

ningsskjevhet, men dette er status for pasientgruppen vi møter i sykehuspoliklinikkene. Hvorvidt vi anbefaler behandling er basert på dette, ikke på populasjonsbaserte studier av undergrupper. I en norsk populasjonsbasert tverrsnittsundersøkelse kom det frem at 80 % av de med norsk opprinnelse og hepatitt C-virus var smittet gjennom sprøytemisbruk (3). Median alder var 40 år, og 25 % av biopsiene viste brodannende fibrose eller cirrhose.

Dagens standardbehandling av HCV-infeksjon med pegylert interferon og ribavirin er ikke fullt så ineffektiv eller så krevede for pasienten som Aavitsland synes å tro. De fleste i Norge har genotype 2- eller genotype 3-infeksjon. Helbredelse oppnås hos vel 80 % av disse etter 3–6 måneders behandling. Av dem med genotype 1 oppnår 40 % helbredelse, men en betydelig andel av dem som ikke svarer på behandlingen kan identifiseres allerede etter tre måneder, slik at unødig terapi kan unngås. At HCV-behandling ikke har dokumentert langtids effekt, slik Aavitsland hevder, er feil (4).

På ett punkt synes Aavitsland å overvurdere betydningen av HCV-epidemien, idet han hevder at så å si alle opiatavhengige er bærere av viruset etter en viss tid med misbruk. Folkehelseinstituttet årlige undersøkelser viste i 2002 at prevalensen av kronisk hepatitt C var om lag 50 % hos dem med mer enn fem års injeksjons erfaring (5).

Vi anbefaler at alle LAR-pasienter blir undersøkt for HCV-antistoff og HCV-viremi. Alle som blir funnet HCV-RNA-positive, bør tilbys vurdering hos spesialist for utredning og behandling av virale hepatitter.

Olav Dalgard

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Steinar Skrede

Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Dalgard O, Bjørø K, Hellum K et al. Short (14 weeks) treatment with pegylated interferon alpha-2b and ribavirin in patients with hepatitis C genotype 2/3 virus infection. Hepatology 2004; 40: 1260–5.
3. Dalgard O, Jeansson S, Skaug K et al. Hepatitis C in the general adult population of Oslo: prevalence and clinical spectrum. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 864–70.
4. Yoshida H, Arakawa Y, Sata M et al. Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients. Gastroenterology 2002; 123: 483–91.
5. Dalgard O, Egeland A, Ervik R et al. Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere i Oslo. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 101–4.

P. Aavitsland svarer:

I lederartikkelen konkluderte jeg slik: «Stoffmisbrukere har, som andre borgere, krav på den beste behandling vi kan tilby. Men de må få god informasjon om valgene. En asymptomatisk infeksjon med hepatitt C-viruset er for de fleste antakelig et av de minste problemene de sliter med. For dem kan det beste valget være å vente med behandling til de har løst en del andre helseproblemer og livsvansker. I mellomtiden er kanskje behandlingen også blitt mer effektiv, mindre farlig og bedre dokumentert. Og helsetjenesten kan bruke ressursene på andre av misbrukernes helseproblemer» (1).

En stoffmisbruker i rehabilitering kan ha mange livsvansker og helseproblemer å rydde opp i, knyttet til f.eks. jobb, tannhelse, bolig, ernæringsstatus, hudår og psykisk sykdom. Sammen med fastlegen sin kan vedkommende ta for seg disse problemene ett for ett. Da er det ikke sikkert at behandling av en HCV-infeksjon uten leveraffeksjon skal stå øverst på listen.

Dalgard & Skrede har dermed ikke dekning for å hevde at jeg synes at «opiatavhengige stort sett bør ikke bør få behandling for hepatitt C-virusinfeksjon». Jeg mener, som Dalgard mente iallfall i fjor (2), at pasienter med leveraffeksjon kan vurdere behandling. Fastlegen kan altså følge sine pasienter og henvise dem som er motivert for behandling ved vedvarende forhøyede transaminaser (> 35 for kvinner og > 50 for menn) (2).

Nå ser det ut til at Dalgard & Skrede, Krook og Kristensen og medarbeidere vil behandle også dem uten leveraffeksjon. Da må de dokumentere at dette er til fordel for pasientene, gitt infeksjonens stort sett godartede naturlige forløp uten behandling (3). Dalgards ukontrollerte behandlingsstudie fra 2004 og hans tverrsnittstudie fra 2003 sier lite om langtidsprognosen ved hepatitt C-virusinfeksjon. Som sykehusleger møter Dalgard & Skrede de som har leversykdom, ikke de tusenvis av leverfriske hepatitt C-infiserte. Pasientene og fastlegene må ha et mer avansert syn på sykdommens naturlige forløp, og det kan de få fra kohortstudier som følger grupper av pasienter fra smittetidspunktet (3). En retrospektiv kohortstudie (4) som viste bedre overlevelse hos leversyke som hadde fått behandling, sier lite om behandlingsnyten for leverfriske hepatitt C-smittede.

Jeg er enig med Krook i at stigmatisering av hepatitt C-smittede må unngås og at legene må skille mellom vedvarende infeksjon (positiv HCV-RNA) og gjennomgått infeksjon (antistoffer, men vedvarende negativ HCV-RNA).

Preben Aavitsland

Folkehelseinstituttet

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.

2. Vik IS, Skaug K, Dalgard O et al. Hepatitt C – et helseproblem også i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 563–6.
3. Seeff LB. The history of the «natural history» and hepatitis C (1968–2009). Liver Int 2009; 29 (suppl 1): 89–99.
4. Yoshida H, Arakawa Y, Sata M et al. Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients. Gastroenterology 2002; 123: 483–91.

Blir leseren manipulert?

Alv A. Dahl har gjennom sitt arbeid og sine bøker vært anerkjent som psykiater, men han er ikke psykolog. Jeg leser med undring hans anmeldelse av *Manipulasjon. Forståelse og håndtering* i Tidsskriftet nr. 20/2009 (1). Ofte vil mennesker som ser et fenomen kun fra sitt eget ståsted, ikke gjenkjenne at tallet 9 når det betraktes fra et annet utgangspunkt er et 6-tall. Virkeligheten oppdages når man kan se hverandres perspektiv, men noen foretrekker å se verden kun gjennom sine egne briller.

Alv A. Dahls utspill i anmeldelsen røper begrensede og gammeldagse oppfatninger. I dag er forståelsen på dette fagfeltet utvidet. Dahl opphøyer seg selv til dommer over andre som mener noe annet enn ham selv innenfor et psykologfaglig rom ved kort og enkelt å konstatere at et annet perspektiv er «direkte feilaktig». En av analysene handler om grenseoppgang mellom to vesentlig forskjellige fenomener. Det ene innebærer en virkelighetsforstyrrelse og hører inn under Dahls fagfelt psykiatrien. Det andre er bevisst, kynisk utnyttelse av andre hvor man er meget klar over at man presenterer en falsk virkelighet for å oppnå noe. Det sistnevnte er en atferdsbeskrivelse som er psykologiens fagfelt – og bokens hovedtema.

Disse to fenomener er meget ulike og må forstås og håndteres helt ulikt i den kliniske hverdag. Det er behov for en grenseoppgang mellom dem og en revitalisering av begrepsbruken på fagfeltet slik at vi kan utvikle termer som er hensiktsmessige for å forstå virkeligheten. *Manipulasjon* har vært omtalt så mye i mediene, både i fagpressen og dagspressen, at det er for sent å advare (!) mot å kjøpe den, slik Alv A. Dahl gjør. Mange faggrupper, som dommere, psykologer og også leger, som virkelig ønsker å forstå dette fenomenet, har allerede funnet frem til den. Konstruktiv kritikk fra dyktige fagpersoner er informativt både for forfatteren og for leseren som vil nyttiggjøre seg en anmeldelse. Men denne kritikken var verken informativ eller nyttig og er dermed ikke konstruktiv.

Grethe Nordhelle

Oslo

Litteratur

1. Dahl AA. Råd for den som ikke vil bli lurt. Anmeldelse av: Nordhelle G. Manipulasjon. Forståelse og håndtering. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2152.