

personale gir uttrykk for at dette er innleggelser som er relevante for akuttavdelingen. Vi kan finne nærmere ut om dette ved blant annet å se på pasientenes symptom- og funksjonsnivå (GAF-skår). Jeg mener at det ikke er ressursmessig fornuftig å ha hel-døgnsbemannede akutteam ved distrikts-psykiatriske senter. Vår beredskap i dag tar hånd om de aller fleste «livskrisehendelser». De aller fleste pasientene som legges inn ved psykiatrisk akuttavdeling fra vårt opptaksområde har behov for denne avdelingens rammer.

Ole-Bjørn Kolbjørnsrud
Notodden/Seljord DPS

Protonpumpehemmere og reseptfrihet

Helge L. Waldum uroer seg i Tidsskriftet nr. 21/2009 for protonpumpehemmeres langtidsbivirkninger, og hevder de ikke bør selges reseptfritt (1).

Som kommentar til Waldums uro for bivirkninger kan nevnes at det kliniske utviklingsprogrammet av substansen pantoprazol omfatter 250 studier på 80 500 pasienter. Den gunstige bivirkningsprofilen kan interesserte lese om i detalj. Bivirkningsdata rapporteres offentlig under den korte produktoversikten på Statens legemiddelverks hjemmeside og ekspertrapporten (EPAR) på hjemmesiden til European Medicines Agency (2). Waldum konstaterer at tidsbegrensede pasientstudier ikke kan avsløre langtidsbivirkninger, men det finnes naturligvis et regelverk rundt langtidsoppfølging av legemidler. Etter lanseringen av pantoprazol er 733 000 behandlinger gjennomgått i de såkalte *Post-Authorisation Safety Studies* (2). Hensikten med disse er å oppdage nettopp uvanlige bivirkninger. Dessuten følger Nycomed myndighetenes krav om en omfattende oppfølging med legemiddelovervåking. Siden lanseringen av pantoprazol i 1994 har 665 millioner pasienter på verdensbasis fått pantoprazolbehandling. European Medicines Agency har ikke identifisert noen nye sikkerhetsrisikoer siden det.

Pantoprazol har vært reseptfritt i Sverige siden februar 2000. Det har ikke vært tegn til at reseptfriheten har bidratt til feil bruk eller påvirkning av legemidlets sikkerhetsprofil (2). Nycomed har da også lagt vekt på at pasientene skal informeres i pakningsvedlegget om at man må kontakte lege om symptomene ikke forbedres i løpet av to uker, samt at de ikke skal ta tablettene i mer enn fire uker.

Det er derfor etter vårt skjønn ingen grunn til å tvile på at det er trygt å tilby norske pasienter muligheten til å bruke pantoprazol reseptfritt for reflukssymptomer som reduserer livskvaliteten.

Mikael Gellerfors
Nycomed Pharma

Litteratur

1. Waldum HL. Protonpumpehemmere bør ikke selges reseptfritt. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2263.
2. European Medicines Agency www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Somac_Control/H-1098-en6.pdf [15.12.2009].

Risikoskår og TIA-pasienter

I vår artikkel i Tidsskriftet nr. 22/2009 presenterte vi ABCD-skår som et redskap til å risikostratifisere TIA-pasienter, slik at lavrisikopasienter kan identifiseres og tilbys rask poliklinisk utredning og behandling og de med høy risiko innlegges direkte i sykehus (1). I artikkelen er skår ≥ 5 anført som beslutningsgrense mellom lav- og høyrisikopasienter. Dette kan innebære at enkelte med skår 4 ikke får rask nok vurdering, noe som best kan løses ved umiddelbar innleggelse i sykehus. Ved å benytte skår ≥ 4 som beslutningsgrense vil man kunne unngå dette. Det finnes internasjonale retningslinjer som benytter ≥ 5 som beslutningsgrense (2), men i England hvor ABCD-skåren er mest utprøvd, er grensen satt til ≥ 4 (3). Risikoen for å få et manifest hjerneslag de første dagene etter et TIA-anfall er $< 1\%$ hos pasienter med lavere skår enn 4, og, for de fleste pasienter i denne kategorien vil derfor en rask poliklinisk utredning være et trygt og godt alternativ til akutt innleggelse (3, 4). Vi vil imidlertid understreke at risikoskårer bare er veiledende og må suppleres med klinisk skjønn, også ved lav risiko. Klinisk praksis er individbasert, også i denne sammenhengen.



Hanne Ellekjær
Torbjørn Dahl
Trondheim

Litteratur

1. Dahl T, Ellekjær H. Carotisstenose – utredning og behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2374–7.
2. Stroke Foundation. www.strokefoundation.com.au/images/stories/healthprofessionals/clinical%20guidelines%20for%20acute%20stroke%20management.pdf [15.12.2009].
3. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG68FullGuideline.pdf [15.12.2009].
4. Johnston SC, Rothwell P, Nguyen-Huynh M et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet 2007; 369: 283–92.

RETELSE

Overdosestatistikk – et komplisert regnskap

Thomas Clausen, Ingrid A. Havnes, Helge Waal

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2233–6

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2009 s. 2234 var det feil i figurteksten til figur 1. Figuren og tabellen bygger på politistatistikken slik denne ble publisert 30.4. 2008 og på tidligere SIRUS-rapporter. Politistatistikken er senere korrigert slik det er beskrevet i artikkelen. Det presiseres derfor at det er de korrigerte tallene som skal brukes videre. Disse finnes i rapporten *Rusmidler i Norge 2008* (www.sirus.no/internett/alkohol/publication/464.html) og RusStat (<http://statistikk.sirus.no/sirus/>)

RETELSE

Overføring av spesialistgodkjenning

Einar Skoglund, Brit Torill Gutbier

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2520

I Tidsskriftet nr. 23/2009, på side 2520, skal mellomtittelen i midtspalten være: Nordisk overenskomst

Tilsvaretsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvaretsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing_5correspond.html). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvaretsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten. Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.