

## 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 høydosedilskudd ikke har noen innflytelse på utvikling av aldersrelatert maculadegenerasjon (2). Siden slik maculadegenerasjon er hovedgrunnen til nedsatt eller tapt lesesyn 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-tilskudd 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 næringstilskudd 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 tilskudd 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,