

både fordi myalgi ikke er et kjernesymptom, og fordi det ikke er holdepunkter for at tilstanden skyldes inflammasjon i hjernen. Det nye navnet SEID skal reflektere det sentrale i tilstanden: at enhver anstengelse, både fysisk, kognitiv og emosjonell, kan påvirke pasientene på en negativ måte, både i mange organsystemer og i mange aspekter av deres liv.

Hovedbudskapet i IOM-rapporten var at CFS/ME er en alvorlig og kompleks tilstand. Ambisjonen var at nye diagnostiske kriterier og et nytt navn kan bidra til økt forståelse for pasientgruppen. I vår artikkel konkluderte vi med at videre arbeid med nye diagnosekriterier bør ha lav prioritet. Gitt den innflytelse som IOM har, og de mulighetene som kan ligge i et nytt navn og omdefinering av begreper, håper vi at dette følges opp med empirisk testing slik rapporten la opp til.

Vi kjenner fortsatt ikke årsakene til CFS/ME eller SEID, og er enige med Egeland og medarbeidere i at det er behov for mer forskning. Pasientene lider, og bør bli møtt med respekt og forskningsbasert diagnostikk og behandling. Videre forskning i samarbeid mellom forskere og pasienter må være veien å gå for å skaffe mer kunnskap (3).

Kjetil G. Brurberg

kgb@nokc.no

Marita S. Fønhus

Lillebeth Larun

Signe Flottorp

Kirsti Malterud

Kjetil G. Brurberg (f. 1977) er førsteamanuensis og seniorforsker ved Høgskolen i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marita S. Fønhus (f. 1977) er seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lillebeth Larun er ansatt ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Signe Flottorp (f. 1954) er professor og ansatt ved Avdeling for kunnskapsoppsummering, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kirsti Malterud (f. 1949) er professor og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Egeland T, Angelsen A, Haug R et al. Hva er egentlig myalgisk encefalopati? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1756–9.
2. Brurberg KG, Fønhus MS, Larun L et al. Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. BMJ Open 2014; 4: e003973.
3. What's in a name? Systemic exertion intolerance disease. Lancet 2015; 385: 663.

Re: Flere og gale diagnoser med kriteriebasert diagnostikk

Psykater Pål Gjerden hadde i Tidsskriftet nr. 16/2015 en artikkel hvor han problematiserer bruken av skjemaer i psykiatrien (1). Han har mange gode poeng, men i tilsvaret til Lien og Johannessens kommentar på hans artikkel (Tidsskriftet 19/2015) går han seg vill i sine refleksjoner. Gjerden påstår følgende: «en skal være nokså faglig trygg på seg selv for å avvise en skjemaebasert diagnose, eller holde på en diagnose selv om skjemaet ikke bekrefter det». Dette er en påstand som ikke kan stå uimotsagt; jeg er av den oppfatning at virkeligheten er helt motsatt. Det er slik at den erfarne kliniker vil gjenkjenne tilstander og stille korrekte diagnoser også uten bruk av skjemaer. Dersom man allikevel gjør bruk av dem, så er poenget at

skjemaene vil bekrefte det man har konkludert med. Og omvendt – den uerfarne vil kunne komme helt feil ut dersom man kun baserer seg på strukturerte intervjuer. Det å stille gode diagnoser i psykiatrien krever bred erfaring og evne til å tenke systematisk. Det som ser ut som schizofreni kan vise seg å være en depresjon med psykose. Manien kan være en akutt infeksjon i hjernen. Diagnosesystemene definerer begrepene vi opererer med og sørger for at vi snakker samme språk; prinsippet må være at en pasient vil få samme diagnose og samme behandling uansett hvilken behandler man oppsøker.

Jeg vil gjerne utfordre Gjerden til å komme med et klinisk eksempel på en diagnose han har stilt på en pasient som ikke fyller de skjemaebaserte kriteriene for den aktuelle lidelsen. Det jeg egentlig lurer på er hvor Gjerden henter definisjonen av diagnosen fra dersom han ikke baserer seg på systematiserte definisjoner. Har han innført sitt eget diagnostiske system?

Tor Ketil Larsen

tkmaclarsen@me.com

Tor Ketil Larsen (f. 1960) er professor i psykiatri ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjerden P. Flere og gale diagnoser med kriteriebasert diagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1437.

P. Gjerden svarer:

Tor Ketil Larsen gir meg anledning til å utdype noen problemstillinger.

Korrekte psykiatriske diagnoser finnes ikke, hvis man med korrekt mener sann eller virkelig. Psykiatriske diagnoser er forsøk på å organisere psykisk lidelse, det er ikke en avdekking av skjulte fysiske feilfunksjoner eller ubalanser i hjernen. De ulike diagnostiske kategorier og kriterier er resultat av håndsopprekking blant en gruppe selvopnevnte eksperter.

Det finnes likevel psykiske tilstander som de fleste klinikere vil mene er viktig – og mulig – å gjenkjenne, for eksempel psykoser. De alvorligste formene for psykoser kaller vi fortsatt schizofreni. I mitt opprinnelige innlegg forsøkte jeg å vise at til og med de mest sentrale begrepene i psykiatrisk diagnostikk er meget uklart definert. Diagnosesystemene er primært konstruert for å være reliable, slik at de sikrer at samme pasient får samme diagnose av ulike behandlere, som Larsen skriver. Reliabilitet måles vanligvis i enheten kappa, der kappa lik 1 er fullt samsvar og kappa lik 0 er ren tilfeldighet. I ICD-10 ligger kappa for schizofreni i området 0,6–0,7 (1, 2). De samme diagnosekriteriene blir altså vurdert ulikt fra behandler til behandler.

Validiteten av psykiatriske diagnoser er umulig å vurdere. Med vårt nåværende kunnskapsnivå er diagnosene en tautologi; de pasientene som fyller kravene vi har satt til diagnosen, får diagnosen – eller omvendt.

Mitt personlige utgangspunkt for å skrive det opprinnelige innlegget var at jeg over tid har møtt pasienter som hadde fått en schizofrenidiagnose tidlig i livet, men der lengre tids observasjon og litt mer kritisk vurdering gjorde denne diagnosen usannsynlig, også på det tidspunkt diagnosen ble stilt. I Norge blir pasienter som får en schizofrenidiagnose rådet til å ta hensyn til diagnosen, være forsiktig med det meste og innrette seg på at det kan komme tilbakefall; kort sagt til å leve livet med bremsene på. I tillegg risikerer de å stå på hemmende medisiner i årevis. Dette er alvorlige begrensninger for en ung person med livet foran seg. Det kan dessuten bli en selvoppyllende profeti.

Larsen har stor erfaring med å diagnostisere unge pasienter med mulig begynnende psykotiske lidelser. Dette er pasienter med enda mer uklare, vage og flertydige symptomer. At han formidler så stor tiltro til enkle rubrikker i et diagnoseskjema uten tilsynelatende

>>>

å være opptatt av – eller bekymret for konsekvensene av – falskt positive diagnoser, syns jeg er urovekkende.

Pål Gjerden
pal.gjerden@sthf.no

Pål Gjerden (f. 1956) er overlege ved Sykehuset Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Albus M, Strauss A, Stieglitz RD. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (section F2): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990; 23 (Suppl 4): 155–9.
2. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Versiani M. The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. *Psychopathology* 2009; 42: 293–8.

Re: Valg av spesialitet – et valg for livet

Skal vi ha håp om å lokke leger til spesialiteter utenfor sykehus, gir O. Aaslands betraktninger rundt valg av spesialitet viktige innsikter (1). For det er vanskelig for kommuner å gjøre seg lekker for studentene på avstand. Å innlede et langvarig avstandsforhold er nærmest umulig når det på sykehusene kryr av kjekkaser i et miljø studentene gjerne vanker og kjenner seg hjemme i. TV-serien *Med hjertet på rette staden* nærer ikke opp om like mange fantasier som *Grey's Anatomy* eller *House*, for å si det sånn. Men ingen av disse TV-seriene er virkelighet.

Altså må studentene tidlig få muligheter til å oppleve sann og attraktiv legepraksis også utenfor universitetsbyene. Det handler ikke om arrangerte ekteskap, men mer om å sende de unge på lengre dannelsesreiser. Ut av storbyene, gjerne langt ut. Prestisjeutdanning ved Harvard og Yale i USA, McMaster i Canada, i Sør-Afrika og Australia har vist oss veien. Suksess med å legge mer praksisnær utdanning ut til generalister på småsykehus og i kommunehelsetjenesten er dokumentert (2). Lengre deler av legedanningen tettere på både veiledere og pasienter, gir pasientsentrerte studenter som kan sin medisinske teori i tillegg til å jobbe med folk.

Legers spesialistutdanning opplever dessuten nå sin andre vårettersom myndighetene jobber frem en ny modell. Turnustjenesten kalles i dokumentene nå for «Del 1» i spesialiseringsløpet. Innholdet i denne første delen er som før: Ett år på sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Imidlertid kan studentene i ny ordening komme til å måtte velge sin spesialitet rett etter endt grunnstudium i stedet for etter endt turnustjeneste (del 1). Det kan synes effektivt å starte et spesialitetsløp rett etter grunnstudiet, men for alle andre steder enn universitetsbyene er det viktig at turnuslegene kommer med et åpent sinn og er mulige å rekruttere. Turnusleger har alltid vært viktige for rekruttering til småsykehus og kommuner, og fremdeles bør turnuslegen få anledning til å bli værende, også hvis det betyr bytte av spesialitet. Del 1 i ny spesialistutdanning må derfor ikke være knyttet strengt til en allerede valgt spesialitet, men virkelig være lik for alle, slik at man i realiteten ikke trenger å velge spesialitet for man har fått prøve seg som lege med ansvar i turnus/del 1. Dessuten må både del 1 og de senere delene i spesialiseringsløpene bygge opp om faglig kompetansebygging også utenfor universitetsbyene. Kurs og veiledning bør bevisst gjøres desentralisert for å bygge attraktive fagmiljøer her. Blir spesialistutdanningen derimot mer sentralisert, kan vi fort se skilsmisser til fordel for faglige muligheter i storbyen.

Spesialistene i allmenn- og samfunnsmedisin jobber nær der vi alle lever våre liv, der helse skapes, og det meste av sykdom håndteres i dagliglivet til folk. Heltene på småsykehus står ikke tilbake for de på de store stedene. Tvert imot. I mer desentraliserte studieløp vil studentene være i trygge hender og få frihet til å ta bedre informerte spesialitetsvalg.

Helen Brandstorp
helen.brandstorp@uit.no

Helen Brandstorp (f. 1970) er leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Aasland OG. Valg av spesialitet – et valg for livet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1674.
2. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D et al; Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med* 2009; 84: 902–7.

Re: Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten

Studien til Irgens og medarbeidere viser god samhandling i praksis, og vi er enige med forfatterne at erfaringene kan overføres til andre områder. Forsningslitteraturen beskriver telemedisin mellom helsepersonell og pasient innen en rekke fagområder (1). Vi mener at tiden nå er inne for å etablere hjemmebaserte telemedisintjenester, både med fastleger og spesialister. Men klinikere som ønsker å satse på dette, står overfor to store utfordringer:

1. Mangelfull finansiering og 2. Pasientjournalssystemer som ikke er tilrettelagt for telemedisin.

Fastlegen kan bruke takst 2ae «E-konsultasjon hos fastlege». Dessverre honoreres kun «tekstlig kommunikasjon (ikke bilde, lyd, video)» (2). Multimedia er selve essensen i telemedisin og en slik begrensning innskrenker tjenestens nytteverdi betraktelig. Spørsmålet har også vært oppe i Stortinget (3).

Sykehuslegen må forholde seg til ISF-regelverket, som sier at en telemedisinsk konsultasjon foreligger «når det er benyttet videokonferansestyr» (4). I tillegg kreves at konsultasjonen må foregå i sanntid. Vi er forundret over at regelverket ikke nevner asynkrone løsninger. I utlandet benyttes fortrinnsvis asynkrone systemer til vurdering av hudsykdommer (5). Slike løsninger innebærer elektronisk tekstbasert kommunikasjon med tillegg av digitale fotografier (eller andre vedlegg som EKG, røntgen, videofiler etc.). Fordelen er at sender og mottager av meldingen ikke trenger å være online samtidig. I tillegg kan teksten i slike meldinger lett gjenbrukes som dokumentasjon i journalen. Videokonferanser derimot krever betydelig mer planlegging på forhånd siden de som kommuniserer med hverandre må gjøre det samtidig. Etterpå må alt dokumenteres skriftlig i journalen. Videokonferanse kan være fordelaktig i situasjoner der komplekse problemer må løses raskt, og der flere parter er involvert samtidig. Det er ikke vanskelig å finne tilsvarende eksempler fra vårt dagligliv der man ofte klarer seg med å sende en sms eller epost, men likevel av og til foretrekker å ringe og snakke sammen når det er mer omfattende ting å diskutere.

Journalssystemene som helsepersonell i dag disponerer, har få muligheter til telemedisin. Vi etterlyser spesielt muligheten til å legge ved fotografier og andre typer vedlegg til elektroniske henvisninger og epikriser. Når det gjelder pasienter med mulig hudkreft, har forskning vist at ved å sende bilder med henvisningen, kan tallet på pasienter som må reise til hudspesialist reduseres med opptil 70 % (6). Bildene gjør det mulig å veilede fastlegen. Behovet for digitale vedlegg er ikke noe som bare gjelder hudleger. Bilder kan være til hjelp når leger skal vurdere sår som ikke gror og ulike typer skader. Videosnutter kan brukes til å vise epileptiske anfall. EKG-utskrifter kan hjelpe i vurderingen av hjerteproblemer. Mulighetene er mange, men dagens elektroniske pasientjournalssystemer er dårlig rustet.

Telemedisin er mer enn bare videokonferanser. Myndighetene må investere i og refundere bruken av flere typer telemedisinsys-