



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Tverrfaglig samarbeid viktig ved AD/HD

I kommunene i indre Østfold er det ingen ventelister for utredning, diagnostisering og medisiner av AD/HD. Dette skyldes kombinasjonen av kompetente fagfolk i førstelinjetjenesten og månedlige møter med områdepediater Dag Nilsson. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med nye retningslinjer for en ensartet praksis mht. forskrivning av sentralstimulerende medikamenter. Søknadsprosedyre for forskrivning er nedfelt i legemiddelverkets regler og internasjonale avtaler som Norge er tilsluttet, og skal beholdes. Målet er bl.a. forenkling av prosedyrene. Direktoratet jobber også med en veileder for diagnostisering og behandling vedrørende AD/HD.

Vi ser flere utfordringer mht. å skape like forhold for utredning landet over. Det skorter ikke nødvendigvis på formalkunnskap, men på private overbevisninger. Enkelte i behandlingsapparatet oppfatter fremdeles AD/HD som en «motediagnose» eller kamuflasje for dårlig oppdragelse. En ung voksen møtte følgende fra fastlegen da han ønsket viderehenvisning: «Egentlig vil ikke AD/HD-diagnose være til hjelp for deg. Bestemmer de seg for å stille diagnosen, får du bare tilbud om narkotiske medisiner!» En mor som trengte hjelp ved henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien fikk henvisningsskjemaet fra fastlegen med ordene: «Dette kan du fylle ut selv, for du vet sikkert mer om AD/HD enn jeg gjør.»

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i arbeidet med AD/HD. Legens rolle i disse sakene dreier seg ikke om forskrivning av medisiner på legekontoret. Dosering er avhengig av informasjon fra skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), foreldre og klienten selv. Derfor er tverrfaglige møter nødvendige. Helhetlig tenkning er basis. AD/HD er fellesansvar for helsevesen, skole og andre instanser. Kompetanseoppbygging består for fastlegene også i klinisk erfaring via utprøvinger og konkrete tverrfaglige drøftinger. Dosering av sentralstimulerende medikamenter krever rapportering om symptombedring på barnets aktivitetsarenaer snarere enn måling av høyde/vekt. Mange doseres for lavt og når ikke den terskeeffekten som gir tilstrekkelig bedring i dagliglivet. For personer med AD/HD er det kombinasjonen av riktig dosert medisin og god pedagogisk tilrettelegging som sammen gir uttelling. Etter

utprøvningsfasen vil systematisk årlig eller halvårlig oppfølging være nødvendig. Dette kan med fordel organiseres gjennom kommunenes helsestasjoner.

I vårt distrikt er fastlegene kommet på banen. Vi ser med optimisme på fremtidig tverrfaglig arbeid i lokale AD/HD-saker. Spesialister innen allmenmedisin med relevant tilleggsopplæring bør kunne søke om generell forskrivningsrett, dvs. ikke knyttet til den enkelte pasient. Kunne man tenke seg omlegging av fastlegeordningen dit hen at klienter med AD/HD samles på noen interesserte fastleger? Disse ville etter hvert fått bred klinisk erfaring som en vesentlig del av behandlingskompetansen. AD/HD er verken en motediagnose eller en sovepute for udugelige foreldre, selv om man selvsagt finner foreldre med vikarierende motiver for diagnoseønsket. Høy formell kunnskap og bred klinisk erfaring vil sannsynligvis være den beste forsikring mot over- og feildiagnostisering.

Lisbeth Iglum Rønho

Ellen Ekevik

PPT Hobøl, Skiptvet og Spydeberg

Kollegial debatt i det offentlige rom

I Tidsskriftet nr. 22/2004 har Reidun Førde, som leder for Rådet for legeetikk, en uttalelse (1) vedrørende en klage på varsleren i den såkalte Bærum-saken, kalt overlege B, fra to andre overleger ved Bærum sykehus. Klagen dreide seg om de utsagn overlege B har brukt om lindrende sederende behandling av terminalt kreftsyke pasienter ved sykehuset. Utsagnene klagerne særlig påpekte var:

- «Påstander om stille overenskomst mellom leger og sykepleiere som la uheldelig syke og deprimerte i søvn med dødelig drypp, når de i stedet skulle vært henvist til psykiater»
- «insinuering i skriv til Riksadvokaten om nazimetoder slik «dødens engler» brukte dette på små barn under 2. verdenskrig»
- «beskyldninger om drap på Bærum sykehus i 10 år, med metoder som han sammenligner med dem som ble brukt i Nazi-Tyskland»

Hovedsaken i uttalelsen fra Rådet for legeetikk dreier seg om hvorvidt disse karakteristikker som overlege B hadde brukt, var

kollegialt akseptable i forhold til § 5 i kapittel II i etiske regler for leger. Denne bestemmelsen lyder: «Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan». Rådets konklusjon ble: «Rådet må beklage noe av den form og de karakteristikker som overlege B valgte å bruke i debatten i ettertid, og derigjennom brøt § 5 i kapittel II i etiske regler for leger».

Uten å ha satt oss inn i hvilke grader for kritikk Rådet for legeetikk vanligvis bruker, synes vi at kritikken er påfallende svak. Vi vil minne om at legen som var anklaget for å ha utført aktiv dødshjelp, er blitt frifunnet for dette etter en omfattende etterforskning i vårt rettsapparat. Helsetilsynet hadde bare bemerkninger om mangelfull journalføring og noe uklare ansvarsforhold ved avslutningen av behandlingen av en terminalt syk kreftpasient. Vi synes det er en verden av avstand mellom konklusjonene i rettsapparatet og Helsetilsynet og de ovennevnte karakteristikker av forholdene ved kreftavsnittet ved Bærum sykehus. Reidun Førde må sannelig være vant til kraftig språkbruk når hun ikke tar sterkere avstand fra en sammenlikning av den omtalte behandling ved Bærum sykehus med noen av Nazi-Tysklands mest groteske overgrep.

Jan Ytterborg

Øystein Aagenæs

Bærum

Litteratur

1. Førde F. Varsling og kollegial debatt – i det offentlige rom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2952.

Rett til fornyet vurdering («second opinion»)

§ 2-3 i pasientrettighetsloven åpner for at både pasientens diagnose og den behandling som er foreslått, kan bli gjenstand for fornyet vurdering. Det er forståelig at pasienter søker råd når diagnosen er usikker eller det finnes flere behandlingsalternativer. Hva er best for akkurat meg, i min situasjon?

«Second opinion» er et etablert innslag i medisinsk praksis i mange land. Søkeordene «medical second opinion» gir nesten seks millioner treff på søkemotoren Google på Internett. Ofte vil det være legen selv som ber om en «second opinion», eksem-