

Gynekologer misbruker psykiatriske diagnoser

Norsk gynekologisk forening har utgitt veileder i gynekologisk onkologi (1). I kapittel 8 om støtteordninger ved gynekologisk cancer (side 69) heter det at «ved behov for sykmelding av pårørende kan diagnosen F43.1 Posttraumatisk stresslidelse brukes».

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en alvorlig psykiatrisk diagnose som bygger på eksplisitte kriterier (2, 3). Diagnosen er ikke ment for emosjonelle reaksjoner hos pårørende til kreftpasienter, men skal bare brukes der hvor en person utsettes for usedvanlig truende eller katastrofale hendelser og situasjoner, «det vil si naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, møte med andre persons voldelige død, selv å bli utsatt for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger» (3, side 146). Ubehandlet er posttraumatisk stresslidelse forbundet med betydelig langtidsmorbiditet (4).

Jeg antar at misbruket av diagnosen i veiledningsheftet i gynekologisk onkologi er en misforståelse som skyldes manglende kunnskap om diagnostikk ved krisereaksjoner. Hvis pårørende til personer med kreft har så sterke reaksjoner at det betinger sykmelding, og personen ikke oppfyller de diagnostiske kravene til en psykisk lidelse, som naturligvis også kan utløses av påkjenninger (for eksempel F32/33 depresjon eller F40/41 angstlidelser (F40 eller F41), er diagnosen «F43.2 Tilpasningsforstyrrelse» den rette diagnosen.

Det er et tankekors at veiledningshefter utgitt med støtte av Legeforeningen som skal stimulere til «lokale kvalitetssikringstiltak» ikke er fullstendig kvalitetssikret. Denne saken tilsier at Legeforeningen bør gjennomføre ekstern kvalitetskontroll av sine veiledningshefter når forfatterne beveger seg inn på fagområder der de mangler kompetanse. For øvrig er det rimelig å forvente at Norsk gynekologisk forening retter opp feilen i sin neste utgave av heftet.

Oslo *Ulrik Fredrik Malt*
Psykosomatisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Norsk gynekologisk forening. Veileder i gynekologisk onkologi. Oslo: Den norske lægeforening, 2002.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO, 1993.
3. World Health Organization. ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
4. Ehlers A. Post-traumatic stress disorder. I: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N, red. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000: 758–71.

F.E. Skjeldestad & B. Hagen svarer:

Faglig oppdatering er en kontinuerlig prosess. Veilederne utarbeidet av de ulike spesialforeningene er et ledd i denne prosessen. Det å kvalitetssikre veilederne er en omfattende og tidkrevende prosess og i mange tilfeller er kompetanse fra andre spesialiteter en nødvendig forutsetning for å kunne lykkes.

I denne sammenhengen konstaterer vi med tilfredshet at den nylig reviderte *Veileder i gynekologisk onkologi* leses med interesse, også utenfor det gynekologiske fagmiljøet. Det er prisverdig at Ulrik Fredrik Malt gjennom korrespondansespalten i Tidsskriftet nyanserer diagnosesettingen ved sykmelding av pårørende i forbindelse med kreftsykdom. I nettutgaven av veilederen vil korrigeringen bli gjort umiddelbart, mens det nok kan ta noen år før dette lar seg rette opp i den tredje revisjonen av veilederen.

Hvorvidt unøyaktigheten innen diagnosekapitlet *F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning*, fortjener overskriften «Gynekologer misbruker psykiatriske diagnoser», kan diskuteres. I både klinisk arbeid og i anbefalte retningslinjer for god praksis er det forskjell på «misbruk» og «feil bruk» av diagnoser.

Trondheim *Finn Egil Skjeldestad*
Bjørn Hagen
hovedredaktører for
Veileder i gynekologisk onkologi 2002

Ingen effekt av vitamin E ved maculadegenerasjon

I Tidsskriftet nr. 24/2002 (1) omtales en studie fra Australia som viser at fire års behandling med vitamin E høydosedetilsnitt ikke har noen innflytelse på utvikling av aldersrelatert maculadegenerasjon (2). Siden slik maculadegenerasjon er hovedgrunnen til nedsatt eller tapt lesesyne i alderen over 65 år, har enhver mulig behandling – eller ikke behandling – stor sosioøkonomisk betydning. Gunnar Høvdning (1) sier at det fortsatt ikke finnes behandling for den hyppigste formen, «tørr» aldersrelatert maculadegenerasjon, som utgjør ca. 90 % av alle tilfeller av slik degenerasjon. Dette er heldigvis ikke riktig.

I fjor ble hovedrapporten fra den amerikanske AREDS-studien (Age Related Eye Disease Study) publisert (3). Studien demonstrerer klart at det er mulig å redusere risiko for forverring av aldersrelatert maculadegenerasjon med enten sink- og kobber-tilsnitt eller med en kombinasjon av sink, kobber, vitamin C, vitamin E og betakaroten. Studien er gjennomført på en måte som tilfredsstiller de strenge krav til grad 1-«bevis», den høyeste grad av studiekvalitet. Resultatene av denne studien er blitt møtt med begeistring blant netthinnesykdomsorienter-

te øyeleger. Hele studien kan leses på Internett-sidene til Archives of Ophthalmology (4).

Heretter må man nærmest anbefale alle pasienter med mer utpreget tørr aldersrelatert maculadegenerasjon å begynne med denne høydosebehandlingen. Røykere må vurderes individuelt pga. en litt høyere lungekreftisiko ved høydosebehandling med betakaroten.

Påstanden om at vi dessverre har lite å tilby pasientene med «tørr» aldersrelatert maculadegenerasjon er altså ikke riktig. Om andre næringstilsnitt har betydning, er ikke sikkert, men studier med lutein er påbegynt. I mellomtiden anbefales det et intensivt samarbeid med lokale apotek for å skaffe denne kombinasjonen. Et kombinasjonspreparat med alle tilsnitt er for tiden ikke tilgjengelig på det norske marked, men markedsføres i USA av Bausch & Lomb som Preservision.

Fredrikstad

Lars Freisberg

Litteratur

1. Hem E. Ikke effekt av vitamin E ved maculadegenerasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2406.
2. Taylor HR, Tikellis G, Robman LD, McCarty CA, McNeil JJ. Vitamin E supplementation and macular degeneration: randomised controlled trial. BMJ 2002; 325: 11–4.
3. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E and beta-carotene, and zinc for age related macular degeneration and vision loss. AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol 2001; 119: 1417–36.
4. Archives of Ophthalmology. <http://archophth.ama-assn.org> (14.11.2002).

Er Subutex en tryllemedisin?

Buprenorfin (Subutex) er ikke et medikament som gjør heroinavhengige rusfrie, slik det ofte fremstilles i massemediene. Buprenorfin alene gjør ingen rusfri. Det buprenorfin bevirker – i likhet med metadon – er at pasientens trang til heroin kan oppheves. Forutsetningen for dette er at pasienten har god ruskontroll, at hun eller han er innstilt på en passe høy dose, og at denne dosen inntas regelmessig over lang tid. Buprenorfin (og metadon) fjerner ikke ønsket om å oppleve en ruseffekt eller ønsket/behovet av å «leke» med injeksjonsnålen. Det at man ikke lenger har blodårer å stikke seg i, og derfor ønsker å erstatte heroinen med noe som kan inntas via munnen, behøver ikke å bety at man ønsker å slutte å ruse seg.

De fleste opioidavhengige i Norge er blandingsmisbrukere. De tar i tillegg til heroin benzodiazepiner og/eller de røyker cannabis. Noen misbruker også alkohol. Den viktigste faktoren for å komme ut av misbrukslivet, er at man selv ønsker det. Uten et slikt ønske og viljen til å gi seg i kast med den store arbeidsinnsatsen det innebærer,

hjelper verken buprenorfin eller metadon. Men det kan være en god hjelp på veien.

Man kan bli ruset av buprenorfin. Spesielt om man løser opp tablettene i vann og injiserer den, hvilket er meget enkelt. Dersom man blander flunitrazepam i «skuddet» er de fleste garantert en ruseffekt. Tusenvis av personer i Frankrike injiserer daglig buprenorfin, selv om Frankrike ofte trekkes frem som et land med gode regler for buprenorfin. Det nevnes også at nedgangen i overdosedødeligheten i Frankrike beror på buprenorfin, men man glemmer da å nevne at reduksjonen startet før man begynte med buprenorfin. Man glemmer også å fortelle at det å kombinere buprenorfin med benzodiazepiner og/eller alkohol også kan lede til dødsfall.

25 år er ikke en absolutt aldersgrense for å få medikamentassistert rehabilitering, slik det ofte fremstilles i mediene. I inntakskriteriene heter det at klienten skal ha fylt 25 år, men at det kan gjøres unntak ved kronisk og livstruende sykdom og/eller dersom en samlet vurdering tilsier det. Det man i det sistnevnte tilfellet bl.a. vektlegger, er tidligere behandlingserfaring.

Universitetsheten i MARIO – Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, leder for tiden en studie om effekten av korttidsbehandling (opptil ett år) med buprenorfin hos unge opioidavhengige. Det er viktig at nye behandlingsformer blir grundig evaluert før de tas i bruk i større målestokk.

Dersom man skulle velge et preparat til dem som ikke ønsker å bli rusfrie, men som ønsker å ruse seg mindre, i alle fall periodevis, er buprenorfin det medikament jeg skulle velge. Det beror på at det er mindre risiko for overdoser med buprenorfin enn med metadon. I et slikt opplegg, med medikamentstøttet skadereduksjon, må medikamentet gis daglig under tilsyn etter at pasienten er vurdert som relativt oppegående (les: ikke påtakelig ruspåvirket). Alle klarer ikke å gjennomføre et opplegg for medikamentassistert rehabilitering, men vil da få en bedre livskvalitet.

Oslo

Aud L. Krook
avdelingsoverlege dr.med.
MARIO – Senter for
medikamentassistert rehabilitering i Oslo

Helselovgivningen

Molven O

Helse og jus

En innføring for helsepersonell. 4. utg. 340 s. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002. Pris NOK 365 ISBN 82-05-29886-6

Boken gir en fremstilling av helselovgivningen og juridisk tenkemåte. Målgrupper er bl.a. studenter i helsefag og helseadministrasjon, og yrkesaktive helsepersonell.

Helse og jus består av sju hoveddeler. Første del omhandler juridisk tenkemåte, grunnbegreper og metode. Andre del presenterer helseretten som system og relasjonene til politikk og etikk. Pasientens rett til helsehjelp er temaet i tredje del. Fjerde del handler om pasientens rett til informasjon og medvirkning. Kravene til helsepersonellet omhandles i femte del: forsvarlighet, ledelse og ansvar, internkontroll, skader og uhell, dokumentasjon, taushetsplikt og meldeplikter. Sjette del er viet regelverket og tiltakene med kontroll av helsetjenesten og pasientens klagerett. Sjuende del omhandler pasientens rett til erstatning og rett til trygdeytelser ved sykdom.

Forfatteren er jurist med solid forankring i helserett, bl.a. som pasientombud ved Rikshospitalet og som prosjektleder i Statens helsetilsyn. Han tar sikte på å fremstille hva lovbestemmelsene uttrykker i forhold til de mest praktiske problemstillingene som helsepersonellet møter.

Fremstillingen er klar. Boken gir oversikt. Teksten gir mye kunnskap om de mange ulike formelle spørsmål som melder seg for helsepersonell. Noen av temaene kunne vært enda bedre belyst med kasuistikker. Boken har ingen figurer eller tabeller.

Det er i de to siste årene utgitt flere bøker som presenterer større eller mindre deler av det helserettslige område. Noen av dem er allerede anmeldt i tidsskriftet (1, 2, 3).

Sist i boken finnes en oversikt over gjeldende helselover og et utvalg av forskrifter, offentlige dokumenter og litteraturreferanser. Dette kan være til god hjelp. Derimot finnes intet stikkordregister. Den eneste forklaringen på dette må være at forfatter og forlag har andre og viktigere ting å tenke på enn stikkordregister i en lære- og oppslagsbok.

Rolf Hanao
Nevrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

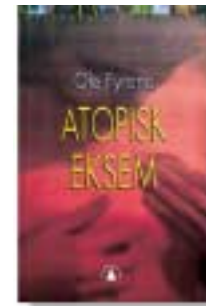
1. Hanao R. Mye kunnskap om pasientrettighetsloven. Anmeldelse av boken: Syse A. Pasientrettighetsloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2488.
2. Hanao R. Helsepersonelloven. Anmeldelse av boken: Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven - med kommentarer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3256.
3. Hanao R. Helsejuridisk oversikt. Anmeldelse av boken: Ohnstad B. Juss for helse- og sosialarbeidere. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 949.

Hva er atopisk eksem?

Fyrand O

Atopisk eksem

104 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002. Pris NOK 149 ISBN 82-05-29915-3



I bogen, der hører til Gyldendals helseguider besvarer Ole Fyrand spørsmålet, der rejses af alle forældre til børn med atopisk dermatitis. «Hva eksemet hos barnet deres skyldes, slik at de kan fjerne årsaken og få barnet friskt så snart som

muligt.» Han legger klart frem, at der ikke findes enkle svar; men at der findes en viden om arv og om faktorer, der kan udløse symptomene, især hovedsymptomet kløen. Hans mål er at give den enkelte «bruger», her forældrene den bedste mulighed «at tilpasse sig rollene» for medansvar.

Min forgænger på Marselisborg hospital i Århus begynte alltid sin første kontakt med forældrene til et atopikerbarn med spørsmålet: «Hvorfor kan De ikke lide Deres barn». Sådan er Fyrand ikke, han lytter. I bogen beskriver han levende, hvordan læger ofte ikke giver sig den nødvendige tid til den viktige første samtale. Selv om målgruppen for bogen er «bruseren», så kunne man ønske sig, at også lægen læste dette afsnit.

Der fortelles om atopisk hudtype, om hovedtyper af såvel børneeksem som voksen atopisk dermatit og om faktorer som er eksemudløsende. Samspillet mellem arv og miljø understreges og betydningen af rådgivning om «fremtidig yrkesvalg» understreges. Bogen indeholder gode råd om profylakse, afsnit om maden, opplysning om behovet for testninger og om prognosen.