

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

procedures included coronary bypass surgery (60%), aortic valve replacement (20%), mitral valve surgery (3%), combined procedures (17%), and one patient with aortic dissection. All data were registered prospectively in a database and compared to a group of patients aged 60-79 years (n = 3312) who had been operated during the same period.

Results: Mortality within 30 days was 8.5% for all patients, which was significantly higher compared with patients aged 60-79 years (2.9%) who had been operated in the same period. Survival after six months was 88%. Median length of stay in the intensive care unit was 1.9 days and the total postoperative length of stay was median 10.7 days versus 1.3 days and 8.7 days for patients aged 60-79 years. The octogenarians had significantly more atrial fibrillation and multiorgan failure compared to younger age groups.

Discussion: This study shows that cardiac surgery can be performed in octogenarians with acceptable mortality and morbidity. A proper selection of patients for surgery based on risk evaluation is important.

Reprints: *Peter Skov Olsen*, Thoraxkirurgisk Klinik RT, H:S Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø.

Antaget den 17. marts 2003.
H:S Rigshospitalet, Thoraxkirurgisk Klinik RT.

Litteratur

1. Nashef SAM, Roques F, Michel P et al. European system for cardiac operative risk evaluation (Euroscore) *Eur J Cardio-thorax Surg* 1999;16:9-13.
2. Prêtre R, Turina MI. Cardiac valve surgery in the octogenarian. *Heart* 2000; 83:116-21.
3. Alexander KP, Anstrom KJ, Muhlbaier LH et al. Outcomes of cardiac surgery in patients age ≥80 years: results from the National Cardiovascular Network. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:731-8.
4. Lye M, Donnellan C. Heart disease in the elderly. *Heart* 2000; 84:560-6.
5. Craver JM, Puskas JD, Weintraub WW et al. 601 octogenarian undergoing cardiac surgery: outcome and comparison with younger age groups. *Ann Thorac Surg* 1999;67:1104-10.
6. Dallrymple-Hay MJR, Alzetani A, Aaboel-Nazar S et al. Cardiac surgery in the elderly. *Eur J Cardio-Thorax Surg* 1999;15:61-6.
7. Avery II GJ, Ley SJ, Hill JD et al. Cardiac surgery in the octogenarian: evaluation of risk, cost and outcome. *Ann Thorac Surg* 2001;71:591-6.
8. Blanche C, Khan SS, Chaux A et al. Cardiac reoperations in octogenarians: analysis of outcomes. *Ann Thorac Surg* 1999;67:93-8.
9. Edmunds LH, Stephenson LW, Edie RN et al. Open heart surgery in the octogenarians. *N Engl J Med* 1988;319:131-6.
10. Naunheim KS, Dean PA, Fiore AC et al. Cardiac surgery in the octogenarian. *Eur J Cardio-Thorax Surg* 1990;4:130-5.
11. Hannan EL, Burke J. Effect of age on mortality in coronary artery bypass surgery in New York, 1991-1992. *Am Heart J* 1994;128:1184-91.
12. Fruitmann DS, MacDougall CE, Ross DB. Cardiac surgery in octogenarians: can elderly patients benefit? Quality of life after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 1999;69:2129-35.

Forekomst af tvangsforanstaltninger over for ældre uden for hospital

Carsten Emil Olsen, socialrådgiver Lis Zabinski & Henrik Day Poulsen

Resumé

Introduktion: Forekomsten af tvangsforanstaltninger over for ældre uden for hospital er i dag dårligt belyst. I denne undersøgelse blev forekomsten af indgreb i henhold til lov om social service § 109 hos personer over 65 år undersøgt. Indgreb omfatter brug af alarm og pejlesystemer, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesmidler, tilbageholdelse i bolig og optagelse i særligt botilbud.

Materiale og metoder: Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse til landets statsamter og fire større kommuner vedr. indberetninger i forbindelse med lov om social service § 109 i 2001. Desuden blev der foretaget en gennemgang af relevante love på området.

Resultater: Registrering af alle typer af foranstaltninger forekom sjældent. Visse statsamter og kommuner havde tilsyneladende slet ingen indberetninger modtaget. Lovgivningen er omfattende og til tider uklar.

Diskussion: Serviceloven med kommentarer opfordrer til en restriktiv holdning til § 109 e-sager, dvs. optagelse i særligt botilbud, hvilket ifølge denne undersøgelse overholdes. Den tilsyneladende sparsomme brug af servicelovens § 109 må antages at medføre omsorgssvigt over for visse demente ældre. Den dementes ret til autonomi må ikke gå forud for basal omsorg og pleje, der har til formål at hindre ulykker og død og give den demente et værdigt liv.

Gruppen af ældre over 65 år har i de seneste år været i stigning og forventes fortsat at stige.

Ældre med svær demens og andre alvorlige psykiatriske lidelser er ofte ude af stand til at drage omsorg for sig selv og kan uforvarende komme i livstruende situationer (f.eks. forårsage ildspåsættelse ved tab af gløder og ved at ambulere).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Den demente må ofte have hjælp til stort set alt, herunder personlig hygiejne og fødeindtagelse. Demens kompliceres ofte af adfærdsforstyrrelser og psykiatriske komplikationer herunder *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD), hvor den ældre udviser tidvis psykotisk og ganske utilpasset adfærd f.eks. råber, slår ud og urinerer tilfældigt. Der eksisterer i dag såvel veldokumenteret medicinsk behandling af BPSD som gode plejemæssige foranstaltninger. Der er ikke tale om kurativ behandling, snarere symptombehandling [1].

Svære adfærdsforstyrrelser kan i visse situationer nødvendiggøre, at man må foretage indgreb mod den ældres vilje f.eks. i form af fastholdelse, fastspænding i stofbælte eller anvendelse af personlige alarmer og pejlesystemer, hvilket er beskrevet i lov om social service § 109 [2]. Over for indlagte sindssyge personer har man siden 1989 reguleret brugen af tvang via psykiatriloven [3]. Sundhedsstyrelsen har siden 1990 offentliggjort tal for brugen af tvang på psykiatriske afdelinger [4], men der eksisterer i dag kun sparsom viden om omfanget af tvangsforanstaltninger over for ældre uden for hospital [5, 6]. Indberetninger om brug af tvang over for ældre registreres i statsamter og kommuner. Der eksisterer i dag ingen landsdækkende tal. Formålet med denne artikel er på landsplan at undersøge og beskrive brugen af tvangsforanstaltninger hos ældre uden for hospital i henhold til lov om social service § 109. Dette er ikke tidligere undersøgt. Desuden gives en oversigt over lovgrundlaget på området.

Materiale og metoder

Der blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse i alle landets statsamter med henblik på at få oplysning om antallet af sager vedr. tvangsforanstaltninger i henhold til lov om social service § 109 over for 65+-årige med en mulig demensproblematik. De undersøgte foranstaltninger omfatter anvendelse af personlig alarm og pejlesystemer, fastholdelse af en person eller førelse af denne til et andet opholdsrum, fastspænding med stofsele for at hindre fald samt tvangsflytning til andet botilbud. Desuden blev der foretaget en stikprøveundersøgelse af indberetninger i fire af landets større kommuner. Undersøgelsen omfatter perioden fra den 1. januar 2001 til den 31. december 2001 og inkluderer personer på 65 år og derover. Ikke alle statsamter var i stand til at skelne mellem sager om personer over og under 65 år.

Statsamterne og kommunerne er anonyme i undersøgelsen.

Resultater

Antallet af sager om tvangsforanstaltninger i henhold til lov om social service § 109 behandlet i de sociale nævn er anført i **Tabel 1**. Antal indberetninger iht. lov om social service § 109 i de fire undersøgte kommuner er anført i **Tabel 2**.

Flere statsamter har stort set ikke haft nogen sager til behandling i de sociale nævn. Hvad angår sager om den mest indgribende tvangsforanstaltning, § 109 e, har der i alt været behandlet 80 sager på landsplan; tre statsamter har slet ingen

Tabel 1. Sager iht. lov om social service § 109 forelagt for de sociale nævn i 2001 i 14 statsamter.

| Intervention | Statsamt | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| § 109 a: Alarm og pejlesystem | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | a | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| § 109 b: Fysisk magt | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | a | 0 | a | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| § 109 c: Tilbageholdelse i bolig | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | a | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| § 109 d: Beskyttelsesmidler | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | a | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 8 | 6 | 0 |
| § 109 e: Optagelse i særligt botilbud | 8 | 3 | 8 | 3 | 6 | 8 | 9 | 9 | 8 | 1 | 0 | 0 | 17 | 0 |

a) Ubesvaret.

Tabel 2. Stikprøve fra fire større kommuner om indberettede sager i 2001 iht. lov om social service § 109.

| Intervention | Kommune | | | |
|---------------------------------------|---------|-------|-------|-------|
| | Nr. 1 | Nr. 2 | Nr. 3 | Nr. 4 |
| § 109 a: Alarm og pejlesystem | 3 | 40 | 16 | 15 |
| § 109 b: Fysisk magt | 15 | 11 | a | 8 |
| § 109 c: Tilbageholdelse i bolig | 0 | 2 | 2 | 0 |
| § 109 d: Beskyttelsesmidler | 10 | 54 | 14 | 8 |
| § 109 e: Optagelse i særligt botilbud | 6 | 2 | 0 | 8 |

a) Ubesvaret.

§ 109 e-sager haft. Et enkelt statsamt har haft relativt mange sager. De fleste statsamter har kun behandlet mellem en og ti sager i 2001, primært § 109 e-sager.

Stikprøveundersøgelsen af indberetninger i kommunerne viser også generelt få indberetninger især vedr. anvendelse af fysisk magt (§ 109 b) og »optagelse i særligt botilbud« (§ 109 e).

Diskussion

Lovgrundlaget

Lovgrundlaget på området vedr. tvang over for ældre uden for hospital er kompliceret og omfatter tre centrale love, nemlig lov om social service [2], værgemålsloven [7] og lov om patienters retsstilling [8]. Endvidere er lov om anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien relevant [3].

Retsstillingen for gruppen, der i lovgivningen betegnes som »personer med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne«, er beskrevet i værgemålslov af 1. juni 1995, lov om patienters retsstilling af 1. januar 1997 og lov om social service af 10. juni 1997, hvor § 109 er vedtaget den 2. juni 1999 med virkning fra den 1. januar 2000.

Værgemålsloven er en ændring af lov om umyndiggørelse fra 1922, hvormed muligheden bortfaldt for, at en værge

kunne give samtykke til f.eks. ansøgning om plejehjem, hvor den værgede enten modsætter sig eller er ude af stand til at forstå betydningen. Efter den nye værgemålslov vil den værgede som hovedregel stadig være myndig og bevare sin handlefrihed. Man kan stadig umyndiggøre en person og fratage vedkommende sin retlige handleevne, men kun hvad angår økonomiske forhold og ikke personlige. En del beslutninger af personlig art, som har ganske omfattende betydning i dagligdagen, falder uden for værgens kompetence f.eks. regler om beklædning, aktiviteter og andre omsorgsmæssige forhold, der sorterer under omsorgs- og plejepersoner.

Man var ved vedtagelsen af loven opmærksom på, at der manglede regler, der varetog denne gruppes behov, men henviste til, at disse problemer måtte løses i sundhedslovgivningen gennem regler om samtykke til behandling. Disse regler er udmøntet i lov om patienters rettigheder med regler om patienters samtykke samt om stedfortrædende samtykke for inhabile (personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på egne interesser) [8]. Omfanget og anvendelsen af stedfortrædende samtykke er i dag ikke kendt og bør undersøges nærmere. Behandling af inhabile personer skal foretages iht. reglerne i denne lovgivning og er ikke løst med reglerne i værgemålsloven eller lov om social service. Med en tilføjelse til lov om social service med virkning fra 1. januar 2000 kom der regler, der fastslog det offentlige omsorgspligt for inhabile. Denne omsorgspligt er indeholdt i § 67, og pligten gælder, uanset om den pågældende har givet sit samtykke eller ej, men kan dog ikke gennemføres med tvang, hvilket kræver brug af § 109. Reglerne er meget specifikke og restriktive med hensyn til, hvilke forudsætninger der skal være dokumenteret, for at der kan udøves tvang. De tilfaldte tvangsforanstaltninger omfatter anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer, fastholdelse af en person eller førelse af denne til et andet opholdsrum, fastspænding med stofsele for at hindre fald eller flytning til andet botilbud. Psykiatriloven gælder kun for døgnindlagte på en psykiatrisk afdeling og vil derfor ikke kunne bringes til anvendelse over for inhabile uden for hospital, der forlader boligen. At aflåse en plejebolig ville således være en overtrædelse af den danske grundlov (§ 71) og den europæiske menneskerettighedserklæring [9].

De krav til betingelser, der skal være opfyldt for at udøve tvang, er ganske strenge. Det skal således være dokumenteret, at der foreligger en nærliggende risiko for, at en person udsætter sig for at lide væsentlig personskade, og at forholdene i det enkelte tilfælde gør indgrebet absolut påkrævet. Hvis borgeren ikke samtykker, skal alle indgreb indberettes for det sociale nævn. Optagelse i særligt botilbud (tvangsflytning) skal altid godkendes af det sociale nævn, inden flytningen kan finde sted. Der skal rejses sag om værgemål, og der skal beskikkes en advokat for pågældende, inden der kan træffes en afgørelse. Klage over det sociale nævns afgørelse kan indbringes for Landsretten, og dersom sagen har principiel betydning videre for Højesteret.

Der er afsagt flere afgørelser efter denne lovgivning af Den Sociale Ankestyrelse, og afgørelserne er meget restriktive. Det er i overensstemmelse med hensigten i loven, idet det i bemærkningerne er anført, at det kun er tilsigtet, at bestemmelserne vedr. flytning til anden boform uden samtykke fra pågældende kun skal finde sted ganske få gange årligt.

Undersøgelsens resultater

Undersøgelsens resultater viser, at tvangsforanstaltninger i henhold til lov om social service § 109 registreres sjældent. I enkelte statsamter har man slet ikke haft nogen sager vedr. tvangsansvendelse. Det har ikke været muligt at validere de oplyste tal, herunder at undersøge om der forekommer tilfælde af tvangsansvendelse, som fejlagtigt ikke registreres og indberettes. I en tidligere undersøgelse har man fundet endog store validitetsproblemer ved registrering af tvangsendlæggelser [10]. Under alle omstændigheder må man gå ud fra, at der er tale om minimumstal. Med hensyn til § 109 e-sager, dvs. flytning til anden boform uden samtykke, fandt man, at denne foranstaltning forekom få gange årligt. Som beskrevet er dette lovens intention, hvorfor man kan konkludere, at kommunerne på dette punkt tilsyneladende overholder lovens krav. Der er dog i to offentliggjorte rapporter på området rejst tvivl om, hvorvidt antallet af indberettede sager i henhold til § 109 er i overensstemmelse med virkeligheden [5, 6]. Man må dog gå ud fra, at tallene for § 109 e-sager er nogenlunde korrekte, idet loven foreskriver, at disse sager skal behandles i det sociale nævn i det pågældende statsamt, hvilket forventeligt vil medføre en registrering.

Det er påpeget, at lovgivningen på området for demente er uoverskuelig og kompliceret [4]. Svært demente kan i sigens natur ikke afgive samtykke til en given behandling, som lov om patienters rettigheder lægger op til. Set ud fra et læge- og utilitaristisk synspunkt er det hensigtsmæssigt at beskytte demente mod at gå fra et plejehjem og bringe sig selv i potentiel livsfare. På den anden side medfører aflåsning af en plejebolig i dag en overtrædelse af såvel grundloven som den europæiske menneskeretserklæring [9]. Frihedsberøvelse af ikkekriminelle må således kun finde sted på en psykiatrisk afdeling efter regler anført i psykiatriloven [3]. Tvangsendlæggelse kræver blandt andet, at indlæggelse finder sted med et overordnet behandlingsformål, hvilket det kan være svært at argumentere for eksistensen af hos svært demente [4, 11]. Det skal dog påpeges, at udviklingen i medicinsk behandling af demens de seneste år er gået stærkt med nye præparater til behandling af let til moderat demens af Alzheimers type/mixed dementia f.eks. galantamin, donepezil og rivastigmin [12]. Ligeledes kan adfærdsforstyrrelser hos demente ældre effektivt behandles med f.eks. risperidon og olanzapin [1]. Men selv om man kan argumentere for, at en tvangsendlæggelse af svært demente er mulig, vil de færreste mene, at en dement er velanbragt på en intensiv, lukket psykiatrisk afdeling med svært sindssyge personer, der skaber uro og stresser

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

den ældre. I en nyligt publiceret undersøgelse har man påpeget og beskrevet overgreb på ældre, såvel på hospital som i primærsektoren [13]. En indlæggelse på såvel psykiatrisk som somatisk afdeling vil i mange tilfælde kun forværre adfærdsproblemerne hos den demente, herunder fremme udvikling af akut organisk psykosyndrom.

Der burde således kunne opnås konsensus om, at den demente som udgangspunkt behandles bedst i eget hjem eller i et egnet botilbud. Dette forudsætter dog, at botilbudet giver mulighed for at hindre den demente i at skade sig selv f.eks. ved at vedkommende ambulerer. Lov om social service § 109 har søgt at sikre dette, men det er med denne undersøgelse uklart, om dette mål er nået. Umiddelbart kan det være svært at forestille sig, at man i visse statsamter på et helt år slet ikke har haft nogen sager til godkendelse i det sociale nævn vedr. alarm- og pejlesystemer, tilbageholdelse i boligen eller beskyttelsesmidler, ligesom det kan undre, at § 109 b (fysisk magtanvendelse) stort set ikke har været indbragt for de sociale nævn. Hvad angår § 109 e, er der flere gange blevet påpeget ikke ubetydelige problemer omkring procedure og evt. »skjult tvang« [4, 11, 14].

I hjemmeplejen, herunder plejehjemmene, har man ikke tradition for at registrere tvangsansvendelse, sådan som man har det på psykiatriske afdelinger. Ved indførelse af psykiatriloven i 1989 var baggrunden for indførelse af obligatoriske tvangsprotokoller blandt andet et ønske om at nedsætte brugen af tvang, hvilket ikke har været tilfældet gennem 1990'erne [15]. Derfor er det tvivlsomt, om registrering af tvangsforanstaltninger på plejehjem alene vil kunne nedsætte brugen heraf. Det skal understreges, at denne undersøgelse viser, at brugen af tvang tilsyneladende er meget beskedent.

Kun få vil mene, at svært dementes autonomi skal gå forud for beskyttelsesforanstaltninger med det formål at hindre ulykker med legemsbeskadigelse og ultimativt død til følge eller acceptere, at demente lever i eget hjem under svært uhygiejniske forhold med insufficient fødeindtagelse og kontakt til omverdenen. Her er lov om social service § 109 e en central paragraf. Man bør være restriktiv ved tvangsflytning af et andet menneske, men er man for defensiv i sin tilgang til svært demente, løber man risikoen for alvorligt omsorgssvigt. Det er her vigtigt at påpege kommunernes omsorgsforpligtigelse. Man kan derfor stille sig det spørgsmål, om den yderst ringe anvendelse af § 109 e, som er fundet i denne undersøgelse, dækker over tilfælde, hvor den demente i autonomiens helige navn enten lever under umenneskelige forhold i hjemmet eller opholder sig i måneder på psykiatriske eller langtidsmedicinske afdelinger uden deres personlige ejendele og fjernt fra det velkendte miljø og familie, mens man overvejer, hvordan man skal hjælpe en person, som i sin demente tilstand siger nej til placering i egnet botilbud, eller som er ude af stand til at forstå betydningen af dette og forholder sig helt passivt til spørgsmålet. På plejehjem kan man forsøge at hindre, at patienterne ambulerer ved f.eks. at stille planter op

foran en dør eller anvende kodede låse, som den demente ikke magter at åbne. Risikoen ved anvendelse af sådanne tiltag er, at de reelt kommer til at fungere som »skjult tvang«. Man kan argumentere for, at en generel tilladelse til aflåsning af en dør til et plejehjem med svært demente bedre sikrer de dementes retssikkerhed end eufemistiske tiltag som store planter foran en dør. En sådan tilladelse til døråflåsning skulle naturligvis reguleres nøje og registreres.

Konklusion

Tvangsforanstaltninger over for ældre uden for hospital i henhold til lov om social service § 109 anvendes tilsyneladende i meget begrænset omfang. Lovgrundlaget er kompliceret og kan resultere i, at der forekommer reel omsorgssvigt over for svært demente. Man kan ikke udelukke, at den nuværende lovgivning utilsigtet giver mulighed for udøvelse af »skjult tvang« på plejehjem. Man må rejse spørgsmålet om, hvorvidt fortsat ensidig fokusering på den dementes autonomi i virkeligheden fører til omsorgssvigt. Lovgivning om indførelse af en yderligere registrering af tvang over for ældre vil ikke nødvendigvis nedsætte brugen af tvang.

Summary

Carsten Emil Olsen, Lis Zabinski & Henrik Day Poulsen:

The occurrence of coercive measures towards non-hospitalized elderly.

Ugeskr Læger 2003;165:2490-4.

Introduction: The study is a nation-wide investigation of the occurrence of coercive measures towards non-hospitalised elderly (+ 65 years) with dementia in Denmark. These measures include the use of alarm and tracking systems, use of physical force and protective devices, detention of the elderly in their own homes, and forced movement to another domicile e.g. nursing home. These types of coercive measures are regulated in the Danish jurisdiction, but not systematically recorded.

Material and methods: A questionnaire was sent to all counties in Denmark concerning occurrence of the coercive measurements mentioned above.

Results: All 14 counties reported a very low use of all types of coercion with only a total of 123 incidents reported in all in 2001.

Discussion: This modest number gives rise to concern about lack of sufficient care towards elderly with dementia. The autonomy of the demented is important, but must not overrule basic care with the aim of ensuring dignified living conditions and safety from harm. The jurisdiction in this area is complicated and sometimes unclear.

Reprints: Carsten Emil Olsen, Wildersgade 2A, 5. sal, DK-1408 København K. E-mail: olsen_carsten@hotmail.com

Antaget den 2. april 2003.
H:S Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, og
H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik.

Litteratur

1. Deyn De P, Katz RI. Control of aggression and agitation in patients with dementia: efficacy and safety of risperidone. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 15:14-22.
2. Lov om social service. Lov nr. 454 af 10. juni 1997.
3. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Lov nr. 331 af 24. maj 1989.
4. Poulsen HD, Olsen CE. Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde. *Ugeskr Læger* 2002;164:4664-7.
5. Praksiskoordineringsprojekt magtanvendelse. Rapport. Statsamtet Vestsjælland: Det sociale nævn, 2001.
6. Praksisundersøgelse. Samtykke til optagelse i botilbud beregnet for demente. Ribe: Statsamtet Ribe, 2001.
7. Værgemålsloven af 19. juni 1995. 1995.
8. Lov om patienters retstilling 1998-07-01 nr. 482. 1998.
9. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK). Europarådet 1997.
10. Poulsen HD, Munk-Jørgensen P. Validering af antallet af tvangssindlæggelser. *Ugeskr Læger* 1998;160:4315-8.
11. Gulmann NC. Praktisk geronto psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
12. Erkinjuntti T, Kurz A, Bullock R et al. Efficacy of galanthamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:1283-90.
13. Ingerslev JK. Overgreb mod ældre. *Ugeskr Læger* 2002;164:5024-6.
14. Ersbøll E. Dementes menneskerettigheder, etik og ret i Danmark. København: Det Danske Center for Menneskerettigheder, 2000.
15. Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2001.

Pertrokantær stressfraktur efter kondiløb

Zaid T-J Al-Aubaidi & Thomas Lind

Stressfraktur efter idræt, hyppigt lokaliseret til metatarser og tibia, er velkendt [1]. Stressfrakturer lokaliseret til collum femoris hos patienter med osteoporose [2, 3], men også hos yngre patienter [4] er beskrevet. Pertrokantære stressfrakturer er kun nævnt sporadisk.

Den øgede interesse for at dyrke idræt og motion også i ældre aldersgrupper frembyder nye sygdomsbilleder og årsagssammenhænge. Vi har derfor fundet det relevant at fremlægge følgende sygehistorie.

Sygehistorie

En 62-årig rask kvinde, som ikke tidligere havde været særlig idrætsaktiv, påbegyndte som et led i firmaets motionsprogram løbetræning i firmaets sportsforening. Sammen med andre ansatte løb hun tre gange ugentligt. Under en af disse løbeture cirka 11 uger (25 løb) efter træningsstart opstod der pludseligt og ikke forudgået af fald eller andet traume smerter i højre hofteregion lokaliseret i lysken. Patienten humpede tilbage ved egen hjælp og henvendte sig dagen efter til egen læge. Tilstanden blev opfattet som en fibersprængning eller forstrækning og blev behandlet med analgetika og aflastning.

En måned senere blev patienten henvist til fysioterapi, hvor hun modtog 24 behandlinger. Pga. vedvarende gener fra højre hofteregion blev hun henvist til røntgen, som blev foretaget seks måneder efter smerternes opståen. Billedet viste en pertrokantær (Evans type 2) fraktur, der var ophelet i varusfejlstilling. En knoglescintigrafi gav ikke formodning om caputnekrose. Patienten modtog herefter fysioterapi i yderligere en periode.

Ved efterundersøgelse to år efter havde patienten belastningsrelaterede smerter i højre hofte, igangsætningssmerter samt 1 cm benforkortning. Herudover fandt man bevægeind-

skrænkning specielt i fleksion (70 grader) og udadrotation (40 grader).

Diskussion

Stressfraktur kan resultere af gentagende submaksimal belastning, som ændrer balancen mellem knogleresorption og -formation [5]. Pludselig øget fysisk aktivitet uden tilstrækkelige hvileperioder kan forårsage øget osteoklastisk aktivitet. Dette kan medføre mikrofrakturer, som kan resultere i stressfraktur [2, 3].

Disponerende faktorer kan være: mindsket østrogen- eller testosteronniveau pga. ekstrem træning, osteoporose, dårlig almentilstand, længerevarende steroidbehandling, dårlig ernæringstilstand samt menstruationsuregelmæssigheder [6]. Differentialdiagnostisk må følgende overvejes: periostitis, infektion, avulsionskader, muskulær forstrækning, bursitis og neoplasme [7]. Diagnosen stilles ved røntgen, som evt. må gentages efter 2-3 uger ved vedvarende symptomer, eller suppleres med scintigrafi, når diagnosen er usikker [8]. I sjældne tilfælde kan det være nødvendigt at supplere med CT. Hos de motionsaktive ældre med en anamnese, der ligner den ovenfor refererede, må disse undersøgelser foretages på vid indikation.

Behandling af radiologisk verificerede hoftenære stressfrakturer er operativ for at hindre sekundær dislokation og ved mediale frakturer caputnekrose [9]. Profylakse i form af grundig information og træningsvejledning er væsentlig, særlig i tilfælde som det her beskrevne, hvor relativt utrænede individer pludselig motiveres til en kraftig øgning i motionshyppighed og intensitet. Kondiløbere bør instrueres i vigtigheden af at dosere distancen fornuftigt under hensyntagen til grundform og træningstilstand. Forebyggelse i form af sufficient støddæmpning i løbeskoen er væsentlig [10].