

type depresjon hvor henvisninger er overflødige. Tidsskriftets system for fagfelle-vurdering har sviktet når det gjelder denne artikkelen, og jeg finner det meget betenkelig at man på denne måten bygger opp om en påstått tilstand som har en svært usikker vitenskapelig status. Som bosatt i Nord-Norge er jeg også opptatt av at vi leger ikke skal bidra til medikalisering og forverring av folkehelsen ved å skape inntrykk av at det er bevist at mørketiden skaper depresjon.

#### Vidje Hansen

Avdeling for klinisk psykiatri  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Johnsson A, Moan J. Rytmer, depresjoner og lys. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1044–7.
2. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 72–80.
3. Mersch PP, Middelndorp HM, Bouhuys AL et al. Seasonal affective disorder and latitude: a review of the literature. J Affect Disord 1999; 53: 35–48.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organization, 1993.

#### A. Johnsson & J. Moan svarer:

Vi har lest Vidje Hansens innlegg og er enige i at mye rundt begrepet «seasonal affective disorder» (SAD) er usikkert. I psykiatrien vil man kanskje finne verktøy for å stille «skarper» diagnoser. Samtidig brukes begrepet i utstrakt grad i vitenskapelig litteratur. Vi er oppfordret til å bruke norske betegnelser/ord og valgte derfor oversettelsen «mørketidsdepresjon», som sannsynligvis blir forstått av de fleste ikke-spesialister. Et alternativ hadde vært «vinterdepresjon», som er brukt av blant andre Lewy og medarbeidere (1).

Døgnrytmenes betydning for «seasonal affective disorder» er basert på lysets interaksjon med biologiske klokker og dets faseforskyvende virkning. Breddegradsavhengigheten er fortsatt diskutert. Lysets spektrum og intensitet forandres med breddegraden, hvilket jo kan føre til mange årsakssammenhenger (miljø i bred forstand, psykososiale faktorer etc.). Vi er enige i at forskningen ennå ikke har løst spørsmålet om breddegradsavhengighet og «seasonal affective disorder», noe som også gikk frem av en oversiktsartikkel vi tok med. Vi vil imidlertid understreke betydningen breddegradsstudiene har i litteraturen. Lewy og medarbeidere har understreket at melatonin kan brukes som «markør» på døgnrytmen og indikator for faseforskyvinger forårsaket av lyset (1).

I en artikkel av denne type er det umulig å gjøre rede for alle vitenskapelige diskusjoner om kontroversielle definisjoner og mulige årsakssammenhenger. Vi er lei oss og beklager selvfølgelig dersom deler av artikkelen vår har ført til «medikalisering

og forverring av folkehelsen», som Hansen skriver. Det var det motsatte vi ønsket.

Vi gir her noen referanser som kan være aktuelle i diskusjonen (1–5). Alle studier omkring lys, depresjoner og rytmer som nå kommer i litteraturen, peker på hvor viktig området er.

#### Anders Johnsson

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Johan Moan

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

#### Litteratur

1. Lewy AJ, Lefler BJ, Emens JS et al. The circadian basis of winter depression. Proc Natl Acad Sci USA 2006; 103: 7414–9.
2. Avery DH, Eder DN, Bolte MA et al. Dawn simulation and bright light in the treatment of SAD: a controlled study. Biol Psychiatry 2001; 50: 205–16.
3. Lambert G, Reid C, Kaye D et al. Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. Am J Psychiatry 1003; 160: 793–5.
4. Magnusson A, Bøiwid D. Seasonal affective disorder: an overview. Chronobiol Internat 2002; 20: 189–207.
5. Teng C, Akerman D, Cordas T et al. Seasonal affective disorder in a tropical country: a case report. Psychiatry Res 1995; 56: 11–5.

#### Arne Pedersens minneforelesning

Arne Pedersens minneforelesning er blitt en tradisjon ved Legeforenings kurs for kvalitet og sikkerhet. I år ble forelesningen holdt 20. mars av Jens Winther Jensen, formann i Den almindelige danske lægeforening, og Beth Lilja Pedersen, sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Danmark har nå i vel to år hatt en lov om rapportering og forebygging av uheldige hendelser i helsetjenesten, og foredragsholderne gjorde rede for de meget positive danske erfaringene. Her i landet er man nå i ferd med å opprette et nasjonalt senter for pasientsikkerhet, og de danske erfaringene er viktig for norsk helsetjeneste.

Arne Pedersens minneforelesning har en spesiell bakgrunn. Pedersen var født i 1911 og hadde god helse til han fikk hjerteinfarkt i juli 1991. Etter det fikk han angina. 9.11. 1992, da han var på ferie i Vågå, falt han bevisstløs om. Konen fant ham og gav ham et kraftig støt i brystet, noe som fikk ham til å våkne. Han ble sendt til Lillehammer sykehus med brystsmerter, hoste og ekspektorat. Diagnosen ble lungeemboli, og han fikk marevan og heparin. 12.11. ble han overført til et sykehus i Oslo.

Han hadde feber, TT var 14 %, og heparin ble seponert. Feberen holdt seg uten at man klarte å finne noen årsak. Han fikk antibiotika, men det utviklet seg bivirkninger, og det ble seponert. Både han og konen følte at de ikke fikk informasjon og at de ikke ble hørt. Til slutt fikk han permisjon 19.12. og søkte en privat lege, som la ham inn i et annet sykehus. Han hadde rask

flimmer, som rettet seg etter medisinsk behandling. Han fikk lov til å reise hjem på et kort besøk, men måtte tilbake til sykehuset etter en time. Det rettet seg igjen, og han fikk ny permisjon 21.12. Han døde brått hjemme samme ettermiddag.

Konen, Hulda Pedersen, klaget til Fylkeslegen over behandlingen på det første sykehuset. Konklusjonen ble at det ikke var begått medisinske feil, men sykehuset beklaget den menneskelige siden av behandlingen. Denne tragiske opplevelsen har forfulgt konen i alle år siden: «Jeg tenker på det dag og natt.» Ekteparet hadde ingen barn, og Hulda Pedersen har bestemt seg for å bruke det hun eier til det formål. Det ene formålet er å gjøre noe godt for andre mennesker gjennom Kirkens Bymisjon, det andre er å sette av penger til en årlig minneforelesning i Legeforeningens regi. Den skal handle om uheldige hendelser i helsetjenesten, faglige og menneskelige – «for at andre pasienter og pårørende kan bli spart for det minn man og jeg måtte oppleve». Det er Legeforeningen som finner foredragsholderne, og de får et honorar og et grafisk blad laget av Eli Hovdenakk som takk.

#### Peter F. Hjort

Blommenholm

#### Tilsynssaker mot allmennleger – en rettelse

Statens helsetilsyn beklager at det i Molven & Holmboes tilsvarende (1) til et innlegg av Oftebro og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 10/2006 (2) ble gitt en upresis gjengivelse av artikkelen det ble referert til (3). Denne artikkelen tar utgangspunkt i en gjennomgang av tilsynssaker mot allmennleger fra perioden 2000–02. Som Oftebro påpeker (2) var det i 44 % av tilfellene der fylkeslegene mente det var grunn til reaksjon at Statens helsetilsyn hadde sammenfallende vurderinger. Det var delvis sammenfall i 15 % av tilfellene. Dette innebærer manglende sammenfall i anvendelse/tolking av referanselitteratur eller vektlegging av elementer i hendelsesforløpet, uten at dette direkte påvirket vedtaket om reaksjon eller ikke.

I allmennlegesakene er det vesentlige vurderingstemaet om legen i tilstrekkelig grad har forholdt seg til muligheten for at alvorlig tilstand kan foreligge – eller om det i tilstrekkelig grad er truffet tiltak for å unngå uønsket behandlingsresultat (3). For å øke graden av forutsigbarhet i slike vurderinger bør saker innenfor sammenliknbare problemstillinger kunne ses i sammenheng. Vedtak om reaksjon bestemmes av grad av avvikende praksis fra det som angis i retningsgivende og anerkjent litteratur. Slik litteratur beskriver i det vesentlige beste praksis (best practice).