med tanke på AD/HD eller ADD, men da min datter fikk diagnosen, ønsket jeg å bli utredet for dette.

Etter en langvarig utredning fikk jeg selv diagnosen ADD. Jeg startet med ritalin i februar, og dette ser ut til å fungere bra. Med ritalin føler jeg meg roligere i kroppen og i hodet og får bedre konsentrasjon. Min selvmedisinering med alkohol er derfor «unødvendig», og jeg har ingen problemer med å holde meg borte fra alkoholen lenger.

Jeg håper nå at jeg endelig har fått riktig diagnose og riktig behandling etter et helt liv med psykiske lidelser, alkoholmisbruk og et stort antall behandlingsmetoder som ikke hjalp. Jeg ser lysere på fremtiden.

L. D.

Litteratur

1. Dobbeltdiagnose – min historie. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1969.
2. Waal H. Dobbeltdiagnoser og doble budskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1922.

Barn av rusmisbrukere må få et bredere opplegg

Lisbet Sandtorv og medarbeidere tar i en artikkel i Tidsskriftet nr. 4/2009 opp hvordan det går med barn av mødre som er under legemiddelassistert rehabilitering (1). Undertegnede hadde i 1960-årene ansvar for en enhet som tok seg av kvinner med svære psykiske vanskeligheter etter fødselen. Som de første i Norden hadde vi med barnet for å fremme tilknytningen mellom mor og barn. Senere ble også ektefellen inkludert i avdelingen som nattpasient. Vi hadde familiegruppe, ektepargruppe samt flerfamiliegruppe (2).

Noen kvinner med rusproblemer slutter med misbruket når de blir gravide. I den aktuelle artikkel seponerte en av kvinnene buprenorfin halvveis i svangerskapet, og barnet hadde ikke abstinens etter fødselen. Forfatterne maner til et bredere opplegg for disse kvinnene. Metadon og buprenorfin bør vike for et bedre opplegg med gode relasjoner. Da vil barna få det bedre!

Carl S. Albretsen
Asker

Litteratur

1. Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S et al. Har legemiddelassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 287–90.
2. Albretsen CS. Mødre med barn i psykiatriske avdelinger. Nord Psykiatr Tidsskr 1976; 30 (suppl 4): 1–70.

Individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer

Helsedirektoratets anbefalinger for primærprofylakse for hjerte- og karsykdommer er et imponerende dokument på 137 sider (1). Noen aspekter ved anbefalingene kan imidlertid ikke stå ukommentert. Det jeg særlig merker meg, er den ukritiske holdningen til bruk av statiner i primærprofylakse.

Det er vist at statiner har effekt på forekomsten av nye kardiovaskulære hendelser hos pasienter med kjent hjertesykdom. Hvorvidt dette skylder kolesterolsenkningen eller en annen effekt av midlene er usikkert. Det foreligger ingen dose-respons-effekt av statiner. Medikamenter som kun reduserer kolesterolnivået, for eksempel fibrater og kolesterolabsorpsjonshemmere, har ingen effekt. Dette tyder på at kolesterolsenkningen ikke er det primære – derfor blir det å styre behandlingen etter LDL-nivå meningsløst. Studier viser at en fast mengde statiner har like god effekt som doser tilført til behandlingsmål (2). Dette er også konklusjonen i anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Når det gjelder resultater av primærprofylakse med statiner, er imidlertid disse noe helt annet enn det dokumentet fra Helsedirektoratet gir uttrykk for. I en metaanalyse av studier om primærprofylakse fra perioden 1966–2005 finner man ingen økt overlevelse ved bruk av statiner (3). I en annen metaanalyse kunne de ikke dokumentere at primærforebyggingsstudier hadde vist noen generell helseeffekt av statiner (4).

Det å gjøre friske mennesker til pasienter på livstid har sannsynligvis andre – meget negative – aspekter. Som Helsedirektoratets utvalg påpeker er selvopplevd god helse er blant de viktigste kjennetegnene ved folk som holder seg friske og lever lenge. Dette oppnår vi ikke ved å gjøre friske mennesker til pasienter. Ved primærprofylakse bør man i størst mulig grad konsentrere seg om livsstilsendringer.

Tor Ole Kjellevand
Oslo

Litteratur

1. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00116/Nasjonale_Retningslinjer_116709a.pdf [14.5.2009].
2. Pedersen TR, Faergeman O, Kasteleijn JJ et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *Jama* 2005; 294: 2437–45.
3. Thavendiranathan P, Bagai A, Brookhart MA et al. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2307–13.
4. Do statins have a role in primary prevention? www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf [14.5.2009].

Eldre legar og autorisasjon

Nils Hunstad utfordrar i Tidsskriftet nr. 9/2009 Legeforeningens president til å kommentere spørsmålet om autorisasjon for eldre legar (1). Eg trur han har mange av oss eldre medisinarar med seg i denne utfordringa.

På svært mange stader utover landet slit ein i dag med å få nok legar, både i allmennpraksis og i spesialisthelsetenesta. Då verkar det merkeleg ikkje å gjere så godt ein kan for å få kompetente og velrøynde legar til å ta eit tak nokre ekstra år.

Eg vil komme med eit konstruktivt forslag om kvalitetssikring av arbeidet til gamle legar. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell krev at søknad om vidare lisens inneber at praksisen må ha eit visst omfang. Dette er eit rimeleg krav.

For å sikre at legen er oppdatert medisinsk og ikkje er tydeleg aldersdement, måtte det i samarbeid med Allmennlegeforeningen og ev. andre spesialistforeningar vere råd å lage ein enkel «eksamen». Kva med «multiple choice»-spørsmål der ein til dømes kunne sitje hjå politiet og fylle ut skjemaet?

Øyvind Bekkhus
Hov

Litteratur

1. Hunstad N. Opphør av autorisasjon ved fylte 75 år. Leserbreve. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 892.

Ubegrunnede anklager mot Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Nils Hunstad er i Tidsskriftet nr. 9/2009 misfornøyd med at autorisasjonen som lege bortfaller når man blir 75 år (1). Undertegnede har flere ganger tidligere gitt uttrykk for at dette regelverket er godt (2). Det tillater leger som er skikket og egnet til det å fortsette i klinisk praksis så lenge de ønsker, samtidig som systemet fanger opp dem som ikke er egnet.

De som besværer seg over ordningen, driver som regel ikke klinisk praksis, og det som åpenbart er tyngst å svelge, er at de mister retten til å skrive ut A- og B-preparater til seg selv og sine nærmeste. Forskrivningsretten er begrenset til dem som driver klinisk virksomhet av et visst omfang, slik at man kan forsikre seg om at de holder seg faglig oppdatert. Ingen av dem som har klaget på våre avslagsvedtak, har fått medhold i klageorganet Statens helsepersonellnemnd.

Johan Petter Hesselberg fremfører i samme nummer av Tidsskriftet sterke påstander om autorisasjonskontoret som ikke kan stå uimotsagt (3). Jeg vil påpeke at saksbehandlingstiden for Hesselbergs første søknad var 45 dager. Søknaden ble innvilget i sin helhet og sendt ham i god tid før han

fylte 75 år. Saksbehandlingstiden for hans andre søknad om forlenget lisens var 34 dager. Også denne søknaden ble innvilget i sin helhet og sendt ham i god tid før den første lisensen utløp.

Hesselberg mener at brev fra oss er blottet for velvilje. Kontoret utøver myndighet og skriver brev med et saklig innhold. Vi søker å behandle alle søknader korrekt, i samsvar med gjeldende regelverk og så hurtig at søkeren skal få sin lisens i god tid før gjeldende autorisasjon eller lisens utløper.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at saksgebyret skal være innbetalt før saksbehandlingen starter. Dette følger autorisasjonskontoret opp ved å sende ut en gebyrfaktura når saken er registrert i arkivsystemet. Saken blir oppbevart hos økonomimedarbeideren inntil gebyret er betalt, hvorpå den blir lagt til fagteamet for behandling.

Når søknader innvilges, legger saksbehandler vedtaket umiddelbart inn i Statens helsepersonellregister. Dette er en statlig database, som Helsedirektoratet utøver systemerskapet til. Databasen driftes av IT-avdelingen i Statens helsetilsyn. Hver uke sender de en kopi av innholdet i registeret til NAF-data, som drifter apotekenes datasystemer. Det kan, som følge av denne prosessen, ta inntil ti dager fra vårt kontor har ført inn et vedtak i registeret til dette kan ses av apotekene i deres datasystem. Dette er en systemsvakheter som vi ikke har noe ansvar for. Helsedirektoratet arbeider for tiden med flere prosjekter som vil fjerne dette problemet.

Våre medarbeidere er svært opptatt av god kundebehandling og strekker seg langt for å løse problemer som måtte oppstå i enkeltsaker. Misnøye med regelverket, autorisasjonskontoret eller våre medarbeidere kan man når som helst ta opp med undertegnede.

Per Haugum

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Litteratur

1. Hunstad N. Opphør av autorisasjon ved fylte 75 år. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 892.
2. Haugum P. Eldre leger diskrimineres ikke. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1567–8.
3. Hesselberg JP. Inkompetanse hos statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 893.

Tabell 1 Annengenerasjons antihistaminer til systemisk bruk

Substans	Handelsnavn	Bruk under graviditet	Bruk under amming
Loratadin	Clarityn	Ja	Ja
Desloratadin	Aerius	Ja	Ja
Ebastin	Kestine	Ja ¹	²
Fexofenadin	Telfast, Nefoxef	Ja ¹	Ja
Cetirizin	Zyrtec, Reactine	Ja	²
Levocetirizin	Xyzal	Ja	²

¹ Anses som trygt, men det er noe mindre dokumentasjon enn for øvrige annengenerasjons antihistaminer

² Data på overgang til morsmelk mangler. Anses som annetvalg etter loratadin/desloratadin og fexofenadin ved amming

henvist til førstegenerasjons antihistaminer på grunn manglende dokumentasjon for nyere legemidler. Imidlertid er det nå klart at dokumentasjon for annengenerasjons antihistaminer ikke tilsier en økt risiko for misdannelser ved bruk i første trimester. RELIS har nylig laget en oppsummering over hvilke legemidler for systemisk behandling og lokalbehandling som kan være aktuelle til disse pasientgruppene. Oppsummeringen er lagt ut på RELIS' hjemmesider (1). Det er noe forskjell mellom de ulike typer annengenerasjonsmidler når det gjelder dokumentasjonsnivå (tab 1). Cetirizin/levocetirizin så vel som loratadin/desloratadin kan trygt anbefales gjennom hele svangerskapet til gravide som trenger behandling for pollenallergi. Annengenerasjons antihistaminer anses også som førstevalg til kvinner som ammer.

Jan Schjøtt

Bergen

Litteratur

1. Bergman J, Holager T. Allergibehandling til gravide og ammende. Nettartikkel fra RELIS 5.5.2009. www.relis.no/Default.aspx?tabid/102/newsType/ArticleView/articleId/736 [6.5.2009].

Fastsettelse av menerstatning – et vanskelig område

Advokat Stein Chr. Hexeberg hevder i Tidsskriftet nr. 7/2009 (1) at gjeldende grense på 15 % medisinsk invaliditet for at skadelidte skal få menerstatning er tilfeldig og bør fjernes.

Jeg vil anta at Hexebergs kolleger i forsikringsselskapene vil være uenige. En reduksjon av menerstatningsgrensen vil medføre større utbetalinger for selskapene.

De medisinske symptomer etter en skade

oppleves og takles forskjellig. Noe som er betydelig for én pasient, kan for en annen være mer beskjedent. Smerteopplevelsen vil også påvirkes av forskjellige opprettholdende faktorer (2). Å gradere subjektive plager etter en invaliditetstabell er komplisert og i beste fall gjenstand for en betydelig grad av skjønn.

Vissheten om at det foreligger en 15 % grense kan være vanskelig for legen som skriver erklæringen. Her er vi inne på legens rolle som sakkyndig. Som leger er vi opptatt av å gjøre de medisinske forhold best mulig for våre pasienter. Jeg tror det ligger dypt i oss at vi ønsker at pasientene skal ha det så bra som mulig – underforstått at dersom den skadelidte oppnår 15 % invaliditet, vil vedkommende ha oppnådd en subjektiv følelse av «å ha blitt trodd og rettferdig behandlet». Som sakkyndig kreves det imidlertid objektivitet og saklig vurdering av hva som er medisinsk korrekt når det gjelder følgene av skaden.

Det er mulig at Hexeberg har rett når han hevder at rett til menerstatning også burde gis ved lavere grad av medisinsk invaliditet. Det ville nok gjort jobben som sakkyndig enklere. Jeg er enig med ham i at de av oss som har denne rollen, burde bli flinkere til å beskrive den funksjonsreduksjon mange av disse pasientene har. Så får det bli opp til juristene å bestemme hvorvidt dette er en skade som er erstatningsberettiget.

En annen sak er at det er lite heldig at disse sakene vurderes av bare én spesialist alene. Resultatet er at den skadelidte, med god hjelp fra partene i saken, nærmest vandrer fra spesialist til spesialist for å få en erklæring «som passer». Etter min mening burde svært mange av disse sakene vurderes og avgjøres av et team av skolerte spesialister med forskjellig fagbakgrunn. Skadens art bør selvsagt være med på å avgjøre hvilke spesialister som bør inn i saken. En slik ordning blir ikke fullt ut ideell, men vil skape en mer forsvarlig og rettferdig ordning enn den som eksisterer i dag.

Ola H. Skjeldal

Oslo

Litteratur

1. Hexeberg SC. Bør dagens menerstatningsordning utvides? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 664.
2. Malt UF, Diseth TH. Nevropsykiatri. I: Gjerstad L, Skjeldal OH, Helseth E, red. Nevrologi og nevrokirurgi. Fra barn til voksen. 4. utg. Nesbru: Forlaget Vett & Viten, 2007.

Legemidler ved pollenallergi, graviditet og amming

Gravide og ammende er blant mange som plages med pollenallergi. Et generelt råd som fremdeles står fast, er at legemidler til gravide og ammende så langt som mulig kun skal brukes på helt klare indikasjoner. De som allikevel er så plaget at de må ha systemisk behandling, har i mange år vært

Anmeldelse med skylapper

Jeg leste professor Per E. Børdahls anmeldelse av min bok *Russerfangene* i Tidsskriftet nr. 24/2008 (1) med undring. Det passer seg ikke alltid godt for en forfatter å svare på anmeldelser, men Børdahls fremstilling er så pass sær at jeg lurer på hvor godt han har lest boken.