

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Sykehjem og spesialistutdanning

Det fremgår i intervjuet med Pernille Bruusgaard i Tidsskriftet nr. 21/2010 at fulltids sykehjemsleger ikke blir ivaretatt i dagens spesialistutdanningssystem til tross for at sykehjemsleger behandler sykdommer i alle organsystemer (1). Praksis på sykehjem gir således ikke uttelling i henhold til spesialistutdanning, og spesialister i allmenmedisin som jobber fulltid i sykehjem, mister spesialistgodkjenningen etter fem år. Dette virker ganske urimelig. Ville det ikke være mulig å gjøre sykehjemsmedisin til en grenspesialitet innen geriatri?

For meg som med mine 92 år har opplevd hvordan sykdommer forsvinner og nye dukker opp, og hvordan eldrebølgen ruller innover oss, er det forstemmende at sykehjemsmedisin verdsettes i så liten grad.

Elling Kvamme
Oslo

Litteratur

1. Feiring E. Bare en sykehjemslege. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2148–9.

Immunologisk trombocytopeni hos barn

I tidsskriftet nr. 21/2010 ga Ghanima og medarbeidere (1) en fin oversikt over immunologisk trombocytopeni. Artikkelen var vinklet hovedsakelig mot forhold hos voksne. Immunologisk trombocytopeni er en viktig tilstand også hos barn. Vi ønsker å komme med noen presiseringer med tanke på kliniske forhold i denne aldersgruppen.

Insidensen hos barn under 15 år er høyere enn hos voksne og ligger på 4–5/100 000. Aldersfordelingen viser en betydelig topp i gruppen 1–6 år, og det er disse som representerer typisk postinfeksiøs immunologisk trombocytopeni med kortvarig «snilt» forløp og få kliniske problemer (2). Hos eldre barn og ungdommer likner sykdommen mer den man ser hos voksne, og kroniske forløp forekommer hyppigere. Den viktigste prediktive faktoren for kroniske forløp er varighet av blødningssymptomene på mer enn 14 dager før diagnosen (3).

I behandlingsretningslinjene for barn understrekes det at de fleste ikke vil ha behov for medikamentell behandling nær-

mest uansett platetall. Unntak er alvorlige blødninger og pågående slimhinneblødninger (4). Når det er indikasjon for behandling, anser de fleste i Norden intravenøs immunoglobulin som førstevalg. For delen er raskere heving av platetallet, men preparatet har, som Ghanima og medarbeidere påpeker, betydelige bivirkninger (1). Peroral steroidbehandling er et godt alternativ, men for barn kreves det alltid beinmargsundersøkelse før oppstart av steroider, da steroidbehandling kan maskere akutt leukemi som opptrer i samme aldersgruppe. Steroidbehandling utover 2–3 uker er kontraindisert pga. faren for veksthemming hos barn.

Ved kronisk immunologisk trombocytopeni (ca. 25 % har trombocytopeni lenger enn seks måneder) gjøres i dag ofte et forsøk med rituksimab før man eventuelt bestemmer seg for splenektomi. Splenektomi har hos barn en suksessrate på rundt 80 %. Den bør vanligvis ikke foretas før etter noen års observasjon, da spontane remisjoner selv etter flere år ikke er uvanlig. De nye trombopoietinreseptoragonistene er foreløpig ikke godkjent for bruk hos barn, men en første studie hos barn har vist lovende resultater (5), og flere studier er underveis.

Bernward Zeller

Barnemedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Anne Grete Bechensteen

Barnemedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Ghanima W, Holme PA, Tjønnfjord GE. Immunologisk trombocytopeni – patofysiologi og behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2120–3.
2. Rosthøj S, Hedlund-Treutiger I, Rajantie J et al. Duration and morbidity of newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a prospective Nordic study of an unselected cohort. J Pediatr 2003; 143: 302–7.
3. Zeller B, Rajantie J, Hedlund-Treutiger I et al. Childhood idiopathic thrombocytopenic purpura in the Nordic countries: epidemiology and predictors of chronic disease. Acta Paediatr 2005; 94: 178–84.
4. Provan D, Stasi R, Newland AC et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood 2010; 115: 168–86.
5. Buchanan GR, Bomgaars L, Bussell JB et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 1/2 study of romiplostim in children with chronic immune thrombocytopenic purpura (ITP). ASH Annual Meeting Abstracts 2009; 114: 680.

Hvor er Legeforeningen?

For ca. et år siden utfordret jeg vår president til å svare på hva Legeforeningen tenker om autorisasjon for eldre leger (1). I mellomtiden har jeg fått forventet avslag fra ankenemnda på søknad om forlenget lisens. Forventet fordi offentlige klagenemnder er oppnevnt for å strø sand på at underliggende organ har fulgt boken til punkt og prikke. Klagenemnder er ikke til for å vurdere om regelverket baserer seg på noe i nærheten av sunn fornuft. Jeg har fått et brev fra presidenten og kopi av brev som sekretariatet har sendt Helse- og omsorgsdepartementet. Begge brev er velskrevne, men uten nye tanker.

Legeforeningens forskningsinstitutt publiserte i nr. 19/2010 en undersøkelse om kollegers syn på aldersgrense for autorisasjon og lisens (2). Artikkelen har ligget i Tidsskriftets redaksjon i rundt ett år før publikasjon og må derfor ha vært kjent omtrent da jeg skrev mitt første innlegg. Forfatterne påpeker her at Norge er nokså alene om å ha så restriktive regler. I Danmark har man siden 2007 hatt en smidigere holdning (som trolig langt på vei ville løst problemet også i Norge) som innebærer at leger kan skrive ut resepter til seg selv og nærmeste pårørende.

Høring og helst bred høring er i dag nærmest en hjørnestein i norsk offentlig forvaltning, og er viktig i forvaltningen av et demokrati. Høring er også et godt hjelpemiddel om noe kontroversielt skal innføres. Forslaget sendes til de 2–3 som man vet er de sterke motstanderne, ved bred høring også til 20–30 eller flere. Hvis disse andre 20–30 ikke er negativt berørt, vil de vanligvis ikke ha noe imot innføringen. Forskningsinstituttet har ikke gjort det slik, de har bare vist hvem som er interessert i eller berørt av gjeldende regelverk.

Tidsskriftet har valgt å la kollega Dag Bruusgaard kommentere spørreundersøkelsen på lederplass (3). Bruusgaard mener at en forutsetning for å få autorisasjon må være at man bedriver klinisk virksomhet, uavhengig av hvilken alder man har. Hans konklusjon er at de yngre legene i undersøkelsen «erkjenner allmennlegenes kompetanse og egne begrensninger bedre enn sine eldre kolleger», og dette er illustrerende for Bruusgaards tolking av det publiserte materialet.

Jeg håper nå vår president vil svare i rimelig klartekst på følgende spørsmål:

Er foreningens ledelse innstilt på å få saken juridisk vurdert slik vår vel ansette kollega statsfysikus Fredrik Mellbye foreslo i 1996 (2)? Nei eller Ja? Blir det et ja, blir jeg gjerne med på å vurdere hvem som bør spørres om en slik vurdering og hvilket mandat disse bør få.

Steinar Hagen
Asker

Litteratur

1. Hagen S. Samfunnets hån mot eldre leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311–12.
2. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1917–20.
3. Bruusgaard D. Forsvarlighet og autorisasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1906.

Misvisende om AD/HD

I Tidsskriftet nr. 19/2010 sammenfattes en undersøkelse om sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og AD/HD hos barn (1). Konklusjonen lyder: «Selv om den arvelige komponenten er sterk, antyder resultatene at det kan settes inn tiltak for å forebygge lidelsen.» Dette utsagnet gjengir ikke budskapet som undersøkelsen frembringer. For det første burde det ha fremgått at det dreier seg om en undersøkelse av hele 7 960 barn som i 2006 fikk psykostimulerende medikamenter.

For det andre er detaljene viktige: Barn av foreldre som mottok sosiale ytelser og barn av mødre med lav utdanning var 2,3 ganger så hyppig representert sammenliknet med den nasjonale kohorten på 1,1 millioner barn. Barn av aleneforeldre og barn av foreldre som var registrert med psykiatriske sykdommer var 1,5 ganger så hyppig representert. Konklusjonen ble at 60 % av medisineringsen kunne føres tilbake til psykososiale faktorer.

De familiære belastningene som oppstår i familiene til disse barna, blir ofte oversett når diagnosen AD/HD stilles. Mens det blir antatt at emosjonelle forstyrrelser er sekundære til atferdsforstyrrelsene, altså komorbide, kan dette i hvertfall ikke hevdes når det gjelder de sosiøkonomiske faktorene som beskrives her.

I Tyskland begynner «kullsviertroen» på den biologiske arvelighetsteorien å vakle. AD/HD-diagnosen er blitt en stor «sekk» som fylles med barn som viser motorisk uro og uoppmerksomhet, samme hvilken årsak som ligger bak denne uroen. Vi leger må nå begynne å nysensere vårt syn på AD/HD. Barna som får denne diagnosen blir stigmatisert som «hjerne-skadede», arvelighetsteorien innebærer defaitistiske forestillinger om at forstyrrelsene er «uunngeelige» og minsker troen på at barna og deres foreldre ved egen hjelp eller med hjelp utenfra kan forandre sin livssituasjon slik at uroen hos barnet avtar.

I boken ADHD – forstå symptomene – forandre relasjonene vises det bl.a. til en katamnestic undersøkelse av 93 barn som var blitt henvist til en barnepsykiater med diagnosen AD/HD og som var blitt behandlet med barnepsykoterapi (leketerapi, kunstterapi, ergoterapi) og familierterapi minst ti ganger (2). Ved etterundersøkelsen minst seks måneder etter avsluttet behandling hadde ingen av barna behov for behandling med psykofarmaka.

Kontroversene omkring AD/HD kommer ikke til å opphøre før vi aksepterer at urolige og ukonsentrerte barn ikke lar seg redusere til biologi og atferd. De har også et indre liv som gjenspeiler seg i den forstyrrede atferden.

Terje Neraal
Wettenberg
Tyskland

Litteratur

1. Hjern A, Weitof GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. Acta Paediatr 2010; 99: 920–4.
2. Neraal T, Wildermuth M (red). ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2008.

Villedende om HPV-testing

Sveinung Sørbye omtaler i Tidsskriftet nr. 22/2010 (1) sin egen publikasjon (2). Det er en retrospektiv, ikke-sammenliknende analyse av $\frac{3}{4}$ av sekundær prøvetaking (triage) etter lavgradig indekscytologi fra cervix, undersøkt ved Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden 2006–09. Han anbefaler direkte behandling (konisering av cervix) uten histologisk verifisering når mRNA-basert test for humant papillomvirus (HPV) er positiv sammen med høygradig cytologitslag og kvinnen er eldre enn 40 år.

Uten å gå nærmere inn på en kritisk analyse av publikasjonen som ligger til grunn, vil vi understreke at anbefalingen ikke har forankring i det gynekologiske fagmiljøet som har ansvaret for behandlingen av denne pasientgruppen. Den er i strid med gjeldende norske retningslinjer slik de er nedfelt i Norsk gynekologisk forenings *Veileder i gynekologisk onkologi 2009* (3, 4). Triage av lavgradig cytologitslag med ny cytologisk prøve ledsaget av HPV-test er en ny algoritme i screeningprogrammet for livmorhalskreft som er iverksatt som et prosjekt som skal evalueres på nasjonalt nivå. Fem ulike HPV-tester er i bruk, noe som kompliserer evalueringen som ennå ikke er gjennomført. Å gå ut med terapi-anbefaling som bryter med nasjonale og internasjonale prinsipper og retningslinjer basert på den omtalte publikasjonen, er i beste fall prematurt. Man må gjerne argumentere mot gjeldende norske retningslinjer, også i Tidsskriftets spalter, men da

må argumentasjonen bygge på vitenskapelig dokumentasjon. Det er lite tillitvekkende når en person skriver en artikkel og så får sin egen vurdering av den publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Sørbyes innlegg fremstår som villedende reklame som ikke burde ha kommet på trykk.

Bjørn Hagen
Veileder i gynekologisk onkologi

Kåre Augensen
Kvalitetsutvalget i Norsk gynekologisk forening

Litteratur

1. Sørbye S. HPV-mRNA-test påviser celleforandringer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2214.
2. Sørbye SW, Fismen S, Gutteberg T et al. Triage of women with minor cervical lesions: data suggesting a «test and treat» approach for HPV E6/E7 mRNA testing. PLoS One 2010; 5: e12724.
3. Veileder i gynekologisk onkologi. www.legeforeningen.no/id/153445.0 [22.11.2010].
4. Premaligne lidelser i cervix. www.legeforeningen.no/asset/44115/1/44115_1.pdf [22.11.2010].

Tilsvarerett:

Tidsskriftet praktiserer tilsvarerett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing/5correspond.html). Dette innebærer at forfattere av vitenskapelige artikler som blir kommentert i spalten Brev til redaktøren, får anledning til å komme med tilsvar i samme nummer av Tidsskriftet. Ytterligere innlegg vil bli henvist til et senere nummer.