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. Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 892.
2. Haugum P. Eldre leger diskrimineres ikke. Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1567–8.
3. Hesselberg JP. Inkompetanse hos statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Leserbrev. 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.

Hans anmeldelse faller i «fellow-traveller-tradisjonen», der man stiller seg ettergivende og sympatisk til kommuniststatene. Å bortforklare Stalins masse mord med tradisjoner fra tsartiden er meget tynn suppe. Børdahl forteller at jeg ikke kan vurdere Sovjetunionens krigsseier uten å nevne Katyn-massakren og Moskvaprosessene hver gang. Tull. Like feil er påstanden om at jeg skriver at alle eksfangene ble sendt til gulag. Professorens selektive lesing er det lite å si på.

Enda mer påfallende er det at Børdahl ikke nevner sin avdøde kollega professor Leiv Kreyberg. Nettopp i legenes eget forum skulle man tro at Kreyberg ville bli tilbørlig nevnt. Jeg skriver mye om ham og hans store innsats for russerfangene i Nordland i 1945, basert på grundig kildearbeid. Kreyberg hadde få illusjoner om Sovjetunionens forhold til krigsfangene. Allerede i sin dagbok i 1943 uttalte han at russerne «ga seg fan» i krigsfangene. Men han og hans medarbeidere (hvorav flere var leger med bakgrunn fra motstandskampen) gjorde en formidabel innsats for fangenenes ve og vel. Selve repatrieringen, reisen hjem til Stalin, var avtalt mellom de allierte på Jalta 11. februar 1945.

I 1968 utga den britiske historikeren Robert Conquest *The great terror*, en inngående beskrivelse av stalinstatens terror (2). Han ble møtt med massiv motstand og påstander om løgn fra vestlige «fellow travellers» og politiske pilegrimer. Etter Sovjetunionens fall utga Conquest boken på nytt. I den sammenheng foreslo han at tittelen burde være «I told you so you fucking fools» (3). Men Børdahl vil ikke høre. I hans anmeldelse presenteres det faktum at ikke alle krigsfanger ble sendt til gulag nærmest som et bevis på at Stalin ikke var så verst. Det er imidlertid vist at flere av dem som ikke ble sendt til leirene, ble tvangssendt til industrien, blant annet til urangruvene (4).

Professor Børdahl ønsker seg en annen (mer kommunistapologetisk) tekst om fangene enn min. Helt legitimt. Men han bør forholde seg til teksten og ikke antyde at jeg skriver noe annet enn det jeg gjør.

Einar Kristian Steffenak
Ilseng

Litteratur

1. Børdahl PE. Et drama som kunne ha fortjent en annen tekst. Anmeldelse av: Steffenak EK. Russerfangene. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2894.
2. Conquest R. The great terror: Stalin's purge of the thirties. London: Macmillan, 1968.
3. Haynes JE, Klehr H. In denial: historians, communism and espionage. San Francisco, CA: Encounter books, 2003.
4. Service R. The comrades! A history of world communism. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2007.

Snøskredforskning i Norge

I spalten Medisinsk nytt i Tidsskriftet nr. 10/2009 omtales en ny og interessant studie om dødsårsaker hos 204 snøskredfataliteter i et kanadisk 21-årsmateriale (1). Studien viser at 75 % av ofrene dør av kvelning, 24 % av skader og bare 1 % av fatal hypotermi. Det hevdes i et intervju med Øyvind Thomassen fra Haukeland universitetssykehus at det ikke er «gjort noen studier på dødsårsaken hos dem som blir tatt av skred i Norge, men fra Alpene er det publisert en del».

Vi publiserte tilsvarende originale funn allerede i 1989 i en studie om dødsårsaker og dødsmekanismer hos norske snøskredofre. I artikkelen redegjorde vi for autopsifunnene hos 12 omkomne i to norske snøskred. Det største skjedde i Vassdalen 5.3. 1986, der 31 unge norske soldater ble tatt av skred og 16 omkom. I studien, for øvrig det største autopsimateriale fra omkomne i ett og samme snøskred, viste vi at de fleste døde av asfyksi (2). Vi publiserte samtidig og senere flere artikler om snøskred i Tidsskriftet, der vi også gjennomgikk dødsårsaker og skademekanismer i snøskred (3, 4). Senere europeiske autopsimaterialer har bekreftet våre funn (5).

Det er markante forskjeller mellom autopsimaterialer fra Norge/Europa og materialer fra USA/Canada, spesielt i andelen traume-fataliteter. En forklaring på dette kan være at hele 43 % av de 204 kanadiske snøskredfatalitetene var knyttet til helikopterkjøring og bruk av snøskuter (6). Tallene kan styrke argumentene for en fortsatt restriktiv norsk politikk angående frislipp av disse to aktivitetene. I Norge er det i gjennomsnitt 3–5 dødsfall i snøskred hvert år, med Troms som det mest snøskredutsatte fylket. I dette fylket har 17 personer omkommet i snøskred siden vinteren 1995–96. Nyere forskning gir viktige bidrag til forebygging og akuttinnsats, samtidig som det er viktig å ta vare på kunnskap som bygger på erfaringer fra lokale forhold her i landet.

Mads Gilbert
Helge Stalsberg
Universitetssykehuset Nord-Norge

Morten Røstrup
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Sagsveen M. Dødsårsaker ved snøskredulykker. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 975.
2. Stalsberg H, Albrechtsen C, Gilbert M et al. Mechanism of death in avalanche victims. Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol 1989; 414: 415–22.
3. Røstrup M, Gilbert M, Stalsberg H. Skredulykken i Vassdalen. Medisinske erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 807–13.
4. Røstrup M, Gilbert M. Snøskredulykker. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1100–2.
5. Hohlrieder M, Brugger H, Schubert HM et al. Pattern and severity of injury in avalanche victims. High Alt Med Biol 2007; 8: 56–61.
6. Boyd J, Haegeli P, Abu-Laban RB et al. Patterns of death among avalanche fatalities: a 21-year review. CMAJ 2009; 180: 507–12.

Vanskelig – men viktig – med kritisk vurdering av ny teknologi

I Tidsskriftet nr. 7/2009 stiller Bach-Gansmo & Bogsrud seg kritisk til de norske prosedyrene ved og premisene for evaluering av nytt medisinskteknisk utstyr, som positronemisjonstomografi (PET) (1). Vi er enige i at det er en utfordring å vurdere instrumenter og metoder som er i utvikling. En systematisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er imidlertid viktig for å avklare hva vi vet om helsetjenestetiltak, også når det gjelder vurdering av PET. De fleste nye teknologier har et utviklingsforløp der nytte og risiko vurderes gjennom forskning, og PET-teknologien er i så måte ikke unik. Utfordringen er å vite når kunnskapsgrunnlaget er godt nok for trygg og sikker innføring. Vi er helt enige med Bach-Gansmo & Bogsrud i at det er viktig å komme frem til optimale metoder og prosesser i så henseende. Kunnskapssenterets metodetilnærming er i samsvar med internasjonale prinsipper for systematiske kunnskapsoppsummeringer, der man ikke bare legger vekt på randomiserte, kontrollerte studier, og vi følger kontinuerlig med i metodearbeidet (2, 3).

For å sikre pasientene trygge og gode helsetjenester skal forskningsgrunnlaget vurderes sammen med annen kunnskap og informasjon. Her vektlegges kliniske erfaringer, tilgjengelige ressurser og andre konsekvenser ved teknologien før de ansvarlige beslutter om den skal innføres. Kunnskapssenterets rolle i denne prosessen er ikke å gi anbefalinger – vi skal utelukkende fremlegge kunnskapsgrunnlaget slik at de som skal ta beslutningene, har et best mulig utgangspunkt for dette. Anbefalingene i de nasjonale retningslinjene om at PET ikke har noen plass i utredning av spiserørskreft, er derfor ikke Kunnskapssenterets, det kommer fra fagmiljøene og Helsedirektoratet.

Vi tror at arbeidet med nasjonale retningslinjer på kreftområdet er en riktig vei å gå, forutsatt at gyldigheten vurderes fortløpende. På samme måte som PET er en teknologi i utvikling, er de nasjonale retningslinjene på kreftområdet dokumenter som skal oppdateres i tråd med denne utviklingen. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har pekt på at alle retningslinjer på kreftområdet må ta stilling til hvilken rolle PET/CT skal ha i utredning eller oppfølging av de ulike pasientgruppene. Dette følger vi opp, og vi har bl.a. en bestilling om å vurdere PET/CT i forbindelse med retningslinjer for lungekreft. Vi vil også starte en utredning for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering om hvilket behov det er for PET/CT.

Vi er absolutt enige i at det er viktig å møte fremtidens utfordringer for å være