



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Kognitiv terapi ved håndsvette og ansiktsrødming

I Tidsskriftet nr. 4/2003 beskriver Tor Flørenes kirurgisk behandling av håndsvette og ansiktsrødming, torakoskopisk sympatektomi (1), og artikkelen er kommentert på lederplass (2).

Ansiktsrødming og håndsvette er, som Flørenes beskriver, vanlige symptomer ved sosial fobi. Han beskriver videre at sosial fobi kan behandles med kognitiv atferdsterapi, men at resultatene er usikre og dårlig dokumentert. Dette var kanskje en riktig påstand for noen år siden med datidens psykologiske behandlingsmetoder, men det er ikke en korrekt beskrivelse av virkeligheten i dag. I tillegg til antidepressive medikamenter har man nå virksom og veldokumentert psykologisk behandling i form av kognitiv terapi (3).

I kognitiv terapi forstås sosial fobi som en frykt for å fremtre for andre på en uakseptabel måte (4). Personer med sosial fobi opplever at de skjeller, svetter, rødmer, eller viser andre tegn på angst og nervøsitet. Videre tror de at andre merker disse symptomene, og at andre, på grunn av disse symptomene, tenker negativt om dem. Kognitiv terapi går i det vesentlige ut på å få pasienten med på å undersøke om disse antakelsene stemmer. Ved frykt for ansiktsrødming kan man ta opp på videofilm en situasjon hvor pasienten rødmer. Før man ser på opptaket sammen med pasienten, skal pasienten angi graden av rødme vedkommende tror man fremtrer med ved hjelp av et fargekart. Så spilles videofilmen, og man sammenlikner fargen på videofilmen med fargekartet.

Den vanlige erfaring er at pasientene i betydelig grad overvurderer hvor røde de ser ut. De finner ofte ut at den såkalte trygghetsatferden de har for å skjule den antatte rødmingen, for eksempel å dekke ansiktet med hånden, er mye mer påfallende enn eventuell rødming. Ved atferdsekspirer i sosiale situasjoner testes andres reaksjoner. Fokus skiftes fra egne kroppslige fornemmelser til hvordan andre faktisk reagerer.

Det er gjennomført flere randomiserte studier med kognitiv terapi, og resultatene er overbevisende. Opptil 70 % av pasientene blir betydelig bedre eller helt bra ved ett års etterundersøkelse (Stangier og medarbeidere, upubliserte data). I Norge er

forskningsprosjekter om behandling av sosial fobi i gang i Førde, i Trondheim og ved Modum Bad (5). Ved Nasjonalt institutt for kognitiv terapi utdannes hvert år et tresifret antall behandlere i kognitiv terapi, og sosial fobi er blant de diagnosegruppene som vies størst oppmerksomhet. Norske leger bør kjenne til at det finnes veldokumentert og effektiv psykologisk behandling mot ansiktsrødming og håndsvette som alternativ til kirurgiske inngrep.

Egil W. Martinsen
Asle Hoffart
Modum Bad

Litteratur

1. Flørenes T. Torakoskopisk sympatektomi – operasjon for håndsvette og ansiktsrødming. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 463–4.
2. Fosse E. Håndsvette og ansiktsrødming. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 442.
3. Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling (IK 2694). Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
4. Wells A. Cognitive therapy for anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley, 1997.
5. Borge FM. En kognitiv modell for behandling av sosial fobi. Kliniske erfaringer. Tidsskr Nor Psykologforen 2001; 38: 1141–8.

T. Flørenes svarer:

Jeg takker for kommentarene fra Egil W. Martinsen & Asle Hoffart. Det er positivt at det kommer et kvantitativt og kvalitativt bedre psykologisk behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Min erfaring er at pasientene hittil har møtt svært liten innsikt hos terapeutene og har hatt tilsvarende lite nytte av behandlingen.

Det er noe vanskelig å forstå at mennesker med håndsvette hvor det bokstavelig talt drypper svette dråper fra fingrene, skal kunne helbredes med kognitiv terapi. Jeg lurer derfor på om det er de samme pasientene vi behandler. Det er nemlig ikke snakk om personer som tror de skjeller, svetter eller rødmer slik Martinsen & Hoffart beskriver, men sterkt plagede mennesker som demonstrerer sine svetteplager selv i rolig fase. De fleste rødme-pasientene er velreflekterte, utadvendte personer som ofte har slitt med dette i et langt liv. De rødmer ikke fordi de er nervøse, men er nervøse fordi de rødmer. Kan noen imidlertid hjelpes til et bedre liv med kognitiv terapi er det meget velkomment.

Det er imponerende at man kan henvise til randomiserte studier med kognitiv terapi

hvor 70 % blir bedre eller helt bra. Hva har man da randomisert mot? Er dette bare pasienter med erytrofobi og palmar hyperhidrose eller er dette en større uensartet pasientgruppe?

Vi har, som Fosse i sin lederartikkel påpeker nødvendigheten av, fulgt opp våre opererte pasienter med en skriftlig evaluering etter 6–8 uker (1). 89 % (56 av 63) var da fornøyd eller meget fornøyd med operasjonsresultatet.

Det ville være interessant om man kunne inngå et samarbeid om denne pasientgruppen. De trenger nemlig oppmerksomhet og hjelp. Kanskje kunne man lage en prospektiv randomisert undersøkelse hvor effekten av kognitiv terapi og kirurgisk behandling ble sammenliknet.

Tor Flørenes

Oslo Karkirurgiske Senter
Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Fosse E. Håndsvette og ansiktsrødming. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 442.

Fiasko for åpenhet i Legeforeningen

Jeg er, i likhet med Christian F. Borchgrevink (1) og Svein Tore Baksaas (2) forbauset og skuffet over Legeforeningens håndtering av generalsekretærkonflikten. Sentralstyret og president har åpenbart ønsket å legge lokk på all ekstern informasjon – for å skjerme Magne Nylenna? eller seg selv?

I Nina Husoms referatet fra det ekstraordinære landsstyremøtet på Lillestrøm (3) står det at Nylenna selv på forhånd har gitt skriftlig samtykke til at saksdokumentene som omhandler sentralstyrets håndtering av konflikten skal åpnes for landsstyredelegatene. Etter åpenbar intens lobby-virk-somhet («det er tydelig at noen har snakket med ganske mange på forhånd») gir imidlertid den påfølgende avstemningen – hvor utrolig nok også sentralstyret har vært stemmeberettiget! – et knapt flertall for ikke å åpne disse dokumentene. Hele den etterfølgende debatten er dermed i praksis båndlagt i og med selvpålagt full taushet og tåkelegging om sakens konkrete innhold og forløp.

For min del gir denne håndteringen en bekreftelse på at det har vokst frem en ukultur i Legeforeningen som det snarest

må ryddes opp i. At landsstyredelegatene aksepterer en total tildekking fra ledelsens side er uforståelig. Det fører, for å bruke Baksaas' ord, til grobunn for spekulasjoner i mange varianter. Og delegatene: Er de så fullstendig paralisert og smittet av sin egen og andres veltalenhet at de er døve for kravene fra medlemmene om informasjon? Mye tyder på at mange gjengangere i landsstyret har sittet for lenge på delegat-rumpa og bør overlate taburetten til friskere krefter.

Saken er jo svært alvorlig. Generalsekretæren har sluttet frivillig (?) eller fått sparken (?) etter å ha vært utsatt for «i nærheten av trakassering». Prosessen i sentralstyret er eksempel på hvordan gruppedynamikk og vanlige mennesker kan bli grove mobbere (Fosse). Samarbeid, megling og informasjon har vært en fiasko (Jøsendal). Medlemmene vet ingenting annet enn det som står i avisene og antydninger i Tidsskriftet. Ut fra alt som er kommet frem (og først og fremst ikke kommet frem), er det beklemmende og uakseptabelt at vår valgte president er «lettet, kanskje også en smule forbauset» over hvor glatt landsstyremøtet har forløpt.

Man spør seg: Er denne tilsynelatende arrogansen overfor medlemmene et uttrykk for at ledelsen fullstendig mangler Bakkekontakt?

Arne Borthne

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Borchgrevink CF. Sentralstyret, Tidsskriftet og informasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 683.
2. Baksaas ST. Lederkonflikten i Den norske lægeforening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 683.
3. Husom N. Ekstraordinært landsstyremøte med sentralstyret på tiltalebenken. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 692–3.

Brød og sirkus

I Dagbladet 26.2. 2003 var overskrifta i intervjuet med presidenten i Den norske lægeforening slik: «Ugreit å bruke legetittelen slik Fedon Lindberg gjør» (1). Eg trur ikkje det er berre Fedon Lindberg som bruker tittelen ugreitt. Men nokre av dei andre vert ikkje nemnde i TV og tabloidavisene.

Underteikna har store problem med tinnitus, og vart av ein lokal øyre-nase-hals-avdeling tilrådd ein dr.med. ... i Oslo som var ekspert på dette feltet. Eg fekk time 4.12. 2002 og starta reisa austover kl 8 om morgonen for å kome på det medisinske senteret.

Då eg var installert på legekantoret, opplevde eg stort sett ein monolog i ca. 45 minutt og fekk så nokre stensilar, men inga undersøking. I grunnen var det vanskeleg å sjå at det var noka journalskriving også. Eg vart oppmoda til å kjøpe boka hans, for han meinte at eg ikkje ville bli meir symptomleittande om eg las den.

Dernest var det betaling. Konsultasjonen kosta kr 1 800. Pengeskrinet var høgare baklomme der han trekte opp ein bunke med papirpengar for å veksle. Men det vart inga kvittering! I tillegg hadde eg reiseutgifter på kr 700.

På bussturen heim (ca. 30 mil) las eg stensilane. Der fann eg att det meste av monologen og tilrådinga om å kjøpe boka hans.

Ved eit seinare høve snakka eg med ein kar frå Sunnfjord som også hadde fått prøve dette på same vis.

Eg lurar sterkt på kvifor legar kan drive på denne måten. Det må då vere etikkopplæring i dette yrket også. Det er greitt å drive privat praksis, men innafør visse grenser.

Legar i det offentlege som anbefaler pasientar å dra til privatpraktiserande bør i alle fall kvalitetssikre spesialistane dei tilrår.

Kven er verst? Fedon Lindberg eller dei tause som utnyttar pasientane?

Øystein Jarle Wangen

Øvre Årdal

Litteratur

1. www.dagbladet.no/nyheter/2003/02/26/362547.html (12.3.2003).

Uvederheftig kritikk av reklamebrosjyre

John-Arne Skolbekken & Siri Forsmo retter i Tidsskriftet nr. 1/2003 usedvanlig sterk kritikk mot legemiddelfirmaet Lilly for at de benytter «relativ risikoreduksjon» og ikke «absolutt reduksjon» i en reklamebrosjyre for legemidlet raloxifen (1). Som delansvarlig for bruk av «relativ bruddreduksjon» ved publisering av brudddata (2) vil jeg kommentere disse synspunktene.

Man må skille mellom informasjon som sier noe om individuell eller biologisk effekt av et medikament, og informasjon som sier noe om effekt på folkehelse og helseøkonomi. Brosjyren presenterer den informasjon som er av betydning ved rådgivning til den enkelte pasient. I gruppen pasienter med lav beinmengde (BMD Z-skåre < -1,5) er bruddrisikoen > 16 ganger større enn i gruppen med høy beinmengde (BMD Z-skåre > 1,5), eller åtte ganger over gjennomsnittlig bruddrisiko. Sammen med tilsvarende tall fra andre studier (2) viser tallet i Lillys brosjyre at forskjellen i risiko kan forventes halvert ved bruk av et effektivt antiresorptivt medikament.

Det Skolbekken & Forsmo kaller «absolutt» behandlingseffekt, antall forebygde brudd som en prosentandel av antall innbyggere, er relevant kun i et folkehelse- eller helseøkonomisk perspektiv. Dette er et relativt tall, slik at benevnelsen absolutt er misvisende. For sjeldne sykdommer blir dette et promillenivå. Et eksempel er skjelettet hos barn. Om vi kunne helbrede

alle disse («relativ behandlingseffekt» = 100 %), ville den «absolutte behandlingseffekten» aldri kunne overstige noen få promiller. Hvilke konklusjoner vil Skolbekken & Forsmo trekke av det?

Skal man bruke slike relative parametere, må man sikre seg at relasjonene er noenlunde entydige, generaliserbare og relevante. Skolbekken & Forsmos beregnede «absolutte bruddreduksjon» er meningsløs fordi beregningene er basert på ett års bruddforekomst i en inhomogent selektert studiepopulasjon som hovedsakelig er i en alder med lav bruddforekomst. Skal beregningene ha noen mening, må man bruke relevante brudddata, for eksempel antall resten-av-livet-brudd, eller antall brudd de neste 10–15 år. Brukt overfor ukyndige kan Skolbekken & Forsmos tall misbrukes til å hevde at behandling med raloxifen er uten effekt.

Det bør også påpekes at i «Fosamax-saken» var det firmaet MSD som trakk motparten inn for retten for å få stoppet publisering av helseøkonomiske beregninger MSD mente var uetterrettelige. Retten stoppet ikke publiseringen, men gav MSD medhold i kritikken av beregningene. Slik sett er det Skolbekken & Forsmo, snarere enn firmaet Lilly, som har noe å lære.

Arne Høiseith

Sentrum Røntgeninstitutt
Oslo

Litteratur

1. Skolbekken J-A, Forsmo S. Absolutt usant og relativt sant om risikoreduksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 78–9.
2. Delmas P, Recker R, Stakkestad JA, Chestnut III C, Høiseith A, Huss H et al, for the Oral Ibandronate Fracture Study Group. Oral Ibandronate significantly reduces fracture risk in postmenopausal osteoporosis when administered daily or with unique drug-free intervals. Osteoporosis Int 2002; 13 (suppl 1): 15.

J.-A. Skolbekken & S. Forsmo svarer:

Absolutt og relativ risikoreduksjon er godt innarbeidede begreper i epidemiologen. Begrepene er likevel en kilde til misforståelser og forvirring. Arne Høiseiths innlegg er en illustrasjon på dette.

Vårt hovedankepunkt var en sammenblanding av epidemiologiske effektmål i reklamebrosjyren. Den kan derfor bidra til å skape et feilaktig bilde av legemidlets effektivitet. Det er videre ikke til å komme bort fra at det er epidemiologiske forskningsresultater som ligger til grunn for råd som gis til enkeltpasienter i behandling av risikotilstander som osteoporose. I transformasjonen av slike data fra gruppenivå til individnivå ligger det elementer av usikkerhet, fordi effekter på gruppenivå ikke uten videre lar seg reproducere hos enkelt-individer. Dette tilsier aktsomhet ved rådgivning.