

tilbud ved de distriktspsykiatriske sentrene? Ville for eksempel distriktspsykiatriske sentre i Aust-Agder, der jeg jobber, hatt mulighet for å erstatte oss med 10–20 nye psykiatere, leger eller psykologer for å holde tritt med ventelisten? Hvor lang tid hadde det i så fall tatt? Eller er dette, når alt kommer til alt, bare et fata morgana? Er virkeligheten den at vi faktisk har en nødvendig og rettmessig plass her, og at det ikke finnes noe fasitsvar, verken fra oss eller dere? Dette handler om en sameksistens i en tverrfaglig, spennende kultur. Men med flere leger.

Men hvor *er* de legene som kunne tenke seg å jobbe i psykiatrien, de som skjønner at mennesker er både kropp og sjel, de som kan se litt lenger enn bare reseptblokken? De fleste distriktspsykiatriske sentrene strever hardt med å få psykiatere og leger til ledige jobber. Så lenge vi, de høyskoleutdannede, er der, er det særs viktig at det også er spesialister der. Vi kan rett og slett ikke klare oss uten. Men også uten oss er det viktig at spesialistene er der.

Våre leger går på akkord med seg selv. Legenes fagforening burde gripe inn og gjøre noe konkret med arbeidssituasjonen for psykiatere og andre leger ved de distriktspsykiatriske sentrene. Legene blir «spist opp» av tusen krav fra alle kanter. De skal veilede fastleger, kommuner og egne medarbeidere, stå for medisin håndtering og -rådgiving, avgi legeerklæringer, utføre tilsynsoppgaver, selvmordsvurderinger, diagnosesetting og ta akuttvakter – i tillegg til sine kliniske oppgaver. Vakante stillinger blir ikke besatt, og legene går på overtid både fysisk og psykisk. Allmennlegene forventer at det skal sitte en spesialistutdannet kollega klar for dem når de trenger det. Det gjør det ikke. De er bare ikke der.

Bente Bakken Rasmussen

Grimstad distriktspsykiatriske senter

Litteratur

1. Bjertnæs ØA, Oltedal S, Garratt A et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2787–91.
2. Opjordsmoen S. Distriktspsykiatriske sentre med dårlig attest. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2826.
3. Walstad M. Svake ledd i behandlingkjeden. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2827.

M. Walstad svarer:

Bente Bakken Rasmussens beskrivelse av virkeligheten ved et distriktspsykiatrisk senter hvor det mangler spesialister med diagnostisk og medisinsk faglig kompetanse, stemmer overens med fastlegenes vurderinger i flere undersøkelser (1, 2). Dette medfører at pasienten ikke får en hensiktsmessig diagnostisk utredning, noe som kan medføre mangelfullt tilpassede og unødvendig langvarige behandlingsforløp. Å henvise pasienten tilbake til fastlegen

uten adekvat diagnostisk vurdering og behandling er i strid med pasientens rettigheter. Dessuten undergraves fastlegens rolle som pasientens medisinske koordinator og portvakt.

En tverrfaglig tilnærming er viktig i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Høyskoleutdannede faggrupper som sosionomer, ergoterapeuter, vernepleier og psykiatriske sykepleiere trengs sammen med psykologspesialister og psykiatere for å tilby et helhetlig og tverrfaglig behandlingstilbud. For at dette behandlingstilbudet skal være effektivt og hensiktsmessig for den enkelt pasient, må det *først* være gjort en grundig diagnostisk utredning av personell med diagnostisk kompetanse, dvs. psykologspesialist eller psykiater, slik at det blir gjort en grundig vurdering av hvilken behandling som er hensiktsmessig. Legeforeningen har lenge vært opptatt av å øke rekrutteringen av leger til psykiatrien. Her må også arbeidsgiverne på banen med opprettelse av flere stillinger, tiltak for å gjøre arbeidsmengden håndterbar for den enkelte lege, muligheter for faglig videre- og etterutdanning og god veiledning av nye legekolleger.

Legeforeningen har også vært opptatt av å øke kvaliteten og effektiviteten i psykisk helsevern. I 2004 utga Legeforeningen en statusrapport om helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser (3) og tok initiativ til å få gjennomført lokalt baserte, tverrfaglige gjennombruddsprosjekter ved psykiatriske poliklinikker over hele landet med det formål å få utviklet klarere krav til effektivitet og kvalitet.

Allmennleger og psykiatere må utvikle en bedre samhandling. Vi yter tjenester til den samme pasientpopulasjonen – det er fastlegens pasienter som henvises til annenlinjetjenesten, og som tar opp plass på ventelister og i behandlingsprogrammer. Dersom fastlegen kan ta et større ansvar for disse pasientene selv, med veiledning fra en psykiater, vil presset på psykiateren bli mindre. Dermed blir det en vinn-vinn-situasjon.

Marte Walstad

Ranheim legesenter

Litteratur

1. Bjertnæs ØA, Oltedal SO, Garratt A et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2787–91.
2. Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Oslo: Den norske lægeforening, 2004.
3. Åndanes M, Bjørngaard JH. Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Trondheim: SINTEF, 2006.

Metformin kan gi vitamin B₁₂-mangel ved diabetes

Metformin er et av de vanligste og beste medikamentene ved type 2-diabetes og skal være første valg ved type 2-diabetes og

insulinresistens når kostholds- og livsstils-tiltak alene ikke er tilstrekkelig. UKPDS-studien bekreftet de positive langtidsrelaterte endepunkter (type 2-diabetesrelatert dødelighet og total dødelighet hos overvektige med type 2-diabetes) (1). Sammenliknet med insulin og sulfonylurea ga metformin mindre vekt oppgang og færre hypoglykemi episoder. I tillegg anvendes metformin i økende grad ved polycystisk ovarie-syndrom.

At metformin kan senke nivået av vitamin B₁₂, er en kjent potensiell bivirkning, som omtales i Felleskatalogen, men som mange leger ikke er oppmerksom på. Dermed kan pasienter risikere å få for lavt nivå av vitamin B₁₂ i blodet, noe som kan føre til økt homocystein nivå og andre uheldige helsekonsekvenser. Vitamin B₁₂ finnes hovedsakelig i animalske matvarer som kjøtt, fjærkre, fisk, egg og melk.

En ny studie der man så på denne bivirkningen av metformin, er nylig gjennomført i Hongkong og publisert i *Archives of Internal Medicine*. Forskerne identifiserte 155 pasienter med diabetes og vitamin B₁₂-mangel sekundært til metformin bruk (gruppe A). Kontrollgruppen besto av 310 pasienter med diabetes uten slik mangel (gruppe B). Gruppe A hadde i gjennomsnitt serumkonsentrasjoner av vitamin B₁₂ på 148,6 ± 40,4 pg/ml, tilsvarende 110 ± 30 pmol/l (nedre normalgrense 203 pg/100 ml og 150 pmol/l), sammenliknet med 466,1 ± 330,4 pg/ml, tilsvarende 344 ± 244 pmol/l, i gruppe B. Det var signifikant sammenheng mellom vitamin B₁₂-mangel og dose og varighet av metforminbehandling, også etter at man korrigerer for mulige konfundrende faktorer. Hvert gram daglig økning i metformindose økte den relative risikoen for utvikling av vitamin B₁₂-mangel med 2,88 (95% KI 2,15–3,87).

Selv om forfatterne påpeker mulige begrensninger i studien, er metforminrelatert vitamin B₁₂-mangel en kjent og vanlig bivirkning. Det er derfor god grunn til å anbefale måling av vitamin B₁₂-konsentrasjonen i serum før og etter start av metforminbehandling og før doseøkning for å vurdere om det er behov for tilskudd av vitamin B₁₂. Ideelt bør også nivået av homocystein og metylmalonsyre måles samtidig.

Fedon Alexander Lindberg

Dr. Lindbergs Klinik
Sjøløyst Medisinske Senter

Litteratur

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854–65.
2. Ting RZ, Szeto CC, Chan MH et al. Risk factor of vitamin B12 deficiency in patients receiving metformin. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1975–9.