
H. Schrader og medarbeidere svarer:

KOMMENTAR

HARALD SCHRADER

hschjomp@gmail.com

Harald Schrader er spesialist i nevrologi og professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

JAN AASLY

Jan Aasly er spesialist i nevrologi, overlege ved Nevrologisk avdeling, St. Olavs hospital og professor II ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

THOMAS BØHMER

Thomas Bøhmer er spesialist i indremedisin og professor emeritus ved Oslo universitetssykehus, Aker.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vi takker Næss & Steen for at de setter søkelyset på de bekymringer som leger har, når de åpent skal stille en diagnose som tilsier at pasienten simulerer og snakker usant. De stusser også over at artikkelen ikke er publisert som oversiktsartikkel. Videre er det spørsmål om det ikke burde være mer fruktbart å se disse pasienter om helsesvindlere.

Dersom Tidsskriftet etter vårt opprinnelige ønske hadde akseptert et tidligere manus enten som oversiktsartikkel eller originalartikkel med, blant annet skildring av våre erfaringer og en generell omtale, ville inntrykket for lesere nok blitt mer differensiert. Det var imidlertid et krav at man skulle følge Tidsskriftets retningslinjer med et klart og reproduserbart litteratursøk og en omfattende beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget. Å innfri et slikt krav ved Münchhausens syndrom er nærmest umulig. Pasientene medvirker som regel ikke i forskning eller behandling, noe som er forutsetning for en systematisk kartlegging av tilstanden. I de over 1200 publikasjoner i Pubmed dreier det seg i de fleste tilfeller kun om kasuistikker kombinert med generell omtale. De meget få rene oversiktsartikler understreker det uvanlig mangelfulle kunnskapsgrunnlaget.

En originalartikkel ville Tidsskriftet ikke akseptere, da forutsetningen var at hver pasient måtte gi samtykke for publisering, selv om det bare dreide seg om enkelte setninger i en tilfeldig blandet liste som gjorde det umulig å identifisere hvem som står bak skildringen.

Vi forstår godt at leger kan engste seg for negative reaksjoner og at det ved en klage kan bli reist tilsynssak. Vår erfaring er imidlertid at pasienten vil ha så lite oppmerksomhet om diagnosen som mulig, og at de derfor sjelden reagerer med klager. Vi kan bare huske ett tilfelle av en klage til fylkeslegen. Det førte kun til at avdelingen ble bedt om å gjøre et notat i journalen om at pasienten hadde henvendt seg til fylkeslegen, og at vedkommende var uenig i diagnosen. For å sikre seg at man ikke står alene, råder vi til at man får med seg underskrift til alle overleger som har kjennskap til pasienten. Ingen av forfatterne har noen gang opplevd at diagnosen har måttet bli omgjort fordi den i ettertid viste seg å være feil. Om det en sjelden gang har blitt litt ubehageligheter, så har de helst kommet fra tidligere behandlende leger. Flertallet av tidligere leger er svært takknemlige når de får tilsendt en fyldig epikrise påført diagnosen F68.1.

Det finnes sikkert gode argumenter for å kalle pasientene som helsesvindlere. Man burde da ikke satt en sykdomsdiagnose som F68.1, men burde heller ha brukt en Z-kode som ikke representerer noe sykdom, men en situasjon som fører til medisinsk undersøkelse. Dette ville legitimere erstatningskrav eller strafferettslig forfølgelse. Vi tror imidlertid ikke at det er veien å gå. Det viktigste argument er at motviljen hos leger om å stille diagnosen ville bli enda større. Flertallet av pasientene har også en behandlingstrengende psykiatrisk komorbiditet. Hos pasienter, som åpenbart ikke er psykisk lidende, kan det derimot være på sin plass å varsle mulige fremtidige erstatningskrav. Det kan være et nyttig hjelpemiddel for å stanse den farlige adferden.

Publisert: 21. august 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0581

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.