

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 legemiddellassistert 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 familieggruppe, ektepargruppe samt flerfamilieggruppe (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 bufenorfin 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 legemiddellassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Tidsskr Nor Legeforen 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 titrert 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 selvpålevd 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_Retningsl_116709a.pdf (14.5.2009).
2. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein 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. Thavandiranathan 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. Leserbreiv. Tidsskr Nor Legeforen 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