

- » Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Legepersonlighet – finnes det?

I Tidsskriftet nr. 21/2013 fokuserer Erlend Hem på noen av de viktigste aspektene ved legepersonlighet, som systemlojalitet, flinkhet og supertilpasningsdyktighet (1).

Leger står også i fare for å få depresjon, føle tomhet og kjenne på tilværelsens meningsløshet hvis de ikke gjenkjenner krav for å balansere flinkhet med andre livsutfordringer.

Ulike faggrupper som jobber i helsevesenet, har mye til felles. Kanskje det å gi hjelp/omsorg til andre står sentralt?

Jeg var bevisst på de grensene som legerollen inneholder, men min erfaring er at det var for lite tid til aktiviteter som eventuelt kunne balansere. Kunne kortere arbeidstid eller kortere opptjeningstid være en mulighet? Det er sikkert viktig å tenke på tiltak umiddelbart med slike problemstillinger.

### Marica Lazarevic

maricanor@yahoo.com

Marica Lazarevic (f. 1950) er pensjonert overlege i psykiatri. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Hem E. Legepersonlighet – finnes det? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2223.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 19.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3093690/>

## Lækjarrollen

I Tidsskriftet nr. 21 skriv Erlend Hem om lækjarrollen (1). Eg håpar at dei fleste unge som skal velge karriere ser at det er meir enn karakterar frå skulen som er avgjerande kva ein vel for yrkesveg. Det trur eg ikkje var tilfelle før – det er berre å fylgje mange av dei som utdannar seg til dette yrket fordi far eller mor og andre i familien gjekk denne vegen.

Eg har hatt mine ulike hendingar, knytta til sjukehus og fastlækjarar. Dei fleste er positive, men det er store skilnader. Etter mi mening burde enkelte som utdannar seg i denne retninga, absolutt valt ei anna yrkeskarriere. Det er litt for mange som er oppteken av eigen status og set andre enn pasienten først.

Eg har ikkje så store kunnskapar omkring kva ein krev av ein som vil utdanne seg til lækjar, men føler at det kanskje vert lagt for lite vekt på kva det vil seie å arbeide med menneske. Mitt inntrykk er også at ein arbeider for dårleg med vurderingar under heile utdanninga.

### Henry Lie

henry.j.lie@gmail.com

Henry Lie er pensjonist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Hem E. Legepersonlighet – finnes det? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2223.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 25.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3093690/>

## Registrerte opiatavhengige i Norge

I Tidsskriftet nr. 21/2013 påstås det at «Norge er blant landene i Europa med best utbygd tilbud innen substitusjonsbehandling for opiatavhengige, med over halvparten av registrerte brukere innlemmet i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)» (1).

Dette må vel være feil skrevet? Eller likestiller man LAR-pasienter med registrerte brukere opiatavhengige?

### Erling Pedersen

erling.pedersen@rusfeltet.no

Erling Pedersen er leder av Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Stavseth LS, Kunøe N, Tanum L. Langtidsvirkende naltrekson – en ny vei ut av opiatavhengighet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2231–2.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 13.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3094161/>

## Brudd på Helsinki-deklarasjonen

Jeg viser til artikkelen i Tidsskriftet nr. 21/2013 (1). Det er prisverdig at man forsøker å finne behandling for pasienter med skadelig opioidbruk.

Får pasientene mulighet til å velge kjent behandling – opioidsubstitusjon – fremfor å måtte delta i et eksperiment med utprøvende behandling for å kunne få kjent behandling? Hvis ikke, er ikke det brudd på Helsinki-deklarasjonen?

### Joe Siri Ekgren

jse@bergeliv.no

Joe Siri Ekgren (f. 1963) er allmennlege på Værøy. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Stavseth LS, Kunøe N, Tanum L. Langtidsvirkende naltrekson – en ny vei ut av opiatavhengighet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2231–2.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 16.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3094161/>

## L.S. Stavseth og medarbeidere svarer:

Ut fra vinklingen vi har valgt for dette innlegget, definerer vi opiatavhengige som gruppen heroinbrukere (illegale rusmidler) og gruppen i legemiddelbasert behandling (LAR) som mottar opiatagonister i kontrollerte former. Vi anser en høy andel pasienter som mottar buprenorfin, suboxone eller metadon som opiatavhengige i en klinisk farmakologisk fortolkning av begrepet.

Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) baserer seg bl.a. på populasjonsanslag fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og tall fra LAR-registeret når de beregner dekningsgraden av LAR-behandling blant opiatmisbrukere i EØS-land.

Pasienter i legemiddelassistert behandling har en kontrollert fysiologisk avhengighet til foreskrevne opioidstoffer som metadon og buprenorfin, noe som vi vet er langt gunstigere enn illegal bruk av heroin og andre opioidstoffer. Den gunstige virkningen av LAR

>>>

gjør at det i dag ikke anbefales å trappe ned LAR-behandling, selv om noen pasienter ønsker dette. Heri ligger et potensial for langtidsvirkende naltrekson: nedtrapping og overføring til assistert avhold fra opioider. Man kan tenke seg at opioidblokaden gir større trygghet mot tilbakefall og overdose enn et rent samtalebasert alternativ ville gjort. Dermed vil langtidsvirkende naltrekson kunne gjøre nedtrapping av opioidbehandlingen og opioidavhold til et realistisk prosjekt for flere enn i dag.

Til Joe Siri Ekgrens innlegg vil vi si at studien er godkjent av Statens legemiddelverk (SLV) og De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og på ingen måte i strid med Helsinki-deklarasjonen.

Pasientene randomiseres til suboxone (kjent behandling) eller naltrekson (utprøvende behandling) i tre måneder før de selv kan velge hvilken behandling de ønsker å motta i den ikke-randomiserte delen av studien.

#### Live Sanderud Stavseth

*l.s.stavseth@medisin.uio.no*

#### Lars Tanum

#### Nikolaj Kunøe

Live Sanderud Stavseth (f. 1978) er lege og stipendiat ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Tanum (f. 1956) er seksjonssjef for forskning ved avdeling FoU Psykisk Helsevern, Akershus universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nikolaj Kunøe (f. 1976) er psykolog og postdoktor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 15.11.2013.  
<http://tidsskriftet.no/article/3094161/>*

## Uenighet blant leger

Kollega Ulvestad treffer spikeren på hodet i Tidsskriftet nr. 21/2013 når han påpeker at «myndighetene [har] vært mer tilbøyelige til å løse striden gjennom tvang, instruksjon og tilbakekalling av enkelte legers autorisasjon. Men dette fører ikke kunnskapsfronten videre. I stedet bør striden søkes løst gjennom økt og omforent forskningsinnsats» (1).

Å hevde at skillet går mellom «skolemedisinen» og de «alternative» er kanskje for enkelt, og neppe en fruktbar dikotomi. Det hersker ikke noen monolittisk enighet blant leger om tilnærmingen til forekomst, diagnostikk og behandling av pasienter med mulig kronisk borreliose – og vi skolemedisinere fordeler oss i et kontinuum fra skråsikkerhet til nysgjerrighet.

Utforskningen av det humane mikrobiom, herunder det intracellulære mikrobiom, er i sin spede begynnelse, og vi gjør klokt i å legge til side faglige basuner og bannbullen, slik at vi kan nærme oss dette spennende feltet med undring og nysgjerrighet.

#### Joe Siri Ekgren

*jse@bergeliv.no*

Joe Siri Ekgren (f. 1963) er allmennlege på Værøy. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Ulvestad E. Borreliosestriden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2234.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 18.10.2013.  
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>*

## Å bygge broar

Det låter forsonlig når Elling Ulvestad i Tidsskriftet nr. 21/2013 vill forsøke bygge broar mellom de två sidorna i «borreliastriden» (1), men jeg tror det er lika meningsløst som att försöka få samsyn mellan strålskyddsmyndigheterna och de som anser sig drabbade av elöverkänslighet. Så vitt jag kan se är det bara den ena sidan som är villig att ta till sig vetenskapliga forskningsfynd.

Pasienterna har självklart rätt att bli trodda när de beskriver symptom de upplever, men patienter är inte alltid skickade att avgöra vad orsaken till symtomen är. Vidare kan man lätt konstatera att de få läkare i Norge som diagnostiserar och behandlar «kronisk borrelia» i regel även förespråkar andra ovetenskapliga eller pseudovetenskapliga idéer (2).

Det vi med stor säkerhet vet, är att förlängd antibiotikabehandling inte leder till någon meningsfull förbättring, det har flera randomiserade studier visat (3). Det är därför obegripligt att Ulvestad kritiserar Helsetilsynet när de till slut agerar mot en läkare som inte vill ändra sin praxis trots att han uppenbarligen skadat minst en patient genom sådan långvarig antibiotikabehandling (4).

#### Mats Reimer

*reimer@telia.com*

Mats Reimer (f. 1960) er barnelege ved Barnmottagningen Mölnlycke i Sverige.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Ulvestad E. Borreliosestriden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2234.
2. Fosse B. Lunengs imponerende CV. Bloggen 4brooker. 7.11.2012. <http://4brooker.wordpress.com/2012/11/07/lunengs-imponerende-cv/> [21.10.2013].
3. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Research into prolonged treatment for Lyme disease. 15.11.2011. [www.cdc.gov/lyme/treatment/prolonged/index.html](http://www.cdc.gov/lyme/treatment/prolonged/index.html) [21.10.2013].
4. Helsetilsynet. Brev 2. september 2013. [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/) [21.10.2013].

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert først på nett 21.10.2013.  
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>*

## E. Ulvestad svarer:

Ekgrens påpekning av dikotomiens upresighet er helt på sin plass. For selv om dikotomier gjør kommunikasjon enklere, tilslører de samtidig et bakenforliggende kontinuum. Og i borreliosestriden vet vi at kontinuumet er vidt.

Det er det «alternative» ytterpunktet av dette kontinuumet Reimers innlegg forholder seg til. Og trolig er det derfor han mistolker mitt budskap. For jeg er ikke ute etter å bygge bro mellom ytterpunktene argumenter slik han antyder. Men jeg er definitivt ute etter gode argumenter – hva den ene eller den andre fronten måtte mene er uvesentlig dersom det ikke kan begrunnes vitenskapelig.

I så måte er det viktig å klargjøre at også skolemedisinen mangler kunnskap om borreliose, noe Reimer ikke synes å ha reflektert over. Det er i en slik sammenheng jeg hevder at tilbakekalling av autorisasjon ikke fører kunnskapsfronten videre. I dette ligger ikke nødvendigvis en kritikk av Helsetilsynet.

Jeg deler Reimers bekymring knyttet til langvarig antibiotikabruk, men tviler på om tilbakekalling av legers autorisasjon vil være løsningen. Tvert imot tror jeg det vil gjøre vondt verre ved at antibiotikabruken vil komme enda mer ut av kontroll, kanskje gjennom et illegalt antibiotikamarked. I seg selv burde det være god nok grunn til å intensivere forskningsinnsatsen.

#### Elling Ulvestad

*elling.ulvestad@helse-bergen.no*

>>>