Så er det atter blevet jul, og du sidder med dette års julenummer af Ugeskrift for Læger. Traditionen tro har vi indsamlet materiale med skæve vinkler og forhåbentlig med en vis underholdningsværdi. Vi vil gerne til julenumrene modtage videnskabelige artikler, som behandler emner, hvor man måske først trækker på smilebåndet, men hvor det alligevel giver stof til eftertanke. Forhåbentlig vil dette nummer give dig styrke til de næste ugers stress og vellevned.

Glædelig jul!

Jacob Rosenberg

Hjertepakker for havenisser

Nadia Lander Landex

STATUSARTIKEL

Kardiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus

Ugeskr Læger 2014;176:V66779

Selv i Danmark er der ulighed i sundhed, således at de socialt og økonomisk dårligst stillede er i øget risiko for at blive syge, sjældnere konsulterer praktiserende læger og også ofte har en ringere prognose end de bedre stillede [1-3].

Det danske sundhedsvæsen bygger på, at alle skal have let og lige adgang til sundhedsydelser, men det debatteres, om det vil gavne flere at omfordele resurserne, så der er flere (opsøgende) tilbud til de socialt og helbredsmæssigt udsatte, hvorimod de resursestærke i højere grad selv skal have ansvar for at kontakte sundhedsvæsenet ved behov [4].

Med udgangspunkt i hjerte-kar-sygdom beskrives det i denne artikel, at havenisser er en unik population med særlige helbredsudfordringer, og at havenisser sandsynligvis vil være én af de grupper, der vil profitere af et målrettet udredningstilbud.

HAVENISSER

Havenissen, som vi kender den, blev først set i Tyskland fra omkring midten af 1800-tallet [5]. Dengang blev havenisser ofte afbildet som minearbejdere [5], og når man drager paralleller til historiens talrige eksempler på migration af arbejdsstyrke til tungt og farligt arbejde, kan det bestemt ikke udelukkes, at havenissen har sin oprindelse i fjernere egne. Fra Tyskland indvandrede havenissen til Danmark, og da ordet »havenisse« forekom første gang i Den Danske Ordbog i 1972, må det antages, at havenissen er blevet almindeligt kendt i årene forinden [6].

Antallet af havenisser i Danmark er ukendt, og de er givetvis geografisk ulige fordelt i landet, da de primært findes, hvor der er haver eller andre udenomsarealer. Man kan spekulere på, om havenisser bevidst skjuler sig fra det omgivende samfund for at undgå målrettede overgreb, der ikke er helt sjældne. Havenissernes Befrielsesfront er en international organisation, der arbejder på at befri havenisser ved at fjerne dem fra haverne og anbringe dem ude i skoven, og der er også rapporteret om, at en blot 16-årig dreng i 2013 bortførte og aflivede havenisser i sin egen have [7].

HAVENISSENS HELBRED

Havenissers helbredssituation er ikke tidligere undersøgt, hvilket sandsynligvis skyldes, at de ikke selv opsøger sundhedsvæsenet. Ved en rundspørge blandt kollegaer i primær- og sekundærsektoren svarede alle benægtende på, at de nogensinde havde haft havenisser til konsultation. En søgning i PubMed på *garden gnome* gav ingen resultater, men derimod et forslag om at søgningen i stedet skulle være *garden genome*. Manglende kontakt til sundhedsvæsenet og manglende viden er imidlertid ikke ensbetydende med, at havenisser har et godt helbred.

Trods den manglende konkrete viden om havenissers helbredstilstand er det muligt at gøre sig visse antagelser derom. Undertiden ses havenisser med partnere, men oftest alene. De fleste havenisser er overvægtige, og der bemærkes især en tendens til abdominal fedme. Livsstilen er præget af en udtalt fysisk inaktivitet; havenisser ses oftest udendørs og undertiden med et haveredskab i hånden, men de ses aldrig i aktivitet. Rygning forekommer. Mange havenisser har en unaturlig rødmosset ansigtskulør og af og til opdunstet næse, hvilket tyder på alkoholoverforbrug, måske i form af nisseøl (**Figur 1**).

Det er muligt, at havenisser ved migrationen til Danmark er blevet påvirket af dansk madkultur, ligesom man andre steder ser, at migranter gradvist overtager deres nye lands madkultur, f.eks. når børn af indvandrere fra Mellemøsten til Nederlandene begynder at spise typisk nederlandsk kost som lasagne og burgere [8]. Dette gælder også ved migration fra nabolande, hvor finske immigranter i Sverige spiser mere frugt og pasta, men mindre mørkt brød og bær, end man gør i Finland [9]. Man må erindre, at den oprindelige danske gårdnisse i høj grad ernærer sig af grød kogt på hvide ris og sødmælk og gerne serveret med en smørklat. Der er således en sandsynlighed for, at havenisser indtager en kost, der er fattig på fibre og antioxidanter, men rig på mættet fedt med deraf følgende risiko for udvikling af en uheldig lipidprofil.

Framinghamstudierne har været udgangspunkt for vores nuværende almene viden om, at fedme, hyperkolesterolæmi, rygning og fysisk inaktivitet øger risikoen for hjerte-kar-sygdom [10], og havenisser må qua deres livsstil antages at være i høj risiko for at få hjerte-kar-sygdom. Dertil kommer, at havenisser må formodes at være særligt disponerede for hjerte-kar-sygdom, hvis man kan tillade sig at sammenligne med personer med svagt tilsvarende morfologi. Personer, som lider af akondroplasi, har en betydeligt øget kardiovaskulær mortalitet, der hos 25-35-årige er mere end ti gange højere end hos baggrundsbefolkningen [11]. Behandlingen kan imidlertid være kompleks, og i 2013 er der beskrevet den måske første perkutane koronarintervention for akut myokardieinfarkt hos en 32-årig ryger med akondroplasi og højt *body mass index* (legemshøjde 87 cm og vægt 44 kg). Proceduren blev beskrevet som vanskelig pga. patientens lave statur og kyfoskoliose [12].

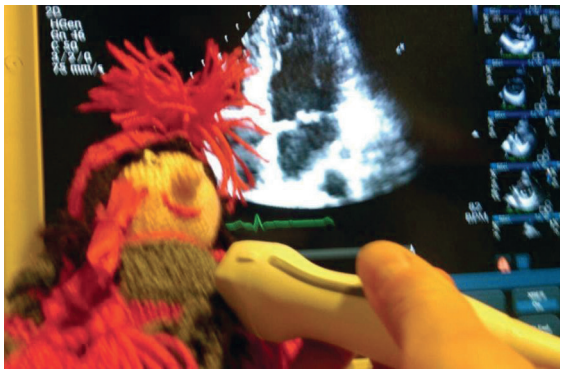
Som ovenfor anført, er havenisser i øget risiko for voldelige overgreb. Fysisk og emotionelt stress øger risikoen for kardiovaskulære events som beskrevet flere gange, bl.a. i andet en kasuistik om en mand, der døde i forbindelse med et fysisk overgreb, men hvor dødsårsagen ikke var traumer, men snarere akut myokardieinfarkt [13]. Mortaliteten ved akut stress er angivet at være op mod 34%, og 92% af dødsfaldene er kardiovaskulære. Dødsfaldene forekommer formentlig oftest hos personer, som har eksistrende arteriosklerose, med den øgede sympatikusaktivitet som udløsende årsag. Havenissernes livsstil og kardiovaskulære risikoprofil taget i betragtning er de i stor risiko for potentielt dødelige kardiovaskulære events i forbindelse med overfald og bortførelse.

HELBRED OG SOCIALGRUPPE

Havenisser er oprindeligt minearbejdere og må antages at være ufaglærte eller måske faglærte. I Danmark er havenisser ikke set i beskæftigelse, og deres deltagelse i det omgivende samfund forekommer sjældent. Der vides at være en socioøkonomisk gradient for helbred, herunder kardiovaskulært helbred, hvor de lavest uddannede har en højere risiko end de højere uddannede (oddsratio: 1,56) for at få akut myokardieinfarkt. Omtrent halvdelen af den socio-

FIGUR 1

Typiske havenisser. Den til højre – med ølkrus i hånden – blev set foran en pub i England.



Det vil give nogle praktiske udfordringer at lade havenisser gennemgå et almindeligt kardiologisk pakkeforløb med dertil hørende udredningsmodaliteter som f.eks. ekkokardiografi. Det lykkedes ikke at finde en havenisse, der ville stille op til foto, hvorfor modelfotoet viser en anden, i øvrigt hjerterask, nisse.

økonomiske gradient er fundet at skyldes modificerbare parametre såsom rygning, fedme og fysisk inaktivitet [14].

Marginaliserede og sårbare grupper har vanskeligt ved at følge kostråd pga. økonomi, sprogproblemer og i visse tilfælde den kulturelle opfattelse af mad, hvor det kan betragtes som uhøfligt ikke at spise, når man bydes, og hvor diæt kun accepteres ved dokumenterede helbredsproblemer, ikke ud fra generelle helbredsovervejelser [8, 15].

Dårlige socioøkonomiske forhold er i et review også fundet at være forbundet med øget risiko for genindlæggelse og død efter indlæggelse for hjertesvigt [16]. I nævnte review nævnes bl.a., at mortaliteten var øget blandt patienter, som boede uden elevator, eller som følte kulde i hjemmet, hvilket formodes at omfatte de fleste havenisser.

Samlet set må havenisser også ud fra en socialøkonomisk betragtning vurderes at være i øget risiko for at få hjerte-kar-sygdom og have en ringere prognose end andre. Det er dog værd at bemærke, at politiet i Durham i England i sommeren 2014 har ansat havenisser til bl.a. at sætte sig i uaflåste biler for at få folk til at tænke sig om [17]. Det vil være interessant at undersøge, om disse havenissers helbredsprofil adskiller sig fra helbredsprofilen hos flertallet af havenisser, og hvad deres langtidsprognose er.

! FAKTABOKS

Havenisser har tendens til (abdominal) fedme, fysisk inaktivitet, rygning og alkoholindtag.

Havenisser er oftest uden arbejde og marginaliserede i samfundet.

Det må formodes, at havenisser ikke alene har øget risiko for hjerte-kar-sygdom, men også for ringere prognose ved manifest hjerte-kar-sygdom.

Hjertepakker sikrer hurtig og grundig udredning ved mistanke om hjerte-kar-sygdom, men det er tvivlsomt, om havenisser vil profitere af hjertepakkerne.

Det vil være i tråd med tidens sundhedspolitiske tendenser at etablere særlige, opsøgende havenissetilbud med målrettet udredning og rehabilitering.

HJERTEPAKKER

Der blev i 2010 indført pakkeforløb for stabil og ustabil angina, hjertesvigt og hjerteklapsygdom. Formålet var at sikre patienter, hvor man havde begrundet mistanke om disse sygdomme, veldefinerede og hurtige forløb. Det er implicit, at alle har lige adgang til udredningsforløbene. Hjertepakkerne havde en træg start. I en interviewundersøgelse gennemført i efteråret 2011 fremgik det, at kun de færreste henvisninger – måske så få som 10% – var henvisninger i pakkeforløb, men at hospitalernes speciallæger omvisiterede de almindelige henvisninger til pakkeforløb [18].

Antallet af pakkehenvisninger er steget siden, og hjertepakkerne sikrer nu effektivt, at bl.a. sportsudøvere med myoser i torakalmuskulaturen i et hurtigt pakkeforløb kan få bekræftet, at de er ganske hjerteraske, ligesom kardiologerne får vedligeholdt deres internmedicinske kompetencer i anæmi- og lungemedicinsk udredning ved henvisninger, der omfatter dyspnø, obs. hjertesvigt. Derimod har det givet ressursemæssige udfordringer, at patienterne hurtigt skal ses af (næsten) speciallæger, idet man på nogle afdelinger har fået vanskeligt ved at finde meningsfuldt arbejde til de yngste reservelæger [18].

Det er primært praktiserende læger, der skal forestå henvisning til pakkeforløb. Der er desværre en tendens til, at der er færre og mere travle alment praktiserende læger i socialt belastede områder end i andre områder [19]. I betragtning af at socialt udsatte har ringere helbred og større forbrug af sundhedsydelser med bl.a. længere indlæggelsesvarighed og flere genindlæggelser, er der noget, der tyder på, at disse grupper ikke i tide kontakter primærsektoren og heller ikke når at få forebygget indlæggelseskrævende helbredsproblemer. Man kan derfor frygte, at havenisser ikke i tilstrækkelig grad vil profitere af hjertepakkernes eksistens.

Et andet problem er, at de forskellige former for garanteret udredning inden for et defineret, kort tidsrum er set at overstige ambulatoriekapaciteten, hvorfor der undertiden henvises til udredning på privathospitaler. Disse henviser af og til tilbage til det offentlige system i noget, der kan blive en circulus vitiosus, som det ikke vil være rimeligt at udsætte en skrøbelig befolkningsgruppe for.

INDVANDRERMEDICINSKE KLINIKKER

En befolkningsgruppe med særlige sundhedsmæssige udfordringer er indvandrere. Ud over at der med denne gruppe kan være sproglige og kulturelle barrierer, forekommer der ofte udeblivelser fra konsultationer. Der er enkelte steder oprettet indvandrermedicinske klinikker, hvis formål er at give »en særlig

sårbar gruppe patienter samme mulighed for udredning og behandling som andre« ud fra en biopsykosocial tilgang til patienterne. Det pointeres, at der fokuseres på organspecifikke symptomer, men også på problemer omkring sprog og kultur, ligesom det tilstræbes at »lette patienternes adgang til behandling, forebyggelse og rehabilitering« [20].

Det vides ikke, om disse klinikker også varetager transport, som er en hyppig årsag til udeblivelse: I et amerikansk studie fandt man, at 23% af patienterne på fire sundhedscentre var udeblevet fra konsultation pga. transportproblemer, og blandt dem, der ikke havde bil, var op til 40% udeblevet [21]. At sikre adgang til bil eller som minimum vejledning i offentlig transport må antages at være et væsentligt bidrag til gode patientforløb.

DISKUSSION

Der er ringe viden om havenissers helbredsforhold, men der er begrundet mistanke om, at havenisser pga. livsstil, migrantstatus og socioøkonomiske forhold er en helbredsmæssigt udfordret population, navnlig hvad angår risikoen for hjerte-kar-sygdom.

Det ligger i tidens (sundheds)politiske ånd, at visse sårbare grupper skal have særlige tilbud. Forslag hertil omfatter åbne ambulatorier, helbredstjek og opsøgende sundhedstilbud. Havenisser vil være en oplagt gruppe at tilbyde en sådan individuel løsning på et kollektivt problem. Tilbuddet skal naturligvis omfatte forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering. Det er tidligere påvist, at sådanne tilbud skal være målrettede og socialt og kulturelt acceptable, f.eks. lægges der vægt på, at underviseren kommer fra eller i hvert fald kender deltagernes miljø [22]. Kostvejledning kan målrettes med anbefalinger om at tilberede risengrød med fuldkornsris og minimælk og bruge Becel i stedet for den almindelige smørklat, men det vil være vanskeligt at skaffe rehabiliteringsundervisere fra havenissernes egne rækker.

Hjertepakker har sikret mange danskere hurtig og grundig udredning, men da havenisser ikke anvender de etablerede sundhedstilbud, kan det ikke forventes, at de vil profitere tilstrækkeligt af de eksisterende hjertepakker. En oplagt løsning vil være at oprette havenisseklinikker, svarende til de indvandrermedicinske klinikker, hvor der er mulighed for en tværfaglig, holistisk tilgang til havenissernes helbred. Med den nuværende totale mangel på faktuel viden om havenissers helbred må det dog erkendes, at oprettelse af havenisseklinikker er en anelse præmaturt. Indtil der er opsamlet viden og erfaring synes den bedste tilgang til havenisserne at være opsøgende arbejde i form af en slags »Havenissernes Sundhedsfront« og derefter overdragelse til særlige ambulante forløb. Dette arbejde kan med fordel varetages af de hjertepakkeansvarlige i de kardiologiske ambulatorier, der givetvis vil se det som en naturlig udvidelse af deres ansvarsområde.

KORRESPONDANCE: *Nadia Lander Landex,* Kardiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: landex@dadlnet.dk

ANTAGET: 6. oktober 2014

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

LITTERATUR

1. Arendt JN, Jensen BT, Nexøe J et al. Lavindkomst og antal kontakter med almen praksis. Ugeskr Læger 2010;172:15191-7.
2. Bundgaard B. Gennemsnitsdanskeren går mest til praktiserende læge. Ugeskr Læger 2011;173:2686.
3. Brønnum-Hansen. Social ulighed i sygdomsbyrde. Ugeskr Læger 2007;169: 2526-8.
4. Ugeskriftet.dk/nyhed/sundhedsminister-lighed-gennem-ulige-behandling (26. jul 2014).
5. www.zwerglignomes.com/history4b.html (26. jul 2014).
6. http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=havenisse (26. jul 2014).
7. http://ekstrabladet.dk/112/article2184573.ece (12. jun 2014).
8. Nicolaou M, Doak CM, van Dam RM et al. Cultural and social influences on food consumption in dutch residents of Turkish and Moroccan origin: a qualitative study. J Nutr Educ Behav 2009;41:232-41.
9. Hammar N, Hakala P, Jörgensen L et al. Migration and differences in dietary habits-a cross sectional study of Finnish twins in Sweden. Eur J Clin Nutr 2009; 63:312-22.
10. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Europ Heart J 2013;34:2949-3003.
11. Wynn J, King TM, Gambello MJ et al. Mortality in achondroplasia study: a 42-year follow-up. Am J Med Genet A 2007;143A:2502-11.
12. Srinivas SK, Ramalingam R, Manjunath CN. A rare case of percutaneous coronary intervention in achondroplasia. J Invasive Cardiol 2013;25:E136-E138.
13. de Giorgio F, Arena V, Lodise M et al. Homicide by heart attack? Leg Med (Tokyo) 2009;11(suppl 1):S531-2.
14. Rosengren A, Subramanian SV, Islam S et al. Education and risk for acute myocardial infarction in 52 high, middle and low-income countries: INTERHEART case-control study. Heart 2009;95:2014-22.
15. Vanstone M, Giacomini M, Smith A et al. How diet modification challenges are magnified in vulnerable or marginalized people with diabetes and heart disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Technol Assess Ser 2013;13:1-40.
16. Calvillo-King L, Arnold D, Eubank KJ et al. Impact of social factors on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure: systematic review. J Gen Intern Med 2013;28:269-82.
17. http://ekstrabladet.dk/kup/elektronik/gadgets/article2304237.ece (12. jun 2014).
18. Vinge S, Witzke CL. Pakkeforløb på hjerteområdet, en analyse af de organisatoriske konsekvenser for kardiologiske afdelinger og almen praksis. København: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner, 2012
19. Kristensen MAT, Thorsen T. Mangel på alment praktiserende læger stiger mest i socioøkonomisk udsatte kommuner. Ugeskr Læger 2014;176:V08130497.
20. www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Infektionsmedicinsk+afdeling/Indvandrermedicinsk+Klinik/ (12. jun 2014).
21. Silver D, Blustein J, Weitzman BC. Transportation to clinic: findings from a pilot clinic-based survey of low-income suburbanites. J Immigr Minor Health 2012; 14:350-5.
22. Penn L, Dombrowski SU, Sniehotta FF et al. Perspectives of UK Pakistani women on their behaviour change to prevent type 2 diabetes: qualitative study using the theory domain framework. BMJ Open 2014;4:e004530.