

Re: Det sitter mellom ørene?

Artikkelen til Solveig Gjems er sikkert godt ment (1), men jeg må allikevel spørre: Hvorfor ikke snu problemstillingen på hodet og vurdere om det kanskje faktisk «sitter i kroppen» allikevel?

Det jeg etterlyser er litt mer ydmykhet overfor alt vi ikke forstår, og som ennå ikke er medisinsk forklart (eller forstått) av de medisinske fagmiljøene. At «barnets psykososiale situasjon bør tematiseres på et tidlig tidspunkt» må ikke bli en sovepute eller overordnet forklaringsmodell. Vi husker alle hvordan en rekke andre mistenkte psykosomatiske tilstander senere har vist seg å ha en biologisk forklaring. Som Bruusgaard og Natvig har sagt i en tidligere kronikk om uklare tilstander: Mer forskning er nødvendig (2).

Jeg tror noe av det vondeste en pasient (og familien) kan oppleve, er å bli forklart som psykosomatisk uten å oppleve det slik selv. Og for enkelte pasientgrupper kan det resultere i aktiviserende tiltak som kan være direkte farlige og sykdomsdrivende (3, 4). Jeg vil igjen sitere Bruusgaard og Natvig som hevder at «Psyko-logisering av tilstandene (uklare tilstander) er vel det som så langt har bidratt minst til økt forståelse» (2).

Hanne Qvist

hanne.qvist@gmail.com

Hanne Qvist (f. 1962) er uføretrygdet lege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjems S. Det sitter mellom ørene? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 695.
2. Bruusgaard D, Natvig B. Uklare tilstander – felles mekanismer? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1481–3.
3. Bjørkum T, Wang CE, Waterloo K. Pasienterfaringer med ulike tiltak ved kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1214–6.
4. Twisk FN, Maes M. A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME) / chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. Neuro Endocrinol Lett 2009; 30: 284–99.

Re: Det sitter mellom ørene?

Så lenge helsevesenet ikke kan gi svar og hjelp, vil de som sliter, fortsette å lete. Det er naturlig. Å kalle det å «shoppe» helsetjenester, er devaluerende. Mange har fått hjelp hos private klinikker som har funnet matintoleranser, vitaminmangel etc.

Forfatteren skriver: «Onde sirkler vil da kunne etableres og opprettholdes, og familiens bekymring og engstelse for hva barnet feiler kan over tid forsterke de fysiske plagene.» (1). Jeg tolker det slik at man i artikkelen skylder på at foreldrene opprettholder symptomer hos barn. En slik påstand må skyldes grundig og langvarig forskning. På verdensbasis er det veldig få tilfeller av Münchausens syndrom by proxy, en tilstand der foreldre simulerer sykdomssymptomer hos barnet uten at barnet feiler noe, mens i Norge må tallet være forbausende høyt. Hvordan «opprettholdes» symptomer? Klarer man det ved f.eks. omgangssyke?

Inger Kongskog

nyttiglise@hotmail.com

Inger Kongskog (f. 1964) er autorisert sykepleier.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjems S. Det sitter mellom ørene? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 695.

Re: En mann i 30-årene med utflod og dysuri

Myren & Melby skriver i sitt innlegg at de ikke kjenner til norske undersøkelser som tar for seg mangelfull opplæring i seksualitet (1). Jeg vil gjerne få korrigere dette med informasjon fra en fjern nåtid.

Kollega Kjell O. Svendsen og undertegnede publiserte i 1984 en artikkel om nettopp dette basert på vår hovedoppgave ved Universitetet i Tromsø (2).

Vi hadde erfart utilfredsstillende undervisning om seksualitet, men vi fikk oppleve fire timer med professor Berthold Grünfeld, som sjokkerte oss med sin fantastiske, direkte og provoserende seksualundervisning. Han var også vår hovedveileder på oppgaven, som baserte seg på et spørreskjema sendt til sisteårs medisinstudenter ved ulike norske studiesteder.

Resultatene fra undersøkelsen var avgjørende for at det ble implementert utvidet seksualundervisning i medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø. Hovedvekten i læreplanen ble lagt på kunnskap om seksualitet per se, inkludert ulike seksuelle preferanser. Etter kamp ble timer i de ulike organkursene viet til undervisning i seksualitet. I studieplanen ble det også nedfelt at seksualitet skulle omtales spesifikt der sykdommer og behandling tilsa dette. En hel dag ble satt av til undervisning om tilnærming til pasienter med seksuelle problemer.

Den spesifikke undervisningen ble gitt av og holdt i live av ildsjeler. Temaet seksualitet kan forsvinne med et pennestrøk hvis ildsjelene ikke passer på. Selv flyttet jeg fra Tromsø i 1997 og har ikke detaljert informasjon om hva som undervises der i dag, men søkelyset er nok blitt svekket.

Noen ferdigheter bør alle som vil ha pasientkontakt tilegne seg, selv om det betyr at man må gå i seg selv, og kanskje også oppleve ubehag. Etter 30 år som lege er min erfaring at mine pasienter har satt stor pris på at deres seksuelliv ble tatt opp der dette falt naturlig.

Som ung assistentlege fikk jeg øynene opp for at verken kjønn, alder eller situasjon må hindre oss i å tenke at seksualitet er av stor betydning. Jeg vil avslutningsvis fortelle følgende tankevekkende historie: En kvinne i 90-årene var henvist med uterusprolaps. I mine unge øyne så hun ganske skrøpelig ut. Jeg fortalte henne at vi ville gjøre en kolpocleisis. Hun spurte hva denne operasjonen gikk ut på, og jeg svarte at vi i ryggbedøvelse ville lukke skjeden slik at livmoren ble holdt på plass. Dette ville være et relativt enkelt inngrep med liten belastning for henne som var oppe i årene, sa jeg i min uvitenhet. Hun svarte: «Det kan dere da ikke gjøre – jeg er jo gift!»

Anne Tollan

annetollan@gmail.com

Anne Tollan (f. 1954) er gynekolog.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Myren S, Melby K. Seksualanamnesen på medisinstudiet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 498.
2. Svendsen KO, Tollan A. Seksualkunnskapsundervisningens plass i det medisinske grunnstudium. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1440–2.

Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger?

J. Hagen og medarbeidere har skrevet et debattinnlegg om selvmordsrisikovurdering i Tidsskriftet nr. 4/2014 (1). Dette er utfyllende kommentert av Mehlum og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 6/2014, men jeg føler behov for å komme med en kommentar fra tilsynsmyndighetens side.

Veilederen kom som kjent i 2008 (2). Det er en fundamental misforståelse å påstå at denne ikke er bindende. Dersom dette

>>>

fravikes, vil det være et brudd på helsepersonells krav til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, noe som vil bli betraktet som et avvik av tilsynsmyndigheten, dersom det ikke er begrunnet i forskning. Dette vil bli meget vanskelig ettersom veilederen inneholder referanser til 18 vitenskapelige arbeidere.

En selvmordsrisikovurdering er dessuten en risikovurdering i henhold til interkontrollforskriftens § 4-b, og dersom den mangler, vil det også bli betraktet som et avvik mot bestemmelsene ovenfor.

Ness og medarbeidere mottok i 2014 akuttpsykiatriprisen. De la følgende føringer: spesialistvurdering innen et døgn, iverksetting av beskyttelsestiltak (observasjon, sikring av rom og omgivelser), vurdering av risikoen for selvmord (både ved innskriving, utskrivning/overflytting og før permisjoner), involvering av pårørende, planlegging av permisjon og tiltak ved utskrivning (blant annet kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere, og timeavtale for oppfølging).

Avdelingsoverlege Dahl ved Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Levanger sa for mange år siden (personlig meddelelse): «Den beste selvmordsforebygging er god behandling av grunnlidelsen.» Dette forutsetter selvfølgelig at korrekt diagnose blir stilt så raskt som mulig, jf. ovenstående. Etter mitt syn står dette utsagnet seg også i dag.

Tor-Finn Granlund

fmnttgr@fylkesmannen.no

Tor-Finn Granlund (f. 1949) er assisterende fylkeslege, Fylkeslegen i Nord-Trøndelag.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.
2. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern.pdf> [22.3.2013].

Hagen og medarbeidere svarer:

Granlund hevder at det er en fundamental misforståelse å påstå at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ikke er bindende. Det står imidlertid at «Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger som må gjøres for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten og er et viktig virkemiddel i direktoratets arbeid med kvalitetsforbedring i helse-tjenesten. Faglige retningslinjer er ikke direkte bindende, men bør likevel være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge retningslinjer vil fagpersonell medvirke til at kravet om forsvarlighet i lovverket oppfylles» (1, s. 10). Retningslinjene fremstår dermed ikke som klart bindende, men kan forstås som pålagte ettersom det henvises til kravet om forsvarlighet i lovverket.

Granlund bemerker videre at dersom helsepersonell fraviker anbefalingene, blir det ansett som et avvik dersom det ikke er begrunnet i forskning, og at det i så fall vil bli vanskelig ettersom retningslinjene viser til 18 vitenskapelige arbeidere. Denne bemerkingen bidrar til å bekrefte oppfatningen om retningslinjene som et autoritativt dokument som «skremmer fagpersoner til disiplin» (2). Retningslinjene bygger dessuten på en kunnskapsoppsummering (3,4) som konkluderer med at den vitenskapelige dokumentasjonen på effekten av ulike intervensjoner er svak. Denne begrensningen rapporteres i retningslinjene og det fremgår for eksempel at 31 av 34 anbefalinger er basert på «manglende dokumentasjon» (1, s.12). Det betyr ikke at ulike selvmordsforebyggende tiltak ikke har effekt, eller at retningslinjenes anbefalinger ikke er gode.

Vi er imidlertid skeptiske til det fokuset retningslinjene har på risikofaktorbaserte selvmordsrisikovurderinger (5). Vi ønsker en psykisk helsetjeneste som yter individuell og god helsehjelp, inkludert effektiv behandling av psykiske lidelser, men er bekymret for

at den praksis retningslinjene legger opp til i større grad tjener tilsynsmyndighetenes formål framfor å bidra til tryggere og mer kompetente fagfolk og et bedre behandlingstilbud til selvmordstruede pasienter. Straume ser ut til å dele vår bekymring når han stiller spørsmålet: «Hva gjør alvorlige formaninger om fagansvar med behandlerens evne til å se pasienten og møte ham eller henne på en fleksibel måte?» (2).

Julia Hagen

julia.hagen@hist.no

Heidi Hjelmeland

Birthe Loa Knizek

Julia Hagen (f. 1975) er stipendiat ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og ph.d.-kandidat i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Heidi Hjelmeland (f. 1960) er professor i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, og rådgiver ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Birthe Loa Knizek (f. 1957) er professor ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag, og klinisk psykolog.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern.pdf> [22.4.2014].
2. Straume S. Selvmordsforebyggings pris. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2014; 51: 246–7.
3. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapscenteret, nr.24–06. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, 2006.
4. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø et al. Forebygging av selvmord, del 2. Rapport fra Kunnskapscenteret, nr.4–07. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, 2007.
5. Hagen J, Hjelmeland H, Knizek BL. Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 394.

F. Becker svarer:

Her svarer forfatterne/forfatteren på et innlegg som er publisert på nett og i Tidsskriftet nr. 9/2014.

Det er riktig at det er flere pasientgrupper som rammes av afasi enn slagpasienter, og at det er flere pasienter enn dem med afasi som har behov for logoped. For dette innlegget valgte jeg slagpasienter med afasi fordi denne gruppen godt illustrerer problemene med det todelt ansvar og fordi det eksisterer retningslinjer med klare anbefalinger på dette feltet.

Jeg har også ellers mottatt en rekke tilbakemeldinger, hvorav de fleste støtter mitt forslag om at alt ansvar for språk- og kommunikasjonsvansker hos voksne med ervervet hjerneskade bør overføres til helsesektoren. Det vil bli interessant å se om myndighetene etter hvert klarer å ta situasjonen innover seg. Fra min side skal det ikke mangle på gjentatte påminnelser også fremover. Om overordnede myndigheter innenfor utdannings- og helsesektoren i det minste hadde klart å drøfte problemene med hverandre, hadde man kommet et stykke på vei.

Frank Becker

frank.becker@sunnaas.no

Frank Becker (f. 1969) er medisinsk fagsjef ved Sunnaas sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter