

LÆGE MAGASINET

MAGASIN FOR PRAKTISERENDE LÆGER og SPECIALLÆGER

Nr. 3 september 2019

33. årgang

ISSN Nr. 0902-1787



www.laegemagasinet.dk

LÆS INDE I BLADET



Sundhedshus er designet til samarbejde

AF VIDENSKABSJOURNALIST GORDON VAHLE



Klassifikation af personer med Diabetes mellitus

AF PROFESSOR, OVERLÆGE, DR.MED. STEN MADSBAD



Salt – blodtryk – kardiovaskulær sygdom og dødelighed

AF PROFESSOR EM. DR.MED. HANS IBSEN



ADHD, vægt og spiseproblemer

AF OVERLÆGE, STUDIELEKTOR TINE HOUMANN

Ansvarshavende:

Adm. direktør Tina Brage Vabø

Journalist:

Gordon Vahle

gordon@sciencejournalist.dk

Redaktør

Cand. polit John Vabø

Tlf. 39 90 80 00

Dir. 39 48 51 06/39 48 51 07

e-mail: john@vaboe.dk

Redaktionen:

Speciallæge dr. med.,

Jette Ingerslev

Speciallæge i gynækologi,

Christine Felding

Professor emeritus, dr. med.,

Hans Ibsen

Artikler, pressemeddelelser, produkt-informationer m.v. modtages på e-mail: tina@vaboe.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.

Abonnement:

4 udgaver (incl. moms):

Kr. 240,-

Adresseændringer m.v. bedes mailet til info@vaboe.dk

Ved henvendelse bedes abonnementsnummer oplyst (otte cifre, påtrykt bag på magasinet).

e-mail:

info@vaboe.dk

Redaktionens og udgivers adresse:

Vabø Publishing ApS

Stationsparken 24

2600 Glostrup

Tlf. 39 90 80 00

ISSN Nr. 0902-1787

Layout og tryk:

Stibo Complete

Indhold 3/2019

Sundhedshus er designet til samarbejde

AF VIDENSKABSJOURNALIST GORDON VAHLE

5

Klassifikation af personer med Diabetes mellitus

AF PROFESSOR, OVERLÆGE, DR.MED. STEN MADSBAD, ENDOKRINOLOGISK AFDELING, HVIDOVRE HOSPITAL

8

Salt – blodtryk – kardiovaskulær sygdom og dødelighed

AF PROFESSOR EM. DR.MED. HANS IBSEN

13

To ud af tre danskere lider af kroniske sygdomme

AF PH.D. MICHAEL FALK HVIDBERG, DANISH CENTER FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS, AALBORG UNIVERSITET, PROFESSOR SØREN PAASKE JOHNSEN, DANSK CENTER FOR KLINISK SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING, KLINISK INSTITUT, AALBORG UNIVERSITET OG AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL, SENIORFORSKER MICHAEL DAVIDSEN, STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, SYDDANSK UNIVERSITET OG PROFESSOR LARS EHLERS, DANISH CENTER FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS, AALBORG UNIVERSITET

18

ADHD, vægt og spiseproblemer

AF OVERLÆGE, STUDIELEKTOR TINE HOUMANN, AMBULATORIUM FOR SMÅBØRN B29 I, REGION Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, AFDELING GLOSTRUP

20

Hvad er det mon i vores tid, som skaber en "epidemi" af sjæleligt udmattede og nedstemte ellers raske individer?

AF LÆGE KATHARINA O. SANDSTRÖM

24

Nyt fra gynækologifronten

AF GYNÆKOLOG CHRISTINE FELDING

28

Besøg

domaine de la Côte d'Or



www.cotedor.dk

Sundhedshus er designet til samarbejde

Allerede inden arkitekten havde sat de første streger til Center for Sundhed i Holstebro, stod det klart, at centret ikke bare skulle være en bygning, der kunne huse forskellige sundhedstilbud. Det skulle også være med til at løse nogle af de udfordringer, som den primære sundhedssektor står over for.



AF VIDENSKABSJOURNALIST
GORDON VAHLE

– At skabe bedst mulige betingelser for samarbejde mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet var en af de præmisser, der gjaldt allerede, inden centret blev projekteret.

Det fortæller projektleder og specialkonsulent i Center for Sundhed i Holstebro, Winnie Munk. I maj i år kunne hun sammen med Arkitema Architects modtage beviset for, at projektet, der skulle virkeliggøre intentionerne med centret, var lykkedes. Byggeriet blev hædret med prisen "Årets sundhedsbyggeri 2018". Begrundelsen var blandt andet, at centret "skaber adskilte enheder med et samlende midtpunkt, som både offentlige og private, akutte og dagligdags sundhedstilbud og psykiatri vil kunne se sig selv i."

– Det var så den første milepæl i et 'megalangt' samarbejde om sundhedscentrets tilblivelse, siger Winnie Munk med et smil.

En milepæl, men ikke afslutningen på et samarbejde. Samarbejdet fortsætter nemlig med uformindsket styrke nu, hvor bygningen er færdig og 80 procent

af medarbejderne er flyttet ind. Den sidste brik i puslespillet falder på plads i 2020, når Det nye Hospital i Vest – Gødstrup Sygehus står færdigt og de regionale funktioner rykker ind.

Borgerkrav som fødselshjælper

Winnie Munk lægger ikke skjul på, at Center for Sundhed i Holstebro er født på baggrund af utilfredshed over, at Region Midtjyllands vestlige supersygehus blev placeret i Gødstrup ved Herning, og at konsekvensen blev, at Holstebro Sygehus skulle lukke. Det sker forventeligt i slutningen af 2020.

– En del af opgaven som projektleder har været at vinde befolkningens tillid til, at centret i langt de fleste tilfælde kan tilbyde de samme sundhedsydelser som Holstebro Sygehus, siger Winnie Munk.

Hun har, siden maj 2011, hvor bevillingerne fra regionen og Holstebro Kommune var i hus, balanceret mellem

Fortsættes næste side

CENTER FOR SUNDHED I HOLSTEBRO

Ifølge hjemmesiden for Center for Sundhed i Holstebro er centret "sat i verden for at skabe bedre kvalitet og oplevelse af sammenhæng i sundhedssektoren gennem forløb tæt på borgernes hverdag. Sammen med de praktiserende læger styrker Center for Sundhed den nære sundhedsindsats ved at samle, organisere og tilbyde kommunale, regionale og private sundhedsaktører undersøgelser, træning, behandling, rådgivning og vejledning..."

"For nogle borgere vil centeret blive et lokalt stoppested mellem hjem og hospital. Her kan man nå at stå af, inden livsstil eller psykisk sårbarhed bliver til en sygdom. Målet er at fremme sundheden og forebygge akut sygdom," hedder det videre.

På hjemmesiden www.centerforsundhedholstebro.dk finder du en række fakta om byggeriet og om centret.



Specialkonsulent Winnie Munk, Holstebro Kommune, har fået et sundhedscenter, der er designet til samarbejde. Der opstår synergi og spontane møder mellem husets forskellige funktioner.

at håndtere befolkningens skepsis og at skabe et sundhedshus, der efterkommer behovet for at styrke den sundhedsmæssige indsats i den nordvestlige del af regionen. Begge dele var nemlig en del af jobbeskrivelsen som projektleder for sundhedscentret.

Det sundhedspolitiske Kinder-æg

Groft sagt er der tre store udfordringer for sundhedssektoren i Danmark, og jo længere mod det såkaldte Vandkants-danmark, man bevæger sig, jo større bliver udfordringerne:

- Samarbejdet mellem sundhedstilbudene fra kommunen, regionen og de praktiserende læger er besværligt.
- Der er langt til behandling for kronikere og patienter med akutte, mindre skader eller sygdomme, hvis de ikke tilfældigvis bor i nærheden af et supersygehus.
- De praktiserende læger foretrækker de største byer, fordi der mangler faglige udfordringer og sparring i yderområderne.

Den første udfordring håndterer Center for Sundhed i Holstebro allerede nu. En sygeplejeklinik, kommunale psykiatripladser og forebyggende indsatser, kommunal tandpleje, akutpladser og sengepladser til midlertidige medicinske ophold samt et kondomeri er blandt de tilbud der åbner sig, når man træder ind i den præmierede bygning.

– Vi lægger vægt på at skabe gode rammer for samarbejdet mellem de forskellige sundhedstilbud. Vi har fælles tekniske faciliteter, fælles depoter, kantine mv., og husets reception har åbent fra 7:30 til 17:30. Og vi kan se, at det fungerer. Der opstår synergi og spontane møder, og vi oplever, at medarbejderne kender og bruger hinanden på tværs af funktioner og specialer, påpeger Winnie Munk.

Regionale funktioner klarer det meste

Den anden udfordring, nemlig afstanden til Gødstrup, bliver knap så stor som frygtet. Når sygehuset i Holstebro lukker, og personale og patienter flytter til Gødstrup, så bliver en halv snes meget væsentlige funktioner tilbage i Holstebro.

Akutklinikken til behandling af mindre skader, lægevagten, en røntgenafdeling, laboratorier og blodprøvetagning, jordemødre, fødselsforberedelse, medicinske ambulatorier samt akutte ambulante hjemmebehandlerteams og enkelte døgnpaladser er blandt de regionale funktioner, der bliver i Holstebro. Og alle funktionerne får hjemmebase i Center for Sundhed, hvor lokalerne allerede er klar til at tage imod regionens medarbejdere.

– De regionale funktioner og de 24 kommunale akutpladser til borgere, der fx er dehydrerede eller har behov for drop eller ilt, gør, at ældre, kronikere og borgere med småskader eller mindre alvorlige sygdomme fortsat kan undersøges og behandles lokalt. Det betyder, at det kun er patienter med alvorlige skader og vanskelige sygdomme, som skal transporteres til Herning, understreger projektlederen for Center for Sundhed.

Lægerne på toppen

Øverst oppe i det fire etagers sundhedscenter holder Lægerne i Center for Sundhed til. Tre speciallæger i almen medicin, uddannelseslæger, fem klinikmedarbejdere, en psykologklinik og specialtandlæger holder til her, hvor udsigten over Holstebros tage blot er én fordel ved at være en del af sundhedscentret.

– Den vigtigste grund til, at vi valgte at flytte ind her, er, at vi har en hel række funktioner samlet i samme hus. Vi og vores patienter skal blot tage elevatoren tre eller fire etager ned for at finde røntgen og blodprøver, jordemoder, kostvejledning eller genoptræning, siger praktiserende læge Jørgen Buch, der har været med i projektet næsten lige så længe som Winnie Munk.

– Vi besluttede ret tidligt i projektet, at vi ville være med. Det giver dén ekstra benefit, at man får direkte adgang til arkitekten. De ydre rammer lå fast,



Udsigten over Holstebro er blot én af de fordele, som praktiserende læge Jørgen Buch fik ved at være med i projektet fra starten.

men vi har selv i sparring med arkitekten sat alle indervægge. Vi har kunnet få det præcis, som vi ønskede det, og det betyder, at vi nu har en praksis, der efter vores mening fungerer helt optimalt, oplyser Jørgen Buch.

Koordinerer aftaler via patienterne

Det har fx betydet, at klinikken har to adskilte afdelinger med hver sit ventelokal. Den ene del er forbeholdt akutte patienter, og her er et laboratorium og en boks til mindre operationer eller sårbehandling. Den anden del af klinikken er en mere traditionel lægepraksis, hvor patienter, som har aftalt tid, møder op.

– Fordelen er, at vi kan supplere vores egne faciliteter med de tilbud, der findes eller kommer i huset, når de regionale funktioner flytter ind. Hvis ikke vi selv kan klare det, vil der være andre lige i nærheden, som kan, siger Jørgen Buch.

Lægepraksissen har fordel af de korte afstande, der er inde i et hus, men må ikke benytte sig af andre fordele, der kunne være ved at være nabo til andre sundhedstilbud. Det er ikke tilladt at give sundhedscentrets læger konkurrencefordele ved fx at tilbyde fælles it- eller bookingsystemer.

– Men selvfølgelig spørger vi en patient, der skal til genoptræning eller anden behandling, om tidspunktet for den næste aftale. Og hvis det er muligt, placerer vi aftalerne i forlængelse af hinanden, så patienten ikke skal af sted flere gange, påpeger Jørgen Buch, der til sidst peger på en anden lille fordel.

– Lægevagten konsultationer og visitation vil også flytte ind i sundhedscentret. Og det er jo en fordel, at vi ikke skal starte bilen, men kan nøjes med at tage trappen eller elevatoren, når vi har vagt, ler han.

ÅRETS SUNDHEDSBYGGERI

Formålet med konferencen "Årets sundhedsbyggeri" er "at sætte fokus på projekter, der tjener som eksempel for andre, så fremtidens hospitaler, plejeboliger og sundhedscentre kan bygge videre på erfaringer og positive resultater."

Sådan skriver Nohrcon ApS (www.nohrcon.dk), der udbyder kurser og konferencer om byggeri og offentlige udbud. Årets sundhedsbyggeri kåres på konferencen af samme navn. En fagjury kårer vinderen blandt fem nominerede projekter. I 1988 havde over 700 fagfolk inden for offentligt byggeri og arkitektur valgt de nominerede.

Der er mange fordomme om ADHD

Vi forsøger at nedbryde dem ved at udbrede viden om ADHD

ADHD er ikke altid til at få øje på. I mange år har børn og unge med diagnosen ADHD været betragtet som hyperaktive og dem, der "kravler på væggene". Men mange – især piger og kvinder – lever med ADHD som en skjult sygdom.

Hos piger med ADHD er det ikke nødvendigvis hyperaktiviteten, der er det mest iøjnefaldende. Ofte er de uopmærksomme, glemsomme og generte. Det er symptomer, der er svære at få øje på, og de bliver ofte overset af forældre og øvrige voksne, der omgås pigerne i deres dagligdag.

I vores brochureserie "ADHD og ..." fokuserer vi på de mange aspekter ved ADHD. Brochurerne kan være til stor hjælp for dem, der har ADHD inde på livet – enten som patient eller som pårørende. Du finder alle 15 brochurer i serien på vores hjemmeside: medicenordic.dk

Sæt fokus på de mange aspekter ved ADHD – få dine temabrochurer her!

Patienter og pårørende kan have stor glæde af emnerne i de 15 temabrochurer. Du er også velkommen til at bestille brochurerne til udlevering.

Du kan **læse, downloade og bestille** brochurerne her: medicenordic.dk. Du er også velkommen til at kontakte os på mail info@medicenordic.dk eller på tlf. **5786 2525**.



Bliv klogere på ADHD med brochureserien "ADHD og ..."



ADHD og drenge



ADHD og uddannelse



ADHD og seksualitet



ADHD og kost



ADHD og trafik



ADHD og arbejdspladsen



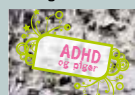
ADHD og parforhold



ADHD og teenagere



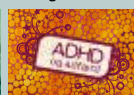
ADHD og misbrug



ADHD og piger



ADHD og pædagogik



ADHD og adfærd



ADHD og søskende



ADHD og bedsteforældre



ADHD og søvn



MEDICE NORDIC DENMARK

Klassifikation af personer med Diabetes mellitus



AF PROFESSOR, OVERLÆGE,
DR.MED. STEN MADSBAD
ENDOKRINOLOGISK AFDELING,
HVIDOVRE HOSPITAL

Det er ofte vanskeligt på diagnosetidspunktet, eller når man første gang møder en patient, at klassificere patientens diabetes korrekt. De fleste klinikere benytter sig kun af diagnoserne "type 1 diabetes", "type 2 diabetes" eller "sekundær diabetes" til f.eks. pankreatitis eller den diabetes, der kan fremprovokeres under behandling med prednison eller andre glucokortikoider. Der findes andre typer af diabetes. Hvad forstås ved "type 1½ diabetes", "LADA" eller "MODY" og hvordan er deres naturhistorie i relation til diabetesvarigheden, og skal disse undertyper af diabetes behandles på en bestemt måde?

Vi har i Danmark omkring 265.000 personer med type 2 diabetes og ca. 30.000 med type 1 diabetes. Der er mange flere med type 2 diabetes, der behandles med insulin, end vi har insulinbehandlede type 1 diabetes patienter. Hvordan afgøres det om det, er en type 2 eller type 1 patient, der behandles med insulin?

Oftest benyttes ketonuri på diagnosetidspunktet som markør for type 1 diabetes, men dens prædiktive værdi er dårlig i relation til, om personen har type 1 eller type 2 diabetes.

I det følgende diskuteres nogle tommelfingerregler, der kan hjælpe til klassifikation af diabetesen og besvare nogle af ovennævnte spørgsmål. Men først en kort introduktion af de forskellige former for diabetes mellitus

Klassifikation af diabetes mellitus

Type 1 diabetes

Patienten er ofte yngre på diagnosetidspunktet, men sygdommen kan diagnosticeres op til 80-års alderen og ca. halvdelen af dem, der får stillet diagnosen, er over 30 år. De har tabt i vægt på diagnosetidspunktet og insulinbehandling er opstartet fra diagnosetidspunktet eller kort tid efter på grund af den autoimmune destruktion af de insulinproducerende celler, der forklarer type 1

diabetesen. Type 1 diabetes patienten er (> 90 %) positive for GAD 65 antistoffer og har lav plasma C-peptid koncentration (se senere)

Type 2 diabetes

Diagnosen stilles hos de fleste ved at udelukke type 1 diabetes. Type 2 diabetes patienten er overvægtig, og fremtræder med det metaboliske syndrom (abdominal fedme, hypertension og den karakteristiske dyslipidemi med lav HDL (< 1.1 mmol/l) og høje triglycerider (>1.7 mmol/L)). Type 2 diabetes kan ses allerede i 20-30 års alderen hos etniske minoriteter fra Pakistan, Indien og Mellemøsten. Type 2 diabetespatienten har to metaboliske defekter: insulinresistens og nedsat beta-celle funktion (insulinsekretion). De er negative for GAD 65 antistoffer og har høje plasma C-peptid koncentrationer. De udvikler sygdommen, når deres insulinproducerende beta-celler ikke længere kan kompensere for insulinresistensen, der forværrer af overvægt/fedme og manglende motion. Type 2 diabetes patienterne udgør en meget heterogen gruppe, hvor nogle er karakteriseret ved svær insulinresistens, mens hos andre er sygdommen i højere grad forklaret ved en beta-celle defekt. Gruppen er karakteriseret ved en høj risiko for at udvikle hjertekarsygdom.

Bemærk, at normalvægtige personer, der diagnosticeres med type 2 diabetes, er karakteriseret ved, at det primært er en beta-celle defekt, der forklarer sygdommen, og de vil ofte have normal HDL, triglycerider og blodtryk. De klassificeres ofte som "type 1½", og nogle forbliver type 2 diabetes patienter, mens andre progredierer til type 1 diabetes. Måling af GAD 65 kan være en hjælp til at forudsige forløbet som type 2 eller type 1 diabetes patient. Ved positiv GAD 65 klassificeres patienten som LADA.

Omkring 10-20 % af type 2 diabetes patienter har sendiabetiske komplikatio-

Forskelle og ligheder mellem diabetesformer

	Type 1	LADA	MODY	Type 2	Sekundær diabetes efter pankreatitis	Steroiddiabetes
Arv	50 % videregiver genet til deres børn	Polygen	1 gen (monogen)	Polygen	Ingen genetisk association	Disponeret til diabetes
Patofysiologi	Beta-celle defekt	Beta-celle defekt	Beta-celle defekt	Insulinresistens, beta-celle defekt	Beta-celle defekt	Insulinresistens, beta-celle defekt
Alder ved debut	Ofte tidligt, som barn	Efter 35 år	Før 25 år	Ofte > 40 år	Ofte > 40 år	Ofte > 40 år
Kropsvægt	Normal	Normal	Normal	Overvægtig	Normal	Normal/overvægtig
Autoantistoffer (GAD65)	Positive	Positive	Negative	Negative	Negative	Negative
Plasma C-peptid	Lav	Lav	Lav	Høj	Lav	Høj
Metabolisk syndrom	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej

Tabel 1

ner på diagnosetidspunktet, da de har gået med sygdommen udiagnosticeret i mange år.

LADA (Latent Autoimmune Diabetes in the Adult)

Vil ofte være positive for GAD 65 og have lav plasma C-peptid og er over 35 år på diagnosetidspunktet. De kan ofte behandles som en type 2 diabetes patient de første måneder efter diagnosen, men sygdommen progredierer og insulin behandling bliver nødvendigt. De klassificeres som type 1 diabetes patienter.

Sekundær diabetes

Kan ses efter pankreatitis (er GAD 65 negative og har lav plasma C-peptid), efter behandling med prednisolon, som øger insulinresistensen, og som hos personer disponeret til type 2 diabetes medfører "Steroiddiabetes". Andre årsager er cystisk fibrose, hæmokromatose og hyperthyreose.

MODY (Mature Onset Diabetes of the young)

Er en autosomal dominant arvelig form for diabetes, og udgør formentlig mellem 1-3 % af patienterne med diabetes og er ofte fejlklassificeret som type 1 eller type 2 diabetes. Defekten findes i de insulinproducerende celler og forekommer i mange former. Diabetesen diagnosticeres før 25-års alderen, og mistanken om MODY opstår, når der gennem

generationer tilbage i familien har været diabetes, og patienten er normalvægtig. Den endelige diagnose stilles ved genotyping. De behandles bedst med sulfonfylurinstof, DPP-4 hæmmer eller en GLP-1 receptor agonist. Metformin har ingen eller meget lille effekt på blodglukose hos MODY-patienten.

Tabel 1 summerer forskelle og ligheder mellem de forskellige former af diabetes

Tommelfingerregler til klassificering af patienter med diabetes

Etnicitet

Personer fra Pakistan, Indien, Mellemøsten, Irak, Iran og Afghanistan vil ofte have type 2 diabetes, selv når den diagnosticeres i tidlig alder. Det forklares ved, at de er disponeret for at udvikle type 2 diabetes på grund af deres kropssammensætning med tendens til central abdominal fedme, samt de formentlig også genetisk er mere insulinresistente end f.eks. europæere. Der er også forskning, der tyder på, at når de bliver overvægtige og insulinresistente, har deres insulinproducerende celler mindre kapacitet til at adaptere til insulinresistensen, og diabetesen opstår derfor tidligt i livet. Personer fra f.eks. Pakistan med samme BMI som Europæere har en ca. 3-4 gange højere risiko for at udvikle type 2 diabetes.

Personer fra Somalia er hyppigst slanke, når de får diabetes og ligner

mere personer med type 1 diabetes og er som regel insulinkrævende.

Hos europæere forekommer type 2 diabetes ofte efter 40-års alderen og oftest efter 50-års alderen. Bemærk, at halvdelen af dem, der diagnosticeres med type 1 diabetes, er over 30 år gamle.

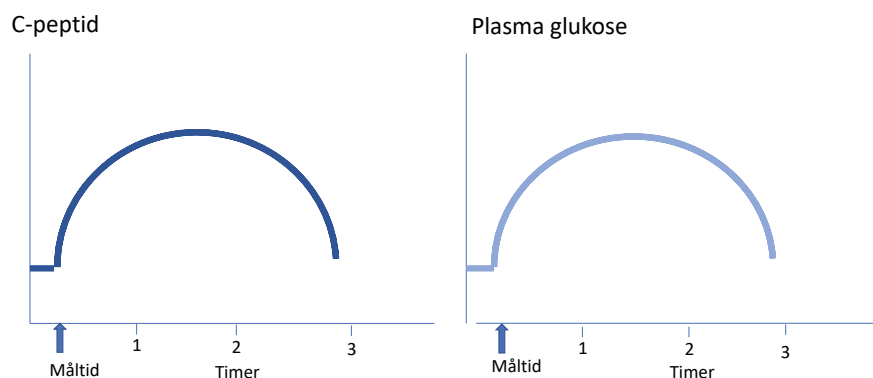
Arv

Type 2 diabetes er meget arvelig, hvis f.eks. blandt etniske danskere mor eller far har type 2 diabetes, er risikoen for at børnene vil få det omkring 40 %. Indtrykket er, at arv spiller en meget stor rolle hos personer fra Mellemøsten, Pakistan og Indien. Erfaringen er, at i familier fra disse lande har mange familiemedlemmer type 2 diabetes. Type 1 er meget lidt arvelig, hvilket medfører, at den diagnosticeres tilfældig i befolkningen.

Anamnese

Type 1 patienten har tabt omkring 4-8 kg når diagnosen stilles og været generet af hyppige vandladninger evt. symptomer på hyperglykæmi, evt. infektioner. Det er sjældent, at personer der får stillet diagnosen type 2 diabetes har tabt i vægt eller har symptomer på hyperglykæmi i form af vægttab, hyppig vandladning, og diagnosen stilles ved screening i forbindelse med indlæggelser, f.eks. for blodprop i hjertet, apopleksi eller infektioner og sår, eller hvis de opfylder kriterierne for screening for diabetes mellitus.

Plasma C-peptid og glukose responser under et måltid



Figur 1. Illustrerer plasma C-peptid og glukose responserne under et måltid. Det fremgår af figuren at en plasma C-peptid måling ca. 1-2 timer efter start af måltidet er tæt korreleret til beta-cellerne maksimale respons under et måltid, og er en god markør for hvor meget insulin en person kan producere.

Biokemi

Diagnosen diabetes mellitus stilles ved måling af HbA1c (48 mmol/mol eller derover) eller ved et tilfældig blodglukose over 11 mmol/l, hvorefter diagnosen kan verificeres ved måling af HbA1c.

Biomarkører

Hvis der er tvivl om personen har type 1 eller type 2 diabetes kan måles GAD 65, der er positiv ved type 1 diabetes og LADA. Kan i sjældne tilfælde være svag positiv ved type 2 diabetes.

Plasma C-peptid – en markør for insulinsekretionen

C-peptid, der er en markør for personens insulinproduktion, kan også benyttes til at klassificere diabetes. C-peptid frisættes fra de insulinproducerende celler samtidig med insulin, således, at når der frisættes et molekyle insulin frisættes parallel hermed et molekyle C-peptid. Insulin krydsreagerer ikke i C-peptid analysen, hvorfor målingen også kan benyttes hos insulinbehandlede patienter.

Problemet med brug af plasma C-peptid er flere, f.eks. når en person indlægges med dysreguleret diabetes, vil de insulinproducerende celler være blevet "forgiftet" (glukosetoxicitet) af det høje blodglukoseniveau, og plasma C-peptid vil være lav og ikke give noget sandt billede af personens evne til at producere insulin. Når glukosestofskiftet er stabiliseret, vil egenproduktionen af insulin forbedres. Fænomenet er bedst beskrevet hos patienter med nyopdaget type 1 diabetes. I gennem-

snit har de på diagnosetidspunktet en plasma C-peptid værdi, der svarer til ca. 10 % af værdien hos en normal person uden diabetes. Når blodglukose stabiliseret, stiger plasma C-peptid i løbet af få uger med en faktor 3-4, og personen går i remission med et mindre insulinbehov og kan ofte komme ud af insulinbehandlingen i en periode.

Hvordan måles C-peptid så mest optimalt? Den skal ikke måles i faste, da C-peptid varierer parallelt med faste blodglukose, og ved blodglukose på omkring 5 mmol/l vil den ofte være meget lav eller umålelig. Plasma C-peptid skal tages, når de insulinproducerende celler stimuleres, og i den kliniske hverdag er en plasma C-peptid målt 1-2 timer efter et måltid f.eks. morgenmåltidet en god prædiktør for hvor meget insulin personen kan producere (figur 1). Patienten instrueres i at spise et morgenmåltid på omkring 400-500 kcal og i at få taget blodprøven ca. 1-2 timer efter måltidet.

Er den stimulerede plasma C-peptid værdi på mindre end 600 pmol/l – så er personen insulinkrævende. En værdi over 1200 tyder på at personen har type 2 diabetes, og f.eks. vil have glæde af en GLP-1 receptor agonist behandling. Et normal plasma C-peptid respons er alt efter, om personen er normalvægtig eller overvægtig, fra ca. 1700 op til 3000 pmol/l.

C-peptid benyttes uger efter diagnosen, hvis der er tvivl om typen af diabetes, ved hurtig progression af diabetes, samt hos insulinbehandlede patienter, hvor man er i tvivl om, de vil have effekt af f.eks. behandling med en

GLP-1 receptor agonist, hvor reduktionen i HbA1c vil afhænge af personens egenproduktionen af insulin. Høj plasma C-peptid øger chancen for en god effekt af GLP-1 receptor agonisten. I situationer, hvor man er i tvivl om personen overhoved behøver insulinbehandling, er plasma C-peptid god til at vejlede om insulinbehandling kan stoppes.

Den insulinbehandlede patient

Hvordan afgøres det, om en insulinbehandlet patient har type 1 eller type 2 diabetes? Anamnesen er vigtig. Alderen på diagnosetidspunktet er af betydning som ovenfor beskrevet. Type 1 patienten kan fortælle, at de havde tabt i vægt på diagnosetidspunktet, samt at de siden diagnosen har været i insulinbehandling, mens type 2 diabetes patienten i flere år har været behandlet med perorale antidiabetika før insulinbehandling blev nødvendigt. Desuden vil insulinregimerne ofte være forskellige. Type 1 diabetes patienten behandles med basal-bolus insulin 4 gange i døgnet eller med insulinpumpe, mens type 2 diabetes patienten oftest får basal insulin én gang i døgnet evt. præmix insulin to gange i døgnet. Der er meget få type 2 patienter, der skal behandles med fire gange insulin i døgnet, men enkelte patienter har efter mange års diabetes kun en minimal egen produktion af insulin tilbage, så de behøver basal-bolus insulin for at regulere blodglukose (fejlklassificerede LADA patienter?).

Patienter med type 2 diabetes sættes ofte i insulinbehandling i forbindelse med indlæggelse på grund af svær interkurrent sygdom, og udskrives med insulin. Hos en del af disse patienter kan insulin seponeres, og de kan behandles med perorale antidiabetika evt. en GLP-1 receptor agonist. Alternativt kan insulinregimet ofte ændres til noget mere simpelt, f.eks. én gang basal insulin i døgnet.

Afsluttende kommentar

Klassifikation af diabetes mellitus kan være vanskelig, specielt på diagnosetidspunktet eller de første år efter diagnosen, men det kliniske forløb over tiden medfører, at de fleste patienter kan klassificeres korrekt.

Salt – blodtryk – kardiovaskulær sygdom og dødelighed

Status i sommeren 2019



AF PROFESSOR EM. DR. MED.
HANS IBSEN

Sundhedsmyndigheder og lægevidenskabelige selskaber anbefaler entydigt reduktion i saltindtagelse med henblik på at opnå en reduktion i blodtryk og dødelighed⁽¹⁻⁴⁾.

I USA har det længe været målsætningen, at indskrænke saltindtagelsen til ca. 5 gram salt dagligt eller derunder. I Danmark har målet været 6-7 gram dagligt.

En række interventionsstudier⁽²⁾ med randomisering til lavt versus høj salt indtagelse hos personer med hypertension har dokumenteret fald i blodtryk og reduktion i kardiovaskulær sygdom. Studierne har ofte været små og af kort varighed. Saltindtagelse har været vurderet ved "gold standard", nemlig 24 timers salt udskilles i urinen. Epidemiologiske undersøgelser har gennem årene bekræftet en sammenhæng mellem saltindtagelse, blodtryk og sygelighed.

I de seneste år har der været tværsnitsundersøgelser, men også populationsundersøgelser med follow-up over en årrække, som har sæt tvivl om beretigelsen af saltreduktion, i hvert fald i normalbefolkningen^(1,3). Undersøgelserne påviser en J-formet eller U-formet association med øget sygdom og dødelighed ved såvel høj (10-12 gram dagligt) som ved lav saltindtagelse (under 5 gram dagligt). Undersøgelserne har været kraftigt imødegået⁽²⁾, og kritiseret for svagheder: Døgn-saltindtagelsen har været beregnet ud fra en enkelt spot-

urin måling af natrium, hvilket medfører meget stor usikkerhed. Tre store kohorte undersøgelser hvor man har anvendt døgn urin natrium udskillelse har alle vist lineær sammenhæng mellem salt udskillelse og sygelighed/dødelighed⁽²⁾. Fænomenet "reverse causality", dvs. de syge og svage med øget risiko udskiller mindre natrium end sunde og raske. Man har dog forsøgt at korrigere herfor ved at udelukke personer med sygdom ved base-line og personer med sygdomsepisoder inden for de første 2 år af follow-up. Ændringer i saltindtagelse og blodtryk under follow-up er der ikke redegjort for.

Niels Graudal har i Ugeskrift for Læger⁽³⁾ (on-line 13. oktober 2018 og nu samme artikel på tryk 15. april 2019) hævdet, at der ikke er evidens for en saltreduktions politik i befolkningen. Han finder, ud fra metaanalyser, at der en øget dødelighed ved saltindtagelse under 6 gram dagligt (<2,3 gram natrium dagligt) – titlen leder tanken hen på en opfattelse af kausalitet, selvom han anfører, at der er tale om en association!

Fortalerne for J-kurve forløbet finder argumenter fra en aktivering i renin-angiotensin-aldosterone systemet (RAAS) ved saltreduktion. Men ved en gradvis, langsom reduktion i saltindtagelsen er der tale en besked, fysiologisk aktivering af systemet. Man skal også erindre, at hos hypertensive medfører behandling med tiazid aktivering af RAAS, med reduktion i sygelighed/dødelighed til følge⁽²⁾.

En meget omfattende analyse, publiceret i Hypertension juni 2019⁽⁴⁾, vedrørende saltudskillelse, blodtryk og risiko, bidrager delvis til afklaring. Mere end 322.000 lavrisiko individer uden behandling for hypertension, diabetes mellitus eller hjertesygdom fik målt blodtryk og estimeret døgn natrium udskillelse ved en spot-urin, og fulgt i 6,99 år. Estimeret natrium udskillelse var <3 til 7 gram i døgnet. Der var over hele spektret en nær lineær relation mellem stigning i natriumudskillelse og blodtryk.



Men der var ingen relation mellem quintiler af natriumudskillelse og mortalitet/sygdom. Men vigtigt – der var ingen tegn på øget dødelighed ved de laveste grader af saltudskillelse – men lavere blodtryk – og ikke holdepunkter for ugunstig effekt. Forfatterne funderer over et muligt for kort follow-up hos lavrisiko individer uden hypertension eller anden co-morbiditet til at kunne iagttage en positiv effekt på sygelighed/død af lavere saltindtagelse og blodtryk.

På baggrund af den uro, der har været omkring emnet, ville et meget stort kontrolleret, randomiseret studie vedrørende saltindtagelse, saltreduktion, blodtryk samt reduktion i sygelighed være meget ønskeligt. En gruppe velrenommerede USA forskere på området har i en work-shop⁽⁵⁾ formuleret ønske om en undersøgelse under strikt kontrollerede omstændigheder. Flere muligheder blev diskuteret, men man endte med et forslag om et design gennemført i fængsler! (Sic!). Interessant om det kan

Fortsættes næste side

realiseres – de har haft kontakt til fængselsmyndigheder.

To nye, meget væsentlige publikationer med befolkningsperspektiv kan få stor indflydelse:

I april 2019 blev der i The Lancet⁽⁶⁾ publiceret en meget detaljeret analyse fra "the Global Burden of disease Study" som vurderer en lang række kostfaktors risiko for sygdom og død. De finder at vurderet ud fra 11 millioner dødsfald i 2017 er de alvorligste risikofaktorer høj saltindtagelse og lav indtagelse af fibre og frugt. Resultaterne er generelt uafhængige af køn, alder, race, socio-økonomiske forhold og geografi. De finder, at resultaterne er en platform for "evidence based dietary interventions".

I New England Journal of Medicine maj 2019⁽⁷⁾ er publiceret et "perspective" fra National Academy of medicine (tidligere "Institute of Medicine") som fastslår, ud fra en nylig meget omfattende og detaljeret rapport fra "National Academies of Sciences, Engineering and medicine (NASAM)", at der er

"overwhelming weight to reduce the amount of sodium in the U.S. food supply". Tidligere har Institute of Medicine (IOM) tøvet med en så klar udmelding, men nu finder IOM/NASAM, at der er god dokumentation for at et samarbejde med fødevarerindustrien om reduktion i salt er afgørende

Der er således i 2019, alt i alt, stor international enighed – og i overensstemmelse med alle lægefaglige guidelines – om det gunstige i at reducere befolkningens saltindtagelse – med lavere blodtryk og hjerte-kar sygdomme til følge.

OBS! Der skal multipliceres med 2,5 for at konvertere 1 gram natrium til gram salt (NaCl).

Referencer

1. Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, et al. Urinary sodium excretion, blood pressure, cardiovascular disease, and mortality: A community-level prospective epidemiological cohort study. Lancet 2018; 392: 496–506

2. Tan M, He FJ, MacGregor GA Salt and cardiovascular disease in PURE: A large sample size cannot make up for erroneous estimations. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst. 2018 Oct-Dec;19(4)
3. Graudal N. Øget dødelighed ved den anbefalede saltindtagelse på under seks gram. Ugeskr Læger 2019;8, 770-73.
4. Welsh CE, Welsh P, Pardeep J, Delles C, Celis-Morales C et al Urinary sodium Excretion, Blood Pressure, and risk of Future Cardiovascular disease and Mortality in Subjects Without Prior Cardiovascular Disease. Hypertension 2019;73:1202 – 1209
5. Jones DW, Luft FC, Whelton PK, Alderman MH, Hall JE, Peterson ED, Califf RM, McCarron DA. Can we end the salt wars with a randomized clinical trial in a controlled environment? Hypertension. 2018;72:10–11.
6. GBD 2017 diet collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990 – 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Online 3. april 2019 S0140 – 6736(19)30041-8
7. Henney JE, O'hara JA, Tayler L. Sodium-Intake Reduction and the Food Industry. N Engl J Med 2019 May 29, 2019 DOI: 10.1056/NEJMp1905244

PRESSENYT

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brug af e-cigaretter

Der er mange risici og usikkerhed om skadevirkninger ved brug af e-cigaretter

I Sundhedsstyrelsen har vi opdateret vores anbefalinger om e-cigaretter. Vi fastholder, at vi ikke kan anbefale brugen af dem. Som noget nyt vil Sundhedsstyrelsen ud fra et forsigtighedsprincip fraråde at børn, unge, gravide og ammende ryger e-cigaretter. Sundhedsstyrelsen advarer samtidig mod at brugere af e-cigaretter tilsætte ting til e-væsker.

"Vi kan ikke anbefale e-cigaretter som rygestopmiddel. Samtidig er vi blevet mere bekymrede for de skadelige effekter, særligt ved langvarigt forbrug af e-cigaretter", siger Niels Sandø, forebyggelseschef i Sundhedsstyrelsen.

På den baggrund kan Sundhedsstyrelsen ikke anbefale brugen af e-cigaretter. Og e-cigaretter bør slet

ikke bruges af gravide, ammende, børn og unge.

"Vi ved, at brug af nikotin medfører afhængighed, og at det kan påvirke et foster negativt, hvis mor ryger. Desuden påvirker nikotin udviklingen af hjernen hos børn og unge. Derfor venter vi os bekymringer om skadevirkninger særligt tungt i denne gruppe", understreger Niels Sandø,

Voksne, der ryger, og ønsker at stoppe med at ryge, anbefales at bruge kvalitetssikret rygestoprådgivning i kombination med godkendt rygestopmedicin. Begge dele er vel-dokumenterede, og der er en betydelig sikkerhedskontrol med godkendte lægemidler. Brugere kan kontakte Stoplinien på 80 31 31 31.

I USA har der været rapporteret om

et stigende antal tilfælde af alvorlig lungesygdom samt enkelte dødsfald hos brugere af e-cigaretter. De amerikanske sundhedsmyndigheder er ved at undersøge området, og der er bl.a. mistanke til inhalerede cannabisolier, der har været tilsat. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen indskærpet sin anbefaling om at danske brugere af e-cigaretter helt undlader at tilsætte ting som f.eks. olier til e-cigaretvæsker da det kan medføre alvorlig akut sygdom.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med, at der er set tilsvarende tilfælde af alvorlig lungesygdom relateret til e-cigarettbrug i Danmark.

Sundhedsstyrelsen følger løbende udviklingen i USA og andre lande.

SÅRMIDDEL NU PÅ APOTEKET

Effektivt middel til pleje og heling af bl.a. kroniske sår, diabetiske fodsår, forbrændinger, øjenbetændelse, virus og svamp

Microdacyn®, der også anvendes professionelt, fås som en hydrogel og væske, hvor kroppens egen forsvarsmekanisme mod sygdomsfremkaldende bakterier er genskabt vha. ultrarent vand og fint raffineret kogesalt, som har gennemgået en elektrisk proces.

”

Microdacyn® øger ophealingstiden ca. 30 - 40%, og ved brandsår er ophealingstiden op til 50% hurtigere samtidig med, at tendensen til dannelse af arvæv nedsættes væsentligt. Produktet indeholder ikke skadelige stoffer og antibiotika.

”

Microdacyn® reducerer antallet af bakterier i sår uden at indeholde skadelige stoffer eller lægemidler, hvorved det heller ikke kan skabe resistente bakterier. Produktet angriber multiresistente bakterier og bakterier, som danner biofilm.

Microdacyn® nedbryder også effektivt vira og svampe.

Microdacyn® angriber kun encellede mikroorganismer og ikke større cellestrukturer. Da produktet samtidig er hypotonisk, dannes der små huller i bakteriecellerne. Saltindholdet er højere inde i bakteriecellen end i Microdacyn® hydrogel- og væske, hvorved der trænger vand ind i bakteriecellen, indtil den ødelægges. Det er en effektiv måde at reducere antallet af bakterier.

Den virksomme del i Microdacyn® er hypoklorsyre, som også er en naturlig del af det medfødte immunsystem hos mennesket og dannes af hvide blodlegemes makrofager, når de skal bekæmpe bakterier.

Da produktet bygger på naturlige ingredienser, kan hydrogelen og væsken forblive i såret uden at blive skyllet ud. Behandlingen egner sig også, inden for den professionelle behandling, til blottede led, brusk, ledbånd, sener og det indre øre.

Ved behandling af f.eks. blæner på læben og i munden konstateres ændringer i strukturen allerede efter 10 - 15 minutter.

Microdacyn® er let at håndtere, og forbliver sterilt efter åbningen – også ved direkte berøring af f.eks. en pipette.

Huden kan tolerere produktet i en sådan grad, at det også kan benyttes til spædbørn, og der er ingen kendte bivirkninger.

FAKTA OM MICRODACYN®

- Microdacyn® skaber ikke resistens, belaster ikke miljøet. Microdacyn® indeholder ikke konserveringsmiddel, steroider eller antibiotika.
- Produktet er godkendt som medicinsk udstyr kl. IIB, og det kan derfor købes i håndkøb uden recept
- Den afgørende faktor for produktets funktion er indholdet af den patenterede – superiltede – hypoklorsyre (HOCl), som også er en naturlig del af kroppens medfødte immunsystem
- Microdacyn® er klar til brug, pH-neutralt, allergivenligt og har ingen kendte bivirkninger på mennesker
- Microdacyn® kan fås som en Wound Care sårskyllevæske og hydrogel til mindre sår, skrammer og rifter
- Microdacyn® bør, grundet sine alsidige anvendelsesmuligheder, indgå i ethvert husapotek
- Læs mere på: www.diasence.dk

KAN ANVENDES TIL:

Microdacyn® hydrogel og -væske anvendes til pleje og heling af kroniske sår, diabetiske fodsår, Ulcus cruris (arteriel og venøse), inficerede decubitus sår, forbrændinger (1., 2. og 3. grads), onkologiske sår, profylaktisk bakteriehæmmende ved akut opståede sår, Inficerede og nekrotiske traumatiske sår og operationssår. Produktet kan også effektivt anvendes til øjenbetændelse, bylder, akne og svamp i munden og på kroppen.

Diasence

Tlf: 20 22 36 45 • on@diasence.dk
www.diasence.dk



Informationsvideo



ANNONCE

Blodprøve analyse for specifikt IgE og reduktion af eksponering rettet mod alle sensibiliseringer kan reducere ikke-planlagte udgifter til astmabehandling og medicin

Dr. Jason Cunningham PhD CSci FIBMS
Europæisk marketingsdirektør
Thermo Fisher Scientific

allergy &
autoimmune disease
findthetruth.allergyai.com

Sammendrag

Denne artikel beskriver, hvordan evidens indikerer, at testning (ud over standardbehandling hos patienter med astma) for sensibilisering over for almindelige luftbårne allergener ved hjælp af blodprøve analyser for specifikt IgE samt eventuelle andre allergener indikeret af patientens anamnese, sammen med rådgivning vedrørende reduktion af eksponeringen baseret på disse sensibiliseringer kan være med til at:¹⁻⁴

- Reducere risikoen for forværring af astma
- Reducere risikoen for forværring af astma trods virale infektioner
- Reducere medicinbelastningen

Hjælper med at reducere risikoen for forværring af astma

I et randomiseret kontrorforsøg med 937 børn med astma udført af Morgan *et al.*, publiceret i New England Journal of Medicine, blev det påvist i sammenligning med kontrolgruppen, at intervention i form af information og reduktion af eksponering for alle sensibiliserede allergener og tobaksrøg i omgivelserne kunne reducere:¹

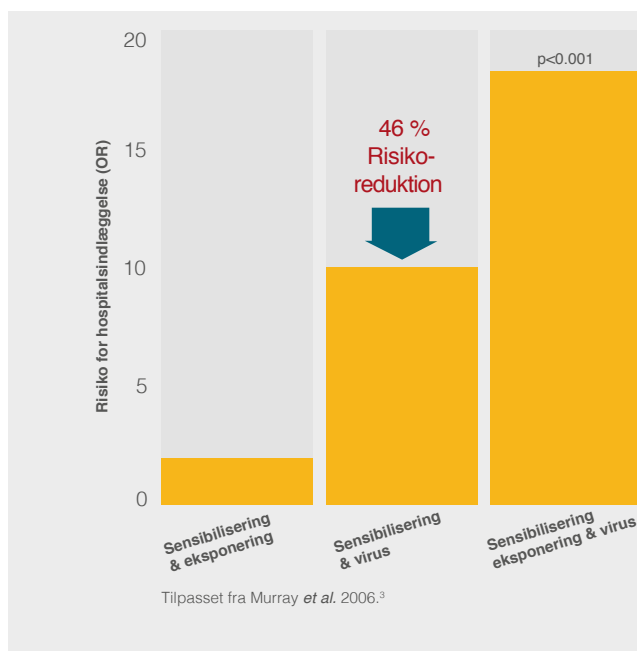
- Antallet af dage med symptomer med 19,5 % ($p<0,001$) for hver 2 ugers periode i 12 måneder
- Antallet af dage om året med fravær fra skolen med 20,7 % ($p=0,003$ (4,4 dage/år))
- Antallet af ikke-planlagte besøg til en akutafdeling eller astmaklinik om året med 13,6 % ($p=0,04$ (2,1 dage/år))

I et andet randomiseret kontrorforsøg med 234 børn med astma og sensibilisering over for husstøvmider, som for nylig var blevet behandlet på en akutafdeling med forværring af astma, påviste Murray *et al.*, at intervention i form af reduktion i eksponeringen for husstøvmider ved brug af særligt sengetøj (sammenlignet med kontrolgruppen) reducerede risikoen for hospitalsindlæggelse med 45 %.

Efter 12 måneder havde signifikant færre børn i den aktive gruppe været på hospitalet på grund af en forværring sammenlignet med placebogruppen (36/123 [29,3 %] sammenlignet med 49/118 [41,5 %], $p=0,047$) (NNT=8).²

Hjælper med at reducere risikoen for hospitalsindlæggelse for astma trods virale infektioner

I et studie udført af Murray *et al.*, publiceret i Thorax blev det påvist, at patienter, som har allergiske sensibiliseringer som ikke bliver eksponeret, og som har en viral infektion, har en 46 % lavere risiko for en hospitalsindlæggelse end patienter med en viral infektion, som er sensibiliserede og eksponerede.³



Hjælper med at reducere medicinbelastningen

I et studie udført af Zethraeus *et al.*, blev det påvist, at indledende analyse af blod for specifikt IgE hos børn med respirations- eller hudproblemer reducerede medicinforbruget over 2 år:⁴

Medicin	Reduktion i brug over 2 år (%)
Bronkodilatorer	70 %
Kortikosteroider	51 %
Antihistaminer	11 %

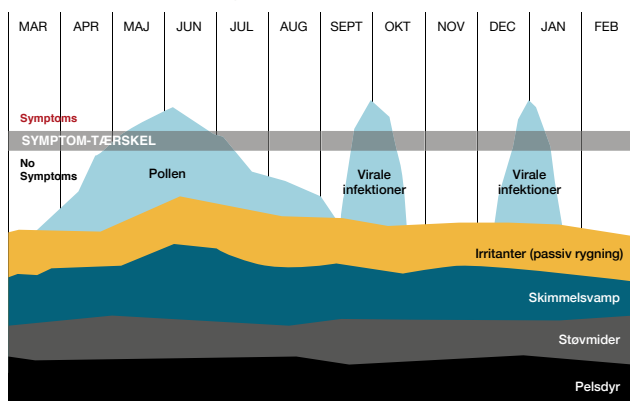
Referencer

1. Morgan WJ, *et al.* *N Engl J Med* 2004;351:1068-80. 2. Murray CS, *et al.* *Am J Respir Crit Care Med* 2017;196:150-8. 3. Murray CS, *et al.* *Thorax* 2006;61:376-382. 4. Zethraeus N, *et al.* *Ital J Pediatr* 2010;36:61. 5. Allen-Ramey F, *et al.* *J Am Board Fam Pract* 2005;18(5):434-439. 6. Host A, Halken S. *Allergy* 2000;55: 600-608. 7. Ciprandi G, *et al.* *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 40(3); 2008: 77-83. 8. Eggleston PA. *Immunol Allergy Clin North Am* 2003;23(3):533-547. 9. Wickman M. *Allergy* 2005;60 (suppl 79):14-18. 10. Cramer R. *Allergy* 2013;68:693-694. 11. Park KHP, *et al.* *Ann Lab Med* 2018;38:23-31. 12. Smith HE, *et al.* *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:646-50.
- 73465.AL.EU1.EN.v1.19

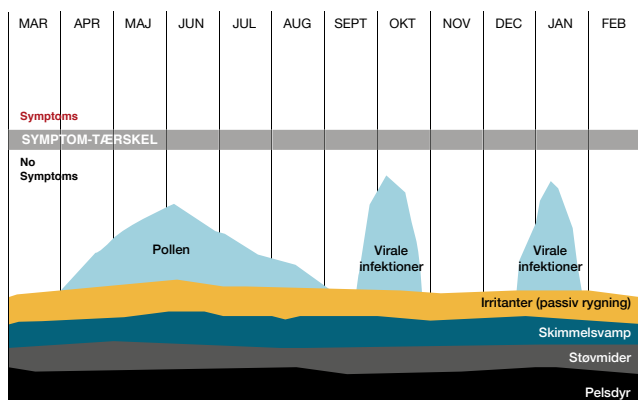
Kontrollér det kontrollérbare – hvorfor forbedrer reduktion af allergeneksponering astmaresultater?

Vi ved, at allergener udløser forværring af astma hos op til 90 % af børn og 60 % af voksne med astma.^{5,6} De fleste patienter med allergier er allergiske over for flere forskellige ting (helårs- og sæsonbetonede luftbårne allergener osv.), der bidrager til deres allergenbelastning.⁷ Disse allergensensibiliseringer føjes til patientens allergen-/ triggerbelastning og fører til sidst til forværring af deres astma til trods for forebyggende medicin – selv fra andre, ikke-allergiske triggere.^{8,9} Reduktion af eksponeringen for de "kontrollérbare" triggere kan hjælpe med at holde patienten under deres tærskel, selv når de eksponeres for en ikke-kontrollérbar trigger som en viral infektion.^{1,3}

Før reduktion af eksponering



Efter reduktion af eksponering



Hvad er ImmunoCAP blodprøve analyse for specifikt IgE?

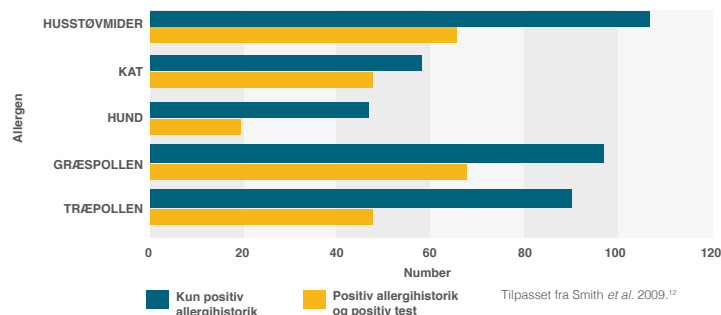
ImmunoCAP blodprøve analyse for specifikt IgE:

- Er "golden standard" for allergen specifikke blod prøve analyser, valideret i mere end 6.000 kliniske publikationer i hele verden^{10,11}
- Er en CE-mærket analyse, Der foretages på dit lokale laboratorium
- Er let at anmode om gennem rekvisitionssystemer og kræver kun 1 ml blod for op til 10 allergener

Hvorfor er anamnese alene ikke nok?

I et studie udført af Smith *et al.*, blev det påvist, at tilføjelse af testning for allergensensibilisering til en struktureret anamnese forbedrer nøjagtigheden af allergivurderingen. Det hjælper patienter målrette de råd, som de får om reduktion af eksponering, mod allergener, som de skal undgå.¹²

Prædiktiv validitet af kun struktureret anamnese og formel allergivurdering



Testen

Aeroallergener

Selv om du muligvis er overbevist om, hvilket allergen der skubber din patient over hans eller hendes symptomtærskel, er det vigtigt at teste for sensibilisering for de bagvedliggende luftbårne allergener, som kan øge deres tærskel.

1. Bestil blodprøve analyser for specifikt IgE for de mest almindelige luftbårne allergener
Phadiatop tester for husstøvmider – pollen – kat – hund – skimmelsvamp
2. Rådgiv om reduktion af eksponering over for alle de sensibiliserede Luftbårne allergener
Som studierne i denne artikel viser,¹⁻⁴ kan rådgivning af din patient om reduktion af eksponering for de luftbårne allergener, som de er sensibiliserede overfor (sensibilisering for ImmunoCAP™ specifikt blodtest er påvist ved resultater $\geq 0,1$ kU_A/L), være med til at forbedre resultaterne.

Hent råd om reduktion af eksponering fra:

findthetruth.allergyai.com

Fødevareallergi

1. Historik
Foretag en fødevareallergispecifik historik.
Du kan hente en gratis historikskabelon fra <https://allergyai.com/uk/allergy/resources/clinical-toolkit>
2. Bekræft
Bestil blodprøve analyse for specifikt IgE for de mistænkte allergener
3. Styring
Fortolk resultaterne i konteksten af anamnese. Et resultat på $\geq 0,1$ kU_A/L indikerer sensibilisering, og resultaterne skal altid sammenholdes med patientens anamnese. Overvej henvisning til en diætist eller anden specialist for yderligere støtte.

To ud af tre danskere lider af kroniske sygdomme



AF PH.D. MICHAEL FALK HVIDBERG, DANISH CENTER FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS, AALBORG UNIVERSITET, PROFESSOR SØREN PAASKE JOHNSEN, DANSK CENTER FOR KLINISK SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING, KLINISK INSTITUT, AALBORG UNIVERSITET OG AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL, SENIORFORSKER MICHAEL DAVIDSEN, STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, SYDDANSK UNIVERSITET OG PROFESSOR LARS EHLERS, DANISH CENTER FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS, AALBORG UNIVERSITET

Antallet af danskere, der lider af én eller flere kroniske sygdomme, er langt højere end hidtil antaget. Det viser Danmarks hidtil største studie i kroniske sygdomme – og verdens første kortlægning kroniske sygdomme i den samlede befolkning for et helt land (1, 2).

Indtil nu har Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen officielt vurderet, at cirka hver tredje dansker lider af en kronisk sygdom. Men det er et underestimat. Cirka to ud af tre danskere over 16 år har én eller flere kroniske sygdomme. Det er næsten det dobbelte af de hidtidige officielle estimater.

Ifølge de nye tal har mænd i gennemsnit 2,0 sygdomme, mens kvinder gennemsnitligt har 2,4. Forskellene er dog mere markante på alder, hvor 16-44-årige i gennemsnit har 1,1 sygdom, 45-74-årige har 2,7 sygdomme og 75+-årige har 5,3 sygdomme i gennemsnit. Tallene dækker over store forskelle, f.eks. er det maksimale antal sygdomme for én patient 36.

De 10 hyppigste lidelser er følgende: Forhøjet blodtryk (23,3 %), forhøjet kolesterol (14,3 %), depression (10,0 %), bronkitis (9,2 %), astma (7,9 %), type 2-diabetes (5,3 %), KOL (4,7 %), slidgigt i knæ (3,9 %), knogleskørhed (3,5 %) samt mavesår (3,5 %).

Studiet har kortlagt den fulde kroniske sygdomsbyrde og identificeret over 199 kroniske sygdomme blandt alle 4,5 millioner danskere over 16 år. Det er gjort via de unikke danske sundhedsregistre, og fordi der ses på alle borgere, er der ingen statistisk usikkerhed – tallene er, som de er.

I studiet er medregnet patienter, som er blevet udredt, diagnosticeret og behandlet af læger og andre sundhedspersoner i det danske sundhedsvæsen for de pågældende sygdomme. De valgte sygdomme er baseret på WHO's anerkendte internationale sygdomsklassifikationssystem ICD-10, som også i Danmark udgør ryggraden i sundhedsvæsenets registrering af diagnosticerede sygdomme.

Prævalensen af kronisk sygdom er således opgjort ud fra detaljerede registreringer i bl.a. Landspatientregistret, Lægemiddelregistret, og Sygesikringsregistret.

Resultaterne fra studiet har skabt stor mediebevågenhed i den seneste tid. Nogle læger og forskere er bekymrede for, om debatten kan have negative konsekvenser. Vil offentliggørelsen af tallene om kronisk sygdom føre til yderligere sygeliggørelse af ellers raske individer? For hvis alle andre er syge, så må jeg jo også være det! Kritikken har bl.a. været, at opgørelser af kronisk sygdom kun bør medtage "de alvorligste sygdomme" – og ikke som vores nye studie 199 kroniske lidelser.

Risikoen for sygeliggørelse er et reelt problem, hvor blandt andre Dansk Selskab for Almen Medicin og andre samfundsdebattører har en vigtig rolle. Imidlertid betyder det efter vores opfattelse ikke, at opgørelser over forekomsten og fordelingen af kroniske sygdomme, samt diskussioner om definitioner og opgørelser alene skal holdes i faglige kredse.

Der har også været debat om, hvad "kronisk" betyder. WHO definerer kronisk sygdom som: "Noncommunicable – or chronic – diseases are diseases of long duration and generally slow progression." (3). Altså ikke livslangt. Lignende definition bruger Sundhedsstyrelsen: 'a disease that has a long-term course or is constantly recurring' (4).

Vi mener, der mangler en hensigtsmæssig terminologi og nuancering af de ikke akutte eller smitsomme sygdomme, herunder en gradbøjning af deres alvorlighed og længde. Virkeligheden er, at vores tids (kroniske) sygdomme ikke altid er livslange eller lige alvorlige, hvilket strider imod vores dagligdags forståelse af begrebet kronisk. Vores studie forsøger at præcisere og nuancere begrebet kronisk, idet vi i tråd med anden forskning har anvendt en mere præcis definition af kronisk sygdom, d.v.s. "We defined a person as having a chronic



condition if that person's condition had lasted or was expected to last twelve or more months and resulted in functional limitations and/or the need for ongoing medical care" (5).

Derudover kræver definitionerne til brug i forskning og opgørelser, at man differentierer og nuancerer alvorlighedsgraden af kronisk sygdom. I vores studie er der anvendt fire kategorier (livslang, 10, 5 og 2 år). Dette er en vigtig brik i forståelsen af kronisk sygdom – også for at reducere sygeliggørelse og give en mere korrekt sygdomsforståelse.

Studiets resultater er også vigtige i forhold til en diskussion om prioritering og diskussion af kronikerbyrdens samfundsmæssige udfordringer i fremtiden. Ikke mindst fordi det finansielle pres er voksende og udgør et stigende problem. Det stigende antal af kronikere anses af både forskere, myndigheder og WHO som sundhedsvæsenets største udfordring, og det nye studie har givet et basalt overblik, der ikke har været før. Med undersøgelsen gives et nyt supplerende redskab, som kan bruges

i prioritering, planlægning, vurdering af økonomiske byrder, og udvikling af det fremtidige sundhedsvæsen, som skal kunne håndtere fortsat flere kronikere. Første step hertil er netop det overblik, undersøgelsen giver over, hvem og hvor mange kronikere, der er.

Studiet giver også en ramme at arbejde videre med og mulighed for at nuancere og analysere kroniske sygdomme i den danske befolkning – eksempelvis med afsæt i de fire alvorlighedsgrader. Ikke alle kroniske sygdomme er lige alvorlige, og nogle er vanskeligere at behandle end andre. Det er ikke vores opgave som forskere at selekttere i billedet, men fremlægge det fulde billede bedst muligt – velvidende at billedet ikke er statisk, men vil og skal blive videreudviklet. Samfundsdebatten skal foregå på et oplyst grundlag og for at kunne bidrage til imødekommelse af fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet, er der brug for et nuanceret og samlet korrekt billede af sygdomsbyrden.

Referencer

1. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glumer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. *Scand J Public Health*. 2016;44:462–79.
2. Hvidberg MF, Johnsen SP, Davidsen M, Ehlers L. *Pharmacoecoon Open*. 2019 Jul 24. doi: 10.1007/s41669-019-0167-7. [Epub ahead of print].
3. WHO: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/
4. Sundhedsstyrelsen [Danish National Board of Health]. Beskrivelse af Sundhedsstyrelsens monitorering af kronisk sygdom [Description of National Board of Health's monitoring of chronic disease]. National Board of Health [http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK-dansk/Sundhedsdata og it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Kroniker/Metodebeskrivelse af Sundhedsstyrelsens monitorering af kronisk sygdom.ashx](http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK-dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Kroniker/Metodebeskrivelse%20af%20Sundhedsstyrelsens%20monitorering%20af%20kronisk%20sygdom.ashx) (2012, accessed 15 June 2015).
5. Sullivan PW, Lawrence WF, Ghushchyan V. A national catalog of preference-based scores for chronic conditions in the United States. *Med Care* 2005; 43: 736–49.

- Studiet er udarbejdet af Danish Center for Healthcare Improvements (DCHI) på AAU. Det er finansieret af DCHI, Region Nordjylland og Momsfonden. Derudover er projektet lavet i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.
- Studiet er den første del af et større forskningsprojekt om kroniske sygdomme. Formålet med projektet er at give et overblik over sygdomstyper og omfanget af kronisk sygdomsbyrde til både politikere, sundhedsprofessionelle og forskere til brug i sundhedsplanlægning. Projektet undersøger også variation i livskvalitet hos patienter med en eller flere af de 199 kroniske sygdomme.

ADHD, vægt og spiseproblemer



AF OVERLÆGE, STUDIELEKTOR TINE HOUMANN,
AMBULATORIUM FOR SMÅBØRN B291
REGION Hovedstadens Psykiatri
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Afdeling Glostrup

Patienter med ADHD lider ofte samtidigt af overvægt, og spiseproblemer. En øget forekomst af overvægt hos børn med ADHD blev påvist allerede i 1990'erne i Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA) studiet ⁽¹⁾, og en række kliniske og populationsbaserede studier der inkluderer både børn, unge og voksne, har siden bekræftet denne sammenhæng.

Sammenhængen mellem ADHD, vægt, spiseproblemer og egentlige spiseforstyrrelser kan skyldes flere årsager. Dels ADHD symptomerne og heraf manglende impuls kontrol, dels fødeindtagelse som symptomdæmpende middel, dels en neurobiologisk forklaringsmodel med afvigelser i neuronale netværk og hjernens belønningssystem, som involverer dopamin, ligesom fælles genetiske variationer kan have betydning.

Kernesymptomerne ved ADHD er opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet. Vanskelighederne debuterer i barneårene og vedvarer for langt de fleste patienter ind i voksenlivet, hvor den i barndommen tydelige hyperaktivitet, ændrer sig til indre uro og anspændthed. Som en del af opmærksomhedsproblemerne ses vanskeligheder med de neuropsykologiske eksekutive funktioner vedr. regulering af adfærd og følelser, overblik, planlægning, tidsfornemmelse og strukturering. Psykiatrisk komorbiditet er meget hyppig

(ca. 60-70%), både hos børn, unge og voksne. Ved ADHD ses en øget hyppighed af ulykker, misbrug, kriminalitet og for tidlig død ^(2,3,4). Forhold der er relateret til kernesymptomerne impulsivitet, uro, anspændthed, vanskeligheder med at regulere adfærd og følelser samt den hyppige komorbiditet.

Overvægt er et tiltagende problem i Danmark hos både børn (10-15%) ⁽⁵⁾ og voksne (50%) ⁽⁶⁾. Egentlig spiseforstyrrelse som anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) diagnosticeres hos ca 3 % og hyppigst hos kvinder. Binge-eating disorder (BED), er en diagnose i DSM diagnosesystemet og med samme karakteristika som BN, undtagen kompensatorisk adfærd som opkastninger eller brug af laxativer. BED diagnosen findes ikke i ICD-10 systemet.

Studier af ADHD, overvægt og spiseforstyrrelse

Et nyt svensk studie ⁽⁷⁾ der kombinerer registerbaserede data, herunder data fra Child and Adolescent Twin Study in Sweden, og forskellige genetiske undersøgelser og metoder, undersøgte sammenfald mellem ADHD og forskellige spiseforstyrrelser. Studiet fandt en signifikant forøget risiko for spiseforstyrrelse generelt hos personer med ADHD og deres nære slægtninge (OR=3,97), men især en markant forøget risiko for BN (OR=5,01) og Andre Spiseforstyrrelser (OR=4,66), sammenlignet med personer uden ADHD og deres nære slægtninge. Associationen mellem ADHD, spiseforstyrrelse og slægtskab, faldt svarende til fald i slægtskab. Genetiske modeller fandt den største genetiske korrelation mellem ADHD, Andre Spiseforstyrrelser og BN. Forfatterne konkluderer at der ser ud til at være en specifik genetisk korrelation mellem ADHD og Non-anorexi spiseforstyrrelser.

Longitudinelle studier af børn og unge med ADHD har påvist at de i løbet af deres opvækst ofte udvikler fedme ^(8,9). En metaanalyse fra 2016 ⁽¹⁰⁾ af 41 studier af sammenfald mellem ADHD og overvægt fandt en øget risiko for fedme både for børn og unge (OR=1,2) og voksne (OR=1,6) også efter justering for

konfunderer som psykiatrisk komorbiditet og socioøkonomisk status.

Et systematisk review og metaanalyse fra 2016 ⁽¹¹⁾ undersøgte komorbiditet mellem ADHD og spiseforstyrrelser (AN; BN og BED), i alt 17 studier. Metaanalysen fandt en øget risiko (OR=2,5) for ADHD blandt patienter med spiseforstyrrelse, og en øget risiko (OR=4,3) for spiseforstyrrelse (AN; BN og BED) blandt patienter med ADHD. Endvidere syntes ADHD symptomerne at forudgå udviklingen af spiseforstyrrelse.

Et systematisk review fra 2017 ⁽¹²⁾ af 72 studier undersøgte sammenfald mellem problematisk spiseadfærd defineret som henholdsvis restriktiv spisning eller overspisning og samtidig ADHD (diagnosticeret eller symptomer på ADHD vurderet ved ADHD rating scales). Resultaterne tyder på at der ved ADHD er en øget forekomst af overspisning, at tendensen til overspisning hos børn med ADHD varer ved igennem opvæksten, og at ADHD symptomernes sværhedsgrad korrelerer med sværhedsgraden af overspisning.

Årsagsfaktorer

Både klinisk og på baggrund af videnskabelige studier, finder man altså en sammenhæng mellem ADHD, overvægt, overspisningsadfærd og spiseforstyrrelser. Man kan antage at kernesymptomerne ved ADHD, impulsivitet, uopmærksomhed, indre uro og anspændthed kan føre til impulsiv overspisning, at man ikke er opmærksom på sult/mæthedsfornemmelse, eller at indtagelse af føde har en dæmpende effekt på følelsen af indre uro og anspændthed. Som anført har personer med ADHD ofte nedsat funktion af de neuropsykologiske eksekutive funktioner der bl.a. regulerer adfærd og følelser, og styrer overblik, planlægning og tidsfornemmelse. Studier tyder på at også børn og voksne med overvægt har samme vanskeligheder med de eksekutive funktioner, og at disse vanskeligheder kan gøre det vanskeligt at gennemføre en ændring i livsstils, kost- og motionsvaner ⁽¹³⁾. Det er velkendt at der ved ADHD er en forstyrrelse i neuronale

netværk udgående fra basalganglierne til andre områder i hjernen, blandt andet til præfrontale cortex, hvorfra de eksekutive funktioner styres, samt en forstyrrelse af hjernens belønningssystem via neurotransmitteren dopamin. Ved MR og PET scanningsstudier af personer med overvægt og BED er der påvist lignende afvigelser ^(14,15,16,17). En bagvedliggende årsagsfaktor kunne være fælles genetiske faktorer således som det nye svenske studie antyder.

Medicin som behandling eller mad som medicinering

Ved medikamentel behandling af ADHD er centralstimulantia som methylphenidat og dexamfetamin blandt de hyppigst anvendte præparater. Disse øger bl.a. mængden af dopamin i synapsespalten i præfrontale cortex. Præparaterne har som den hyppigste bivirkning

nedsættelse appetitten hvilket skyldes dopamineffekten. Ved indtagelse af mad sker der ligeledes en øgning af dopamin i centralnervesystemet, hvorfor overspisning hos personer med ADHD kan være en form for selvmedicinering, hvor indtagelse af mad dæmper ADHD symptomerne, herunder indre uro og anspændthed. Man er nu begyndt at undersøge centralstimulantia til behandling af overvægt. Således har RCT studier af centralstimulantia til behandling af patienter med BED vist god effekt ⁽¹⁸⁾. Effekten af medicinen skyldes den dopamin inducerede appetitløshed der dæmper trangen til at overspise, men kan også skyldes medicinens dæmpende effekt på indre uro og anspændthed.

Ved medikamentel behandling igen længere tid af ADHD hos børn og unge er appetitnedsættelsen og dermed følgende vægttab og nedsat højde-

vækst, den hyppigste problemgivende bivirkning. Således fandt man ved follow-up i 25-årsalderen af deltagerne i MTA-studiet, at længere tids forbrug af centralstimulantia var associeret med nedsat sluthøjde (svarende til 2,55 cm +/- 0,73) ⁽¹⁹⁾. Det er således ofte nødvendigt at give kostråd om energitætte måltider til forældre til børn med ADHD, for at barnet ikke skal tabe sig for meget. Set i et længere perspektiv kan det dog konkluderes at personer med ADHD er i risiko for at udvikle problemer med overvægt og forstyrret spisning, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på dette, og støtte patienten, både hvis der er tale om undervægt eller overvægt. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på at overvægt hos børn, unge eller voksne kan skyldes u-diagnosticeret ADHD.

Litteratur

1. NIMH »The Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Study (MTA) [Internet]. [cited 2017 Nov 17]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/mta/the-multimodal-treatment-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-study-mta-questions-and-answers.shtml>
2. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, D'Onofrio BM, Dalsgaard S, Chang Z, Larsson H. Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry* 2019 Aug 7. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1944. [Epub ahead of print]
3. Dalsgaard S, Lechman JF, Mortensen PB, Nielsen HF, Simonsen M. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 2015 Aug;2(8):702-709. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00271-0. Epub 2015 Jul 22.
4. Mohr Jensen C, Müller Bisgaard C, Boldsen SK, Steinhausen HC. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019 Apr;58(4):443-452. doi: 10.1016/j.jaac.2018.11.016. Epub 2019 Feb 11.
5. Brixval CS, Region Hovedstaden, Statens Institut for Folkesundhed. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014: data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn. Statens Institut for Folkesundhed; 2017.
6. Forekomst af overvægt [Internet]. [cited 2017 Sep 15]. Available from: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt/forekomst>
7. Yao S, et al. Associations Between Attention-Deficit/hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches. Yao S. et al. *Biological psychiatry* 2019 <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.036>
8. Aguirre Castaneda RL, Kumar S, Voigt RG, Leibson CL, Barbaresi WJ, Weaver AL, et al. Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Sex, and Obesity. *Mayo Clin Proc.* 2016 Mar;91(3):352-61.
9. Biederman J, Spencer TJ, Monuteaux MC, Faraone SV. A Naturalistic 10-Year Prospective Study of Height and Weight in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Grown Up: Sex and Treatment Effects. *J Pediatr.* 2010 Oct;157(4):635-640.e1.
10. Cortese S, Moreira-Maia CR, St. Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone SV. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 2016 Jan;173(1):34-43.
11. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2016 Dec;49(12):1045-57.
12. Kaisari P, Dourish CT, Higgs S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clin Psychol Rev.* 2017 Apr;53:109-21.
13. Cortese S, Comencini E, Vincenzi B, Speranza M, Angriman M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity? *BMC Psychiatry.* 2013 Nov 7;13:286.
14. Val-Laillet D, Aarts E, Weber B, Ferrari M, Quaresima V, Stoeckel LE, et al. Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. *NeuroImage Clin.* 2015;8:1-31.
15. Badgaiyan RD, Sinha S, Sajjad M, Wack DS. Attenuated Tonic and Enhanced Phasic Release of Dopamine in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beeler JA, editor. *PLOS ONE.* 2015 Sep 30;10(9):e0137326.
16. Seymour KE, Reinblatt SP, Benson L, Carnell S. Overlapping neurobehavioral circuits in ADHD, obesity, and binge eating: evidence from neuroimaging research. *CNS Spectr.* 2015 Aug;20(4):401-11.
17. Blum K, Chen AL-C, Braverman ER, Comings DE, Chen TJ, Arcuri V, et al. Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008 Oct;4(5):893-918.
18. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M (2017): Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 74:903-910.
19. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017 Jun;58(6):663-78.

Hvad er det mon i vores tid, som skaber en "epidemi" af sjæleligt udmattede og nedstemte ellers raske individer?



AF LÆGE KATHARINA O. SANDSTRÖM

En stress-sygemelding har givet mig ro til at filosofere over, hvad det mon kan være i vores tid, som skaber denne "epidemi" af sjæleligt udmattede og nedstemte ellers raske individer. Følgende tekst er en nysgerrig, uvidenskabelig (ikke udtømmende) undersøgelse af fænomenet, uden svar, men med en masse spørgsmål.

Jeg er i trediveerne. Jeg har klaret mig godt – taget en af de længste uddannelser som universiteterne tilbyder, fået ansættelse, stiftet familie, gjort mit bedste for at være en god samfundsborger og forbillede for mine børn. Planlagt hverdagen, så der var tid til hele pakken med arbejde, sund livsstil og holdbare relationer. Denne effektiviserede livsstil har det i årevis lykkedes mig at opretholde – lige indtil jeg altså ikke kunne mere. Lige til, at jeg fik fornemmelsen af, at mine fødder trådte i kviksand, og at jeg i løbet af natten var blevet indsnøret i et 1700-tals korset – jeg havde fornemmelsen af åndenød, da jeg vågnede. Jeg prøvede at slappe af. Men vejtrækningsøvelserne fra min mindfulness-app, kunne ikke løsne korsettet. Og slow-flow yoga var ikke nok til at gøre min gang lettere. Jeg mistede mine nøgler. Kunne ikke huske koden til mit dankort. Blandede mine børns fødselsdage sammen. Var jeg ved at blive sindssyg? Jeg er jo veluddannet, ser mig selv som en person med overskud, med selvindsigt. Jeg følte, at jeg var ved at miste mig selv. Kunne ikke sove, ikke læse, ikke glæde mig. Kun græde og lytte til en larmende ustopelig tankestrøm. En morgen turde jeg ikke køre afsted på arbejde – var usikker på, om jeg overhovedet kunne huske vejen dertil, og hvad hvis jeg brød sammen foran kollegaer? Hvad mon de ville tænke om mig? Var livet virkelig vært at leve, og i så fald – hvad var egentlig meningen?

Modvilligt opsøgte jeg til sidst lægen – det var først det fjerde bestilte besøg jeg undlod at aflyse igen. Jeg mødte op.

Og brød sammen. Lægens bekymrede blik ledsaget af hendes udløsende ord: "Hvordan har du det...?"

Fordi sandheden var jo, at jeg ikke havde det godt. Jeg – som har alt det, man vel kan drømme om, og lever i et af de sikreste og rigeste af verdens lande – var fyldt op af tristhed, lede og udmattelse ved mit eget liv. Og det værste af alt var, at min fornuft ikke kunne forklare, hvad det var, som var galt. Ud over følelserne af ufattelig træthed og tomhed. Følelser – som ved nærmere eftertanke – plaget mig igennem de sidste mange år.

Jeg blev sygemeldt. Og er i dag – snart fire måneder senere – det stadig. Diagnose? Belastningsreaktion. Depression. I mangel på en bedre definition.

Jeg har aldrig tidligere været syg. Har ingen familiær disposition til psykiske problemer, intet særligt besværligt i bagagen. Ordrede forhold, velfungerende børn. (Og – der er vel behov for at nævne – yderst begrænset brug af sociale medier, for længst reduceret til de *obligatoriske* Facebook-grupper for børnenes skole/institution). Og på trods af dette, bar jeg en følelse af, at intet magte.

Intet overskud. At have overskud er nærmest vores tids religion. Energi vi har "til overs" skal gerne kanaliseres udad i synlige og billedskønne aktiviteter. Vi er definerede af dét, vi udfører. Som igennem en mavepuster var al energi løbet ud af mig, og mine udførende evner var reducerede til at kigge ud ad vinduet. Hvem var jeg nu? Havde jeg fortsat en værdi som menneske? Jeg fandt, at jeg var blevet usikker på mit selvbillede.

Endnu en oplevelse ledsagede sygemeldingen – skammen. Jeg tænkte, at det ikke var rationelt, men skamfølelsen var svær at ryste af mig. Jeg klarede jo ikke racet. Levede ikke op til forventningerne. Jeg er fostret med, at man skal yde og bidrage, ikke være afhængige og

*"Det føles meningsløst, jeg har ikke tid til at hjælpe,
det var ikke derfor jeg tog min uddannelse..."*

ligge samfundet "til last". Hvem er jeg, hvis jeg ikke udfører noget nyttigt? Har jeg så overhovedet en plads, har jeg ret til at være her?

Er jeg et mislykket menneske, når jeg ikke magter at passe arbejdet og familien, selvom arbejdsugen er den korteste nogensinde? Er jeg forkælet og utaknemmelig, med manglende evne til at sætte pris på mine gode kår? Måske burde jeg ikke være blevet mor? Har jeg brug for antidepressiva eller blot et wellness-ophold i en svensk skov?

Men jeg er langt fra alene. Hvorfor er der så mange som mig? Er vi blevet en befolkning af materialistiske perfektionister, og i så fald – hvorfra stammer perfektionismen? Eller er samfundet gennemsyret af præstationskrav, som gør nogle af os syge? Krav som føder en følelse af utilstrækkelighed, hvilken får en eksistentiel overbygning?

Er denne form af psykisk lidelse generelt individets skyld? Nok har vi som enkeltpersoner ansvar for at passe på os selve, så godt vi nu kan. Vi har mulighed for at (indenfor visse rammer) sørge for restitution, at ikke overbooke os, at have realistiske forventninger til livet. De heldige af os, har fleksible arbejdstider og en hverdag i balance. Men da problemerne er så hyppige, kan hele løsningsmodellen umuligt ligge hos individet.

For er det virkelig rimeligt, at jeg skal føle skyld, når jeg har gjort præcis det, som samfundet har bedt mig om? Jeg har studeret på normeret tid, fået gode karakterer, født det antal børn vores land har brug for i relativt ung alder, fået arbejde i tide til at være bidragende i de næste fire decennier. Jeg har ikke "fjumret", ikke "spildt tiden". (Og hvad mener vi egentlig med "tidsspild" i den sammenhæng?)

Er det i orden, at jeg skal fornemme et sug af skam i maven, når nogen spørger mig, hvad jeg laver for tiden? At jeg skal føle utilpashed ved at fortælle, at jeg skal bruge for en ordentlig pause?

Er det uforskammet at sige, at i et samfund hvor man efterspørger effektivitet, får man dette, ledsaget af depressivitet?

Er det ureflekteret at mene, at der i en verden hvor man beder om produktivitet og målbar "nytte", får skabt tomhedsfølelse individer, som handler uden forståelse af personligt formål, og som derfor risikerer at føle langvarig eksistentiel smerte og livslede?

Jeg har tit spekuleret over, hvorfor det tilsyneladende er blevet sværere at tage en pause. Hvorfor tempoet i hvilket vi gør ting, har fået en værdi i sig selv. Hvorfor vi skal skynde os igennem livets faser (uddannelse, karriereskift) – hvad er det vi er bange for, at ikke nå? Hvad er det vi er bange for at gå glip af, hvis vi nu for en gang skyld valgte at fylde tiden med "ingenting"? Kan vi risikere, at vi i vores konstante stræben mod at "opnå" og at blive "færdige", går glip af vores egne refleksioner omkring værdier, og derfor af meningen med vores eget og eneste liv?

Tid og meningsfuldhed eller mangel på samme har været en tilbagevendende kilde til frustration og tristhed i mit liv – især efter min entré på arbejdsmarkedet. Ligesom mange af os, er jeg offentligt ansat. Vi står dagligt op for at gøre en god indsats for velfærden, og dette arbejde giver som udgangspunkt stor mening for os – opgaven er i harmoni med vores værdier. Konflikten med vores værdier – og heraf vores følelse af mening – opstår, når vores tid bliver taget fra dét vi er sat i verden til (trøste, hele, uddanne, pleje...). Når vi bliver tvungne at udføre opgaver, hvor vi sidder med ryggen til, og ikke kan have øjenkontakt med dem, vi ønsker at give omsorg til. Når vi ikke får lov at bruge tid på aktiviteter, som ikke kan måles eller registreres. Men hvornår blev menneskeligt nærvær nyttesløst?

Personligt har jeg følt, at mit arbejde som sundhedsfaglig er meningsløst. Det er i sig selv en absurd udtalelse!

Ikke desto mindre har det været min oplevelse. At min indsats i den grad er utilstrækkelig og ikke giver mening. Og jeg genkender oplevelsen fra andre i lignende fag. Senest i denne uge ringer endnu en veninde med stemmen tyk af gråd. Hun har ikke sovet i tre døgn. Er brudt sammen. Magter ikke længere arbejdet som psykolog i offentlig virksomhed. Det som ellers var hendes drømmejob. Lignende historie fra min lægeveninde, min pædagogveninde, min læreren. Man skal passe på med ikke at generalisere ud fra sine personlige observationer, men jeg fornemmer et fælles tema opstå igennem mine venners fortællinger: "Det føles meningsløst, jeg har ikke tid til at hjælpe, det var ikke derfor jeg tog min uddannelse..." Herefter følger sygdomsmedlingen. Og den eksistentielle krise. Nogle vælger at forlade sit fag fuldstændigt. De går ikke at hjælpe andre, når man ikke engang kan hjælpe sig selv...

Hvad sker det med vores velfærd, hvis os der skal udføre den ikke klarer det mere? Hvad hvis vi tog en pause, og reflekterede over, hvad meningen med velfærden er?

Stress, udbrændthed, *utmattings-syndrom*, belastningsreaktion, (let til moderat) depression. Der findes mere eller mindre veldefinerede betegnelser på tilstande, der søger at beskrive nogle af de psykiske problemer, som jeg selv oplevede. Det er selvsagt individuelt, hvordan symptomerne præsenterer sig, og de udløsende årsager er forskellige. Der er oftest ikke muligt at fastsætte en præcis årsagssammenhæng. Man må antage, at årsagerne ligger både udenfor og inde i den lidende person. Men fortsat runger spørgsmålet – hvorfor er vi så mange? Burde vi ikke kigge samfundsstrukturen, arbejdspladserne og uddannelsesinstitutionerne dybt i øjnene og spørge – om det er noget, vi kan gøre anderledes?

Fortsættes næste side

Vi mennesker er af naturen nysgerrige, tænkende, skabende. Min personlige oplevelse er at krav om hastighed og effektivitet tager disse tre egenskaber fra mig. Jeg ønsker at vores børn kan få lov at beholde sin nysgerrighed og sin frie, skabende tankegang. At de ikke skal blive drevet af angsten for at mislykkes, at ikke opnå noget bestemt i løbet af en fastsat tid. At de kan opleve mening med sine aktiviteter, og være frie fra konstant nytte-tænkning. Udvikler folkeskolen vores børns nysgerrighed? Får de lov til at udfolde sig frit og tænke alternativt, når de konstant skal bedømmes ud fra manual? Hvad kan konsekvensen være, når kreative fag – kunstneriske og filosofiske – ikke prioriteres?

Tiden brugt på "ingenting" har til dels helet mig, og jeg har langsomt fået det bedre. Sammen med min psykolog træner jeg single-tasking, bevidst nærvær og at give mig lov til at give mig hen til kravløse aktiviteter som bringer mig glæde. Evner som jeg en gang havde, men som fra barndommen til voksen-

livet på forunderlig vis er gledet ud af mig. Jeg finder nu med professionel støtte gradvist tilbage til livstilfredsheden, taknemmeligheden og meningsfuldheden. Men indeni, er det fortsat vanskeligt at finde ro.

Min psykolog mener bestemt, at jeg bør være sygemeldt i mindst et helt år, for at blive rask. Ærligt talt tror jeg ikke, at jeg har samvittigheden og tålmodigheden til at følge hendes råd. Så langt er jeg trods alt ikke kommet i min personlige udvikling. Jeg føler stadigvæk stærkt behov for at leve. At være til nytte. Men nu er jeg blevet gjort bevidst om disse bagvedliggende tanker, og jeg nægter at lade dem tage kontrollen over mit liv.

Jeg reflekterer dagligt og seriøst over, om jeg ikke burde skifte fag. For at passe på mig selv. Kan jeg fortsætte i samme erhverv, i et system som kører med uændret hastighed, og samtidigt bevare min sundhed? Jo mere jeg tænker over det, jo mere usikker bliver jeg. Åbenbaringen om at jeg nok bør forlade min profession er smertefuld, og skaber indvendige konflikter. Danmark har

behov for min slags! Jeg er stolt over at have fået min uddannelse, jeg kan bidrage med min viden, jeg føler faktisk en pligt til at gøre det. Men det ser ud som om, at min pligtfølelse har en stor pris. En pris jeg efterhånden ikke er villig til at betale.

Min sygemelding har givet mig en nødvendig men sjælden pause til eftertanke. Jeg har omsider sluppet den mest omklamrende skamfølelse, og begyndt at tænke, at min lidelse ikke blot kan skyldes faktorer inde i mig og mine gener. Jeg tror at det er på tide, at vi forholder os nysgerrigt til, om den måde vi strukturerer samfundet på, virkelig er den rigtige. Om vi i sandhed er bevidste om de konsekvenser det kan få for os mennesker, når aktiviteter uden dokumenterbar effekt anses som værdiløse. For hvad er egentlig meningen med at være menneske?

Kronikken er tidligere bragt i Politiken den 12. september 2019

Besøg

domaine de la Côte d'Or



www.cotedor.dk

Langsommelig styrelshåndtering

Sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke har informeret sundhedsordførerne i Folketinget om langsommelig håndtering af en Landsretsdom fra 2018, der har ændret retspraksis i sager om sundhedspersoner, som myndighederne mener bør få frataget deres autorisation.

Dommen har betydning for i alt 19 konkrete sager. I yderste konsekvens har de pågældende sundhedspersoner – mod hensigten – generhvervet deres fulde autorisation, mens de venter på den retssag, der skal fratage den permanent.

Magnus Heunicke kalder sagen meget alvorlig.

"Her er tale om læger og andre sundhedspersoner, som Styrelsen for Patientsikkerhed har konstateret store problemer med. Det er indlysende, at vi ikke kan leve med, at sundhedspersoner, der af hensyn til patientsikkerheden ikke skulle have lov til at arbejde, nu igen har fået muligheden for at gøre det – på grund af en utilfredsstillende og langsommelig sags-håndtering," siger Magnus Heunicke.

"Det er afgørende, at vi grundigt får afdækket konsekvenserne og løsningerne på dem – og at der er fuld åbenhed om sagen. Derfor har jeg i dag orienteret partierne om den," siger Magnus Heunicke.

Dommen i Østre Landsret faldt allerede i november. Men det var først i marts, at styrelsen første gang informerede departementet om sagen.

"Det er klart utilfredsstillende og har været med til at forværre sagen, at der skulle gå så lang tid. Nu, omfanget er blevet afdækket og de enkelte sager håndteret, har jeg brug for at vide, hvorfor det skulle tage så lang tid – og hvad styrelsen har gjort for at undgå, at det sker igen. Derfor har jeg nu bedt Styrelsen for Patientsikkerhed om en grundig redegørelse for forløbet," siger Magnus Heunicke.

Fakta om sagen

Når Styrelsen for Patientsikkerhed fratager en sundhedspersons autorisation eller indskrænker dennes virksomhedsområde, er afgørelserne

gyldige i to år. De fortsætter dog med at være gyldige, hvis styrelsen har anlagt en retssag om permanent autorisationsfrakendelse eller virksomhedsindskrænkning inden for to år fra styrelsens midlertidige afgørelse.

Den nye praksis, der følger af landsrettens dom i efteråret, betyder, at Styrelsen for Patientsikkerhed skal have indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, og der skal foretages en høring af sundhedspersonen, inden der kan udtages stævning. Det er en ændring i forhold til den hidtidige praksis, hvor man lagde til grund, at udtalelsen fra Retslægerådet og høring af sundhedspersonen kunne foretages, efter sagen var anlagt ved en domstol.

Efter en individuel gennemgang af samtlige sager har Styrelsen for Patientsikkerhed således truffet nye, øjeblikkelige sanktioner i de sager, hvor det har været muligt, og anlagt nye retssager, hvor det er relevant.

For at forhindre, at flere sager falder for tidsfristen, har ministeriet desuden bedt Retslægerådet om at hastebehandle en række aktuelle sager, så der kan anlægges retssag, inden de falder for to-års-fristen. Styrelsen for Patientsikkerhed har identificeret i alt 7 sager, hvor fristen udløber i år.

Samtidig har ministeriet og styrelsen nu ændret procedurerne, så lignende sager fremadrettet kan blive behandlet hurtigere. Det indebærer nye, præcise arbejdsprocesser mellem Styrelsen for Patientsikkerhed, Kammeradvokaten og Retslægerådet.

Her ligger sagerne

• 19 af de 19 sager har styrelsen truffet nye midlertidige sanktioner begrundet i nye forhold svarende til de sanktioner, der fulgte af de oprindelige administrative afgørelser, som er bortfaldet.



Sundheds- og ældreminister
Magnus Heunicke
Foto: Steen Brogaard

- 1 har fået en ny sanktion, der betyder, at vedkommende er under skærpet tilsyn.
- I yderligere 2 af de 19 sager har Styrelsen for Patientsikkerhed ved sin fornyede gennemgang af sagerne vurderet, at der ikke er grundlag for at træffe en ny midlertidig sanktion. Det skyldes at styrelsen ikke længere finder, at den pågældende er til fare for patientsikkerheden.
- 7 af de 19 sager er fortsat under oplysning hos Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på en vurdering af, om der er grundlag for at pålægge sundhedspersonerne en ny eller supplerende sanktion.
- 2 af disse 7 har en ordinationsindskrænkning, der betyder, at de ikke kan udskrive medicin.
- 2 andre af de 7 er langtidssygemeldt.
- Reelt er der altså 3 sundhedspersoner, der ikke længere er omfattet af en sanktion og i princippet vil kunne virke igen. Dem følger Styrelsen for Patientsikkerhed derfor tæt.



AF GYNÆKOLOG
CHRISTINE FELDING

*Vigtig information fra IRF og EPI-nyt.
Og en spændende ny vaccine på vej.
Og så det sædvanlige med ny og udgået medicin.*



Ny Medicin

Duavive® fra firmaet Pfizer.

Duavive® er et nyt præparat til behandling af kvinder i overgangsalderen indeholdende 0,45 mg konjugeret østrogen + 20 mg bazedoxifen. Duavive® er beregnet til kvinder mindst et år efter menopausen. Bazedoxifen er ikke et gestagen.

Ny naturmedicin

Femistina og Femistina Plus

fra firmaet Nordic Consumerhealth Femistina/Femistina Plus er et patenteret kosttilskud med trippelfunktion til kvinder med urinvejsbesvær.

Begge præparater indeholder Betula (birkebladsekstrakt) og Arbutin og Berberin. Sammen med D-mannose har det i kliniske studier vist sig at være den bedste kombination af plantevækster til at mindske koncentrationen af bakterier.

Femistina Plus indeholder yderligere Forskolin, som forstærker virkningen af den patenterede kombination.

Man tager 1 hvid kapsel om morgenen og 1 gul kapsel om aftenen i 10 dage ved besvær. Læs mere på www.femistina.dk



Ny medical device

Gynella Natal Ferti Gel

fra firmaet Bio-4-you Gynella Natal Ferti Gel til anvendelse i vagina, til par, som prøver at blive gravide.

Gelen virker på følgende måder: Hæver pH i skeden til et gunstigt niveau for sædceller, og hjælper med en naturlig befrugtning. Afgiver myo-Inositol, som forbedrer sædcellernes motilitet.

Gynella Natal Ferti Gel indeholder 6 engangsapplikatorer. Gelen installeres i vagina 5 minutter før samleje. Anvendes i ægløsningsfasen, typisk dag 13-14-15.

Kan købes på www.inositol.dk eller på apoteket, pris 349 kr.

Nyhed

En vaccine mod chlamydia er ved at blive udviklet i Danmark! Den er forhåbentlig på markedet om ca. 5 år. Hvert år smittes > 33.000 danskere med chlamydia og antallet er stigende, så en vaccine er mere end velkommen.

Nyt fra IRF

Hyppe farmakologiske problemstillinger i svangerskabet

Skrevet af Tina Bergmann Futtrup og Jon Trærup Andersen.

Artiklen gennemgår forskellige grupper af lægemidler og hvad man skal være opmærksom på, før man giver dem til gravide: Antibiotika, analgetika, thyroideamidler, allergimidler, astmamidler, antimykotika, syreneutraliserende midler, antidepressiva og lokalt virkende lægemidler.

Også kosttilskud til gravide samt behandling af hyperemesis skitseres. Hele artiklen kan læses på www.sst.dk

Artiklen bør gemmes – og bruges – af alle, der beskæftiger sig med gravide kvinder.

Nyt fra EPINYT

HPV-vaccination til drenge

Vaccination mod human papillomavirus (HPV) blev indført i det danske børnevaccinationsprogram i januar 2009 som et tilbud til piger, fra de fylder 12 år, EPINYT 35/08, og frem til 18 år, EPI-NYT 1-2/14.



Et tilbud om HPV-vaccination til drenge træder forventeligt i kraft den 1. juli 2019 som vedtaget i Folketinget i forbindelse med finansloven for 2019. Gratis vaccination tilbydes drenge, der fylder 12 år den 1. juli 2019 eller senere, og tilbuddet gælder indtil de fylder 18 år.

HPV-vaccination beskytter drenge mod analkræft og kønsvorter. Tilbuddets ikrafttrædelse forudsætter en beslutning, som udmøntes via en bekendtgørelse fra den kommende regering samt indgåelse af en honoreringsaftale mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Vaccinationsprogrammet

Drenge vaccineres med Gardasil®9 i et to-dosis program på samme vis som piger. Drenge gives første vaccination, når de fylder 12 år og anden vaccination ikke tidligere end 5 måneder efter første vaccination. Vaccinationsserien skal være færdiggjort inden for 13 måneder. Såfremt disse intervaller ikke overholdes, skal der gives i alt tre doser. Drenge, som er immunsupprimerede på vaccinationstidspunktet, anbefales vaccineret efter et 3-dosis program.

RETTELSE

Allerede før programmet er startet, er det blevet udskudt til 1. september – af parlamentariske årsager. Det er en af de dårligste grunde jeg har hørt!

Medicin i restordre

Zoely® fra firmaet MSD

Zoely® er p-pillen med 1,5 mg Estradiol og 2,5 mg Nomegestrol
Præparatet er i restordre på ubestemt tid.

Det siger jeg Dem, sagde lægen til manden, der sad over for ham: - Hvis De ikke straks holder op med at storme rundt efter damer, så lever de ikke længe.
Sludder, doktor. Jeg er i topform.
Sikkert, men en af de damer De fjoller rundt efter, er min kone.

Udgået medicin

Cervarix® fra firmaet GSK samt

Gardasil® fra firmaet MSD

Begge vacciner er udgået og er erstattet af **Gardasil® 9** fra firmaet MSD, der jo som bekendt indeholder 9 HPV-typer: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58.

På skemaet kan man læse, hvordan man skal forholde sig, hvis patienten ikke har fået alle 3 vaccinationer med de to førstnævnte vacciner.

Dixarit® fra firmaet Orifarm m.fl.

Dixarit® indeholder 25 µg clonidin – ligesom Catapresan, som også er udgået.

Udgået medical device

Contrelle Active Gard

fra firmaet Codan Deha

Contrelle er udgået.

I stedet kan Contiform fra firmaet Care-Partner bruges (omtalt i Lægemagasinet oktober 2018).

Tabel 1. Retningslinjer for færdigvaccination med Gardasil®9 for unge kvinder, som er begyndt HPV-vaccination, og ikke kan færdigvaccineres med den vaccine, de er begyndt med

Vaccinationsprogram	Dosis 1 er givet	Dosis 2 er givet	Antal vacciner Gardasil 9 skal gives	Forventet beskyttelse efter færdigvaccination
2-dosis program	Gardasil		En Gardasil 9 med interval 5-13 mdr.	HPV 16, 18, 6, 11**
3-dosis program	Gardasil		<15 år: To Gardasil 9 med interval 5-13 mdr.	HPV 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52, 58
			≥15 år: To Gardasil 9 med interval mindst 3 mdr.	HPV 16, 18, 6, 11**
3-dosis program	Gardasil	Gardasil*	En Gardasil 9 med interval mindst 3 mdr.	HPV 16, 18, 6, 11**
2-dosis program	Cervarix		En Gardasil 9 med interval 5-13 mdr.	HPV 16 og 18**
3-dosis program	Cervarix		<15 år: To Gardasil 9 med interval 5-13 mdr.	HPV 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52, 58
			≥15 år: To Gardasil 9 med interval mindst 3 mdr.	HPV 16 og 18**
3-dosis program	Cervarix	Cervarix*	En Gardasil 9 med interval mindst 3 mdr.	HPV 16 og 18**

*Ikke færdigvaccineret på trods af, at to doser er givet, se figur for en beskrivelse af, hvordan vaccinerne gives med korrekte tidsintervaller.

**Der kan kun forventes længerevarende beskyttelse mod de HPV-typer, som findes i den HPV-vaccine, man har påbegyndt vaccination med.



Læs Lægemagasinet på nettet
www.laegemagasinet.dk



Anafylaktisk reaktion?

Tryptase anbefales ved udredning af anafylaktiske reaktioner ved anæstesi, fødevareallergi, insektgift allergi, og mastocytose.

Tryptase kan måles ved en enkel blodprøve

Mastceller aktiveres ved en IgE medieret allergisk reaktion og frigiver inflammatoriske mediatorer, herunder tryptase

- En forbigående stigning af tryptase i blodet indikerer en anafylaktisk reaktion
- Vedvarende, forhøjede niveauer er en markør for mastocytose eller andre hæmatologiske lidelser
- For bestemmelse af normalniveauet af tryptase tages en ny prøve 24-48 timer efter reaktion

Mål tryptase!

For mere information: tlf 70 23 33 06
info-dk.idd@thermofisher.com
thermoscientific.com/phadia