

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 systemeierskapet 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 systemsvakhet 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.

## 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

**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 <sup>1</sup>	<sup>2</sup>
Fexofenadin	Telfast, Nefoxef	Ja <sup>1</sup>	Ja
Cetirizin	Zyrtec, Reactine	Ja	<sup>2</sup>
Levocetirizin	Xyzal	Ja	<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> 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' hjemmeside (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](http://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 forsikringssselskapene vil være uenige. En reduksjon av menerstatningsgrensen vil medføre større utbetalinger for selskapene.

De medisinske symptomer etter en skade

opplevs 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.

## 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.