

Leg dig fra smerten

Lewis Brooks, Anthony (aka Tony)

Published in:
Fokus magasinet

Publication date:
2010

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Lewis Brooks, A. (2010). Leg dig fra smerten. *Fokus magasinet*, (2), 16-17.
<http://www.fokusmagasinet.dk/uploads/Magasiner/Fokus%20Smerter,gigt,knogler.pdf>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Smarter, gigt og knogler

Nyhedsmagasin
om forebyggelse
og behandling

Fokus

magasinet



Danmarks mest effektive sygehuse bruger den dyreste smertemedicin

I de to midtjyske byer Give og Brædstrup finder man landets mest effektive offentlige sygehusstilbud. Personalet på de Vestdanske Friklinikker har mulighed for at bruge den medicin, de synes er bedst, også selv om den er dyrest. På friklinikkerne ordinerer man til visse patienter et relativt nyt smertestillende opioid, selv om det koster seks gange så meget som den gængse morfin. Det betyder både besparelser på driften og lettelse for patienterne. **Side 8**

Pris 49,95 kr, nr. 2 2010



Ny operations-
teknik sparer
tid og penge

Side 18

Økonomi
styrer
smerte-
behandling



Side 12

Behandling for
knogleskørhed
er skævt fordelt

Side 36



Ny tablet
mindsker
morgenstivhed

Side 20

Ekstrem forskel i gigtbehandling

Alt for få eksperter, urimelige ventetider og langt færre i behandling med moderne biologiske lægemidler. Sådan er virkeligheden for gigtpatienter i Jylland, der i det mest ekstreme tilfælde må vente op til 364 uger på en forundersøgelse. Da Fokusmagasinet for to år siden undersøgte de regionale forskelle var den gal, men ikke i samme grad som nu. Dengang lovede politikerne og bedring. Siden er det kun blevet værre. **Side 34**

Rette behandling gjorde aktivt liv muligt

Michael Stadi's liv blev stadig mere begrænset af rygsmerter. Fremtiden tegnede alt andet end lys, indtil han endelig fik diagnosen Morbus Bechterew og kom i den rette behandling. I dag har han fået sit aktive liv tilbage og har bl.a. løbet en maraton. **Side 24**





”Den kolde metode” hurtig og effektiv smertelindring til aktive personer i alle aldre. Professionelle behandlere har placeret Biofreeze på førstepladsen blandt helseprodukter i USA gennem mere end 15 år.

BIOFREEZE® MED ILEX anbefales og benyttes af professionelle behandlere som et fornuftigt valg når det gælder en hurtigvirkende smertestillende- og kølende gel!



Hvordan virker Biofreeze® med Ilex - ”Den kolde metode”?

Biofreeze letter smerten ved hjælp af koldterapi. Ved afkøling af musklerne dæmpes hævelse og ømhed, og smerten aftager gradvist derefter, fordi nervespidserne ikke længere irriteres af muskeltryk. Ved koldterapi mindskes blodtilstrømningen, og smerten og hævelsen f.eks. ved akutte skader m.m. dæmpes således betydeligt. Behandlingen kan gentages med jævne mellemrum.

Hvornår hjælper Biofreeze® med Ilex?
Biofreeze® kan lindre smerter hos patienter og sportsudøvere, der ofte lider af lændesmerter, skulder- og nakkesmerter, smerter i knæ og hofter, samt smertende ankelled, albue- og håndled. Endvidere kan Biofreeze® lindre smerterne i knæhuser og knæets muskler. Desuden kan Biofreeze® lindre smerter, der er opstået som følge af læsioner, seneskedehindebetændelse, muskelkrampes, hårde muskler, forstrækninger og forstuvninger. Biofreeze® kan også hjælpe på nakke- og rygsmerter, samt smerter i albue, hofter, knæ og ankler, samt ledsmerter.

Hvad er Biofreeze® med Ilex?

Biofreeze® med Ilex er en hurtigvirkende kølende smertelindrer, baseret på 100% naturlig mentol; et alsidigt og unikt middel til udvendig brug.

Biofreeze® anbefales blandt andet til smertende muskler og led, og ved sportsskader.

Biofreeze® indeholder ikke voks, olie, aloe, petroleum eller hormoner. Biofreeze® er ikke testet på dyr, den fedter ikke, giver ingen pletter, og lugten af mentol forsvinder hurtigt.

Biofreeze er CE mærket som medical device

Forhandlere: Helsam Helsekostforretninger, Matas-Materialister, Sahva Care, sygeplejeforretninger, Fysioterapeuter, Kiropraktorer og massører.

Mariann Skovsgaard Agentur

www.biofreeze.dk

Tlf.: 8654 0058

Hvad siger behandleren om Biofreeze® med Ilex?

Fysiurgisk massør Kirsten Dreyer, Århus bruger Biofreeze® som effektivt middel i behandlingen af sine klienter.

Kirsten Dreyer lærte Biofreeze® at kende gennem sit tidligere arbejde, og bruger det nu som det foretrukne koleprodukt ved behandling af sine klienter, og når hun er ude som firmamassør.

”Jeg anvender Biofreeze® både i selve massage-

behandlingen, og som afsluttede påsmøring på problemområdet, da min erfaring er, at Biofreeze® synes at virke fremmende på behandlingsprocessen.

Biofreeze® anvender jeg både ved akutte skader, men også ved mere kroniske smerter i muskler og led, da det virker smertedæpende.

Jeg har også virkelig positiv erfaring med at bruge

Brugsanvisning:

Biofreeze® er egnet til voksne og børn over 2 år. Biofreeze® er udelukkende til udvendig brug.

Anbefalet brug 3-4 gange dagligt. Massér Biofreeze® let på og omkring de ømme muskler. Ved ledsmerter indsmøres hele området.

Hvis smidigheden er formindsket som følge af en skade eller leddegigt, bør man massere på og omkring leddet, og fortsætte med øvelser. Biofreeze® lindrer smerter i løbet af få minutter. Efter 2 til 3 behandlinger opnås en maksimal effekt.

Hvis der bruges tape, forbindinger eller støttebind, bør disse ikke være lufttætte. Brug altid materialer, som huden kan ånde igennem, ved behandlingen af smertende steder.

Undgå kontakt med øjne og slimhinder. Må ikke smøres på sår, beskadiget- eller irriteret hud, og brug ikke produktet, hvis det fremkalder voldsom irritation.

PRØV FØR KØB

Mulighed for at afprøve effekten før endelig køb.

Gratis prøver og brochure udleveres ved vore forhandlere.

Gratis prøver og brochure kan også rekvireres på tlf.: 8654 0058

det på områder med lettere inflammation så som ”skinnebensbetændelse” og brugte det selv, da jeg havde en betændt slimsæk på albuen, hvor hævelsen og rødmen forsvandt totalt.

Jeg anbefaler mine klienter at købe Biofreeze®, så de kan fortsætte behandlingen hjemme og får mange tilbagemeldinger om gode resultater.”



Fokus De står bag

Sally Dorset og Nina Vedel-Petersen står med det fælles firma Sundhedsmediernes ApS bag Fokus-magasinet. De er begge uddannede journalister og har i mange år arbejdet med sundhedsinformation. Sally Dorset har bl.a. været nyhedsredaktør og presse- og kommunikationschef hos Pfizer og er ejer af Sally Dorset Kommunikation. Nina Vedel-Petersen har siddet i chefredaktionen på B.T. og ejer sundhedsmagasinet Dagens Puls.

Leder

Skandaløs forskelsbehandling

Bor man i Holstebro og er under mistanke for at lide af leddegigt, kan man godt belave sig på en lang ventetid. Helt nøjagtigt 364 uger!

Så længe må man gå i uvished om, hvilken behandling man skal i. Og det selv om reumatologer gang på gang understreger, at tidlig behandling er afgørende for patientens fremtidige helbred, smerter, arbejdsduelighed og livskvalitet.

Begrundelsen på denne lange ventetid er mangel på speciallæger.

Men den underliggende begrundelse må også være en anden. Fokusmagasinet vil kalde det ’nøl’ og manglende politisk ansvarlighed overfor en sygdom, der hvert år invaliderer tusinder af danskere.

I denne udgave af Fokusmagasinet lover sundhedsminister Bertel Haarder, at ingen gigt- eller osteoporosepatient skal føle sig glemt. Tidligere ministre har lovet noget lignende. Men realiteten er, at den ulige behandling af gigt- og knogleskørhedspatienter rundt i Danmark kun er blevet endnu mere grell.

Da Fokusmagasinet for to år siden skrev om ventetider og brug af biologisk gigtmedicin, betegnede direktør i Gigtforeningen Lene Witte forskelsbehandlingen som en skandale for sundhedssystemet og advarede mod, at patienter i ”de sorte huller” må leve i årevis uden at få hverken diagnose eller behandling.

De længste ventetider på forundersøgelser for gigt var dengang 69 og 100 uger i henholdsvis Holstebro og Århus, og gennemsnitsventetiden i Vestdanmark var 30 uger.

I Østdanmark var ventetiden maksimalt 22 uger, og langt de fleste patienter kunne komme til inden for 10 uger. I dag er billedet endnu mere skævt. Nu er den gennemsnitlige ventetid i Vestdanmark på 70 uger, mens den på Sjælland er på 13 uger.

Og nu er ventetiden i Holstebro på bare at blive forundersøgt altså på 364 uger. 2548 lange dage skal gå, før patienten kan komme videre i systemet!

Bertel Haarders svar på problemerne er forløbsprogrammer og kronikerpuljen. Men desværre må man konstatere, at muskel- og skeletområdet kun i meget ringe grad er repræsenteret i regionernes og kommunernes ansøgninger. Diabetes, KOL og hjertesygdomme løber med langt de fleste puljepenge.

Også osteoporoseområdet er præget af stor ulighed. I denne udgave af Fokusmagasinet, påpeger formanden for Osteoporoseforeningen, Ulla Knappe, at det f.eks. på Lolland og Falster er helt umuligt at komme i rettidig behandling. Hun kalder det stærkt kritisabelt, at opsporingen og behandlingen af sygdommen er båret af ildsjæle blandt lægerne.

Fokusmagasinets research bekræfter denne opfattelse. Ildsjæle kan vi kun være taknemmelige for. Men det må ikke være tilfældigheder og ildsjæles engagement, der afgør, om en dansk gigt- eller osteoporosepatient får et tåleligt liv med sin sygdom.

En gennemgribende holdningsændring og langt mere systematik på områderne må sikre, at danske patienter får bedst mulig – og hurtigst mulig – behandling. Uanset adressen. ■

Fokusmagasinet ■ Chefredaktører: Nina Vedel-Petersen, Sally Dorset ■ I redaktionen: Lone Dybdal, Mette Fensbo, Lone Nyhuus, Helle Tougaard ■ Foto: Sara Skytte, Brian Rasmussen, Shutterstock, hvor intet andet er nævnt ■ Kreativ chef: Morten Ree ■ Annoncesalg: Dansk Mediaforsyning ApS ■ Sekretariatschef: Bolette Madsen ■ Tryk: Stibo, Oplag: 12.000 ■ Fokusmagasinet distribueres til samtlige praktiserende læger, relevante ambulatorier, specialister, kommunale sundhedscentre, informationsansvarlige på apotekerne, Folketingets Sundhedsudvalg, Regionernes Sundhedsudvalg ■ Produceret af Sundhedsmediernes ApS, Kirkevej 21A, 2920 Charlottenlund ■ Tlf.: 20 74 82 95/ 20 85 46 20 ■ E-mail: redaktion@fokusmagasinet.dk ■ ISSN nummer: 1903-1122 ■ CVR-nr: 31369096 ■ Redaktionen påtager sig intet ansvar for manuskripter m.v., der indsendes uopfordret ■ Citater kun tilladt med tydelig kildeangivelse ■ Dette nummer er blevet til takket være økonomisk støtte fra (i alfabetisk orden): ■ Actavis ■ Beauté Pacifique ■ BioFreeze ■ Dit Ressource Center ■ Glaxo Smith Kline ■ 12K ■ Imupro Danmark ■ Medtronic Danmark A/S ■ norpharma A/S ■ NR magasinet ■ Orifarm ■ Pfizer Aps ■ RES ■ Silkeborg Dyneimport DK ■ Skodsborg Genoptræning ■ Trendy & Handy

Kommende udgivelser

Første kvartal 2011:
Psykiske sygdomme

Andet kvartal 2011:
Diabetes

Tredje kvartal 2011:
Neurologi

Fjerde kvartal 2011:
Små sygdomme

Indhold

Facitlisten mangler	4
Varmt vand lindrer	6
Effektive sygehuse	8
Økonomien gør ondt	12
Ny teknik sparer penge	15
Leg smerten væk	16
Operation med O-arm	18
Bedre gigtbehandling	20
Ny viden om knogler	22
Livskraften er tilbage	24
Tidlig opsporing vigtig	26
Børn med gigt svigtes	28
Sex på dagsordenen	30
Når protesen smerter	32
Ulighed i gigtbehandling	34
Skævt knoglebehandling	36
Bertel Haarder lover	39
Fremtidens smerter	40
Jeg styrer mine smerter	42
Mænd og deres knogler	44
Handleplan savnes	48
Piger rammes af gigt	50





Fokus Professor Henning Bliddal



- Henning Bliddal er overlæge, dr.med. og forskningsprofessor på Frederiksberg Hospital og Parker Institutet, som han har været med til at opbygge.
- Han er praktiserende reumatolog. Blev uddannet læge i 1978 og dr.med. i 1986.

Vi mangler facitlisten

Retningslinjerne for, hvilke biologiske lægemidler leddegigtpatienter får som første behandling, bygger udelukkende på økonomi. Af hensyn til patienterne savner dr.med., forskningsprofessor Henning Bliddal den viden, der kunne give reumatologerne tilstrækkelige argumenter til andre procedurer.

Af Nina Vedel-Petersen

Økonomien styrer, hvilken gigtmicin reumatologerne først giver patienten.

For omkring en ud af tre leddegigtpatienter, der sættes i behandling med TNF-hæmmere, virker behandlingen ikke. Mange har været igennem flere behandlinger, før lægerne måske finder den rette. Årsagen til, at nogle patienter har gavn af en behandling og andre ikke, er stadig ikke tilstrækkeligt afdækket. Der findes kvalificerede gæt, men endnu ikke dokumentation, der kan hjælpe reumatologerne i deres valg af behandling.

"Vi mangler en facitliste. Kunne man lave en test forud for behandlingen, der fortalte, hvordan den enkelte patient reagerede på behandlingen, ville vi være nået langt," siger overlæge, dr.med., forskningsprofessor Henning Bliddal, Frederiksberg Hospital.

Praktiserende speciallæge i reumatologi Berit Schiøttz-Christensen peger på, at det i sidste ende er politiske beslutninger, som ligger til grund for, hvilket præparat man begynder behandlingen med.

"Vi har brug for nogle stærkere styringsredskaber, så vi også kan kvalitets sikre behandlingen, samtidig med at se på medicinens pris. Valgfriheden skal være der, og patienter skal ikke unødigt skifte behandling," siger hun.

Patientens egne antistoffer

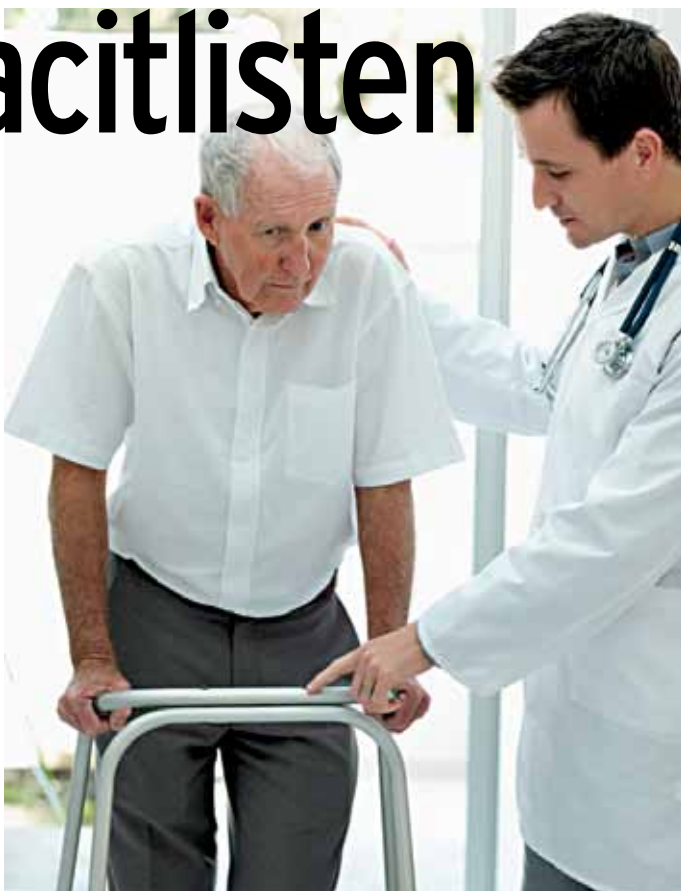
I dag diskuteres, om nogle leddegigtpatienter kan udvikle antistoffer mod behandling med visse biologiske læge-

midler. Man mangler evidens for, hvorfor nogle patienter ikke har gavn af behandlingen.

"Inflammationen går flere veje, og målet er forud for behandlingen at kunne foretage en test, der afklarer, hvordan patienten reagerer på en given behandling. Dette ville føre til en individuel strategi, hvor vi kunne sætte patienten i mere relevant medicin med det samme uden at skulle igennem flere forgæves behandlinger," siger professor Henning Bliddal.

Biologisk behandling er dyr, og for begge reumatologer er samfundsøkonomien i sig selv et argument, men begges hovedfokus er på patienterne.

"Der er ikke lavet undersøgelser nok. Vi har visse muligheder for at forudse, hvem der forbliver i behandlingen. Det kan også lade sig gøre relativt hurtigt at finde ud af, om en behand-



ling virker eller ej, men det kræver ressourcer og lidt forskningsmæssigt knofedt. Det ville gøre beslutningerne langt mere kvalificerede. Hvis vi ikke kan udtale os om behandlingen på forhånd, kan vi dog ret hurtigt sige stop og dermed slippe for overflødig behandling," siger Henning Bliddal.

"Vi har jo ikke lyst til at fortsætte en behandling, hvis medicinen preller af på patienten. Om muligt vil vi selvfølgelig gerne vide, hvilken behandling vi bør starte med - hvilket medikament skal vi skyde først med. Ud over virkningen spiller andre forhold også ind, f.eks. anvendelighed og dermed, hvordan den enkelte patient selv ser på behandlingen."

"Vi overvejer hver gang, hvad der er den rette behandling for den enkelte, men der er nogle traditioner, forskrifter og ikke mindst påbud om, med



Professor Henning Bliddal

Om muligt vil vi selvfølgelig gerne vide, hvilken behandling vi bør starte med - hvilket medikament skal vi skyde først med

hvilken medicin vi begynder. De fleste af disse er ikke evidensbaserede, kun økonomisk bestemt. Det er så op til os læger, hvis vi vil argumentere imod standarden, vel vidende, at valget kan være dyrere - det skal selvfølgelig afbalanceres over for en ekstra effekt," siger professor Henning Bliddal.

"Vi bør finde ud af, hvordan vi bedst rådgiver dem, der betaler - regionerne - til at lægge budgetterne mest rationelt. Skal man smide en masse penge efter biologisk behandling, må det vigtigste være, at patienterne får mest mulig glæde af det, og her er opgørelser og fremadrettet forskning væsentlig. Med op mod en milliard til medicinen må det være umagen værd at bruge et par millioner på at undersøge, om præparaterne virker," siger Henning Bliddal.

Diskussionen går bl.a. på, hvilket af de tre mest benyttede præparater der skal forsøges som første behandling af patienter, der er godkendt til biologisk behandling. En region påbyder først at bruge det billigste præparat, Remicade. Henning Bliddal og flere andre reumatologer peger dog på, at man fremover bør se på meget andet end selve produktets pris. ■

Penge og livskvalitet i tidlig behandling

Ny forskning tyder på, at jo før gigtpatienter kommer i behandling, desto større mulighed har de for at bevare deres førlighed og dermed tilknytning til arbejdsmarkedet. Eksempelvis tyder undersøgelser på, at tidlig behandling af patienter med Morbus Bechterew ikke blot kan begrænse deres smerter og sygdom, men endog muligvis helt stoppe udviklingen af stivhed i ryggen.

Også med hensyn til leddegigt har tidlig behandling vist sig at være langt mere væsentlig end tidligere antaget.

Det er godt nyt, når man ved, at kun få måneders sygeorlov gør det svært at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Læs side 26-27

Tilknytning til arbejdsmarkedet:

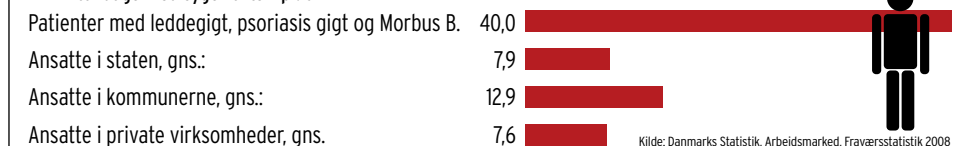
Patienter med leddegigt, psoriasis gigt og Morbus Bechterew



Kilde: J. Sørensen, CAST, 2008: "Vurdering af omkostninger forbundet med leddegigt, psoriasis gigt og Morbus Bechterew baseret på en spørgeskemaundersøgelse udført af Alsted Research."

Sygefravær for patienter i arbejde

Antal dage med sygefravær pr. år



Kilde: Danmarks Statistik, Arbejdsmarked, Fraværstatistik 2008

Fakta

Produktionstab

- Produktionstab er den gevinst, samfundet går glip af, hvis en borger ikke kan arbejde som forventet.
- For patienter med leddegigt, psoriasis gigt og Morbus Bechterew er det opgjort, at der i gennemsnit er et produktionstab på på 183.000 kr om året i forhold til, hvis patienterne var i stand til at arbejde.

KILDE: J. SØRENSEN, CAST, 2008: "VURDERING AF OMKOSTNINGER FORBUNDET MED LEDDEGIGT, PSORIASIS GIGT OG MORBUS BECHTEREW BASERET PÅ EN SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE UDFØRT AF ALSTED RESEARCH."

Problemer med knapper og lynlåse?

Bliv selvhjulpen igen med magnetisk Luk-Let bånd



- * Kræver hverken fingerkræfter eller præcision
- * Kan åbnes og lukkes med én hånd
- * Tåler stort træk i tøjet uden at åbne
- * Bliver ikke slidt ved gentagen brug
- * Tøjet kan vaskes i vaskemaskine

Slip for de lukninger der gør din hverdag besværlig og smertefuld. Send dit tøj til os og få udskiftet lynlåse og knapper.

- * Båndet sælges også i metermål



Introduktions pris:
Lynlås i bukser 299,-
Knapper i skjorte 349,-

Mulighed for tilskud jfr serviceloven kontakt din kommune og hør mere

Læs mere på www.trendyhandy.dk eller ring til os på 22 44 49 33
Trendy Handy, Tjærebyvej 61, 4000 Roskilde



Træning har smertelindrende effekt, og Gigtforeningen har udviklet et program, der sætter ind mod de ømme punkter.



Pejling

Varmt vand er rigtig godt for gigtpatienter. Da vandet bærer kroppen, undgår man smerter og kan samtidig bevæge sig frit.

Gigtsmerter lindres i vand



Et storstilet samarbejde mellem Gigtforeningen, Trygfonden og svømmehaller over hele landet giver nu mulighed for at få gratis specialtræning til lindring af muskel- og ledsmerter.

Af Helle Tougaard og Lone Dybdal

Hop i vandet og få det bedre. Danske gigtpatienter kan nu få hjælp i helt almindelige svømmehaller landet over til at udføre øvelser i vand, der kan lindre smerter i muskler og led. Gigtforeningen har årelang erfaring med udvikling af træningsprogrammer for gigtpatienter til udførelse i varmtvandsbassiner, og disse principper er baggrunden for et nyt træningssystem til brug i almindelige svømmebassiner, hvor vandtemperaturerne er under de 30 grader.

AquaPunkt er navnet på den nye træningsform, som fra oktober kan udføres i ca. 100 danske svømmehaller, hvor specialuddannet personale, såkaldte aquacoaches, står klar til at vejlede i at udføre øvelserne korrekt.

"Vi ved gennem mange års erfaring, at leddegigtpatienter har utrolig stor gavn af at træne i varmt vand. De får stærkere led og muskler, og da vandet er vægtbærende, gør det ikke ondt, når de træner. Men vandtræning kan bruges af alle, og især de mange med slidgigt kan have gavn af øvelserne, som er lige så effektive, selv om vandet er koldere," siger Lene Witte, direktør i Gigtforeningen.

Det landsdækkende initiativ er udviklet i et samarbejde mellem Gigtforeningen, Trygfonden og Dansk Svømmebadsteknisk Forening.

Mere motion og mindre medicin

Lene Witte glæder sig over, at der har været stor opbakning fra svømmehallerne side. 300 livreddere har været på et todages kursus i at vejlede svømmegæsterne i at udføre øvelserne og

bruge de forskellige redskaber, bl.a. håndvægte og plader, der er udviklet til formålet. I svømmehallerne findes også plancher, der viser øvelserne.

Princippet for AquaPunkt er at sætte målet ind på de ømme steder. Gigtforeningens eksperter i led, ryg og muskler har udviklet tre øvelsesserier for henholdsvis arme og skuldre, lænd og mave, hofter og ben samt en serie til afkobling og velvære.

"Gigtforeningen er en meget forebyggende organisation, og vi håber, at folk vil tage imod tilbuddet, som vi har bestræbt os på at gøre enkelt, lettilgængeligt og nemt udføre. Vi ved, at træningen har en smertelindrende effekt, og at den dermed kan være med til at nedsætte behovet for medicin," fremhæver Lene Witte.

Når man har betalt entre til svømmehallen, kan man bruge redskaberne og træne så meget, man har lyst.

Målet er at få endnu flere svømmehaller med i de kommende år.

Trygfonden har støttet projektet økonomisk med 5,7 mio. kr.

Ømme muskler og led?

Ibutop® (ibuprofen) er en lokalvirkende creme til lindring af smerter



Ibutop® creme smøres direkte på det ømme område og giver smertelindring hele vejen gennem vævet og ind til knoglerne.

Med Ibutop® creme behandler du kun den del af kroppen, der gør ondt.

Cremen giver samtidig fugt til huden, og har en behagelig duft af lavendel.

Ibutop® anbefales til:

- Smerter i nakke og skuldre
- Smerter i hofte og ryg
- Smerter i knæ og led
- Muse- og albueskader
- Sportsskader og ømme muskler

Fås på apoteket



Hent brochuren
Hovedpine & nakkesmerter
på www.actavis.dk

actavis

Ibutop® ibuprofen 50 mg/g creme. Indikation: Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. Virker betændelsesnedsættende og smertestillende. Dosering: 4-10 cm IBUTOP® creme svarende til 1,6 - 4 g creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange dagligt. Det anbefales at vaske hænder efter brug, dog ikke hvis hænderne behandles. Bivirkninger: Almindelig: Rødme, udslæt, kløe eller andre eksem-lignende irriterationer. Sjældne: Bronkospasmer, blæredannelse på huden, nældefeber. Bør ikke anvendes ved overfølsomhed over for indholdsstofferne. Bør ikke anvendes af patienter, hvor acetylsalicylsyre eller andre NSAID produkter fremkalder symptomer på bronkospasmer, angioødem, astma, snue eller nældefeber. Særlige advarsler: Bør ikke anvendes ved eksem, akne, inficeret hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden. Graviditet og amning: Bør ikke benyttes af gravide. Kan anvendes under amning. Pakninger og priser pr. juni 2010: 50 g: kr. 56,15 kr., 100 g: 104,95 kr. Læs altid oplysningerne i indlægssedlen omhyggeligt. Udløst af: HF. Dansk repræsentant: Actavis Nordic A/S, Ørnegårdsvej 16, DK-2820 Gentofte. Tlf. 7222 3131. Produktresuméet er omskrevet og forkortet i fht. det af Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Actavis A/S. Læs mere om Ibutop® på www.actavis.dk

En virksomhed

- De Vestdanske Friklinikker drives som en virksomhed, hvor pengene følger patienten. Årsomsætningen er 200 mio. kr. Friklinikkerne råder over 55 pct. af den af takst, Sundhedsministeriet har fastsat for en bestemt behandling pr. patient, den såkaldte DRG-takst.
- Gennem rationelle arbejdsgange og maksimal udnyttelse af den kirurgiske arbejdstid kan friklinikkerne behandle flere patienter end gennemsnitligt for et givent beløb. Brug af

nyere medicin med færre bivirkninger gør, at indlagte patienter kan hjemsendes hurtigere end gennemsnitligt. De færre indlæggelsesdage er en økonomisk gevinst for friklinikken og sparer samtidig sygedage for patienten.

- Når f.eks. en større rygooperation med efterfølgende indlæggelse er takseret til 40.664 kroner, er der penge at spare, når patienten kan hjemsendes før normeret tid.
- Lægerne får resultatløns, når de behandler flere patienter inden for den berammede tid. Hvis de f.eks. opererer 10

patienter på den tid, der er fastsat til 6 patienter, får de løn for 10 patienter.

Kvalitetssikring

- Opkobling på kvalitetsdatabaser skal sikre, at der ikke slækkes på kvaliteten.
- Ifølge Sundhedsstyrelsens kvalitetsdatabaser er patienttilfredsheden på friklinikkerne på niveau med eller over landsgennemsnittet.

- På friklinikkerne udføres årligt 20.000 forundersøgelser og 12.000 operationer.
- Personalet tilrettelægger selv arbejdet, der foregår i "serier" med samme type operationer. Klinikken i Give er blandt landets største inden for rykirurgi. Øvrige store specialer er knæ, skuldre, åreknuder, øjenoperationer, urologi, plastikkirurgi og smertelindring.

Jysk succes

Sund fornuft sikrer korte patientforløb

Smerteklinikken
Reception



Klinikchef Christian Nielsen bestræber sig på at være mest muligt til stede ude på klinikkerne og tage del i de praktiske gøremål. Alt for mange læger og sygeplejersker bruger så meget tid på administration, at de mister føling med arbejdsgangene, mener han.

Selvbestemmelse, sund fornuft og rationelle arbejdsgange har gjort De Vestdanske Friklinikker til en succes for både patienter og økonomi.

Af Lone Dybdal, fotos: Brian Rasmussen

Hurtigt til undersøgelse, hurtig operation, hurtigt hjem. I de to midtjyske byer Give og Brædstrup finder man landets mest effektive offentlige sygehusstilbud. Det betyder hurtigere behandling, kortere indlæggelser for patienterne og besparelser for samfundet.

Hver gang man gennemsnitligt på landets sygehuse behandler 100 patienter, så klarer man 147 patienter for det samme beløb på De Vestdanske Friklinikker, som de to klinikker på sygehusene i Give og Brædstrup kaldes under ét.

Patienter fra hele landet valfarter hertil til forundersøgel-

ser og operationer og på det seneste også for at få hjælp til at leve med kroniske smerter.

Fokusmagasinet har besøgt De Vestdanske Friklinikker for at få nogle bud på, om der er principper her, som det øvrige sygehusvæsen kan drage nytte af.

Vi ankommer til klinikken i Give en solrig torsdag eftermiddag i det tidlige efterår, hvor vi udenfor i parken møder patienter, der slapper af i havestole og studerer dagens aviser. Indenfor i foyeren sidder patienter og pårørende ved caféborde i dæmpet samtale over en kop kaffe. På gulvet viser streger i alle regnbuens farver vej til de forskellige afdelinger, behandlings- og sengeafsnit.

Vi har aftalt møde med klinikchef Christian Nielsen og følger den hvide stribe, der viser vej til hans kontor på første



De farvede striber byder patienterne velkommen og viser vej på sygehuset i Give, hvor den ene halvdel af De Vestdanske Friklinikker har hjemme.

sal på rygafdelingen. Her spejder vi imidlertid forgæves efter både hans navneskilt ved døren og Christian Nielsen selv.

Praktisk anlagt chef

En operationssygeplejerske kommer til undsætning og oplyser, at chefen kun sjældent opholder sig ved sit skrivebord. Via telefonen får hun ham sporet til den tidligere administrationsbygning. Her finder vi Christian Nielsen. Iført cowboybukser og skjorte er han i færd med at rykke rundt på møbler og computerudstyr i et lille rum, der netop er blevet etableret ved hjælp af en nyopsat skillevej.

Vi får knap sagt goddag, før han begejstret begynder at vise rundt og fortælle om de mange nye aktiviteter i den gamle rødstensbygning, der nu huser friklinikens seneste tilbud: Smerteklinikken, der bemannet med to psykologer, en socialrådgiver og en fysioterapeut har til opgave at holde ventelisterne nede og hjælpe flest mulige smertelidende patienter inden for behandlingsgarantiens frister.

Christian Nielsen er opsat på udfordringen og er ikke i tvivl om, at han sammen med personalet kan løfte opgaven, ligesom de har gjort så mange gange før inden for flere og flere lidelser lige fra komplicerede skeletsygdomme til øjenoperationer, plastikkirurgi og sterilisationer.

Her bestemmer man selv

Han peger på den nye, hvide skillevej, der stadig dufter af frisk maling. Beslutningen om at opsætte væggen blev taget af medarbejderne i fællesskab blot en uge forinden, fordi der var brug for et ekstra samtalerum til patienter. Væggen viser ifølge klinikchefen helt konkret en af de afgørende forskelle på friklinikkerne og et traditionelt sygehus:

"Her skal vi ikke spørge nogen om noget! Andre steder ville det have taget måneder med sagsbehandling at få bevilget en væg."

Friklinikkerne er en selvstændig enhed under Regionerne Midt- og Syddjyland, de har egen økonomi og bestemmer selv arbejdsgangene. Klinikchef Christian Nielsen refererer direkte til en bestyrelse med repræsentanter for de to regioner.

Klinikernes formål er at overholde ventetidsgarantien, så patienter ikke behøver henvisning til privathospital.

Christian Nielsen pointerer, at selvstændigheden og effektiviteten i det daglige handler om meget mere end økonomi, bygninger og inventar:

"Afgørende er selvstændige, engagerede medarbejdere, der tager ansvar og handler ud fra sund fornuft til gavn for patienterne."

Bag de korte patientforløb ligger lange og intense arbejdsdage med rationelle arbejdsgange.

Fortsættes næste side

MAVE & MUSKLER

Naturlig hjælp til din sundhed

REUMAZALL -

Styrke, smidighed og flexibilitet

Hjælp til muskler/led - ryg, lænd og hofte ved ømhed og slid. Modvirker ømhed ved menstruation, øger fordøjelses- og forbrændingsevnen.

MUSKELSTIFT -

Arbejde, Sport og Fritid

Hurtig hjælp - effekt efter kun 3-5 minutter. Øger blodgennemstrømning i vævet modvirker infiltrationer, muskelspændinger og trætte ben.

TRIFALLA -

Balance til Mave og Tarm

Modvirker mave- og fordøjelsesbesvær, luft i mave og tarm, oppustethed samt både løs og træg mave.

TRIFALLA SPECIAL -

Kontinuitet og Regelmæssighed

Modvirker vedvarende hård og træg mave.

Forhandles af Matas og helsekost samt netbutik www.human-balance.dk
Human Balance ApS - Tlf. 70 25 55 66 www.human-balance.dk

Organisation

- Patienter i alle aldersgrupper behandles på friklinikkerne.
- De 55 pct. af DRG-taksten, som friklinikkerne råder over, skal dække alle personaleudgifter, rengøring og alt forbrug, teknisk assistance og administration, der varetages fra Regionshospitalet Horsens.
- De sidste 45 pct. råder regionerne over til bygninger, vedligehold, lys og varme.

Produktivitet

- Produktiviteten på De Vestdanske Friklinikker er ifølge den seneste rapport fra april 2010 om produktivitet på landets sygehuse 1,4 gang så høj som landsgennemsnittet.
- Friklinikkerne behandler således 140 patienter for samme beløb, som gennemsnitligt på landsplan rækker til 100. Tendensen er stigende. Friklinikkens egen opgørelse viser nu en effektivitet på 147.

Offentligt

- De Vestdanske Friklinikker er en del af det offentlige sygehusvæsen og drives af Region Syddanmark og Region Midtjylland. De er én selvstændig enhed med adresser på Regionshospitalet i Brædstrup og på Give Sygehus. Formålet er at overholde ventetidsgarantien, så patienter ikke behøver henvisning til privathospital.
- Klinikchef Christian Nielsen refererer direkte til en bestyrelse med repræsentanter for de to regioner.

Jysk succes

Fortsat fra forrige side

Det er Christian Nielsen selv, der hyrer de omkring 100 tilknyttede kirurger, som alle er speciallæger med fast ansættelse andre steder. De arbejder på friklinikkerne i deres fritid, hvor de gennemfører snesevis af samme type operationer på samlebåndsmåner.

Indimellem tager chefen også selv fat ved operationer som anæstesilæge og træder til som bagvagt.

Morgenmad hjemmefra

Undersøgelser og operationsplaner tilrettelægges af den faste stab af sygeplejersker. De planlægger, så ekspertisen udnyttes maksimalt - ofte også langt uden for "normal" arbejdstid, hvilket i øvrigt passer de fleste patienter udmærket.

"Vi arbejder, til vi er færdige, og vi aflyser aldrig en operation, selv om tidsplanen er skredet," siger Christian Nielsen, der har indført ét ufravigeligt princip for at undgå forsinkelser fra morgenstunden.

"Vi har spist morgenmad, når vi ankommer."

Han mindes sine mange år i det store sygehusvæsen, inden han i 2002 blev friklinikchef:

"Mens venteværelserne blev fyldt, sad personalet og drak kaffe, så tidsplanen væltede allerede fra dagens begyndelse."

Christian Nielsen peger på en række andre udfordringer i det traditionelle sygehusvæsen, som han mener, er hæmmet af spildtid, faggrænser, bureaukrati og snæver kassetækning inden for de enkelte operations- og sengeafsnit

"Ude på sygehusene sidder en del mennesker og bestemmer over noget, som de ikke har direkte indblik i, og som andre skal udføre. Det giver ikke altid de optimale løsninger," bemærker han.

Friklinikkernes selvstændighed betyder, at personalet har mulighed for at bruge den medicin, de synes er bedst, også selv om den er dyrest.

Set i en helhed betyder det både besparelser på driften og lettelse for patienterne. På friklinikkerne ordinerer man således til visse patienter et relativt nyt smertestillende opioid, selv om det koster seks gange så meget som den gængse morfin.

"Vi har valgt at bruge den dyre medicin Targin, fordi den har egenskaber, som gør, at patienterne hurtigere kan blive friske til at komme hjem, da de undgår forstoppelse. Før vi tog den nye medicin i brug, lå de typisk en til to senge dage ekstra, fordi de var svækkede på grund af dårlig mave. Set i forhold til, hvad vi sparer af udgifter, og hvad det betyder for patienternes vel-

” Christian Nielsen



Ude på sygehusene sidder en del mennesker og bestemmer over noget, som de ikke har direkte indblik i, og som andre skal udføre. Det giver ikke altid de optimale løsninger



befindende, så er der jo ingen tvivl om, at det er fornuftigt," siger Christian Nielsen og betoner:

"Her på klinikken ser vi på det hele menneske, og vores kodeord er sund fornuft. Det er sværere på et almindeligt sygehus, hvor hver afdeling passer sin egen økonomi."

Sene arbejdsdage

Han rejser sig og inviterer os med på en rundvisning på friklinikken, hvor man på denne torsdag har gang i tre specialer: knæoperationer, mandlig sterilisation og plastikkirurgi.

Selv om klokken nærmer sig 18, er der stadig travlhed på den ene af operationsstuerne. En norsk læge og to af friklinikkens sygeplejersker arbejder i dyb koncentration. På operationsbordet ligger en kvinde i fuld narkose og med et langt åbent snit på overkroppen. Der går endnu et par timer, før hun er færdigbehandlet, syet sammen og kørt på opvågningsstuen. Vi går en tur gennem operationsgangene og sengeafdelingen med friklinikkens 28 pladser, inden vi vender tilbage til smerteklinikken.

Ved en computer møder vi sygeplejerske Jette Nim.

Hun kommer heller ikke hjem de første par timer. Hun har travlt med at ringe rundt for opfølgende patientsamtaler og med at få indskrevet oplysninger fra dagens screeningssamtaler i journalerne.

Hun beklager ikke sin lange arbejdsdag, der efter planen skulle slutte kl. 16.

"Det hører med i indkøringsfasen, det er man indstillet på," siger Jette Nim, der har arbejdet på friklinikken i Give

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

En norsk kirurg er sammen med to af friklinikkens sygeplejersker i gang med en stor operation på en kvindelig patient. Kirurgen opholder sig i flere dage i Give, hvor han udfører en serie af samme type behandlinger.

siden 2006, først i ambulatoriet og i opvågningsen og nu primært i smerteklinikken. Tidligere var hun ansat på intensivafdelingen på sygehuset i Fredericia.

Om forskellen på friklinikken og et traditionelt sygehus siger hun:

"Som medarbejder her har man stor indflydelse, man er med til at sætte ting i gang og præge arbejdet. Det er spændende og meget meningsfyldt, så ser vi ikke så nøje på klokken. Vi er meget fleksible, og det går begge veje," understreger Jette Nim.

Kulturforskelle

Klinikchef Christian Nielsen pendler på sine arbejdsdage de 35 km mellem De Vestdanske Friklinikkens to matrikler i henholdsvis Brædstrup og Give og agerer lidt af en blæksprutte begge steder.

Han bliver ofte kaldt ud til andre sygehuse og regioner for at fortælle om arbejdet på friklinikkerne. Han har ikke noget entydigt svar på, hvad de kan gøre efter.

"Det er to vidt forskellige kulturer. Jo større enheder, des mindre ejerskab og indflydelse har den enkelte, og det påvirker både arbejdsgang og patientforløb."

Christian Nielsen har været klinikchef siden starten i 2002. Dengang var der 15 medarbejdere. Stadig flere opgaver har forøget staben til 160.

"Det, jeg frygter allermost, er, at vi skal blive så store, at vi kommer til at ligne et almindeligt sygehus," siger han til afsked, hvorefter han genoptager sine gøremål som flyttemand i den gamle administrationsbygning, der helt i hans ånd er kommet i anvendelse til direkte gavn for plagede patienter. ■

Fokus Christian Nielsen



- Han er 62 år, og uddannet læge i 1975.
- Ansættelse og videreuddannelse på Århus Kommunehospital, færdiguddannet praktiserende læge 1982.
- Uddannet anæstesilæge 1991, overlæge Horsens Sygehus 1996.
- I 2002 udnævnt til klinikchef for den nyetablerede friklinik i Brædstrup og fra 2006 også for den nye klinik i Give.
- Har gennem mange år sideløbende med sine fastansættelser arbejdet i sine friuger i Norge og Sverige. Har et stort kontaktnet til speciallæger, hvorfra friklinikkens kirurger rekrutteres.

Tilmeld dig NU på Aktiveled.dk



LEDSMERTER? Derfor behøver livet ikke gå i stå!

Der er meget, du selv kan gøre for at bevare et aktivt og indholdsrigt liv. Start med at besøge www.aktiveled.dk

Her kan du gratis tilmelde dig og få personlig rådgivning fra eksperter til et bedre liv med ledsmerter. Over 20.000 danskere har allerede tilmeldt sig.



Nogle få klik med musen, så er du tilmeldt Aktiveled.dk

Panodil sponsorerer Aktiveled.dk

Panodil® (paracetamol). Anvendelse: Mod svage smerter f.eks. muskel- og ledsmerter. Virker febernedsettende. Dosering: Voksne: 1 g 3-4 gange dagligt, dog højst 4 g pr. dogn. I enkelte tilfælde kan ½ g 3-4 gange dagligt være tilstrækkeligt. Højere doser end anbefalet giver ingen ekstra effekt og kan medføre skader, der ikke kan helbredes. Paracetamol i doser over ca. 7,5 g indebærer risiko for leverskade, evt. livstruende leversvigt. Forsigtighedsregler: Bør ikke anvendes uden lægens anvisning af personer med nedsat lever- og nyrefunktion, svækket ernæringsstilstand, hyppige hovedpineanfald, overfølsomhed overfor paracetamol eller hjælpestofferne samt ved samtidig behandling med anden paracetamolholdig medicin, warfarin, metoclopramid, domperidon, colestyramin, lægemidler med enzyminducerende effekt (f.eks. fenytoin, carbamazepin), probenecid, chloramphenicol. Pakningsstr. og priser 15.09.2010: Filmovertrukne tabletter 500 mg: 20 stk. kr. 22,05 - 48 stk. kr. 33,25 - 96 stk. og 100 stk. kr. 45,10 - 300 stk. kr. 97,90. Se dagsaktuel pris på medicinpriser.dk. Læs omhyggeligt vejledningen i indlægs-sedlen eller på emballagen. Panodil® er et varemærke tilhørende GlaxoSmithKline-gruppen af firmaer.

Panodil - for et aktivt liv med færre ledsmerter



Ulighed

Fokus

Niels-Henrik Jensen, overlæge



■ Niels-Henrik Jensen er overlæge og chef for Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital. Han har igennem de sidste 25 år arbejdet med behandling af kræftrelaterede og kroniske smerter. Han er uddannet anæstesiolog og har erhvervet diplom i Advanced Pain Medicine. Har skrevet mere end 100 artikler i nationale og internationale tidsskrifter om smerter og smertebehandling, ligesom han har undervist på utallige kurser og holdt talrige foredrag om emnet.

Fakta

Fact om FAKS

FAKS Foreningen Af Kroniske Smerterpatienter er en landsdækkende patientforening, der forsøger at give smerteramte et nyt netværk. FAKS er ikke diagnoseorienteret, da smerten har samme ansigt uanset årsag. Find flere oplysninger på www.faks.dk

Økonomien styrer smertepatienters medicinvalg



For smertepatienter er Lægemiddelstyrelsens arbejde med at fjerne tilskud til medicin en konkret trussel i den daglige og travle lægeklinik. De risikerer at skulle leve med forkert medicinering, udelukkende fordi de ikke længere vil kunne få tilskud til den medicin, der effektivt stopper smerterne. "En miskreditering af lægestanden," kalder Niels-Henrik Jensen, Herlev Hospital, de skærpede tilskudsregler.

Af Nina Vedel-Petersen
Foto: Sara Skytte

Den 4.6.2004. klokken 12.15. Pia Frederiksen vil altid huske datoen og klokkeslættet. For det var nemlig det tidspunkt, hvor hendes liv ændrede sig for altid. Som følge af en fejloperation blev hun kronisk smertepatient, og siden har hun ikke haft en eneste dag uden medicinering og smerter.

"Jeg bliver aldrig smertefri, måske bliver det endda med tiden værre. Men jeg kan holde det nede med smerteplaster og piller," siger hun.

Pia Frederiksen, der er 38 år og har været uarbejdsdygtig siden operationen i 2004, er heldig. I hvert fald i den forstand, at hun efter to et halvt års intensiv søgen nu får den smertemedicin, der hjælper hende. Som situationen er nu, behøver hun heller ikke at bekymre sig for, om hun har råd, for hun hører under 'kronikerordningen', der betyder, at al tilskudsberettiget medicin over 3.500 kr. årligt er gratis for patienten. Men for hende er det økonomiske aspekt endnu en bekymring i et i forvejen svært liv.

"Jeg har en førtidspension, og det bliver man altså ikke rig af. Min mand tjener penge, og jeg havde en lillebitte

”

Pia Frederiksen



Der er to aspekter i det her. Dels, at vi alle er bekymrede for økonomien, dels, at mange af os har været rigtig mange præparater igennem, før de finder den behandling, der virker for dem

arbejdsmarkedsbærelse, men for mig er det bestemt af betydning, hvad medicinen koster. Når vi taler om en mulig ny behandling, er det absolut noget af det første, jeg tænker på," siger Pia Frederiksen.

Og det overrasker ikke chefen for Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital, overlæge Niels-Henrik Jensen. "Det er helt klassisk, at når vi fortæller en patient, at vi vil forsøge med en bestemt type smertemedicin, så er patientens første spørgsmål: 'Hvad koster det, og er der tilskud'. Det fylder meget i patienternes hverdag. Det er efterhånden og ofte de økonomiske hensyn, der styrer min verden, og det er det i stigende omfang," siger han.

Besværliggør hverdagen

"Vi har patienter, som ikke har råd til den behandling, vi anbefaler. Det er en fast del af vores behandling af patienterne, at vi diskuterer, hvad der er billigst for patienten. Der er mange 'fattige' i Danmark, og pengene spiller bestemt ind for den enkelte. Mange smertepatienter er ældre, og de fejler ofte flere ting samtidig, så for dem er medicinens pris ofte afgørende," siger han.

"Vi har stadig i et vist omfang fri ordinationsret, men vi pålægges flere og flere restriktioner, som jeg opfatter



For Pia Frederiksen tæller økonomien, når hun tænker på sin fremtidige smertebehandling. Det samme gælder for andre medlemmer af Foreningen af Kroniske Smerterpatienter, som hun er formand for.

som en miskreditering af os som lægestand."

I disse år revurderer Lægemiddelstyrelsen og Medicintilskudsnavnet tilskud til alle grupper af lægemidler på det danske marked.

Det sker for at sikre, at der kun gives tilskud til den billigste mulige medicin. Men det betyder også, at store patientgrupper kan komme ud for, at de skal bruge anden medicin, end de er vant til, eller at de selv skal betale mere for at få medicinen. Er det besluttet, at der ikke mere gives generelt tilskud til et præparat, kan lægen søge om såkaldt 'enkelttilskud'. Det er dog Niels-Henrik Jensens erfaring, at praktiserende læger

ikke altid søger eller har held med ansøgningen.

"Lægemiddelstyrelsen siger godt nok, at man ikke blander sig i lægens behandling. Men det gør man jo re-

elt, når vi skal søge om tilskud op til flere gange for en patient. Med hensyn til opioiderne, så er det helt o.k., at vi skal starte med morfin, for det kan klare behandlingen for mange. Men forskellige individer har forskellig respons på smertelindrende

medicin. Og det er ofte nødvendigt at prøve flere forskellige opioider, før man finder den helt rigtige behandling," siger han.

Niels-Henrik Jensen har ikke noget

som helst tilovers for det bureaukrati, der besværliggør vores hverdag i en mere og mere travl tid.

Underkendelse af lægers intellekt

"Det er efter min mening en underkendelse af lægers intellekt og viden. Jeg har svært ved at se den indre skønhed i det net af bureaukrati, som skal begrænse vores handlefrihed. Det er en miskreditering og mistænkeliggørelse af et fagligt område, som jeg har det dårligt med."

Han påpeger, at det er i praksis, problemet er størst: "Vi på hospitalerne har fået indarbejdet nogle ansøgningsrutiner. Men de praktiserende læger lever i en helt anden verden. Det er her, tror jeg, problemet er. Det er meget værre hos de praktiserende læger. Bare det at skulle formulere en ansøgning i den tid, man har til den enkelte patient, er problematisk. Vi har mødt patienter, hvor der aldrig har været søgt om tilskud til dem."

Niels-Henrik Jensen tror ikke på, at økonomien vil gå amok, hvis man dropper bureaukratiet omkring tilskudsansøgninger. "Vi læger er oplært til at være ansvarsbevidste og til at vise samfundssind. Vi vil ikke bare bruge løs. Og så kan man jo lave en monitorering, der kan slå ned på dem, der bare bruger væk," siger han.

"Det er bekymrende. De nye regler om tilskud giver forsinkelser i behandlinger, og der er mange læger, som simpelthen ikke har tid til at få søgt om tilskud. En praktiserende læge har 8-10 minutter til hver patient, og så er der altså ikke tid til at skrive ansøgninger. Man risikerer tilmed afslag, hvis der er noget galt med formuleringen af argumenterne," siger Niels-Henrik Jensen.

Han understreger, at smerter er en kompleks størrelse, og at det ofte er svært at finde den rette behandling. For mange patienter fungerer de 'gammel-dags' morfinpræparater, for andre skal der et større researcharbejde til, før man finder den helt rette behandling.

Fortsættes næste side

Ulighed

Fortsat fra forrige side

Pia Frederiksen er formand for FAKS, Foreningen Af Kroniske Smertepatienter, og også netop af samme årsager bekymrer hun sig for mange af foreningens medlemmer.

Depressionen lur

"Der er to aspekter i det her. Dels, at vi alle er bekymrede for økonomien, dels, at mange af os har været rigtig mange præparater igennem, før de finder den behandling, der virker for dem. Jeg har selv været samtlige antidepressiva og samtlige epilepsipræparater igennem, før vi fandt frem til en løsning for mig," siger Pia Frederiksen, der nu bl.a. er i konstant behandling med smertepla-



Pia Frederiksen kæmper en hård kamp for at holde humøret oppe. For mange smertepatienter ligger depressionen og lur under overfladen. Det er voldsomt for den enkelte at erkende, at man aldrig slipper af med smerterne og at man måske aldrig kommer i arbejde igen.

ster. "Det vil være den største katastrofe, hvis de fjerner tilskuddet til mit plaster. Jeg har brugt to et halvt år af mit liv på at finde frem til det. Skal jeg ud og lede igen, ved jeg snart ikke, hvordan det skal gå. Mange smertepatienter er depressionsramte, og der skal ikke så meget til, før man ryger helt ned. Når man er kronisk syg, er der rigtig meget,

man skal forholde sig til: At erkende, at man aldrig bliver rask – at smerter er noget, man bare skal have som en følgesvend ligesom ens ægtefælle. Prøv at forestille dig, hvordan det er: Vi kan ikke nogensinde tage bare to minutters pause fra smerterne. Vi skal også leve med omverdens forudindtagethed, med folks manglende forståelse, med mistænksomhed. Det er ikke alle, der forstår, hvordan man har det, når man lige har været ude på toilettet og kaste op på grund af smerterne. Vi er også blevet kasseret på arbejdsmarkedet, og vi er i konstant kontakt med sundhedsvæsenet. Så vi er altså ret så letpå-virkelige, og skal man så til at slås for at få den rigtige medicin, så vil mange altså knække," konstaterer hun. ■

Fakta om ryg- og nakkesmerter



Selvom rygsmerter kan give dig mange bekymringer, skyldes de meget sjældent, at du har en alvorlig sygdom. Og én ting som står helt klart er, at du selv skal tage aktiv del i at få det bedre...

Kiropraktorerne i Danmark er specialister i nakke og ryg
Hent brochurerne "Ondt i ryggen" og "Ondt i nakken" hos kiropraktoren - her får du specialviden, baseret på den nyeste forskning inden for nakke og ryglidelser.

Kiroinfo

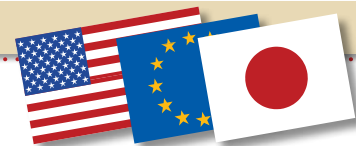
Få mere information på www.kiroinfo.dk



Forskning

Fakta Knogleskørhed

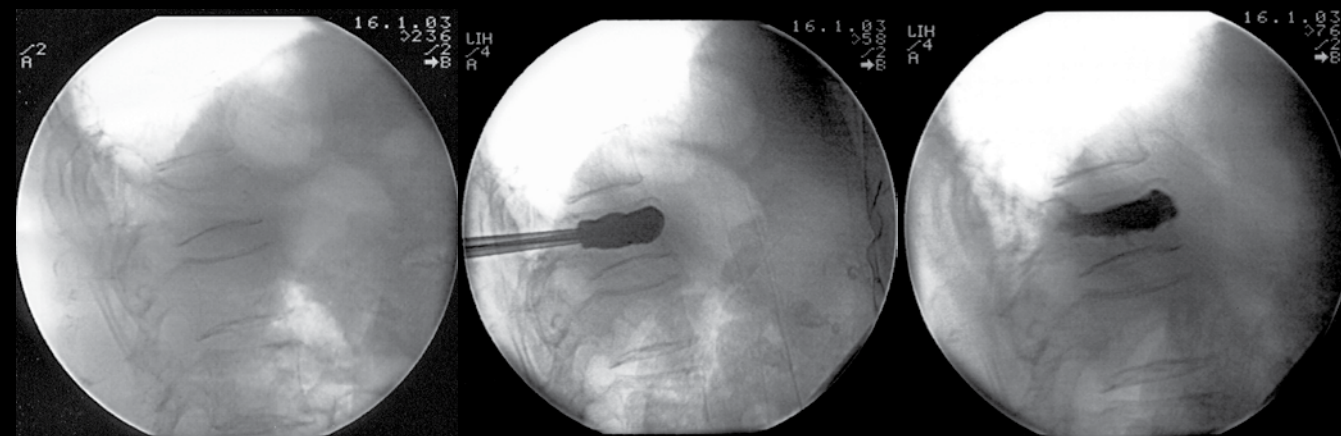
I Europa, USA og Japan skønnes 75 millioner mennesker at lide af knogleskørhed.



De danske sygehuse behandler hvert år:

Underbensbrud	21.500
Hoftebrud	9.690
Brud på rygsøjlen	3.600
Skulderbrud	2.900

Det er nu muligt med et mindre kirurgisk indgreb at lindre smerterne og øge mobiliteten.



Før

Pipetten i ryghvirvlen, med "oppustet" ballon

Cementen "efterlades" og stabiliserer bruddet.

Ny metode mindsker smerterne

En halv million patienter med knogleskørhed har med et mindre kirurgisk indgreb fået lindret deres smerter og øget mobiliteten.

Af Sally Dorset

Henvend 500.000 danskere lider af knogleskørhed, og af dem får ca. 60.000 forebyggende behandling. Fælles for patienterne er, at de har en stor risiko for brud på knoglerne. Ud over brud på hofte, skuldre og ben får mange også brud på rygsøjlen. De er i mange tilfælde svære at diagnosticere, fordi de ikke er lige så synlige som andre brud.

Behandlingen for brud på rygsøjlen består oftest af hvile, smertestilende medicin, fysioterapi og evt. et støttekorset. Trods behandlingen kan patienterne have svært ved at blive el-

ler forblive smertefrie eller at genvinde mobiliteten fuldt ud.

Det er nu muligt med et mindre kirurgisk indgreb at lindre smerterne og øge mobiliteten. Metoden går ud på, at man med en ballon, der er ført ind imellem ryghvirvlerne, stabiliserer bruddet med en speciel cement. Denne "ballon-kyfoplastik" har i et større forsøg vist sig at give betydelig smertelindring og mobilitet, så patienternes livskvalitet steg betydeligt.

Større livskvalitet

I FREE-studiet, der blev offentliggjort i det ansete tidsskrift The Lancet i fjor, indgik 300 europæiske patienter, der blev randomiseret til enten konservativ eller ballon-kyfoplastisk (BKP) behandling for en vertebral fraktur. En fraktur, hvor en ryghvirvel revner/bryder sammen og dermed giver smerter til patienten, fordi ryggens holdning ændres, og det kan klemme på de omliggende nerver.

Vertebrale frakturer opstår ofte på grund af osteoporose og forårsager i mange tilfælde markant smerte.

Studiet viste, at de, der fik ballonbehandling i stedet for konservativ behandling med sengehvile og smertebehandling, havde en signifikant både klinisk og statistisk bedre smertelindring ved to uger, tre måneder, seks måneder og et år.

De patienter, der havde fået ballonbehandling, fik også en væsentligt øget livskvalitet og en bedre mobilitet. De havde 60 dage mere om året uden at være begrænsede i deres mobilitet i forhold til de patienter, der fik konservativ behandling.

For nylig blev resultaterne for toårs opfølgningen præsenteret på en britisk kongres, og de bekræftede den positive trend fra FREE-studiet.

Foreløbig er en halv million patienter verden over blevet behandlet med ballon-kyfoplastik. ■



Tænk.....

Fakta VAS-skalaen

- Visuel Analog Skala eller Visual Analogue Scale er et redskab, der blandt andet kan vise smerteintensitet og ændringer i den.
- VAS er en linje med markeringer (ankerord) ved enderne. Oftest bruges betegnelserne "ingen smerte" og "værst tænkelig smerte" som ankerord. Patienten angiver sin smerte ved at sætte et mærke på strengen, VAS scores ved at måle længden i mm fra ingen smerte til patientens mærke.

KILDE: DANSKE FYSIOTERAPEUTER

Fokus Anthony Lewis Brooks



- Ingeniør, bassist og kunstner. Han er forskningsleder for SensoramaLab og associate professor i medialogi ved Aalborg Universitet.
- Han er en af eksperterne for det Europæiske Råd for Digitale Spil i Undervisning, tilknyttet EU FET (Future Emerging Technologies) og vinder af Vanførefondens Forskningspris 2006.

- Tony Brooks forsker i, hvordan kombinationen af teknologiske systemer, underholdende brugeroplevelser med interaktiv leg og kreative aktiviteter kan motivere træning og indlæring.
- Tony Brooks tilpasser computersystemer til den enkelte bruger. På den måde får handicappede mulighed for at interagere digitalt, selv om de ikke kan bruge de traditionelle brugerflader.

Leg dig fra smerten

Hvis du har din opmærksomhed på smerten, gør det meget ondt. Hvis du er optaget af noget andet, gør det mindre ondt.

Så enkle er tankerne bag det projekt, som forskeren Tony Brooks igennem mange år har været primus motor for i Esbjerg. Senest i et mindre forsøg med fibromyalgipatienter. Forsøget skal nu gentages i større format.



Computeren kan hjælpe smertepatienten med at trække sig væk fra den verden, hvor smerten er.

.....

ramte fibromyalgipatienter. Deres lidelse stammer fra de overfølsomme smertereceptorer i hjernen og det høje niveau af neurotransmittere, der dirigerer smertesignalerne.

I Esbjerg tyder forsøg med patienter med fibromyalgi på, at man kan snyde hjernen til ikke at sende smertesignaler. Dermed kan patienter med fibromyalgi få langt færre smerter.

Deltageren stod foran en storskærm og så sig selv i tre dimensioner. For eksempel en bokser eller en volleyballspiller, der slår efter modstanderen eller dunker bolden over nettet. Et kamera registrerede personens bevægelser, som et særligt program analyserede.

Halvt så mange smerter som før

Selv om der kun var to ud af 10 tilmeldte, der gennemførte rækken af forsøg, er resultaterne lovende.

Målt på en VAS-skala (se boks) viste de to patienter kun halvt så mange smerter som før. Deres bevægelsesmønstre udviklede sig også i en god retning. Gennem videooptagelser kunne forskerne se, at de blev bedre til at styre kroppen.

»Det er helt grundlæggende, at det skal være sjovt at bevæge sig, og at man skal gøre det uden at tænke for meget over det. På den måde er det lettest at få folk til at bryde grænser og bevæge sig på nye måder uden at kede sig,« siger Tony Brooks.

»Når folk kan se, at deres bevægelser skaber farver og figurer, bliver de motiveret til at bevæge sig igen, mere og på andre måder, end de ellers ville gøre.«■

ere har han således forsket i, hvordan man kan bruge computere og de nyeste teknikker til at øge udfoldelsesmulighederne for mennesker med nedsatte funktioner. Via computersystemer bliver den handicappedes bevægelser oversat til farver og lyde – og det legende element er sat i højsædet.

Færre smerter

Et af stederne, hvor Tony Brooks udfører denne forskning, er på Experimentariet for virtuelle medier ved Aalborg Universitets Esbjerg-afdeling, SensoramaLab. Her undersøger han blandt andet, hvordan andre og nye teknologiske redskaber kan give handicappede nye kommunikationsmuligheder.

Det gælder blandt andre smerte-

Tony Brooks er waliser af fødsel. Han er også ingeniør, bassist og kunstmaler.

Men endnu vigtigere: Han har levet sin barndom med en onkel med svære spastiske lammelser. Tony Brooks fandt ud af, at hvis han tog en guitarpedal og placerede den under onklens fod, så kunne onklen påvirke guitarlydens højde og mønstre i lyden.

»På den måde skabte jeg et rum for hans udtryk – og et rum for vores kommunikation,« siger Tony Brooks.

Muligheden for kommunikation og for en – omend spinkel – følelse af socialt fællesskab gav onklen øget livskvalitet.

For Tony Brooks satte oplevelsen dybe spor. Igennem hele hans karri-

hjernen til at tænke på noget andet end det, den ellers var i gang med: at sende besked om smerte ud i kroppen.

Rum for kommunikation

»Bevidst opmærksomhed er som et spotlight. Normalt er du fokuseret på smerten. Det helt primære, der er på færde i den virtuelle verden, er, at brugeren forestiller sig, at hun/han går ind i den virtuelle verden. Når man trækkes ind i en anden verden, trækkes der fokus væk fra de smerter, der er en del af den reelle verden. Sådan er det for mange af de patienter, vi arbejder med. I stedet for at holde fast i smerter som fokus for deres opmærksomhed udforsker de den virtuelle verden. Det bliver deres første prioritet.»

Af Lone Nyhus, foto. Sara Skytte

At mærke en smerte kræver bevidst opmærksomhed. Det samme signal kan opleves som smerte eller ikke smerte afhængigt af, hvad patienten tænker. Og hvad patienten ellers tænker på.

Hvis du er optaget af en leg - eller måske et spil - er dine tanker taget væk fra smerten. Hvis spillet samtidig får dig til at bevæge dig, er det endnu bedre.

Sådan et spil er for eksempel computerspillet Nintendo Wii. Gennem computeren leger du, at du spiller et fysisk krævende spil; du aktiverer kroppen, og dermed distraheres



Hvis du vil vide mere om forebyggelse og behandling af de mest gængse sygdomme.

VIDEN ER DEN BEDSTE MEDICIN

SUNDHEDSNYHEDERNE





Pejling

Fakta God økonomi

På Oulu Universitetshospital i Finland har man igennem et par år brugt O-armen til 410 patienter. Allerede efter to år var investeringen tjent ind, så man havde et overskud på godt 375.000 euro.



På kun 13 sekunder kan lægerne få et tre-dimensionelt billede af patienten under operationen.

.....

Fokus Søren Peter Eiskjær



- Født 1956 i Viborg
- Student fra Viborg Amtsgymnasium 1975
- 1981 Cand. Med. fra Århus Universitet
- 1993 Speciallæge i Ortopædkirurgi
- 1997 Overlæge Århus Universitetshospital
- 1997 Konsulent Skørping Privathospital
- 1998 Specialeansvarlig overlæge (rygkirurgi) Aalborg Universitetshospital

Publikationer

33 publikationer i internationale videnskabelige tidsskrifter - 13 artikler vedrørende rygkirurgi.

Priser

To gange tildelt "The Volvo Award on Low Back Pain Research"

Undervisning

Underviser på nationale og internationale kurser i rygkirurgi

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

Ny teknik øger sikkerheden og sparer tid og penge

De nordjyske politikere var fremsynede, da de for et par år siden bevilgede penge til en form for mobil CT-scanner, der kan røntgengennemlyse patienten under operationen og dermed sikre kvaliteten under krævende operationer.



Søren Peter Eiskjær ved nu, at det, han laver, sidder som det skal, så han kan holde fyraften med god samvittighed.



Mange patienter er med rette nervøse forud for en stor operation. Men med den nye scanningsmulighed er sikkerheden blevet langt større.

.....

Af Sally Dorset, foto: Ortopædkirurgi Nordjylland

Kravene til det sundhedsfaglige personale har aldrig været højere. Effektiviteten skal være i top, og det skal præcisionen ved operationer også.

Patienter, myndigheder og politikere stiller større og større krav, samtidig med at hospitaler bliver lagt sammen, ekspertisen samles, og operationsprogrammerne dermed strammes til det yderste.

Det lægger et voldsomt pres på kirurgerne, der skal holde tungen lige i munden, hvis de ikke vil havne på avisernes forside.

Da ortopædkirurgien i Nordjylland ved årsskiftet 2008/2009 stod og skulle have nyt scanningsudstyr, var politikerne i Region Nord så fremsynede, at de nikkede ja til indkøbet af en såkaldt O-arm. Et indkøb, ingen siden har fortrudt.

"Vi kan nu udføre nogle operationer, som det tidligere teknisk set var umuligt for os at foretage. Samtidig kan vi undervejs under operationerne så at sige lave kvalitetsstyring on the job, så vi kan være sikre på, at det, vi laver, er i orden. Dermed undgår vi også en masse re-operationer," siger spe-

cialansvarlig overlæge Søren Peter Eiskjær fra Ortopædkirurgi Nordjylland, der var den første i Norden, som begyndte at anvende medicoteknikkens nye vidunder.

I Aalborg bruges O-armen fortrinsvis til scoliosepatienter og patienter med svær rygskevhed.

"O-armen gør det muligt at tage enten todimensionelle eller tredimensionelle scanninger af patienten under selve operationen. Det betyder, at vi kan navigere helt præcist, når vi skal sætte søm og skruer i patientens ryg."

"Det er en kæmpe fordel, specielt når vi opererer tæt på led, hvor det ellers kan være svært at lave en præcis og nøjagtig rekonstruktion. Samtidig kan det være fatalt at få søm og skruer placeret forkert, fordi vi arbejder så tæt på rygmarven," siger Søren Peter Eiskjær.

Når O-armens optagepositioner først er indstillet, gemmes de i apparatets hukommelse og kan derefter hentes frem, når det er nødvendigt undervejs i operationen. Dermed kan man føre scanneren hen til nøjagtig samme position, som den havde ved optagelsen af et tidligere billede.

Det fjerner behovet for ekstra prøveoptagelser og mindsker dermed også røntgenstrålingen, samtidig med at der spares kostbar tid for at finde tilbage til den ønskede posi-

tion. "Vi har i mange år haft navigation, men hvor det før i tiden tog rigtig lang tid at udpege nøjagtige anatomiske kendetegn, så kan vi nu gøre det på et halvt til et minut. Før i tiden kunne det let tage 10-15 minutter for hver enkelt hvirvel. Nu kan vi scanne fire til fem hvirvler på en gang og koble scanningen sammen med GPS'en på mindre end fem minutter, hvorefter vi kan gå i gang. Så det har været intet mindre end en revolution, der siger spar to i tidsforbruget," siger Søren Peter Eiskjær.

Fordel for både patienter og personale

På Ortopædkirurgi Nordjylland har afdelingen siden premieren opereret små 1.000 patienter ved hjælp af O-armen.

"Sikkerheden for patienterne er klart bedre – også under selve operationen. Og vi kirurger ved, at det, vi laver, sidder, som det skal, uden at vi har beskadiget rygmarven. Det giver en dejlig fornemmelse, når man går hjem fra arbejde," siger Søren Eiskjær. Han fortæller, at afdelingen siden indførelsen af den ny teknik ikke har mødt komplikationer eller har skullet foretage reoperationer.

Den øgede sikkerhed har også stor betydning for patienterne forud for operationen. "Vi kan fortælle, at det her er sikker kirurgi, og det betyder naturligvis også noget for patienterne, inden de lægger sig under kniven," siger han.

Ifølge Søren Peter Eiskjær er det vigtigt, at nyt medicoteknisk udstyr bliver indført på afdelingerne på den rigtige måde.

"Det er vigtigt, at hele personalet er med på ideen, ellers kan det give modstand. I vores region forstod politikerne, at vi både kunne øge sikkerheden og spare tid og penge. Og det gjorde personalet også. Samtidig slipper vi for at skulle slæbe rundt på tunge røntgenapparater. O-armen er motoriseret, så der er intet hårdt fysisk arbejde ved at bruge den. Så rent ergonomisk er det også et hit," siger han.

Begrænset brug herhjemme

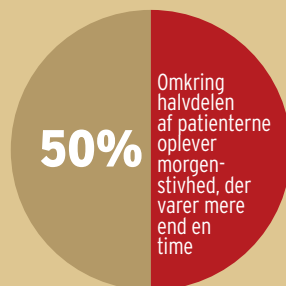
Det nye scanningsudstyr bruges foreløbig kun på de ortopædkirurgiske afdelinger i Aalborg og Århus, ligesom Rigshospitalet netop har anskaffet sig et til sit traumecenter i forbindelse med primært bækkenoperationer, hvor tiden er en afgørende faktor for et lykkeligt resultat.

I udlandet er udstyret også implementeret på adskillige radiologiske afdelinger, på øre-, næse- og halskirurgiske afdelinger og flere neurologiske afdelinger.

Metoden anvendes eksempelvis til DBS (deep brain stimulation), hvor man indopererer elektroder hos visse Parkinsonpatienter for at mindske deres rystelser. I nogle lande har man brændt områder i hjernen, så rystelserne holdt op, men metoden er yderst risikabel, fordi man kan slå vitale hjerneceller ihjel.

Med O-armen er det blevet noget nær risikofrit at arbejde i patienternes hjerner.

- Hvert år får 1.700 danskere, konstateret leddegigt
- I alt 35.000 danskere plages af leddegigt



Fakta Leddegigt og morgenstivhed

- Halvdelen af patienter med leddegigt lider af langvarig morgenstivhed i op til 3 timer. Halvdelen af patienterne med svær morgenstivhed bliver inden for de første tre år pensioneret før tid. Det er tre gange hyppigere end patienter med mild morgenstivhed.



Nyhed

Ny tabletbehandling mindsker morgenstivhed

Omkring halvdelen af alle patienter med leddegigt oplever, at de er stive i krop og led om morgenen. Nyt lægemiddel mindsker stivheden og sparer samtidig statskassen for betragtelige beløb, fordi man kan udsætte behandlingen med de dyre biologiske midler.

Af Sally Dorset

Der er nu nyt håb om en bedre livskvalitet for de 1.700 danskere, der hvert år får konstateret leddegigt, og de omkring 35.000 danskere, der i forvejen er plaget af sygdommen. En stor del af patienterne lider nemlig af morgenstivhed, der nedsætter deres funktions- og arbejds- evne og sender mange ud af arbejds- markedet før pensionsalderen.

De fleste leddegigtpatienter vil opleve moderat nedsat funktionsevne inden for de første to år efter diagnose- tidspunktet, mens op mod 30 pct. har svært nedsat funktionsevne efter 10 år. Omkring halvdelen af patienterne oplever morgenstivhed, der varer mere end en time, og det betyder, at daglige gøremål som at komme ud af sengen, vaske sig og tage tøj på bliver en byrde. Nogle patienter har ligefrem skullet stille vækkeuret flere timer før normalt for at "tø op" og være klar til dagens gøremål om morgenen!

Hidtil har lægerne givet disse patienter konventionelt steroid, der er et af de mest effektive antiinflammatoriske læge- midler. Steroid har dog den hage, at det i høje doser og ved langvarig brug kan give alvorlige bivirknin- ger i form af måneansigt, diabetes, knogleskørhed m.m. Derfor er læ- gerne af gode grunde tilbagehol- dende med at udskrive steroid i for høje doser. De vælger i stedet den

biologiske vej, der imidlertid er en samfundsøkonomisk dyr løsning.

Der er nu kommet et nyt lavdosis steroid på markedet, der adskiller sig fra konventionelt steroid ved, at effekten af det aktive stof, prednison, gives på det tidspunkt af døgnet, hvor aktiviteten af inflammationen er højest. Det betyder populært sagt, at midlet banker til inflammationen, når der er mest at slå på. Det gør, at man får mere positiv effekt ud af midlet end med konventionelt steroid, fordi det standser ud- viklingen af selve sygdommen, samtidig med at det mindsker morgenstivheden.

Skandinaviske rødder

Udviklingen af midlet har stærke skandinaviske rødder, idet det var en svensk reumatolog, der tilbage i 1990'erne fandt ud af, at man fik mere effekt ud af steroid ved at give det kl. 2.00 om natten i stedet for om morgenen.

Da det ikke er praktisk muligt at vække alle patienter med leddegigt om natten, har det været et ønske fra reu- matologerne, at de kunne få et middel, så de kunne behandle med steroid på det fysiologisk mest optimale tidspunkt uden at ødelægge patienternes søvn. Det var startskuddet til at udvikle det nye middel, Lodotra, der er en lavdosis stero- idtablet, der virker, når inflammationen

topper om natten, men som skal tages ved sengetid.

Med det nye middel er der tale om et paradigmeskift i behandling af patienter med leddegigt, der lider af morgen- stivhed. Med den nuværende behandling med konventionelt steroid taget om morgenen varer det nemlig nogle timer, før patienten får effekt, og det gør det umuligt at udføre nor- male morgenrutiner og kan føre til, at det kan være svært at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

"Det er smart, at man med moderne teknik kan lave en tablet, der afgiver medicinen med en forsinkelse, så man kan sætte ind på det tidspunkt, det er allermest nødvendigt," siger professor, overlæge, reumatolog Henning Bliddal fra Parker Instituttet på Frederiksberg Hospital.



Nattesøvnen reddes ved et nyt lægemiddel. Patienterne behøver ikke blive vækket for at tage medicinen.

Fokus Professor Henning Bliddal



- Henning Bliddal er overlæge, dr.med. og forskningsprofessor på Frederiksberg Hospi- tal og Parker Instituttet, som han har været med til at opbygge.
- Han er praktiserende reumatolog. Blev ud- dannet læge i 1978 og dr.med. i 1986.

"Prednison er et forhadet stof på grund af bivirkningerne, men samtidig er det meget effektivt, og evidensen peger på, at gigtpatienterne får en nettoeffekt af lavdosis prednison. Så det er kun godt, at vi nu har fået et nyt middel i sortimentet," siger han.

Udskyder biologisk behandling

Det nye lavdosis steroid placerer sig mellem konventionelt steroid og de dyre biologiske behandlinger. Det nye middel giver dermed lægerne en ny mulighed for at behandle pa- tienter, uden at det sprænger medicinbudgetterne.

"Hvis man uden skade for patienten kan udskyde behan- lingen med de biologiske lægemidler i bare en måned, sparer samfundet 10.000 kr.," siger Henning Bliddal.

"Det er i alles interesse, at der kommer nye lægemidler mod gigt. Virkningen midt om natten vil højne patienternes livskvalitet, og måske kan det samtidig dæmpe stigningstak- ten i anvendelsen af den dyre biologiske medicin," siger Hen- ning Bliddal.

Behov for genoptræning?



Skodsborg Genoptræning – Vi har tid til pleje!

Trænger du til genoptræning, rekreation eller blot et "skub" til at komme i gang efter sygdom eller operation, så tilbyder vi intensive genop- træningsforløb med fysioterapi og sygepleje. Du kan kontakte os for en uforpligtende samtale om dine behov eller besøge os og se vores faciliteter og muligheder. Ring på 45585850 eller send en mail til gpl@skodsborg.dk

SKODSBORG LÆGECENTER
Telefon: 45 58 58 58 • www.skodsborg.dk



Kan du tåle din mad?

Lider du af kronisk træthed, muskelømhed, overvægt eller måske af kronisk hovedpine?

Det kan være tegn at du lider af fødevarer- intolerance og nu kan du blive diagnosticeret for det. Det eneste du behøver at du få foreta- get en enkelt blodprøve.



ImuPro300 - mest omfattende fødevarerintolerancetest

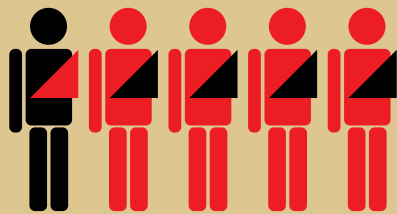
Tester 272 fødevarer og tilsætningsstoffer bl.a.:

- Kornprodukter
- Mælkeprodukter
- Æg
- Kød
- Fisk og skaldyr
- Frugt
- Krydderier og urter
- Tilsætningsstoffer



For yderligere information kontakt:
ImuPro Danmark
Telefon: 40 89 85 88
info1@imupro.dk
www.imupro.dk

Fire ud af fem knoglebrud i Danmark relaterer sig til osteoporose.



Udgifterne til knogleskørhed vurderes til ca. 4 mia. kr. om året.

Knogleskørhed.....

Gå ud og gå en tur...

Forskning viser, at vægtbærende motion fremmer helingen af knoglebrud. Især hvis det kombineres med en allerede eksisterende medicinsk behandling.

Af Lone Nyhuus
Foto: Sara Skytte

”V i er kommet nærmere forståelsen af en af de helt store geriatriske udfordringer: Hvordan kan vi forhindre vores ældre i at brække knogler. Og når skaden er sket: Hvordan vi så kan øge helingen?”

Fakta Om knogleskørhed

Omkring en halv million danskere lider af knogleskørhed, og tallet forventes at stige eksplosivt. Fire ud af fem knoglebrud i Danmark relaterer sig til osteoporose. Udgifterne til knogleskørhed vurderes til ca. 4 mia. kr. om året. Dertil kommer de efterfølgende udgifter til for eksempel genoptræning og patientstøtte. Knogleskørhed (osteoporose) opstår, når skelettet mister sin styrke. Der sker såvel et tab af det bløde bindevæv, kollagen, som et tab af det mineral, der skal gøre bindevævet fast og stærkt. Ved en knogleskanning måler man, hvor meget knoglemineralindhold der er i knoglerne. Hvis det er meget lavt, har man knogleskørhed. Set over et helt liv vil 1 ud af 3 kvinder og 1 ud af 8 mænd få knoglebrud som følge af knogleskørhed. Knogleskørhed er for kvinders vedkommende nøje forbundet med de hormonforandringer, der sker ved overgangsalderen, hvor produktionen af kvindelige kønshormoner, østrogener, falder. Mænd kan også få knogleskørhed, og antallet er stigende.

Fokus Peter Schwarz



- Peter Schwarz, læge 1987, dr.med. 1994.
- Speciallæge i klinisk biokemi, Intern medicin og medicinsk endokrinologi. Overlæge ved Glostrup Hospital 2005. Professor ved Københavns Universitet 2005. Leder af Osteoporoseambulatoriet og Forskningscenter for Aldring og Osteoporose, Medicinsk Afdeling M, Glostrup Hospital



Professor Peter Schwarz er med i et stort internationalt netværk, hvor forskere fra fem forskellige europæiske lande forsøger at finde ud af, hvordan kroppen selv både genopbygger og nedbryder knoglevæv.

.....

kan være med til at reducere de store omkostninger, som følger med den udbredte sygdom knogleskørhed.

Gennem mange år har forskerne haft færtten af, hvad det er, der både svækker og styrker vores knogler. De ved, at når man er fysisk aktiv, frigøres der kalkbølger inde imellem cellerne i knoglen. Med kalkbølgerne følger en frigørelse af signalstoffet ATP. Det bliver både sendt ud i cellerne og ud til knoglens overflade, hvor nydannelsen foregår.

Målet for forskningen er at forstå disse helt grundlæggende signalmekanismer. Derefter kan forskerne gå ind med et lægemiddel og styrke effekten ved enten at sørge for, at der frigives mere ATP, eller at der blokeres for udskillelsen af signalstoffet.

”Når vi lægger nogle forskellige studier sammen, får vi summen af vores viden lige nu. Vi ved, at den fysiske aktivitet har stor betydning, blandt andet formidlet af signalstoffet ATP. Vi ved

Fakta Om ATPbone

- Frem til 2011 vil forskere fra Storbritannien, Italien, Holland, Belgien og Danmark arbejde sammen på at løse gåden om osteoporose. Først og fremmest vil forskerne undersøge, hvordan signalstoffet ATP styrer opbygningen og nedbrydningen af knoglerne. ATPbone er støttet med 22,5 mio. kr. gennem EU-programmet COOPERATION i EU's 7. rammeprogram for forskning, teknologisk udvikling og demonstration.

SE MERE PÅ [HTTP://WWW.ATPBONE.ORG/](http://WWW.ATPBONE.ORG/)

hele. Men forudsætningen for, at begge patientgrupper får gevinst af medicinen mod osteoporose, er, at de motionerer. Og det skal være vægtbelastende motion!”

Her lærer Peter Schwarz sig ikke kun op ad ATPbones egen forskning. Over en bred kam viser idrætsstudier, at vægtbærende træning er en medvirkende faktor, når vi ønsker at udvikle og bevare sunde og stærke knogler. Derfor rådgiver Peter Schwarz patienter med knogleskørhed til at løfte det, de har lyst til – men løfte korrekt og uden smerter – og sørge for at få masser af motion. Blandt andet kan stavgang anbefales.

”Jeg kan se, at det går bedre for de patienter, som udfolder sig. Derfor opfordrer jeg meget til ikke at fratage patienterne den fysiske stimulation. Vi griner lidt ad for eksempel stavgangen. For det ser fjollet ud. Men det er en motionsform, hvor du får rørt hele kroppen og samtidig får en bedre holdning.”

Hurtige resultater

Oftest er udviklingen af medicin og efterfølgende behandlingsmetoder en meget langvarig og meget kostbar proces.

Men når det gælder den aktuelle forskning i knoglernes opbygning, er de foreløbige forskningsresultater allerede kommet patienter med knogleskørhed til gode.

”Det sker, når vi kombinerer resultaterne fra forsøg i laboratoriet og forsøg på gnaverniveau med den viden, som hele tiden hentes ind i mødet med patienterne. Samtidig med, at vi hele tiden arbejder videre med at forstå receptorens betydning,” siger Peter Schwarz.

”Alt sammen med det formål at mindske de store gener, som nedsat knoglemineralindhold giver. Det er mit håb, at flere og flere mennesker kan leve et liv, hvor de går fra voksenlivet over i en aktiv alderdom med høj livskvalitet. Hvor de undgår at blive patienter.” ■

Fakta Risikofaktorer



- Lav kropsvægt i forhold til højden
- Tidlig overgangsalder
- Længerevarende behandling med prednisolon eller lignende præparater
- Leddegigt
- Kronisk nedsat nyrefunktion
- Mangelfuld optagelse af næringsstoffer fra tarmen
- Forhøjet stofskifte
- Forhøjet niveau af hormon fra biskjoldbruskkirtlerne
- Nervøs spisevægring
- Har fået foretaget organtransplantation
- Kræftsygdomme i knoglemarven
- Forhøjet niveau af hormon fra binyrerne
- Forholdsregler mod knogleskørhed er blandt andet:
- Calcium-indtag 1200-1500 mg dagligt
- D-vitamin 20-40 mikrogram dagligt
- Motion, gerne i form af blot en spadseretur hver dag
- Den medicinske behandling
- Bisfosfonater nedsætter knoglenedbrydningen, gør knoglerne stærkere og mindsker dermed risikoen for brud.

- SERM-præparater kan som bisfosfonat ca. halvere risikoen for knoglebrud i rygsøjlen, hvis man ikke tidligere har haft et brud betinget af knogleskørhed.
- Strontiumranelat nedsætter knoglenedbrydningen og stimulerer knogleopbygningen.
- Risikoen for knoglebrud i ryg og hofte er mere end halveret, og i modsætning til flere af de øvrige præparater er det også dokumenteret, at denne medicin virker forebyggende mod knoglebrud i ryg og hofte hos de ældste patienter.
- Parathyreoideahormon (PTH) er den stærkeste kendte medicin mod knogleskørhed. Medicinen hæmmer ikke blot nedbrydningen af knoglerne, men genopbygger knoglen, og dermed mindskes risikoen for knoglebrud. Medicinen henvender sig til de mest syge; de, der har haft mindst ét knoglebrud i ryggen som følge af knogleskørhed.



Diagnose

For Michael Stadi skulle der gå halvdelen af hans liv, før lægerne fik stillet den rette diagnose, og han kom i en behandling, der ændrede hans liv.

Af Nina Vedel-Petersen, foto: Sara Skytte

”Jeg kunne næsten ikke komme ud af sengen på grund af smerterne. Da jeg fik mit første barn, havde jeg svært ved at løfte ham op af vuggen. Og jeg måtte desværre se i øjnene, at det muligvis ville få indvirkning på min karriere...” Michael Stadi var ellers en ung, ambitiøs mand, der elskede at dyrke motion og sport, og som havde store planer med sit liv og karriere. Efter gymnasietiden tog smerterne i ryggen dog til, og han begyndte en odysse gennem forskellige behandlinger.

”Jeg fik det værre og værre og blev hospitalsindlagt. Jeg lå i tre uger, uden at de fandt ud af, hvad der var i vejen. På et tidspunkt var der læger, der indikerede, at symptomerne kunne være psykisk betingede,” fortæller han.

Michael Stadi havde det jævnt skidt de kommende år. Uden at det førte til den store lindring, frekventerede han forskellige typer alternativ behandling fra kiropraktik, krani-osakral terapi, massage til fysio-terapi og zonete-rapi. Også flere læger i det etab-lerede system måtte melde pas. Et liv i kørestol kunne være det ultimative frem-tidsperspektiv.

”Det var svært at blive taget al-

vorligt, selv om jeg levede et liv, hvor jeg spiste rigtig mange smertestillende piller. Set i bakspejlet havde jeg altid haft ondt. Der var gode dage og dårlige dage, der var ligesom nogle cyklusser, hvor jeg havde det rigtig skidt, men langsomt blev det bare gradvis værre. Jeg er ikke en pjevs, og som tiden gik, begyndte jeg langsomt at erkende, at jeg måske måtte ende med at leve med det,” siger han.

I 2005-2006 fik Michael Stadi det rigtig skidt. Han fik en søn, men kunne ikke engang holde den lille nyfødte i sine arme. ”Jeg mistede min livskraft,” fortæller han.

Michael Stadi skiftede praktiserende læge, og oplevede heldigvis at vinde gehør for sine smerter. Den nye læge sør-

Jeg har fået livskraften tilbage



Michael Stadi lever et aktivt liv som administrerende direktør for et solcellefirma, er gift og far til to børn. Da han havde det værst, drømte han om at løbe en tur. Nu har han løbet maraton på tiden 4 timer 42 min.

gede for at få taget de relevante blodprøver, hvorefter han fik Michael Stadi sendt ud på Gentofte Hospital, hvor eksperterne hurtigt fik diagnosticeret en Morbus Bechterew.

”Jeg blev indstillet til at få biologisk behandling, og inden for det næste år fik jeg det bare bedre og bedre. Siden den dag, jeg kom i behandling, er mit liv blevet helt anderledes. Jeg har fået min livsglæde igen. Og selv om jeg stadig er stiv som et bræt, har jeg ikke ondt mere,” siger han.

I dag er Michael Stadi en 39-årig velfungerende familiefar, der passer jobbet som administrerende direktør i et firma, som beskæftiger sig med alternativ energi. Fra ryggen for alvor begyndte at gøre det aktive ungdomsliv svært og til nu, er der gået 20 år. Men i dag fortsætter han med at sætte sig ambitiøse mål og har opnået at løbe maraton.

”Nej, jeg er ikke bitter over, at der skulle gå så lang tid. Jeg er tværtimod taknemmelig over, at man fandt frem til en diagnose,

” Michael Stadi



Jeg gør det, jeg selv kan, for at få det bedst mulige ud af behandlingen. Jeg spiser sundt og dyrker motion

og at samfundet vil ofre den dyre behandling på mig. Jeg oplever det som en stor forpligtelse selv at bidrage til, at mit liv bliver så sundt som muligt. Jeg gør det, jeg selv kan, for at få det bedst mulige ud af behandlingen. Jeg spiser sundt og dyrker motion,” siger han og kommer ind på en af sine kæp-hesten: ”Behandling handler jo om kroner og øre. Og vi ved jo alle, at udgifterne eksploderer i disse år. Jeg har det sådan, at jeg synes, man fra det offentlige kunne stille nogle skrappe krav til dem, der er så heldige at få de dyre behandlinger, som jeg har fået. Hvis ikke man selv gør sit for at understøtte behandlingen med en sund livsførelse, så er pengene jo spildt. Det, mener jeg altså, er en debat værd,” siger han.

Drømte om et aktivt liv

Det ligger ikke til Michael Stadi at klage over sit forløb.

”Når jeg står frem, er det ikke for at pege fingre ad nogen. Men jeg håber, lægerne bliver bedre til at spotte sygdommens symptomer. Jeg vil gerne være med til at skabe opmærksomhed omkring denne sygdom. Måske vil det hjælpe andre, hvis der bliver sat fokus på, at unge også kan få gigt. Jeg er altid blevet mødt med den der: ”Ja, alle unge har jo ondt i ryggen...”. Jeg kunne godt bruge mit liv på at være bitter, men i stedet er jeg jublende lykkelig over, hvordan jeg har det i dag, og over, at den medicinske udvikling har været med mig. Og jeg kan selvfølgelig godt komme til at tænke på, hvordan mit liv havde været, hvis jeg var blevet diagnosticeret endnu tidligere,” siger han.

”Jeg har altid drømt om at have et liv, hvor jeg kunne være fysisk aktiv. Da jeg havde det skidt, lovede jeg mig selv, at hvis jeg fik det så meget bedre, at jeg kunne dyrke motion, så ville jeg løbe en maraton. Det var min drøm. Og da jeg over de første måneder fik det markant bedre, begyndte jeg at træne.” ■



Forskning

Fokus Anne Gitte Loft



Overlæge, dr.med., Reumatologisk sektion, Sygehus Lillebælt Vejle. Speciallæge i intern medicin og reumatologi. Ansvarlig for behandlingen af patienter med rygsøjlegigt. Har igennem flere år arbejdet med studier vedrørende tidlig opsporing af patienter med rygsøjlegigt samt behandlingen af disse patienter.

Fokus Berit Schiøttz-Christensen



■ 48 år, praktiserende speciallæge i reumatologi i Århus.
■ Hun har en ph.d. og har deltaget i nationale arbejdsgrupper om specialeplanlægning, genoptræningsplaner m.m.
■ Forsker bl.a. i diagnostik og behandling af patienter med rygsygdomme, herunder patienter med rygsøjlegigt og patienter, der på grund af deres rygsmerter ikke

kan klare normal erhvervsfunktion. Underviser i undersøgelse og behandling af lidelser i bevægeapparatet, specielt rygsygdomme og overbelastningsskader.
■ Medlem af Academy, der er forskergruppen under FIMM, den Internationale gruppe for læger, der arbejder med Musculoskeletal Medicin og medlem af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

Nye undersøgelser tyder på, at tidlig behandlingsindsats for rygsøjlegigt er af større betydning end hidtil antaget. Bliver patienten i rette tid sat i behandling med anti-TNF-præparater, tyder undersøgelser på, at ikke bare smerterne og sygdommen begrænses. Udviklingen af stivhed i ryggen kan muligvis stoppes helt.

Af Nina Vedel-Petersen, foto: Sara Skytte

Når overlæge, dr.med. Anne Gitte Loft fortæller, at hun er reumatolog, er folks reaktion ofte: "Gigt-læge, så arbejder du udelukkende med gamle mennesker..."

"Men jeg har mange unge patienter. Når det drejer sig om Morbus Bechterew, begynder sygdommen typisk i 20-30-års alderen, nogle gange endda tidligere. Inden 40-års alderen har de fleste, som får sygdommen, udviklet symptomer på den," siger hun.

Det er hendes oplevelse, at der blandt speciallæger i almen medicin er blevet langt større opmærksomhed på rygsøjlegigt, og at stadig flere yngre mennesker med inflammatoriske rygsmerter bliver henvist til en reumatologisk vurdering. Men der er stadig mange, som går udiagnostice-rede og dermed ubehandlede i flere år og derfor må leve et liv med smerter og muligvis stivhed i ryggen, som kunne være reduceret ved rettidig behandling.

Anne Gitte Loft anbefaler, at man fra praksis sender patienten videre til en reumatolog, hvis en patient i mere end tre måneder har haft smerter i ryggen, som er opstået før 45-års alderen. Smerterne skal have inflammatorisk karakter, det vil sige to af følgende fire karakteristika: 1. morgenstivhed af mere end 30 minutters varighed, 2. smerte om natten/tidlig morgen, der vækker patienten, 3. smerte med lindring ved bevægelse og ingen lindring i hvile, samt 4. alternerende sædesmerter.

"Herfra undersøges patienten efter en særlig rutine for betændelsesforandringer i rygsøjlen, bl.a. med en MR-scanning. Når diagnosen rygsøjlegigt er stillet, sætter vi i første omgang ind med træning vejledt af fysioterapeut og smertestillende midler i form af et NSAID-præparat, hvilket ofte kan lindre symptomerne," siger hun.

Processen kan stoppes

"Det er meget vigtigt for patienten at få den rette diagnose. Blandt andet fordi det kan være en stor lettelse at vide, hvorfor man har så ondt, samt at få en behandling, som kan afhjælpe symptomerne," siger Anne Gitte Loft.

Med hensyn til Morbus Bechterew peger ny forskning på, at rettidig behandling ikke bare afhjælper smerter og sygdommens fremmarch.

"Noget tyder på, at tidlig behandling med anti-TNF-præparater kan bevirke, at man kan bremse/stoppe den proces, der gør rygsøjlen stiv. Der er undersøgelser i gang med henblik på at komme denne problemstilling nærmere, og dermed måske bedre patienternes behandlingsmuligheder," siger Anne Gitte Loft.

De patienter, der hidtil er behandlet med anti-TNF-

præparater, er ofte først kommet i behandling, når en vis stivhed er indtrådt. Men forskerne håber, at tidligere behandling vil kunne give patienterne en tilværelse uden symptomer, måske helt uden stivhed i ryggen.

Også med hensyn til leddegigt har tidlig behandling vist sig at være mere væsentlig end tidligere antaget. Speciallæge i reumatologi, ph.d. Berit Schiøttz-Christensen siger: "Udviklingen af leddestruktion kommer tidligere, end man før har antaget. De varige forandringer sker tidligere, end man tidligere troede, og vi ved, at en ubehandlet leddegigtpatient dør 10 år tidligere end gennemsnittet. Bare tre måneders sygeorlov gør det svært at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Den sociale deroute ligger ligefor, hvis ikke patienten bliver behandlet effektivt tidligt i forløbet," siger hun.

Skræddersyet behandling

Begge reumatologer mener, at der også bør tages højde for patientens individuelle behov. Nogle patienter er rigtig glade for at have deres gang på hospitalet og få medicinen som sjældnere infusioner, andre foretrækker injektion i hjemmet. Valgfriheden er vigtig, både for patient og behandler.

"Kommer patienten med Morbus Bechterew, som ikke har tilstrækkelig effekt af behandling med træning og NSAID, i behandling med TNF-hæmmer på det rigtige tidspunkt, kan det medføre en betydelig forbedret fysisk funktion og livskvalitet. Patienter, som ikke har tilstrækkelig effekt af konventionel eller TNF-hæmmerbehandling, er ofte trætte, har en dårlig nattesøvn og kan som følge heraf have svært ved at tage en uddannelse eller passe et arbejde," siger Anne Gitte Loft.

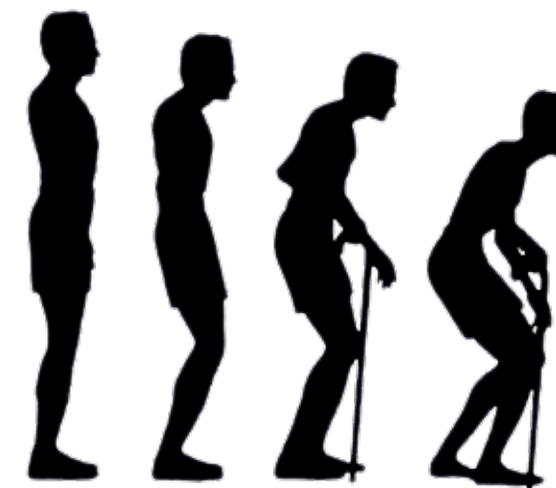
I Region Syddanmark, hvor dr.med. Anne Gitte Loft arbejder, stilles der ikke krav til, hvilke TNF-hæmmere reumatologerne må ordinere som første valg, når der er fundet indikation for denne behandling.

"Det ville jeg også være ked af, da behandlingen vælges, så der er størst sandsynlighed for, at behandlingen kan gennemføres. Vi får lov at give vore patienter en skræddersyet behandling, som kan betyde forskellen på en pensionering og et aktivt liv med arbejde. Der er menneskeligt og økonomisk mange fordele ved at behandle optimalt. Medicinen er dyr, men når man gør det store regnestykke op, ser resultatet nok anderledes ud," siger Anne Gitte Loft.

Berit Schiøttz-Christensen er enig i, at regnestykket bør gøres op på en anden måde. "Jeg har dyb respekt for, at man skal se på økonomien. Men spørgsmålet er, hvordan man beregner økonomien i et præparat. Den måde, man regner det ud på i dag, er i hvert fald ikke dækkende," siger hun.

"Vi læger vil jo først og fremmest give vores patienter den bedst mulige behandling. Vi arbejder målrettet og ansvarsbevidst, men vi har aldrig tidligere haft økonomien inde på livet på den måde, vi har det nu. For at vi skal kunne tage et økonomisk ansvar, må vi have nogle pejlemærker, der tager højde for mere end medicinens pris og det antal gange, patienten går ind ad hospitalets dør," siger Berit Schiøttz-Christensen. ■

Fakta Symptomer, der kan tyde på Morbus Bechterew:



- Hvis et yngre menneske klager over ondt i ryggen, bør den praktiserende læge være opmærksom på følgende, som taler for en inflammatorisk årsag til smerterne:
- Smerter om natten/tidlig morgen, der vækker patienten.
- Morgenstivhed af mere end 30 minutters varighed.
- Smerter, som lindres ved bevægelse og ikke lindres i hvile.
- Smerter, som rammer sædet skiftevis på den ene og den anden side.

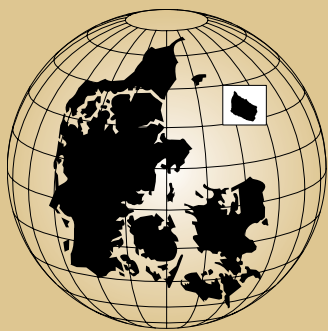
TNF-alfa-hæmmere:

- Der findes fem typer TNF-alfa-hæmmere til behandling af f.eks. leddegigt og rygsøjlegigt i Danmark. Fire lægemidler indsprøjtes i huden af patienten selv, mens det femte gives som infusion på hospitalet. Injektionsbehandlingerne (indsprøjtning i huden) finder sted enten en gang om ugen, en gang hver 14. dag eller en gang om måneden.
- Infusionsbehandlingen (på hospitalet) finder sted hver 6.-8. uge. Det individuelle behandlingsinterval afhænger af effekt hos den enkelte patient. To ud af tre patienter har effekt af behandling med TNF-alfa-hæmmere. De forskellige TNF-alfa-hæmmere har forskelle i virkningsmekanisme og klinisk profil.

Om Morbus Bechterew:

- Morbus Bechterew er en gigtssygdom, der også går under betegnelsen rygsøjlegigt eller på latin spondylitis ankylopoietica. Sygdommen angriber først og fremmest ryggen og leddene mellem korsben og hofteben. Morbus Bechterew skyldes inflammation, der typisk fører til, at leddene forkalker, og den ubehandlede patient oplever tiltagende stivhed i ryggen.

Rettidig behandling endnu vigtigere end antaget



Børnegigt.....

Fokus Freddy Karup Pedersen



Professor og overlæge på Pædiatrisk Klinik II ved Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet. I 1980'erne etablerede han børnereumatologi som et fagområde i afdelingen, og funktionen er siden vokset, så den nu varetages af fire overlæger i fællesskab. Forskningsmæssigt har han på området især interesseret sig for risikofaktorer og senfølger til børneleddegigt.

Gigtbørn risikerer fejlbehandling

Ekspertter advarer mod Sundhedsstyrelsens dekret om, at specialeafdelingerne for børnegigt skal fjernes ved årsskiftet.

Af Mette Fensbo, foto: Sara Skytte

Kritikken hagler ned over Sundhedsstyrelsen, der har dekretet, at en stor del af landets ca. 1.000 gigtramte børn fra 1. januar 2011 ikke længere skal behandles på Danmarks to specialenheder på området, men på et af de fem regionssygehuse – uden specialist-teams. "Det er et stort tilbageskridt at fjerne børnene fra de specialiserede afdelinger, og risikoen for forsinket diagnosticering og underbehandling er i høj grad til stede på grund af manglende erfaring hos lægerne," advarer professor, overlæge, Freddy Karup Pedersen, Rigshospitalet.

"Hvis diagnosen stilles for sent, kan der være sket uoprettelig skade på bl.a. muskler og led samt være følgesygdomme, som ikke længere kan behandles. Det samme vil ske, hvis behandlingen ikke er tilstrækkelig tilpasset sygdommens grad. Al biologisk behandling står sig ved at blive styret fra et sted med specialviden på området."

Hidtil har det været de specialiserede enheder på Rigshospitalet og Skejby Sygehus, der har forestået behandlingen af børnene. I den nye specialeplan for børnesygdomme opererer Sundhedsstyrelsen med to grupper inden for børneleddegigt: kompliceret og ukom-

pliceret leddegigt. Kun de mest komplicerede tilfælde får fra årsskiftet adgang til de særlige specialist-teams.

Ud over Freddy Karup Pedersen har flere eksperter inden for reumatologi og pædiatri samt Gigtforeningen, Gigtramte børns Forældreforening og Dansk Børnereumatologisk Selskab gjort indsigelser mod Sundhedsstyrelsens plan. Ingen har hidtil hørt en lyd, inden den nu er en realitet.

Freddy Karup Pedersen frygter også, om lægerne på de fem regionssygehuse fagligt er tilstrækkeligt rustede til at klassificere sygdommen.

"Det må jo være en forudsætning. Vi som specialister bliver ifølge planen ikke en del af teamet for de tilfælde, der bliver kategoriseret "ukompliceret". Det er regionsafdelingerne, der tager stilling til, hvor patienterne skal behandles. I bedste fald er der på regionssygehuse en enkelt læge, som måske tidligere har været beskæftiget hos os. Hvad hvis han/hun forlader stedet? Hvordan sikrer vi det faglige niveau? De spørgsmål har vi aldrig fået svar på."

"Den nye plan medfører yderligere en risiko: behandlingen af børnene bliver uensartet. I Region Hovedstaden

kommer alle til Rigshospitalet. De børn er sikret specialistbehandling."

Freddy Karup Pedersen kalder den nye specialeplan for området "uhensigtsmæssig". "Mange ting kan foregå på regionsniveau, men det skal altid være i samarbejde med de afdelinger, der rummer den største ekspertise."

Bedre sent end aldrig

Der er gjort indsigelser mod planen fra flere sider, og specialister betvivler den faglige kompetence på regionssygehuse?

Lone de Neergaard, leder af Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen:

"For det første er denne ændring drøftet i en arbejdsgruppe, hvor medlemmerne er udpeget af reumatologer og pædiatere. Og ja, der har været både for og imod den plan, vi har vedtaget. Det har været en lang proces, og det er Sundhedsstyrelsens opgave at skære igennem. For det andet tror vi på, at lægerne på regionssygehuse er klædt på til den opgave. Det er fagfolk, og de er selv kommet med en vurdering. Nogle kan varetage mere end andre, og de



Professor Freddy Karup Pedersen

Det er et stort tilbageskridt at fjerne børnene fra de specialiserede afdelinger

resultater må vi gøre op. Viser det sig, at vi med den nye specialeplanlægning har gjort noget forkert, gør vi det om."

Hvorfor har kritikerne tidligere intet hørt fra Sundhedsstyrelsen?

"Når et sådant møde ikke er kommet i stand for længst og inden, planen er endeligt vedtaget, skyldes det, at det tager tid at gennemgå 36 specialer og 5.100 diagnoser. Det har altså ikke kunnet nås tidligere. Jeg har for få dage siden sendt invitationer ud vedrørende et møde netop med fokus på samarbejds måder mellem børneafdelingerne på regionssygehuse og specialisterne."

Til dem, der vil et spadestik dybere



I de kommende numre kan du bl.a. læse alt, hvad der er værd at vide om psykiske sygdomme, diabetes og neurologi

Fokusmagasinet - Nyhedsmagasin om forebyggelse og behandling

Læs eksperternes bud på fremtidens kamp mod folkesygdommene

Fokusmagasinet

- Mere viden gí'r bedre sundhed!



Dialog

” Lene Lau

Gigten gjorde, at jeg i mange år slet ikke turde gå ud i verden og indbyde til den slags

Fokus Lene Lau



■ Psykolog. Arbejdede indtil juni 2010 som koordinator i Foreningen Skanderborg Selvhjælpsgrupper. Underviser i kroniske smerter og seksualitet. Aktiv i Foreningen unge med Gigt. Formand for gigtforeningens Århuskreds.

Fokus Karen Lisbeth Faarvang



■ Speciallæge i reumatologi og intern medicin. Overlæge på reumatologisk afdeling, Herlev Hospital 2001 til 2009. August 2009 egen speciallægepraksis, Lyngby Reumatologiklinik.

Sex kan være svært at tale om. Men for unge gigtpatienter er det vigtigt at få viden om, hvad fremtiden bringer, og hvordan man kan have et sexliv trods smerterne.

Behandlerne er nødt til at tale **sex** med de unge

Det er svært – både for den gigtramte selv og for de reumatologiske afdelinger. Speciallæge Karen Lisbeth Faarvang: ”På et tidspunkt var det også svært at tale med patienter om døden.” Hun slår til lyd for, at der dels nedfældes en seksualpolitik på hospitalernes reumatologiske afdelinger, dels at sexsamtale skal være en naturlig del af en konsultation med en nydiagnosticeret gigtpatient.

Af Mette Fensbo, foto: Shutterstock



ikke, hvordan medicinen vil påvirke en, og spørgsmålet, om man er i stand til at få børn, rumsterer i hovedet. Som ung gigtramt kæmper man med alt for mange indre spøgelse.

Jeg har været det hele igennem: jeg har været ung, teenager, i et parforhold, single – og nu er jeg gift. Men jeg er aldrig på noget tidspunkt blevet spurgt, om jeg har brug for hjælp og rådgivning, når det drejer sig om min seksualitet. Det er en graverende fejl fra systemets side.”

Hvordan havde du det med din seksualitet som ung?

”Ad helvede til. Gigten gjorde, at jeg i mange år slet ikke

turde gå ud i verden og indbyde til den slags. Det skete først, da jeg var midt i 20’erne og havde fået det godt mentalt med mig selv. Da følte jeg, at jeg havde noget at byde på. Som helt ung klarede jeg en del af mine problemer ved at ha’ en god kontakt til FNUG (Foreningen af unge med gigt). Der kunne vi diskutere den slags ting, for vi havde jo fælles oplevelser.”

Gigtramte tænker kreativt

Speciallæge i reumatologi og intern medicin Karen Lisbeth Faarvang erkender den manglende åbenhed omkring unge gigtramtes sexliv.

”Når man har skæve, smertende led, skal der tages særlige hensyn. Sex skal være mere planlagt end ellers – spontan sex bliver vanskeligere. Faste par kan i højere grad planlægge deres sexliv. De kan gå i bad sammen, give hinanden en smertelindrende massage og finde de rigtige stillinger. Alt det er svært at bringe på bane, hvis man ikke har en fast partner.

En af mine patienter sagde en dag til mig: ”Man kan se på mængden af puder i sengen, om en gigtramt har et godt sexliv.” Og det er rigtigt.

Puderne bliver brugt til at støtte. Nogle gigtramte har måske et bedre sexliv end raske, fordi de er nødt til at tænke kreativt – de kan ikke rulle sig ind i rutinen. Der stilles krav, for at det kan lade sig gøre.”

Hvordan tackler du problematikken i din klinik?

”Jeg prøver at tage fat i emnet seksualitet, men mange glider af. Når jeg spørger de unge, hvorfor de ikke har talt med deres behandlere om sex, siger mange af de unge piger, at det er svært over for en måske 55-årig mandlig speciallæge på hospitalet. Problemet er svært at bringe på bane, når man føler, man sidder over for sin bedstefar.”

”Helt generelt er der i dag stadig en barriere omkring at tale om sit sexliv. Vi lærer ikke vores børn, hvordan de dyrker sex. Vi fortæller ikke om nydelsen, fornøjelsen og glæden. Sex er noget, der foregår bag lukkede døre. Det er stadig et tabubelagt emne.”

Obligatorisk gigtskole

Hvad kan der gøres for at nedbryde barrieren?

”Der skal udarbejdes en seksualpolitik på hospitalernes reumatologiske afdelinger,” mener Karen Lisbeth Faarvang. ”Der skal simpelt hen foreligge et strategipapir for sygeplejersken og lægegruppen – et papir, der klart præciserer, hvordan det emne bliver håndteret. Om hvad der skal gøres, og hvem der i praksis f.eks. skal gennemføre samtalerne med patienterne.

Afdelingerne må fastlægge et kompetencekursus om seksualvejledning. Samtidig må den politik forholde sig til, at ikke alle behandlere er i stand til at give information om sex.

” Karen Lisbeth Faarvang

Sex skal være mere planlagt end ellers – spontan sex bliver vanskeligere

Nogle vil være for blufærdige. Men seksualvejledning skal være en fast del af en afdelings politik.” ”Derudover skal der udarbejdes nogle informative pjecer, som ligger fremme på afdelingerne.”

”At tale om sex er i dag ikke en del af behandlernes verden. Det drukner i alt det andet. F.eks. er der tradition for at tale med gigtramte om bivirkninger ved medicin, men ingen tradition for at tale om sex. Det skal være en naturlig del af en konsultation med en nydiagnosticeret patient. Det ville også være naturligt som et element i uddannelsen at gennemgå et kursus om gigt og sex.”

Karen Lisbeth Faarvang slår til lyd for, at alle gigtpatienter skal have et tilbud om gigtskole. Et tilbud, der i dag er næsten ikke-eksisterende.

”Jeg mener, at alle reumatologiske afdelinger bør have en gigtskole. Et lige tilbud til alle gigtpatienter i Danmark.

Måske kunne det ligge i de nye sundhedscentre. Men en sådan politik bliver næppe realiseret fra dag til dag.”

Hvad kan der gøres her og nu?

”Behandlerne må simpelt hen kaste sig ud i det og tale om sex. På et tidspunkt var det også svært at tale med patienter om døden. Det er vi blevet langt bedre til. De første samtaleforsøg vil måske være lidt famlende, men det er vigtigt, at alle behandlere – speciallæger, praktiserende læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter – stille og forsigtigt stikker en føler ud. Når man er i en samtale, skal det være naturligt at tangere emnet sex. Og viser det sig, at patienten har store problemer, må vedkommende sendes videre til en sexolog.

Vi svigter de unge gigtramte, hvis systemet ikke får øjnene op for vigtigheden i det seksuelle område.” ■

Silkedyner

Silkedyne løste problem med allergi

På en skala fra 1 til 5, hvor 1 står for den dårligste og 5 for den bedste nattesøvn, lå jeg for et halvt år siden på en etter, men efter jeg er begyndt at sove med en silkedyne, nærmer jeg mig en klar femmer i god nattesøvn, fortæller Bo Arleth.

Silkedyne-import.dk

www.silkedyne-import.dk • silkedyneimport@mail.dk
Tlf. 2925 9270



- Forskningsansvarlig overlæge, Ortopædkirurgi Nordjylland. Cand. med fra Aarhus Universitet 1982 og har modtaget Guildal-fondens æreslegat oktober 1992 og 1. præmie i foredragskonkurrencen ved Dansk Ortopædkirurgisk Selskabs årsmøde, København, oktober 1997.
- Han har fået publiceret mere end 30 artikler i peer review-tidskrifter. Er også medlem af Det Strategiske Forskningsudvalg, strategi for Sundhedsforskning i Region Nordjylland.

Ondt i protesen



»Meget afhænger også af, hvor god den enkelte patient er til at håndtere smerte og ubehag. Men vores hypotese er, at der også er en bakteriologisk forklaring på, at patienten har ondt.«

Stor bakteriologisk sikkerhed

Hypotesen fremsættes på trods af, at operationerne, for eksempel i Region Nordjylland, hvor Sten Rasmussen arbejder, gennemføres i et setup, der anses for international guldstandard, når det gælder bakterieforebyggelse.

For det første sørger man for, at patientens almentilstand er helt i top inden operationen, ligesom der også er forebyggende antibiotisk behandling. Luften i operationsstuerne bliver løbende bakteriologisk kontrolleret, og personalet gennemfører operationen iført rumdragter. På trods af alle disse forholdsregler optræder dyb infektion hos ca. 1 procent af patienterne.

»Det kan være, der er en hel skov af bakterier, som vi ikke kan se ved den almindelige og rutinemæssige dyrkning af mikroorganismer. Derfor skal vi bruge molekylærbiologiske metoder,« siger Sten Rasmussen.

Med en nål gennemborer man huden og udtager en del af vævet (perkutan bioptering). Dette væv udsætter man for en omfattende PCR-analyse (se boks).

»Gennem PCR kan vi finde DNA-rester af bakterierne. DNA-resterne er helt unikke og specifikke for hver enkelt bakterie. På den måde kan vi se, hvad der samlet set har været i dette område. Hvilke bakterier der er - eller har været i operationsfeltet,« siger Sten Rasmussen.

En af måderne er at sammenligne bakterieforekomsten ved den første og den anden operation. Den oprindelige og så den, som gennemføres, når patienten på trods af den første og tilsyneladende vellykkede operation stadig har smerter fra knæet eller hoften. Hvis man finder bakterier i forbindelse med den anden operation, må man formode, at denne infektion kan være en del af forklaringen på de smerter, som 16 procent af alle opererede fortsat oplever efter en ellers vellykket operation.

»Det er i hvert fald én af de hypoteser, som vi vil efterprøve.«

Opereret? Men smerten er der stadig. Sådan er virkeligheden for mange slidgigtsramte efter indoperering af proteser. Måske skyldes smerterne endnu ikke opdagede bakterieinfektioner. Det vil et nydannet konsortium søge at få klarlagt.

Af Lone Nyhuus, foto: Shutterstock

Med ønsket om øget mobilitet og færre smerter lægger et stort antal slidgigtramte danskere sig hvert år under kniven for at få indsat nyt knæ eller ny hofte. For mange af disse patienter er operationerne vellykkede. For andre går det knap så godt. De fleste kan efterfølgende se frem til en lang række år, mellem 10 og 15, med nye velfungerende knæ eller hofter. For en mindre del, hver femte patient, er operationen tilsyneladende ikke vellykket.

»På trods af et nyt knæ har patienten fortsat smerter. Det undrer os. Vi har jo fjernet det, som skulle give smerterne,« siger Sten Rasmussen, lektor og forskningsansvarlig overlæge i det såkaldte PRIS-projekt, der forsker i reduktion af både infektioner og smerter i forbindelse med indopererede proteser.

Noget af smerten kan selvfølgelig stamme fra selve det kirurgiske indgreb. Når man er inde og skære i et led, og når man får snittet i sine flader, kan det ikke undgå at gøre ondt. Også efterfølgende.

- Med en støtte på 18,5 mio. kr. fra Rådet for Teknologi og Innovation ønsker konsortiet bag "Proteser: Reduktion af infektioner og smerte" at udvikle nye molekylærbiologiske, medikotekniske, serologiske og billeddiagnostiske metoder, som kan styrke den vanskelige påvisning af infektioner ved hofte- og knæproteser.

- I konsortiet deltager virksomhederne Nordic Bioscience, AdvanDx, Karl Storz og NMS; forskningsinstitutionerne Aalborg Universitet, Århus Universitetshospital (herunder Aalborg Sygehus og Ortopædkirurgien i Region Nordjylland). Som rådgivnings- og vidensspredningspart står Teknologisk Institut.
- I løbet af efteråret kan du se mere om PRIS på www.ledproteser-infektioner-smerter.dk.

En anden af PRIS-konsortiets hypoteser er, at smerterne skyldes, at patienten er blevet mere sensitiv.

Den fastlåste smerte

Med slidgigt følger smerter. Først bare som en stivhed og en smerte, når man begynder at bevæge sig. Der kan også være uro og smerte, når man forsøger at sove om natten.

»Støttecellerne omkring den enkelte nervecelle sender beskeden om smerten ud i kroppen. Hvis smerten har været der så længe, at den er blevet kronisk, så er støttecellerne blevet meget aktive. Smerten har bredt sig mere, end hvad der er fornuftigt, og den følger ikke lige anatomen. Det gør ondt over et større område,« siger Sten Rasmussen. Han fortæller, at selv en tilsyneladende meget lokal smerte - for eksempel i knæet på grund af slidgigt - kan resultere i en generel sensibilisering af hele smertesystemet: »En meget lille skade vil opleves som en meget kraftig smerte.«

Når det er vigtigt at finde frem til sensible patienter og finde ud af, hvorfor og hvordan deres følsomhed udvikler sig, er det blandt andet, fordi operationer på sensible patienter nogle gange fører til, at patienten udvikler kroniske smerter. Også selv om operationen tilsyneladende går helt efter bogen.

»Derfor er vi ved at udvikle nye smertemålingsmetoder,« siger Sten Rasmussen. Han fortæller, at metoden udvikles med udgangspunkt i en smertetrykmåler, der er et pistolformet apparat, som lægen trykker ind mod patientens hud. Når patienten mærker smerten, skal hun/han trykke på en knap. »På den måde kan vi efterhånden tegne et kort over smerten.«

- Forkortelse for Polymerase Chain Reaction. På dansk: Polymerase kædereaktion. En teknik, der anvendes inden for genteknologien, hvor man i et laboratorium hurtigt kan mangedoble små stykker DNA (cellers arvemateriale) ved en kædereaktion, så DNA-stykket kopieres i flere millioner eksemplarer i løbet af et par timer. Metoden kan bl.a. bruges til at påvise mikroorganismer eller ændringer i generne og til DNA-bestemmelse af små rester hår eller blod ved retsmedicinske undersøgelser.



Om slidgigt

Slidgigt betegnes i dag som en folkesygdom og er den mest udbredte ledsygdom overhovedet. I 2000 havde 3,8 pct. af den danske befolkning fået stillet diagnosen slidgigt på hospitalet eller af en speciallæge. Samtidig vurderer eksperter, at det kun er toppen af isbjerget. Det anslås, at det samlede antal mennesker med slidgigt er omkring 800.000. Operation med indsættelse af kunstigt hoftelæddet eller knæled udføres i tiltagende grad som følge af slidgigt

(KILDE: GIGTFORENINGEN)

I Danmark udføres der ca. 13.000 ledproteseoperationer årligt, og tallet stiger. Det skyldes en længere levealder, et udbredt ønske om at være fysisk aktiv hele livet, og at behandlingsresultaterne bliver stadig bedre. Behandlingen er dog stadig forbundet med risici for den enkelte patient, især en risiko for infektion og en risiko for ikke at blive smertefri.

Infektion i det kunstige led opstår hos cirka 2 pct. og er ofte forbundet med alvorlige komplikationer, især gentagne og smertefulde operationer samt risiko for et kronisk smertende led med nedsat bevægelighed.

Proteseinfektion kan også være livstruende med risiko for blodforgiftning og ødelæggelse af knogler og leddets bløddele.

Vedvarende smerter efter operation med kunstige led forekommer især hos de knæopererede, hvor ca. 16 pct. ikke bliver smertefrie. Årsagen til smerterne kan være en uopdaget infektion.

Med de hidtil anvendte teknikker er ledproteseinfektion vanskelig at diagnosticere. Fejlagtig diagnostik, unødvendige reoperationer og oversete infektioner kan føre til langvarige smerter og invaliditet.

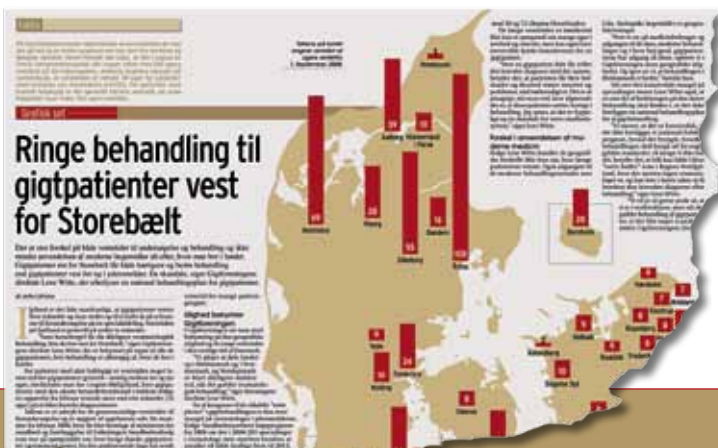
Læs eksperternes bud på fremtidens kamp mod folkesygdommene

Fokusmagasinet

- Mere viden gi'r bedre sundhed!



Da Fokusmagasinet i 2008 skrev om den ringe behandling, lovede politikerne bod og bedring. Men foreløbig er der ikke sket noget. Tværtimod er det kun blevet værre.



Fokus

Ulrik Tarp



■ Speciallæge i reumatologi, dr. med.
■ Overlæge ved Reumatologisk Afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Formand for Dansk Reumatologisk Selskab siden marts 2010. Bestyrelsesposter i en lang række faglige råd og bestyrelser, bl.a. medlem af styregruppen for landsdækkende kvalitets- og forskningsdatabase for reumatiske patienter i behandling med biologiske lægemidler DANBIO. Klinisk lektor i reumatologi ved Aarhus Universitet. Forfatter til en række videnskabelige artikler og lærebogskapitler om reumatologiske emner samt medredaktør af det internationale tidsskrift Scandinavian Journal of Rheumatology.



Stor forskelsbehandling af gigtpatienter

Ekstreme ventetider for gigtpatienter i Jylland, hvor også færrest får tilbudt moderne biologiske lægemidler. Forskellen mellem Jylland og Sjælland er blevet endnu større, siden Fokusmagasinet undersøgte det sidst.

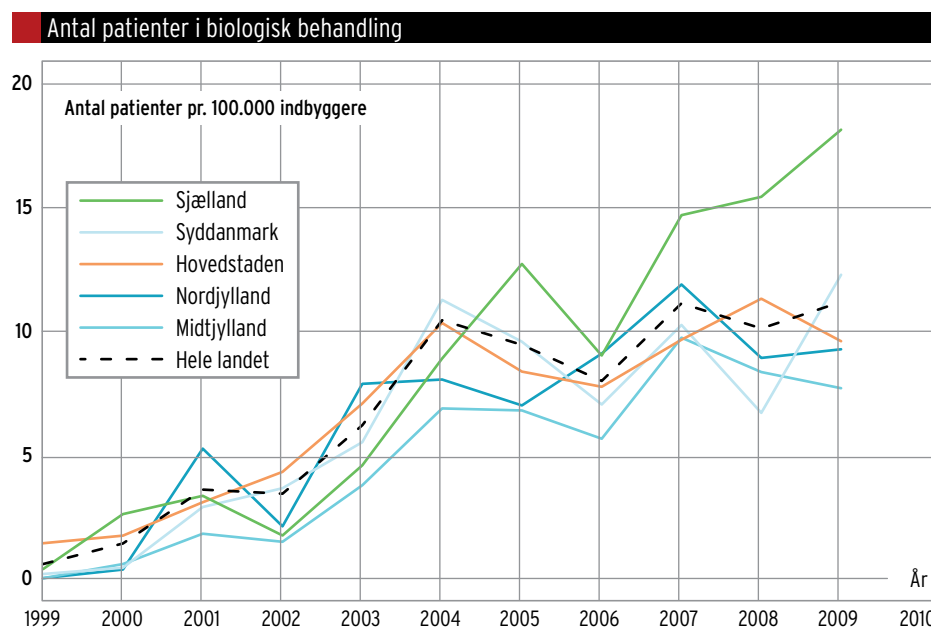
Af Helle Tougaard og Lone Dybdal

Få eksperter, lange ventetider og færre i behandling med biologiske lægemidler. Gigtpatienter i den vestlige del af landet får stadig ikke samme behandlingstilbud som patienter øst for Storebælt.

For to år siden beskrev Fokusmagasinet de store forskelle for gigtpatienter i Øst- og Vestdanmark, både når det gælder ventetider til undersøgelse, behandling og brug af biologiske lægemidler i gigtbehandlingen.

Dengang betegnede direktør i Gigtföreningen Lene Witte forskelsbehandlingen som "en skandale for sundhedssystemet" og advarede mod, at patienter i "de sorte huller" må leve i årevis uden at få hverken diagnose eller behandling, hvilket kan betyde uoprettelige skader og store smerter.

De længste ventetider på forundersøgelser for gigtt ved den gang 69 og 100 uger i henholdsvis Holstebro og Århus, og gennemsnitsventetiden i Vestdanmark var 30 uger. I Østdanmark var ventetiden maksimalt 22



Fordelingen af gigtpatienter, der får biologisk medicin, er stadig meget skæv i landets regioner. Ved udgangen af 2009 fik ca. 5.500 gigtpatienter biologisk medicin, i forhold til indbyggertallet fik langt flest i Region Sjælland. Grafen viser anvendelsen af biologisk medicin mod leddegigt.

KILDE: DANBIO, DANSK REUMATOLOGISK DATABASE

uger, og langt de fleste patienter kunne komme til inden for 10 uger.

I dag er billedet endnu mere skævt. Nu er den gennemsnitlige ventetid i Vestdanmark på 70 uger, mens den på Sjælland er 13 uger.

”Ulrik Tarp
Det vil være en god idé med standardiserede forløb, fordi det vil sikre, at alle patienter får den mest optimale behandling

I vest topper Holstebro med 364 uger, hvilket begrundes med mangel på speciallæger. Tager man dette sygehus helt ud af statistikken, bliver ventetiden på de øvrige enheder i Region Midt, Nord og Syd gennemsnitligt 49 uger - næsten fire gange

så lang som i Østdanmark, der også har tre gange så mange reumatologer i forhold til befolkningstallet.

Også når det drejer sig om brug af de moderne biologiske lægemidler er forskellen markant. Procentvis får langt flere patienter på Sjælland end i Jylland den nye medicin, hvor Midtjylland ligger i bund i statistikken.

Gigtföreningens direktør Lene Witte opfordrer Sundhedsministeriet til at træde i karakter, så forskellene udjævnes.

"Sundhedsministeriet må sætte sig for bordenden og sikre, at der kommer forløbsprogrammer og gode pakkebeskrivelser på gigtområdet, så vi

får sikret en ensartet sundhedsydelse på området, og lige vilkår for landets gigtpatienter. Vi kan konstatere, at der ude i regioner og kommuner indtil nu ikke har været den store interesse for området. I forbindelse med den store kronikerpulje, hvor de kunne komme med forslag til forløbsprogrammer, kan vi se, at muskel- og skeletområdet er meget ringe repræsenteret i ansøgningerne i modsætning til de andre store sygdomme som hjerte-kar, KOL og diabetes," siger Lene Witte.

Efterlysning: Politisk lederskab

Selv om Sundhedsministeriet allerede har varslet forløbspakker på området fra 2012, frygter Gigtföreningen, at de ikke kan realiseres, medmindre der tages fat allerede nu. "Kronikerpuljen er netop skabt for at sætte gang i forløbsprogrammerne. Vi efterlyser et politisk lederskab til at sørge for, at muskel- og skeletsygdomme kommer med," siger Lene Witte.

Formanden for Dansk Reumatologisk Selskab, overlæge Ulrik Tarp, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, beklager også de lange ventetider på behandling nogle steder, men understreger, at patienter altid har mulighed for at søge andre steder hen som led i ventetidsgarantien.

Mangel på speciallæger

De lange ventetider skyldes først og fremmest en udbredt mangel på speciallæger i reumatologi. Især Region Midtjylland er hårdt ramt.

"Dels er der uddannet for få, dels er der og vil der i de kommende år være en stor afgang af reumatologer, når mange læger går på pension. Derfor arbejder vi ihærdigt på at tiltrække flere unge læger til specialet, f.eks. ved at oprette flere uddannelsesstillinger, lige-

som vi i Region Midtjylland har foreslået, at man sammensætter stillingerne anderledes, så de bliver mere attraktive for de unge læger," forklarer Ulrik Tarp.

Manglen på speciallæger i reumatologi kan i et vist omfang forklare de regionale forskelle i brugen af biologiske lægemidler.

"Gigtpatienter kan ikke komme i behandling med biologiske lægemidler, hvis de ikke er blevet tilset af en reumatolog. Men man skal samtidig huske, at de biologiske lægemidler ikke er løsningen for alle gigtpatienter. Det afgørende er, at det er de rigtige patienter, som får behandlingen, hvilket vil sige de patienter, hvor sygdommen ikke er tilstrækkelig kontrolleret med konventionel gigttmedicin," siger Ulrik Tarp og glæder sig over, at de seneste tal fra Danbio-databasen viser, at der trods alt er flere patienter end tidligere, som opnår god sygdomskontrol.

DF kræver forløbspakker

Ulrik Tarp efterlyser ligesom Lene Witte mere fokus på gigtpatienter og gerne i form af forløbsprogrammer.

"Det vil være en god idé med standardiserede forløb, fordi det vil sikre, at alle patienter får den mest optimale behandling. Det vil naturligvis være til gavn for patienterne, men også for samfundet, fordi behandlingen af gigtpatienter er kostbar både i form af medicinomkostninger og de socialøkonomiske konsekvenser af sygdommen, f.eks. ved sygefravær og pensionering," siger han.

Sagen om forløbsprogrammerne bliver nu forelagt sundhedsminister Bertel Haarder. Det sker på foranledning af Dansk Folkepartis sundhedsordfører, Liselott Blixt, der opfordrer ministeren til at fremskynde arbejdet med forløbspakkerne.

Fakta Flest eksperter i Hovedstaden

Gigtföreningen undersøgte i 2009 fordelingen af reumatologer i landet. Undersøgelsen viste, at over halvdelen af speciallægerne arbejder i Østdanmark.

I Region Hovedstaden er der tre gange så mange som i Midt- og Nordjylland i forhold til befolkningstallet.

Antal reumatologer på offentlige sygehuse per 100.000 indb. o. 15 år:

Region Hovedstaden	4,4	i alt 59,0
Region Sjælland	2,1	i alt 14,0
Nordjylland	2,1	i alt 10,0
Region Syddanmark	1,9	i alt 18,0
Region Midtjylland	1,6	i alt 14,5
Hele landet	115,5	i alt 2,6

Ubesatte stillinger i procent af normerede

Region Hovedstaden	9,0
Region Sjælland	16,7
Nordjylland	26,7
Region Syddanmark	20,8
Region Midtjylland	25,0

Antal praktiserende reumatologer per 100.000 indb. o. 15 år:

Region Hovedstaden	2,6	i alt 35,5
Region Sjælland	1,1	i alt 7,5
Nordjylland	0,2	i alt 1,0
Region Syddanmark	0,7	i alt 7,0
Region Midtjylland	0,4	i alt 4,0
Hele landet	1,2	i alt 55

KILDE: GIGTFÖRENINGEN/SUNDHEDSSTYRELSEN



Medicinforbrug	
Befolkningens brug af medicin mod osteoporose 2009 fordelt på regioner	
Tallene er indekstal, der gør det muligt at sammenligne regionerne uanset forskelle i køns- og alderssammensætning	
Hele landet	Indeks 100
Region Hovedstaden	91
Region Sjælland	75
Region Syddanmark	106
Region Nordjylland	112
Region Midtjylland	118

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Kvinder	
Antal personer i behandling pr. 1000 kvinder	
Tallene er indekstal, der gør det muligt at sammenligne regionerne uanset forskelle i køns- og alderssammensætning	
Hele landet	23,72
Region Hovedstaden	21,40
Region Sjælland	18,93
Region Syddanmark	25,42
Region Nordjylland	28,24
Region Midtjylland	26,50

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Mænd	
Antal personer i behandling pr. 1000 mænd	
Tallene er indekstal, der gør det muligt at sammenligne regionerne uanset forskelle i køns- og alderssammensætning	
Hele landet	4,12
Region Hovedstaden	3,30
Region Sjælland	3,25
Region Syddanmark	4,89
Region Nordjylland	4,73
Region Midtjylland	4,74

Befolkningens brug af medicin mod knogleskørhed 2009 i kommuner:

Her får flest medicin mod knogleskørhed.
Landsindeks er 100:

Tallene er indekstal, der gør det muligt at sammenligne regionerne uanset forskelle i køns- og alderssammensætning

Viborg	139	Billund	121
Århus	133	Kolding	121
Silkeborg	133	Favrskov	121
Kerteminde	128	Aalborg	119
Ikast-Brande	127	Herning	119
Thisted	121		

Befolkningens brug af medicin mod knogleskørhed 2009 i kommuner:

Her får færrest medicin mod knogleskørhed.
Landsindeks er 100:

Tallene er indekstal, der gør det muligt at sammenligne regionerne uanset forskelle i køns- og alderssammensætning

Greve	76	Helsingør	73
Roskilde	76	Sørø	69
Lejre	75	Faxe	68
Næstved	74	Lolland	66
Slagelse	73	Vordingborg	59
Køge	73		

Undersøgelse

Skæv behandling af knogle-skørhed

Jyder og fynboer får langt oftere medicinsk behandling end sjællænderne.

Af Lone Dybdal og Helle Tougaard, illustration: Shutterstock

Langt flere jyder og fynboer får medicinsk behandling for osteoporose end sjællænderne.

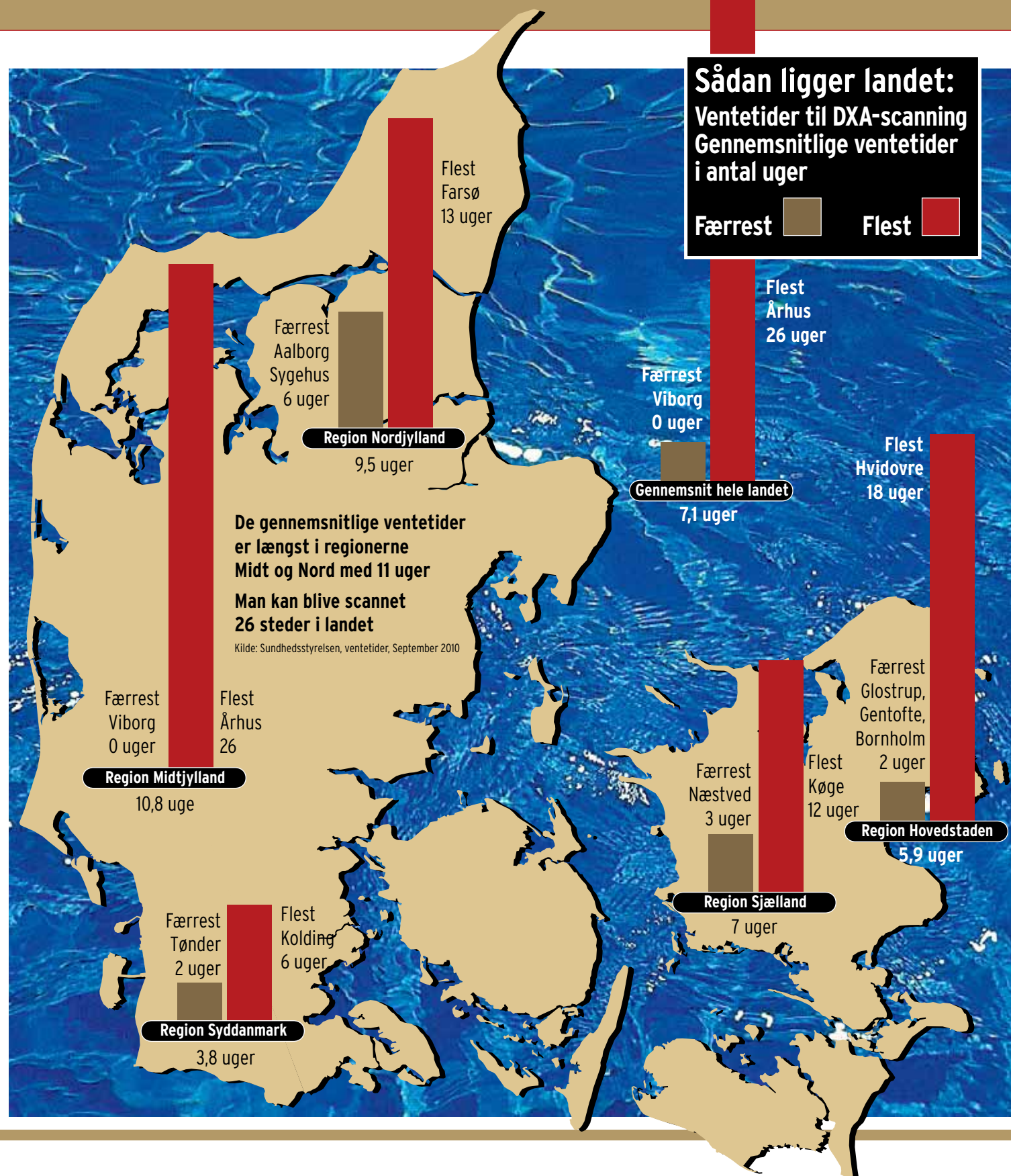
Af Lægemiddelstyrelsens opgørelse over befolkningens forbrug af medicin mod knogleskørhed fra 2009 fremgår det, at hver gang der er 100, der får medicin mod osteoporose på landsplan, er der 139 i Viborg Kommune og 133 i Århus Kommune mod kun 53 i Vordingborg Kommune og 66 i Lolland Kommune.

Overlæge på endokrinologisk afdeling på Århus Sygehus Bente Langdahl, der også er formand for Dansk Knoglemedicinsk Selskab, forklarer forskellen med, at der på Sjælland ikke har været samme fokus på osteoporosebehandling som i Jylland og på Fyn.

"Muligheden for at blive undersøgt for osteoporose på Sjælland har traditionelt været meget ringe. De få DXA-scannere, der findes, bruges ikke ret meget, fordi man er meget tilbageholdende med, hvem der bliver henvist til scanning," siger hun. Denne forskel i indstilling til osteoporose kan skyl-

” Bente Langdahl

En sygdom som osteoporose er afhængig af lokale ildsjæle, der tager et personligt initiativ



LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

des mange forhold, mener Bente Langdahl og peger på, at det kan hænge sammen med udtrakt selvbestemmelsesret i det danske sundhedssystem.

"Der er ikke nogen lovgivning, der regulerer, hvilket tilbud de enkelte regioner skal have til osteoporosepatienter, og de enkelte sygehuse bestemmer selv, om de vil tilbyde DXA-scanninger eller ej. Derfor er en sygdom som osteoporose afhængig af lokale ildsjæle, der tager et personligt initiativ og sørger for, at dette tilbud bliver tilgængeligt for patienterne i området. Og det er naturligvis ikke særlig hensigtsmæssigt for patienterne," siger Bente Langdahl, der gerne så en overordnet strategi for, hvordan lægerne skal forholde sig til osteoporose.

Risikobehandling

Praktiserende læge i Slagelse og medlem af bestyrelsen for Dansk Selskab for Almen Medicin, Johan Ludvig Reventlow, er enig i, at forskellene kan skyldes forskellig indstilling til sygdommen. Og den forskel kan både være hos læger og ikke mindst hos patienterne.

"Holdningen til osteoporose kan være præget af mange forhold, såsom at man kender til svære tilfælde, og det vil smitte af hos både lægen og patienten," siger han.

” Bente Langdahl

Det er rigtig dårlig service, og et godt eksempel på den skævvridning, som privathospitalerne har betydet

Johan Ludvig Reventlow peger på, at det afgørende ikke er, hvor mange patienter der får medicin, men at det er de rigtige patienter, der får den. "Det vil sige dem, der har haft brud, og dem, der har høj risiko for brud, f.eks. fordi de er arveligt disponeret. For alle andre vil motion og en sund livsstil generelt, hvor man får tilstrækkeligt med kalk og D-vitamin, være at foretrække," siger han og understreger, at medicinsk behandling af osteoporose er risikobehandling, som de færreste får gavn af, fordi de aldrig ville have fået et brud. På samme måde, som når man tager sikkerhedssele på, når man kører bil, uden nogensinde at få gavn af det, fordi man aldrig bliver involveret i en ulykke.

"Medicin kan jo ikke forhindre folk i at falde og få et brud, og omvendt er der ingen, der siger, at man falder og brækker noget, selv om man har osteoporose. Man skal passe på ikke at bruge antallet af patienter i medicinsk behandling som udtryk for, at det er bedre at være patient i den ene region end i den anden. Sådan kan man ikke slutte, for behandling af osteoporose handler om meget andet end medicin," siger han.

Fortsættes næste side



Praktiserende læge i Slagelse og næstformand i bestyrelsen for Dansk Selskab for Almen Medicin, udpeget af Region Sjælland.



Overlæge ved Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og forskningslektor ved Århus Universitet. Ph.d. i 1995 på afhandling om betydningen af thyroideasygdom for udvikling af osteoporose. Blev dr. med. i 2004 på en afhandling om betydningen af genetiske faktorer for udvikling af osteoporose. Har siden 2006 været formand for Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Har siden 2003 været formand for Osteoporoseforeningens forskningsudvalg. Er nyvalgt som præsident for European Calcified Tissue Society (ECTS) og tiltræder hvervet i forbindelse med selskabets årlige møde i 2011.

Undersøgelse.....

Fortsat fra forrige side

Store forskelle regionerne imellem

Forskellen på, hvordan sygehusledere og regionale politikere opfatter osteoporose, afspejles således i patienternes mulighed for at blive undersøgt for osteoporose og også i nogen grad af ventetiderne på scanning.

En forudsætning for at komme i behandling for osteoporose er nemlig, at man har fået knogletætheden målt ved en DXA-scanning. I Århus og Silkeborg er der f.eks. omkring et



Johan Ludvig Reventlow

Medicin kan jo ikke forhindre folk i at falde og få et brud, og omvendt er der ingen, der siger, at man falder og brækker noget, selv om man har osteoporose

overlæge i Århus, skyldes de mange ugers ventetid mangel på ressourcer. Både i form af personale til at betjene scannerne og i form af antallet af scannere de steder, hvor folk bor.

"I region Midtjylland har man den indstilling, at man vil have scannerne spredt rundt omkring i regionen, og så må folk tage derhen, hvor der er ledig kapacitet. Vi så gerne, at vi fik penge til flere scannere hos os, hvor behovet er størst," siger Bente Langdahl, der netop har ansat endnu en bioanalytiker til at foretage scanning. Det forventer hun vil nedbringe ventetiden i Århus markant.

Forrykt ventetid

Formand for Osteoporoseforeningen, Ulla Knappe, kritiserer de lange ventetider til scanning.

"26 uger er fuldstændig forrykt. Især når vi ved, at scannerne står der, og at en stor del af venteliste-

problemet skyldes, at der mangler folk til at betjene dem. Scanneren er mange steder flaskehalsen for at få flere i behandling, og de praktiserende læger vrider sig ved at henvise patienter, fordi de ved, at der er så lang ventetid," siger Ulla Knappe. Hun mener desuden, at der er brug for mange flere scannere og osteoporose-klinikker landet over.



Ulla Knappe

Der er brug for en holdningsændring, så der kommer langt mere fokus på sygdommen i hele landet

"Vi har en række sorte pletter, bl.a. i Vestjylland og på Vestsjælland, mens det på Lolland og Falster er helt umuligt. Opsporingen og behandlingen af sygdommen er båret af ildsjæle blandt lægerne, og tendensen er, at de centrerer sig om de store sygehuse, hvor de sørger for at få scannerne installeret. Det er stærkt kritisabelt set med patienternes øjne, at der er disse store forskelle, og der er brug for en holdningsændring, så der kommer langt mere fokus på sygdommen i hele landet," siger Ulla Knappe.

Dårlig service

Bente Langdahl frygter, at nogle praktiserende læger undlader at henvise deres patienter til scanning, fordi ventetiden er så lang.

"Mange måneders ventetid er jo det samme som at sige, at det her ikke er vigtigt, og sådan vil en del patienter sikkert også tænke. Det er rigtig dårlig service og et godt eksempel på den skævvridning, som privathospitalerne har betydet.

Man bruger masser af ressourcer på de områder, som privathospitalerne ønsker at tage sig af, mens patienter med sygdomme, som det private ikke vil beskæftige sig med, fordi de enten er for besværlige eller for lidt lukrative, kan få lov at vente," siger Bente Langdahl.



Fakta Fakta om osteoporose:

- Osteoporose (knogleskørhed) betyder skrøbelige eller porøse knogler. Tilstanden skyldes nedsat knoglestyrke og knoglemængde.
- Den mængde knogle, man har, afhænger både af arvelige forhold og af den måde, man lever på, og de sygdomme, man evt. bliver ramt af.

- En vigtig del af behandlingen for knogleskørhed er, at man dyrker motion, får kalk og D-vitamin nok, undgår rygning, og begrænser sit alkoholforbrug.
- Personer, der har haft et brud på lårbenshals eller ryghvirvlen på grund af knogleskørhed, og perso-

- ner, der er blevet scannet og har fået påvist nedsat knoglemængde, bør tilbydes medicinsk behandling.
- Der er flere forskellige medicinske behandlinger, men fælles for dem er, at de nedsætter risikoen for (nye) knoglebrud.

(KILDE: LÆGEMIDDELSTYRELSEN)



Sundhedsminister Bertel Haarder gør opmærksom på, at de fem regioner arbejder på at bedre vilkårene for landets mange gigtpatienter.

Kommentar

Sundhedsministeren:

Ingen skal føle sig glemt

Af Lone Dybdal og Helle Tougaard

Gigtpatienter og folk, der lider af osteoporose, må finde sig i, at deres adresse har betydning for, hvilken behandling de får.

Derfor efterlyser både Gigtforeningen og Osteoporoseforeningen forløbsprogrammer, der kan sikre en ensartet behandling af patienterne fra region til region. Men hidtil uden resultat.

Sundhedsminister Bertel Haarder (V) forsikrer dog, at hverken gigt- eller osteoporosepatienter skal føle sig glemt. Han henviser til, at regioner og kommuner for nylig har fået godt ½ mia. kr. i en såkaldt kronikerpulje til at udarbejde forløbsprogrammer for kronisk syge.

"I den forbindelse, ved jeg, at man i alle fem regioner arbejder bl.a. med indsatsen for gigtpatienter. Samtidig arbejder Sundhedsstyrelsen på, at forløbsprogrammerne i kommuner og regioner bedre kan målrettes de enkelte sygdomsområder f.eks. muskel-skeletlidelser," siger ministeren.

Altid åben for forslag

Bertel Haarder understreger, at han altid er åben for forslag til, hvordan man indretter tingene bedre, men umiddelbart vil han vurdere, at både kommuner, regioner og lægerne har de muligheder, der skal til.

Gennemgår man ansøgningerne til kronikerpuljen, kan man dog konstatere, at der er langt imellem, at man støder på ansøgninger, der retter sig mod initiativer inden for muskel- og skeletsygdomme.

I Sundhedsministeriet peger man på, at der ikke er noget til hinder for, at kommuner og regioner samarbejder om at udarbejde forløbsprogrammer for f.eks. osteoporose på baggrund af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kronisk sygdom.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har afsat 590 mio. kroner til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom for 2010-12.

Plages du af gigt eller smerter i muskler og led?

Er du én af de mange danskere, der begrænses af gigt eller smerter i muskler og led, kan du få gavn af Re5 Regeneration - en helt ny behandlingsform. Behandlingen lindrer symptomerne ved at fremskynde kroppens naturlige helingsprocesser.

Sammen med fysisk aktivitet og sund livsstil, kan Re5 Regeneration være med til at forbedre din hverdag.

I oktober måned afholdes i samarbejde med Re5 klinikker informationsmøder.

Kom og hør mere og få svar på dine eventuelle spørgsmål om Re5 Regeneration.

Klik ind på Re5.com og få mere information



Re5.com



På tide

Fakta Forskerne måler smerte ved at påføre forsøgspersonerne:

- Stikkende smerte fra små elektriske stød
- Kuldesmerter fra isvand
- Varme smerter fra laserstråler
- Stiksmarter fra nåle
- Tryksmerter fra niv i huden og tryk mod muskler

Fokus Lars Arendt-Nielsen



■ Professor, dr.med. og centerleder for Sanse-Motorisk Interaktion ved Aalborg Universitet. Han har opbygget et smerteforskningsmiljø på Aalborg Universitet som er verdens største og mest avancerede. Forskningen er hædret med en lang række internationale priser. Han er æresprofessor i USA, Sverige, Schweiz og Kina. Har publiceret flere end 750 videnskabelige artikler i internationale tidsskrifter. Holdt flere end 250 inviterede foredrag ved internationale kongresser. Er i bestyrelsen for det internationale selskab for alle verdens smerteforskere IASP.

Biologisk medicin giver håb for kroniske smertepatienter

Ny viden, ny forskning, nye stoffer. Gennembruddet i smertebehandlingen – at kunne årsagsbehandle i stedet for symptombehandle – er på trapperne. Men det kræver, at lægemiddelindustrien kommer på banen med nye produkter. Og det kan kun gå for langsomt.

Af Mette Fensbo, foto: Shutterstock

”Der er inden for de seneste år sket en eksplosiv udvikling i viden omkring smertebehandling, men mærkværdigvis har den viden endnu ikke medført nye og bedre lægemidler på markedet. Vi mangler, at lægemiddelindustrien kommer på banen med nye produkter. Det tager år og koster ca. fem milliarder at udvikle et nyt lægemiddel. Men vi skal ha’ endnu mere gang i forskningen, som kan understøtte den udvikling.”

Lars Arendt-Nielsen, professor, dr.med. og centerleder for Sanse-Motorisk Interaktion ved Aalborg Universitet, jonglerer med så store ord som ”kæmpe gennembrud” og ”revolution”, når han analyserer fremtidens smertebehandling.

”Forskning har vist, at mange kroniske smerter ikke blot er et spørgsmål om f.eks. at have ondt i knæet, at have en lokal smerte. Med kroniske smerter ændrer hele centralnervesystemet sig ved at blive mere følsomt og ved at reagere kraftigere mod smerte. Med andre ord tilvænner smertesystemet sig ikke smerten, men tværtimod forstærker det smerten. Smerten går ganske enkelt i selvsving.”

”Tidligere mente man, at smerter

kun kunne behandles ved at dæmpe dem med eksempelvis morfin. Nu ved vi, at det også er vigtigt at angribe de stoffer i centralnervesystemet, som medvirker til, at nervesystemet går i selvsving, hvorfor stoffer, som f.eks. virker mod depression og epilepsi, nu også anvendes i kampen mod kroniske smerter. Her og nu bruges altså stoffer, der ikke specifikt er udviklet til smertebehandling, men til andre lidelser. Med den viden, vi har i dag, ligger der et kæmpe gennembrud i at få udviklet nye stoffer, specifikt til smertebehandling. Et område, hvor der i fremtiden virkelig vil ske noget.”

Et helt nyt område, Lars Arendt-Nielsen hæfter sig ved, er biologiske smertelægemidler, stoffer, der hæmmer smerteudviklingen og måske i nogle tilfælde sygdommen, som ligger til grund for smerten.

Den onde cirkel

”Inden for biologiske smertelægemidler er der forskningsmæssigt sket meget de seneste år. Allerede nu foreligger de første studier omkring biologiske stoffer til smertebehandling, og det, vi har håbet på, er, at den nye type stoffer påvirker smertens udvikling og måske årsagen. Det vil helt klart være en revolution på området. For med de stoffer vil vi kunne få det, som får smerten til at opstå, under kontrol. Og dermed er den onde cirkel brudt. Den onde cirkel, hvor systemet er gået i selvsving.”

”Det var jo den revolution, man så, da de biologiske lægemidler blev indført til at behandle leddegigt.

I dag hæmmes smerten måske kun ca. 20 pct. af de gængse lægemidler, og det er svært at opnå mere smertelindring, uden at patienten får en masse andre bivirkninger. Men man kan dog hæmme den så meget, at folk kan have en vis livskvalitet. Det, vi venter på i fremtiden, betyder, at man med de biologiske midler bliver i stand til at modificere årsagen til smerte, i stedet for kun at behandle symptomer.”

Kan du nævne et typisk eksempel?

”Ja, sådan noget som slidgigt i knæet. Patienten har ondt, og det bliver værre og værre. De nye stoffer vil ikke kun hæmme smerten, men nogle af stofferne har vist sig faktisk også at hæmme nedbrydningen af brusk og dermed sygdommens udvikling. Jeg håber, det er der, vi havner.”

”En anden vej er at prøve at reducere overfølsomheden i centralnervesy-

stemet. Til det bruger man i dag stoffer, der bl.a. er udviklet til eksempelvis depression og epilepsi.”

”Alt i alt skulle det meget gerne blive lettere i fremtiden at være kronisk smertepatient.”

Hvor længe vil der gå, før gennembruddet slår igennem?

”Det er svært at sætte tid på. De første studier med biologiske stoffer på mennesker er netop gennemført, men stofferne skal tilbage til laboratoriet og undersøges, da der var for mange bivirkninger med den første generation af stoffer. Men når vi taler smerteområdet, vil jeg tro i løbet af fem-seks år. Det er et mega-marked, så industrien investerer meget.”

Høj selvmordsprocent

Hvilke muligheder har en kronisk smertepatient så i dag?

”Har man kroniske smerter, er det bedst at opsøge specialister på området. Danmark har desværre ikke mange smerteklinikker – og ventetiden er lang. Det er et kæmpeproblem. Jeg mener, der skal udarbejdes en national handlingsplan for kroniske smertepatienter. 16 pct. af den danske befolkning lider af kroniske smerter. Og de bliver svigtet. Politikerne må vågne op. De mennesker skal hjælpes nu – de har ventet i årevis. De skal have et kvalificeret tilbud om decentral smertebehandling, i kommunerne og i sundhedscentrene. Det ville skabe en enorm fordel for samfundet. Hvis smertepatienter på et tidligere stadium henvendte sig til personer med specialistviden, kunne de pågældende måske undgå at blive kroniske patienter og dermed komme væk fra arbejdsmarkedet.

En situation, der i øjeblikket ko-

ster ca. en million tabte arbejdsdage i Danmark om året”.

Lars Arendt-Nielsen påpeger flere konsekvenser for den enkelte: Ud over tabt arbejdsfortjeneste har han/hun tendens til at isolere sig, det familiære netværk opløses, tilværelsen ramler sammen, man bliver marginaliseret.

Hvor skal fokus rettes?

”Ingen har talt smertepatienternes sag. 2009-2010 er internationalt smerteår, og det år skal bruges som løftestang – ikke kun for patienterne, men også samfundsøkonomisk. Undersøgelser viser, at smertepatienter bliver deprimerede, og ca. hver femte overvejer på et tidspunkt selvmord. Det er måske svært at forstå, når man ikke selv har kroniske smerter. Men vi ved, at de patienter ofte er ved at miste det hele. De bliver ikke taget seriøst, fordi de dør jo ikke af smerterne i sig selv. Vi skal huske, at smerter kan være alt muligt. Derfor kan det lyde grotesk, at der rent lægeligt ikke er noget speciale for smerter. Det er læger fra forskellige specialer, der finder smerteområdet interessant og fokuserer på det. Og de få smerteklinikker, som eksisterer, kan ikke klare de patienter, der lider. Smerteområdet er et verdensproblem.”

Ud over at han tror på bedre og nye stoffer til behandling af smertepatienter, finder Lars Arendt-Nielsen det nødvendigt, at flere i sundhedssystemet opgraderes i smertebehandling.

”Det kræver mange discipliner, hvor regionale huse med læger, sygeplejersker, psykologer og fysioterapeuter kunne være det sted, der blev opgraderet, og hvor de praktiserende læger kunne hente rådgivning. Dermed kunne også ventelisterne på smerteklinikkerne nedbringes. Folk venter op mod halvandet år. Så er de ude af arbejdsmarkedet. Og chancen for at vende tilbage er meget lille.” ■

Fakta Gode råd til en smertepatient

1. Se i øjnene at du har kroniske smerter – for at lære at leve med dem.
2. Opstil konkrete målsætninger med hensyn til arbejde, fritid og samvær – for at få noget ud af hverdagen.
3. Bliv vred på din smerte, når den er ved at vokse dig over hovedet – for at smerte ikke kommer til at styre dit liv.
4. Tag smertestillende medicin på faste klokkeslæt og foretag kun gradvise ændringer i mængden – for at få den bedste virkning af medicinen og få stabilitet og ro i hverdagen.
5. Sørg for at komme i bedst mulig form og vedligehold den – for at ha styrke til at overkomme din smerte.
6. Lær at slappe af og brug afspændingsøvelser regelmæssigt – for derved at give slip på smerten.
7. Sørg for at være beskæftiget – for at undgå, at smerten tager overhånd, så du i stedet kan fokusere på livet frem for smerten.
8. Lær at tidsbegrænse aktiviteter og at veksle mellem forskellige beskæftigelser – for at undgå overbelastning, der giver spændinger og smerter.
9. Få familien og venner til at støtte dig i dine raske handlinger og ikke i din invaliditet – for at få styrke til det, du kan.
10. Vær åben og rimelig i kontakten med din læge – for at få lægen til at give den rigtige behandling.
11. Del dine erfaringer med andre, der har smerteproblemer – for det hjælper både dig og de andre.
12. Bevar håbet – for at fremme livskvaliteten.

KILDE: STERNBACH



Selvhjælp

Det er mig og ikke smerterne, der styrer

Fra den ene dag til den anden gik Gunhild Tiedemanns liv i stykker. Skæbnen efter et alvorligt trafikuheld var svær at sluge, smerterne invaliderende, men hun nægter at leve et passivt liv. Hun har brug for mentale udfordringer, og det er lykkedes hende at oprette en netværksgruppe for kvinder med kroniske sygdomme. Senere deltager hun i et projekt med patientuddannelseskurser, og i dag uddanner og vejleder den tidligere oversygeplejerske nye instruktører.

Af Mette Kristine Fensbo, foto: Brian Rasmussen

Juleaften 1998 kører Gunhild Tiedemann galt på motorvejen mod Esbjerg. Alene i sin bil kommer hun ud for et alvorligt trafikuheld. Hun bliver slået bevidstløs og aner ikke, hvad der sker. På Kolding Sygehus konstaterer lægerne skader på ryg, nakke og en voldsom hjernerystelse.

"Jeg blev udskrevet for tidligt og fik ikke den hjælp, jeg havde brug for," siger den nu 54-årige tidligere oversygeplejerske, der i tiden efter må igennem rygoperationer, diskusprolaps ad flere gange i nakken og genoptræning. Skaderne forårsager kroniske smerter, som forhindrer Gunhild Tiedemann i at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Men det tager lang tid – to-tre år efter ulykken – inden hun affinder sig med sin skæbne. Oversygeplejerskeskiltet



udskiftes med titlen førtidspensionist. "Skæbnen havde jeg meget svært ved at acceptere. Mit arbejde betød meget for mig. Og det at komme videre betød også, at jeg skulle acceptere, at jeg var havnet i den situation, at smerter ville være en del af mit liv. I begyndelsen påvirkede smerterne i den grad min hverdag. I dag har jeg lært at leve med dem. Men når man har så vanvittig ondt, er det svært at koncentrere sig. Koncentrationen bliver brugt på smerten. Jeg glemmer ting og oplever, at hukommelsen svigter."

"Fra den ene dag til den anden gik mit liv i stykker. Mit netværk i sygehusvæsenet var væk, og der var også venner, som forsvandt."

Gunhild Tiedemanns smerter sidder først og fremmest i ryg og nakke med stråler ud i både arme og ben.

Nogle gange koster det

"Jeg skal passe på med for hård fysisk aktivitet og er også begrænset socialt. Jeg får fast smertestillende medicin, men kan alligevel nogle gange ha' det skrækkelig dårligt. Men jeg har truffet et valg: ikke at blive passiv. Jeg vil leve et aktivt liv trods smerter, styre mit eget liv i stedet for, at smerterne styrer det. Det er en så udfordrende øvelse at finde den hårfine balance mellem hvile og aktivitet. At mestre at sige nej."

Man kan jo ikke se på mig, at jeg har undergået den forandring, som betyder, at jeg ikke kan så meget. Jeg har brug for mentale udfordringer, men fysikken slår ikke altid til. Det har jeg fået hjælp til at lære på Tværfagligt Smertecenter i Aalborg, og jeg har lært, at jeg er nødt til at acceptere den smerte.

Uden et aktivt liv med mine nærmeste bliver jeg ked af det, men jeg er fuldt ud klar over, at nogle gange koster det:

”

Gunhild Tiedemann



Det er svært. Mange går fra den ene behandler til den anden. Og lægerne står tit magtesløse. Det er vigtigt at ha' en god samarbejdspartner i sin praktiserende læge

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

jeg har mere ondt, bliver mere træt og er tvunget til at gå lidt i hi."

I 2004 opsøger Gunhild Tiedemann Gigtforeningen med den intention at oprette en netværksgruppe for kvinder midt i livet med kroniske sygdomme. Det lykkes, og gruppen bliver grobund for, at hun senere er med til at skabe et nyt patientuddannelseskursus i Århus for Gigtforeningen. Titlen er "Lær at leve med kronisk sygdom".

"Uddannelsen henvender sig til både mænd og kvinder. Man mødes i faste grupper en gang om ugen i 2 ½ time og lærer gennem undervisning, foredrag og øvelser at arbejde med individuelle handleplaner og opstille mål fra uge til uge. Den samme gruppe mødes i alt seks gange. Kurserne har nu eksisteret i fem år, og det kendetegnende er, at det er patienter, der underviser patienter. Når jeg går på som underviser, er jeg rollemodel, og det har en god effekt."

Praktiserende læger mangler forståelse

"Mit liv i dag giver mig en udmærket hverdag. Jeg har uddannet mig til masterinstruktør bl.a. i Canada, og jeg arrangerer kurser på frivillig basis."

”

Gunhild Tiedemann



Fra den ene dag til den anden gik mit liv i stykker. Mit netværk i sygehusvæsenet var væk, og der var også venner, som forsvandt

Hvordan oplever du som smertepatient samarbejdet med sundhedsvæsenet?

"Det er svært. Mange går fra den ene behandler til den anden. Og lægerne står tit magtesløse. Det er vigtigt at ha' en god samarbejdspartner i sin praktiserende læge. Det er der desværre en del

smertepatienter, der ikke har. Som god selvhjælper kan man en masse, men som smertepatient har man bestemt også brug for en kapacitet, der lytter, som er der for dig, og som kan gå akut ind, når behovet melder sig. Jeg har haft en læge, som støtter mig i at leve et aktivt liv på trods af de omkostninger, det nogle gange har. Min læge har hjulpet mig med at lægge en plan og finde den rigtige medicin."

"Der er behov for større indsigt hos lægerne. De skal lære, at forholdet til den kroniske smertepatient er et samarbejde baseret på en ligeværdig dialog. De skal ikke bare udskrive en recept. De praktiserende læger burde uddannes i smertebehandling, for i deres rækker er der en manglende forståelse, som måske bygger på magtesløshed over ikke at kunne afhjælpe patientens smerter. Men samtidig er det vigtigt som patient at tilegne sig nogle selvhjælpsteknikker. Der er et ansvar på begge sider af bordet."

Lær at leve med dine smerter

1. januar 2011 tilbyder samtlige landets kommuner kroniske smertepatienter et nyt kursus med titlen "Lær at tackle kroniske smerter". Bag projektet står Sundhedsstyrelsen, Komiteen for Sundhedsoplysning og TrygFonden.

Kurset – der er baseret på en canadisk model, som er blevet oversat og kulturbearbejdet til danske patienter – er entydigt målrettet mennesker med kroniske smerter og fokuserer på det faktum at have og leve med en smerte, mere end at behandle den.

Kurset er et forskningsprojekt med Århus Universitetshospital som samarbejdspartner, og der gennemføres i efteråret en såkaldt prætestfase i henholdsvis Thisted, Århus, Aabenraa og Slagelse kommuner. Erfaringsmaterialet herfra tilrettes efterfølgende, inden startskuddet lyder i begyndelsen af det nye år.

Deltagerne skal undervejs udfylde forskellige spørgeskemaer. Dataindsamlingen finder sted i løbet af 2011, og slutrapporten forventes klar i 2013.

Hvad er målet med projektet?

Seniorprojektkoordinatør Nicolaj Holm Faber, Komiteen for Sundhedsoplysning:

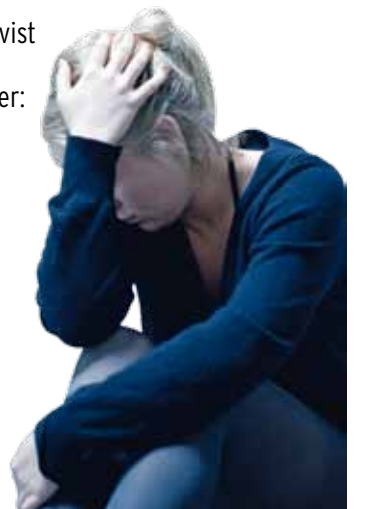
"Ganske klart, at vi kan påvise en effekt af øget livskvalitet hos de kroniske smertepatienter. Den kan manifestere sig på forskellige måder – bl.a. ved øget socialt liv og reduceret brug af medicin. Resultater fra USA, Canada og England viser tydeligt, at mennesker, der er mere selvhjulpne og aktive, får en større tro på egne evner til at leve med smerter. Og de oplever færre skadestuebesøg og akutlægebesøg."

"Forskningsperspektiverne for os er enten at påvise en rigtig god effekt af kurset eller en moderat effekt, som kræver, at vi tilretter kurset og bliver klogere. Hvis projektet viser ingen effekt eller negativ effekt, lukker vi det ned".

Borgerne på kurset bliver undervist af kroniske smertepatienter, og der arbejdes med følgende emner:

- Pacing – at skabe balance mellem aktivitet og hvile
- Muskelfspænding
- Let fysisk aktivitet
- Kommunikation
- Vanskelige følelser
- Medicinforbrug
- Håndtering af træthed
- Tankens kraft
- Problemløsning
- Valg af behandlingsmetoder

FOTO: SARA SKYTTE





Mandesygdom.....

Fakta Osteoporose

■ Osteoporose er en knoglesygdom, som skyldes, at mængden og styrken af knoglevævet er væsentligt nedsat. Osteoporose betyder "porøse knogler". Man får ingen symptomer på porøse knogler, fordi osteoporose ikke forårsager smerter eller andet ubehag, så længe der ikke er opstået brud. Knoglebrud rammer hyppigst håndled, ryghvirvler og lårbenshalsen.

Mænd er bedst til at ændre livsstil

"Mænd går groft sagt kun til læge, når deres kone skubber dem," siger overlæge Lars Hyldstrup, og det var lige nøjagtig tilfældet for nu 75-årige Tim Baxter, der for 11 år siden fik konstateret knogleskørhed. Lars Hyldstrup, der har beskæftiget sig med osteoporose i 30 år, har en appel til de praktiserende læger: "Knogleskørhed er en sygdom, som egner sig til forebyggelse. Vi ved, hvem der skal undersøges."

Af Mette Fensbo, foto: Sara Skytte

Omkring 100.000 mænd i Danmark lider af knogleskørhed. Og op mod hver fjerde mand over 60 år vil opleve et knoglebrud som følge af osteoporose. Men diagnosen knogleskørhed stilles for sent for mænds vedkommende. Det sker først, når sygdommen er fremskreden og ofte har medført brud på rygsøjlen.

Fortsættes side 46



75-årige australske Timothy Baxter er et godt eksempel på lægernes generelle erfaringer. Han fik først sin diagnose, fordi hans kone stædigt pressede på.

BEAUTÉ PACIFIQUE AMBULATORIET

HUDDIAGNOSTIK & KOSMETISK BEHANDLING

- her reparerer vi huden



- ✓ Scanning & hudanalyse
- ✓ Hudplejevejledning
- ✓ Rejuvenering
- ✓ Fjernelse af tatoveringer
- ✓ Behandling af karsprængninger
- ✓ Fjernelse af uønsket hårvækst
- ✓ Behandling af pigmentpletter
- ✓ Peel behandling med infusion
- ✓ Ansigtsløftning ved elektrostimulation
- ✓ Restylane
- ✓ Ansigtsbehandlinger
- ✓ »Botox«
- ✓ Kropsbehandlinger

BEAUTÉ PACIFIQUE



■ Dr.med. og overlæge på Hvidovre Hospital. Han har i 30 år beskæftiget sig med osteoporose og leder hospitalets osteoporoseenhed, som foretager flere end 5.000 undersøgelser om året.

Mandesygdom

Fortsat fra forrige side

Overlæge, dr.med. Lars Hyldstrup, Osteoporoseenheden på Hvidovre Hospital: "Mænd er ikke særlig interesserede i at gå til læge og måske få at vide, at de fejler noget. Holdningen er: det går nok over. Vi kæmper med nogle psykologiske barrierer hos mænd. En mand er ikke intakt som mand, hvis han fejler noget.

Groft sagt går mænd kun til læge, når deres kone skubber dem. Derfor er det informationsmæssigt svært at nå mænd.

Vi skal informere en gruppe, som reelt ikke er interesseret. Mænd kommer, når et brud er en kendsgerning og smerterne er ulidelige. Men det, der gælder for knogleskørhed, er, at jo tidligere man sætter forebyggende ind, desto større er muligheden for at undgå brud. Alle tilfælde af osteoporose hos mænd kan behandles med færre knoglebrud til følge."

75-årige australske Timothy Baxter passer perfekt på prototypen. Han er komponist og har boet over 20 år med sin danske kone i Danmark. For 11 år siden fik han konstateret knogleskørhed.

Diagnosen kom på plads udelukkende takket være hans kone, Birthe Baxters, stædighed:

"Tim havde haft mange problemer med ryggen og stærke smerter. Jeg gik i flere år med en fornemmelse af, at hans bøjede ryg kunne skyldes knogleskørhed. Da vi på et besøg hos hans bror i Australien blev gjort bekendt med, at broderen led af knogleskørhed, slog jeg i bordet. Tim skulle undersøges i Danmark."

"Vi henvendte os til vores kvindelige praktiserende læge – og det blev en kamp. Hun mente, det var helt overflødigt. Det var der bestemt ingen grund til, var hendes let arrogante holdning, "og sådan en undersøgelse koster jo mange penge". Til sidst blev jeg rasende og truede kort og godt med, at jeg ville klage over hende. Ganske nådigt gav hun tilsagn om, at en praktikant hos



Knogleskørhed er en sygdom, som egner sig til forebyggelse. Lægerne ved, hvem der skal undersøges. Og modsat, hvad mange tror, gælder det også mænd.

hende, som havde haft med knogleskørhed at gøre, kunne se på Tim."

De ressourcervage vil følge med

"Jeg tror, Tims kone har ret," sagde han. Derefter skulle jeg så bruge kræfter på at overbevise Tim. Men han kom om sider til undersøgelse, fik konstateret knogleskørhed og har siden været i behandling."

Er de praktiserende læger tilstrækkeligt opmærksomme på koblingen



Tim Baxter



Jeg var overrasket over diagnosen. Knogleskørhed var jo en kvindesygdom

mænd-knogleskørhed, eller bliver mændene svigtet?

Lars Hyldstrup: "Det er et følsomt emne. Jeg vil ikke hakke på de praktiserende læger. Det er svært at være opdateret på alle felter. Men min appel til dem er: Kommer en patient med klare risikofaktorer, bør vedkommende henvises til undersøgelse. I den forbindelse mener jeg, det er vigtigt at bruge flere ressourcer på at gøre befolkningen opmærksom på, at hver enkelt også må tage ansvar for sig selv og føre en kvalificeret dialog med sin læge. Patienten skal gå aktivt ind i forløbet. Vi skal udnytte de ressourcer, der er i deres helbred."

Hvad så med de ressourcervage?

"Jeg er overbevist om, at de vil følge med. Fra de bedrestillede og mere ressourcerstærke patienter vil budskabet brede sig som ringe i vandet. Vi skal bruge de fleste kræfter dér, hvor folk lytter. Så kommer budskabet også til gavn for den gruppe af befolkningen, som måske ikke umiddelbart er lydhør."

Når mænd kommer til undersøgelse for knogleskørhed, går man risikofaktorerne igennem. Der bliver taget blodprøver, og der foretages en knoglescanning. Desuden skal man udelukke prostatakræft, fordi det kan vise sig med rygsmerter og fejltolkes som knogleskørhed. Og man måler også det mandlige kønshormon, testosteron. Mænd med stærkt nedsat produktion af testosteron er særligt udsatte for at få knogleskørhed. Summen af resultaterne viser, hvor galt det er fat, og hvilken behandling den mandlige patient kan tilrådes.

"Men det drejer sig ikke kun om en



medicinsk behandling," understreger Lars Hyldstrup. "Der skal også rettes op på nogle livsstilsfaktorer. Får patienten tilstrækkelig kalk og D-vitamin? Er han fysisk aktiv, og spiser han sundt og varieret? Har patienten et alkoholmisbrug? Medicin og livsstil går hånd i hånd. Der er meget, den enkelte selv kan gøre.

Og her viser undersøgelser, at mænd som nævnt er svære at få fat i. Til gengæld: når de først er blevet undersøgt, er de langt mere opsatte på behandling, end kvinder er. Mænd springer uhyre sjældent fra. Og meget væsentligt er mænd også indstillet på at ændre livsstil, når de er blevet klar over problematikken."

Befolkningen blev svigtet

Tim Baxter: "Jeg var overrasket over diagnosen. Knogleskørhed var jo en kvindesygdom. Men jeg kom i medicinsk behandling og fik fra begyndelsen af 2004 den nye kostbare behandling med daglig indsprøjtning med syntetisk biskjoldbruskkirtelhormon i halvandet år. Jeg har senere haft en dårlig periode med frygtelige rygsmerter efter et brud, hvor jeg næsten ikke kunne bevæge mig. Nu har jeg det godt. Min overlevelsesstrategi er: ikke at bære

- Arvelig disposition i lige linje
- Lav kropsvægt
- Tidligere brud ved mindre uheld eller spontant
- Overgangsalder før 45 år
- Behandling med prednison eller lignende præparat
- Rygning

- Stort alkoholforbrug
- Ældre med øget risiko for brud på grund af faldtendens
- Sygdomme associeret med osteoporose. Bl.a. forhøjet stofskifte, nyresygdomme, langesygdomme, anoreksi og visse bindevævs- og blodsygdomme

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

- Principielt virker medicinen enten ved at nedsætte knogledbrydningen (antiresorptiv behandling) eller ved at genopbygge knoglevæv (anabol behandling).
- Antiresorptiv behandling anvendes til langt de fleste patienter, mens anabol behandling er forbeholdt patienter med svær knogleskørhed med rygsammenfald.
- Antiresorptiv behandling:
- Bisfosfonater – langt den hyppigste og ofte den første behandling, som anvendes. Kan gives både som tabletter og som langtidsvirkende infusion.
- Raloxifen – hormonlignende behandling, som også kan beskytte mod brystkræft.
- Strontium – uorganisk salt, som indtages i pulverform.
- RANKLigand antistof – biologisk behandling, som gives som halvårlig injektion.
- Anabol behandling:
- Det kalkregulerende hormon (PTH) eller dele heraf. Gives som daglig injektion og stimulerer de knogleopbyggende celler. Dyr behandling, som er forbeholdt patienter med svær knogleskørhed.



500.000 danskerere har osteoporose

I behandling er kun 84.000

Handlingsplan

”

Bente Langdahl:

Det er en kvindesygdom, oven i købet en sygdom, der fortrinsvis rammer ældre kvinder, og det er der, hvis jeg skal være lidt provokerende, ikke ret mange stemmer i

Osteoporoseforeningen:

Forebyggelsen skal sættes i system

Ifølge Folkesundhedsrapporten Danmark fra Statens Institut for Folkesundhed har mindst 500.000 danskere osteoporose, og forekomsten af nye brud som følge af sygdommen er stigende. Alligevel er kun ca. 84.000 danskere i behandling.

Af Lone Dybdal og Helle Tougaard

Formanden for Osteoporoseforeningen Ulla Knappe advarer om, at de mange ubehandlede tilfælde af osteoporose udgør en tikkende bombe under sundhedssystemet i form af udgifter til behandling, pleje og hjemmehjælp til patienter, der pådrager sig lårbens- og hoftebrud og ikke kan klare selv små dagligdags belastninger.

”Vi har brug for en national hand-

lingsplan med retningslinjer for, hvordan man opsporer sygdommen. I 2002 blev osteoporose af daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) udpeget som en af de otte store folkesygdomme, men hidtil har der primært været fokus på kræft, hjerte-kar-sygdomme og diabetes. Det er på tide, at der også kommer en handlingsplan for osteoporose,” fastslår hun og foreslår to konkrete indsatsområder, som hverken er særligt omkostnings- eller tidkrævende.

Opsporing skal derfor bare sættes i system:

”Når en kvinde kommer i overgangsalderen, skal den praktiserende læge som standard stille spørgsmålet: Er der knogleskørhed i din familie? Hvis ja, er det vigtigt at få talt om, at hun skal være særligt opmærksom på at spise en god kost med D-vitamin og kalk og eventuelt supplere med kosttilskud. Halvdelen af dem, som får knogleskørhed, arver sygdommen fra deres nærmeste familie, så også mænd er i risikogruppen. Derfor vil det også

være relevant at spørge de mandlige patienter,” påpeger Ulla Knappe. Hun foreslår også landsdækkende rutiner på sygehusene.

”Kvinder med begyndende osteoporose har det med at brække deres håndled i 50-års alderen. Når disse kvinder kommer på skadestuen, skal lægen som standard spørge, hvordan det skete. I



Daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen udpegede i 2002 osteoporose som en af de otte folkesygdomme. Men hidtil er det bl.a. cancer og hjertesygdomme, der har taget opmærksomheden.



dag bliver der ofte først reageret, når kvinden kommer med et brud for tredje gang. Så er hun i mellemtiden blevet 60-65 år, og knogleafkalkningen kan være så fremskreden, at der er risiko for et rygsammenfald. De 10 år, hvor hun kunne have forebygget knogleafkalkningen, er gået tabt,” advarer Ulla Knappe.

Knoglepakke i Eshbjerg

I Eshbjerg indførte man for et par år siden de såkaldte knoglepakker, der betyder, at alle patienter over 25 år, der kommer på skadestuen med et såkaldt lavenergibrud, sendes videre til scanning for tegn på osteoporose. Og lige som Osteoporoseforeningen ønsker overlæge og formand for Dansk Knoglemedicinsk Selskab Bente Langdahl sig, at noget lignende blev standard i resten af landet.

”Et pakkeforløb sætter tingene i system, og det er nødvendigt, hvis man vil have ting til at ske. Politikerne tror, at arbejdet er gjort, når de har nikket til vejledninger og vedtaget ret til

medicintilskud, men det er ikke nok. Det kræver en politisk beslutning, hvis scanning ikke blot er noget, man kan, men noget, man skal. Effekten af indførelse af pakkeforløb, der betyder, at undersøgelser skal foretages, har vi set på både cancerområdet og inden for hjerte-kar-sygdomme,” påpeger Bente Langdahl og forklarer, at patienterne bliver tabt, fordi de skal fra en afdeling til en anden.

”En af nøglerne til løsningen i forhold til osteoporose ligger hos ortopædkirurgerne, da det er dem, der møder patienterne med knoglebruddene. Men dels er der ingen motivation hos en travl skadestuelæge til at sende patienterne videre til en anden afdeling, dels har mange sygehuslæger den opfattelse, at osteoporose er noget, som de praktiserende læger tager sig af,” siger Bente Langdahl og tilføjer, at osteoporose også er en sygdom uden den store prestige:

”Det er en kvindesygdom, oven i købet en sygdom, der fortrinsvis rammer ældre kvinder, og det er der, hvis jeg

Mange kvinder opsøger deres læge i forbindelse med overgangsalderen. Og netop på det tidspunkt ville det være oplagt at undersøge kvindernes knogler for eventuel afkalkning.

skal være lidt provokerende, ikke ret mange stemmer i. De sygdomme, hvor der virkelig bliver brugt mange penge, er sygdomme, der primært rammer mænd.”

Bedre udnyttelse af kontakter

Bente Langdahl ser også gerne, at der bliver sat ind med mere forebyggelse af osteoporose.

”Forebyggelse kunne foregå på mange måder. Man skal passe på ikke indføre en masse nye undersøgelser, men man skal blive bedre til at udnytte de kontakter, systemet har med folk i forvejen.

Feks. ved vi, at de fleste kvinder opsøger deres læge i forbindelse med overgangsalderen, hvilket kunne være en god lejlighed til at tale om osteoporose. Man kunne også tage en snak om sygdommen ved de forebyggende hjemmebesøg hos folk over 75 år, som mange kommuner tilbyder deres borgere,” siger hun. Bente Langdahl tilføjer, at hun har mødt mange patienter med svær osteoporose, som er rigtig kede af, at ingen på et tidligere tidspunkt har gjort dem opmærksom på, at osteoporose er arveligt, eller at et håndledsbrud kan være det første tegn på osteoporose.

”Så kunne de måske være kommet i forebyggende behandling på et tidligere tidspunkt. Langt de fleste mennesker kan godt acceptere nogle få spørgsmål, som skal afdække, om de er i risiko for udvikling af osteoporose, diabetes eller hjerte-kar-sygdom, uden straks at tro, at de kommer til at fejle alle disse sygdomme,” siger hun.



Læs mere om smerter, gigt og knogler på:

VIDEN ER DEN BEDSTE MEDICIN

SUNDHEDSNYHEDERNE



To ud af tre børn vokser fra leddegigt

Børnegigt.....

LÆS MERE PÅ WWW.SUNDHEDSNYHEDERNE.DK

Fokus

Freddy Karup Pedersen

Professor og overlæge på Pædiatrisk Klinik II ved Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet. I 1980'erne etablerede han børnereumatologi som et fagområde i afdelingen, og funktionen er siden vokset, så den nu varetages af fire overlæger i fællesskab. Forskningsmæssigt har han på området især interesseret sig for risikofaktorer og senfølger til børneleddegigt.

Leddegigt hos børn

rammer flest piger

Måske udløses sygdommen af visse infektioner og hos særligt arveligt disponerede børn. Forskerne ved en masse, men savner svar på det helt afgørende spørgsmål: Hvorfor? Langtidsudsigterne ved leddegigt hos børn er til gengæld langt bedre end ved den voksne form.

Af Mette Fensbo, foto: Sara Skytte

Forskerne kender fortsat ikke årsagen til, at ca. 1.000 børn i Danmark er ramt af leddegigt – en kronisk sygdom, som ofte er aktiv i mange år, og hvor to tredjedele af patienterne er piger.

Professor, overlæge Freddy Karup Pedersen, Børnereumatologisk Ambulatorium på Rigshospitalet:

”Vi ved en masse om, hvordan sygdommen manifesterer sig, hvordan den forløber, og hvordan vi behandler den. Men vi kender ikke den eksakte årsag til sygdommen. Meget tyder dog på, at visse infektioner under særlige forhold og hos særligt arveligt disponerede børn kan udløse sygdommen. På samme måde ved vi heller ikke, hvorfor

flere piger end drenge rammes. Når vi taler årsag, er der forskningsmæssigt desværre endnu ikke sket det store gennembrud.”

”Leddegigt hos børn er ikke den samme som hos voksne. Symptomerne hos børn bliver fremkaldt af en kronisk betændelsesreaktion i leddene, som giver smerter, hævelse og bevægelsesindskrænkninger i få eller mange led. Ydermere kan børnene lide af træthed, let feber samt dårlig trivsel og vækst.”

Sygdommen opdelt i tre grupper:

En type med højst fire angrebne led, en type med flere end fire angrebne led og endelig den systemiske – gruppen med det afgjort mest alvorlige forløb, hvor børnene får høj feber, der kan give udslæt. Børnene kan – ud over

Forskerne ved meget om, hvordan børnegigt manifesterer sig. Men der er stadig mange ubekendte faktorer.

ledsymptomer - desuden få kirtelsvulst, organsvulst og undertiden hjertesækbetændelse. I dag opererer vi med yderligere fire grupper, hvor klassifikationen er langt mere detaljeret.

Let at diagnosticere

Hvordan behandler I sygdommen?

Freddy Karup Pedersen: ”Behandlingen går ud på med medicin og fysioterapi at undertrykke sygdommen, så barnet kan leve så godt som muligt og undgå skader på muskler og led. Her betyder det meget at komme hurtigt i behandling. Leddegigt hos børn er ikke svær at diagnosticere, hvis lægen tænker over det. Børnene vil klage over smerter, og hos børn vil der altid være noget at se på leddene.”

”Hvis et barn oplever ledforandringer, skal det hurtigt sendes videre til specialister – også hvis den praktiserende læge er i tvivl. Desværre findes der ikke – som hos voksne – en enkelt blodprøve, der indikerer børneleddegigt, og den såkaldte rheumafaktor er som regel negativ hos børn.”

”Ca. 15 pct. af børnene udvikler en reumatisk øjenbetændelse, som kan skade synet, hvis den ikke bliver behandlet. Og hos mere end en tredjedel bliver også kæbeleddene afficeret. Det påvirker tandstilling og tand- og kæbeudviklingen. Derfor er det vigtigt med regelmæssig kontrol hos øjenlæge og specialtandlæge.”

Slipper børnene af med deres sygdom?

”Ja, to tredjedele af dem gør. Hos den sidste del er sygdommen fortsat aktiv, men behandling hjælper. Det virkeligt positive er, at der er tale om langt bedre langtidsudsigter ved leddegigt hos børn end ved den voksne form.” ■

Husk at yellowe mod smerter!

At yellowe er at købe god medicin til en god pris. Har du smerter, så spørg efter De Gule fra danske Orifarm. De fås kun på apoteket, hvor du får grundig rådgivning med i købet.

Ibuprofen lindrer svage og akut opståede smerter såsom hovedpine, muskel- og ledsmerter



Glucosamin er god mod slidgigt. Glucosamin dæmper ledsmerter og forbedrer bevægeligheden.



Produktioninformation Glucosamin Copyfarm 400 mg filmovertrukne tabletter. Læs informationen i pakningen inden brug. Kontakt lægen eller apoteket, hvis du har spørgsmål. **Indikationer:** Kan forbedre bevægeligheden og lindre smerterne fra leddene. Du kan bruge Glucosamin Copyfarm til lindring af symptomer ved let til moderat slidgigt. **Dosering:** 1 tablet 3 gange dagligt. Alternativt kan den daglige dosis gives på én gang. Den kliniske virkning ses sædvanligvis indenfor 4 uger efter behandlingens start. Den mindste effektive dosis bør anvendes. **Børn:** Bør ikke anvendes. **Ved nedsat nyre- og/eller leverfunktion:** Følg lægens anvisning. **Må ikke anvendes:** Må ikke anvendes ved skaldyrallergi eller ved overfølsomhed for glucosamin eller et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler:** Ledsygdomme, hvor en evt. anden behandling kan komme i betragtning, bør udelukkes. Forsigtighed tilrådes hos patienter med sukkersyge. Hyppigere kontrol af blodsukkeret tilrådes i starten af behandlingen. Forhøjet kolesterol i blodet er set hos få patienter, der er i behandling med glucosamin. Indeholder 87,3 mg kalium pr tablet. Dette bør tages til efterretning hos patienter med nedsat nyrefunktion eller, som er på kontrolleret kaliumdiæt. **Interaktion med anden medicin:** Der er ikke udført interaktionsstudier, forsigtighed bør udvises. Der er dog rapporteret om ændringer i blodets størkningssevne ved samtidig behandling med coumarin antikoagulanter. **Graviditet og Amning:** Må ikke anvendes. **Bivirkninger:** Almindelige: Mavesmerter, fordøjelsesbesvær, diarré, forstoppelse, kvalme, hovedpine, dødsghed. Ikke almindelige: Udslæt, kløe og rødme af huden. Meget sjældne: opkastning, hævelse på grund af væske i kroppen. Bivirkninger med ukendt frekvens: forhøjet kolesterol i blodet. **Pakningsstørrelser:** 90, 270 og 4 x 250 Glucosamin Copyfarm 400 mg filmovertrukne tabletter. **Registreringsindehav:** Copyfarm A/S, Energivej 15, 5260 Odense S. Tlf.: 63952700. **Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Copyfarm A/S eller på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: www.laegemiddelstyrelsen.dk**

Ibuprofen Orifarm (ibuprofen) filmovertrukne tabletter 200 mg. Læs omhyggeligt oplysninger i indlægssedlen eller på emballagen inden brug. **Anvendelsesområde:** Svage smerter. **Virkning:** Nonsteroidt antiinflammatorisk stof. **Dosering:** Voksne: 1-2 tabletter, højst 6 tabletter i døgnet. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Må ikke anvendes:** Ved overfølsomhed overfor nogle af indholdsstofferne. Ved alvorlig hjerteinsufficiens. Ved fortilfælde af gastrointestinal blødning eller perforation i forbindelse med NSAID-behandling. Ved fortilfælde af bronkospasmer, angioødem, astma, rhinitis eller urticaria efter indtagelse af acetylsalicylsyre eller andre NSAID. Ved aktiv eller tilbagevendende ulcerøs colitis, Crohns sygdom, tilbagevendende gastrointestinale ulcus eller gastrointestinal blødning. Ved aktivt ulcus i ventrikel eller duodenum. Ved øget blødningstendens. Ved svær lever- eller nyreinsufficiens. Ved graviditet i 3. trimester. **Forsigtighedsregler:** Samtidig brug af acetylsalicylsyre eller andre NSAID bør undgås. Forsigtighed ved astma. Behandling i kortest mulig tid med lavest mulig dosis anbefales. Forsigtighed på grund af øget risiko for bivirkninger i følgende patientgrupper: ældre, patienter med gastrointestinale lidelser, patienter som samtidig bruger medicin som øger risikoen for gastrointestinal blødning, patienter med hypertension eller diuretika. Kan forlænge blødningstiden. Bør ikke anvendes til kvinder, som ønsker at blive gravide. **Vær opmærksom** på medicinoverforbrugshovedpine og kontakt læge ved mistanke om dette. Indeholder lactose. **Brug af anden medicin:** Ibuprofen bør ikke tages med: acetylsalicylsyre, COX-hæmmere og andre NSAID, digoxin, methotrexat. **Ibuprofen kan anvendes med forsigtighed med:** Antikoagulantia, warfarin, phenprocoumon, heparin, ACE-hæmmere, furosemid, thiaziduretika, beta-blokkere, corticosteroider, andre NSAID, lithium, ciclosporin, trombocythæmmende midler, selektive serotonin genoptagshæmmere, abcximab, tirofiban, integrilin, clopidogrel, tacrolimus, zidovudin, aminoglycosider, naturlægemidler. **Graviditet:** Bør kun anvendes på tvingende indikation under 1. og 2. trimester. Kontraindikeret under 3. trimester. **Amning:** Kan anvendes. Almindelige bivirkninger: Mild, forbigående hovedpine, svimmelhed, tinnitus, dyspepsi, diarre, gastrointestinal blødning, hæmatemesi, melæna, mavesmerter, flatulens, gastrointestinale gener som kvalme, opkastning, smerter i epigastriet, abdominalt ubehag, fordøjelsesbesvær, forstoppelse, abdominale kramper. Øget ureakoncentrationer i serum, øget serumkreatinin. Exantem, træthed, væskeretention, ødem. **Overdosering:** Mavesmerter, kvalme, opkastning, letargi, sløvhed, svimmelhed, hovedpine, tinnitus, hæmning af centralnervesystemet, krampe. **Pakningsstørrelser:** Blister: 7, 10, 14, 20, 21, 28, 29, 30, 35, 49, 50, 56, 98, 99, 100, 150 tabletter. **Bøtter:** 10, 30, 50, 100, 200, 250, 300 tabletter. **Registreringsindehav:** Orifarm Generics A/S, Energivej 15, DK-5260 Odense S. **Udlevering:** Håndkøb, ikke apoteksforbeholdt: Max 1 pakning af højst 30 tabletter pr. dag. Håndkøb, apoteksforbeholdt: Ingen grænser. **Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Orifarm Generics A/S eller på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: www.laegemiddelstyrelsen.dk**

Brug en tekst:

Vind over din hørelse

– fokusér på indholdet!

12K★



Kniber det med hørelsen, når du deltager i større arrangementer på dit arbejde? Har du svært ved at følge med til personalemøder, konferencer, kurser og efteruddannelse?

"Jeg har altid følt, at skrivefortolkning er som at få sat undertekster på det, som folk siger. Som hørehæmmet står man ofte i en situation, hvor man tænker; Årh, hvis bare der var tekster på denne her samtale - ligesom på TV - så kunne jeg følge med."

- Mette, hørehæmmet og jurist

Ved at bruge en professionel tekst til dine mødeaktiviteter, kan du være sikker på, at du får det hele med på samme måde, som når du bruger undertekster på tv. I stedet for at bruge al din energi på at høre, kan du slappe af, og alligevel få præcis de samme informationer, som dine kolleger får.

12Ks tekster yder professionel tekst-oversættelse af det talte ord. At bruge en tekst kræver ingen særlige forudsætninger, og ordningen er gratis for alle brugere. Tekstningen foregår via bærbare computere, der ikke fylder ret meget i landskabet. Vores tekster formidler både på dansk og på øvrige fremmedsprog efter ønske.

- Læs mere om tekstning på www.tekst12k.dk

★ 12K Aarhus

Vestergade 58U
8000 Århus C

★ 12K København

Dyrkøb 7,2. sal
1166 København K

★ Bestilling

tlf. (kun tlf.) 3110 2540
tlf. (sms) 3110 6924

mail@tekst12k.dk
www.tekst12k.dk