
T. Markestad svarer:

KORRESPONDANSER

TROND MARKESTAD

Jeg takker for kommentarene til min leder. Jeg er enig i at 24-timers pH-måling bør være tilgjengelig ved norske barneavdelinger, og at enkelte grupper barn er spesielt utsatt for alvorlig refluks. Slike grupper har jeg presisert i min leder (1), og de er utførlig beskrevet i de to arbeidene (2, 3). Jeg vil imidlertid fastholde at begge arbeidene er uklare når det gjelder å *avgrense* indikasjonsstillinger for vanlige refluksproblemer. Ved en så vanlig tilstand og med så mangeartede symptomer i tidlig barnealder er det viktig å ta standpunkt *ikke* bare til symptomer som bør utredes, men også til hva som *ikke* trenger utredning.

Egentlig illustrerer denne diskusjonen noe av det jeg ser som den aller største utfordringen i samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten. Annenlinjen er nokså god til å lage omfattende smørbrødlister for utredning og behandling av diverse symptomer og funn, men mangler ofte mot og vilje til å lage konsensus om en inngangsbillett før man starter en slik prosess. Primærhelsetjenesten trenger kriterier og støtte for at det kan være god medisin *ikke* å henvise. Slik konsensus vil skape trygghet hos våre pasienter og hos de pårørende og blant leger og annet helsepersonell. Ikke minst gjelder dette innen pediatrien. Sykeliggjøring og omfattende utredninger kan være en stor belastning for barn og familie.

Det er et paradoks at barn aldri har vært friskere samtidig som poliklinikkene i økende grad oversvømmes av barn, mange med relativt moderate symptomer. For å unngå for lange ventelister og for store belastninger for barneavdelingene må vi bli flinkere til å definere kriterier for hva som kan og bør observeres i primærhelsetjenesten, og hva som bør føre til henvisning videre. Så langt som mulig bør dette baseres på forskningsbasert kunnskap (evidence based medicine). Det er en påfallende mangel på kontrollerte studier når det gjelder utredning og behandling av gastroøsofageal refluks hos barn. Dette er imidlertid en tilstand der Norge med sin organisering av helsevesenet kan gi viktige bidrag, og jeg utfordrer de mange gode pediatriske miljøene i landet til nettopp det – å gjøre prospektive undersøkelser.

LITTERATUR

1. Markestad T. Gastroøsofageal refluks hos barn Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 182.
2. Størdal K, Bentsen B, Skulstad H, Moum B. Reflukssykdom og 24-timers pH-måling i spiserøret hos barn Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 183 – 6.
3. Dorlöchter L, Kolsrud E, Olafsdottir E, Fluge G, Rosendahl K, Hatlebakk J. Oesophagusstriktur som komplikasjon til gastroøsofageal refluks hos barn Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 187 – 9.

Publisert: 28. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.