutpræsentation enten amnestisk eller nonamnestisk: sprog, visuelt-rumlige eller eksekutive funktioner

Ingen anden neurologisk, psykiatrisk eller medicinsk tilstand kan forklare symptomerne

Diagnosen kan understøttes af supplerende parakliniske undersøgelser:

Lumbalpunktur med fund af reduceret koncentration af betaamyloid-42, forhøjet koncentration af fosforyleret tau og forhøjet koncentration af total tau; det skal herunder præciseres, at en normal spinalvæskeundersøgelse bestemt ikke udelukker AS, da der i forskellige opgørelser er fundet op mod 20% falsk negative

PET-FDG-undersøgelse med reduceret glukosemetabolisme i temporo-parietal-regionerne

PET-PiB-undersøgelse med signifikant øget binding i cortex som udtryk for amyloidophobning

MR-skanning med påvisning af specifik atrofi i hippocampus og mesiale temporallapp

De supplerende parakliniske undersøgelser

Kan være relevante ved:

Lette symptomer uden sikker demens eller MCI, særligt neuropsykologisk undersøgelse

Atypisk klinisk præsentation

Flere konkurrerende sygdomsårsager som potentielt kan forklare symptomerne, typisk cerebrovaskulær sygdom

Er sjældent relevant ved:

Typisk klinisk præsentation uden umiddelbare alternative forklaringer efter relevant basisudredning

AS = Alzheimers sygdom; FDG = fluorodeoxyglukose; MCI = *mild cognitive impairment*; PiB = Pittsburgh compound B.

potentielt sygdomsmodificerende lægemidler er i gang. Studierne er primært rettet mod immuniseringsbehandling (aktiv eller passiv) eller enzymhæmning (sekretasehæmmere) med det formål at mindske ophobningen af betaamyloid eller tau i hjernen.

KONKLUSION

AS er en betydelig og hastigt voksende udfordring for vores samfund på alle parametre. Der er sket store fremskridt i de senere år med hensyn til forbedret og mere sikker tidlig diagnostik takket være nyere parakliniske undersøgelsesmetoder. Dette er i sig selv værdifuldt, idet en række differentialdiagnoser, som ofte kræver en helt anden indsats, kan identificeres mere effektivt, ligesom det muliggør mere målrettet forskning i patofysiologi og kliniske studier rettet mod behandling i de tidligste faser af sygdommen. Symptomatisk behandling er veldokumenteret og bør generelt tilbydes alle med AS. Egentlig sygdomsmodificerende behandling er fortsat under udvikling. Der kan på både individuelt og samfundsmæssigt plan opnås potentielt store gevinster ved effektiv forebyggelse af kendte risikofaktorer.

KORRESPONDANCE: Peter Høgh. E-mail: phh@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 24. november 2016

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Wu YT, Fratiglioni L, Matthews FE et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *Lancet Neurol* 2016;15:116-24.
2. Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's disease. *F1000Prime Rep* 2015;7:1-12.
3. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000;54:S4-S9.
4. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging - Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:263-9.
5. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.
6. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer report 2011. *Alzheimer's Disease International*, 2011.
7. Villemagne VL, Burnham S, Bourgeat P et al. Amyloid beta deposition, neurodegeneration and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: a prospective cohort study. *Lancet Neurol* 2013;12:357-67.
8. Hoffmann K, Sobol NA, Frederiksen KS et al. Moderate-to-high intensity physical exercise in patients with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis* 2015;47:681-9.
9. Birks J, Evans JG, Iakovidou V et al. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD001191.
10. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005593.
11. Birks J, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD001190.
12. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD001747.
13. Bakchine S, Loft H. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: results of a randomised, double-blind, placebo-controlled 6-month study. *J Alzheimers Dis* 2007;11:471-9.

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK 13. MARTS 2017

Reumatoid arthritis og håndkirurgi

Anne Sofie Rosenborg Peretz, Ole Rintek Madsen, Elisabeth Brogren et al

Ægdonation er forbundet med øget risiko for komplikationer hos den gravide og barnet

Marianne Storgaard, Sara Malchau, Anne Loft et al

Elektrokirurgi hos patienter med pacemaker og implanterbar kardioverter-defibrillator

Ann Sophie Claire Lønnberg, Berit Thorngvig Philberts & Christian Bonde

Fordele og ulemper ved forbrugergenetik

Camilla Worm Christiansen & Anne-Marie Axø Gerdes

Onkomadese hos et tvillingepar i efterløbet af hånd-, fod- og mundsygdom

Trine Høgsberg, Anette Bygum, Michael Kemp et al

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK 20. MARTS 2017

Ektopisk thyroideavæv med primært karcinom

Pernille Hammershøj Jensen, Anette Pedersen Pilt & Hans-Erik Wittendorff

Polyorkisme er en sjælden årsag til udfyldning i scrotum

Grete Padkær, Bassam Hamid Mahdi, Poul Erik Andersen et al

Hyperterm intraperitoneal kemoterapi ved den primære operation for gastrointestinal cancer

Thea Helene Degett, Hans-Christian Pommergaard & Ismail Gögenur

Typen af traumatisk høretab har betydning for diagnostik og medikolegal vurdering

Steen Gimsing

Talassæmier og graviditet

Viktoria Luk'yanenko, Marjoes Droogh & Ulrik Møller Overgaard

Frontotemporal demens

Peter Johannsen¹, Hanne Gottrup² & Jette Stokholm¹

Frontotemporal demens (FTD) er den kliniske betegnelse for en gruppe af neurodegenerative demenssygdomme, hvori frontallapperne samt de anteriore og laterale dele af temporallapperne primært indgår. Sygdommene viser sig i form af gradvist tiltagende ændringer i personlighed, adfærd og/eller sprog og adskiller sig således fra det, man ser ved Alzheimers sygdom, som i mere end 90% af tilfældene domineres af svigtende hukommelse.

Klassifikation og forståelse af sygdommene har ændret sig betydeligt over de seneste 15 år, i takt med at der er kommet mere præcise beskrivelser af de kliniske subtyper, øget viden om variation og kompleksitet i den underliggende patologi samt identificeret flere gener, som har betydning for udvikling af FTD. Der er ingen entydig sammenhæng mellem sygdommens kliniske (fænotypiske) præsentation og de neuropatologiske forandringer [1]. Betegnelsen *frontotemporal lobar degeneration* (FTLD) anvendes om den patologiske klassifikation af FTD.

Der har været flere forslag til betegnelser for og underopdeling af FTD, men inden for de seneste år har man opnået nogenlunde konsensus om terminologi og diagnostiske kriterier. FTD opdeles i tre kliniske undertyper: En form, der er domineret af adfærdsmæssige ændringer (*behavioural variant* eller bvFTD) og to sprogvarianter, semantisk demens (SD) og progressiv ikkeflydende afasi (*progressive non-fluent aphasia* (PNFA)). I praksis ses der et glidende overlap mellem de tre subtyper, hvilket reflekterer en stor individuel variation i, hvilke hjerneområder der er ramt. Der eksisterer både generelle diagnostiske kriterier for FTD [2] og kriterier for de tre undertyper [3, 4]. I de senere stadier med svær demens er det kliniske billede ofte mere ens i de forskellige varianter af sygdommen.

FTD-diagnosen er reserveret til progredierende neurodegenerative sygdomme og skal ikke anvendes ved andre typer frontallapsskader (f.eks. hovedtraumer, alkoholmisbrug, vaskulære eller anoksiske skader).

Man regner med, at op mod 20% af de patienter, der opfylder de kliniske kriterier ikke har FTD, men i stedet har Alzheimer- eller Lewy Body-patologi. I ældre lærebøger anvendes diagnosen Picks sygdom om det kliniske billede, der i dag kaldes bvFTD. I den nuværende terminologi refererer Picks sygdom til en specifik neuropatologisk diagnose, der kun ses hos en mindre andel af patienterne med bvFTD [5].

NEUROPATHOLOGI

Den neuropatologiske klassifikation af FTLD har udviklet sig hurtigt i de seneste ti år og ændrer sig fortsat. Abnorm akkumulation af proteinerne tau eller TDP-43 forekommer hos ca. 90% af patienterne med patologisk bekræftet FTD [6]. Tauinklusioner forekommer både hos patienter med mutationer i genet, der koder for Tau (*MAPT*), og hos patienter med en del sporadiske FTD-former, dog meget sjældent ved SD. TDP-43-inklusioner kan ses ved alle kliniske fænotyper.

EPIDEMIOLOGI

Næstefter Alzheimers sygdom er FTD den hyppigste neurodegenerative demenssygdom hos yngre personer (under 65 år), og den udgør 5-10% af alle demens-tilfælde [7]. Prævalensen anslås til at være højest i 45-64-årsalderen med 15-22 tilfælde pr. 100.000 personer. Det vurderes, at ca. 10% af FTD-tilfældene rammer personer under 45 år, og ca. 30% rammer personer over 65 år [8]. Køn synes at være uden betydning. Af de tre kliniske undertyper er adfærdsvarianten den hyppigste med ca. 50% af tilfældene [1].

GENETIK

Op mod 40% af FTD-tilfældene er forbundet med autosomal dominant arvegang. Arvelig forekomst er langt hyppigst hos patienter med bvFTD, mens semantisk demens stort set altid er sporadisk forekommende [9]. Der er identificeret ca. otte gener, der er forbundet med udvikling af FTD. Mutation i *C9orf72* (en trinukleotid-ekspansion) er den hyppigste, og den er også den hyp-

STATUSARTIKEL

1) Hukommelses-
klinikken, Rigshospitalet
2) Neurologisk
Afdeling F, Aarhus
Universitetshospital

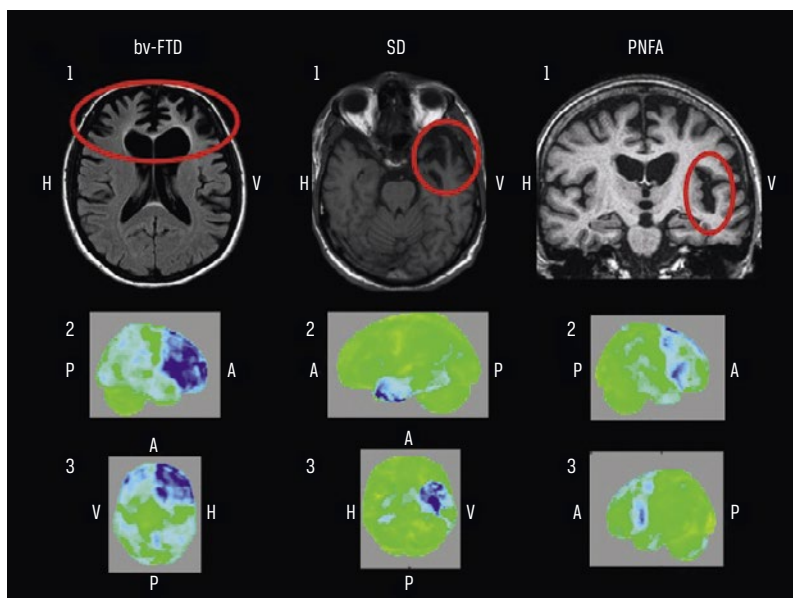
Ugeskr Læger
2017;179:V11160837

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Frontotemporal demens (FTD) er en hyppig demensform blandt yngre.
- ▶ De seneste 15 år er der sket en betydelig udvikling i klassifikation og forståelse af FTD både klinisk, genetisk og patologisk.
- ▶ Der er i dag mulighed for en mere sikker diagnostisk og genetisk udredning, hvilket er af stor betydning for patienter og pårørende.
- ▶ Som for andre fremadskridende neurodegenerative demenssygdomme er løbende information og støtte en vigtig del af behandlingen.

 FIGUR 1

Billeddiagnostik af frontotemporal demens. Øvre panel: MR-skanning. Skanningen illustrerer typisk lokaliseringen af atrofi. Mellem- og nedre panel: PET-glukoseskanning. Tredimensionelle projektioner af en statistisk sammenligning mellem en patients PET-glukoseskanning og et normalmateriale. bv-FTD-søjle: bifrontal atrofi (1); højre hemisfære (2); ovenfra ned mod vertex med en frontal hypometabolisme, her overvejende højresidig (3). SD-søjle: venstresidig anterior temporal atrofi (1); venstre hemisfære (2); op mod undersiden af hjernen med en venstresidig hypometabolisme anteromedial temporal (3). PNFA-søjle: venstresidig insulaatrofi (1); højre hemisfære (2); venstre hemisfære, der viser en overvejende venstresidig hypometabolisme præfrontalt/insula (3).



■: statistisk signifikant reduceret kortikal glukosemetabolisme, som er udtryk for et primært lokalt funktionelt deficit. A = anterior; bv-FTD = *behavioural variant*-frontotemporal demens; H = højre; P = posterior; PNFA = *progressive non-fluent aphasia*; SD = semantisk demens; V = venstre.

pigste årsag til familiære tilfælde af amyotrofisk lateralsklerose. Mutationer i gener, der koder for progranulin (*GRN*) og tau (*MAPT*), er hyppigt årsager til familiær FTD. En sjælden familiær FTD-form (FTD-3), som hidtil kun er identificeret hos en stor dansk familie, er forbundet med mutation i *CHMP2B* [10]. Hos ca. 6% af de patienter, der har en tilsyneladende sporadisk FTD, findes der mutation i et af de kendte FTD-gener.

Ved genetisk udredning/testning medtages også gener, der normalt anses for at være forbundet med arvelig Alzheimers sygdom, da der er beskrevet FTD-fænotyper, som skyldes mutationer i disse gener. Genetisk udredning af symptomatisk FTD er en regionsfunktion. Præsymptomatisk genetisk rådgivning og udredning er en højtspecialiseret funktion.

ADFÆRDSVARIANTEN AF FRONTOTEMPORAL DEMENS

Ved bvFTD ses der gradvise ændringer i personlighed og adfærd. Typiske symptomer er nedsat eller manglende empati og interesse for andre, impulsstyret ad-

færd, svigtende hæmninger og ligegyldighed over for sociale normer. Apati forekommer ofte tidligt. Nogle patienter fremtræder affektflade og »kolde«, mens andre udvikler en fjoget og lidt barnlig væremåde. Mange udvikler rutinepræget, evt. stereotyp adfærd. En del ændrer spisevaner med f.eks. forkærlighed for søde sager, og generelt forekommer hyperoralitet hyppigt. Patienterne har ofte dårlig sygdomsindsigt [11].

BvFTD-diagnosen bør aldrig stilles alene på baggrund af pårørendes beskrivelser. Undersøgeren skal selv observere adfærdsmæssige og/eller kognitive forstyrrelser, der er forenelige med bvFTD.

Ved den objektive undersøgelse kan der hos nogle patienter påvises primitive reflekser som *snout*- og griberefleks tidligt i forløbet. Senere kan der forekomme ekstrapyramidale symptomer (bradykinesi og rigiditet) samt hos en mindre gruppe apraksi, *alien limb*-tegn eller motorneurony sygdom (amyotrofisk lateralsklerose) [11, 12].

Patienter med bvFTD klarer sig ofte upåfaldende i de gængse demensscreeningstest (f.eks. minimalmentalundersøgelse, MMSE), mens en grundigere neuropsykologisk undersøgelse ofte viser svigt i styringsfunktioner (eksekutive deficiitter) [11, 13]. Eksekutive deficiitter forekommer dog ved mange andre neurologiske og psykiatriske sygdomme og er således ikke ensbetydende med, at patienten har bvFTD [14].

Diagnosen skal understøttes af parakliniske undersøgelser i form af billeddiagnostik (MR-skanning og/eller PET-fluorodeoxyglukose (FDG)) og/eller undersøgelse af cerebrospinalvæsken for at dokumentere en organisk skade i centralnervesystemet. MR-skanning anvendes til udelukkelse af anden patologi og til dokumentation af fokal atrofi [15]. PET-FDG viser nedsat metabolisme frontalt, ofte mest markant i den mediale og orbitofrontale cortex [16] (Figur 1).

Der blev i 2011 formuleret nye kliniske kriterier for hhv. sandsynlig og mulig bvFTD [3, 11]. If. disse kræves det, at der sikkert kan dokumenteres gradvist tiltagende ændringer i adfærd og/eller kognition. Der går dog ofte flere år, fra de pårørende bemærker de første ændringer, til diagnosen stilles. Ofte tolkes de første symptomer som værende udløst af en livskrise, stress, depression eller anden psykisk lidelse herunder et muligt misbrug.

SPROGLIGE VARIANTER AF FRONTOTEMPORAL DEMENS

De to sproglige varianter af FTD, SD og PNFA, klassificeres under paraplydiagnosen primær progressiv afasi (PPA). PPA anvendes imidlertid om alle kliniske tilstande, der er domineret af progredierende sprogforstyrrelser, og omfatter derfor også den sproglige variant af Alzheimers sygdom, der ofte betegnes logopenisk afasi [4].

SEMANTISK DEMENS

SD er karakteriseret ved en gradvis tiltagende udtynning af ordforråd og almenviden. Tilstanden begynder med problemer med at benævne genstande (anomi), men patienterne mister efterhånden også evnen til at forstå de enkelte ords betydning og kendskabet til de underliggende begreber [4]. Trods fravær af navneord lyder talen hos patienter med SD umiddelbart ret normal, idet grammatik, sætningsopbygning og intonation er bevaret (flydende afasi), men talen kan i praksis være »indholdstom«. Patienter med SD har typisk en ganske god episodisk hukommelse, og de har selv en oplevelse af, at deres ordforråd mindskes. En stor andel udvikler med tiden personligheds- og adfærdsmæssige ændringer, som ligner de adfærdsendringer, der ses ved bvFTD [17].

Ved kognitiv testning ses problemer med at benævne og udpege billeder af personer, dyr og genstande samt svage præstationer i sproglige hukommelsesprøver. De visuokonstruktive færdigheder er upåfaldende, og den visuelle hukommelse næsten normal. Fraset kognitive udfald vil resultatet af den neurologiske undersøgelse oftest være normalt. SD forekommer sjældent sammen med motorneuronsygdom.

SD opstår, når FTLD-patologien rammer de anteriore dele af temporallapperne, oftest i et asymmetrisk mønster, hvor venstre temporallap er mere afficeret end højre. På strukturelle skanninger ses typisk en markant fokal atrofi, og funktionelle skanninger afslører en endnu mere fokal affektion [16]. Alzheimers sygdom er den hyppigste differentialdiagnose.

PROGRESSIV IKKEFLYDENDE AFASI

I modsætning til patienter med SD, har patienter med PNFA primært forstyrrelser i tale-/sprogproduktion. Deres tale bliver tiltagende anstrengt og besværet, ofte med tendens til stammen og hyppigt forekommer grammatiske og fonologiske fejl [4]. Som ved SD ses der ordfindingsbesvær og anomie, men ved PNFA er forståelsen af enkeltord og begreber bevaret. Der kan være problemer med forståelse af længere og grammatisk komplekse sætninger. Hos nogle patienter ses isoleret taleapraksi, dvs. problemer med planlægning og afvikling af selve talen uden sproglige forstyrrelser. Patienter med PNFA er i de første par år personligheds-mæssigt velbevarede med god indsigt, og de er ofte meget forpinte af tilstanden. De er i stand til at klare sig i eget hjem pga. god hukommelse og gode praktiske evner.

En del patienter, der får PNFA, udvikler senere i sygdomsforløbet ekstrapyramidale symptomer, f.eks. i kombination med unilateral apraksi eller apati og personlighedsforandringer som ved bvFTD. Dette afspejler, at det neuropatologiske grundlag for PNFA kan være meget forskelligt og ud over de typiske FTLD-

former også omfatter kortikobasal degeneration og *progressive supranuclear palsy* [12].

PNFA er associeret med fokal atrofi inferior frontalt i venstre hemisfære, hvilket ses på skanninger. Det ses forholdsvis ofte, at PNFA fejldiagnosticeres som apopleksisequale, til trods for at problemerne ikke er opstået akut, at de progredierer, og at der ikke kan identificeres en vaskulær læsion på skanninger.

FORLØB

Alle FTD-sygdomme er fremadskridende og ender med svær demens. Der kan være forløb fra få år til op mod 12-15 år.

UDREDNING

Diagnostikken bygger på en grundig anamnese kombineret med en neurologisk undersøgelse. For at stille en sikker diagnose skal der suppleres med neuropsykologi, en strukturel skanning og i alle tidligere faser af sygdommen også med funktionelle skanninger (PET/SPECT) for at dokumentere deficit og en organisk påvirkning af centralnervesystemet. Cerebrospinalvæskebiomarkører kan være afgørende ved differentiering mellem FTD og AD. Total-tau-niveauet i spinalvæsken er ofte forhøjet ved FTD, men det er et uspecifikt fund, som afspejler neurondegeneration.

BEHANDLING

Den mest effektive behandling af adfærdsproblemer opnås vha. psykosociale tiltag. Der findes ingen sygdomsmodificerende medikamentel behandling, men adfærdsmæssige symptomer som f.eks. rastløshed og irritabilitet kan evt. dæmpes med antidepressiva. I sjældne tilfælde kan der være behov for antipsykotisk eller beroligende behandling. Psykoedukation og støtte til pårørende er af afgørende betydning. Patienter med PPA, specielt PNFA-varianten, bør henvises til en talepædagog mhp. vurdering af træningsmuligheder og hjælpemidler. Ved FTD er der ikke indikation for behandling med kolinesterasehæmmere eller memantin. I mange tilfælde vil det forværre rastløsheden og opmærksomhedsforstyrrelserne.

KONKLUSION

Vores viden om FTD er øget markant inden for de seneste år, og hele området er omklassificeret både klinisk, paraklinisk, genetisk og patologisk. FTD-diagnosen er reserveret de neurodegenerative sygdomme. Inden diagnosen stilles, skal der være vished for, at der er en organisk cerebral påvirkning med fremadskridende symptomer. Udredning og behandling af FTD er i langt de fleste tilfælde en specialistopgave.

KORRESPONDANCE: Peter Johannsen.

E-mail: peter.johannsen.01@regionh.dk

ANTAGET: 13. januar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Tak til Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklear Medicin & PET, Rigshospitalet, for lån af billeder

LITTERATUR

1. Snowden JS, Thompson JC, Stopford CL et al. The clinical diagnosis of early-onset dementias: diagnostic accuracy and clinicopathological relationships. *Brain* 2011;134:2478-92.
2. McKhann GM. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal Dementia. *Arch Neurol* 2001;58:1803.
3. Rascovsky K, Hodges JR, Kipps CM et al. Diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD): current limitations and future directions. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007;21:S14-S18.
4. Gorno-Tempini ML, Hillis E, Weintraub S et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011;76:1-10.
5. Ferrari R, Hernandez DG, Nalls MA et al. Frontotemporal dementia and its subtypes: a genome-wide association study. *Lancet Neurol* 2014;13:686-99.
6. Rademakers R, Neumann M, Mackenzie IR. Advances in understanding the molecular basis of frontotemporal dementia. *Nat Rev Neurol* 2012;8:423-34.
7. Coyle-Gilchrist ITS, Dick KM, Patterson K et al. Prevalence, characteristics, and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Neurology* 2016;86:1736-43.
8. Knopman DS, Roberts RO. Estimating the number of persons with frontotemporal lobar degeneration in the US population. *J Mol Neurosci* 2011;45:330-5.
9. Rohrer JD, Guerreiro R, Vandrovicova J et al. The heritability and genetics of frontotemporal lobar degeneration. *Neurology* 2009;73:1451-6.
10. Skibinski G, Parkinson NJ, Brown JM et al. Mutations in the endosomal ESCRTIII-complex subunit CHMP2B in frontotemporal dementia. *Nat Genet* 2005;37:806-8.
11. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011;134:2456-77.
12. Devenney E, Bartley L, Hoon C et al. Progression in behavioral variant frontotemporal dementia. *JAMA Neurol* 2015;2031:1.
13. Rohrer JD, Nicholas JM, Cash DM et al. Presymptomatic cognitive and neuroanatomical changes in genetic frontotemporal dementia in the Genetic Frontotemporal dementia Initiative (GENFI) study: a cross-sectional analysis. *Lancet Neurol* 2015;14:253-62.
14. Wittenberg D, Possin KL, Rascovsky K et al. The early neuropsychological and behavioral characteristics of frontotemporal dementia. *Neuropsychol Rev* 2008;18:91-102.
15. Gordon E, Rohrer JD, Fox NC. Advances in neuroimaging in frontotemporal dementia. *J Neurochem* 2016;138:193-210.
16. Rohrer JD, Rosen HJ. Neuroimaging in frontotemporal dementia. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:221-9.
17. Snowden JS, Bathgate D, Varma AR et al. Distinct behavioural profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:323-32.

Lewy body-demenssygdomme

Annemette Løkkegaard & Lise Korbo

STATUSARTIKEL

Neurologisk Afdeling,
Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital

Ugeskr Læger
2017;179:V10160704

Ved både demens med *Lewy bodies* (DLB) og Parkinsons sygdom med demens (PDD) er der ophobning af proteinet alfa-synuklein (AS) i neuroner som *Lewy bodies* (LB). Sygdommene benævnes derfor også *Lewy body-demenssygdomme* [1]. DLB er den næsthypigste demensdiagnose (ud fra kliniske kriterier 10-15%) [1]. Patienter med DLB har særlige symptomer, der medfører problemstillinger, som er meget forskellige fra det man ser hos patienter med Alzheimers sygdom (AD), og derfor er det vigtigt at have denne diagnose i mente, når man udreder og behandler patienter med demens. Patienter med Parkinsons sygdom (PD) har en stærkt øget risiko for udvikling af demens, og i et stort prospektivt studie har man beskrevet udvikling af demens hos op til 80% af en patientpopulation med PD [2]. Vi ønsker med denne statusartikel at sætte fokus på *Lewy body-demenssygdomme* og de særlige symptomer og problemstillinger, der knytter sig til disse diagnoser.

DEMENS MED LEWY BODIES

Diagnostiske kriterier

For at man kan stille diagnosen DLB, skal der foreligge en progredierende demenstilstand. DLB-diagnosen

bygger på kernesymptomer og støttende symptomer [3] (Tabel 1). Der findes derudover andre typiske symptomer ved DLB, som ikke er nødvendige for diagnosen, såsom gentagne fald og synkoper, svære autonome forstyrrelser, uforklarlige bevidsthedstab, hørehallucinationer, vrangforestillinger og depression [3]. For at kunne stille diagnosen »sandsynlig DLB« skal man have to eller flere kernesymptomer eller et kernesymptom og et eller flere støttende symptomer. De kliniske kriterier for DLB har høj specificitet (95%), men derimod lav sensitivitet (32%) [4]. DLB ses med højere hyppighed hos mænd end hos kvinder og med gennemsnitlig debut omkring 75-års alderen.

Særlige karakteristika for demens med Lewy bodies i forbindelse med udredning

Ud fra de diagnostiske kriterier kræves der både en grundig anamnese og en neurologisk undersøgelse for at fange eventuelle parkinsonistiske symptomer. Parkinsonisme er det første symptom hos ca. en fjerdedel af patienterne med DLB [5]. Med en *dopamine transporter-single photon emission computed tomography* (DAT-SPECT) vil man med en sensitivitet på 80%

HOVEDBUDSKABER

- Sygdomsmekanismen ved demens med *Lewy bodies* (DLB) og Parkinsons sygdom med demens (PDD) ser ud til at være den samme med ophobning af proteinet alfa-synuklein (AS) som *Lewy bodies* i nervecellerne. Sekvensen for debut af symptomerne er dog forskellige for de to sygdomme.
- Patienter med DLB og PDD har en række symptomer, som er forskellige fra symptomerne hos patienter med Alzheimers sygdom. Det er vigtigt at stille den rette diagnose og

spørge efter eller screene for symptomerne, da der findes en række muligheder for symptomatisk behandling.

- Forskningen retter sig på nuværende tidspunkt primært mod at kunne stoppe processen med ophobning af AS i neuroner og gliaceller i hjernen. Denne behandling ser ud til at skulle iværksættes tidligt i sygdomsforløbet og skal dermed kombineres med, at der findes biomarkører, hvormed man kan adskille PDD og DLB hos fremtidige patienter.

kunne adskille DLB fra øvrige demensdiagnoser [6], hvor der ikke er et dopaminergt tab (**Figur 1**). Derimod ser DAT-SPECT ikke ud til at kunne anvendes til at afsløre de patienter med *mild cognitive impairment* (MCI)-tilstande – eller let kognitiv svækkelse, som ikke opfylder kriterierne for demens – der senere vil udvikle DLB [5]. Her vil positronemissionstomografi med anvendelse af fluorodeoxyglukose kunne vise tidlige karakteristiske forandringer [7]. Strukturel billeddiagnostik med f.eks. MR-skanning af hjernen kan afdække evt. vaskulære forandringer i basalganglierne som konkurrerende årsag til parkinsonistiske symptomer. Undersøgelse med lumbalpunktur og markører for AD kan anvendes, men kan vise abnorme resultater ved DLB i 25% af tilfældene [8]. Anvendelse af AS-markør kan blive en mulighed, men anvendes ikke p.t. Desuden kan den kognitive profil anvendes ved mistanke om DLB-diagnosen. Dette undersøges nærmere ved en neuropsykologisk undersøgelse. Ved DLB har langt de fleste patienter visuospatiale problemer tidligt i forløbet, så de vil have vanskeligheder med en urskivetest eller de to femkanter i minimentalundersøgelse (MMSE)-testen. Derimod vil langt de fleste have en relativt god hukommelsesfunktion [1]. Prodromale symptomer ved DLB kan være nedsat lugtesans, *rapid eye movements* (REM) *sleep behaviour disorder* (RBD) – hvor der er livlige bevægelser i forbindelse med drømmeaktivitet – parkinsonisme, ikkeamnestisk MCI og episoder med delirium eller kortvarig påvirkning af bevidstheden. Herudover kan ortostatisk hypotension og obstipation være tidlige symptomer på DLB. En lang række af disse symptomer er meget almindelige hos den ældre del af befolkningen. Patienter med RBD har en stor risiko for at udvikle DLB eller PD.

PARKINSONS SYGDOM

PD er primært karakteriseret ved motoriske forandringer, der ofte medfører stort funktionstab pga. langsomme bevægelser, igangsætningsbesvær samt gang- og balanceproblemer. Den kliniske diagnose stilles ud fra tilstedeværelse af bradykinesi samt rigiditet og/eller tremor [9]. Man er i tiltagende grad blevet opmærksom

på kognitive ændringer ved PD. I tværsnitsundersøgelser med patienter med kortere sygdomsvarighed har man beskrevet MCI med varierende hyppighed, og i en undersøgelse har man konstateret MCI hos 15% af patienterne, der samtidig havde diagnosen PD [10]. I et studie med 90 patienter, der havde PD med en sygdomsvarighed på gennemsnitligt 3,4 år, fandt vi, at 34% opfyldte kriterierne for MCI [11]. Definitionen af MCI ved PD har været varierende, men der findes nu konsensuskriterier publiceret af det internationale Movement Disorders Society [12] i 2011. If. disse kriterier indebærer diagnosen påvirkning af flere kognitive domæner, og amnesi er ikke påkrævet. MCI ved PD beskrives heterogent med forskellig betydning for forløb og prognose. I et longitudinalt prospektivt studie med 126 patienter fandt man, at den vigtigste markør for senere udvikling af demens var tidlig påvirkning af poste-

TABEL 1

Diagnosen demens med *Lewy bodies*.

Progredierende kognitive symptomer med udvikling af demens særligt karakteriseret ved reduceret opmærksomhed, eksekutive funktioner og visuospatiale funktioner, herudover

Kernesymptomer:

Fluktuationer i opmærksomheden

Hallucinationer, oftest visuelle

Parkinsonisme, oftest bilateral uden tremor

Støttende symptomer^a:

REM-søvnforstyrrelser

Overfølsomhed for neuroleptika, svær parkinsonisme eller bevidsthedstab

Nedsat koncentration af dopamintransporter ved SPECT/PET

Diagnose

Sandsynlig:

2 kernesymptomer

eller

1 kernesymptom + ≥ 1 støttende symptom

Mulig:

1 kernesymptom

eller

≥ 1 støttende symptom

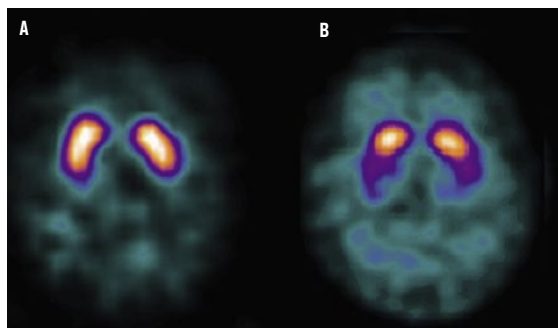
REM = *rapid eye movements*; SPECT = *single photon emission computed tomography*.

a) Herudover en række støttende symptomer – se tekstafsnit om diagnosen.



FIGUR 1

Den hyppigst anvendte undersøgelse af dopamintransporteren er *single photon emission computed tomography* med liganden ^{123}I -FP-CIT (DAT-SPECT). Her vises en normal (A) og en abnorm skanning, demens med *Lewy bodies* (B). SPECT ^{123}I -FP-CIT (DatScan), Klinisk Fysiologisk og Nuklearmedicinsk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.



riore kortikale test som man undersøgte ved semantisk *fluency* og tegning af overlappende femkanter [13], mens påvirkning af mere frontale og eksekutive funktioner ikke var prognostiske for demensudvikling. Visse kognitive ændringer er udtryk for tab af dopamin, og disse vil bedres med dopaminerg behandling, mens funktioner, der relateres til mere velbevarede dopaminerge baner samtidig kan blive »overdoseret« ved dopaminerg behandling [14]; således kan dopaminerg medicin bedre f.eks. arbejdshukommelsen målt ved *backwards digit-span* og ordmobilisering, men på samme tid forringe belønningsbaseret indlæring.

Det er vigtigt at anerkende tilstedeværelsen af MCI af hensyn til sygdomshåndtering hos både patienter med PD og pårørende, men også at italesætte kognitive forandringer som værende en del af PD, uden at det behøver at være et prodrom til en demenstilstand.

Hvis der udvikles demens ved PD inden for det første år af erkendt sygdom, klassificeres den som DLB, men sker det efter et år, diagnosticeres det som PDD [3]. Hyppigheden rapporteres varierende, men man regner med, at der vil udvikles demens hos omkring 10% pr. år i en population af patienter med PD [15]. Prædiktorer for udvikling af demens ved PD er alder, ikketrædominant parkinsonisme med tidlig udvikling af gang- og balanceforstyrrelse samt påvirkning af posteriore kortikale kognitive funktioner. I et prospektivt norsk studie rapporterede man om en prævalens på 78% efter otte års opfølgning [2]. I 2007 publiceredes der særlige diagnostiske kriterier for PDD, hvori der ikke indgik krav om amnesi (Tabel 2) [16], og anvendelse af disse kriterier vil formentlig medføre en øget rapporteret hyppighed [17].

Den dominerende patologiske faktor i forbindelse med demensudvikling er LB, som påvist i et prospektivt



TABEL 2

Diagnosen Parkinsons sygdom med demens (PDD).

Kernesymptomer

Parkinsons sygdom

Demens med langsom progression udviklet som en del af Parkinsons sygdom og diagnosticeret via anamnese, klinisk og kognitiv påvirkning defineret ved at:

Påvirke > 1 kognitivt domæne

Repræsentere en forringelse af præmorbidt niveau

Forringe dagligt funktionsniveau: socialt, arbejdsmæssigt og personlig hygiejne, uafhængigt af motoriske eller autonome forstyrrelser

Associerede kliniske symptomer

Kognitive: opmærksomhed med evt. fluktuerende, eksekutive, visuospatiale funktioner, hukommelse, sprog

Adfærdsmæssige: apati, tendens til mere depression og nervøsitet, hallucinationer, vrangforestillinger, søvnforstyrrelser

Symptomer der gør PDD mindre sandsynlig

Usikker anamnese vedrørende debuttidspunkt i forhold til motoriske symptomer, vaskulære forandringer på skanning der kan repræsentere årsag til demens

Symptomer der gør PDD usandsynlig

Akut konfusion grundet medicinske tilstande, depression, vaskulær demens

Diagnosen PDD^a

Sandsynlig:

≥ 2 associerede kognitive symptomer

≥ 1 adfærdsmæssigt symptom

0 symptomer der gør PDD mindre sandsynlig

0 symptomer der gør PDD usandsynlig

Mulig:

Begge kernesymptomer, atypiske kognitive symptomer, adfærdsmæssige symptomer kan være til stede

≥ 1 symptomer der gør PDD mindre sandsynlig

0 symptomer der gør PDD usandsynlig

a) Se endvidere [15].

studie, hvor årligt fald i MMSE-score korrelerede med tætheden af LB [18]. Differentialdiagnostisk skal man ved parkinsonistiske symptomer og demens overveje atypiske parkinsonistiske tilstande [19].

BEHANDLING

Den medikamentelle behandling af DLB og PDD er en udfordring, da der udelukkende kan tilbydes symptomatisk behandling, og behandling af et symptom vil ofte medføre bivirkninger og øvrige symptomer, så man sammen med patienten må klarlægge fordele og ulemper ved behandlingen. Der er påvist effekt af kolinesterasehæmmerne (ChEI) donepezil og rivastigmin på fluktuation af opmærksomhed og visuelle hallucinationer ved DLB [20, 21].

Man starter behandlingen i en mindre dosis og trapper op til maksimalt 13,3 mg rivastigmin eller 10 mg donepezil. I et Cochranereview konkluderedes det, at ChEI havde effekt ved PDD, og det blev anbefalet at anvende ChEI ved DLB [22]. Der er generelt beskeden evidens for behandling af øvrige symptomer ved DLB

[1]. Ved behandling med glutamat-N-methyl-D-aspartat-receptorantagonisten memantin er der i mindre studier rapporteret om en generel effekt hos patienter med DLB, hvorimod en metaanalyse kun har vist en mulig effekt [1]. Det anbefales derfor at afprøve memantinbehandling og seponere behandlingen, hvis den ikke har vist effekt efter nogle måneder.

Ved utilstrækkelig effekt af ChEI på de visuelle hallucinationer eller øvrige psykotiske symptomer kan man behandle med antipsykotika, som altid skal startes i yderst forsigtige doser pga. tendens til stor følsomhed for den antidopaminerge effekt. Der er beskeden evidens på området, men der anvendes oftest quetiapin eller clozapin, som sjældent forværrer de parkinsonistiske symptomer. Clozapin kan dog kun udskrives af speciallæger i neurologi og psykiatri.

Behandling med levodopa kan bedre parkinsonistiske symptomer, og der er påvist signifikant effekt hos 70% af patienter med PDD og 40% af patienter med DLB [23]. Behandlingen kan forværre de visuelle hallucinationer, så særligt ved DLB skal der doseres med forsigtighed. Man kan starte med 50 mg levodopa en gang dagligt og trappe op med en tablet hver femte dag til 50 mg tre gange dagligt. Der kan yderligere trappes langsomt op til 200 mg tre gange dagligt under hensyntagen til bivirkninger.

Ved symptomer på RBD er der dokumentation for effekt af behandling med clonazepam i små doser eller melatonin [1]. Ortostatisk hypotension, som hos nogle patienter kan være et meget generende symptom, kan i lette tilfælde behandles med øget væskeindtag og salttabletter. Er dette ikke tilstrækkeligt, er der mulighed for behandling med fludrocortisonacetat eller midodrin, hvilket er en specialistopgave. Vandladningsproblemer i form af primært bydende vandladningstrang og inkontinens kan forsøgsvis behandles med antikolinergika, men mange patienter får bivirkninger af behandlingen, i form af f.eks. konfusion og forværring af hallucinationer. Der er muligvis færre bivirkninger ved brug af det nyere lægemiddel beta 3-adrenoceptoragonisten mirabegron, men der foreligger endnu ikke evidens for anvendelse hos denne patientgruppe. Obstipation ses hos næsten alle patienter og behandles efter vanlige retningslinjer. Særligt interesserede henvises til [24].

Nonfarmakologisk behandling er væsentlig som ved andre demenssygdomme. Tidlig kontakt til demenskoordinator, hjemmepleje og evt. dagcenter kan anbefales for patienter med DLB/PDD og de pårørende. Herudover har patienter med DLB og PDD oftest et behov for henvisning til vederlagsfri fysioterapeutisk træning på grund af de parkinsonistiske symptomer.

PERSPEKTIVERING

Der er en stigende interesse for prodromalfasen i alle demenssygdomme, fordi en kurativ behandling ser ud

til at skulle iværksættes, før der er væsentlige kognitive problemer, og dermed før der udvikles en udtalt degenerativ påvirkning af neuroner og gliaceller i hjernen. P.t. undersøges muligheden for, at man i en prodromal fase via biomarkører kan differentiere mellem DLB og PD/PDD og AD. Flere potentielle biomarkører er fundet i blod og cerebrospinalvæske (CSV), og eksempelvis ses der ved alfa-synukleinopatienterne en reduceret mængde AS i CSV som mulig biomarkør, men det gælder for både PD og DLB [25]. Studier tyder på en større amyloidaflejring hos patienter med DLB end hos patienter med PDD, men trods muligheden for at undersøge dette i CSV og ved en amyloid-PET (PET-¹¹C-Pittsburgh compound B) foreligger der ikke entydige resultater, der kan anvendes i klinikken [26].

Funktionelle billeddannende metoder med anvendelse af ligander, der binder sig specifikt til AS og tau, er under udvikling. Kvantificering af aflejring af AS og tau i hjernen kan relateres til målinger af disse biomarkører i blod og CSV, hvilket medfører mulighed for bedre vurdering af disse metoder og udvikling af individualiseret behandling [27]. Prodromalfasen kan, ud fra hvad vi ved på nuværende tidspunkt, formentlig ikke adskilles for DLB og PD, men der er et stort behov for yderligere forskning for at kunne opdage patienter med meget tidlige symptomer på LB-sygdom og tilbyde fremtidige behandlingsmuligheder for denne patientpopulation.

Forskningen retter sig på nuværende tidspunkt primært mod at kunne stoppe processen med ophobning af AS i neuroner og gliaceller i hjernen [28]. Denne behandling skal iværksættes tidligt i sygdomsforløbet og skal dermed kombineres med, at der findes genetiske markører [29] og biomarkører, som kan adskille fremtidige patienter med PD og DLB, og hos den enkelte patient afdække neurodegenerative processer in vivo, hvorved man mere præcist vil kunne forudsige prognose og målrette individuel behandling.

KORRESPONDANCE: Annemette Løkkegaard.

E-mail: annemette.loekkegaard@regionh.dk

ANTAGET: 10. februar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Markus Lonsdale, Klinisk Fysiologisk og Nuklearmedicinsk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, takkes for bidraget til udfærdigelse af figuren.

LITTERATUR

1. Walker Z, Possin KL, Boeve BF et al. Lewy body dementias. *Lancet* 2015;386:1683-97.
2. Aarsland D, Andersen K, Larsen JP et al. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Arch Neurol* 2003;60:387-92.
3. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005;65:1863-72.
4. Nelson PT, Jicha GA, Kryscio RJ et al. Low sensitivity in clinical diagnosis of dementia with Lewy bodies. *J Neurol* 2010;257:359-66.
5. Donaghy PC, McKeith IG. The clinical characteristics of dementia with Lewy bodies and a consideration of prodromal diagnosis. *Alzheimers Res Ther* 2014;6:46.
6. Brigo F, Turri G, Tinazzi M. 123I-FP-CIT SPECT in the differential diagno-

- sis between dementia with Lewy bodies and other dementias. *J Neurol Sci* 2015;359:161-71.
7. Chiba Y, Iseki E, Fujishiro H et al. Early differential diagnosis between Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies: comparison between (18)F-FDG PET and (123)I-IMP SPECT. *Psychiatry Res* 2016;249:105-12.
 8. van Steenoven I, Aarsland D, Weintraub D et al. Cerebrospinal fluid Alzheimer's disease biomarkers across the spectrum of Lewy body diseases: results from a large multicenter cohort. *J Alzheimers Dis* 2016;54:287-95.
 9. Postuma RB, Berg D, Stern M et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2015;30:1591-601.
 10. Aarsland D. Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat Disord* 2016;22(suppl 1):S144-S148.
 11. Pfeiffer HC, Løkkegaard A, Zoetmulder M et al. Cognitive impairment in early-stage non-demented Parkinson's disease patients. *Acta Neurol Scand* 2014;129:307-18.
 12. Litvan I, Aarsland D, Adler CH et al. MDS Task Force on mild cognitive impairment in Parkinson's disease: critical review of PD-MCI. *Mov Disord* 2011;26:1814-24.
 13. Williams-Gray CH, Foltynie T, Brayne CE et al. Evolution of cognitive dysfunction in an incident Parkinson's disease cohort. *Brain* 2007;30:1787-98.
 14. Cools R, Barker RA, Sahakian BJ et al. Enhanced or impaired cognitive function in Parkinson's disease as a function of dopaminergic medication and task demands. *Cereb Cortex* 2001;11:1136-43.
 15. Emre M, Aarsland D, Brown R et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22:1689-707.
 16. Dubois B, Burn D, Goetz C et al. Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Mov Disord* 2007;22:2314-24.
 17. Martinez-Martin P, Falup-Pecurariu C, Rodriguez-Blazquez C et al. Dementia associated with Parkinson's disease: applying the Movement Disorder Society Task Force criteria. *Parkinsonism Relat Disord* 2011;17:621-4.
 18. Aarsland D, Perry R, Brown A et al. Neuropathology of dementia in Parkinson's disease: a prospective, community-based study. *Ann Neurol* 2005;58:773-6.
 19. Brown RG, Lacomblez L, Landwehrmeyer BG et al. Cognitive impairment in patients with multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. *Brain* 2010;133:2382-93.
 20. Cummings J, Lai TJ, Hemrungsrojn S et al. Role of donepezil in the management of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies. *CNS Neurosci Ther* 2016;22:159-66.
 21. McKeith IG, Grace JB, Walker Z et al. Rivastigmine in the treatment of dementia with Lewy bodies: preliminary findings from an open trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:387-92.
 22. Rolinski M, Fox C, Maidment I et al. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD006504.
 23. Molloy S, McKeith IG, O'Brien JT et al. The role of levodopa in the management of dementia with Lewy bodies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1200-3.
 24. Averbeck MA, Altaweel W, Manu-Marin A et al. Management of LUTS in patients with dementia and associated disorders. *NeuroUrol Urodyn* 20. nov 2015 (e-pub ahead of print).
 25. Schade S, Mollenhauer B. Biomarkers in biological fluids for dementia with Lewy bodies. *Alzheimers Res Ther* 2014;6:72.
 26. Johansen KK, White LR, Sando SB et al. Biomarkers: Parkinson disease with dementia and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat Disord* 2010;16:307-15.
 27. Eberling JL, Dave KD, Frasier MA. alpha-synuclein imaging: a critical need for Parkinson's disease research. *J Parkinsons Dis* 2013;3:565-7.
 28. Valera E, Masliah E. Combination therapies: the next logical step for the treatment of synucleinopathies? *Mov Disord* 2016;31:225-34.
 29. Geiger JT, Ding J, Crain B et al. Next-generation sequencing reveals substantial genetic contribution to dementia with Lewy bodies. *Neurobiol Dis* 2016;94:55-62.

Vaskulær demens

Kristian Steen Frederiksen

STATUSARTIKEL

Nationalt Videnscenter
for Demens,
Neurologisk Klinik,
Neurocentret,
Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2017;179:V10160701

Vaskulær demens (VaD) dækker over et bredt klinisk, patofysiologisk og radiologisk spektrum af cerebrovaskulære sygdomstilstande, der medfører demens. VaD er den hyppigste demenssygdom efter Alzheimers demens (AD) [1]. Behandling af cerebrovaskulære risikofaktorer såsom hypertension er formentlig sygdomsmodificerende, men de underliggende sygdomsmekanismer er ikke fuldt afdækket [2]. VaD skal således ikke forstås som en ufravigeligt progredierende sygdom som de neurodegenerative demenssygdomme. I 1993 blev de første diagnostiske kriterier for VaD publiceret [3], og siden da er flere kommet til. Denne artikel omhandler diagnosekriterier, patofysiologi, klinik, udredning og behandling af VaD.

DIAGNOSTISKE KRITERIER

De hyppigst anvendte kriterier for VaD er henholdsvis National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) [3], DSM-5 [4] og ICD-10 [5], samt specifikke kriterier for subkortikal iskæmisk VaD (SIVD) [6, 7] (**Tabel 1**). Kriterierne afviger indbyrdes, og sammenligninger viser lav overensstemmelse [8]. Der er ikke international konsensus om, hvilke kriterier der bør anvendes.

Simplificeret dækker VaD over demens, der opstår på grund af cerebrovaskulær sygdom, f.eks. cerebrale infarkter. Således stilles diagnosen som regel på baggrund af: 1) diagnosticering af en demens (anam-

TABEL 1

Resumé af diagnostiske kriterier^a for vaskulær demens.

	ICD-10	DSM-IV ^b	DSM-5 ^b	NINDS-AIREN ^b	VASCOG ^c	SIVD
Kognitiv profil	Svækkelse af hukommelse og ≥ 1 andet kognitivt domæne	Svækkelse af hukommelse og ≥ 1 af flg.: apraksi, agnosi, afasi eller svækkelse af eksekutivfunktioner	Svækkelse af kompleks opmærksomhed og frontal eksekutiv funktion/forarbejdnings-hastighed	Svækkelse af hukommelse og ≥ 1 af flg.: orientering, opmærksomhed, sprog, visuospatial funktion, eksekutivfunktioner, muskelkontrol og praksis	Svækkelse af ≥ 1 af flg. kognitive domæner: opmærksomhed og forarbejdningshastighed, frontal eksekutiv funktion, indlæring/hukommelse, sprog, visuokonstruktive perceptuelle færdigheder, praksis-gnosis-krops-skema, social kognition	Dyseksekutivsyndrom og svækkelse af hukommelse
Adfærdsmæssige og psykologiske symptomer	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Øvrige neurologiske objektive fund ^d	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Trinvis forværring	Nej	Nej	Ja	Ja ^e	Ja ^f	Nej
Billeddiagnostiske kriterier	Nej ^g	Nej ^g	Ja	Ja	Ja	Ja
Tidsmæssigt sammenfald mellem apopleksi og demens	Ja	Nej	Ja, ikke nærmere specificeret	Ja, inden for 3 mdr.	Ja, ikke nærmere specificeret	Nej
Undertyper	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Etablering af vaskulær ætiologi	Sygehistorie, neurologiske objektive fund eller paraklinik	Sygehistorie, neurologiske objektive fund eller paraklinik	Sygehistorie, neurologiske objektive fund, CT eller MR-skanning	Fokale neurologiske udfald f.eks. hemiparese eller hemianopsi og relevant cerebrovaskulær sygdom ved CT eller MR-skanning	Sygehistorie, neurologiske objektive fund, CT eller MR-skanning inkl. adfærdsmæssige og psykologiske symptomer og kognitiv profil	Sygehistorie, neurologiske objektive fund, CT eller MR-skanning

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; NINDS-AIREN = National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences; SIVD = kriterier for subkortikal iskæmisk vaskulær demens; VASCOG = International Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders.

a) For alle kriterier gælder, at patienten skal opfylde demenskriterierne, dvs. tab af dagligdagsfunktion ift. tidligere niveau, der skyldes kognitiv svækkelse ift. tidligere niveau; de præcise demenskriterier varierer.

b) Kriterier for sandsynlig vaskulær demens; der er også kriterier for mulig vaskulær demens.

c) Kriterier for sandsynlig svær vaskulær kognitiv lidelse; der er også kriterier for mulig svær vaskulær kognitiv lidelse og let vaskulær kognitiv lidelse.

d) F.eks. hemiparese, hemianopsi, central facialparese, pseudobulbær parese, unilateral hyperrefleksi i ekstremiteterne, unilateral ekstensiv plantarrespons, gangforstyrrelser, urge-inkontinens.

e) Enten trinvis forværring eller demens skal opstå inden for 3 mdr. efter apopleksi.

f) Ved trinvis/gradvis progression kræves det, at gangfunktionen skal være påvirket tidligt som udtryk for primær subkortikal sygdom.

g) CT eller MR-skanning er også for disse kriterier afgørende for diagnosen, men der opstilles ikke specifikke kriterier for omfang af vaskulære læsioner.

nese, kognitiv testning og vurdering af *activities of daily living* (ADL)), 2) tilstedeværelse af betydende cerebrovaskulær sygdom og 3) sandsynliggørelse af en årsags-sammenhæng mellem de to. Der kan ikke fastsættes en tærskelværdi for f.eks. antal eller størrelse af vaskulære læsioner, der medfører VaD [9], bl.a. fordi den anatomiske placering også har betydning. I diagnosekriterierne forholder man sig forskelligt til dette, men generelt tages fire forhold i betragtning: 1) holdepunkter i anamnesen for apopleksi, 2) objektive fund, der indikerer cerebrovaskulær sygdom (f.eks. let hemiparese og ekstensiv plantarrespons), 3) kognitiv profil samt adfærdsmæssige og psykologiske symptomer og 4) fund af cerebrovaskulær patologi på CT/MR-skanning.

Endvidere er der ofte også krav om tidsmæssigt sammenfald med ovenstående og udviklingen af kognitiv svækkelse/demens, der kan være svær at fastslå, især ved mere snigende debut. Erfaringsmæssigt spiller skanninger den største rolle ved påvisning af betydende cerebrovaskulær sygdom, hvad såvel omfang som placering angår. I diagnosekriterierne opereres der med forskellige skanningsmæssige kriterier. Eksempelvis angiver man i NINDS-AIREN-kriterierne flere storkarsapopleksier (uden angivelse af specifikt antal) som tilstrækkeligt [3], mens man i International Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders (VASCOG)-kriterierne for svær vaskulær kognitiv lidelse angiver to eller flere storkarsapopleksier [10].

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Vaskulær demens er den næsthøypigste årsag til demens og kan manifestere sig med meget varierende forløb, symptomer og skanningsmæssige forandringer. Hittidige diagnosekriterier har ikke været fuldt ud dækkende.
- ▶ Diagnosen stilles på baggrund af: 1) etablering af en demensdiagnose, 2) tilstedeværelse af betydende cerebrovaskulær sygdom og 3) sandsynliggørelse af en årsagssammenhæng mellem de to.
- ▶ Hypoperfusion, ændret autoregulering af hjerneblodgennemstrømningen og ændringer i karvæggen i de cerebrale kar spiller formentlig en central rolle, men patofysiologien er i vid udstrækning ukendt.
- ▶ Medicinsk behandling sigter mod identifikation af cerebrovaskulære risikofaktorer og behandling af disse.
- ▶ Fremtidig forskning bør rettes mod afdækning af specifikke sygdoms-enheder med specifik klinik, patofysiologi og neuropatologi.

Vascular Behavioral and Cognitive Disorders-kriterierne

I 2014 lancerede en arbejdsgruppe VASCOG-kriterierne [10] og introducerede begrebet *vascular cognitive disorder* (VCD), på dansk vaskulær kognitiv lidelse, bl.a. i erkendelse af, at selvom mange patienter med VaD debuterer relativt akut, ses sygdomsforløb med langsom eller skubvis forværring også hyppigt. Der vil ofte være en periode af varierende længde med let kognitiv svækkelse, hvor patienten ikke opfylder demenskriterierne. Dette har afstedkommet et ønske om et overordnet begreb, der dækker enhver grad af kognitiv svækkelse forårsaget af cerebrovaskulær sygdom. VCD kan opdeles i let VCD (kognitiv svækkelse, men ikke demens) og svær VCD (demens).

Hvis man kan stille forskningsdiagnosen VCD i den prædementielle fase, vil muligheden for forskning i patofysiologiske mekanismer og forebyggende behandling kunne forbedres. Ligeledes har patienter med milde symptomer også behov for udredning og behandling, og forebyggelse af progression ved behandling af vaskulære risikofaktorer kræver tidlig opsporing.

EPIDEMIOLOGI, PATOFYSIOLOGI OG KLINIK

Der kan ikke opstilles en samlet sygdomsmodel for VaD, der dækker alle kliniske og neuropatologiske variationer. Der findes flere undertyper af VaD, f.eks. SIVD eller postapopleksidemens (Figur 1 og Tabel 2). For langt de fleste undertyper findes der dog ikke validerede kriterier, der klart definerer og afgrænser dem. Som eksempel kan demens hos en patient med et talamisk infarkt klassificeres både som strategisk infarktdemens, postinfarktdemens og subkortikal VaD. Ofte skelnes der mellem storkarssygdom og småkarssygdom som årsag til VaD, selvom begge tilstande kan være til stede samtidig.

Storkarssygdom – patofysiologi og klinik

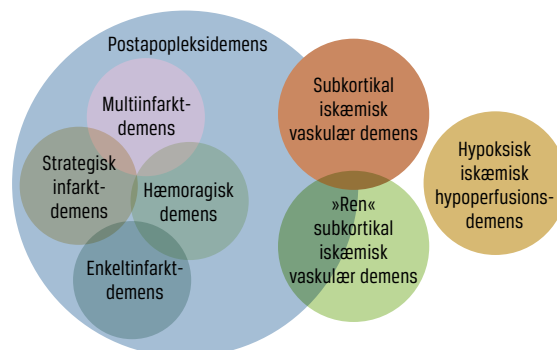
Ved VaD med storkarssygdom ses der større eller mindre cerebrale infarkter, som oftest er forårsaget enten af aterosklerose i præ- eller intracerebrale kar med deraf følgende hypoperfusion eller tromboembolisk event. Til denne kategori hører også større hæmora-

gier, der giver anledning til kognitiv svækkelse. Patofysiologien er antageligt ikke forskellig fra patofysiologien ved apopleksi, og risikofaktorer såsom diabetes og tidligere iskæmisk hjertesygdom er i flere studier associeret med risikoen for postapopleksidemens. Antal og størrelsen af infarkter, allerede eksisterende kortikal atrofi, herunder medial temporallapsatrofi, Alzheimerpatologi (såsom kortikal aflejring af betaamyloid) samt tidligere apopleksi og småkarssygdom er også betydende risikofaktorer [2, 11]. Placeringen af infarkt spiller også en rolle, således at supratentorielle læsioner samt venstresidige og bilaterale hemisfærelæsioner er associeret med en større risiko. Desuden er der såkaldte strategiske infarkter, der er defineret som ét enkelt infarkt, der medfører demens, uden at der er anden patologi [11] (Tabel 2).

Ved VaD på grund af storkarssygdom vil symptomerne være varierende afhængigt af infarktets placering, og alle kognitive funktioner kan påvirkes. Debut sker typisk i efterforløbet af en apopleksi, men ikke-

 FIGUR 1

Undertyper af vaskulær demens. Figuren illustrerer de indbyrdes forhold mellem undertyperne i Tabel 2. Cirkler og overlappende områder afspejler dog ikke antalsmæssigt de indbyrdes forhold hos patienter i de enkelte grupper. Bemærk at enkeltinfarktdemens og multiinfarktdemens overlapper med hæmoragisk demens, da visse definitioner også tillader hæmoragier som årsag til de to førstnævnte.



TABEL 2

Udvalgte undertyper^a af vaskulær demens.

	Beskrivelse
Subkortikal vaskulær demens ^b	Udelukkende eller overvejende subkortikal vaskulær patologi i form af hvid substans-forandringer eller lakunære infarkter som følge af småkarssygdom
Postapopleksidemens	Meget bred undertype, idet undertypen dækker alle demenstilfælde, der opstår i efterforløbet/som følge af apopleksi
Strategisk infarkt-demens ^b	Demens som følge af relativt små infarkter eller hæmoragier i kritiske hjerneområder: gyrus angularis, thalamus, den basale forhjerne, inferomesial temporalt inkl. hippocampus, mesial frontalt, venstre capsula interna (crus genu), nucleus caudatus
Multiinfarktdemens	Demens som følge af flere infarkter/hæmoragier
Enkelinfarktdemens	Demens som følge af et enkeltinfarkt/hæmoragi
"Ren" subkortikal vaskulær demens ^b	Subkortikal vaskulær demens og ingen tegn på kortikal ophobning af betaamyloid målt ved amyloid-PET
Hypoksisk iskæmisk hypoperfusionsdemens	Tilstand med udbredte vaskulær hvid substans-forandringer, tidligere Binswangers sygdom eller f.eks. hippokampal sklerose
Hæmoragisk demens	Demens grundet hæmoragier

a) Undertyperne er i mange tilfælde overlappende, og udgør ikke kliniske, patofysiologiske sygdomsenheder, ofte dækker de snarere over rent morfologiske beskrivelser af de patologiske forandringer.

b) For disse undertyper foreligger der diagnosekriterier.

erkendte infarkter kan give klinisk indtryk af en mere snigende debut.

Småkarssygdom – patofysiologi og klinik

Ved småkarssygdom forstås oftest sygdomsprocesser i de mindste cerebrale arterier, arterioler, kapillærer og venoler. Som ved storkarssygdom rammes disse oftest af aterosklerose, i sjældnere tilfælde af cerebral amyloid angiopati (CAA), cerebral autosomal dominant arteriopati med subkortikal infarkt og leukoencefalopati og vaskulitis [12]. Ved CAA, som er den hyppigste af de sjældne tilfælde, ses aflejring af amyloid i karvæggen i små arterier og arterioler, hvilket kan medføre mikrobldninger (synlige på blodfølsomme MR-skanningssekvenser), hypoperfusion/okklusion med deraf følgende vaskulære hvid substans-forandringer (synlige på *fluid-attenuated inversion recovery*-MR-skanningssekvenser og CT, benævnes deskriptivt som leukoaraiose), større lobære blodninger og jernaflejringer på overfladen af hjernen (siderose), der alle kan medføre kognitiv svækkelse [13]. Ved aterosklerotisk småkarssygdom ses tab af glat muskulatur i karvæggen samt aflejringer af fibrohyalin i og fortykkelse af karvæggene. Dette menes at medføre parenkymatøse forandringer i form af leukoaraiose og lakunære infarkter. Den patofysiologiske mekanisme, der forbinder forandringerne i karvæggen med parenkymforandringerne er ukendt, men hypoperfusion, tab af den cerebrale autoregulering, der medfører kronisk og akut iskæmi, sammen med skade af blodhjerne-barrieren og inflammation er mulige mekanismer. I områder med vaskulære hvid substans-forandringer ses histologisk inkomplet infarcering med tab af oligodendrocytter og demyelinisering, hvilket har ført til hypotesen om mere kronisk iskæmi som årsag [2, 12].

Ændringer i neurotransmittersystemer, mest udtalt

i acetylcholin-systemet, muligvis pga. tab af kolinerge neuroner i den basale forhjerne, spiller muligvis også en rolle [14].

Det kliniske forløb er typisk med langsom/skubvis forværring, hvilket kan minde om forløbet ved AD. Påvirkede styringsfunktioner (eksekutivfunktioner), opmærksomhedstab og nedsat psykomotorisk tempo ses ofte først, men efterhånden bliver hukommelse og andre kognitive funktioner også påvirket. Den eksekutive dysfunktion kan skyldes førnævnte degeneration af kolinerge neuroner såvel som læsioner, der rammer frontale kortiko-subkortikale baner. Der ses også neuropsykiatriske symptomer, hyppigst apati og depressive symptomer. Andre neurologiske symptomer er urininkontinens, gangforstyrrelser og pseudobulbære tegn (f.eks. patologisk gråd).

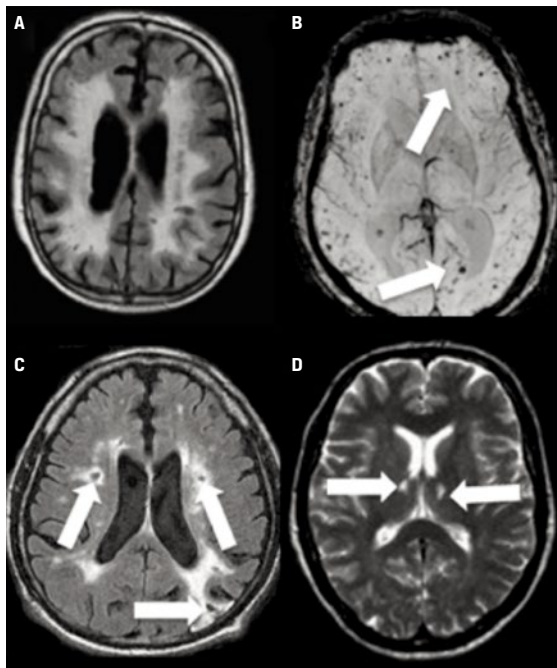
Flere patologier

Når AD (kortikale betaamyloidaflejringer) og vaskulær patologi skønnes at bidrage ligeligt til demenssyndromet, omtales dette som *mixed dementia*. Cerebrovaskulære forandringer forekommer hyppigere ved AD end ved andre neurodegenerative sygdomme, og vaskulære forandringer og Alzheimerpatologi [15] er hyppige i den raske ældrebefolkning [16], hvilket vanskeliggør diagnostik. I tidligere diagnosekriterier har man kun overfladisk berørt dette, mens de nyere diagnosekriterier er mere detaljerede. Såfremt der forekommer betydelig cerebrovaskulær patologi, tillader National Institute on Aging and the Alzheimer's Association-kriterierne kun, at mulig (og ikke sandsynlig) AD diagnosticeres [17]. International Working Group-2-kriterierne opstiller deciderede diagnostiske kriterier for *mixed AD* [18]. Korrekt diagnostik har indflydelse på både prognose (tilstedeværelse af et neurodegenerativt kompo-



FIGUR 2

Vaskulære forandringer, der ses ved vaskulær demens. **A.** Omfattende vaskulære hvid substans-forandringer, Fazekas skala 3 (MR-skanning med FLAIR-sekvens). **B.** Multiple mikrobldninger (eksempler markeret med pile), som kan ses f.eks. ved cerebral amyloid angiopati (blødningsfølsom MR-sekvens). **C.** Multiple lakunære infarkter (markeret med pile) (MR-skanning). **D.** Eksempel på infarktlokation, der ses ved strategisk infarkt-demens med bilaterale lakunære infarkter i thalami (markeret med pile) (MR-skanning).



nent ud over VaD vil betyde en ufravigelig progrediende sygdomstilstand) og behandling (ved *mixed dementia* kan demensmedicin anvendes, men ikke ved ren VaD). Ved mistanke om *mixed dementia*, f.eks. pga. udtalte anemistiske træk, vil påvisning af abnorm beta-amyloidaflejring (enten ved cerebrospinalvæske (CSV)-analyse eller PET) kunne bidrage til afklaring.

Epidemiologi

Incidens- og prævalenstal varierer meget mellem studierne både pga. forventelige faktorer, såsom hvilke populationer der er undersøgt, men også pga. manglende konsensus om diagnosekriterier. Kognitiv svækkelse er rapporteret hos 6-41% af patienterne med apopleksi, mens prævalensen af VaD i hukommelsesklinikker er på 4,5-39% og på 8-15,8% i befolkningsstudier [2]. Tilsvarende variationer findes med hensyn til incidensen, men de fleste studier viser en klar aldersmæssig stigning i incidensen. Ved autopsistudier er der rapporteret om en prævalens på 0,03-85,2%. Såkaldt »ren« VaD ses ifølge disse studier kun hos 2,4-31,8% af patienterne, mens 74-93% havde både AD- og VaD-patologi [2].

I antemortemskanningsstudier med PET-ligander med affinitet til betaamyloid har man dog rapporteret om en relativt højere forekomst af »ren« VaD (68,9%) hos patienter, der opfyldte kriterierne for SIVD [19].

UDREDNING

Som ved mistanke om anden demenssygdom bør der optages en grundig sygehistorie fra patient og pårørende samt udføres kognitiv testning og vurdering af ADL-funktion og neuropsykiatriske symptomer med validerede redskaber. Mindst én strukturel skanning bør udføres. CT er ofte tilstrækkelig, men MR-skanning har højere sensitivitet for vaskulære forandringer, og mikrobldninger er kun synlige med blodfølsomme MR-sekvenser. Fazekas skala er en ofte benyttet visuel skala til graduering af vaskulære hvid substans-forandringer (Figur 2). CSV-markører kan anvendes differentialdiagnostisk i forhold til andre neurodegenerative sygdomme (f.eks. AD), men der er p.t. ikke udviklet markører for VaD. Det skal nævnes, at f.eks. tau målt i CSV kan være abnormt forhøjet i uger efter et cerebralt infarkt. Vaskulære risikofaktorer bør afdækkes med bl.a. blodprøver, elektrokardiogram og anamneseoptag.

BEHANDLING

Der findes p.t. ingen specifik behandling, der er godkendt til VaD [20]. Behandlingen vil således være rettet mod vaskulære risikofaktorer såsom hypertension, hyperkolesterolæmi, diabetes mellitus og atrieflimren samt modificering af livsstilsfaktorer (overvægt, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet osv.), hvilket formentlig vil kunne forsinke eller stoppe sygdomsudviklingen [20]. Der er ikke evidens for behandling med trombo-cythæmmere, når der ikke er apopleksi. Dette gælder også ved såkaldte stumme infarkter (typisk lakunære infarkter), der påvises ved CT eller MR-skanning, hvor der ikke kan etableres et klinisk korrelat i form af neurologiske udfaldssymptomer, der er forenelige med apopleksi, såvel som ved selv udbredt leukoaraiose. Såfremt patienten har haft symptomer, der er forenelige med apopleksi, skal behandlingen følge de gængse retningslinjer.

KONKLUSION

Cerebrovaskulær sygdom er en hyppig årsag til kognitiv svækkelse. De kliniske, radiologiske og neuropatologiske manifestationer er varierende, og VaD er som sygdomsbegreb ikke velafgrænset. Nyere begreber som VCD synes at være mere dækkende, men yderligere valideringsstudier er nødvendige. Der mangler fortsat diagnostiske kriterier, der afspejler specifikke kliniske og neuropatologiske undertyper med en specifik underliggende patofysiologi. Forskning i den retning vil facilitere udvikling af specifik behandling af vaskulær demens-sygdomme. Fokus på udredning og behandling af

cerebrovaskulære risikofaktorer vil dog formodentligt også i fremtiden være vigtige komponenter i behandlingen af VaD.

KORRESPONDANCE: Kristian Steen Frederiksen.

E-mail: Kristian.Steen.Frederiksen@regionh.dk

ANTAGET: 21. december 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Dementia UK: a report into the prevalence and cost of dementia prepared by the PSSRU at the London School of Economics and the Institute of Psychiatry at King's College London, for the Alzheimer's Society. Alzheimer's Society, 2007.
2. Jellinger K. Pathology and pathogenesis of vascular cognitive impairment – a critical update. *Front Aging Neurosci* 2013;5:1-19.
3. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993;43:250-60.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994.
5. WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. udgave (ICD-10). www.who.int/classifications/icd/en/ (25. okt 2016).
6. Erkinjuntti T. Subcortical vascular dementia. *Cerebrovasc Dis* 2000;13:58-60.
7. Kim GH, Lee JH, Seo SW et al. Seoul criteria for PiB(-) subcortical vascular dementia based on clinical and MRI variables. *Neurology* 2014;82:1529-35.
8. Chui HC, Mack W, Jackson JE et al. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multicenter study of comparability and interrater reliability. *Arch Neurol* 2000;57:191-6.
9. Tomlinson BE, Blessed G, Roth M. Observations on the brains of demented old people. *J Neurol Sci* 1970;11:205-42.
10. Sachdev P, Kalraia R, O'Brien J et al. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2014;28:206-18.
11. Leys D, Hénon H, Mackowiak-Cordoliani M-A et al. Poststroke dementia. *Lancet Neurol* 2005;4:752-9.
12. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *Lancet Neurol* 2010;9:689-701.
13. Yamada M. Cerebral amyloid angiopathy: emerging concepts. *J Stroke* 2015;17:17-30.
14. Swartz RH, Sahlas DJ, Black SE. Strategic involvement of cholinergic pathways and executive dysfunction: does location of white matter signal hyperintensities matter? *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2003;12:29-36.
15. Esiri MM, Joachim C, Sloan C et al. Cerebral subcortical small vessel disease in subjects with pathologically confirmed Alzheimer's disease: a clinicopathological study in the Oxford Project to Investigate Memory and Ageing (OPTIMA). *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2012;28:30-5.
16. Jellinger K, Attems J. Neuropathology and general autopsy findings in nondemented aged subjects. *Clin Neuropathol* 2012;31:87-98.
17. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's Dement* 2011;7:263-9.
18. Dubois B, Feldman HH, Jacova C et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 2014;13:614-29.
19. Lee JH, Kim SH, Kim GH et al. Identification of pure subcortical vascular dementia using 11C-Pittsburgh compound B. *Neurology* 2011;77:1-8.
20. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.

Udredning og behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente

Anette Lolk^{1,2}, & Kjeld Andersen²

Demens er et syndrom, som kommer til udtryk ved svækkelse af kognitive funktioner. I sygdomsforløbet ses der meget ofte, uanset den tilgrundliggende demenssygdom, en eller flere psykologiske eller psykiatriske symptomer og adfærdsmæssige forstyrrelser. Disse benævnes *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD) [1] og omfatter emotionelle symptomer og adfærdsforstyrrelser. I **Tabel 1** angives forekomsten af de hyppigste symptomer baseret på en ny metaanalyse [2]. BPSD kan ses i alle sværhedsgrader af demens, og der er intet sikkert mønster, forstået således at bestemte symptomer ses hyppigere i bestemte sværhedsgrader. Dog er der en tendens til, at der i studier rapporteres om højere forekomst af BPSD, hvor der er undersøgt moderat til moderat-svær sværhedsgrad af demens, end hvor der udelukkende er undersøgt svær sværhedsgrad [3]. Der er desuden en sammenhæng

mellem stigende sygdomslængde og forekomsten af aggression, tab af hæmninger, irritabilitet, vrangforestillinger, apati og appetitforstyrrelser [2].

Symptomerne i forbindelse med BPSD kan forveksles med delirium [4], og det er derfor nødvendigt at undersøge for somatisk sygdom. Patienter med sværere demens kan have svært ved at give udtryk for symptomer som f.eks. smerter, åndenød eller problemer med afføring eller vandladning. Observationer af patienten og oplysninger om tidligere og nuværende somatiske symptomer fra plejepersonale og pårørende er væsentlige. Patienten skal undersøges somatisk, og der skal foretages parakliniske undersøgelser, foruden at patientens medicin skal gennemgås, da farmaka som steroider, morfika, parkinsonismemidler og blærespasmodika kan give delirium.

Efterhånden som demenssygdommen progredierer,

STATUSARTIKEL

- 1) Demensklinikken, Odense Universitetshospital
- 2) Psykiatrisk Afdeling, Odense – universitetsfunktion, Psykiatrien i Region Syddanmark

Ugeskr Læger
2017;179:V10160740

TABEL 1

Emotionelle forstyrrelser og adfærdssforstyrrelser ved demens [2].

Symptom	Prævalens, %
<i>Emotionelt</i>	
Apati	49
Depression	42
Angst	39
Vrangforestillinger	31
Hallucinationer	16
Eufori	7
<i>Adfærd</i>	
Aggression	40
Søvnforstyrrelser	39
Irritabilitet	36
Appetitforstyrrelser	34
Motorisk uro	32
Hæmningsløshed	17

vil patientens funktion i dagligdagen blive reduceret, og hvis de psykosociale forhold ikke ændres tilsvarende, kan der opstå et misforhold mellem, hvad patienten magter, og hvilke krav omgivelserne stiller, hvilket kan medføre, at BPSD-symptomerne forstærkes. Det kan f.eks. dreje sig om en patient, der går i et dagcenter med mange patienter og efterhånden får sværere ved at følge med i, hvad der sker og reagerer med uro. Der er derfor behov for at revurdere behovet for psykosocial støtte i forløbet.

Når man har gennemgået ovenstående overvejelser, sikret sig så rimeligt som muligt, at det ikke drejer sig om delirium, at patienten ikke har smerter, ubehag eller andet, man kan korrigere, eller patientens rammer og krav ikke er uhensigtsmæssige, kan man overveje andre behandlingstiltag.

IKKEFARMAKOLOGISK BEHANDLING

I den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens fra 2013 fremhæves det, at førstevalgsbehandlingen af BPSD er ikkefarmakologisk [5]. Et systematisk review fra 2014 af 33 randomiserede undersøgelser af ikkefarmakologisk behandling viste, at aktivering af patienter, musikterapi, sanseintegration som f.eks. massage og undervisning i kommunikation med demente patienter havde effekt på agitation defineret som upassende verbal eller motorisk aktivitet, inklusive fysisk og verbal aggression og omkringvandren, især i de første seks måneder [6]. Aromaterapi og lysterapi var uden effekt.

Positive begivenheder og forskellige aktiviteter, som har patientens interesse, anvendt enten som enkeltaktiviteter eller i en gruppe en til to gange ugentligt har vist effekt på agitation i fire ud af seks studier [7]. Der er ikke beskrevet specifik effekt på aggression.

Sundhedsstyrelsen har i 2016 iværksat et projekt for målrettet pleje af beboere med demens med deltagelse

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Psykiatriske symptomer og adfærdssforstyrrelser ses ofte hos patienter med moderat til svær demens, og mange af symptomerne er fælles med delirium, hvorfor patienten bør undersøges somatisk, og medicinen gennemgås.
- ▶ Ikkefarmakologisk behandling skal prøves først, idet der synes at være effekt af pleje og aktiviteter, der er tilpasset den enkelte patients behov og interesser.
- ▶ Psykofarmaka har ofte en meget begrænset effekt ved psykiatriske symptomer og adfærdssforstyrrelser, og specielt for antipsykotika bør behandlingen forsøges seponeret på grund af betydelige bivirkninger og øget risiko for død.

af 4-5 kommuner [8]. Projektet løber til udgangen af 2018. Formålet med projektet er at øge livskvaliteten og reducere forekomsten af BPSD hos plejehjemsbeboere. Derudover forventes det, at forbruget af antipsykotika kan reduceres.

MEDICINSK BEHANDLING

Såfremt patienten er diagnosticeret med enten Alzheimers sygdom eller *Lewy body*-demens, er førstevalg til farmakologisk behandling af BPSD kolinesterasehæmmere og/eller memantin. En metaanalyse af 15 randomiserede kontrollerede undersøgelser omhandlende kolinesterasehæmmere til behandling af BPSD viste en lille, men statistisk signifikant bedring af symptomerne [9]. For memantin blev der ikke påvist sikker statistisk effekt i samme metaanalyse, selvom effektens størrelse var sammenlignelig med kolinesterasehæmmers effekt. Dette skyldtes formentlig, at der indgik otte studier med memantin mod 15 med kolinesterasehæmmere. Post hoc-analyser af kliniske forsøg med memantin har vist reduktion af agitation/aggression og irritabilitet, så en eventuel effekt er endnu ikke sikkert klarlagt [10, 11].

I det følgende gennemgås nogle af de hyppigste symptomer samt mulighederne for farmakologisk behandling.

Depression og angst

Diagnosen depression kan især hos ældre være meget vanskelig af flere grunde: 1) Svækket kognition kan være et fremtrædende tegn og således forveksles med demens, 2) omvendt kan depression tolkes som progression af demens, og man kan således overse en depressiv tilstand hos en dement patient, og 3) symptomer som nedsat koncentration, anhedoni, apati, nedsat fødeindtag og søvnforstyrrelser ses ved både demens og depression.

I en oversigtsartikel har man netop gennemgået antidepressiv medicin til behandling af BPSD hos demente [12]. Flertallet af studierne viste en reduktion af depressive symptomer hos såvel patienter i aktiv behandling som placebobehandlede. Man kan derfor ikke umiddelbart tilskrive symptomlindringen den antidepressive behandling. Generelt må man fraråde behandling med ældre antidepressiva (tricykliske antidepressiva), som ofte har antikolinerge effekter og dermed kan forværre det kognitive funktionsniveau hos demente. Citalopram kan generelt ikke anbefales på grund af mulige kardiale bivirkninger i form af QTc-forlængelse. Den maksimale dosis hos ældre er derfor 20 mg. Hvis det vurderes, at antidepressiv medicin er indiceret, foreslås derfor tablet sertralin (trappes op fra 25 mg morgen til maks. 200 mg morgen) eller tablet mirtazapin (trappes op fra 7,5-15 mg til maks. 45 mg til natten), sidstnævnte anbefales især, hvis søvnforstyrrelser er en del af symptombilledet. Behandlingen skal følges tæt, da risikoen for bivirkninger ikke er negligabel hos ældre patienter, uanset om det drejer sig om demente eller ej [13].

Angst er ofte til stede, enten alene eller som element i en depressiv eller psykotisk tilstand. Angst, der ikke er relateret til en psykotisk tilstand, behandles med sertralin eller mirtazapin som beskrevet ovenfor. Ved akut forværring i angst/uro kan tablet oxazepam 5-7,5 mg 1-3 × dagligt anvendes, men kun kortvarigt. Behandling med oxazepam kan anvendes ved enkeltstående lejligheder, hvor patienten bliver angst. Der foreligger ingen undersøgelser af effekten af benzodiazepiner. Er angst et element i en psykotisk tilstand, behandles den psykotiske tilstand primært, se nedenfor.

Agitation og aggression

Agitation kan vise sig ved verbal eller motorisk hyperaktivitet, hvor patienten kan være omkringvandrende. Aggression kan vise sig som verbal udskælden eller egentlig fysisk aggression, hvor patienten skubber, slår etc. En del aggression er forudsigelig f.eks. i forbindelse med personlig pleje, hvor patienten ikke forstår, hvad der skal ske. Uforudsigelig aggression ses f.eks. i forbindelse med vrangforestillinger, og patienten kan være til fare for andre.

Kolinesterasehæmmere synes ikke at have effekt på agitation og aggression. I post hoc-analyser af memantin synes der at være en vis effekt, men et placebokontrolleret studie af svær agitation viste ingen forskel mellem placebo og memantin [14]. Studier af selektive serotoninoptagelseshæmmere til behandling af agitation og aggression har vist blandede resultater. I et studie reducerede 30 mg citalopram (som er over anbefalet maksimumdosis) signifikant agitation, men en mindre andel af patienterne fik QTc-forlængelse. Der var for få patienter, der fik 20 mg citalopram, til at man

kunne afgøre, om det havde en effekt [15]. To mindre studier af paroxetin til behandling af frontotemporal demens har ikke vist sikker og overbevisende effekt [16]. På grund af risikoen for bivirkninger og interaktioner bør citalopram og paroxetin undgås. En behandling med sertralin kan forsøges, men skal seponeres, hvis der ikke er en klar effekt. Ved fysisk aggression kan det være nødvendigt at behandle med antipsykotika i en periode (se nedenfor).

Psykotiske symptomer

Vrangforestillinger og hallucinationer forekommer ofte i de senere stadier af en demenssygdom bortset fra ved *Lewy body*-demens, hvor specielt visuelle hallucinationer forekommer tidligt. Paranoide forestillinger kan være særligt belastende for de pårørende. Patienten kan have forestillinger om at være blevet bestjålet og f.eks. mene, at ting, der er væk, er stjålet, at hjemmet er invaderet af fremmede, eller at familiemedlemmer er blevet erstattet af fremmede (Capgras syndrom). Sidstnævnte skyldes misidentifikation. Ved svær demens ses vrangerindringer, hvor patienten mener at skulle hjem til sine forældre eller hjem og passe små børn. Der synes at være tale om erindringer, der blandes sammen, og som er tidsmæssigt forskudt.

Mange patienter er ikke forpinte af deres vrangforestillinger eller hallucinationer. Men hvis patienten er svært forpint, f.eks. hvis hallucinationerne er skræmmende, eller en vrangforestilling medfører, at patienten bliver fysisk aggressiv, og ændringer i pleje/omsorg ikke har haft tilstrækkelig effekt, kan farmakoterapi være relevant.

Hvis patienten ikke er i behandling med en kolinesterasehæmmer, bør det være førstevalg. Hos patienter med *Lewy body*-demens er der ofte en effekt på hallucinationer ved behandling med en kolinesterasehæmmer. I en Cochranemetaanalyse fra 2012 fandt man, at risikoen for hallucinationer reduceredes med 36% blandt kolinesterasehæmmerbehandlede i forhold til blandt placebobehandlede, en reduktion, der dog lige netop ikke opnår statistisk signifikans på 5% (p-værdi af analysen er 6%) [17].



Patienter med adfærdsforstyrrelser kan være svært forpinte, selvom de ikke altid kan give udtryk for det!

Atypiske antipsykotika har været hyppigt anvendt i behandling af psykotiske symptomer hos patienter med demens, selvom de ikke er godkendt til denne indikation. Der er øget mortalitet ved behandling af demente patienter med atypiske antipsykotika, hvorfor de kun bør anvendes ved psykotiske symptomer, hvor patienten er svært forpint eller er til fare på grund af de psykotiske symptomer. I en stor, dobbeltblindet, placebo-kontrolleret undersøgelse af olanzapin, risperidon og quetiapin var der ingen forskel på effekten målt som tid til ophør af behandling [18]. De atypiske antipsykotika har færre bivirkninger ved lave doser end de typiske. Dosis af olanzapin bør ikke overstige 10 mg dagligt, og der skal observeres for bivirkninger (vægtøgning, diabetes, hyperkolesterolæmi og sedation). Ved behandling med risperidon bør dosis ikke overstige 1 mg, da der ved højere doser ofte ses ekstrapyramidale bivirkninger. Derudover ses vægtøgning, diabetes mellitus og forhøjet prolaktinniveau. Effekten af quetiapin på psykotiske symptomer er tvivlsom, men quetiapin kan anvendes til patienter med *Lewy body*-demens eller demens ved Parkinsons sygdom.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer bør der ved behandlingens start planlægges tidspunkt for evaluering [19]. Det vil f.eks. være efter 2-4 ugers behandling, og der bør siden forsøges en gradvis seponering f.eks. efter tre måneders behandling (5), men en del af patienterne vil få recidiv. I en undersøgelse med 180 patienter, der havde haft effekt af risperidon på psykotiske symptomer eller agitation, blev patienterne randomiseret til at fortsætte med risperidon eller placebo. Efter 16 uger havde 60% af placebopatienterne recidiv mod 33% af patienterne i risperidonbehandling [20].

Søvnforstyrrelser

Søvnforstyrrelser er hyppige og har ofte flere årsager. Mange aspekter af god søvnhygiejne kan anvendes til patienter med demens. Der bør være fokus på fysisk aktivitet om dagen, lys i dagtimerne og undgåelse af indtag af koffeinholdige drikke og alkohol om aftenen. Kolinesterasehæmmere bør gives om morgenen, de kan påvirke nattesøvnen og give livlige drømme. Ved samtidig depressive symptomer kan behandling med mirtazapin forsøges. Der kan forsøges behandling med et melatoninpræparat, hvor der ifølge et oversigtsarbejde fra 2015 synes at være en lille effekt på søvnlængden [21]. Der foreligger ikke undersøgelser af effekten af zolpiclon eller zolpidem. Der kan forsøges med behandling i lav dosis i kort tid.

KONKLUSION

BPSD ses hyppigt hos demente patienter. Man bør altid overveje delirium og derfor undersøge patienterne grundigt somatisk og foretage en medicingennemgang. Den initiale behandling bør altid være af ikkefarmako-

logisk karakter i form af ændret psykosocial støtte og pleje. Hos patienter med Alzheimers sygdom eller *Lewy body*-demens er kolinesterasehæmmere og/eller mamentin førstevalgsbehandling. Hvis der herefter ikke er tilstrækkelig effekt, kan psykofarmakologisk behandling overvejes. Al behandling bør monitoreres tæt, og især antipsykotisk behandling bør forsøges seponeret.

KORRESPONDANCE: Anette Lolk. E-mail: anette.lolk@rsyd.dk

ANTAGET: 18. januar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Finkel SI, Costa de Silva J, Cohen G et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8(suppl 3):497-500.
2. Zhao QF, Tan L, Wang HF et al. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;190:264-71.
3. van der Linde RM, Denning T, Setphan BC et al. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016;209:366-77.
4. Benjaminsen S. Delirium blandt ældre indlagte patienter er hyppig og har dårlig prognose. *Ugeskr Læger* 2014;176:V01130084.
5. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.
6. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014;205:436-42.
7. Testad I, Corbett A, Aarasland D et al. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1083-98.
8. Model for målrettet pleje af beboere med demens og BPSD. Sundhedsstyrelsen, 2016. www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2016/maalrettet-pleje-af-beboere-med-demens (11. dec 2016).
9. Wang J, Yu JT, Wang HF et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86:101-9.
10. Cummings JL, Schneider E, Tariot PN et al. Behavioral effects of memantine in Alzheimer disease patients receiving donepezil treatment. *Neurology* 2006;67:57-63.
11. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA et al. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry* 2008;69:341-8.
12. Farina N, Morrell L, Banerjee S. What is the therapeutic value of antidepressants in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*, 2016.
13. Coupland C, Dhiman P, Morris R et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
14. Fox C, Crugel M, Maidment I et al. Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e35185.
15. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:682-91.
16. Nardell M, Tampi RR. Pharmacological treatments for frontotemporal dementias: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2014;29:123-32.
17. Rolinski M, Fox C, Maidment I et al. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD006504.
18. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006;355:1525-38.
19. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2014. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163024 (12. dec 2016).
20. Devanand DP, Mintzer J, Schultz SK et al. Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012;367:1497-507.
21. Xu J, Wang LL, Dammer EB et al. Melatonin for sleep disorders and cognition in dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2015;30:439-47.

Behandling af kroniske sygdomme hos patienter med demens

Hanne Pedersen¹, Kristian Skikkild Klinkby¹ & Frans Borch Waldorff²

Det anslås, at der i Danmark er ca. 85.000 mennesker med demenssygdom, og som følge af den demografiske udvikling vil dette antal stige betragteligt i de næste årtier [1]. Demente patienter lider af samme kroniske sygdomme, som andre patienter, og andelen med flere samtidige sygdomme øges med alderen [2]. Som gruppe betragtet er demente patienter sårbare pga. nedsat evne til at varetage egenomsorg og et ofte i forvejen belastet netværk. Af denne grund har demente brug for en fokuseret og proaktiv sundhedsfaglig tilgang ved håndtering af kronisk sygdom.

I denne artikel vil vi beskrive udvalgte kroniske sygdomme og tilstande hos demente patienter, berøre polyfarmaci og forholde os til den palliative indsats, der bør forberedes i god tid.

KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM

KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) – herunder rygning og ledsagende inflammation – har betydning for udvikling af både vaskulær demens og Alzheimers demens [3]. Selvom kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) forekommer hyppigt hos demente, er denne gruppe patienter ofte underbehandlet [4]. Det kan skyldes, at demente ikke reagerer adækvat på egne symptomer, ikke søger læge, er vanskelige at undersøge, har svært ved at oplyse om symptomer og har problemer med at administrere inhalationsmedicin [5]. Derfor er grundig og gentagen instruktion vigtig, og et studie har vist, at 95% af personerne i en gruppe demente med en score på 10-24 i minimentalundersøgelse (MMSE) efter tre instruktioner kunne lære at betjene en diskinalator [6]. I den kliniske hverdag vil mange demente dog have brug for hjælp til inhalationsbehandling, og *spacer*-behandling kan være hensigtsmæssig. Der er modstridende opfattelser af, om kolinerg behandling ved demenssygdomme forværrer KOL-status hos demente patienter [7]. Generelt anbefales forsigtighed ved moderat til svær KOL og samtidig kolinerg behandling. Der er ikke fundet studier, som tyder på kognitiv påvirkning ved lokal antikolinerg inhalationsbehandling.

HJERTESYGDOM OG HYPERTENSION

Både vaskulær demens og Alzheimers demens har samme risikofaktorer som kardiovaskulær sygdom [8],

og både hypertension og iskæmisk hjertesygdom forekommer hyppigt hos demente. Ved hjertesvigt er god egenomsorg afgørende for et vellykket behandlingsforløb, og demente har derfor hyppigt behov for særlig støtte.

Velbehandlede patienter med hjertesvigt har ofte meget lavt blodtryk, og det må løbende vurderes, hvor intensiv hjertesvigtbehandlingen skal være, så der ikke kommer andre alvorlige bivirkninger. Noget tyder på, at et passende blodtryk hos ældre demente patienter er højere end angivet i de generelle anbefalinger [9].

Statinbehandling til de ældste patienter er omdiskuteret. Det ser dog ikke ud til, at statiner har en negativ effekt på den kognitive funktion hos demente [10]. Der kan være andre forhold, som gør, at det hos den enkelte patient kan være en rigtig beslutning at ophøre med statinbehandling.

Ved atrieflimren skal demente ligesom andre vurderes med CHA₂DS₂-VAsC-score og HAS-BLED-score, og blodfortyndende behandling bør – under forudsætning af at det kan lade sig gøre på forsvarlig vis – gennemføres hos demente patienter på samme vis som hos ikke-demente. Kolinerg behandling kan give bradykardi og må kun initieres efter ekg-vurdering. Der skal udvises særlig forsigtighed med relevante kontrolforanstaltninger, hvis patienten allerede inden behandlingsstart har atrioventrikulært blok eller bradykardi.

STATUSARTIKEL

1) Medicinsk Afdeling, Geriatrisk Sektion, Amager Hvidovre Hospital, Glostrup Matriklen
2) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger
2017;179:V10160767

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Patienter med demens har ofte samtidige kroniske sygdomme, som kan forværre demensforløbet.
- ▶ Ved håndtering af komorbiditet skal der anlægges en holistisk tilgang. KRAM-faktorer har betydning for både patogenesen og formentlig også udviklingen af demenssygdom og bør adresseres i tidlig til moderat fase af demens.
- ▶ Gruppen af demente er heterogen. Behandlingsmål bør fastlægges og

justeres i samarbejde med patient og netværk. Der skal foretages jævnlige medicingennemgange og løbende overvejes indikationer for undersøgelser og medicinsk behandling. *Advance care planning* skal iværksættes i tide og palliativ strategi ved fremskreden demens. En multidisciplinær tilgang er ofte nødvendig.

Patienter, der har samtidig hjertesygdom og demens, skal i takt med, at demenssygdommen udvikler sig, løbende vurderes, og der bør i stigende grad fokuseres på symptomkontrol snarere end forebyggende behandling.

URININKONTINENS

Urininkontinens forekommer ofte ved demens og bør udredes, således at typen af inkontinens kan fastslås, og symptomerne bedst muligt afhjælpes. Især er det vigtigt at skelne mellem »ægte« inkontinens og inkontinens, der ikke er direkte relateret til dysfunktion af de fraførende urinveje.

Omfanget af udredning og interventioner fastlægges individuelt under hensyntagen til den samlede helbredstilstand. Udredningen bør tage udgangspunkt i almindelige kliniske vejledninger fra f.eks. Dansk Selskab for Almen Medicin [11]. Skemalagte toiletbesøg faciliteret af trænet personale nedsætter antallet af inkontinensepisoder [12], og bækkenbundstræning har formentlig samme gode effekt på stressinkontinens hos demente patienter som hos ikkedemente personer [13]. Ved udtalt *urge*-inkontinens kan medicinering overvejes, men på grund af den antikolinerge effekt tilrådes tilbageholdenhed [14], og præparater med lav antikolinerg effekt bør i så fald foretrækkes [15]. Virkning og bivirkninger bør nøje monitoreres, og behandlingen skal seponeres ved fravær af effekt.

FALD

Demens er en selvstændig risikofaktor for fald [16], og demente falder hyppigere end baggrundsbefolkningen. Både gangusikkerhed, rum-retnings-forstyrrelser og eksekutiv dysfunktion er af betydning. Specielt patienter med *Lewy body*-demens har øget faldrisiko. Disse patienter er prægede af vekslende opmærksomhed, parkinsonisme og ortostatisk hypotension pga. autonom dysfunktion. Som hos andre ældre er baggrunden for fald ofte multifaktoriel, og demente med faldtendens bør gennemgå systematisk faldudredning med efterfølgende intervention [17] (**Tabel 1**). Ved markant kognitiv og/eller fysisk dysfunktion må udredningen tilpasses individuelt. Udredningen skal indeholde vurdering af distal sensibilitet samt syn, og en evt. synssvækkelse bør korrigeres optimalt. Muskelstyrke og balance bør vurderes. Ud fra ekg, hjertestetoskopi og ortostatisk blodtryk-måling vurderes synkopemistanke. Ved rutineblodprøver og almen helbreds-vurdering sikres det, at komorbiditet er optimalt behandlet. Frakturrisiko og osteoporosestatus skal overvejes. Ved medicingennemgang bør der særligt lægges vægt på præparater, der er associeret med fald, dvs. psykotrop og kardiovaskulær medicin. Rådgivning om passende fodtøj og hjemmets indretning evt. ved en kommunal ergoterapeut er relevant. I adskillige studier har man beskrevet effekten af fysisk træning på faldrisiko hos demente [18]. Det kræver dog supervision og støtte under træningen, specielt hvis risikoreduktionen skal fastholdes. Hoftebeskyttere virker, hvis de bruges, og kan med fordel anvendes hos faldtruede demente i plejebolig.

SMERTER

Selvom der formentlig ved demens er neuropatologiske forandringer, som sammen med individuelle faktorer kan have betydning for smerteperceptionen, er der ikke grund til at antage, at demente har mindre intens smerteperception og færre smerter end ikkedemente. Demente underrapporterer smerter [19] og behandles generelt med lavere analgetikadoseringer end jævnaldrende ikkedemente på trods af formodet identisk smerteintensitet [20]. Smerter hos demente er korreleret til adfærdsforstyrrelser, *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD), herunder depressive symptomer og agitation [21]. Smertevurdering og evt. forsøgsvis analgetisk behandling er derfor en del af BPSD-håndteringen. Guldstandard for smertevurdering er egne oplysninger, hvilket er vanskeligt at få hos svært demente, som sjældent kan beskrive smerteintensitet og -kvalitet. Vurderingen af smerter kræver derfor involvering af omsorgspersoner, som kan rapportere om ændringer i adfærd m.m. Der findes smertevurderingsredskaber, men ingen er valideret på dansk. Brugbar er den norskudviklede og validerede smerteskala MOBID2 [22]. I forhold til analgetikabehandling gæl-



TABEL 1

Tjekliste, der kan tjene til huskeseddel, ved vurdering af faldtendens eller balance-besvær hos demente. Omfang af udredning og intervention må tilrettelægges efter individuel vurdering, afhængig af den kognitive tilstand og generelle helbreds-tilstand.

Almen tilstand og ernæringstilstand
Grad af kognitiv dysfunktion, evt. demenstype
Emotionel funktion, angst/depression
Ekg
Mislyde over cor
Ortostatisk blodtryk-måling
Synsstyrke
Distal sensibilitet
Muskelstyrke, kan måles ved rejse-sætte-sig
Balance, kan måles ved tandemtest
Poly- og/eller risikomedicin, psykotrop eller kardiovaskulær
Alkohol
Blodprøver
Fodstatus og fodtøj
Gennemgang af hjemmet ved ergoterapeut
Komorbiditet: optimalt håndteret?
Frakturrisiko og osteoporosevurdering
Afprøvning af hoftebeskyttere?

der huskereglene *start low go slow* også her – og som altid skal effekt og bivirkninger løbende vurderes. Opioidbehandling bør ledsages af laksantiabehandling, så obstipation undgås. I et nyligt publiceret dansk registerstudie beskrives et betydende opioidforbrug hos demente [23], hvilket understreger behovet for særlig opmærksomhed på analgetikabehandling hos denne gruppe.

POLYFARMACI

Polyfarmaci defineres ofte som samtidig brug af mere end fem lægemidler. Ældre over 65 år udgør ca. 15% af befolkningen, men forbruger 40-50% af alt receptpligtigt medicin. Indtagelse af mange lægemidler giver risiko for bivirkninger og interaktioner, selvom de enkeltvis er velindicerede. Samtidig viser flere undersøgelser, at kompliance nedsættes ved behandling med mere end tre lægemidler. Herudover er der begrænset dokumentation for mange lægemidlers effekt hos ældre, blandt andet fordi alder hyppigt er en eksklusionsgrund i medicinstudier [24].

Som anført har ældre demente patienter ligesom ikkedemente personer kroniske sygdomme og får medicin for disse. Der knytter sig særlige udfordringer hertil, både fordi visse typer medicin kan forværre det kognitive funktionsniveau, og fordi demente er i risiko for ikke at anvende deres medicin korrekt. Det bør derfor sikres, at den ordinerede medicin bliver anvendt som ordineret. Oftest vil der være behov for, at pårørende eller andre ressourcepersoner hjælper til hermed. Demens er i et amerikansk studie fundet at være en risikofaktor for polyfarmaci [25], og antallet af præparater har vist sig at være den største risikofaktor for blandt andet indlæggelse forårsaget af medicineringsfejl. Derfor er der god grund til at foretage jævnlige medicinggennemgange hos patienter med demens.

Der er internationalt udarbejdet flere systematiske oversigter over uhensigtsmæssig medicin til ældre [26, 27]. I Danmark har Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) udarbejdet en række redskaber til gennemførelse af medicinggennemgang. Et af de anbefalede redskaber er rød-gul-grøn-listen, der kan anvendes til at revurdere indikation for en række lægemidler til ældre. Listen er opdelt i behandlingsgrupper og indeholder begrundelser for seponering eller reduktion samt forslag til ændringer. Listen er sidst blevet opdateret i april 2016. Ved enhver medicinggennemgang anbefaler IRF, at lægen stiller følgende fem spørgsmål: For hvad? For meget? For lidt? For-kert? For-ever?

PALLIATION

Demens er en dødelig sygdom med terminale plagsomme symptomer som hos cancerpatienter. Allerede tidligt i et demensforløb bør *advance care planning* (ACP) drøftes [28]. Behandling af komorbiditet kan

have en central plads i denne drøftelse, hvor der som hovedregel er behov for en betydelig grad af pårørendeinddragelse. Ved fremskreden demens er apraksi, dysfagi og funktionssvækkelse med ultimativt tab af gangfunktion og tale obligate.

Ernæringsproblemer er ofte til stede, og sondeernæring kan blive genstand for drøftelse. Sondeernæring til terminale demente patienter har ingen sikker gavnlig effekt på hverken livskvalitet, livslængde, vægttab eller tryksår, hvorimod der er risiko for komplikationer i forbindelse med sondeanlæggelse, aspiration og hudproblemer ved brug af en PEG-sonde [29]. Det er af afgørende vigtighed, at denne viden formidles til både familie og plejepersonale. Frem for sondeernæring anbefales assisterede små hyppige måltider med fødeemner eller drikkevarer, som den demente foretrækker, og som sikrer fravær af tørst eller sult og muliggør deltagelse i den sociale aktivitet, som måltidet er [29]. Infektioner – primært pneumoni og urinvejsinfektion – er hyppigt forekommende ved svær demens. Dødeligheden er tæt korreleret hertil, således at prognosen ved infektion eller dysfagi er dårlig med meget begrænset forventet restlevetid [30]. Det er hensigtsmæssigt, hvis ACP er blevet drøftet og dokumenteret på et tidspunkt, hvor den demente ikke var akut syg, således at antibiotika og hospitalsindlæggelse nøje overvejes ved akut sygdom. Oftest vil en palliativ tilgang, hvor der fokuseres på lindring af plagsomme symptomer, være den rigtige løsning, når livets afslutning nærmer sig.

KONKLUSION/AFSLUTNING

Demente bør behandles som andre patienter med kroniske sygdomme og i forbindelse hermed også have adgang til vurdering og behandling i specialambulatorier. Et vellykket behandlingsforløb er afhængigt af, at den dementes samlede helbredsmæssige kapacitet løbende vurderes, således at behandling og undersøgelser/tiltag kan planlægges og justeres under hensyntagen hertil. Almen praksis har som hovedregel ansvaret for den samlede håndtering af kroniske sygdomme, men der kan løbende være behov for tværspecialiseret indsats med inddragelse af flere specialer, f.eks. geriatri og neurologi.

KORRESPONDANCE: Hanne Pedersen.

E-mail: hanne.pedersen.06@regionh.dk

ANTAGET: 6. februar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

Artiklen er baseret på en større litteraturgennemgang, som kan rekvireres hos forfatterne.

LITTERATUR

1. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
3. Lahousse L, Tiemeier H, Ikram MA et al. Chronic obstructive pulmonary disease and cerebrovascular disease: a comprehensive review. *Respir Med* 2015;109:1371-80.

4. Zarowitz BJ, O'Shea T. Chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, characteristics, and pharmacologic treatment in nursing home residents with cognitive impairment. *J Man Care Pharm* 2012;18:598-606.
5. Allen S, Yeung P, Janczewski M et al. Predicting inadequate spirometry technique and the use of FEV1/FEV3 as an alternative to FEV1/FVC for patients with mild cognitive impairment. *Clin Respir J* 2008;2:208-13.
6. Fraser M, Patel M, Norkus EP et al. The role of cognitive impairment in the use of the Diskus inhaler. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:390-3.
7. Stephenson A, Seitz DP, Fischer HD et al. Cholinesterase inhibitors and adverse pulmonary events in older people with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant dementia: a population-based, cohort study. *Drugs Aging* 2012;29:213-23.
8. Kivipelto M, Solomon A, Ahiluoto S et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimers Dement* 2013;9:657-65.
9. Peng J, Lu F, Wang Z et al. Excessive lowering of blood pressure is not beneficial for progression of brain white matter hyperintensive and cognitive impairment in elderly hypertensive patients: 4-year follow-up study. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:904-10.
10. Chatterjee S, Krishnamoorthy P, Ranjan P et al. Statins and cognitive function: an updated review. *Curr Cardiol Rep* 2015;17:4.
11. Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2009.
12. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD002802.
13. Wallace SA, Roe B, Williams K et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD001308.
14. Orme S, Morris V, Gibson W et al. Managing urinary incontinence in patients with dementia: pharmacological treatment options and considerations. *Drugs Aging* 2015;32:559-67.
15. Pagoria D, O'Connor RC, Guralnick ML. Antimuscarinic drugs: review of the cognitive impact when used to treat overactive bladder in elderly patients. *Curr Urol Rep* 2011;12:351-7.
16. Amboni M, Barone P, Hausdorff JM. Cognitive contributions to gait and falls: evidence and implications. *Mov Disord* 2013;28:1520-33.
17. Håndbog om faldpatienter i den kliniske hverdag. Sundhedsstyrelsen, 2006.
18. Chan WC, Yeung JW, Wong CS et al. Efficacy of physical exercise in preventing falls in older adults with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Direct Assoc* 2015;16:149-54.
19. Jensen-Dahm C, Vogel A, Walldorff FB et al. Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: results from the Danish Alzheimer Intervention Study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1274-8.
20. Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging* 2013;8:1471-82.
21. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
22. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R et al. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:67-80.
23. Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A et al. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: a study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimers Dement* 2015;11:691-9.
24. Zulman DM, Sussman JB, Chen X et al. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2011;26:783-90.
25. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:104-9.
26. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:2227-46.
27. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213-8.
28. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med* 2014;30:469-92.
29. Fulton AT, Rhodes-Kropf J, Corcoran AM et al. Palliative care for patients with dementia in long-term care. *Clin Geriatr Med* 2011;27:153-70.
30. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al. The clinical course of advanced dementia. *New Eng J Med* 2009;361:1529-38.

Reminiscensterapi kan øge velvære hos personer med demens

Marie Kirk & Dorte Berntsen

STATUSARTIKEL

Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning (CON AMORE),
Psykologisk Institut,
Aarhus Universitet

Ugeskr Læger
2017;179:V09160689

Demens er kendetegnet ved en række kognitive forstyrrelser, der typisk reducerer evnen til at genkalde selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, dvs. selvbiografiske erindringer. Årtiers forskning har vist, hvordan den selvbiografiske hukommelse har flere væsentlige funktioner, der er afgørende for vores psykologiske trivsel [1-3], hvorfor selvbiografisk hukommelsessvækkelse også formodes at indvirke negativt på overordnet velvære. Foruden den kognitive svækkelse er demens forbundet med en væsentlig højere forekomst af depression og angst, end der ses hos raske, ældre personer [4-6], samt andre neuropsykia-

triske problemer såsom apati, agitation og motorisk uro [7, 8]. Ved reminiscensterapi, som er en populær psykosocial metode i demensplejen, forsøger man at vække erindringer med henblik på at øge velvære, herunder reducere depressive symptomer og stimulere social interaktion.

ERINDRINGENS FUNKTION

Selvbiografisk hukommelse henviser til vores evne til at huske selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, som f.eks. når vi genkalder os den første dag på studiet eller middagen i går med vores fami-

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Ved reminiscensterapi forsøger man at stimulere personlige erindringer med henblik på at øge bl.a. velvære og social interaktion hos personer med demens.
- ▶ Reminiscensterapi synes at være en lovende psyko-social metode til øgning af velvære hos personer med demens.
- ▶ Der er dog et stort behov for, at reminiscensfeltet styrkes af mere forskning i effekten af intervention.



Reminiscensterapi for ældre med demens i Den Gamle By i Aarhus.
Foto: Den Gamle By i Aarhus.

lie [9]. I flere grene inden for hukommelsesforskningen beskæftiger man sig specifikt med den selvbiografiske erindringsfunktioner [1-3], og man har fundet, at vores selvbiografiske erindringer for det første er handlings-anvisende, idet de udgør et væsentligt erfaringsgrundlag, hvorfra vi træffer beslutninger. For det andet er evnen til at kunne genkalde sig tidligere oplevede hændelser omdrejningspunktet for meget socialt samvær. I mødet med andre deler vi både trivielle og skæbnesvangre erindringer, der ikke blot fortæller om vores gøren og laden, men også er medvirkende til at afgrænse og definere, hvem vi er. Således er udvekslingen af erindringer med til at styrke intimiteten, gruppetilhørsforholdet og de sociale bånd til vores medmennesker, hvilket er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for vores psykologiske trivsel [10]. For det tredje er vores erindringer med til at forme vores identitet [11, 12].

Nogle psykologer hævder [13-15], at man for at have forståelse og viden om, hvem man er, må have adgang til sine personlige erindringer. Vores erindringer anses for at være byggestenene i fortællingen om os selv nu og her samt over tid, hvilket skaber retning og kontinuitet i livet. Således konkretiseres vores forståelse af os selv, på godt og ondt, typisk gennem specifikke erindringer. Når vi mindes, kan vi genopleve fortiden samt trække tråde til nuet og hermed belyse og stadfæste, hvem vi er. Flere undersøgelser har da også vist, hvordan selvbiografisk hukommelsessvækkelse er forbundet med identitetstab [16, 17].

REMINISCENSTERAPI

Reminiscensterapi bliver defineret som det at tænke på eller fortælle om tidligere selvoplevede hændelser med personlig betydning. Tesen er, at man ved at aktivere erindringer hos personer med demens kan forstærke følelsen af personlig identitet samt stimulere samtale og social interaktion [18]. Reminiscensterapi er en paraplyterm, der dækker over vidt forskellige tilgange, der groft sagt udelukkende har det til fælles, at de omhandler samtale om fortiden. Reminiscensterapi er en enkelt metode at iværksætte, hvilket også forklarer den brede

anvendelse inden for demensplejen, såvel internationalt som herhjemme. En undersøgelse gennemført af Servicestyrelsen i 2010 viste, at man i 77,5% af alle danske kommuner anvendte reminiscensarbejde i demensplejen [19].

Personer med demens kan qua den kognitive svækkelse, der rammer de funktioner, som ellers styrer erindringsgenkaldelse, have svært ved intentionelt at fremkalde hændelser fra deres personlige fortid. Erindringer kan dog også opstå spontant, som når en duft eller et fotografi pludselig transporterer os mentalt tilbage i tiden [9, 20]. Eftersom disse spontane erindringer omgår de højere kognitive funktioner, som er svækket ved demens og normalt styrer vores erindringsgenkaldelse, skaber man således ved reminiscensterapi en form for genvej til fortiden via konkrete ledetråde til erindringer [20]. Af samme årsag er inddragelsen af forskellige ledetråde, såsom fotografier, genstande samt musik, der knytter sig til personens unge år, og som forventes at kunne stimulere spontan erindringsgenkaldelse, også et vigtigt led i reminiscensterapien. Forskning har nemlig vist, at hukommelsessvækkelsen ved demens viser en temporal gradient med bedst bevarelse af tidlige minder og viden indlært i den første del af livet [21-24].

Reminiscensterapi kan foregå på individuel basis, hvor plejepersonale eller en pårørende sammen med personen med demens f.eks. udarbejder en kronologisk livshistorie ved at lave en bog med fotografier og udklip samt beskrivelser af beskæftigelse, hobbyer, oplevelser og betydningsfulde andre personer, som haft betydning gennem livet. Reminiscensterapi kan også foregå i grupper, hvor man forsøger at stimulere en samtale om fortiden ved at vække erindringer fra en bestemt tidsperiode, f.eks. barndom og skoletid, ved hjælp af diverse hjælpemidler, der er relateret til et bestemt tema, bl.a. legetøj eller skoleremedier. Foruden at stimulere samtale og social interaktion rodfæster de små tilbageblik mennesket med demens i en større sammenhæng, der rækker ud over nuet, hvilket qua den selvbiografiske hukommelsesfunktioner, formodes at indvirke positivt på velvære og identitetsfølelse.

TABEL 1

Oversigt over inkluderede undersøgelser i review [18, 25, 26], hvor man har undersøgt effekten af reminiscensterapi hos personer med demens.

Reference ^a	Intervention	Gruppe/individuel	Kontrolgruppe	Deltagere, n (i alt) Boligforhold
Baines et al, 1987	RT: samtale om fortiden ved hjælp af slides, fotos, musik, udklip fra aviser, blade, husholdningsgenstande	Gruppe	Sædvanlig pleje RO	RT/RO/kontrol: 5/5/5 (15) Plejebolig
Thorgrimsen et al, 2002	RT: samtale om fortiden ved hjælp af slides, fotos, musik og bestemte temaer Pårørende deltog i RT efter at have modtaget træning	Gruppe	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 7/4 (11) Hjemmeboende
Lai et al, 2004	RT: samtale om de tidlige år mhp. at stimulere erindringer: »små tilbageblik«	Individuel	Socialgruppe: samtale om diæt og pleje Sædvanlig pleje	RT/socialgruppe/kontrol: 36/35/30 (101) Plejebolig
Morgan, 2000/2010 ^b	RT: livshistoriebog Udarbejdede en livshistoriebog med fotos Pårørende deltog i RT	Individuel	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 8/9 (17) Plejebolig
Goldwasser et al, 1987	RT: generel samtale om forskellige temaer såsom mad, familie, tidligere erindringer, sorg, job, musik	Gruppe	Socialgruppe: samtale om begivenheder nu og i fremtiden Sædvanlig pleje	RT/socialgruppe/kontrol: 9/9/9 (27) Plejebolig
Baillon et al, 2004	RT: metode beskrives ikke	Individuel	Snoezelen ^c , sansestimulering	RT/snoezelen: 10/10 (20) Plejebolig
Akanuma et al, 2011	RT: samtale om fortiden om temaer som barndoms minder, legetøj, særlige begivenheder, arbejde, ægteskab	Gruppe	Støttende pleje, ikke uddybet	RT/kontrol: 12/12 (24) Plejebolig
Politis et al, 2004	Intervention: anvendte standardiseret aktivitetsmanual med temaer som geografi, bondegårdsdyr, grøntsager og musikinstrumenter som udgangspunkt for samtale og spørgsmål	Individuel	1:1-samvær med terapeut i form af f.eks. samtale om emne, der interesserer beboer, puslespil eller læsning	RT/kontrol: 18/18 (36) Plejebolig
Haight et al, 2006	RT: livshistoriebog Deltagere udarbejdede en bog med deres livshistorie med fotos og beskrivelser af barndom og voksenliv	Individuel	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 15/15 (30) Plejebolig
Haslam et al, 2010	RT, individuel eller gruppebaseret: gennemgik temaer relateret til de unge år, barndom, legetøj, skoledage, arbejde, ægteskab osv. Anvendte genstande fra deres unge år til at stimulere hukommelse	Individuel + gruppe	Socialgruppe: keglespil i grupper	Individuel RT/gruppebaseret RT/kontrol: 24/29/20 (73) Plejebolig

ABMI = Agitation Behaviour Mapping Instrument; ACE-R = Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised; ADL = Activities of Daily Living; ADQRL = Alzheimer Related Quality of Life, Social Interaction, Awareness of Self, Feelings and Mood, Enjoyment of Activities, Response to Surroundings; AMI = The Autobiographical Memory Interview; AMS = Alzheimer's Mood Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BRSE = Activities of the Behavior Rating Scale for the Elderly, 5 subskalaer: ADL/Physical Activity, Activity, Dementia Syndromes, Social/Communication, Activities, Socially Irritating Behavior (11 items); CAPE-CAS = Clifton Assessment Procedures for the Elderly - Cognitive Assessment Scale; CAPE-BEH = CAPE-CAS-subskala for adfærd; CDR = Clinical Dementia Rating; COS = Communication Observation Scale; CSDD = The Cornell Scale for Depression in Dementia; GDS = Geriatric Depression Scale; HCS = Holden Communication Scale; IS = Interact Scale; LSI = Life Satisfaction Indices; MDS-ADL = Minimal Data Set - Activities of Daily Living Assessment; MMSE = Mini-Mental State Examination; NPI = Neuropsychiatric Inventory; QoL-AD: The Quality of Life in Alzheimer's Disease; RO = realitetsorientering: orientering i tid og sted samt sansestimulering; RT = reminiscensterapi; SES = Social Engagement Scale; WIB = Wellbeing/III-being Scale.

a) Kontakt forfatterne for fuldstændige oplysninger.

b) 2000-udgaven er en ph.d.-afhandling, mens 2010-udgaven er samme undersøgelse publiceret.

c) Betyder at snuse og dase.

FORTSÆTTES >>

EFFEKTEN AF REMINISCENSTERAPI HOS PERSONER MED DEMENS

Til trods for den brede anvendelse af reminiscensterapi har det i forskningsøjemed været vanskeligt at konkludere noget endeligt om en potentiel effekt. Følgende opsummering af forskningsresultater på reminiscensfeltet er baseret på tre review [18, 25, 26], der er foretaget mellem 1987 og 2010, og hvor man på basis af ti

forskellige undersøgelser med i alt 354 deltagere med demens undersøgte effekten af reminiscensterapi (**Tabel 1**) (der foreligger også et review fra 2015 [27], som ikke er medtaget her, idet de inkluderede undersøgelser primært er foretaget med ikkevestlige populationer). Alle inkluderede undersøgelser efterlevede kravene om randomisering og anvendelse af kontrolgrupper.

 **TABEL 1, FORTSAT**

Oversigt over inkluderede undersøgelser i review [18, 25, 26], hvor man har undersøgt effekten af reminiscensterapi hos personer med demens.

Demensætiologi	Varighed og intensitet, min	Effektmål	Resultat
Demenstype ikke specificeret	5 × ugl. a 30 i 4 uger = 600 min	Kognition: CAPE-CAS Adfærd: CAPE-BEH Livsstilfredshed: LSI Kommunikation: HCS	RT havde ingen signifikant effekt på kognition, livsstilfredshed, kommunikation eller adfærd
Demenstype ikke specificeret MMSE: 12,9	1 × ugl. i 18 uger	Kognition: MMSE Kommunikation: HCS Livskvalitet: QoL-AD	RT havde ingen signifikant effekt på kognition, kommunikation eller livskvalitet
Demenstype ikke specificeret MMSE: 9,3	1 × ugl. a 30 i 6 uger = 180	Velvære: WIB Kognition: MMSE Funktionsevne: MDS-ADL Social interaktion: SES	RT gruppe forbedrede velvære Ingen signifikante gruppeforskelle ift. kognition, funktionsevne og social interaktion
Demenstype ikke specificeret Mild til moderat (CDR)	1 × ugl. a 30-60 i 8-12 uger = 240-360	Depression: GDS Selvbiografisk + semantisk hukommelse: AMI	RT reducerede depression og forbedrede selvbiografisk hukommelse sammenlignet med sædvanlig pleje
Demenstype ikke specificeret MMSE: 10,1 (spændvidde: 1-20)	2 × ugl. a 30 i 5 uger = 300	Kognition: MMSE Depression: BDI Daglig funktionsevne: ADL	RT gruppe reducerede depression sammenlignet med kontrolgrupper Ingen signifikant forbedring af kognition og daglig funktionsevne
Alzheimers + vaskulær demens + demenstype ikke specificeret	3 × 40 over 2 uger = 120	Agitation: ABMI Social interaktion: IS	RT reducerede ikke agitation eller øgede social interaktion Ingen signifikante gruppeforskelle mellem <i>snoezelen</i> og RT
Vaskulær demens MMSE: 13,8	1 × ugl. a 60 i 12 uger = 720	Kognition: MMSE Depression: GDS Kommunikation/social interaktion: BRSE	RT gruppe forbedrede signifikant kommunikation/social interaktion sammenlignet med kontrolgruppe Ingen gruppeforskelle ift. kognition og depression
Demenstype ikke specificeret, inkl. bl.a. Alzheimers demens MMSE: 9,5	3 × ugl. a 30 i 4 uger = 360	Adfærdsforstyrrelse: NPI total Apati: NPI subskala Livskvalitet: ADQRL	Begge grupper viste reduktion adfærdsforstyrrelse og mere specifikt apati Kontrolgruppen øgede livskvalitet sammenlignet med interventionsgruppe
Demenstype ikke specificeret MMSE: 17,84	1 × ugl. a 60 i 8 uger = 420	Kognition: MMSE Depression: CSDD Humør: AMS Kommunikation: COS	RT-gruppen forbedrede signifikant kognition, humør, kommunikation og reducerede depression sammenlignet med kontrolgruppe
Demenstype ikke specificeret + ældre uden demensdiagnose MMSE: 16,61	1 × ugl. a 30 i 6 uger = 180	Kognition: ACE-R Velvære: sammensat skala med items fra f.eks. depression, livskvalitet	Gruppebaseret RT forbedrede kognition sammenlignet med individuel RT og social kontrolgruppe Velvære steg signifikant i den sociale kontrolgruppe sammenlignet med individuel RT og gruppebaseret RT

I det første review fra 2005 [18], der er baseret på de fem øverste studier i Tabel 1, konkluderede man, at reminiscensterapi forbedrede kognition, humør og praktisk funktionsevne i hverdagen hos personer med demens. I et andet review fra 2012 [25], der er baseret på de syv øverste studier i Tabel 1, fandt man også, at reminiscensterapi potentielt havde positiv indvirkning på kognitivt funktionsniveau, bl.a. selvbiografisk hukommelse, og psykologisk trivsel f.eks. påvist ved reduktion af depressive symptomer. Som det fremgår af Tabel 1 anvendte man i de forskellige undersøgelser både individuelt tilrettelagte og gruppebaseret interventioner, hvorfor man i et review fra 2012 [26], der er baseret på studierne *Lai et al*, *Morgan*, *Politis et al*, *Haight et al* og *Haslam et al* i Tabel 1, specifikt undersøgte effekten af individuelle reminiscensforløb. Her fandt man, at anvendelse af individuelt tilrettelagte og

personaliserede reminiscensforløb syntes at have positiv virkning på humør, set bl.a. ved reduktion af depressive symptomer samt øget velvære og kognition.

Til trods for at man i størstedelen af reviewene indikerede en positiv effekt på kognition og overordnet velvære, fremgår det tydeligt i Tabel 1, at der i de enkelte undersøgelser rapporteredes om meget forskellige resultater. Således rapporterede man i tre af de ti undersøgelser om, at reminiscensterapi indvirkede positivt på kognition (*Morgan*, *Haight et al* og *Haslam et al*), mens man i fem ud af ti undersøgelser fandt, at reminiscensterapi forbedrede velvære, målt enten ved reduktion af depressive symptomer og apatisorer eller stigning i livskvalitet og humør (*Lai et al*, *Morgan*, *Goldwasser et al*, *Politis et al*, og *Haight et al*). I en undersøgelse fandt man desuden, at reminiscensarbejde øgede den sociale interaktion (*Akanuma et al*). De

modsatrettede resultater kan tilskrives flere væsentlige metodemæssige svagheder.

For det første kan der sættes spørgsmålstegn ved, om de forskellige *interventioner* overhovedet er sammenlignelige (Tabel 1). Hvor man i nogle undersøgelser anvendte individbaseret reminiscensterapi med fokus på den enkeltes borgers livshistorie, var andre interventioner gruppebaserede. Sidstnævnte består som oftest i at styrke samtalen i gruppen på baggrund af erindringer, der stimuleres enten ved hjælp af ledetråde eller mere konkrete spørgsmål. Nogle interventioner inddrager de pårørende, mens andre interventioner er faciliteret af plejepersonalet eller forskerteamet, hvilket betyder, at der stor variation i udøvernes faglige profession, kendskab til borgerne og viden om kognitive færdigheder. Alle er det faktorer, som må formodes at indvirke på kvaliteten af en intervention. Desuden er selve interventionen ofte dårligt beskrevet med begrænset information om forsøgsprotokollen, hvilket gør metoden vanskelig at replicere.

For det andet varierer de forskellige interventionsformer i hyppighed (1-5 gange om ugen), *varighed* (2-8 uger) og *intensitet* (120-720 minutter i alt), hvilket gør resultaterne svært sammenlignelige (Tabel 1). For det tredje inddrager man i flere undersøgelser ikke *kontrolgrupper* (Tabel 1), der får sædvanlig pleje, hvilket også er kritisabelt, da et *baseline*-mål derved er fraværende. Som et fjerde kritikpunkt er det problematisk, at der i størstedelen af undersøgelserne er inkluderet ganske få deltagere med forskellige *demensætiologier* og grader af kognitiv svækkelse (Tabel 1), hvilket gør det svært at generalisere eventuelle fund og betyder, at eventuelle fund er baseret på få data.

Til sidst anvendes der vidt forskellige *effektmål* i diverse undersøgelser, som det fremgår af Tabel 1. Således måles og sammenfattes begrebet velvære eksempelvis ofte ved hjælp af forskelligartede skalaer, der måler på depressive symptomer, humør, livskvalitet og apati. Selvom disse hver især må formodes at indvirke på overordnet velvære, er rationalet for valg af effektmål ofte uklart. Forskningsfeltet synes desuden, og måske helt unødvendigt, at have underlagt sig de stramme kodeks, der dikterer effektforskning, hvor virkningen af en intervention måles ved sammenligningen af før- og eftereffekter. Reminiscensarbejde er netop en intervention, hvor man tager udgangspunkt i nuet. Det vil sige, at det er i det øjeblik, hvor erindringerne opstår, at der sker noget essentielt i forhold til at styrke samtalen og kontakten, identitetsfølelsen og den overordnede følelse af velvære og trivsel. I størstedelen af undersøgelserne har man anvendt effektmål, der ikke forholder sig til personens adfærd og humør under selve interventionen, det vil sige selve øjeblikkene, hvor den pågældende person for en kort stund er i stand til at erindre og genopleve. Feltet synes således at være præget af et

misforhold mellem effektmål og de variable, man ønsker at undersøge. I samtlige review konkluderes det da også, at fundene må tages med forbehold, eftersom de er baseret på kun få undersøgelser, hvoraf kvalitet og design af interventionen i mange kan kritiseres. Der er desuden bred enighed om, at forskningsfeltet må styrkes af mere forskning, hvor man forholder sig til de netop gennemgåede kritikpunkter.

PERSPEKTIVER OG OVERVEJELSER

For dem, som til daglig beskæftiger sig med reminiscensarbejde og på nært ophold måtte opleve den gavnlige og umiddelbare virkning, som det kan have, er det måske ikke så overraskende, at det i forskningsøjemed kan være svært at indfange den formodede effekt. Fremfor udelukkende at fokusere på post intervention-effekter er det vigtigt ikke at underkende betydningen af reminiscensterapi som middel til at øge velvære, trivsel og funktionsniveau nu og her. Der er brug for mere forskning, hvor man hos personen med demens undersøger den umiddelbare effekt, dvs. engagement, humør og velvære under selve interventionen.

At leve med en demenssygdom har store og negative konsekvenser, hvorfor der er et stort behov for at undersøge effekten af nye interventionsformer som eksempelvis reminiscensterapi, som kan supplere medicinsk behandling og hermed styrke livskvalitet hos de mange, som er berørt af sygdommen i det daglige.

KONKLUSION

Trods væsentlige metodemæssige svagheder på forskningsfeltet indikerer flere review, at reminiscensterapi hos personer med demens synes at indvirke positivt på overordnet velvære.

Der er dog stort behov for yderligere forskning for at forstå effekten af reminiscensterapi og dens underliggende mekanismer. Yderligere forskning er også nødvendig for at udvikle konkrete retningslinjer for valg af de mest virksomme interventionsformer, herunder individbaseret versus gruppebaseret reminiscensterapi, i forhold til sygdommens stadie og det generelle sygdomsbillede.

KORRESPONDANCE: Marie Kirk. E-mail: mkirk@psy.au.dk

ANTAGET: 24. januar 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Forfatterne takker Danmarks Grundforskningsfond (DNRF89) for støtte.

LITTERATUR

1. Harris CB, Rasmussen AS, Berntsen D. The functions of autobiographical memory: an integrative approach. *Memory* 2014;22:559-81.
2. Bluck S, Alea N, Habermas T et al. A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition* 2005; 23:97-117.
3. Pillemer DB. Directive functions of autobiographical memory: the guiding power of the specific episode. *Memory* 2003;11:193-202.
4. Ballard C, Neill D, O'Brien J et al. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *J Affect Dis* 2000;59: 97-106.

5. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psych* 2011;24:461-72.
6. Weiner MF, Doody RS, Sairam R et al. Prevalence and incidence of major depressive disorder in Alzheimer's disease: findings from two databases. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;13:8-12.
7. Rayner AV, O'Brien JG, Shoenbachler B. Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2006;73:647-52.
8. Lolk A, Gulmann NC. Psykofarmakologisk behandling af psykiatriske symptomer og adfærdsførstyrrelser ved demens. *Ugeskr Læger* 2006;168:3429-32.
9. Berntsen D. Involuntary autobiographical memories. An introduction to the unbidden past. Cambridge University Press, 2009.
10. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of inter-group behavior. I: Worchel S, Austin LW, red. *Psychology of intergroup relations*. Nelson-Hall, 1986.
11. Conway MA, Pleydell-Pearce C. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev* 2000;107:261-88.
12. Prebble S, Addis DR, Tippett LJ. Autobiographical memory and sense of self. *Psychol Bull* 2013;39:815-40.
13. Haslam C, Jetten J, Haslam SA et al. "I remember therefore I am, and I am therefore I remember": exploring the contributions of episodic and semantic self-knowledge to strength of identity. *Br J Psychol* 2011;102:184-203.
14. Bluck S, Alea N. Remembering being me: the self continuity function of autobiographical memory in younger and older adults. I: Sani F, red. *Self continuity: individual and collective perspectives*. Psychology Press, 2008.
15. Addis DR, Tippett L. Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory* 2004;12:56-74.
16. Fargeau MN, Jaafari N, Ragot S et al. Alzheimer's disease and impairment of the self. *Conscious Cogn* 2010;19:969-76.
17. Jetten J, Haslam C, Pugliese C et al. Declining autobiographical memory and the loss of identity: effects on well-being. *J Clin Experiment Neuropsychol* 2009;32:408-16.
18. Woods B, Spector AE, Jones CA et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:1-38.
19. Kortlægning af demensområdet i Danmark, kap. 7. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010.
20. Kirk M, Berntsen D. Nu husker jeg! Associativ erindringsgenkaldelse – genvej til fortiden hos demente. *Månedsskr Alm Prak* 2015;93:1045-53.
21. Rubin DC, Wetzler SE, Nebes RD. Autobiographical memory across the adult lifespan. I: Rubin DC, red. *Autobiographical memory*. Cambridge University Press, 1986:202-21.
22. Fromholt P, Mortensen D, Torpdahl P et al. Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory* 2003;11:81-8.
23. Fromholt P, Larsen SF. Autobiographical memory in normal aging and primary degenerative dementia (dementia of Alzheimer type). *J Gerontol* 1991;46:85-91.
24. Kopelman MD. The "new" and the "old": components of the anterograde and the retrograde memory loss in Korsakoff and Alzheimer patients. I: Squire LR, Butters N. *Neuropsychology of memory*. Guildford Press, 1992:130-43.
25. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas* 2012;72:203-5.
26. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurotherap* 2012;12:545-55.
27. Huang HC, Chen YT, Chen PY et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Direct Assoc* 2015;16:1087-94.

AKADEMISK AFHANDLING

Helene Mygind Wolsk:

Neonatal airway immunology: influence of early life exposures and prediction of later respiratory health

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: helene.wolsk@dbac.dk

UDGÅR FRA: COPSAC, Copenhagen Prospective Studies on Asthma in Childhood, Gentofte Hospital.

FORSVARET FINDER STED: den 28. marts 2017, kl. 14.00, Lille Auditorium, Herlev Hospital.

BEDØMMERE: Bente Klarlund Pedersen, Harald Renz, Tyskland, og Tine Brink Henriksen.

VEJLEDERE: Hans Bisgaard og Bo L. Chawes.



Praksis sælges

ANDEL AF KOMPAGNISKABSPRAKSIS I VEJEN SÆLGES

Vi er 3 læger i kompagniskab, hvor den ene kollega søger nye udfordringer og derfor søges en ny kollega pr 1/9-2017.

Vi har 4.500 patienter, der er ansat 2 sygeplejersker og 1 sekretær. Vi benytter lægesystemet ganglion og har IP-telefoni.

Praksis ligger på 1. sal i en bevaringsværdig bygning midt i Vejen by. Tæt ved togstation. Kontakt: e-mail: nyhuus@dadlnet.dk.

Telefonnr: 4016 5222.

Klinikkens hjemmeside: vejenlaege.dk

PRAKSISANDEL I LÆGEHUS SÆLGES

Som led i generationsskifte sælges en praksisandel i Fuglebjerg Lægehus med overtagelse i 2017/2018. Lægehuset består af 3 læger i kompagniskab og 1 læge i samarbejdspraksis, samt 2 uddannelseslæger, 2 sygeplejersker, 1 bioanalytiker og 2 lægesekretærer, og drives fra 343 m² lyse og velindrettede lokaler med eget laboratorium. Der er ca. 6.200 patienter.

Der lægges vægt på, at arbejdsforholdene er gode og at praksis udvikler sig, herunder ved have uddannelseslæger tilknyttet.

Praksis har en særdeles god ferie-/fredagsordning med 8½ uges ferie og fredagsfridage, samt en yderst sund økonomi med et overskud på over 1,5 mio. kr. pr. læge.

Fotos af praksis kan ses på www.danjur.dk.

Henvendelse Linde & Altschuler A/S, att. advokat Peter Jakobsen, Bredgade 23, 1., 1260 K, tlf. 3314 1940, e-mail: pj@danjur.dk

ASSISTERENDE SPECIALLÆGE

Region Sjælland har givet mulighed for ansættelse af en assisterende speciallæge, alternativt fast vikar ved

Øre-Næse-Halsklinikken i Maribo.

Klinikken er veludstyret, har 3 us.-rum, operationsstue og andre faciliteter fordelt over 190 m². Overnatningsmulighed forefindes. Klinikens omsætning ligger over knækgrænsen.

Kontakt: Henrik Pihl, pihl@dadlnet.dk

PRAKSIS I HERLEV SÆLGES

Praksis i Herlev tæt på Herlev Hospital sælges med overtagelse i løbet af 2017.

Ca. 1.576 patienter, heraf 171 børn. Praksis drives fra 134 m² store lejede lokaler med god plads, hvis to læger ønsker at drive praksis sammen. Egen parkeringsplads. Gode samarbejdsrelationer mellem lægerne i området, herunder med deltagelse i sociale aktiviteter og deltagelse i ferie-/vagtring med 10 læger.

Henvendelse Linde & Altschuler A/S, att. advokat Peter Jakobsen, Bredgade 23, 1., 1260 K, tlf. 3314 1940, e-mail: pj@danjur.dk.

INFORMATION

Jobannoncer og annoncer for køb og salg af praksis

DG Media, Havneholmen 33,
1561 København V.

Telefon: 33 70 76 79

E-mail: epost@dgmedia.dk

Indrykning af jobannoncer

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

Deadline til tidsskriftet er mandag kl. 10.

Bemærk dog, at der kan være forskudte afleveringsfrister i forbindelse med helligdage.

Samtlige annoncer til www.ugeskriftet.dk lægges på efter ønske.



ugeskriftet.dk/job/praksisborsen

Almen praksis
til salg

PR  **KSIS**
BØRSEN

– Danmarks største

GENOPSLAG

Er du almenmediciner og interesseret i at etablere en praksis eller et praksisfællesskab i Ishøj Kommune?

Region Hovedstaden har 1 ledig kapacitet, der ønskes besat. Som praktiserende læge i Region Hovedstaden vil du komme til at spille en vigtig rolle i forhold til sundhedsfaglig forebyggelse og behandling af borgerne i Ishøj Kommune. Ishøj kommune kan tilbyde et lægefagligt spændende arbejdsmiljø.

Ishøj er en kommune med 22.000 indbyggere, der er kendetegnet ved et tæt samarbejde mellem læger, patienter og kommunen.

Region Hovedstaden, Praktiserende Lægers Organisation og Ishøj Kommune er klar med konkrete tilbud samt råd og vejledning. Ishøj Kommune kan bl.a. tilbyde hjælp med at finde attraktive praksislokaler, en faglig mentor, du kan sparre med, i form af en læge med lokalkendskab og en fast kontaktperson til kommunens Social- og Sundhedsforvaltning. Kommunen har også et tilbud om en socialrådgiver på hjul, så du kan fokusere på det lægefaglige. Du har adgang til at bruge regionens datakonsulenter, som bl.a. yder hjælp til IT, og den fælles konsulentordning, som bl.a. etablerer netværk for nynedsatte læger.

Du kan læse mere om tilbuddene på:
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/

Har du andre konkrete behov eller ønsker, kan andre praksisformer end solopraksis eller kompagniskab overvejes.

Hvis du er interesseret eller har spørgsmål, så kan du kontakte læge Thomas Birk på thomasbirk@dadlnet.dk, PLO-Hovedstadens sekretariat på post.hpl@dadl.dk og vicedirektør Else Hjortsoe på else.hjortsoe@regionh.dk, Center for Sundhed, Region Hovedstaden.

ANSØGNINGSFRIST 1. MAJ 2017

Ansøgning sendes til Region Hovedstaden, Center for Sundhed, csu@regionh.dk.



FORSVARET SØGER OVERLÆGE - TIL EN ANDERLEDES HVERDAG

Lige nu søger vi:

- **Overlæge** ved Trænregimentet, Aalborg Kaserne

Har du lyst til at bruge dine faglige kompetencer i et moderne forsvar? - med konkurrencedygtig lønpakke!

I Forsvaret har du gode muligheder for selv at præge din hverdag. Du får faglig og personlig udvikling samt mulighed for efter- og videreuddannelse i ind- og udland.

Læs mere på forsvaret.dk/job



Sykehuset Innlandets oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 steder i Hedmark og Oppland innen somatisk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 10 000 ansatte og et stort antall faggrupper, er vi Innlandets største kompetansemiljø.

Divisjon Elverum-Hamar har rundt 1600 ansatte og behandler årlig 150 000 pasienter. Divisjonen er hovedsenter for øye, karkirurgi, urologi og mammae-endokrin kirurgi og har avdelinger i indremedisin, onkologi, akuttmedisin, ortopedi, gastrokirurgi, øre/nese/hals, bildediagnostikk, barn og ungdom, gynekologi og føde-barsel.

Vi trenger din kompetanse

Overlege - Øye poliklinikk, Elverum

100 % fast stilling ledig f.o.m. 01.06.2017.

Avdelingen har stor operativ og poliklinisk virksomhet, et godt faglig nivå, hensiktsmessig utstyr og et godt arbeidsmiljø. (Ref.nr. 3366249550)

Kontaktperson: Lena R. Ovli, avdelingssjef, tlf. 957 89 242 eller Anders Sandbu Strand, konst. avdelingsoverlege, tlf. 993 05 631.

Søknadsfrist: 10. mai 2017

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST

frantz.no



LEDIGE HVERV SOM MEDLEMMER AF RETSLÆGERÅDET

To hvern som medlem af Retslægerådet med særlig indsigt i psykiatri er ledige til besættelse med virkning fra den 1. juli 2017.

Et hvern som medlem af Retslægerådet med særlig indsigt i retsmedicin er ledig til besættelse med virkning fra den 1. september 2017.

Se de fulde opslag på www.justitsministeriet.dk/karriere

Ansøgning om beskikkelse skal ske elektronisk på www.justitsministeriet.dk/karriere, og ansøgningen, der stiles til Dronningen, skal være modtaget i rekrutteringssystemet **senest mandag den 3. april 2017**.

Retslægerådet er et selvstændigt uafhængigt råd, der administrativt hører under Justitsministeriet. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Rådet består af indtil 12 læger, pt. 11, og et antal fast beskikkede sagkyndige, og det arbejder i to afdelinger, hvoraf den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål. Retslægerådets sekretariat er organisatorisk en del af Civilstyrelsen, der pr. 1. juni 2017 er beliggende i Viborg.

Læs mere om Retslægerådets virksomhed på www.justitsministeriet.dk eller www.retslaegeraadet.dk



GØRLEV LÆGEHUS

Skal du være vor næste kompagnon?

Vi er en veldrevet kompagniskabspraksis med 5 kapaciteter beliggende i Kalundborg Kommune.

Vores samarbejde hviler på en fælles ambition om høj faglighed, og på gensidig tillid og loyalitet. Vi søger en ny kompagnon, som er interesseret i at indgå i vores kompagniskab på nævnte vilkår.

Hvis du ikke i øjeblikket er parat til at blive kompagnon, er en stilling som fastansat læge ledig til besættelse snarest. Arbejdstid aftales, med mulighed for nedsat tid. Løn aftales.

Se nærmere på: www.goerlevlaegehus.dk

Du er velkommen til at kontakte os på goerlevlaegehus@mail.dk

på lægehusets telefon 58865810, og du er velkommen til at besøge os efter aftale.

Helle Iversen, Kirsten Kristensen, Morten Schønnemann & Belinda Berner



BLANDEDE ANNONCER

Advokat Finn Altschuler (H)
Bredgade 23, 1260 K – tlf. 3314 1940
www.praksisoverdragelse.dk – E-mail: FA@danjur.dk

Advokat Henrik Munck (H)
www.praksishandel.dk
Herlev og Glostrup, tlf. 4494 0514



HOMANN
ADVOKATER

ADVOKATER MED SPECIALE I PRAKSISHANDLER
Advokat Nicolai Platzer Funder • Tlf. +45 33 15 01 02 • www.homannlaw.dk

MOLTKE-LETH
Advokat Grethe Jørgensen
Praksishandel, Samarbejdsaftaler og Lejeret
gj@moltke-leth.dk • 3311 6511/4092 5252

HOLM HANSEN

Statsautoriseret revisionspartnerselskab

Tlf. 5151 6884 • www.holmhansen.dk



UVILDIG RAAD
ØKONOMISK RÅDGIVNING
DER GI'R RO I MAVEN

Anders Valdemar Juhl
Bestil gratis møde på www.uvildigraad.dk samt møder i efteruddannelsesgrupper
E-mail: anders@uvildigraad.dk Tlf. 7734 4013/2360 2411

ADVOKAT MICHAEL NAUMAN

Rådgivning i køb og salg af lægepraksis.
Læs mere om praksishandel på www.nauman.dk
Tlf.: 42 40 81 81 E-mail: advokat@nauman.dk

CLEMENS



Mette Neve
PARTNER, ADVOKAT

M: + 45 50 74 41 73
neve@clemenslaw.dk
www.clemenslaw.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: SALLINGSUNDVEJ 10 – 6715 ESBJERG N – TLF: 7524 4677
www.oelgod-construction.dk



Søger du en unik ejendom nær Aabenraa?

Svinget 5, Hjordkær, 6230 Rødekro

Se ejendommen her: Svinget 5

For yderligere info kontakt EDC på tlf.: 73 66 33 35

E-mail: 623@edc.dk

Pris kr. 1.795.000 – Ejerudgifter pr. md. kr. 1.692 – Energimærke C

HENVISNINGER

OSCAR PETRING

Speciallæge i anæstesiologi
Vesterbrogade 46, 1620 KBH V

SMERTEBEHANDLING, ANÆSTESI
Ultralydsdiagnostik, blokader, akupunktur

Tidsbestilling: mandag og torsdag kl. 13-16
tirsdag og fredag kl. 10-13 på tlf. 3324 3063

www.smerterespecialisten.dk

e-mail: smerteklinik@gmail.com

Mogens Arne Dalby

28.1.1927-11.2.2017

En af dansk neurologis markante skikkelser døde ganske få dage efter sin 90-årsfødselsdag. Mogens Dalby blev født og voksede op i Aarhus, han blev student fra byens katedral-skole, medicinsk kandidat i 1954 fra Københavns Universitet og siden speciallæge i neurologi i 1965. Den neurologiske grunduddannelse fik han af den navnkundige professor Carl Julius Munch-Petersen i Aarhus, og »Munkens« betydning for Mogens' virke som neurolog var uomtvistelig. Mogens var som sin læremester en glimrende kliniker. Han blev overlæge ved Neurologisk Afdeling på Aarhus Kommunehospital i 1971 og var i adskillige år universitetets eneste lektor i faget.

Mogens var ikke specielt kendt blandt københavnske neurologer, men rangerede i viden, intellektuel formåen og neurologisk kunnen på linje med andre af tidens koryfæer som Mogens Fog, Knud Hermann og Paul Thygesen. Mogens skrev disputats om absencepilepsi hos børn og bevarede gennem årene en stor interesse for og viden om børneneurologi, og specielt børns tale- og læsefortryrrelser var et kerneområde hos ham. Mogens' betydelige sproglige viden afspejlede sig også i den daglige klinik, hvor han med næsten anatomisk præcision formåede at dissekere sig frem til læsionernes topografi hos patienter med afasi og andre kognitive forstyrrelser – naturligvis uden anvendelse af nutidens billeddannende teknikker – det affødte betydelig respekt blandt studerende og yngre læger. I kraft af sin neurologiske viden og sin humanistiske og uhøjtidelige grundholdning var Mogens en inspirator for mange af os. Det humanistiske islæt afspejlede sig også i hans egne vidtfavnende interesser, der rakte fra akvarelmaling, medvirken i filosofiske/religiøse diskussionsgrupper til digtskrivning. Mogens udgav blandt andet et par digtsamlinger, da han var oppe i 80'erne. Han skrev essays om klassisk kultur og religion og en vidunderlig fortælling for børn om en rejse rundt i hjernen: »Et besøg i bevidstheden«.

I de senere år blev Mogens' liv besværliggjort af en svær cervikal spinalstenose, der gjorde ham tetraparetisk. Livet blev noget mere besværligt at leve. Alderdommen havde sine konsekvenser. Med vanlig selvironi og afvæbnende galgenhumor kaldte han en af sine digtsamlinger for »Alderdommen er ikke for tøsedrenge«, løseligt omskrevet efter den amerikanske skuespiller og sexbombe Mae West, der i sin alderdom yndede at sige: *”Old age ain't for sissies”*.

Med Mogens' bortgang har vi mistet en fremragende neurolog, en god ven og ikke mindst en stor humanist. Vore tanker går til familien, de fem børn, ti børnebørn, et oldebarn og til Mogens' efterladte kone Ulla og hendes to børn. Ulla har været ham en uundværlig og kærlig støtte også under de seneste års besværlige sygdom.

Troels Staehelin Jensen, Grethe Andersen, Flemming W. Bach, Hans Brændgaard, Erik Dupont, Peter Brøgger Christensen, Per Sidenius, John Østergaard & Karen Østergaard

Henrik Wroblewski

2.5.1957-2.2.2017

Henrik blev student fra Rønne Statsskole i 1976 og tog medicinsk embedseksamen fra Københavns Universitet i sommeren 1986. Efter turnusansættelse på bl.a. Medicinsk Afdeling B, Rigshospitalet, fandt han interesse for kardiologi og påbegyndte et ambitiøst forskningsprojekt på samme afdeling om mikrocirkulationen hos patienter med dilateret kardiomyopati og hjertesvigt. Her studerede han især de ændringer, der skete efter hjertetransplantation. Dette forskningsarbejde mundede ud i en doktordisputats, der blev forsvaret i 1997. Samtidig med forskningsarbejdet gennemførte han Sundhedsvæsenets Diplomprøve for Offentlige Ledere. Efter at have opnået speciallægeanerkendelse i intern medicin i 2000 og i kardiologi i 2002, fik Henrik i 2002 ansættelse som overlæge på Medicinsk Afdeling B, Hillerød Sygehus, hvor han primært havde ekkokardiografi som sit interesseområde.

Henrik var dybt involveret i forskning, og han fungerede som vejleder for kolleger i både disputats- og ph.d.-projekter, og samtidig deltog han aktivt i undervisning af medicinstuderende. Han ydede en meget stor og vigtig indsats ved at indeksere Medicinsk Kompendium.

Henrik blev alt for tidligt i livet ramt af alvorlig sygdom – og flere lidelser kom til i hans alt for korte liv. Trods den fysiske modgang forblev han tro mod sine idealer og bevarede både optimisme og livsglæde. Som Henrik ofte sagde: »Det er jo trods alt bare nogle praktiske problemer!«. Og det blev sagt med stolt bornholmsk dialekt, selvom han havde boet i 40 år i det storkøbenhavnske område.

Henrik kom oprindeligt fra Bornholm, og klippeøens granit prægede uden tvivl hans mentalitet. Fra huset i Espergærde nød han bl.a. at se havet gennem sine vinduer. Henrik var derudover en sand livsnyder, der elskede kunst, antikviteter, musik og de kulinariske glæder. For nogle af os var Henrik ikke mindst et skattet medlem af vores gruppe af tidligere kliniske assistenter fra Medicinsk Afdeling B, Rigshospitalet, og ved vore tilbagevendende, festlige sammenkomster bidrog han altid med humor og vid.

Henrik var et udpræget familiemenneske, og kærligheden til hustruen Lonni var uendelig stor og gengældt. Ud over Lonni efterlader Henrik sig børnene Christina, Peter og David samt børnebørn.

Æret være Henriks minde.

Jesper Hastrup Svendsen, Rolf Steffensen, Søren Boesgaard, Peter Riis Hansen, Peter Clemmensen, Thomas Andersen Schmidt, Jens Kastrup & Stig Haunsø

Indkaldelse til Årsmøde og Medlemsmøde i Foreningen af Pensionerede Læger

Torsdag d. 27. april 2017 kl. 15.00 på Comwell, Skovbrynet 1, 6000 Kolding

Foreløbig dagsorden for Årsmødet

1. Valg af dirigent
2. Formandsberetning
3. Drøftelse af forslag fra bestyrelsen
4. Orientering om foreningens økonomi
5. Beretning fra foreningens arbejdsgrupper og udvalg
6. Drøftelse af indkomne forslag
7. Eventuelt

Eventuelle forslag til drøftelse på Årsmødet skal sendes på mail til sub@dadl.dk eller til Lægeforeningen, att.: Susanne Buur, Kristianiagade 12, 2100 København Ø senest den 6. april 2017.

Den endelige dagsorden vil blive offentliggjort tirsdag d. 18. april 2017 på www.laeger.dk under Foreningen af Pensionerede Læger.



Bernard Jeune

Som afslutning på Foreningen af Pensionerede Lægers Årsmøde er der et spændende foredrag af associate professor, MD Bernard Jeune fra Syddansk Universitet over emnet:

»Det lange livs udfordringer. Vi lever længere, men lever vi også bedre?«

Bernard Jeune vil med afsæt i den nyeste aldringsforskning give svar på, om de dårligst stillede borgere stadig kan forvente at nyde mindre end ti år på pension, mens de bedst stillede og højtuddannede borgere fortsat kan nyde over tyve år på pension. Læs mere om de emner, som Bernard Jeune vil komme ind på i sit foredrag, på laeger.dk under FPL arrangementer.

Vi ser frem til, at mange af vores medlemmer deltager i Årsmødet og det efterfølgende foredrag. Mødet slutter kl. 17.00, hvor der vil være lejlighed til at få et glas vin og hilse på andre af foreningens medlemmer. ♦

Tilmeldingsblanket

Generalforsamling i Foreningen af Pensionerede Læger

Torsdag den 27. april 2017 kl. 15.00.

Navn: _____

Vej: _____

Postnummer og by: _____

Sendes til Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø. eller faxes på 35 44 85 08 senest den 18. april 2017.

Lægemøde 2017

Lægeforeningen
Lægemøde
28.-29. april 2017

Comwell Kolding, Skovbrynet 1, Kolding

Alle medlemmer af Lægeforeningen er velkomne.

Se det fulde program samt oplysninger om tilmelding og priser på

laeger.dk/LM2017



Praksisfinansiering - kræver mere end blot en rentesats!



Katrine
Hvidberg
Tlf. 7624 9326



Margit
Korsgaard
Tlf. 7624 9299



Tica
Amer
Tlf. 7624 9276



Uffe
Højbjerg
Tlf. 7624 9327



Ringkjøbing
Landbobank

Torvet 1 / 6950 Ringkøbing
praksis@landbobanken.dk / www.landbobanken.dk/praksis



FULLSERVICE
BANK

følg

UGESKRIFT
FOR
LÆGER

[www.facebook.dk/
Ugeskriftet](http://www.facebook.dk/Ugeskriftet)



KOLLEGIALITET ER EN GOD HJÆLP!



Kollegialt netværk for læger
NETVÆRKSLINJEN 35 38 89 51

KIRURGISK FORSKNINGSLEGAT

Overlæge dr.med. Edgar Schnohr og hustru Gilberte Schnohr's fond

Der uddeles legatportioner i størrelsesordenen kr. 50.000-150.000 inden for emneområdet: »anæstesiologiske-kirurgiske patientforløb«.

1) Enkeltstående kliniske forskningsprojekter inklusiv introduktionstipendier (1-3 måneder). 2) Løn under orlov med henblik på sammenskrivning af ph.d. eller disputats. 3) Forskningsårsstuderende/scholarstipendier.

Der ydes ikke deltidskud til større forskningsprojekter (f.eks. et fuldt ph.d. projekt) med mindre ansøgningen falder ind under ovenstående 3 punkter. Der uddeles ikke midler til dyreeksperimentelle studier, basal forskning, PhD studieafgift, kurser eller studieophold. Ansøgning på max tre sider med beskrivelse af forskningsprojekt inkl. udvalgte referencer, vejleder og et specificeret budget for det ansøgte beløb, samt max 1-sides CV inkl. udvalgte referencer sendes til: prm.law@mail.dk. Kun elektronisk indsendte ansøgninger (indsendt som fil) vil blive behandlet.

Ansøgningsfrist: 1. maj 2017.

Hvem tør nu gå til læge?



Professor, ph.d, dr.med. Anders Foldspang, Institut for folkesundhed, Aarhus Universitet

På forsiden af Ugeskrift for Læger nr. 4/2017 proklameres det over hele siden, at »Ældrebyrden vil øge presset på lægerne«, ledsaget af et iøjnefaldende billede, der understreger byrdeperspektivet. Signild Vallgård, Ole Fendinge Olsen og Karen Pallesgaard Munk har derefter i læserbreve i Ugeskriftet (nr. 5/2017, s. 455-6) ordentligvis protesteret mod dette for størsteparten af vore patienter stærkt krænkende sprogbrug.

Dette er netop en af de ting, der ikke må ske – en journalistisk kunstfejl over for en befolkning, i tidsskriftet for en faggruppe med dybtgående menneskelige udfordringer og en fornem professionel etik.

Redaktøren beklager da også og hævder, at det ikke var hensigten at krænke, men irrettesætter i næste åndedrag »fhv. kommunallæge Ole Olsen« – med udeladelse af Oles mellemnavn, Fendinge, som vi jo alle kender ham under. Der er åbenbart plads til lidt polemisk sprogbrug til trods for kunstfejlen. Og også læserbrevene ledsages af en tegning, der understreger byrdeperspektivet. Her er vist intet lært, trods beklagelsen?

I samme nummer af Ugeskriftet (nr. 5/2017) finder jeg – i ejendommelig modstrid med Lægeforeningens formands leder – på s. 397 tillige en mildt glorificerende ar-

tikel om en af vore kollegaer, Svend Lings, der – ifølge artiklen – selv har meddelt, at han har begået eutanasi i et antal tilfælde og i øvrigt har mistet sin autorisation og er politianmeldt for det. Der er ingen problematisering på side 397, som man ellers ville forvente journalistisk og etisk; tværtimod citeres en tidligere ph.d.-studerende, Jan Hartvigsen, for en konstatering af, at vor kollega er »systematisk naturvidenskabeligt tænkende«. Senere citeres medlem af Etisk Råd, Gorm Greisen, for at have sagt, at »det er da flot at være så engageret« – dog med tilføjelsen, »men jeg er bare helt uenig med ham«.

Flot? Men, godt, så er der da i sidens sidste sætning lidt tilløb til en – dog ikke ganske bestemmelig – beskeden problematisering. Det alvorlige juridiske perspektiv berøres ikke; der er en underliggende stillingtagen, hvor man – lige som undertiden i boulevardpressen – undlader at afvæge rettens gang. Vi aner martyriet henne om hjørnet. Det sælger. Men, men, men: Ugeskrift for Læger er ikke – og skal ikke gøres til – boulevardpresse, hr. redaktør.

Ældrebyrde. Eutanasi. Ord, der sætter sig. Dette er jo offentlig kommunikation.

Hvem tør nu gå til læge, hvis man er lidt til års? ♦

Indlæg i Ugeskrift for Læger og Ugeskriftet.dk

Debatredaktører: Anja Pinborg, (videnskab) og Anne Steenberger (øvrige debat)

Formater:

Korte indlæg: 2.800 enheder incl. mellemrum

Replik: 4.000 enheder incl. mellemrum

Kronik: 7.800 enheder incl. mellemrum

Indlæg sendes til debat.ugeskriftet@dadl.dk. Evt. spørgsmål rettes til Mette Krag Eriksen (videnskabelig debat), tlf. 35 44 82 79 eller Elizabeth Gatzwiller (øvrige debat), tlf. 35 44 83 26.

Mere info om debatten på www.ugeskriftet.dk/debat

Kvaliteten i kvalitetsmodellen

– en midtvejsevaluering

Kan data til kvalitetsforbedring håndteres i den nye kvalitetsmodel på sygehusene?



Obstetrisk kvalitetsansvarlig overlæge Ole Bredahl Rasmussen^a, Hospitalsenheden Vest

Der går døgnninger igennem kvalitetsarbejdet på sygehusene i disse år. Regeringen og Danske Regioners grundtanke er, at vi skal bevæge os væk fra kvalitetskontrol og over mod kvalitetsforbedring^b. Specielt omkring brugen af data var man meget ambitiøs med »den nye kvalitetsmodel« og nævnte, at det nye sundhedsprogram skulle »forbedre det nationale datagrundlag og øge tilgængeligheden til sundhedsdata om kvalitet«. Programmet skal udfoldes fra 2015 til 2018, så det må være passende med en midtvejsevaluering af datadelen.

I tre oplæg fra Danske Regioner på et møde den 26/1 2017 fremlagde man visionerne for den nye model, og hvordan data skal ud og arbejde for forbedringer^c. Der er nogle forhindringer endnu, men i hvert fald står det klart, at Regionernes Kliniske Kvalitetsdatabase Program (RKKP) skal udgøre motoren for forbedringsarbejdet. Samtidig ønsker man, at forbedringsarbejde i sygehusene skal foregå i tæt samarbejde med de faglige selskaber for at sikre en forankring i klinikken.

Er data til rådighed?

Ud over at man kan være usikker på, om lægerne og RKKP er parate til at være anker-

mænd for forbedringsarbejde i afdelingerne, er der problematikken med data. Får klinikerne de nødvendige data til rådighed? Tænker man, at kontroldata er det eneste, der bærer forbedringsarbejde? Lad os se på, hvilke data der er brug for.

Der er brug for udkomme- og procesdata til arbejdet med kvalitetsforbedring^d [1]. Inden for *quality improvement* (QI)-arbejde vil vi gerne have udkommedata opgjort ugevis eller månedsvist og gerne have mulighed for at hente data tilbage i tid, så de kan opgøres i et seriediagram som basislinje inden et nyt forbedringsprojekt. Så har man et udgangspunkt til at måle indsatsen imod. Der vil desuden kunne være behov for at hente data ud, så de kan analyseres mere detaljeret, hvis man i en afdeling må konstatere, at man ikke opfylder en given standard for en indikator. Det er jo langtfra sikkert, at man alene ud fra de udmærkede årsrapporter fra de kliniske databaser kan afgøre præcist, hvilken målgruppe som måske skal gøres til genstand for et forbedringsprojekt. Statistiske tabeller er sjældent tilstrækkelige til den del.

Sjælen er procesdata

Selve sjælen i et QI-projekt er procesdata. Det er data, som demonstrerer, om den nye arbejdsproces rent faktisk bliver taget i anvendelse. De skal typisk genereres og opsamles ad hoc, når man starter et nyt projekt. I mangel af bedre vil det foregå i papirformat til indtastning i et regneark. Derved

bliver udkomme- og procesdata adskilt, medmindre udkommedata også tages ind i samme database.

Problemer med data til kvalitetsforbedring

Vi kan i klinikken kun med besvær få udkommedata. For at få dem er vi afhængige af, at andre skal prioritere at hente netop vores data til definition og løbende udtræk. Som det er lige nu i Region Midtjylland, kan man fremsende en ansøgning til det lokale kontor, som står for definitioner mv., og håbe, at ansøgningen bliver prioriteret til et møde til efteråret i år. Aggregerede data fra andre afdelinger til sammenligning kan købes af Forskerservice. RKKP's årsrapporter giver et udmærket statusbillede, men hvis årsrapporterne ikke kun skal være historiske hæfter til hylden, bør man i en afdeling have mulighed for at analysere data nærmere og få opgørelserne løbende, f.eks. månedligt. Det vil i øvrigt også være vejen til at gøre data mest muligt valide.

Inden for mit eget område (fødsler) kan vi ikke engang tilgå data til Fødselsregisteret fra vores egen afdeling. Da Sundhedsstyrelsen blev splittet op i 2012, og Statens Serum Institut overtog bl.a. Fødselsregisteret, mistede vi muligheden for at hente data fra fødegangene. Efter at Sundhedsdatastyrelsen nu har overtaget kvalitetsdatabaserne, er der efter sigende en positiv udvikling i gang i forhandlingerne mellem Sundhedsdatastyrelsen på den ene side og Jordemoderforeningen og DSOG på den anden ift. at genoprette vores adgang. Men der er ikke noget gennembrud – endnu. I Region Midtjylland har vi på fødestederne valgt at gå sammen om at lave vores egen

ekstra database med registrering af hændelser og indgreb ved fødslerne for at have adgang til i det mindste nogle basale tal. Så må vi dobbeltregistrere, indtil det andet fungerer.

Registrering på papir

Procesdata findes typisk ikke i epj i forvejen, og det er ikke ligetil at få dem derind, om overhovedet muligt. Det kræver nye definitioner og koder, som skal vedtages på højere plan. I et forbedringsprojekt i en afdeling vil man oftest opgive at gå den vej, og man vil være henviset til at registrere på papir ved siden af det vanlige.

Procesdata kan opgøres på papir som stakitter, men disse tillader ikke, at man kan gå tilbage og validere tallene eller relatere dem til udkomme (f.eks. analysere hvilket element af en »forbedringspakke«, som har størst betydning) eller til karakteristika for populationen. Hvis man ønsker en mere fyldestgørende opgørelse, kan man få Datatilsynets tilladelse til en privat forskningsdatabase. En sådan database bliver knyttet op på en given medarbejder i afdelingen, som så »ejer« den og har det juridiske ansvar.

Forslag til løsning

Fra Sundhedsdatastyrelsens side overvejer man at etablere certificerede forskningsmiljøer, som kan få godkendelse til at trække nødvendige data til forskningsprojekter. Tanken er, at dette kan være svaret på den relevante frygt for, at data »flyder« rundt omkring på uautoriseret vis [2]. Men som formanden for Lægeforeningen, Andreas Rudkjøbing, har formuleret det, skal man ikke kun favne den problematik, som er snævert forbundet med forskning [3]. Mit forslag er, at man også etablerer certificerede kliniske miljøer med samme adgang til data. De kunne udgøres af de kvalitetsansvarlige, forskningsansvarlige og uddannelsesansvarlige i en afdeling.

Klinikernes adgang til data skal naturlig-



» Først når det er nemt, sikkert og gratis at få adgang til at anvende sundhedsdata for klinikkerne i sundhedsvæsenet, kan vi tale om, at den nye kvalitetsmodel er parat til os.

vis være gratis. Der er brug for, at vi som klinikere har fri adgang til data for at analysere, fortolke og formidle dem. Det er der ikke andre, der kan. Det skal foregå sikkert og uden risiko for, at data kapitaliseres eller sjeskes med. På samme måde som certificerede forskningsmiljøer vil certificerede kliniske miljøer kunne sikre mod dette.

Afdelingerne bør have mulighed for at *hoste* projektdatabaser på forsvarlig vis inden for firewalls og med kobling til epj. I Region Midtjylland kan man angiveligt hente data fra forskellige kilder, f.eks. også en lokal projektdatabase, og koble dem sammen med epj[®]. Hvis den model er teknisk mulig, vil de relevante data kunne køres sammen, og afdelingerne vil have ejerskab til og det juridiske ansvar for databaser til QI-projekter, som bliver reelt forankret i den enkelte afdeling. Den praktiske håndtering af dette skal verificeres og beskrives.

Kodesystemerne bør være dynamiske, og muligheden for at registrere procesdata bør ikke være begrænsende for QI-arbejdet. Dette kan opnås ved, at man får mulighed for at definere og oprette procesdata i epj til lokale projekter uden at skulle have SFI'er og koder godkendt regionalt eller på landsbasis. Hvis en model med 2-3 lokalt

styrede »projekt-SFI'er« pr. afdeling kunne realiseres, ville alle projektdata befinde sig i epj. Eneste problem derefter vil være, om data kan hentes ud igen.

Brug for klare rammer

Vi har brug for, at rammerne for håndtering af data bliver gjort klare [4]. Rammerne skal være målrettet kvalitetsforbedringsarbejdet. De juridiske problemstillinger kan kun blive mindre, hvis håndteringen af data til klinikken bliver formaliseret. Kliniske data repræsenterer vores fælles erfaringsopsamling, og de skal ud og arbejde for forbedring af klinikken til patienternes bedste [5]. Først når det er nemt, sikkert og gratis at få adgang til at anvende sundhedsdata for klinikkerne i sundhedsvæsenet, kan vi tale om, at den nye kvalitetsmodel er parat til os, og at de gode intentioner har mulighed for at blive indfriet. ♦

LITTERATUR

1. Lyng KM, Nordenström J. Værdibaseret sundhedsvæsen – et grundlag for bedre kvalitet. Ugeskr Læger 2015;177:790-1.
2. Friderichsen B. Datadeling uden samtykke kan skade. Ugeskr Læger 2015;177:1950-1.
3. Rudkjøbing A. Vi kan ikke bruge tågede regler om patientdata. Ugeskr Læger 2016;178:407.
4. Steenberger A. Vi er ikke parate til det digitaliserede sundhedsvæsen. Ugeskr Læger 2016;178:1978.
5. Rudkjøbing A. Vi har en unik chance for at få en bedre kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2016;178:307.

NOTER

- a. Uddannet som forbedringsagent ved Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013.
- b. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. 2015.
- c. Langley GJ et al. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2009.
- d. Oplæg ved Danske Regioner til møde i Alumnigruppen for Forbedringsagenter i Danmark. SUH i Roskilde, 26/1 2017.
- e. Personlig oplysning fra BI-kontoret, Region Midtjylland, 30/1 2017.

Tobaksafgifterne må op

Provenuet af skat på cigaretter i 2017 forventes at blive ti procent højere end provenuet i 2014. Stigningen skyldes alene øget salg. Hvad med intentionerne i folkesundhedsprogrammet?

I halvtredserne kaldte man afgifterne på alkohol og tobak for giftskatter. Tobaksrygning er stærkt vanedannende, kræftfremkaldende og livsforkortende. Rygning er årsag til over 13.000 dødsfald i Danmark om året. Giftskatterne udgjorde dengang en stor del af den samlede beskatning. Regeringens folkesundhedsprogram for Danmark 1999-2008 fremholdt, at tobaksforbruget var en belastning for folkesundheden og mindskede den danske middellevetid [1]. Derfor ville folkesundhedsprogrammet holde tobaksafgifterne så høje som muligt og begrænse forbruget af tobak i Danmark.

Salget af cigaretter i Danmark steg fra 6,48 milliarder cigaretter i 1970 til 7,15 milliarder i 1980 [2]. Derefter faldt salget til 5,61 milliarder i 2014 [3]. Tilsvarende faldt den aldersjusterede hyppighed af lungekræft. Middellevetiden er gået op siden år 2000. Udviklingen bekræfter ambitionerne i folkesundhedsprogrammet. Mindsket brug af cigaretter har mange forudsigelige, positive og vidtrækkende konsekvenser.

Færre voksenrygere

En prævalensundersøgelse fra december 2016 viste, at andelen af voksne dagligrygere var faldet til 16 pct. 60 pct. af dem, der ryger, vil gerne holde op med at ryge. 76 pct. af dagligrygerne har forgæves forsøgt at holde op med at ryge en eller flere gange. Det skyldes, at nikotinafhængighed fastholder rygere i at blive ved med at ryge. Så for de fleste dagligrygere er rygning ikke »rygerens frie valg«. Tværtimod. Men det er ikke rimeligt, at indsatsen mod nikotinaf-

hængighed og brugen af tobak hovedsageligt og mest synligt overlades til medicinalindustrien.

Desværre steg salget af cigaretter igen i 2015 til 5,76 milliarder [4]. Tilsvarende steg provenuet af skat på tobak fra 2014 til 2015 [3]. Ydermere har Skatteministeriet fremskrevet udviklingen til 2017. Provenuet i 2017 forventes at blive 10 pct. højere end provenuet i 2014. Stigningen skyldes alene øget salg. I 2016 udgjorde giftskatterne en forholdsvis mindre andel af den samlede beskatning sammenlignet med den i halvtredserne. Den nye tendens stemmer ikke overens med intentionerne i folkesundhedsprogrammet.

Lille dansk stigning i afgifter

Det gælder også for tobaksafgifterne i Danmark. Tolv lande i EU fordoblede i gennemsnit tobaksafgifterne fra 8,95 kr. for tyve cigaretter i 1990 til 16,34 kr. i 2000 [2]. Men de danske tobaksafgifter steg kun 10 pct., fra 22,85 kr. til 24,89 kr. Så forholdsmæssigt faldt de danske tobaksafgifter fra 2,5 til 1,5 gange gennemsnittet for tobaksafgifterne for tolv EU-lande. I nulserne sænkede Danmark ligefrem tobaksafgifterne. Mellem 1990 og 2016 tredoblede tobaksindustrien prisen før afgift fra 3,15 kr. for tyve cigaretter i 1990 til 11,90 kr. i 2016 [3]. Men tobaksafgifterne i Danmark steg kun 50 pct. fra 22,85 kr. til 33,40 kr. Tobaksafgifterne er fordelt på en stykafgift, en værdiafgift og en momsafgift. Stykafgiften fastsættes for hver cigaret, mens værdiaffigten og moms beregnes som en procentsats af den samlede salgspris. Un-

der perioden 1990 til 2016 blev stykafgiften fordoblet fra 60,6 øre pr. cigaret i 1990 til 118,75 øre i 2016 [2, 3]. Værdiaffigten blev sat ned fra 21,22 pct. til 1 pct.

Røgfri ungdom?

Regeringen ønsker en røgfri ungdom år 2025. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) omtaler, at højere tobaksafgifter medfører et mindre salg af cigaretter [5]. Virkningen af højere tobaksafgifter er evidensbaseret. Påvirkningen er størst for ungdommen. Danmark tilsluttede sig WHO FCTC i 2004. Derfor kan Lægeforeningen arbejde for, at tobaksafgifterne bliver sat op. Stykprisen pr. cigaret kan ubesværet sættes op med 5 øre hvert år. Ifølge EU's regler skal beskatningen af cigaretter udgøre mindst tre fjerdedele af den samlede salgspris. Som konsekvens skulle Danmark for perioden 1990 til 2016 have øget skatteprovenuet til mindst 26,25 kr. for tyve cigaretter, fordi tobaksindustrien øgede prisen før afgifter med 8,75 kr. Det svarer til et efterslæb for forhøjelse af tobaksafgifterne i Danmark på mindst 16 kr. i forhold til den forhøjelse, der faktisk fandt sted. ♣

LITTERATUR

1. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet, 1999.
2. Grænsehandel. Rapport 2000. Skatteministeriet, 2000.
3. Skatteministeriet. Afgiftssatser. Cigaretter. Afgifter – provenuet af afgifter og moms 2010-2017. www.skat.dk (22. jan 2017).
4. Danmarks Statistik. Forbrug og salg af alkohol og tobak. www.dst.dk (23. jan 2017).
5. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, ISBN 978-92-4-159101-0.

Medicinrådet er åbent

Kritik fra sundhedsøkonom om lukkethed i Medicinrådet er forfæjlet og beror på misforståelser.

Med oprettelsen af Medicinrådet er der tilstræbt fuld uafhængighed af Danske Regioner, og Medicinrådet vil selv begrunde de beslutninger Rådet træffer. I Ugeskrift for Læger (2017;179:358-9) kritiserer professor Rikke Søgaard Medicinrådet for manglende transparens i de metoder, som i vidt omfang er udviklet af Danske Regioner inden Rådets etablering. Danske Regioner ønsker en åben debat om Medicinrådet, men kritikken bygger flere steder på misforståelser.

Transparens om etablering og metoder

Medicinrådet har fra starten været genstand for stor interesse. Det har været et udtalt ønske fra Danske Regioner, at Medicinrådet ikke blev omgærdet med mystik, men kendetegnet ved åbenhed og offentlighed. Det er f.eks. kommet til udtryk ved, at Medicinrådets og Amgros metoder har været i offentlig høring, ligesom der har været afholdt en række informationsmøder. Ønsket om transparens er sågar direkte afspejlet i rådets sammensætning, hvor bl.a. både klinik, patienter og lægemiddelindustri er repræsenteret.

Omkostningsanalyse

Mens Medicinrådet fokuserer på klinisk effekt, er det Amgros, der med den fornødne ekspertise inden for sundhedsøkonomi forestår validering af omkostningsanalysen. Som Rikke Søgaard rigtigt beskriver, bruger Amgros Medicinrådets viden om et nyt lægemiddels karakteristika, når de kva-

litetssikrer omkostninger for et nyt lægemiddel. Her kritiserer Rikke Søgaard Amgros' krav til data. Hvor data for klinisk effekt kan overføres fra et land til et andet, med de udfordringer det afstedkommer, så må oplysninger om en læges løn eller prisen på en injektionsnål nødvendigvis afspejle danske forhold, for at indgå i en vurdering af omkostninger for et dansk sundhedsvæsen.

Omkostningsanalysen anlægger et samfundsperspektiv med blik for sundhedssektorens brede aktørfelt og belyser dermed ikke blot, som Rikke Søgaard skriver, om omkostninger tilfalder en patient/pårørende, men også om de tilfalder f.eks. almen praksis eller kommuner. Det er for at sikre et fuldere omkostningsbillede og for at anerkende, at sundhedsvæsenet er mere end sygehusøkonomi. Der er, som Rikke Søgaard rigtigt fremhæver, fratrækket omkostninger som følge af vundet/tabt arbejdslevne. Her er der taget hensyn til at undgå diskrimination i forhold til arbejdsmarkedstilknnytning og dermed implicit aldersdiskrimination. Det ville i øvrigt have været i modstrid med Folketingets princip om lighed.

Merværdi og Rådets beslutninger

Livskvalitet indgår i enhver vurdering af merværdi. Væsentlighedskriterier, der anvendes som en delfaktor i vurderingen af øvrige effekter, anvendes ikke til livskvalitet, da det er metodisk vanskeligt. Graden af opnået livskvalitet bliver vurderet ud fra den målte livskvalitet hos dem, der har fået

lægemidlet, og dem, der ikke har. Det er således direkte forkert, når Rikke Søgaard skriver, at livskvalitet ikke indgår i klassifikationen af merværdi.

Sammensmeltningen – eller bolsjestøbningen – af de forskellige effektmål sker netop i kategoriseringen af merværdi, der dernæst udgør hovedingrediensen i Rådets beslutning. Det sker ikke, som Rikke Søgaard fejlagtigt skriver, ved at rådsmedlemmerne selv sammenholder og vægter effekt.

I den endelige beslutning indgår en overvejelse af, om der er et rimeligt forhold mellem merværdi og omkostninger. Her anvender Medicinrådet Amgros' udarbejdede analyse og indstilling. Hvornår et lægemiddels effekt står mål med dets omkostninger, er måske det sværeste spørgsmål i enhver prioritering. Men ingen sundhedsøkonomisk metode – ej heller kvalitetsjusterede leveår – giver svaret. Beslutningen om at allokere midler til et givent lægemiddel vil altid være netop det – en beslutning, der gerne skal træffes på det mest oplyste grundlag. Det er det, der er kernen i Medicinrådets, sekretariatets, fagudvalgenes og Amgros' opgave.

Så nej, rådets medlemmer skal ikke have lommeregneren med. De skal bruge deres individuelle, faglige kompetencer til at beslutte, om et nyt lægemiddel skal tages i brug som standardbehandling. ♦



Direktør og cheføkonom
Rikke Magrethe Friis, Danske Regioner

Repl!k

Pension bør prioriteres ved de kommende overenskomstforhandlinger

Der er grund til at overveje at sætte pensionbidraget op – afkastet er lavt for tiden.

I 2016 opnåede Lægernes Pension et afkast på 8,5%. Siden oprettelsen i 1946 har Lægernes Pension i gennemsnit haft næsten 9% i årligt afkast. Det svarer til en fordobling af pensionskassens formue hvert ottende år, og afkastet har haft så stor betydning, at du reelt kun har betalt for en fjerdedel af din pension. Resten af pengene er kommet fra afkastet på dine indbetalinger.

Og her er der grund til panderynker for de kommende år.

Prognoseforventningerne sættes ned

For efter flere år med lave renter har Lægernes Pension set sig nødsaget til at sænke prognoseforventninger til afkastet. De renter, som i snart to årtier har givet os stadigt billigere boliglån, gør det urealistisk at forvente et afkast, der bare minder om 9%. Derfor har pensionskassen da også løbende reduceret forventningerne, senest fra 5,3 til 4,6%.

Nå ja, tænker du måske – 4,6% i snit er vel også OK, det er i hvert fald mere, end jeg får i banken. Og hvad betyder forventninger? Jeg er mere interesseret i de konkrete resultater.

Det er vi også. Men vi er samtidig optaget af, at din pensionsoversigt er så realistisk som muligt. Det er jo dit eneste reelle

planlægningsværktøj. Her skal du til enhver tid kunne læse pensionskassens bedste bud på, hvad du i nutidskroner kan købe for din pensionsopsparing om 10, 20 eller 30 år – uanset hvad en liter mælk måtte koste til den tid.

Lægernes Pension regulerede derfor din pensionsprognose ved årsskiftet. Hvis du er tæt på pensionering, vil du næppe bemærke ændringen. Men har du 10-15 år til pensionering, er din prognose faldet 5-10%, mens faldet for yngre læger er større. Det er usikkerheden selvfølgelig også. Prognoser ændrer sig jo, og der kan ske meget med både løn og afkast på 30-40 år.

Økonomien skal matche længere levetid

Som lægernes repræsentanter i pensionskassen er vi meget optagede af at løfte medlemmernes pensioner, så økonomien kan matche det stadigt længere liv. Det er vigtigt at have overskud i pensionisttilværelsen, også økonomisk.

Derfor er det nødvendigt at have fokus på pensionsindbetalinger ved de kommende overenskomstforhandlinger. Vi har ikke på forhånd lagt os fast på et mål. Vi kan blot konstatere, at der skal rundt regnet to procentpoint til at bringe os på om-

gangshøjde med f.eks. djøf'erne, der generelt indbetaler mere, end vi gør.

Tidlig indbetaling giver størst effekt for de yngste: Ved at løfte indbetalingerne med to procentpoint stiger prognosen for den årlige livsvarige pension med 32.000 kroner for en typisk 30-årig, der går på pension som 67-årig. Men selv for en 55-årig vil et løft i indbetalingerne på to procentpoint gøre en mærkbar forskel.

Bliv længere på arbejdsmarkedet

Det ændrer ikke ved, at den mest effektive ordination til dig, der ønsker en højere pension, er: bliv lidt længere på arbejdsmarkedet. For hvert ekstra år stiger pensionen med 6-7%.

Det er en konstatering, ikke en opfordring.

Til gengæld vil vi opfordre til at få pensionsindbetalingerne løftet ved de kommende forhandlinger. Som læger er vi på nærmeste hold vidner til den positive udvikling i både levetid og helbred for den ældre del af befolkningen. Rigtig mange er i dag fuldt aktive til langt op i 80'erne, ja sågar 90'erne, med rejser, kulturoplevelser og alle de andre markører for et aktivt liv.

Livet leves, og det skal der naturligvis være råd til. ■

Læs også artiklen s. 490. ➔

Marianne Ingerslev Holt, Peter Lindholm,
Klaus Friis Andersen & Philip Bennett,
læger og bestyrelsesmedlemmer i Lægernes Pension

Repl!k



»Gennemsnitlig« effekt i randomiseret forsøg

Postdoc *Andreas Lundh* og professor *Asbjørn Hróbjartsson*

Center for Evidensbaseret Medicin,
Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet
Email: andreas.hover.lundh@rsyd.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

Det er velkendt, at der kan være forskel på, hvad klinikere og patienter oplever som effekt af en behandling, og hvad resultater fra videnskabelige forsøg viser. Der er talrige historiske eksempler på tilsyneladende effektive behandlinger, som efterfølgende har vist sig virkningsløse eller direkte skadelige, når de efterprøves i randomiserede forsøg [1]. Eksempelvis, viste et randomiseret forsøg, at brug af forebyggende antiarytmika efter blodprop i hjertet øgede dødeligheden [2]. Dette skisma er baggrunden for indførelsen af det randomiserede

forsøg, som den mindst fejlbehæftede metode til vurdering af behandlingseffekt.

Det kan dog stadigvæk give anledning til debat, når resultaterne fra randomiserede forsøg ikke stemmer overens med patienters oplevelse. Senest illustreret med medicinsk cannabis, hvor folketingset valgte at etablere en forsøgsordning mod Lægemiddelstyrelsens anbefalinger [3]. I forlængelse af den debat interviewes en kollega i Ugeskrift for Læger, og i artiklen omtales, at »der er en del undersøgelser af effekten af dronabinol på patienter med nervesmerter, hvor randomiserede undersøgelser med et stort antal patienter viser, at der i gennemsnit ikke er nogen særlig effekt af det. Det betyder, at der i den ene ende er patienter, som det overhovedet ikke virker på, og i den anden ende er der patienter, som det virker rigtig godt på« [4].

Denne fortolkning af et nulresultat i et randomiseret forsøg sammenblander ef-

fektbegrebet i et randomiseret forsøg med det observerede kliniske forløb. Effekten i et randomiseret forsøg kan beskrives som: observeret klinisk forløb = bias + naturligt forløb af sygdom + placeboeffekt + reel interventionseffekt. I et veldesignet forsøg, hvor bias er minimeret, er det observerede kliniske forløb – hos den enkelte patient – udtryk for en kombination af naturligt forløb, placeboeffekt og reel interventionseffekt. At tolke det observerede kliniske forløb som en reel interventionseffekt er således svært problematisk, da effekten hos den enkelte ikke kan adskilles fra placeboeffekt og naturligt forløb.

Man kan spekulere på, om der ikke kunne være bestemte patienter, som har mere gavn af en behandling end andre. Problemet er tosidet. For det første, hvis et gennemsnit skal nærme sig nul, må der være andre patienter, som har en lige så skadelig effekt af behandlingen. For det andet, hvordan identificerer man de patienter, som muligvis har gavn af behandlingen, og hvordan adskiller man dem fra de patienter, som behandlingen skader? Det vil ofte være umuligt i forhold til den enkelte patient, og subgruppeanalyser bør tolkes varsomt.

Manglende effekt i et randomiseret forsøg bør derfor som udgangspunkt tolkes på den måde, at der ikke er vist en gavnlig effekt af behandlingen. Har man mistanke om, at behandlingen gavner én subgruppe af patienter, bør det undersøges nærmere i et nyt randomiseret forsøg. ■

Indlægget har været forelagt smerteforsker Jette Højsted, som ikke har nogen kommentarer. Red.

LITTERATUR

1. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* 2017;16:31592-6.
2. Echt DS, Liebson PR, Mitchell LB et al. Mortality and morbidity in patients receiving encainide, flecainide, or placebo. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. *N Engl J Med* 1991;324:781-8.
3. Rudkjøbing A. Nej tak til det postfaktuelle sundhedsvæsen. *Ugeskr Læger* 2017;179:2419.
4. Steenberger A. Et liv mod smerter. *Ugeskr Læger* 2017;179:294-7.

Til ledere: Snup en uge som menig læge, før I træffer store beslutninger

Peter Ellekvist, overlæge, Herlev Hospital.
Email: peter.ellekvist.01@regionh.dk

2016 har været et specielt år.

Hele vores måde at tænke og organisere vores arbejde på som læger er blevet ændret – omkalfatring, er det blevet benævnt, med henvisning til skibsfarten og den måde, man tætnet ældre traskibe på. Jeg synes ikke begrebet er dækkende, for det er ikke kun tætnematerialet, som er blevet udskiftet. Det er også rør og navigationsudstyr, og der har også været en helt ny måde at sejle skuden på – og det vel at mærke uden en ordentlig sejlsadsvejledning.

SP har vist sig ufærdigt, fejlbehæftet og kontraintuitivt, og det har efterladt os med en række administrative opgaver, som tidligere lå hos sekretærene. At antage, at vi har kunnet pålægges sekretæropgaver inden for den samme afgrænsede tid og med et uændret antal lægefaglige opgaver, afspejler en holdning om, at vi som hospitalslæger er forkælede og sagtens kan løbe stærkere.

Samtidig har den officielle historie lydt,



at patientsikkerheden ikke er blevet kompromitteret, og at behandlingskvaliteten overhovedet ikke er blevet forringet med indførelsen af SP – det skal man måske sige, og det er sådan set ikke det værste:

Det værste er den tillidskrise, der er opstået mellem den øverste ledelse i regionen og os som menige læger; en tillidskrise, som er opstået, fordi man har forsøgt at tale vores kritik ned under henvisning til, at vi som faggruppe ikke er omstillingsparate.

Der sidder i ledelsen anstændige mennesker, der lige som vi, ønsker patienterne den bedste behandling. Ledelsen har åbenbart af politiske hensyn været tvunget til at affeje vores indvendinger. Den manglende anerkendelse af vores frustrationer og af vores bekymringer, helt frem til nu, er noget af det, jeg vil huske som det mest ubehagelige ved det forgangne år. Det har påvirket vores arbejdsklima, og jeg håber, at det ikke kommer til at påvirke vores arbejdsklima nær så meget i 2017.

Herlev har med SP »taget en for holdet«, som man siger – et udtryk jeg i øvrigt ikke bryder mig om, fordi det får det til at lyde som om, vi efter eget ønske har deltaget i en sportskamp og er kommet sejrige ud på den anden side.

Forleden læste jeg Else Smith indrømme, at det, der foregik i Sundhedsstyrelsen under hendes direktørperiode, indimellem havde været lidt for verdensfjernt i forhold til virkeligheden på hospitalsafdelingerne. Hun sagde, og jeg citerer:

»Vi havde ikke øje for, hvor langt der er fra ideal til praksis«. Så tænkte jeg: Hvor er det interessant, at man i en alder af 63 år kan blive så meget klogere, blot fordi man får job på et sygehus. Det leder mig til min pointe, der selvfølgelig også er humoristisk ment:

Jeg vil opfordre alle, som deltager i at træffe vidtrækkende beslutninger i sundhedsvæsenet, og som føler sig i stand til at udtale sig om lægernes omstillingsparathed og manglende vilje til at implementere det sidste nye:

Snup en uge som reservelæge eller menig overlæge på en tilfældig hospitalsafdeling. Så kan vi snakke omstillingsparathed bagefter. ◆

LÆS ALLE BLOGS
I DERES FULDE
LÆNGDE PÅ
UGESKRIFTET.DK/DEBAT

Blogs



6. MARTS 2017

Morten Sodemann: Svært spørgsmål fra anonym borger

PATIENTEN I CENTRUM En borger spurgte, hvorfor Indvandrermedicinsk Klinik i Odense egentlig findes. Alle hånde ledelses- og embedsled sendte sorteper videre og videre og videre, indtil det penible spørgsmål landede hos klinikens leder. Som giver svaret her. ▶

Indlægget er en tale ved et overlægerådsmøde på Herlev Hospital henvendt til regionsdirektør Hjalte Aaberg og koncerndirektør Svend Hartling, Region Hovedstaden

Bliver du snydt for Ugeskriftet?

Hvis Ugeskriftet bliver leveret forkert eller slet ikke bliver leveret, skal du kontakte Bladkompagniet på tlf.: 44 51 75 70 eller på e-mail: abs@bladkompagniet.dk



Adresseændring kan ske på Lager.dk under Mine data eller på e-mail: abonnement@dadl.dk

Eliquis Apixaban

Forkortet produktinformation

Produktinformation for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg og 5 mg filmovertrukne tabletter. De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 24. november 2016.

Terapeutiske indikationer: Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter ved elektiv hofte- eller knæalloplastik (kun for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg). Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse $\geq$ II). Behandling af dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) samt forebyggelse af recidiverende DVT og LE hos voksne (for begge styrker). Dosering og administration: Forebyggelse af VTE (VTEp): elektiv hofte- eller knæalloplastik: 2,5 mg oralt 2 gange dagligt initieret 12-24 timer efter indgrebet. Behandlingsvarighed: 32-38 dage (hofteoperation) og 10-14 dage (knæoperation). Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF: 5 mg oralt 2 gange dagligt. Dosisreduktion: 2,5 mg oralt 2 gange dagligt hos patienter med NVAF og med mindst to af følgende karakteristika: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l). Patienter, der udelukkende opfylder kriteriet for svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min), bør også få den lave dosis af ELIQUIS på 2,5 mg 2 gange dagligt. Behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt): Akut DVT og LE: 10 mg oralt 2 gange dagligt i de første 7 dage efterfulgt af 5 mg oralt 2 gange dagligt. Kort behandlingsvarighed (mindst 3 måneder) bør baseres på forløbende risikofaktorer (f.eks. nyligt operativt indgreb, traume, immobilisering). Forebyggelse af recidiverende DVT og LE: 2,5 mg oralt 2 gange dagligt, initieret efter afsluttet 6 måneders behandling med ELIQUIS 5 mg 2 gange dagligt eller med andet antikoagulantium. Risiko for blødning skal overvejes. Ved skift fra Vitamin K antagonist (VKA) til ELIQUIS skal VKA seponeres og ELIQUIS initieres, når INR < 2 . Nedsat nyrefunktion: Anbefales ikke til patienter med kreatininclearance < 15 ml/min eller patienter som er i dialyse. Svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min): ELIQUIS bør anvendes med forsigtighed til forebyggelse af VTE ved VTEp og af recidiverende DVT og LE (VTEt) samt til behandling af DVT og LE. Til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF bør dosis reduceres til 2,5 mg 2 gange dagligt. Nedsat leverfunktion: Kontraindiceret hos patienter med leversygdom, der er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion. Kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion, samt patienter med forhøjede leverenzymmer og forhøjet total bilirubin. Kardiovertering (NVAF): Patienter kan forblive på ELIQUIS under kardiovertering. Pædiatrisk population: Sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. Administration: Oral anvendelse. Skal synkes med vand, med eller uden føde. Kan knuses og røres ud i vand, glucose i vand eller æblejuice/-mos. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller et eller flere af hjælpestofferne, aktiv klinisk signifikant blødning. Leversygdom, forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Læsion eller tilstand med signifikant risikofaktor for større blødning. Samtidig behandling med andre antikoagulantia undtagen i særlige tilfælde af skift af antikoagulationsbehandling eller, når UFH administreres i doser, der er nødvendige for at opretholde et åbent centralt vene- eller arteriekateter. Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*: Blødningsrisiko: Patienter skal kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Forsigtighed udvises hos patienter med generelt øget risiko for blødning. ELIQUIS skal seponeres, hvis der forekommer alvorlig blødning. Patienter med mekaniske hjerteklapper, med eller uden atrieflimren: ELIQUIS frarådes. Kirurgi og invasive indgreb: ELIQUIS seponeres mindst 48 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko og mindst 24 timer inden ved lav risiko for blødning. Behandlingen med ELIQUIS bør genoptages så hurtigt som muligt efter indgrebet. Midlertidig seponering: Ændringer i behandlingen bør undgås. Ved midlertidig seponering, bør behandlingen genoptages hurtigst muligt. Spinal-/epiduralanæstesi eller -punktur: Et epiduralt eller intratekalt kateter skal fjernes mindst 5 timer inden den første dosis ELIQUIS gives. Patienten skal overvåges hyppigt for tegn eller symptomer på neurologisk udfald. Der bør være et interval på mindst 20-30 timer fra den sidste ELIQUIS-dosis til kateteret bliver fjernet, og mindst en dosis bør udelades, før kateteret bliver fjernet. Den næste ELIQUIS-dosis kan gives mindst 5 timer efter kateteret er blevet fjernet. ELIQUIS bør anvendes med yderste forsigtighed ved brug af neuroaksial blokade. Hæmodynamisk ustabile LE-patienter eller patienter med behov for trombolyse eller lungeemboli: ELIQUIS bør ikke anvendes som alternativ til ufraktioneret heparin hos patienter med lungeemboli som er hæmodynamisk ustabile, eller som måske får behov for trombolyse eller lungeemboli. Ældre patienter: Forsigtighed udvises ved samtidig administration af acetylsalicylsyre. Legems vægt: Lav legems vægt (< 60 kg) kan medføre øget blødningsrisiko. Hoftefraktur-kirurgi: ELIQUIS anbefales ikke til patienter, der har fået foretaget kirurgisk indgreb på grund af hoftefraktur. Laboratorieparametre: Koagulationstests påvirkes af ELIQUIS. Lactose: ELIQUIS bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, en særlig form af arvelig lactasemangel (Lapp Lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. Interaktioner*: Frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige CYP3A4- og P-gp-hæmmere. Ved samtidig systemisk behandling med kraftige induktorer af både CYP3A4 og P-gp bør ELIQUIS anvendes med forsigtighed til forebyggelse af VTE ved elektiv hofte- eller knæalloplastik, til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAF og til forebyggelse af recidiverende DVT og LE. Til behandling af DVT og behandling af LE bør ELIQUIS ikke anvendes samtidig med systemisk behandling med kraftige induktorer af både CYP3A4 og P-gp, da virkningen kan være kompromitteret. Bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med NSAID og trippelkombination med acetylsalicylsyre og clopidogrel. Lægemidler forbundet med alvorlig blødning anbefales ikke til samtidig brug. Administration af aktivt kul nedsætter ELIQUIS-eksponering. Fertilitet, graviditet og amning*: Bør ikke anvendes. Bivirkninger*: Sikkerheden ved ELIQUIS er undersøgt i VTEp-studier 1, i NVAF-studier 2 og VTE-studier 3. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Anæmi 1. Blødning i øjet 2. Hæmatom 1,2,3. Epistaxis 2,3. Kvalme 1. Gastrointestinal blødning 2,3. Rektal blødning. Gingival blødning 2,3. Hæmaturi 2,3. Blodudtrængning 1,2,3. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Trombocytopeni 1. Pruritus 1,2,3. Overfølsomhed, allergisk ødem og anafylaksi 2. Hjerneblødning 2. Blødning i øjet 3. Hypotension 1. Intra-abdominal blødning 2. Epistaxis 1. Hæmoptyse 2,3. Gastrointestinal blødning 1. Blødning fra hæmoriider, mundsår 2. Hæmatokesi 1,2,3. Stigning i leverværdier, abnorme leverfunktionsprøver, stigning i basisk fosfatase, forhøjet bilirubin i blodet 1. Hududslæt 2. Hæmaturi 1. Abnorm vaginal blødning, urogenital blødning 2,3. Blødning fra administrationsstedet 2. Okkult positiv blodprøve 2,3. Blødning efter operationen, sårsekretion, blødning fra operationsstedet, operativ blødning 1. Traumatisk blødning, blødning efter operationen, blødning i operationssår 2,3. Sjælden ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Overfølsomhed, allergisk ødem og anafylaksi 1. Hjerneblødning 3. Blødning i øjet 1. Hæmoptyse 1. Blødning fra respirationsveje 2,3. Rektal blødning, gingival blødning 1. Retroperitoneal blødning 2. Muskelblødning 1. Overdosering*: Ingen antidot. I tilfælde af hæmorrhagiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes. Administration af aktivt kul kan være hensigtsmæssig. Indgivelse af protrombin-kompleks-koncentrat (PCC) eller rekombinant faktor VIIa kan overvejes. Pakninger: Filmovertrukne tabletter 2,5 mg: 10 stk, 20 stk, 60 stk, 168 stk. Filmovertrukne tabletter 5 mg: 14 stk, 28 stk, 100 stk, 168 stk. Pris: Se venligst dagsaktuel pris på <http://medicinpriser.dk>. Tilskud: Generelt tilskud. Udlævering: B indehaver af markedsføringsstilladelsen: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant: Bristol-Myers Squibb, Hummeltoftevej 49, 2830 Virum.



Lene Therkelsen, i hoveduddannelse i almen medicin, formand for FYAM
E-mail: lenetherkelsen@gmail.com

Alvorlige mangler i den almenmedicinske hoveduddannelse

Om godt et år kan jeg kalde mig speciallæge i almen medicin. Det har givet anledning til refleksion. Er jeg klar til at stå på egne ben? Købe en praksis og have ansvar for egne patienter? Er jeg uddannet godt nok? Langt størstedelen af speciallægeuddannelsen er jeg tilfreds med. Men der mangler noget! Sammensætningen af uddannelsesophold i den almenmedicinske hoveduddannelse afspejler slet ikke i tilstrækkelig grad mit behov som kommende praktiserende læge. Den nærmest totale mangel på klinisk erfaring i sansespecialerne har længe været mig en torn i øjet.

Jeg har både læst op og været på kurser på Lægedage. Jeg har tilmed haft en frivillig uddannelsesdag i speciallægepraksis hos både en dermatolog og en øre-næse-halslæge, en mulighed mange af mine kolleger ikke får. I sekundærsektoren er sansespecialerne relativt små, men i praksis fylder de godt op på dagsprogrammet. F.eks. viser en opgørelse, at ca. 5% af kontaktårsagerne hos en gennemsnitlig praktiserende læge omhandler huden (kontaktårsager og diagnoser i almen praksis kategoriseres efter ICPC-2-systemet, hvori kategorierne er benævnt lidt anderledes, end man kender det fra ICD-10-systemet). For en organspecialist på et sygehus kan det virke som få, men det er

faktisk næsten lige så mange som om fordøjelse og flere end om hjerte-kar (øre-næse-hals, dermatologi og oftalmologi). Et af de største problemer ved læring og erfaringsdannelse fra primærsektoren er, at prævalensen af de mindre hyppige tilstande er så lav, at man ofte ikke når at se et tilstrækkeligt antal af de mere alvorlige lidelser eller »sjældne fugle«. Derfor er klinisk erfaring fra sekundærsektoren enormt værdifuld, for ude i virkeligheden ser det røde øje kun sjældent ud som i bøgerne, og den sporadiske

erfaring med sansespecialerne, man muligvis kan skrabe til sig i det internmedicinske ophold, drukner totalt i arbejdspresset og endeløs dokumentation.

» ... nærmest total mangel på klinisk erfaring i sansespecialerne.

Jeg drømmer om, at mine fremtidige kolleger får en markant bedre uddannelse inden for sansespecialerne, end jeg har fået. Et struktureret forløb på f.eks. fire uger med undervisning og praktisk erfaring fra enten speciallægepraksis eller sygehusafdelinger ville være optimalt. I Region Sjælland har man allerede noget lignende i mammakirurgi, med en uges fast tilrettelagt klinikophold, som fungerer rigtig godt. Om sansespecialerne kommer på listen, næste gang uddannelsen revideres, ved jeg ikke, men man har jo lov at håbe. ♦

I hvert nummer skiftes seks kommentatorer til at forholde sig til et aktuelt sundheds-politisk emne.

Knut Borch-Johnsen, vicedirektør
Sarah Chehri, stud.med.
Anne Mette Dons, speciallæge
Søren Lunde, afdelingslæge
Jacob Steinmetz, overlæge
Lene Therkelsen, i h-udd. i almen medicin

Har du en kommentar til dette indlæg?
Gå ind på Ugeskriftet.dk → Seneste nummer
→ De seks og skriv din kommentar.



Igen i år får mange læger udbetalt bonus

Får du bonus?

Du kan få bonus, hvis du er **forsikringstager hos Tryg**, fx gennem Lægeforeningen. Så er du nemlig medlem af TryghedsGruppen, som har besluttet, at der i år skal udbetales **bonus til medlemmer med bopæl i Danmark**. Du får direkte besked med posten, hvis du får bonus.

Hvilken bonus?

Det er **TryghedsGruppen**, der udbetaler bonus. Bonussen svarer til **8% af det, du i alt betalte for dine forsikringer hos Tryg** for år 2016. Du får bonussen direkte ind på din NemKonto den 12. september 2017.

Hvem er Trygheds- Gruppen?

TryghedsGruppen er **hovedejer af Tryg** og står bag TrygFonden. Det er et **demokratisk ledet selskab** med et medlemsvalgt repræsentantskab i spidsen. Du kan som kunde hos Tryg selv stille op som repræsentant eller stemme på en kandidat, når der er valg i din region.

Læs mere på tryghedsgruppen.dk/bonus



**Trygheds
gruppen**

ELIQUIS

Behandling af atrieflimren, AF



¹Granger VB et al. N Engl. J Med. 2011; 365:981-992

Se produktresumé s. 549

Terapeutiske indikationer: Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter ved elektiv hofte- eller knæalloplastik (kun for Eliquis® (Apixaban) 2,5 mg). Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAf) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse II). Behandling af dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) samt forebyggelse af recidiverende DVT og LE hos voksne (for begge styrker).

Eliquis
Apixaban