

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 veksthemning 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: