

LÆGE MAGASINET

MAGASIN FOR PRAKTISERENDE LÆGER og SPECIALLÆGER

Nr. 4 september 2015

29. årgang

ISSN Nr. 0902-1787



www.laegemagasinet.dk



LÆS INDE I BLADET



Også mangel på praktiserende læger i større byer

AF VIDENSKABSJOURNALIST GORDON VAHLE



Sammendrag Holbæk
Kardiovaskulært symposium

AF PROFESSOR OVERLÆGE DR.MED. HANS IBSEN



Uredelighed og 'dishonesty'

AF OVERLÆGE, DR.MED. THORKILD I.A. SØRENSEN



Akne-ar på hud og sjæl

AF LÆGE, PH.D. IBEN MARIE MILLER

Få en besked i din indbakke når magasinet er tilgængeligt elektronisk.

Send din e-mailadresse til hs@scanpublisher.dk

Ansvarshavende:

Adm. direktør Tina Brage Vabø

Journalist:Gordon Vahle
gordon@sciencejournalist.dk**Redaktionen:**

Cand polit. John Vabø (redaktør)

Speciallæge dr. med.,
Jette IngerslevSpeciallæge i gynækologi,
Christine FeldingProfessor, overlæge dr. med.,
Hans Ibsen

Artikler, pressemeddelelser, produkt-informationer m.v. modtages på e-mail: tbv@scanpublisher.dk, og skal være redaktionen i hænde senest 3 uger før udgivelsestidspunktet. Illustrationer, fotos mv. skal leveres som originalmateriale eller elektronisk som PDF, JPG. Citat tilladt med kildeangivelse.

Annoncer:Adriana Radaic
ar@scanpublisher.dk**Abonnement:**6 udgaver (incl. moms):
Kr. 225,-

Adresseændringer m.v. bedes mailet til Hanne Solberg på hs@scanpublisher.dk. Ved henvendelse bedes abonnementsnummer oplyst (otte cifre, påtrykt bag på magasinet).

e-mail:abonnement@scanpublisher.dk

Redaktionens og udgivers adresse:

SCANPUBLISHER A/S

Forlaget John Vabø A/S

Emiliekildevej 35,
2930 Klampenborg

Tlf.: 39 90 80 00

Fax: 39 90 82 80

www.scanpublisher.dk

ISSN Nr. 0902-1784

Layout og tryk:

Scanprint a/s

INDHOLD 4/2015

Også mangel på praktiserende læger i større byer <small>AF VIDENSKABSJOURNALIST GORDON VAHLE</small>	4
Uhelbredeligt syge får støtte til at dø i eget hjem	6
Individualiseret anti-hypertensiv behandling – En realitet eller en drøm <small>AF OVERLÆGE OG PROFESSOR MICHAEL HECHT OLSEN</small>	8
Ny indsigt i "terapieresistent" hypertension <small>AF PROFESSOR DR.MED., BOYE L JENSEN</small>	10
Uredelighed og 'dishonesty' <small>AF OVERLÆGE, DR.MED. THORKILD I.A. SØRENSEN, INSTITUTLEDER OG PROFESSOR I METABOLISK OG KLINISK EPIDEMIOLOGI</small>	14
Akne-ar på hud og sjæl <small>AF LÆGE, PH.D. IBEN MARIE MILLER</small>	16
Nye metoder får patienterne væk fra gangene	20
Har planter en nervevævs lignende funktion og måske et "centralnerve" lignende system? <small>AF SPECIALLÆGE JENS V. BRUUN</small>	22
Nyt fra gynækologifronten <small>AF GYNÆKOLOG CHRISTINE FELDING</small>	25

HOLBÆK KARDIOVASKULÆRT SYMPOSIUM 29. MAJ 2015

I lighed med tidligere år afholdt Medicinsk Afdeling, Holbæk sygehus et symposium 29. maj omhandlende kardiovaskulære sygdommes patogenese, behandling og forebyggelse.

Sammen med afdelingsledelsen havde jeg den store fornøjelse at sammensætte programmet. Indlægsholderne var bedt om at fokusere på emnet "Mine vigtigste

forskningsresultater – hvor vil det bære forskningen hen i de kommende år?" – Opgaven blev løst på strålende vis!

Det er en glæde at Lægemagasinet har tilbudt at lægge spaltepads til sammenlægning af foredragene. Indholdet vil spænde bredt, og selvom der også er basale og fysiologiske aspekter, vil de altid ende med kliniske praktiske konklusioner – hvor

bærer det os hen? Mit håb er, at det vil interessere alle læsere med lidt videnskabelig nysgerrighed!

Indlæggene vil blive spredt over de kommende numre af Lægemagasinet. En tak til Lægemagasinet's redaktion for at ville hjælpe med at formidle denne viden.

Hans Ibsen, Professor, Dr. Med.

OGSÅ MANGEL PÅ PRAKTISERENDE LÆGER I STØRRE BYER



AF VIDENSKABSJOURNALIST
GORDON VAHLE

Det kom som noget af et chok for såvel de praktiserende læger som for regionen, da der i sommer blev indkaldt til 'krisemøde' eller 'orienteringsmøde' – alt efter, hvem man spørger – i Randers. Årsag: Der bliver snart mangel på praktiserende læger i byen.

Fire læger i byen har varslet opsigelse pr. 1. januar 2016, og normalt ville det ikke have vakt opmærksomhed. Men denne gang fik det Region Midtjylland til at indkalde byens PLO-medlemmer til møde for at orientere om situationen. Der har nemlig ikke vist sig en eneste læge, der er interesseret i at overtage de to praksis, der er tale om, og der var en fare for, at borgere i Randers kunne blive uden læge, hvis de øvrige læger i Randers ikke kunne eller ville overtage patienterne.

»Og det er meget overraskende, at vi nu også mærker en manglende interesse for at drive praksis i en så stor by, der oven i købet ligger tæt på Danmarks næststørste uddannelsessted for læger. Og som ansvarlig myndighed, der har 'forsyningspligten' mente vi, at det var nødvendigt at indkalde lægerne for at orientere, om hvilke muligheder der er,« siger Lasse Guldbrandsen, der er kon-torchef i Økonomi og Analyse i Region Midtjylland.

Lovbestemt procedure

I princippet er der ikke så meget at diskutere, for proceduren i tilfælde af, at praksis ikke kan sælges, og der ikke er nogen til at varetage behandlingen af de tilknyttede patienter, er lovbestemt og meget klar.

Overenskomsten foreskriver, at de praktiserende læger skal varsle, at de ønsker at stoppe, senest et halvt år før. Hvis ikke der er en aftale om salg og praksis videreførelse tre måneder efter dette varsel, skal praksislægerne bekræfte, at de ikke ønsker at forsætte, og ydernumrene overgår så til regionen.

»Vi har således ofte kun tre måneder til at sikre, at de borgere, der er tilknyttet de pågældende læger, fortsat har et tilbud om almen lægehjælp i nærheden af deres bopæl. Det er ikke ret lang tid,

og derfor vil vi gerne være på forkant og indkaldte PLO-lægerne for at orientere om forholdene og se, om vi i fællesskab kunne finde en løsning,« oplyser Lasse Guldbrandsen, der ville ønske, at regionerne havde mere tid til at handle.

Der er meget, der skal falde på plads i Randers i de tre sidste måneder af 2015. Hvis ikke praksis afhændes på normale vilkår til andre læger, bliver praksis sendt i udbud. Loven siger, at regionen skal forsøge at få private aktører til at overtage lægebetjeningen, inden regionen selv går ind og etablerer klinikker. Regionerne vil sende udbud sideordnet til PLO-medlemmer og til private aktører, men regionen vil vælge praktiserende læger, hvis det er muligt. Hvis ingen er interesseret i at byde ind, bliver Region-nen nødt til at oprette egne klinikker.

Markedsføring af almen praksis

Regionsklinikker bliver nok ikke nødvendige i denne omgang. Men det undrer stadig, at interessen for at drive praksis i Randers er så lille. Formanden for lægerne i Randers, Bruno Madsen, fortæller til de lokale medier, at der er et godt samarbejds-klima i byen, og at lægerne støtter op om hinanden. Men mange læger er i forvejen hængt meget op, og selv om pensionsalderen er steget betragteligt, så nærmer tiden sig for tilbagetrækning for mange praktiserende læger, ikke bare i Randers men i hele landet.

»I princippet har vi ikke lægemangel i Danmark. Men vi har en skæv fordeling mellem land og by i forhold til det behov for behandling, som borgerne har disse steder. Det er ingen hemmelighed, at det er vanskeligt at få nyuddannede og yngre læger til at nedsætte sig uden for Århus, men at det skulle være vanskeligt i Randers, undrer alligevel,« mener Lasse Guldbrandsen.

Det bliver ikke sidste gang, at der opstår akut mangel på praktiserende læger i byer, hvor det hidtil ikke har været tilfældet. Der er flere årsager til, at praksislivet er knap så attraktivt, og at det er

NYE PRAKSISFORMER M.M.

Lægemagasinet vil gerne fortælle om praksis, hvor mulighederne for mere fleksible arbejdsformer bliver afprøvet. Hvis du har gode eksempler, eller helt andre ideer til ikke-faglige emner, du ønsker behandlet på denne plads i bladet, er du meget velkommen til at kontakte os – enten til redaktionen eller direkte til Gordon Vahle på gordon@sciencejournalist.dk.

blevet svært at afsætte selv veldrevne praksis med et godt patientgrundlag. Det skyldes blandt andet, at mange yngre læger prioriterer anderledes. Mange har svært ved at forene børn og familie med et ofte stresset liv som praktiserende læge med egen praksis, hvor meget af tiden går med at drive virksomhed. Især mangel på ægtefællejob eller udsigten til pendling mellem bopæl og

praksis gør, at det er svært at få de yngre læger væk fra Århus.

»Det ville være en fordel, hvis vi kunne afprøve andre former, hvor flere læger går sammen om en praksis. Her kan hver læge måske have færre patienter og mulighed for deltid eller kombinationsstillinger. Vi skal også være bevidste om at markedsføre fordelene ved at være praktiserende – ikke bare

over for de yngre læger, men allerede i studietiden på universitetet,« påpeger Lasse Guldbrandsen og tilføjer, at Region Midtjylland i øjeblikket sammen med Århus Universitet har henlagt nogle uger af 10. semester på medicinstudiet til Holstebro, og at den arbejder med 'feriepraktik' i almen praksis på et tidligt tidspunkt i uddannelsesforløbet.

PRESSENYT

UHELBREDELIGT SYGE FÅR STØTTE TIL AT DØ I EGET HJEM

Fire kommuner modtager nu 13 mio. kr. til projekter, der skal styrke den palliative indsats, så uhelbredeligt syge kan dø i eget hjem. Alt for mange syge borgere dør nemlig på sygehuset, selvom de helst vil dø hjemme.

Som døende kan det have stor betydning, at den sidste tid tilbringes hjemme i trygge rammer frem for i fremmede omgivelser på en hospitalsstue.

Derfor får en række kommuner nu mulighed for at styrke den palliative indsats, så de borgere, der kunne ønske det, får bedre muligheder for at dø hjemme.

Flere undersøgelser peger nemlig på, at mennesker med uhelbredelig sygdom dør på sygehus, selvom de ønsker at dø i eget hjem. Det kan bl.a. skyldes, at man ikke tids nok får afklaret den syges ønsker til den sidste tid, og at man mangler kompetencer til at sikre en ordentlig faglig behandlingskvalitet i den syges hjem.

Det skal en række kommunale projekter nu medvirke til ændre på, og for sundheds- og ældreminister Sophie Løhde er det positivt, at mennesker med uhelbredelige sygdomme får bedre muligheder for at dø i eget hjem, hvis de ønsker det:

»For den døende kan det have stor betydning, at den sidste tid bliver tilbragt hjemme i velkendte omgivelser sammen med familien. Det giver tryk og kan føles mere værdigt for den enkelte og for de familiemedlemmer, som må tage afsked med en mor, far, bror eller søster. Det er derfor positivt, at en række kommuner nu kan styrke

den palliative indsats, så flere uhelbredeligt syge kan tage afsked med livet, der hvor de føler sig mest trygge», siger Sophie Løhde.

I alt modtager Varde, Svendborg, Aarhus og Roskilde Kommuner 13,3 mio. kr. til forskellige projekter, der alle giver bedre muligheder for, at døende, der måtte ønske det, kan være i hjemmet den sidste tid.

I Varde Kommune vil man bl.a. give et palliativt uddannelsesforløb for alment praktiserende læger, så de er bedre rustet til at hjælpe døende patienter den sidste tid. Her er målgruppen bl.a. borgere med sygdomme som kræft, KOL, diabetes og hjertesygdomme.

I Aarhus Kommune er der særligt fokus på at sætte ind med en tidlig indsats og bedre det tværfaglige samarbejde de enkelte sektorer imellem.

Udmøntningen af puljen 'En værdig død' sker på grund af satspuljeaftalen for 2015-2018, hvor den tidligere regering, Venstre, Dansk Folkeparti, SF, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti blev enige om at sætte penge af til at give flere patienter et bedre forløb i de sidste dage af deres liv.

Formålet med puljen er bl.a. at fremme en tidlig afklaring og forventningsafstemme, hvor den enkelte borger med livstruende sygdom ønsker at opholde sig og dø. Og udvikle og optimere behandlings- og helhedsorienterede indsatser, der understøtter, at de rette kompetencer er til stede for den syge og dennes pårørende.

Målet er, at de fire kommuners erfaringer og viden skal danne baggrund for generelle anbefalinger til, hvordan landets øvrige kommuner kan styrke den palliative indsats.

FAKTA OM DE STØTTEDE PROJEKTER I KOMMUNERNE:

- Varde Kommune får ca. 3,9 mio. kr. til projektet 'En værdig død'.
- Svendborg Kommune får ca. 2 mio. kr. til projektet 'Min sidste tid'.
- Aarhus Kommune får ca. 3,9 mio. kr. til projektet 'Sammenhængende palliativ indsats i Aarhus Kommune – et tværsektorielt samarbejde'.
- Roskilde Kommune får ca. 3,3 mio. kr. til projektet 'Man kan dø hjemme – i trygge rammer'.

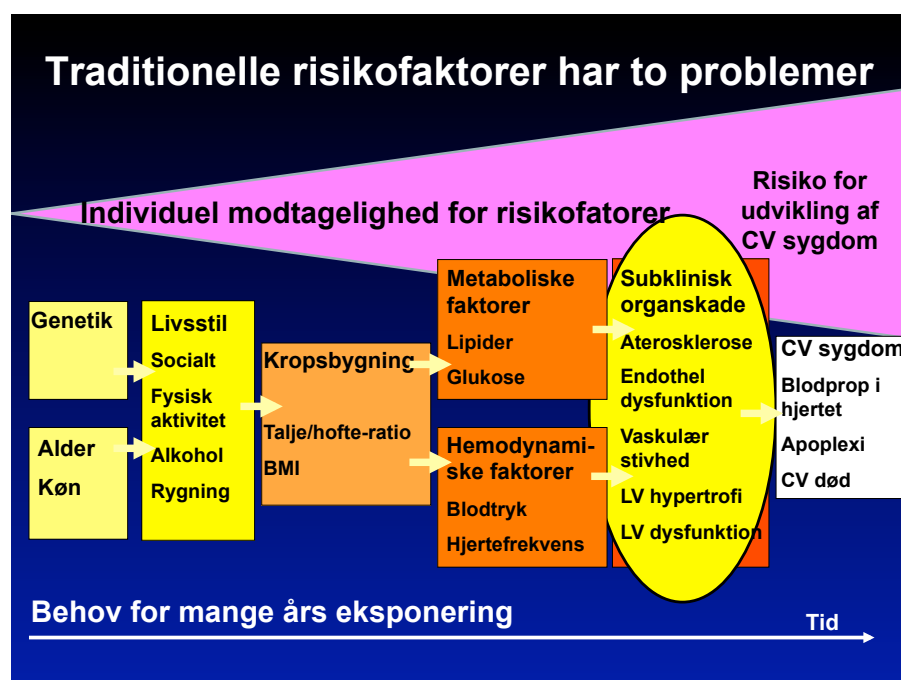
INDIVIDUALISERET ANTI-HYPERTENSIV BEHANDLING – EN REALITET ELLER EN DRØM

AF OVERLÆGE OG PROFESSOR
MICHAEL HECHT OLSEN,
DEN KARDIOVASKULÆRE OG
METABOLISKE FOREBYGGELSESKLINIK,
ENDOKRINOLOGISK AFDELING, OUH

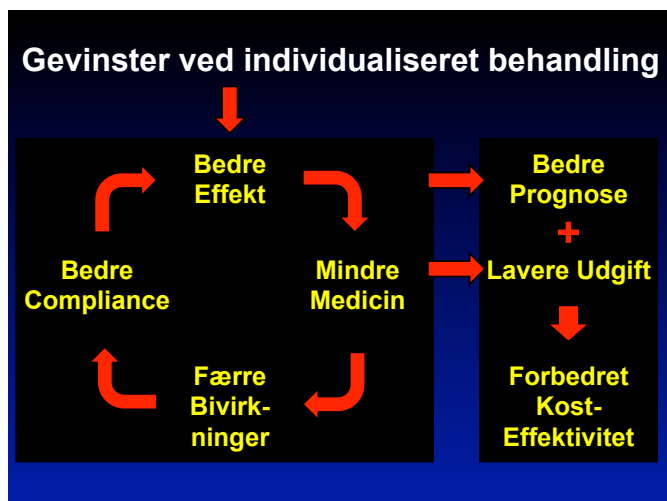
Hjertekarsygdom er på trods af både forbedret forebyggelse og behandling den hyppigste dødsårsag på verdensplan og næst hyppigste dødsårsag i Danmark kun overgået af kræft. Hjertekarsygdom skyldes oftest forhøjede risikofaktorer, hvoraf forhøjet blodtryk er den vigtigste pga. dets store udbredelse. Ikke desto mindre har vi stadig svært ved at behandle et evt. forhøjet blodtryk tilstrækkeligt og ligeledes svært ved at forhindre udvikling af hjertekarsygdom hos mange patienter. Dette skyldes blandt andet, at vi stadig ikke helt har forstået mekanismerne bag udvikling af hjertekarsygdom hos den enkelte

patient og derfor hverken kan forudsige den enkelte persons risiko for at udvikle hjertekarsygdom eller effekten af behandling hos den enkelte person med særlig god præcision. Der er med andre ord en betydelig individuel forskel i modtagelighed for risikofaktorenes skadelige effekter. Denne individuelle modtagelighed kan muligvis estimeres ved måling af asymptomatisk (subklinisk) organskade, hvilket kan benyttes i en mere individualiseret forebyggelses- og behandlingsstrategi. Rent teoretisk ville en mere individualiseret og mere målrettet forebyggelse og behandling føre til en bedre behandlingseffekt og dermed reduceret medicinbehov, færre bivirkninger og bedre patient compliance. Dette vil igen forbedre prognosen trods lavere udgifter og derved øge kost-effektiviteten betydeligt.

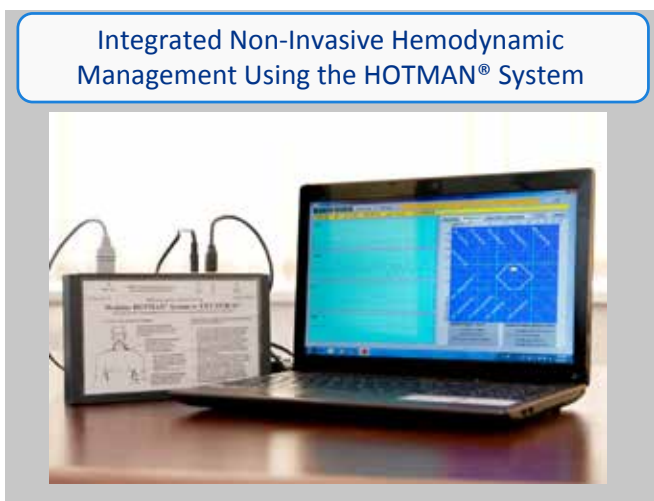
Individualiseret forebyggelse vil potentielt identificere ekstra personer i høj risiko for udvikling af hjertekarsygdom hos hvem, man kan reducere traditionelle risikofaktorer (hvis let forhøjede), og/eller starte specifik behandling målrettet den påviste subkliniske organskade (ikke testet endnu). Vi har vist, at relativt simple mål for subklinisk organskade så som let forøget urin albumin/kreatinin ratio eller aterosklerotiske plaques i halspulsåren påvist med ultralyd reklassificerede 242 personer ud af 1040 raske personer med moderat risiko for udvikling af hjertekarsygdom ifølge SCORE (10 års risiko for hjertekardød på 1-5%) til høj risiko, hvoraf 40 udviklede alvorlig hjertekarsygdom (1). Blandt de 242 reklassificerede personer havde 53% ubehandlet hyperkolesterolæmi (>5,5 mmol/L), 13% ubehandlet hypertension (≥140/90 mmHg), 18% både og, og 16% ingen af delene. Baseret på tidligere placebo-kontrollerede studier ville en evt. primær forebyggelse med



Figur 1: Sammenhængen mellem traditionelle risikofaktorer for hjertekarsygdom og senere udvikling af hjertekarsygdom er velundersøgt epidemiologisk, men udviklingen tager mange år og den enkelte persons modtagelighed for risikofaktorenes skadelige effekter varierer betydeligt, hvilket muligvis kan estimeres ved måling af asymptomatisk (subklinisk) organskade, som menes at opstå umiddelbart før den symptomatiske (kliniske) organskade.



Figur 2: En mere individualiseret og mere målrettet forebyggelse og behandling vil rent teoretisk føre til en bedre behandlingseffekt og dermed reduceret medicinbehov, færre bivirkninger og bedre patient compliance, som vil forbedre prognosen trods lavere udgifter og derved øge kost-effektiviteten betydeligt.



Figur 3: HOTMAN® System er et eksempel på et brugervenligt udstyr, som vha. slagvolumen og systemisk karmodstand målt vha. impedans, blodtryk og hjertefrekvens målt på traditionel vis samt et software program, Integrated Non-Invasive Hemodynamic Management, estimerer den enkelte persons hæmodynamiske balance samt foreslår type af antihypertensiv behandling.

blodtryks- og kolesterolsænkende behandling reducere den relative risiko for hjertekarsygdom med ca. 24%, hvilket svarer til at forhindre ca. 10 tilfælde af alvorlig hjertekarsygdom (24% af 40) ved at behandle 242 raske personer fundet ved at screene 1040 raske personer med moderat risiko. Dette meget positive resultat bør testes i et randomiseret prospektivt studie.

Individualiseret blodtryksænkende behandling kan blandt andet være baseret på at identificere patienter, som ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen eller på at målrette behandlingen bedre. Vi har vist, at subklinisk organskade påvist under blodtryksænkende behandling kan identificere patienter med fortsat øget risiko for at udvikle hjertesygdom på trods af behandlingen (2), hvilket tyder på, at patienterne i en eller anden grad er non-responderer. En del af disse patienter har muligvis ikke taget deres medicin som ordineret og kan derfor tænkes at ændre adfærd i positiv retning, hvis man kan vise, at den asymptomatiske organskade ikke er aftaget (forbedret patient compliance). Endvidere er det nærliggende, at forsøge at intensivere behandling af de traditionelle risikofaktorer for udvikling af hjertekarsygdom og evt. sætte lavere mål, men der findes endnu ikke evidens for denne strategi.

Man kan ligeledes individualisere den blodtryksænkende behandling ved at

rette den mod en specifik hæmodynamisk ubalance, som kan vurderes ved at estimere de enkelte elementer af nedenstående formel:

$$BT = SV \times HR \times SVR$$

SV: Slagvolumen (bestemt af preload),
HR: Hjertefrekvens, SVR: Systemisk karmodstand

Dette kan blandt gøres med HOTMAN® System, som vha. blodtryk og impedans målinger og programmet Integrated Non-Invasive Hemodynamic Management beregner dem alle. I teorien vil en blodtryksænkende behandling rettet mod en given hæmodynamisk ubalance som f.eks. diuretika til overhydrerede patienter (øget SV) og vasodilatorer til vasokonstriktoriske patienter (øget SVR) virke bedre og give færre bivirkninger med øget patient compliance til følge (BEATY submitted).

Samlet må man derfor konkludere at:

1. Subklinisk organskade kan identificere personer med tilsyneladende moderat risiko for udvikling af hjertesygdom, som vil have gavn af forebyggende behandling.
2. Ændringer i subklinisk organskade under behandling har selvstændig prognostisk betydning, men vi mangler evidens for brugen af disse parametre som behandlingsmål

3. Individualiseret behandling baseret på hæmodynamisk ubalance er lovende, men ikke evidensbaseret endnu

Derfor er individualiseret forebyggelse og behandling ikke bare en drøm, men det er heller ikke en realitet endnu.

Referencer

1. Greve SV, Blicher MK, Sehested T, Gram-Kampmann EM, Rasmussen S, Vishram JK, Olsen MH. Effective risk stratification in patients with moderate cardiovascular risk using albuminuria and atherosclerotic plaques in the carotid arteries. *J Hypertens.* 2015; 33:1563-7.
2. Olsen MH, Wachtell K, Ibsen H, Lindholm LH, Kjeldsen SE, Omvik P, Nieminen MS, Dahlöf B, Okin PM, Devereux RB. Changes in subclinical organ damage versus Framingham risk score for assessing cardiovascular risk reduction during continued antihypertensive treatment. *A LIFE Sstudy.* *J Hypertens.* 2011;29(5):997-1004.

NY INDSIGT I "TERAPI-RESISTENT" HYPERTENSION

– kaliumbesparende diuretika skal bruges noget mere!



AF PROFESSOR DR. MED., BOYE L. JENSEN, INSTITUT FOR MOLEKYLÆR MEDICIN, SYDDANSK UNIVERSITET OG URINVEJSKIRURGISK AFDELING, ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL

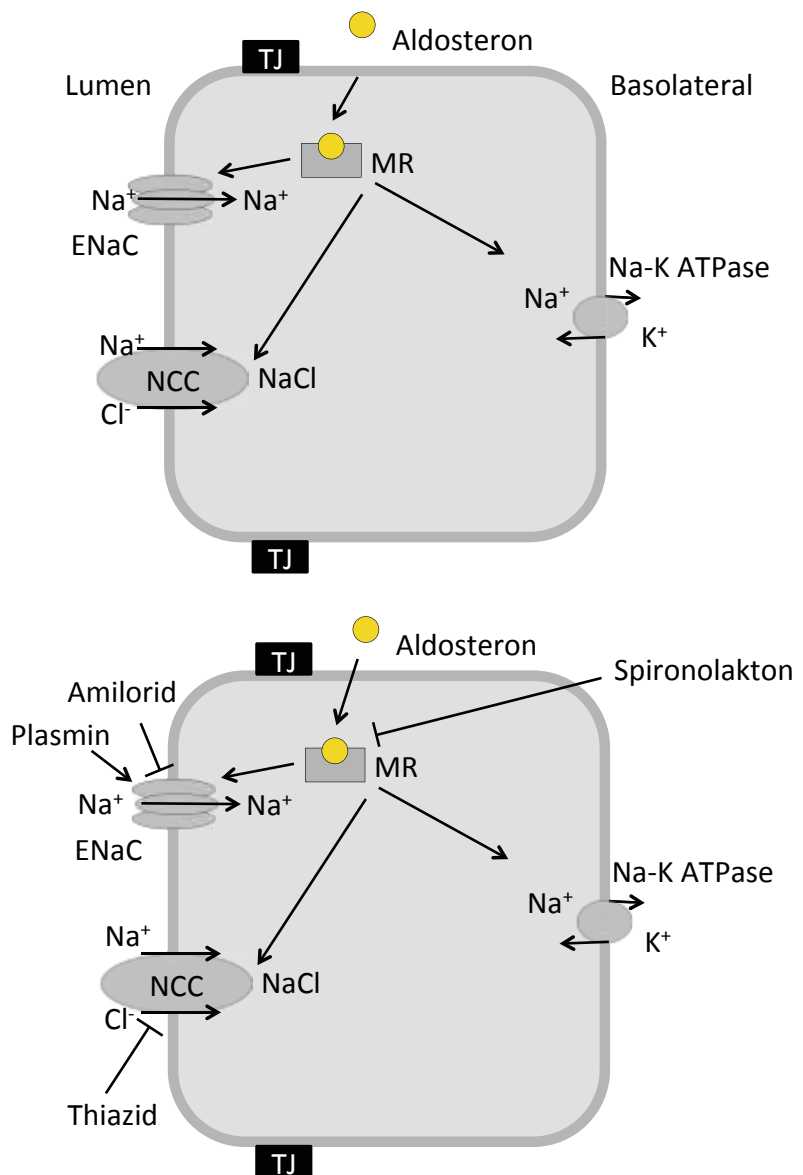
Svært behandelbar eller *resistent* hypertension er en terapeutisk udfordring. Når blodtrykket ikke falder, trods nøje udredning for sekundære årsager og flerstofbehandling, har patienten øget kardiovaskulær risiko. Store befolkningsundersøgelser har vist, at bl.a. diabetikere sjældent når behandlingsmålene for blodtrykskontrol, selvom det er absolut afgørende for at beskytte effektivt mod hjerte-karsygdom og opretholde nyrefunktion. En dansk undersøgelse viste, at tillæg af spironolakton til eksisterende, men insufficient, ACEi eller ARB samt diuretikum og betablokker eller calcium kanalblokker hos type 2 diabetespatienter med resistent hypertension medførte et ca 10 mmHg signifikant blodtryksfald og dermed betydelig risikoreduktion og opnåelse af behandlingsmål hos de fleste (1). Spironolakton er et svagt diuretikum i klassen af K⁺-besparende diuretika. Spironolakton blokerer aldosterons receptor, mineralokortikoidreceptoren (MR). Udover den blodtryksænkende virkning har spironolakton gavnlige effekter på "target organ fibrose", især i blodkar og hjerte.

Hvad er den patofysiologiske mekanisme bag spironolaktons udtalte virkning? Spironolakton modvirker aldosterons effekt på nyrenes epitel. Aldosteron stimulerer nyrene til natriumretention. Både apikale og basolaterale natriumtransportproteiner i nyrenes distale nefrondele og i samlerør stimuleres af aldosteron. Det drejer sig om den thiazid-følsomme salttransporter, NCC, i distale konvolute tubuli og den konduktive natriumkanal, ENaC, i samlerørene. Aldosteron stimulerer også epitelets natrium-kalium ATPase, der transporterer natrium fra cellen over epitelet tilbage til ekstracellulærvæsken, mens kalium akkumuleres i epitelet, hvilket muliggør reguleret udskillelse til urinen. Tilsammen

regulerer disse transportproteiner 5-10% af den filtrerede mængde natrium.

Spironolakton medfører øget renal natrium- og væskeudskillelse samt kaliumretention. Typisk er der ikke øget koncentration af aldosteron i blodet hos hypertonicere eller øget mængde ENaC kanaler i nyrene. Hvad er så årsagen til virkningen? Nye observationer har vist en mekanisme, der kobler beskadiget filtrationsbarriere i nyrene med klinisk målbar albuminuri til aktivering af ENaC og nedsat saltudskillelse. Der er dermed en ny testbar forklaring på det velkendte tidsmæssige sammenfald af albuminuri og hypertension hos feks. diabetespatienter, som prædikerer at der også er en årsagssammenhæng. Albuminudskillelse er en stærk prædikator for nedgang i nyrefunktion og for kardiovaskulær sygdom og død. En række observationer har vist, at albuminuri er associeret med at blodtrykket er mere "saltfølsomt", hvilket betyder at der er en positiv sammenhæng mellem mængden af salt (NaCl) der indtages med kosten og blodtrykkets højde. I undersøgelser med kontrolleret saltindtag er det vist, at albuminuri også er associeret med lavere niveau af renin-angiotensin-aldosteron systemet (RAAS) og at atrialt natriuretisk peptid (ANP) er forhøjet. Ligeledes er der påvist en øget mængde mobiliserbart natrium i organismen i f.eks. diabetisk nefropati. Disse uafhængige observationer er tilsammen forenelige med et øget ekstracellulært volumen gennem en primær renal tilbageholdelse af salt, NaCl, ved albuminuri. Hvad er genesen bag primær renal tilbageholdelse af salt? Kun meget få patienter lider af genmutationer der øger funktionen af salttransportproteiner eller af aldosteron. Vore egne eksperimentelle undersøgelser i den ekstreme variant af proteinuri, nefrotisk syndrom, viste, at sygdommen følges af ødem

(ascites) og markant renal tilbageholdelse af salt og vand med suppression af RAAS (2). Det akutte nefrotiske ødem hos patienter og i rottemodeller er ofte resistent overfor hæmning af RAAS og indgift af loopdiuretika som furosemid. Et gennembrud kom, da det blev vist, at eksperimentelle nefrotiske ødemer i dyr kunne modvirkes med det K-sparende diuretikum amilorid, en direkte blokker af ENaC, der virker fra lumensiden. I børn med *minimal change* nefrose kunne det vises, at amilorid var mere effektivt end furosemid i et lille åbent studium. Normalt er ENaC stimuleret af aldosteron i tilstande med aktiveret RAAS. Men i eksperimentelt nefrotisk syndrom var aldosteron supprimeret og ENaC mængden var omtrent uændret (2). Denne tilstand tydede på, at ENaC var "overaktiv", som den primære patofysiologiske begivenhed i ødemdannelsen. Spørgsmålet kunne derfor reduceres til hvilken mekanisme der betinger markant øget salttransport via ENaC i nefrotisk syndrom med samme mængde af transportprotein og tilsyneladende paradoks suppression af normale hormonelle stimuli? Svaret på dette var fund af en ny enzymatisk mekanisme for aktivering af ENaC. Den del af kanalen der vender ud i tubuluslumen på "urinsiden", er substrat for proteolytisk kløvning. Kløvningen fjerner et lille peptid, der virker som prop i kanalen, der herefter leder natrium ioner langt bedre. Der er nu identificeret celleassocierede endogene proteaser, der medierer kløvning ved høj aktivitet af aldosteron, en normal fysiologisk mekanisme. På baggrund af observationen opstod den ide, at i tilstande med proteinuri kunne der forekomme ENaC-aktiverende proteaser i urinen, der normalt ikke optræder der. De kunne betinge markant øget aktivering af ENaC med samme mængde kanaler.



Den renale virkningsmekanisme for diuretika af thiazidgruppen og de kaliumbesparende amilorid og spironolakton ved normalfysiologi og hypertension med albuminuri. Pile angiver stimulering, mens tværgående streg illustrerer hæmning. Øverste tegning illustrerer en skematisk nyre-epitelcelle med tubulusvæske/præurin på den apikale, venstre side og ekstracellulærrommet/basolateralsiden til højre. TJ er "tight junctions" der holder cellerne tæt sammen og adskiller de 2 væskerum. Under fysiologiske omstændigheder (øverst) stimulerer aldosteron afhængig af organismens saltstatus ENaC og NCC, der findes i hhv samlerørsceller og distal konvolut tubulus og medierer tilsammen reabsorption af Na og Cl ioner. Na-K ATPasen transporterer natrium til ekstracellulærrommet og kalium ind i cellen. Den nederste skitse illustrerer patologiske omstændigheder med albuminuri og hypertension. Ved albuminuri ses der proteolytisk aktivering af ENaC kanalen og natriumretention. Det kan modvirkes med amilorid. Thiazid hæmmer NCC og virker additivt med amilorid på natriumekskretionen. Amilorid og thiazid virker via lumensiden. Spironolakton blokerer aldosterons receptor, mineralokortikoidreceptoren, MR og virker fra basolateralsiden. Alle 3 salttransportmekanismer afsvækkes med spironolakton.

Ideen fandt eksperimentel støtte i, at patologisk urin fra patienter med proteinuri aktiverede amilorid-følsom strøm i dyrkede celler og at urinen indeholdt proteolytisk aktivitet, der kunne varmeinaktiveres og blokeres med serinproteasehæmmere som aprotinin. Vi kunne identificere den dominerende protease i patologisk urin som det fibronolytiske enzym plasmin (2-4). Plasmin cirkulerer som det inaktive plasminogen, der aktiveres ved binding til celleoverflader og medierer nedbrydning af fibrin. Normal urin indeholder minimale mængder af plasminogen, mens urin fra patienter med nefrotisk syndrom, diabetisk nefropati og præeklampsi på tværs af sygdom alle har signifikante mængder af plasmin i urin. Urin med plasmin har evne til at aktivere ENaC *in vitro*. Der er en positiv korrelation mellem urin albumin og plasminogen, hvilket støtter, at plasminogen undslipper til urinen via abnorm filtrering. Og hvad så – spiller det nogen rolle hos hypertensionspatienter? Type 2 diabetespatienter med resistent hypertension udskiller også plasmin, selv i mikroalbuminuri-range. Urin fra patienterne kan aktivere ENaC (4). Hvis ENaC er aktiv skulle ENaC blokeren amilorid virke særligt godt. Faktisk responderer patienterne på amilorid med samme blodryksfald som på spironolakton (3, 4). Det er tidligere vist hos behandlingsresistente hypertonicere, at de responderer særdeles

godt på amilorid/thiazid i kombination, når de ved behandlingsstart har en lav plasma renin koncentration (5). Denne observation støtter, at der kunne være en sammenhæng med overaktiv ENaC. Endelig er det vist i afro-amerikanske patienter med behandlingsresistent hypertension, at amilorid sænker blodtrykket signifikant og endda additivt med spironolakton-helt op til 15 mmHg – trods forudgående behandling med mindst 2 antihypertensiva (6). Afro-amerikanere har stor hyppighed af salt-følsom hypertension. Tilsammen tyder foreliggende data på, at brug af lægemidler rettet mod ENaC er velbegrunder hos patienter med terapieresistent hypertension og albuminuri/proteinuri. Endda foreligger der nu tidlige data, der måske kan forklare mekanismen og dermed flytte brugen fra ren empiri til begrundet i mekanistisk indsigt. Måske kan brug af plasma reninkoncentration bruges til at guide behandling. Lavt niveau prædikterer respons. Fundene og hypotesen skal bekræftes i større undersøgelser, men tilsammen tyder data på, at spironolakton og amilorid kan bruges som tillæg – ved særdeles nøje observation af plasma K⁺-koncentrationen og nyrefunktion – til patienter med resistent hypertension med/uden albuminuri. Amilorid er afregistreret herhjemme og kun markedsført i kombinationspræparater. Amilorid burde atter være tilgængeligt i ren form.

Referencer

1. Oxlund CS, Henriksen JE, Tarnow L, Schousboe K, Gram J, Jacobsen IA. Low dose spironolactone reduces blood pressure in patients with resistant hypertension and type 2 diabetes mellitus: a double blind randomized clinical trial. *J Hypertens*. 2013 Oct;31(10):2094-102
2. Svenningsen P, Bistrup C, Friis UG, Bertog M, Haerteis S, Krueger B, Stubbe J, Jensen ON, Thiesson HC, Uhrenholt TR, Jespersen B, Jensen BL, Korbmacher C, Skøtt O. Plasmin in nephrotic urine activates the epithelial sodium channel. *J Am Soc Nephrol*. 2009 Feb;20(2):299-310
3. Oxlund CS, Buhl KB, Jacobsen IA, Hansen MR, Gram J, Henriksen JE, Schousboe K, Tarnow L, Jensen BL. Amiloride lowers blood pressure and attenuates urine plasminogen activation in patients with treatment-resistant hypertension. *J Am Soc Hypertens*. 2014
4. Buhl KB, Oxlund CS, Friis UG, Svenningsen P, Bistrup C, Jacobsen IA, Jensen BL. Plasmin in urine from patients with type 2 diabetes and treatment-resistant hypertension activates ENaC *in vitro*. *J Hypertens*. 2014 Aug;32(8):1672-7
5. Eide, I. K., Torjesen, P. A., Drolsum, A., Babovic, A. & Lilledahl, N. P. Low-renin status in therapy-resistant hypertension: a clue to efficient treatment. *J Hypertens* 22, 2217-2226 (2004).
6. Saha C, Eckert GJ, Ambrosius WT, Chun TY, Wagner MA, Zhao Q, Pratt JH. Improvement in blood pressure with inhibition of the epithelial sodium channel in blacks with hypertension. *Hypertension*. 2005 Sep;46(3):481-7.

UREDELIGHED OG 'DISHONESTY'

En dom for videnskabelig uredelighed internationalt forstået som 'dishonesty' gør forskeren fredløs for altid i det internationale videnskabelige samfund!

AF OVERLÆGE, DR.MED.THORKILD I.A. SØRENSEN, INSTITUTLEDER OG PROFESSOR I METABOLISK OG KLINISK EPIDEMIOLOGI, INSTITUT FOR SYGDOMSFØREBYGGELSE, BISPEBJERG OG FREDERIKSBERG HOSPITAL, REGION H, SAMT NOVO NORDISK FOUNDATION CENTER FOR BASIC METABOLIC RESEARCH, SECTION ON METABOLIC GENETICS, OG INSTITUT FOR FOLKESUNDHEDSVIDENSKAB, DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET, KØBENHAVNS UNIVERSITET

Den nu afsluttede sag om professor Bente Klarlund Pedersens påståede videnskabelige uredelighed afslørede for mig at se flere fundamentale problemer, som gør reglerne for og processerne i UVVU ganske uacceptable i de ellers prisværdige forsøg på at dæmme op for videnskabelig uredelighed. De to centrale spørgsmål er: Hvad er videnskabelig uredelighed, og hvordan skal der reageres på den? Vi kan kun håbe på at den igangsatte udredning af UVVU systemet giver os brugbare løsninger på disse problemer.



Emile Zola: J'Accuse...! Forsiden af L'Aurore d. 13. januar 1898.

Da jeg første gang læste om den påståede uredelighed i professor Bente Klarlund Petersens artikler, slog det mig umiddelbart at UVVU var på vej med en dom, der åbenlyst var helt ude af proportion med de påståede forseelser. En dom for videnskabelig uredelighed, afsagt af et ministerielt organ, oversat til engelsk som 'dishonesty', og udbredt via ministeriets website til den ganske verden, ville være det samme som når en person blev dømt fredløs i de middelalderlige samfund.

Det gav mig den tanke, at der her var behov for et opråb, som det Emile Zola gav med overskriften 'J'accuse' til en stort opsat artikel i et dagblad i den ophedede debat i Frankrig i den berømte Dreyfus affære i 1898. Den franske jødiske officer, Alfred Dreyfus, var blevet offentligt ydmyget med en degradering og dømt til livsvarigt fængsel på Djæveløen ud for Fransk Guyana i Sydamerika for hvad der viste sig at være en falsk påstand om spionage baseret på en fabrikeret diplomatisk note. Zola's artikel blev fulgt af sagens genoptagelse, som endeligt efter flere år endte i en tilbagevisning som justitsmord og fulgtes af fuld rehabilitering af Dreyfus.

Der er skrevet rigtigt meget i mange medier om Bente Klarlund Pedersens sag, og ikke mindst yderst skarpsindigt og kraftfuldt af nyligt afdøde, pensionerede advokat, ekstern lektor, dr.phil., Jens Ravnkilde, som kunne påvise en række juridiske svagheder og brist i dommen og dens præmisser. Jeg har selv bidraget med et par indlæg i dagbladene med udgangspunkt i min umiddelbare tvivl om UVVU's dom, men jeg har også været i tæt og for mig yderst lærerig dialog med Jens Ravnkilde om problemstillingerne, der har overbevist mig om nødvendigheden af en grundlæggende revision af UVVU systemet. Som bekendt anlagde Bente Klarlund Pedersen sag mod UVVU og fik fuldt medhold i Østre Landsret. Forløbet har sammen med andre problematiske UVVU sager fået ministeriet til at igangsætte et yderst velkomment udred-

ningsarbejde med henblik på en revision af UVVU systemet.

For mig at se er det, der står tilbage to helt centrale spørgsmål: Hvad er videnskabelig uredelighed, og hvordan skal der reageres på den? Hvis man vil fastholde muligheden for at dømme en forsker for uredelighed oversat til 'dishonesty', er der for mig at se ingen tvivl om at så skal beviserne være uafviselige og processen frem til en sådan dom må bero på størst mulig retssikkerhed for den anklagede. 'Dishonesty' vil utvivlsomt af alle blive opfattet som regulært svindel i det videnskabelige arbejde, og ikke mindst i publiceringen af de videnskabelige resultater. Uanset argumenterne bag dommen, vil dette i realiteten udelukke forskeren for altid fra det videnskabelige samfund, både nationalt og i udlandet.

Debatten om denne sag har kredset om en afgørende skelnen mellem forsætligt fusk og uforsætligt sjuksk. Anklagen mod Bente Klarlund Pedersen var ikke forsætligt fusk, men påstand om sjuksk grundet uagtsomhed, som af anklageren og UVVU på nogen punkter blev opfattet som så alvorligt sjuksk, at man ville tilskrive det grov uagtsomhed. Sagen kompliceredes yderligere af, at der i brede forskerkredse blev rejst stor tvivl om det påståede sjuksk overhovedet var sjuksk eller blot en anden videnskabelig praksis end UVVU mente man skulle følge, og om det havde nogen som helst betydning for det videnskabelige budskab i artiklerne.

Det nuværende UVVU system gør det muligt at erklære en forsker uredelig for hvad der kaldes grov uagtsomhed, og det var grundlaget for at påstå at Bente Klarlund Pedersen var uredelig. Den mulighed efterlader selvfølgelig den yderst vanskelige men afgørende opgave at skelne mellem uagtsomhed og grov uagtsomhed. Da forskningen meget ofte beror på et samarbejde mellem flere, nogle gange rigtig mange forskere, avler det yderligere det problem at der skal skelnes mellem hvem der har ansvar for hvad i et sådant samarbejde.

Det vil næsten altid være meget vanskeligt, at beskrive konkret, og det var også et yderst problematisk forhold i den aktuelle sag. For mig er der ingen tvivl om, at det er helt urimeligt uden videre at sidestille formodet grov uagtsomhed med svindel, og at kalde begge dele for uredelighed, der medfører at forskeren er 'dishonest' i det videnskabelige samfund.

I min dialog med Jens Ravnkilde kom vi kort før hans død frem til, at der var brug for en juridisk afklaring af en hidtil dårligt belyst kategori af forskeradfærd, som måske i meget sjældne tilfælde ville kunne ligestilles med svindel, nemlig forsætlig grov uagtsomhed. En forsker, der har udført et forskningsarbejde alene eller sammen med andre, beslutter undervejs – måske af tidnød eller utøjlet ambition om at komme ud med resultaterne – at undlade at sikre sig at det hele er i orden, selvom vedkommende godt kunne have sikret sig dette under de givne forhold. Hvis det medfører så alvorlige fejl i de meddelte videnskabelige resultater, at de påvirker konklusionerne, kunne det måske berettiget at kalde det uredeligt.

Kernen i anklagen mod Bente Klarlund Pedersen var nok en påstand om, at hun med forsæt havde undladt at sikre sig at en række specifikke forhold i hendes videnskabelige artikler var i orden, at hun burde have været i stand til at gøre det, og at hun burde have gjort det. Uagtet at det blev tilbagevist i den aktuelle sag, er det oplagt, at hvis denne kategori skal lede til muligheden for at idømme uredelighed vil det stille meget store og måske oftest uoverstigelige krav til bevisførelsen.

For en forsker, der arbejder i en forskergruppe, eventuelt som leder af en sådan gruppe, med mange forskellige delprojekter og videnskabelige artikler på bedding, vil det selvfølgelig være yderst vanskeligt at skelne mellem påstået sjust med forsæt og oversete fejl i den praktisk implementerede arbejds- og ansvarsfordeling. Den er selvfølgelig baseret på tillid til at alle i gruppen hver for sig gør deres arbejde så godt som de kan under de givne forhold. Hvis dette alligevel medfører primært oversete fejl i arbejdet er det selvfølgelig en ledelsesopgave, at rette op på fejlene internt og eksternt når de opdages. Hvis påstået

sjust i en sådan situation skal føre til en dom for uredelighed skal bevisførelsen i mine øjne være af samme karat som ved påstand om svindel.

Vi må håbe på at ministeriets udredningsarbejde vil ende i en afklaring af de to centrale spørgsmål: Hvad er videnskabelig uredelighed, og hvordan skal der reageres på den, og at der på det grundlag kan skabes et nyt UVVU system, der er bedre end det hidtidige. Et fornyet system skal medvirke til at bekæmpe uredelighed, og kun dømme uredelighed, hvor den med sikkerhed er til stede i en form, der kan kaldes 'dishonesty' i det internationale forskersamfund.

Artiklen bringes tillige i BioZoom 3/2015

AKNE-AR PÅ HUD OG SJÆL

Om aknes indflydelse på livskvalitet hos unge i et samfund præget af sociale medier

*"You look disgusting! Eww! Horrible...Gross.... You are so ugly! I can't even look at her! Revolting! Imaging waking up to her every day... Ugly as f*ck!" er blot få af de over 100.000 barske online kommentarer den unge London-baseret blogger modtog, da hun for godt 5 måneder siden modigt valgte at poste afslørende no-make-up selfies på sin beauty blog (www.mypaleskin.blogspot.com). Den tidligere model Emily Ford lider af akne ligesom omkring 80% af unge og yngre voksne i alderen 11-30 år, og har ligesom så mange andre unge kæmpet med dårligt selvværd som følge heraf.*



AF LÆGE, PH.D. IBÉN MARIE MILLER,
DERMATOLOGISK AFDELING,
ROSKILDE SYGEHUS

Akne Vulgaris

Akne Vulgaris udgør omkring 2-5 % af de dermatologiske problemstillinger i almen praksis, og debuterer ofte i puberteten¹. Morfologien spænder bredt fra åbne og lukkede komedoner, papler, pustler, inflammærede noduli, smertefulde cyster til mulig ardannelse alt afhængig af typen og graden af akne^{1,2}. Ætiologien involverer et kompliceret samspil af bl.a. øget talgproduktion, bakterier, hormonelle faktorer og arv^{1,2}. Behandlingsmulighederne omfatter lokal og systemisk antibiotika, anti-androgener samt A-vitamin-derivater³. Gentagne studier har vist, at akne nedsætter livskvaliteten i samme grad som for f.eks. sukkersyge, epilepsi, reumatoid arthritis og astma². Mellem 30%-50% af teenagere med akne oplever en bred vifte af alvorlige akne-betingede psykologiske vanskeligheder som depression, angst, frustration, vrede, social isolation, dysmorf kropsofattelse, dårligt selvværd og sågar selvmords-

forsøg^{2,4}. De psykologiske følger, kan tilmed yderligere forværre akne, hvilket kan skabe en "ond cirkel".

Livskvalitet og Identitet i dag

Em Ford reagerede på de sårende og voldsomme kommentarer om hendes nøgne ansigt med synlige akne-læsioner ved at skabe en lille film, som på blot en uge fik over 9 millioner views: *"I wanted to create a film that showed how social media can set unrealistic expectations on both women and men. One challenge many face today, is that as a society, we're so used to seeing false images of perfection, and comparing ourselves to unrealistic beauty standards."* (www.youtube.com/mypaleskinblog).

I takt med de sociale mediers indpas, indtager det visuelle og dermed udseendet en stadig større plads i unges oplevelse af livskvalitet og identitet. Livskvalitet er et komplekst begreb bl.a.





defineret af The World Health Organization⁵ som "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns". Livskvalitet hænger uløseligt sammen med identitet, og netop søgen efter identitet er særlig vigtig i de unge år, hvor forældrefrigørelse og udforskningen af den selvstændige identitet inklusiv kønsidentitet, gør et ungt menneskes liv sårbart⁶. I 1980'ernes ungdomsidentitetsforskning opstod begrebet ny-narcissisme, som dækkede over de mange nye muligheder unge fik for at dyrke deres eget selv billede i mediernes verden⁶. Identitet bliver i psykologien og sociologien bl.a. beskrevet som en konstant livsproces, der forener individet med det sociale. Konstruktionen af identiteten involverer ifølge nogle teoretikere (Erikson, Goffmann) således både opbygning af en *jeg-identitet* (*back-stage/det private*) og en *social-identitet*

(*front-stage/det offentlige*), hvis værdier begge afhænger af samfundets pågældende kultur (Riesman)⁶.

Em Ford er barn af de sociale mediers omskiftelige samfundskultur. Hun er aktiv på både Facebook, Twitter, YouTube og Instagram. Man taler i dag om en "open source-netværksidentitet", hvor selvscenesættelsen på sociale medier bliver en nødvendig brik i unges identitetsdannelse⁷: "De unge brugere indgår i hinandens selvfremsstilling, og det at have et netværk af værdifulde relationer bliver en vigtig del af selvforståelsen og identitetskonstruktionen. Når unge skriver »Jeg elsker dig« eller »Du er smuk« på tværs af hinandens profiler, er der tale om en måde at bekræfte og blive bekræftet på, som kan være en vigtig del af socialiseringsprocessen som ung", skriver en identitetsforsker⁷. Ifølge sociologen Riesman fremelsker det moderne samfund den såkaldte gruppestyrede socialkarakter, der er et tilpasningsdygtigt menneske, hvis

identitetsopfattelse er stærkt afhængigt af andres anerkendelse og bekræftelse, især blandt jævnaldrende⁶. Netop fordi udseendet har fået en tiltagende større plads i identitetsdannelsen og derved de unges livskvalitet, får hudsygdomme en tilsvarende stor betydning.

Hudens Rolle i Livskvalitet og Identitet

Hudens rolle i identitetsopfattelsen har gennem tiden vakt interesse indenfor flere fagområder – både som et visuelt non-verbalt kommunikativt og et sansende organ^{8,9}. Freud mente, at huden var en del af jeg'et, og fokuserede på hudens taktile egenskaber dvs. de ydre perceptioner via kroppens overflade (huden) blev tillagt betydning i det psykiske liv: "Jeg'et er kropsligt. Den sansende hud udgør en forbindelse til sindet og dermed den kulturelle orden"⁸. Psykoanalytikeren Anzieu videreudviklede konceptet til "the skin ego"⁸. I kunsten verden er kunstoplevelsen blevet beskrevet som værende under indflydelse af hudens sanseindtryk, og huden er blevet sammenlignet med malerens lærred, hvorigennem en person udtrykker sin kunst eller den del af sig selv personen ønsker at fremstille⁸. Huden er en del af den non-verbale kommunikation (udseende, kropssprog, stemme ect.), som udgør 75% af al vores kommunikation⁶. Filosofen Merleau-Pontey's kropsfænomenologi sætter kroppen og huden i fokus som værende grundlaget for den præbevidste non-verbale kommunikation⁸. Udseendet og dermed huden, vores lærred "udadtil", har således altid været essentiel i identitetsdannelsen. Men med de visuelt fokuserede



"I often did my makeup in the dark so that I wouldn't have to see the bumps. When you suffer with acne, it affects every part of your life. It's made me want to cancel plans with friends, it's made me not want to blog. I thought that I can't enjoy myself if I go out because I feel people aren't talking to me, they're too busy looking at my skin."

Em Ford (on www.mimichatter.com)

sociale medier tillægges huden endnu større betydning. Idet akne ofte debuterer i den sårbare pubertet, får denne hudsygdom en særlig betydning for et ungt menneskes identitetsdannelse og kan således sætte permanente ar på både hud og sjæl.

Vi kan som behandlere, såvel praktiserende læger som speciallæger, være enige eller uenige om hvad vi synes om de nye kultur tendenser og værdier. Men i takt med samfundets udvikling og tiltagende fokus på udseendet, kan vi overveje om indikationstærsklen skal sænkes eller i højere grad bero på en vurdering af patientens livskvalitet og selvopfattelse, end på de kliniske fund. Når vi som læger i dag behandler huden på en ung aknepatient, kan dette have en kæmpe betydning for deres identitetskabelse og derved fremtid, og vi behandler således i høj grad tilmed en del af et ungt menneskes sårbare sjæleliv. En lægelig tilgang, der måske bringer os længere væk fra objektivitet, men tættere på det, der engang kaldtes lægekunst.

Em Ford er et eksempel på den begyndende modbølge på sociale medier, hvor den private *back-stage identitet* blandes med den iscenesatte offentlige

front-stage identitet med nedbrydning af det perfekte uvirkelige filter som resultat. Em Fords film udløste et væld af reaktioner fra unge ligesindende med akne, der fulgte hendes modige fodspor og postede no-make-up selfies og hjertegribende historier, som fremhæver, hvor gennemgribende og indflydelsesrig denne sygdom kan være på et ungt menneskes liv specielt i et samfund præget af sociale medier: *"Acne makes me feel worthless, please help. It makes me cry. I get bullied because of my skin. I'm learning to love myself. I feel dirty. It makes me depressed. I hate myself. People make fun of me... I wanted to kill myself..."*

I am more than my skin..."

Se filmen på www.youtube.com/mypaleskin

Tak til

Eskil Miller, cand.scient. i psykologi og idræt, psykologisk konsulent, for at bidrage med viden om identitetsforskning i forbindelse med skrivning af denne artikel.

Referencer

- 1 Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. *BMJ* 2013; 346: f2634.
- 2 Bowe WP, Shalita AR, Nelson AM. *Acne Vulgaris*. London: Informa Healthcare. 2011.
- 3 Strauss JS, Krowchuk DP, Leyden JJ et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 651-63.
- 4 James WD. Clinical practice. Acne. *N Engl J Med* 2005; 352: 1463-72.
- 5 WHO. Measuring Quality of Life. In: 1997.
- 6 Larsen OS. *Psykologiens Veje*. Denmark: Systime. 2013.
- 7 Larsen MC. Jeg skriver jo ikke selv, at jeg er smuk. In: *Information*. Denmark. 2012.
- 8 Angkjær Jørgensen U. *Kropslig Kunst: Æstetik, Køn og Kunstanalyse*: Museum Tusulanum Press. 2007.
- 9 Miller IM, Jemec G. Fri Fantasi i Krydsfeltet Mellem Lægevidenskab og Kunst. In: *Dagens Medicin*. Denmark. Dec 2014.

NYE METODER FÅR PATIENTERNE VÆK FRA GANGENE

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner og Trygfonden har iværksat projektet SIKKERT PATIENTFLOW.

Ved hjælp af metoder fra amerikanske hospitaler reducerer 12 akutsygehuse i projekt Sikkert Patientflow problemerne med overbelægning og patienter på gangene.

Flowpakken til patientforløb

Flowpakken indeholder de metoder og redskaber, som de 12 akutsygehuse i projekt Sikkert Patientflow arbejder med for at skabe mere sikre og sammenhængende patientforløb uden unødigt ventetid.

Flowpakken baserer sig på metoden Real Time Demand Capacity Management (RTDC). Den er udviklet af Institute for Healthcare Improvement i samarbejde med amerikanske hospitaler, og har forbedret patientforløbene på sygehuse over hele verden.

RTDC gør personalet i stand til at bruge den eksisterende viden om indlæggelser og udskrivelser mere systematisk. For eksempel indlægges patienter typisk mandag og onsdag – men ikke tirsdag – og de ankommer efter frokost. Ved at udnytte den viden, forudsiger de sundhedsprofessionelle antallet af indlæggelser og udskrivelser mere præcist med det resultat, at sygehuset udnytter sin kapacitet optimalt.

Det øger patientsikkerheden, da sygehuset eksempelvis nedbringer ven-

tetiden, reducerer antallet af patienter på gangene og mindsker brugen af lånsenge. Samtidig gavner det personalets arbejdsmiljø.

Tavlemøder på afdelingsniveau

De centrale redskaber i RTDC er korte (10-15 minutter), de daglige tavlemøder på afdelingsniveau og kapacitetskonferencer på sygehusniveau, hvor personalet koordinerer patientforløbene. På tavlemøderne som foregår om morgenen, får personalet et klart overblik over, hvilke patienter der skal hjem i løbet af dagen. Målet er at undgå udskrivelser der ikke var planlagt, og udskrivelser som ikke blev til noget.

Tavlemøderne giver desuden de sundhedsprofessionelle mulighed for at diskutere den enkelte patients behov i forbindelse med udskrivelsen og sikre, at de ikke overser noget inden patienten skal hjem. Det kan eksempelvis være svar på blodprøver, eller information til pårørende.

Kapacitetskonferencer på afdelingsniveau

Når afdelinger har holdt tavlemøder, samles repræsentanter fra afdelingerne og sygehusets ledelse til kapacitetskonference. Her gennemgår hver afdeling

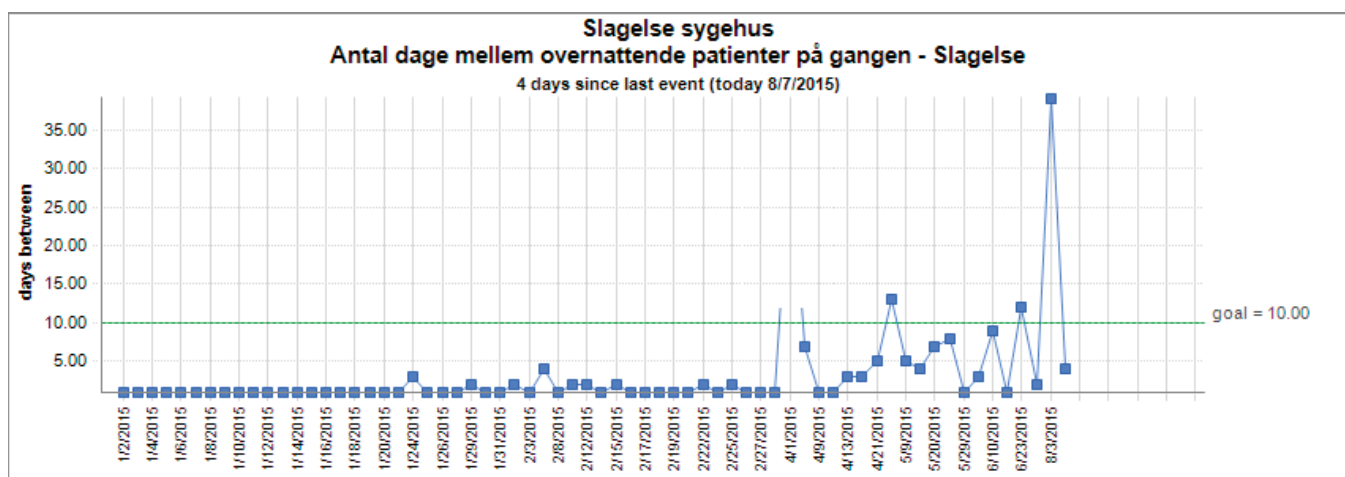
forventede indlæggelser og udskrivelser, typisk via et skema på en storskærm. På den måde får sundhedsprofessionelle og ledelsen, et overblik over sygehusets samlede kapacitet. Forudser en afdeling mangel på kapacitet, skal den først forsøge at løse problemet internt. Er det ikke muligt, skal det løses på en kapacitetskonference, eksempelvis ved at de andre afdelinger tilbyder ressourcer.

Patientsikkerheden forværres, når der opstår overbelægning. Derfor har Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, regionerne og TrygFonden iværksat projekt Sikkert Patientflow, der har skabt mærkbare resultater på 12 akutsygehuse fra de fem regioner.

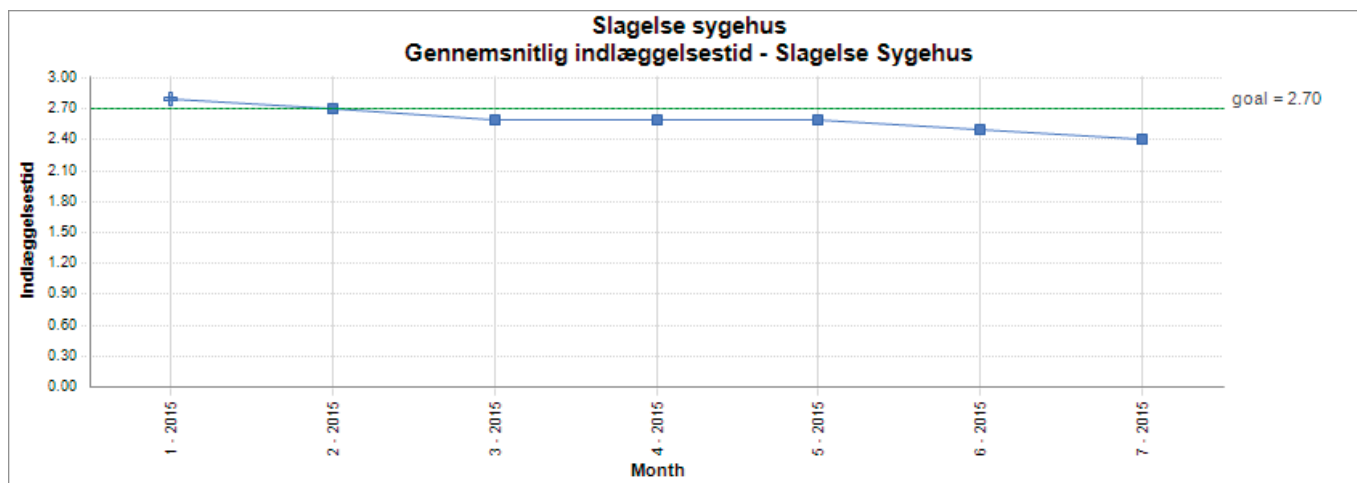
Blandt andet havde Slagelse Sygehus tidligere konstant patienter på gangene, men nu er antallet faldet markant. For eksempel var der kun otte patienter på gangene i maj mod 150 i januar. Resultaterne skyldes ikke, at sygehuse har fået færre patienter, eller at patienterne i stedet ligger i lånsenge på andre afdelinger.

Resultaterne fra Slagelse Sygehus er overordnet:

- Færre patienter på gangene om natten
- Færre patienter i lånsenge (patienten ligger i anden organisatorisk enhed end deres behandlingsansvarlige speciale på grund af overbelægning)



Tidligere var der patienter på gangen hvert døgn, nu kan der gå flere døgn imellem – helt op til 39 døgn fornyeligt.



Indlæggelsestiden er reduceret en smule i projektperioden, formentlig pga. øget fokus på udskrivelse fra starten af indlæggelsen. Dette har dog ikke påvirket antallet af genindlæggelser negativt, tværtimod ses også her en lille reduktion.

Dette, til trods for at der var:

- Lille stigning i antal indlæggelser
- Næsten uændret gennemsnitlig indlæggelsestid (se graf ovenfor)
- Næsten uændret antal genindlæggelser

Årsagen til de gode resultater er:

- Ansættelse af flowkoordinator på Slagelse Sygehus
- Godt overblik over sygehusets samlede belægningsituation, og er på forkant med evt. overbelægning. Har fokus på "rette patient i rette seng" så vidt det er muligt
- Får flyttet patienter væk fra gangene om natten og etablerer lånesenge hvis nødvendigt.
- Daglige tavlemøder på afsnitsniveau og kapacitetskonferencer på sygehusniveau med fokus på belægningsituationen og planlagte indlæggelser/udskrivelser
- Øget fokus fra afsnittene og afdelingsledelserne
- Ledelsesforankring (sygehusdirektør er styregruppeformand)

"De 12 sygehuse fortæller, at metoderne i Sikkert Patientflow gør dem i stand til bedre at forudsige udskrivelser og indlæggelser samt tilpasse ressourcer, så der ikke opstår barrierer og dermed unødigt ventetid for patienternes videre færd gennem sygehuset. Det reducerer overbelægningen og styrker patienternes sikkerhed samt personalets arbejdsmiljø," siger direktør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Beth Lilja.

"At afprøve nye løsninger til at nedbringe antallet af forebyggelige skader i sundhedsvæsenet er et vigtigt skridt på vejen mod et bedre sundhedsvæsen. Vi er glade for, at Sikkert Patientflow ser ud

til at virke," siger programchef for sundhed i TrykFonden, Mette Meldgaard.

Bedre overblik over indlæggelser og udskrivelser

De 12 akutsygehuse bruger metoder, som har skabt gode resultater på amerikanske hospitaler. Det centrale og nye er, at de sundhedsprofessionelle afholder korte, daglige tavlemøder på afsnitsniveau og kapacitetskonferencer på sygehusniveau, hvor de koordinerer patientforløb.

På tavlemøderne danner de sundhedsprofessionelle sig et overblik over, hvilke patienter der skal udskrives i løbet af dagen, og hvilken information de skal have i forbindelse med udskrivelsen. Hermed kan sygehuset reducere genindlæggelser. På kapacitetskonferencerne danner de sundhedsprofessionelle og ledelsen sig et overblik over sygehusets samlede kapacitet og imødegår eventuelle problemer med overbelægning i de relevante afsnit.

"Tavlemøderne og kapacitetskonferencerne betyder, at vi håndterer eksisterende viden om ventetid, indlæggelser og udskrivelser mere systematisk. For eksempel ved vi, at patienterne typisk bliver indlagt mandag og onsdag men ikke tirsdag – og at de ankommer efter frokost. Når vi udnytter den viden, kan vi helt konkret se, at flere patienter ligger i den rigtige seng og færre på gangene," fortæller sygehusdirektør på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Vinni Breuning.

Flowkoordinatorer er på forkant

Flere af akutsygehuse i projekt Sikkert Patientflow har også ansat flowkoordina-



Mette Meldgaard

torer. På Slagelse Sygehus har de hele tiden overblik over belægningsituationen og sygehusets samlede sengekapacitet. Derudover håndterer flowkoordinatorerne patientforløb, som går på tværs af afsnit.

"Det betyder, at vi hele tiden er på forkant og undgår kritiske situationer omkring overbelægning. Patienternes forløb gennem sygehuset bliver mere sikkert og sammenhængende," forklarer Vinni Breuning.

Læs mere på <http://sikkertpatientflow.dk>



Vinni Breuning

HAR PLANTER EN NERVEVÆVS LIGNENDE FUNKTION OG MÅSKE ET "CENTRALNERVE" LIGNENDE SYSTEM?



AF SPECIALLÆGE
JENS V. BRUUN

På et tidspunkt i Universets eksistens har atomer fået sluttet sig sammen, og herunder er der dannet molekyler af DNA.

Dette DNA har så dannet forskellige molekyler, herunder også RNA. Det har ført videre til celledannelse, og disse danner så samlinger, der udvikler sig til forskellige vævstyper og indgår i udvikling i forskellige typer livs-organismer.

Nogle bliver til dyr og mennesker, der får hjerne til at undersøge andre organismer i dyreverden, som alle har et centralnervesystem. Det består af velafgrænsede identificerbare strukturer.

En anden gruppe bliver til planter, som ikke besidder klart identificerbare anatomiske neurom lignende strukturer.

Igennem de senere år er der dukket videnskabelige meddelelser op om, at planter har nervevævs lignende funktioner og måske en form for hukommelse, som planter synes at kunne bruge senere.

Emnet har optaget mig en del de senere år, og jeg har samlet lidt litteratur og video om emnet, som jeg efterfølgende vil meddele.

Først vil jeg dog udtrykke, at når man læser de forskellige for- og imod meddelelser, får man en fornemmelse af, at en del bruger forskellige ord om samme forhold, og i andre tilfælde menes forskelligt med samme ord.

Det gør ikke kommunikation lettere!

Citater fra publikationer

"I alle celler, har du en membran," forklarer Alexander Volkov, en plante fysiolog på Oakwood University i Alabama. "Du har ioner på begge sider i forskellige koncentrationer, hvilket skaber et elektrisk potentiale. Det er ligegyldigt, om det er et dyr eller en plante celle, det er almen biokemi."

Den kontrollerede strøm af ioner ind og ud af en celle udgør elektrisk signalering i både planter og dyr.

De fleste botanikere er enige om, at planter ikke har netværk af celler, der har udviklet sig specielt til hurtig elektrisk signalering over store afstande, som de fleste dyr har.

Planter har ikke specifikke nerveceller

Så hvis planterne ikke bruger elektriske signaler i nervesystemer som dyr, hvad gør de så med de elektriske impulser, de producerer? Plante biologer udtrykker. "Vi har kendt til elektrisk signalering i planter, så længe vi har kendt det i dyr," siger Van Volkenburgh. (Professor i plante fysiolog, Holland) "Men i de fleste planter, er det et åbent spørgsmål, hvad disse signaler effektuerer."

Måling af elektriske impulser i planter er nemt, men at knytte dem til specifikke plante funktioner er meget vanskeligere, og i plantebiologernes samfund er der langt fra opnået enighed om, til hvad og hvordan de fleste planter bruger disse impulser.

De bemærkelsesværdige undtagelser i dette mysterium er planter, der er afhængige af elektriske signaler til hurtige bevægelser, såsom kødædende Venus flytrap eller Mimosa pudica.

Lidt eksempler

Planten kan mærke en ubehagelig person i lokalet – og reagerer.

Backster beskrev dens reaktioner som "næsten menneskelige".

Han satte en tændstik til et blad. Straks viste et måle diagram en dramatisk forandring. Planten fik et veritabelt chok, nøjagtig som det ville have været tilfældet med et menneske.

Professor Isidor Gunnar fra Moskva landbohøjskole giver Backster ret. Planter har en nervesystem effekt, der er mere primitiv end pattedyrenes, men som ikke desto mindre virker forbløff-

fende hurtigt og godt. Planterne føler, hvad der sker omkring dem, eller hvad der direkte sker med dem.

I et andet forsøg lod Baxter seks mænd, en efter en gå ind i et rum, hvor der stod to planter. Han var selv den sidste, der kom ind i værelset. Han så, at den ene plante var revet i stykker og trampet ud på gulvet.

Derefter blev han i værelset, men lod de seks forsøgspersoner gå udenfor. Så satte han en løgne detektor i gang – den var forbundet til den plante, der ikke var ødelagt. Derefter kom mændene ind, en efter en igen. Der var ingen reaktioner på diagrammet – undtagen da "morderen" trådte ind. Det var person nummer 4. Der var ingen reaktioner for de to efterfølgende. Men "morderen" blev altså afsløret.

Som hos dyr, der ved de er beslægtede, udviser strandsennep-planter præference behandling overfor artsfæller. De handler uegennyttigt overfor beslægtede.

Hvis de gror ved siden af ikke beslægtede planter, vil strandsennep sætte mange næringsoptagende rødder, hvorimod hvis den opdager familie i nærheden, så sætter den langt færre rødder, selv hvis omkostningerne ved det er at fratage sig selv værdifulde næringsstoffer. Tidligere var denne form for adfærd kun kendt hos dyr. Det antages, at

strandsennep skal opdage og analysere nogle hormoner, der er frigivet til luft eller jord, men det vides ikke præcist.

Lignende adfærd er blevet fundet hos andre arter.

Egne iagttagelser

Jeg har i over 50 år holdt akvarier og i disse akvarieplanter.

For nogle måneder siden konstaterede jeg, at en amazon sværdplante (*Echinodorus blehri*), begyndte at få ufærdige planteblade. Det har jeg set utallige gange. Jeg plejer at tage planten op og fjerne det nederste af rodtrævlenettet. Det gjorde jeg også denne gang samtidig med, at jeg fjernede den nederste del af den træagtige rod.

Allerede anden dagen derefter afblegedes grønkornene i alle bladene, også de ellers hidtidige helt raske blade.

Så hurtigt en reaktion kan næppe foregå uden en form for elektrisk impuls til plantens rodnet og øvrige blade.

For mig at se via en central informations distribution (via rodnettet).

Afslutning

Som det skulle fremgå, er der enighed om, at der foregår elektriske impulser mellem planteceller.

Kan det sidestilles med nerveledning i dyreverdenen?

Kødædende planter kan huske, hvordan de skal lukke dyr inde og konsumere dem

Er det en form for "hjernefunktion"?

Er bellisblomstens rotation i forhold til solen en form for "hjernefunktion"?

Svarene skal stå tilbage til nysgerrige, der vil mere ned i debatten.

Litteraturliste

1. Grøn Intelligens, Weekend avisen 26.6.2015 | Ideer
2. Stefano Mancuso & Alessandra Viola: Brilliant Green – The surprising history and science of Plant Intelligence.

En del referencer har det ikke været muligt at identificere oprindelses stedet fra.

Tidskriftet Plant Cell er et af de helt gode.

En professor i Haifa/Tel Aviv oprindelig fra USA har skrevet en del artikler om emnet, men hans artikler har jeg ikke kunnet genfinde efter et pc nedbrud, hvor en del forsvandt.

Videoliste

- A <https://www.youtube.com/watch?v=xrsYRJi3EGw>
- B <https://www.youtube.com/watch?v=Zq3UuHIPLQU>
- C <http://modernfarmer.com/2014/10/plants-can-tell-theyre-eaten/>



2 stk. *Echinodorus Blehri*. Til venstre en normal; til højre den "chokerede" plante.



AF GYNÆKOLOG
CHRISTINE FELDING

Årets tredje spalte, som indeholder en hel masse info, samt gode råd og vejledninger. Ingen ny medicin, men interessante former for kosttilskud til fertilitetspar.

Som tidligere listes præparater m.v. i alfabetisk rækkefølge.



Ny naturmedicin

Inofolic® fra firmaet Wellfor
Inofolic® er et kosttilskud indeholdende Myo-inositol (et B-vitamin complex) og Folsyre. Inofolic® har ved videnskabelige undersøgelser hos PCOS-patienter, som ikke ovulerede, vist at 72% fik deres normale månedlige ovulationer, og hos 55% resulterede det i graviditet. Man har desuden hos PCOS patienter det en normalisering af lipidværdier i blodet, samt en bedring af hyperandrogenisme og acne.

Hver brev indeholder 2 g Myo-inositol og 200 µg Folsyre og dosis er et brev (opløst i et glas vand) morgen og aften. Ved denne dosering er der ikke set bivirkninger.

Læs mere på www.inofolic.dk

Punalpin® fra firmaet Nerthus
Punalpin® er et nyt plantebaseret kosttilskud med dokumenteret effekt mod nedsat sædkvalitet

Indholdet er granatæblekstrakt og galangarodpulver (heraf navnet: Punica granatum og Alpinia galanga).

Præparatet er blevet testet på Horsens Regionshospital, hvor man hos 66 mænd fandt en 62% øgning i antallet af motile sædceller.

Dosis er 4 granatæbletabletter + 2 galangatabletter daglig i 3 måneder.

Læs mere på www.punalpin.dk, hvor pillerne også kan bestilles.

Andet

De kollegiale vedtægter

På givne foranledning skal det indskræmpes, at det ikke er i orden at tage betaling fra læger, som er gr. 2 i sygesikringen. Jeg har lige haft besøg af en læge,

som havde måttet betale hos en kollega tidligere. I hht § 11 i de Kollegiale Vedtægter for Læger, skal læger og deres familier behandles gratis hos praktiserende læger og speciallæger med ydernummer. Det gælder selvfølgelig ikke for behandling på privathospital.

Tips

Hjemmetest

I Say fra firmaet Pharmaforce.

I Say urinvejsinfektion !Hjemmetest.

Testen måler nitrit, protein og leukocytter og diagnosticerer E.coli, som er årsag til 80% af alle cystitter.

I Say vaginal infektion !Hjemmetest
Testen, som udføres på urin, kan påvise Candida eller Gardnerella

Læs mere på www.isaymedical.dk

Nye brochurer

Livsstil og frugtbarhed fra firmaet Merck Serono

Brochuren er udarbejdet af min kollega Overlæge Ulrik Schiøler Kesmodel og gennemgår kortfattet på 15 sider de faktorer, som er med til at påvirke ens fertilitet og hvad man selv kan gøre for at afhjælpe situationen.

Det kan dreje sig om rygning, alkohol, kaffe, motion, overvægt, kost, stress, medicin m.v.

PCOS – polycystisk ovarie syndrom fra firmaet Merck Serono

Brochuren er udarbejdet af sygeplejerske Hanne Udengaard og min kollega Professor Sven O. Skouby. Den giver på 13 sider en kortfattet oversigt over tilstanden og hvad man selv kan gøre, når man gerne vil være gravid.





Orientering

Addyi® fra firmaet Sprout Pharmaceuticals

Addyi® bliver også kaldt Viagra for kvinder. Addyi® indeholder flibanserin og er for nylig blevet godkendt af FDA (ved tredje ansøgning). Problemet har været bivirkninger i form af blodtryksfald, specielt i forbindelse med alkoholindtag.

Ingen ved, om præparatet bliver godkendt af EMA.

Nyt fra IRF

Antimykotisk behandling af oral og vulvovaginal candidose skrevet af Ditte Marie Saunte, Christina Damsted Petersen og Maiken Cavling Arendrup.

Det har vist sig, at der er en tiltagende resistens overfor Fluconazol. Forfatterne gennemgår behandling af forskellige typer af gærsvampe og advarer mod generel behandling før dyrkning og resistensbestemmelse. Prøven sendes til den lokale mikrobiologiske afdeling (i det prøveglas, som har erstattet Stuarts medium). I særlige tilfælde, bliver prøven sendt videre til SSI.

Læs mere her: http://www.irf.dk/dk/publikationer/rational_farmakoterapi/maanedsbld/2015/oral-og-vaginal-candidose.htm

Medicin i restordre

Estrogel® fra firmaet Takeda Pharma (tidl Nycomed)

Estrogel® indeholder 0,6 mg østradiol pr gram gel.

Præparatet er i restordre indtil videre.

Vivelle Dot® fra firmaet Novartis.

Vivelle Dot® østrogenplastre findes i 5 styrker; 25 µg, 37,5 µg, 50 µg, 75 µg og 100 µg.

Seneste opdatering viser, at kun dem på 37,5 µg findes i taksten p.t. resten skulle være tilbage i uge 40.

Udgået medicin

Evorel® plastre fra firmaet Janssen-Cilag. Evorel® er et østrogen-plaster som findes i følgende styrker: 25, 50, 75 og 100 µg østradiol. Præparatet er udgået.

De andre plastre i serien: **Evo-Sequi®** og **Evo-Conti®** findes stadigvæk.

Milvane fra firmaet Bayer.

Milvane er en trifasisk p-pille indeholdende 30/40/30 g ethinylestradiol og gestoden 50/70/100 g. Præparatet er udgået.

Tilbage på markedet findes nu kun Triquilar, som indeholder ethinylestradiol og levonorgestrel.

Sundhedsminister:

FOR STOR GEOGRAFISK ULIGHED I KRÆFTBEHANDLINGEN

Otte ud af 10 patienter, der i 2. kvartal af 2015 blev henvist til et sygehus i kræftpakkeforløb, kom igennem til tiden. Men der er stadig for store forskelle regionerne imellem, påpeger sundhedsminister Sophie Løhde.

Langt størstedelen af de patienter, der bliver henvist til et kræftpakkeforløb på et sygehus, fordi der er mistanke om, at de kan have kræft, kommer igennem forløbet til den tid, som Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Nye tal fra Statens Serum Institut viser, at 83 procent af alle patienter i kræftpakkeforløb i 2. kvartal af 2015 kom igennem til tiden. Det er et lille fald på 1 procentpoint i forhold til 1. kvartal i år, hvor andelen lå på 84 procent.

Selvom det er positivt, at langt de fleste patienter kommer igennem til tiden, så de hurtigt kan blive udredt og eventuelt behandlet, så er det kritisabelt, at nogle regioner kæmper med at overholde tiden, mener sundhedsminister Sophie Løhde:

"Det er ikke i orden, at kræftpacienter skal vente længere tid på udredning og behandling i én region sammenlignet med en anden. Det skal være sådan, at uanset hvor du bor i landet, så skal du kunne regne med at komme til undersøgelse og eventuelt i behandling inden for den anbefalede tid", siger ministeren og peger på, at patienterne har brug for en hurtig afklaring på, om de er syge:

"Det er enormt utrygt at gå og vente på at få svar på, om man er kræftsyg, og om man skal i behandling eller ej. Derfor skal vi sikre, at alle – uanset deres postnummer – kommer igennem et kræftpakkeforløb til tiden. Flere patienter i Danmark skal overleve en kræftsygdom, og derfor skal alle patienter i hele landet kunne regne med, at de får den hurtigste og bedst mulige behandling" siger Sophie Løhde.

Særligt Region Hovedstaden kæmper med at få patienterne igennem kræftpakkeforløbene til den anbefalede tid, da det i gennemsnit kun er 78 procent af behandlings-

forløbene, der bliver gennemført til tiden. Til sammenligning er det 86 procent af forløbene, der gennemføres til tiden i Region Syddanmark.

Læs Sundhedsstyrelsens gennemgang af tallene 'Monitorering af forløbstider på kræftområdet' <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/behandlingstider-for-kræftpacienter-2-kvartal-2015>

Ifølge tal fra Statens Serum Instituts årsopgørelser om monitoreringen af kræftområdet var det i 2013 og 2014 henholdsvis 72 og 77 procent af alle kræftpakkeforløb i regionerne, der blev gennemført inden for standardforløbstiden.

Andel forløb i gennemsnit gennemført inden for standardforløbstiden fordelt på regioner:

I 2. kvartal 2015 er mellem 86 og 78 procent af alle registrerede kræftpakkeforløb blevet gennemført inden for standardforløbstiden:

- Region Syddanmark: 86 procent
- Region Midtjylland: 85 procent
- Region Nordjylland: 84 procent
- Region Sjælland: 82 procent
- Region Hovedstaden: 78 procent

Note: Tallene, der offentliggøres hvert kvartal, kan nedjusteres som følge af efterregistreringer i regionerne. De kan derfor ikke umiddelbart sammenlignes med tallene fra årsrapporterne, som er mere valide.

FAKTA OM KRÆFT-PAKKEFORLØB

Siden efteråret 2012 har Statens Serum Institut overvåget kræftpakkeforløbene og offentliggjort nye monitoreringstal hvert kvartal.

Formålet med kræftmonitoreringen er at overvåge, hvordan det går med at få patienter med begrundet mistanke om kræft udredt og behandlet i et pakkeforløb inden for de angivne standardforløbstider.

Årsopgørelsen er sammen med kvartalsopgørelserne et centralt redskab i monitoreringsarbejdet på kræftområdet.

SYNJARDY, en kombinationsbehandling af metformin + SGLT2-hæmmer¹

- effekten af både empagliflozin og metformin i én tablet^{1*#}

JARDIANCE, en SGLT2-hæmmer til type 2-diabetes²

- har vist signifikant reduktion i HbA_{1c}²
- har vist signifikant vægttab^{2*#}
- har vist effekt ved tillæg til eksisterende behandling, inklusive insulin²
- med dokumenteret risiko- og tolerabilitetsprofil²
 - med dosering én gang dagligt²

Synjardy® 
(empagliflozin/
metformin)

Jardiance® 
(empagliflozin)

***Hverken SYNJARDY eller JARDIANCE
er indiceret til vægtreduktion.**

*Vægtændring var et sekundært endpoint i kliniske studier.

SYNJARDY (empagliflozin/metformin)

SYNJARDY er indiceret til patienter på 18 år og derover med type 2-diabetes mellitus som tillæg til kostomlægning og motion for at forbedre den glykæmiske kontrol,

- hvis patienten har utilstrækkelig glykæmisk kontrol på den maksimalt tolererede dosis metformin alene
- hvis patienten har utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin i kombination med andre glukosesænkende lægemidler, herunder insulin
- hvis patienten allerede er i behandling med en kombination af empagliflozin og metformin som særskilte tabletter

JARDIANCE (empagliflozin)

JARDIANCE er indiceret til forbedring af den glykæmiske kontrol hos voksne patienter med type 2-diabetes mellitus som:

- Monoterapi når diæt og motion alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol og metformin ikke betragtes som hensigtsmæssigt på grund af intolerance.
- Kombinationsbehandling med andre glukosesænkende lægemidler, herunder insulin, når disse sammen med diæt og motion ikke er tilstrækkeligt.

Produktinformation side 30

JAR-15-01-35

Læs mere og bestil materiale
til dig og dine patienter på t2c.dk