

- Gi respons på artikler gjennom artiklernes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Det har gått en debatt i Tidsskriftet om hvem som skal utrede pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. Debatten ble utløst av J.F. Owe og medforfatteres originalartikkel Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati som sto på trykk i nr. 3/2016, der de rapporterte sine funn etter undersøkelse av 365 pasienter henvist til Haukeland universitetssykehus.

## Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Takk til Tysnes og medarbeidere for tilsvar til oss i Tidsskriftet nr. 10/2016 (1). Psykososial og psykiatrisk utredning er nødvendig innen differensialdiagnostikk av subjektive lidelser, inkludert mistenkt kronisk utmattelsessyndrom, for å styrke samsvaret mellom årsaksfaktorer og målrettet behandling (2). Helsedirektoratets retningslinjer for utredning av kronisk utmattelse punkt 5.2, oppfordrer fastlege til å henvise til relevant spesialist, og å jobbe tverrfaglig (3). Vi er enige med artikkelforfatterne at slik systemet fungerer i dag, kan henvisning til en ikke-eksisterende tverrfaglig utredning forsinke og kronifisere sykdomsforløpet ved kronisk utmattelse.

Det er også uttrykk for systemsvikt når artikkelforfatterne forventer at fastlegen skal kunne levere en fullstendig psykososial og psykiatrisk utredning alene, og sammen med pasienten vurdere årsaksforklaringer til pasientens symptombilde. Fastlegen har ikke kompetanse, tid, takster eller definisjonsmakt til dette. Systemsvikt er etter vårt syn en medvirkende risikofaktor for videre utvikling av kronisk utmattelse. Opplevelser av skuffelse og avvising kan i mange tilfeller lede til lært hjelpeløshet, en tilstand kjennetegnet ved manglende tro på muligheten til å påvirke sin egen situasjon (4). Konsekvensene av at fastlegen innenfor dette sviktende systemet bruker sitt kliniske skjønn til ikke å henvise en pasient med utmattelse til nevrologisk avdeling, kan være at pasienten føler seg avvist og mistrodd, slik at lege-pasient-forholdet undergraves, og risikoen for kronifisering øker. Ved bruk av spørreskjema, vil f.eks. en MADRS-skår > 20 være problematisk som kriterium for om fastlegen skal kunne innvilge eller avvise pasientens forventning om henvisning til sykehus. Dette er fordi pasientens opplevelse av avvising kan forsterkes for det første hvis fastlegen avviser å henvise til nevrologisk avdeling, for det andre hvis nevrologisk avdeling avviser henvisning, og endelig hvis fastlegen i stedet henviser til psykiatrisk avdeling. Det vil derfor være faglig og etisk uforsvarlig innenfor disse rammebetingelsene at fastlegen skal få og påta seg oppdraget å utføre en full psykiatrisk og psykososial utredning, enten metoden er basert på klinisk skjønn og totalvurdering, og/eller testresultater.

Uklare retningslinjer og ansvarsområder skaper systemsvikt. Et tverrfaglig team vil kunne utbedre systemsvikten, gjøre utredningstiden kortere, redusere pasientens følelse av avvising, og slik redusere risiko for lært hjelpeløshet. Dette vil kunne innfri kravet til tverrfaglighet i veilederen, og løse det praktiske problemet med at nevrologene – før fastlegen henviser – ønsker utført en psykiatrisk og psykososial utredning av pasienter med utmattelse, på tross av at mange pasienter selv ikke ønsker dette.

Aksel Tveråmo  
post@doktoraksel.no  
Ine Baug Johnsen

Aksel Tveråmo (f. 1963) er fastlege og AFU-stipendiat (allmenmedisinsk forskningsutvalg).

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ine Baug Johnsen (f. 1966) er psykolog ved Nevropsykologisk Helsetjeneste Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Tysnes OB, Næss H, Owe J. Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 892.
2. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Til fastleger, helse- og omsorgstjenestene i kommunene og til spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-1944. 2015; 02/2014, oppdatert 2015 på bakgrunn av innspillrunde 2014. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-pleie-og-omsorg> [30.6.2016].
4. Seligman ME. Learned helplessness as a model of depression. Comment and integration. J Abnorm Psychol 1978; 87: 165–79.

## Re: Hjerterinfarkt før og nå – et 50 års perspektiv

Det var en lærerik artikkel Knut Gjesdal skrev om hjerterinfarkt før og nå (1). Men jeg er uenig på visse punkter.

At reduksjonen i dødelighet av hjerterinfarkt skyldes statinbehandlingen er usannsynlig, fordi det ikke kan påvises et ytterligere fall i reduksjonstakten etter 1994, da statinbehandlingen ble introdusert i Norge. Fallet ble faktisk mindre (2). Tilsvarende påvises i en dansk meta-analyse, der forfatterne har beregnet at statinbehandling kun forlenger livet med få dager (3).

Gjesdal skriver at man i statinstudien 4S oppnådde en reduksjon i den relative dødeligheten på 30%. Den absolutte reduksjonen var imidlertid bare på 3,3% (4). Også andre kjente eksperimenter viser ubetydelig reduksjon i den absolutte dødeligheten (5–9).

Gjesdal henviser til Paul Lerens koststudie. Han mener at denne beviste at dødeligheten kan reduseres med en strengt fettfattig diett. Hva Lerens gjorde, var imidlertid å erstatte mettet fett med flerumettet. Men hans studie er den eneste koststudie hvor dødeligheten minsket, og resultatet var ikke en gang statistisk signifikant. Flere senere meta-analyser har vist at man ikke påvirker risikoen for hjerterinfarkt om man senker kolesterolnivået ved å spise flerumettet fett i stedet for mettet (10–12).

Årsaken til de mange mislykkede studiene er at kolesterolhypotesen ikke holder. Tallrike studier har vist at mennesker med lavt kolesterolnivå blir like åreforkalket som mennesker med et høyt nivå (13). Ingen studie har vist noen sammenheng mellom graden av kolesterolsenkning og utfallet. Det mest avslørende er en studie som nylig er publisert i BMJ Open (14). I den har 17 internasjonale forskere funnet 19 studier der man i noen år har fulgt nesten 70 000 mennesker som var > 59 år, og konstatert at de som hadde de høyeste LDL-verdier levde lengst. Ikke én studie har vist det motsatte.

Paal Røiri  
paal@roiri.no

Paal Røiri (f. 1932) er siviløkonom.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>