

Litteratur

- Hexeberg SC. Sakkyndighet i Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 618.
- Schrader H, Stovner LJ, Ferrari R. Kronisk nakkestengsyndrom – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1296–9.
- Schrader H, Stovner LJ, Obelieniene D et al. Examination of the diagnostic validity of 'headache attributed to whiplash injury': a controlled, prospective study. Eur J Neurol 2006; 13: 1226–32.
- Stovner LJ. The nosologic status of the whiplash syndrome: a critical review based on a methodological approach. Spine 1996; 21: 2735–46.
- Schrader H, Stovner LJ, Eisenmenger W. Fragliche nosologische Validität des chronischen Halswirbelschleudertraumasyndroms. Orthopade 2012; 41: 147–52.

Fortvilelse i morsrollen

Jeg vil takke Harald Brauer & Egil W. Martinsen for en lærerik artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2012 om puerperalpsykose (1). Jeg savner strukturerte opplegg for spedbarnet og ektefellen (nattpasient) i sykehuset. Når barnet blir borte i dagevis, vil noen mødre tro de har drept det. Det blir et ekstra lidelsestrykk, noe som kanskje kan være en bidragende årsak til redusert virkning av nevroleptika (slik som i dette tilfellet)?

Vi som har fulgt opp slike pasienter i flere måneder etter utskrivning, kjenner deres fortvilelse og frustrasjon i den nye morsrollen. Vi har også sett at de ikke har fått den hjelp de hadde behov for. Deres eget morsforhold er kanskje også problematisk? Etter hvert kommer aggresjonen på plass og blir ikke rettet mot dem selv eller spedbarnet.

Carl S. Albretsen

rolf.albretsen@googlemail.com
Asker

Carl S. Albretsen (f. 1926) er pensjonert psykiater.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Brauer H, Martinsen EW. En forvirret nybakt mor. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 167–9.

E.W. Martinsen & H. Brauer svarer:

Vi takker Carl S. Albretsen for viktig innspill til vår artikkel om behandling av en kvinne med postpartumpsykose (1). Det er dramatisk når moren til et spedbarn blir alvorlig syk. Helsearbeidere får plutselig ansvaret for ikke bare én pasient, men en hel familie. Slike situasjoner har ikke helsevesenet alltid taklet like godt. Det tok lang tid før kunnskapen om betydningen av kontinuitet i kontakten mellom barn og foreldre ble tatt på alvor, slik at foreldrene kunne være til stede når barna ble innlagt i syke-

hus. Likeledes har helsevesenet ikke alltid vært gode nok til å følge opp pasienters barn og deres omsorgssituasjon. Stortinget vedtok derfor i 2010 endringer i helsepersonelloven og i lov om spesialisthelsetjenester. Lovendringene skal sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar oppfølgingsansvaret av mindreårige barn når mor eller far får alvorlige helseproblemer i form av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Dette er beskrevet i et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet (2). Helseinstitusjoner skal oppnevne barneansvarlig personell som har ansvar for å følge opp barns behov, og det skal dokumenteres at dette blir gjort.

Når det gjelder «vår» familie, hadde pasienten en oppegående mann som ivaretok omsorgen for barnet på en god måte. Han hadde kontakt med pasienten og personalet flere ganger i uken. Det andre forholdet, som Albretsen påpeker, er mors behov for kontakt med barnet. Forholdene i akuttavdelingen lå ikke til rette for at far og barn kunne bo der. Det var også vanskelig å la kvinnen få besøk av spedbarnet da hun var dårlig, ikke minst av hensyn til barnets sikkerhet. Det var derfor en relativt lang periode hvor moren ikke hadde kontakt med sitt barn, og dette kan ha bidratt til å forverre hennes problemer.

Moren strevde med kontakten med barnet den første tiden etter utskrivningen, og den lille ble derfor henvist til barnepsykiatrisk oppfølging med vekt på samspillet mellom mor og barn. Hvorvidt dette problemet skyldtes den to uker lang atskillelsen, ettervirkninger av morens sykdom og behandling eller en sorgreaksjon over at den første spedbarnstiden ble helt annerledes enn hun hadde tenkt seg, er vanskelig å si. Det er en tung situasjon når moren til et spedbarn blir alvorlig syk. I tillegg til å behandle kvinnen må hele familien ivaretas. Dette kan sannsynligvis redusere negative konsekvenser av sykdomsepisoden for alle parter.

Egil W. Martinsen

egil.martinsen@aus.no
Oslo universitetssykehus

Harald Brauer

Akershus universitetssykehus

Egil W. Martinsen (f. 1950) er leder for Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Han er også professor II ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Brauer (f. 1969) er seksjonsjef/avdelingsoverlege ved Akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus. Han har drevet med elektrokonvulsiv behandling (ECT) siden 2001 og har vært opptatt postpartumpsykoser og ECT-behandling. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Brauer H, Martinsen EW. En forvirret nybakt mor. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 167–9.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Barn som pårørende. Rundskriv IS-5/2010. <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-paerørende/Sider/default.aspx> (20.3.2012).

Anonymisert og aidentifisert

I Tidsskriftet nr. 3/2012 står det om HUNT-undersøkelsen at «Flere enn 100 000 personer har samtykket til at anonymiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelige for godkjente forskningsprosjekter» (1). Jeg fant også samme formulering på HUNTs informasjonssider (2). Jeg antar at dette er feil ordbruk og at det skulle stått *avidentifiserte* istedenfor *anonymiserte*.

Forvirring omkring aidentifiserte og anonymiserte er utbredt, men uheldig, siden regelverket er helt ulikt for de to opplysningstypene. Anonymiserte opplysninger er ikke lovregulerte og omtales heller normalt ikke som helseopplysninger (kun opplysninger). Aidentifiserte person-/helseopplysninger er derimot personidentifiserbare og kan knyttes til en enkeltperson (gjennom en koblingsnøkkel), og dersom det er aidentifiserte helseopplysninger som skal inngå i et medisinsk forskningsprosjekt, er bruken regulert av helseforskningsloven.

Et viktig kriterium ved aidentifiserte opplysninger er imidlertid at de skal fremstå som anonyme på forskers hånd. Det innebærer at for forsker vil aidentifiserte og anonymiserte opplysninger fremstå som ikke personidentifiserbare. Forskjellen er derfor at for aidentifiserte opplysninger vil en ekstern aktør ha en koblingsnøkkel som muliggjør f.eks. tidvise oppdateringer av variabler.

Hvis forskergruppen selv kontrollerer koblingsnøkkelene, er det ikke snakk om aidentifiserte opplysninger lenger, men direkte personidentifiserbare helseopplysninger.

Jacob C. Hølen

jacob.holen@etikkom.no

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Jacob C. Hølen (f. 1975), ph.d., er sekretariatsleder for Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag og førsteamanuensis II ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hem E. Økt hvilepuls – økt risiko for hjertedød. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 282.
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. www.ntnu.no/hunt (18.3.2012).