

stand om at «det finnes sikker og effektiv behandling for depresjon».

Vi synes at Heskestads konklusjon er underlig og uheldig. Han mener vel ikke at effektiviteten ved medikamenter og psykoterapi er så lav at vi skal slutte å behandle de deprimerte med slike metoder? Det må være riktig fortsatt å gi aktiv behandling, ledsaget av lindring og trøst. For de deprimertes skyld: La oss være realister, ikke nihilister! Vi tolker fortsatt litteraturen (3) slik at vi har god dekning for påstanden om at depresjoner lar seg behandle effektivt.

Bergen/Oslo

*Bjarte Sanne
Alv A. Dahl
Grethe S. Tell*

Litteratur

1. Quitkin FM, Rabkin JG, Gerald J, Davis JM, Klein DF. Validity of clinical trials of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 327–37.
2. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF et al. National Institute of Health treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971–82.
3. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *JAMA* 1997; 277: 333–40.

Habilitering av barn med sansetap

Finn F. Sommer har i nr. 8/2001 skrevet en god oversikt over barnehabilitering slik den foregår i regi av fylkenes barnehabiliteringssentre (1). Slik medisinsk habilitering er definert, spør jeg meg likevel om Sommer mener all habilitering av barn «på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte» skal foregå i regi av fylkenes avdelinger/seksjoner for barnehabilitering eller i barnepsykiatriske miljøer?

Jeg er av den oppfatning at barn med rent hørselstap er tjent med at øre-nese-halsleger (helst med litt mer enn vanlig innsikt og interesse for emnet) forestår den medisinske utredning og oppfølging og er bindeledd mellom helsetjenesten, statlige kompetansesentre og lokalt pedagogisk miljø. I god barnehabiliteringstradisjon. For meg er det unaturlig at barnehabiliteringen kobles inn annet enn som konsulenter ved spesielle problemstillinger. I hvilken grad det samme kan sies å gjelde barn med isolert synstap, vet jeg som øre-nese-hals-lege lite om.

Når sansetapet er kombinert med andre funksjonshemminger, blir problemet mindre, fordi man da er i et naturlig samarbeid. Likevel kan det være viktig å definere hvem som skal ha hovedansvaret, ev. hvordan man skal dele ansvaret.

Det er ønskelig at dette omtales i en oversiktsartikkel om barnehabilitering. Er Sommer og jeg enige om dette, vil det kunne brukes der man strever med å etablere et godt tilbud til barn med sansetap, alternativt bru-

kes der etablerte ordninger er truet av nedleggelse eller – fra faglig hold uønsket – omorganisering. Er vi uenige, er det viktig å få frem uenigheten.

Kan Sommer komme med noen tilleggs-kommentarer?

Gjøvik

Bjørn Modalsli

Litteratur

1. Sommer FF. Habilitering av barn – et fag i utvikling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 965–8.

F.F. Sommer svarer:

Jeg er glad for dette innlegget, som gir anledning til noen presiseringer. Barn med sansetap skal ha sin medisinske oppfølging der de får den beste hjelpen. Det er antakelig ikke i barneavdelingens habiliteringsteam hvis det dreier seg om et isolert sansetap. Poenget med habiliteringen er at de ulike tjenestene skal samordnes ut fra medisinsk, pedagogisk og sosialfaglig vinkling. Det er jo nettopp det som skjer når en øre-nese-halslege lager tiltak for et barn med hørselstap i samarbeid med audiopedagog, statlige kompetansesentre, lokal helsetjeneste og lokalt pedagogisk miljø, i god barnehabiliteringstradisjon, som Bjørn Modalsli skriver. Dette vil gjelde enten barnet er født med sansetap eller har fått et slikt tap etter sykdom eller skade. Det vil alltid være mulig å hente del-tjenester fra barnehabiliteringen uten å overføre det medisinske oppfølgingsansvaret. Der hvor sansetapet er en del av et mer sammensatt bilde, vil det være naturlig å samarbeide med barnehabiliteringstjenesten om koordinering av tiltakene. Avklaring av hovedansvar og delansvar er en naturlig del av dette. I barnehabiliteringen har vi god erfaring med samarbeid med både øre-nese-hals-leger og øyeleger rundt barn der sansetap er en del av problematikken. Noen barn vil få sine sansetap diagnostisert i barnehabiliteringen fordi de er henvist med spørsmål om utviklingsforstyrrelser. Jeg har god erfaring med samarbeid med både øyeleger og øre-nese-hals-leger også når det gjelder disse barna.

Etter den nye loven om spesialisthelsetjenester har vi i annenlinjetjenesten fått et klarere ansvar for veiledning til kommunene. Dette gjelder alle avdelinger og spesialiteter. Audiopedagoger og synspedagoger er viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet. Det er også nødvendig med et ryddig samarbeid med de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene, som har en viktig funksjon i forhold til barn med sansetap.

Det er ingen uenighet mellom Modalsli og meg i dette. Derimot håper jeg han i artikkelen også leser noe om kommunenes ansvar, og ikke bare den sykehusbaserte barnehabiliteringen.

Oslo

Finn F. Sommer

Selektive serotoninreopptakshemmere – nye bivirkninger?

Det fremgår av Olav Spigsets artikkel i *Tidsskriftet* nr. 2/2001 (1) at «Antidepressive legemidler av typen selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) har vært på markedet i mer enn ti år, og har vært brukt av millioner av pasienter. Likevel rapporteres det fortsatt nye bivirkninger». I artikkelen er bivirkninger som hyponatremi, seponeringssymptomer, nevromuskulære fenomener, psykiske plager, økt blødnings-tendens, pankreatitt osv. omtalt som nye bivirkninger. Det er i artikkelen vist til ti relativt nylig publiserte artikler og studier (1997–2000), hvor Olav Spigset for fire av disse er oppført som forfatter.

De nevnte typer bivirkninger kan imidlertid etter undertegnede oppfatning ikke karakteriseres som «relativt nyoppdaget», et annet uttrykk anvendt i nevnte artikkel, ettersom de var anført i den amerikanske legemiddelkatalogen Physicians' Desk Reference (PDR) for fluoksetin (Fontex; Prozac i USA) og det mest omsatte preparatet i Norge, paroksetin (Seroxat; Paxil) og i en rekke artikler og studier publisert i begynnelsen av 1990-årene (2–5), samt innrapporteringer til World Health Organization (WHO). I 1994-utgaven av PDR, som for Seroxat er basert på en informasjon fra legemiddelfirmaet per 1.6. 1993 og som bl.a. inneholder et resymé av utførte fase 2–3-studier som inkluderer 4126 deltakere, er det spesielt advart bl.a. mot bivirkningen hyponatremi: «Hyponatremia: Several cases of hyponatremia have been reported.» (...) «The majority of these occurrences have been in elderly individuals, some in patients taking diuretics or who were otherwise volume depleted» (2).

Når det gjelder seponeringssymptomer (withdrawal symptoms) har også den britiske legemiddelkontrollen Medicines Control Agency (MCA) spesielt advart mot denne type bivirkninger, bl.a. i 1993 i februarutgaven av publikasjonen *Current problems in pharmacovigilance* (6). Committee on Safety of Medicines (CSM) uttaler i nevnte sikkerhetspublikasjon at det bl.a. er innrapportert dystoniske reaksjoner, og at paroksetin bør trappes gradvis ned fordi at det kan oppstå seponeringsreaksjoner.

I praksis innebærer dette at de bivirkninger som nå omtales som nye i Norge, var relativt godt kjent, ettersom de bl.a. var anført i den amerikanske legemiddelkatalogen PDR som mulige uheldige hendelser (adverse events) allerede før Seroxat ble introdusert på markedet i Norge i 1993. Til tross for dette er de utelatt i Felleskatalogen.

Hosle

Svein Reseland

Litteratur

1. Spigset O. Selektive serotoninreopptakshemmere – er alvorlige bivirkninger et problem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 154.
2. Physicians' Desk Reference (PDR). 48. utg.

Montvale, NJ: Medical Economics Company, 1994.

3. Chua TP, Veng SK. Hyponatremia associated with paroxetine. *BMJ* 1993; 306: 143.

4. Aranth J, Lindberg C. Bleeding, a side effect of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1992; 143: 412.

5. Ottervanger JP, Stricker BH, Huls J, Weeda JN. Bleeding attributed to the intake of paroxetine. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 781–2.

6. Current problems in pharmacovigilance, Committee on Safety of Medicines (CSM), Dystonia and withdrawal symptoms with paroxetine (Seroxat), Medicines Control Agency (MCA), Volume 19. London: Medicines Control Agency, 1993.

Et viktig tiltak for bedre beslutningsprosedyrer

I Tidsskriftet nr. 19/2000 står det tre artikler fra Bergen om hva slags konsultasjonsprosedyre leger trenger å øve ferdighet i (1–3). Det siste ordet i to av overskriftene viser at modellen er prøvd i praksis (1, 2). *Det* stimulerer spesielt til å se nærmere på saken.

Beslutningsprosedyrene i Bergens-modellen og i PLA (deltakende læring og handling – Participatory Learning and Action) (4) bygger på hensynet til helhet, og prinsippene synes å samsvare meget bra. Vektleggingen av de enkelte momenter i konkrete sammenhenger skal derimot variere. Begge deler gjør at de to tilnærmingene allerede nå vil kunne dra nytte av hverandre. Men man burde også se nærmere på om enkelte av de få prinsipielle særtrekk kunne bli fremtidige felleselementer.

Hva sier Bergens-forfatterne om slike muligheter? For eksempel hadde konsultasjonsundervisningen i slutten av studiet virket belastende på noen studenter (1). Kunne det virke forebyggende med et PLA-prosjekt i starten av studiet for å bli kjent med en lokalbefolkning og deres helsearbeidere?

Oslo

Truls W. Gedde-Dahl
Per Wium

Litteratur

1. Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2263–5.

2. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258–62.

3. Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2253–6.

4. Gedde-Dahl TW. PLA-metoden – noe for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3592–4.

A. Bærheim og medarbeidere svarer:

Vi takker for en interessant kommentar! Truls W. Gedde-Dahl & Per Wium markedsfører spennende tanker for videreutvikling av student-/brukerstyrte undervisningsmetoder og deltakende læring ved samhand-

ling. Vi har merket oss Gedde-Dahls artikkel om PLA-metoden og ser at metoden kan egne seg for leger både i undervisning og planlegging av helsetjenestetiltak (1). Ved Seksjon for allmennmedisin i Bergen har vi diskutert og til dels anvendt metoden i seksjonens undervisningsfora.

I kommunikasjons- og konsultasjonsundervisningen vår legger vi hovedvekten på å møte studentene der de er, for å samarbeide med dem om videre ferdighetstrening (2). Der synes PLA-metoden og vår studentsentrerte pedagogikk å ha viktige fellestrekk. Videre bearbeiding av disse felles elementene kan være produktivt i utviklingen av begge metoder. Vi deltar gjerne i en slik prosess.

Bergen

Anders Bærheim
Edvin Schei
Eivind Meland

Litteratur

1. Gedde-Dahl TW. PLA-metoden – noe for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3592–4.
2. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258–61.

Egenandel

I Tidsskriftet nr. 12/2001 har Borgny With et innlegg om egenandeler (1). Stortinget har vedtatt at pasienter skal betale en viss del av legens honorar for undersøkelser og behandling, men har gjort visse unntak, for eksempel for svangerskapsundersøkelser, for barn under sju år og der det er mistanke om alvorlig smittefarlig sykdom.

I debatten om legers egenandelspraksis er det dessverre kommet helt i bakgrunnen at de aller fleste leger som tar tilleggsbetaling, gjør dette fullt lovlig. At legene i din kommune har bestemt at egenandelen for TT-prøver skal være 65 kroner, er imidlertid ikke i samsvar med regelverket. 65 kroner er nemlig den refusjon trygden yter for selve undersøkelsen. Dette utbetales direkte til den lege/det laboratorium som gjør undersøkelsen og foretar oppgjøret med trygdekontoret. Pasientens andel kommer i tillegg. Ved en normal konsultasjon med TT-prøve betaler således pasienten selv 110 kroner (ev. kr 110 + kr 25 hvis prøven sendes til et laboratorium) og trygden 65 kroner.

Hvor ofte det er nødvendig å ta prøven, må legen i hvert enkelt tilfelle vurdere og samtale med pasienten om. Trygdekontoret lager ikke bestemmelser selv, men må følge loven og de regler som departementet fastsetter. Hovedregelen er at pasienten har krav på å få stønad til nødvendig reise og behandling på nærmeste sted behandlingen kan gis. Denne retten er imidlertid ikke ubegrenset. Folketrygdlovens grunnvilkår er alltid at behandlingen skal utføres av helsepersonell som har oppgjørsordning med trygden (refusjonsrett), men det kan ikke alltid pasienten

vite uten å undersøke. Heller ikke kan pasienten for eksempel velge ett bestemt behandlingsalternativ som ikke finnes på hjemstedet med betalingsplikt for trygden, når annen likeverdig behandling gis på hjemstedet. Dessuten kan det være at reglene krever at stønad til bestemte behandlinger kun gis ved nærmere definerte tilstander. Også reise-/diettgodtgjørelse gis etter fastsatte regler som trygdekontoret ikke kan fravike.

Oslo

Arvid Mikelsen
spesialrådgiver
Den norske lægeforening

Litteratur

1. With B. Egenandel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1522.

rettelse rettelse

Forskrivning av sentralstimulerende medikamenter

Harald Åsheim, Kjell Bjørgvin Nilsen, Harald Stordal, Konny Johansen

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 908–10

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 8/2001 er Dexamin beskrevet som deksamfetamin, det skal være *racemisk amfetamin*.

Innlegg til korrespondansespalten

• **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**

• **Dobbelt linjeavstand og bred marg**

• **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**

• **Sendes redaktøren som e-post**

tidsskriftet@legeforeningen.no
eller

A-post

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40

Bruk kun én forsendelsesmåte.