

Den primære hensikten med spørreskjemaet var å få respons fra et representativt utvalg av de som ikke møtte til screening, og fra personer randomisert til kontrollgruppen til bruk i senere analyser av NordICC-studien. Dersom samtlige deltagere i vår studie skulle gis et kontantbeløp av tilsvarende størrelse som det effektive beløpet i Finsens studier (50 kroner), ville kostnaden bli høyere enn en strategi om å ringe dem som ikke hadde svart. Hvorvidt den ene eller andre strategien gir det mest representative utvalget er vanskelig å si. Dersom økning i svarprosent samsvarer med økning i representativitet, synes de to metodene omtrent jevn gode.

Dagrun Kyte Gjøstein
d.k.gjostein@medisin.uio.no
Michael Bretthauer
Magnus Løberg

Dagrun Kyte Gjøstein (f. 1986) er sosialantropolog og doktorgradsstipendiat ved klinisk effekt-forskningsgruppen ved Universitetet i Oslo/Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Michael Bretthauer (f. 1969) er professor ved Universitetet i Oslo og overlege ved Gastromedisinsk seksjon, Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Magnus Løberg (f. 1979) er lege og postdoktor ved klinisk effekt-forskningsgruppen ved Universitetet i Oslo/Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Finsen V, Storeheier AH. Scratch lottery tickets are a poor incentive to respond to mailed questionnaires. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6: 19.
2. Olsen F, Abelsen B, Olsen JA. Improving response rate and quality of survey data with a scratch lottery ticket incentive. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 52.
3. Gjøstein DK, Huitfeldt A, Løberg M et al. Incentiver og deltagelse i en medisinsk spørreundersøkelse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1082–7.
4. Finsen V. Tiltag for at øge svarprocenten ved spørgekemaundersøgelser. *Ugeskr Laeger* 2011; 173: 39–41.

Re: Ikke langvarig antibiotikabehandling ved sykdom tilskrevet borreliose

Det redaksjonelle innlegget ved Martine Rostadmo i *Tidsskriftet* nr. 11/2016 (1) berettiger en kommentar. Publikasjon fra Nederland (2) tillegges større vekt enn den fortjener. Presentasjonen er pen, men problemet er at inklusjonen av pasientene er diffus. Pasientene er til dels inkludert med diffuse plager og et IgG- eller IgM-funn. Kvantitering av IgG er ikke nevnt. IgM-immunoblot er bedømt etter fabrikantens kriterier. Her er det stor usikkerhet om et solitært IgM-bånd for OspC som fabrikanten angir, kvalifiserer til positiv prøve eller ikke.

Samme forskergruppe har tidligere redegjort for sitt prosjekt (3). Inklusjonskriteriene er her tydeligere presisert enn i artikkelen i *New England Journal of Medicine*. Uklarheten består likevel. Man merker seg at vel 20 % av pasientene ikke har noen form for positiv serologi. Når pasienter med artralgi eller andre muskel-skjelett-symptomer utgjør over 90 %, er det en merkelig diskrepans. Dette forsterkes av en upresist angivelse av serologisk støtte.

Jeg tror ikke denne artikkelen kan brukes til noe som helst i den infeksjonsmedisinske hverdag. Hvilken prosess som ligger bak publisering i *New England of Medicine*, er for meg gåtefullt.

Per H. Bjark
bjap@ous-hf.no

Per H. Bjark (f. 1938) er pensjonert overlege og spesialist i infeksjonssykdommer.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rostadmo M. Ikke langvarig antibiotikabehandling ved sykdom tilskrevet borreliose. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 989.
2. Berende A, ter Hofstede HJM, Vos FJ et al. Randomized trial of longer-term therapy for symptoms attributed to Lyme disease. *N Engl J Med* 2016; 374: 1209–20.
3. Berende A, ter Hofstede HJ, Donders AR et al. Persistent Lyme Empiric Antibiotic Study Europe (PLEASE)–design of a randomized controlled trial of prolonged antibiotic treatment in patients with persistent symptoms attributed to Lyme borreliosis. *BMC Infect Dis* 2014; 14: 543.

Re: Ikke langvarig antibiotikabehandling ved sykdom tilskrevet borreliose

Hvordan en best kan håndtere personer som har persisterende symptomer attribuert til borreliose, er et viktig og uavklart problemområde. Det er riktig som kommentert at det ikke var noe inklusjonskrav at man fant aktiv borreliainfeksjon eller positive borreliaantistoffer i studien. Kriteriet var at de inkluderte, eller henvisende lege, var sikre på at personen hadde en aktiv borreliainfeksjon som årsak til sine kroniske plager. Majoriteten av pasienten hadde ukarakteristiske plager som muskelsmerter, slitenhet og subjektive kognitive plager. Denne kliniske problemstillingen vil de fleste leger kjenne igjen fra egen praksis som relativ hyppig og utfordrende (1, 2). Det diskuteres fremdeles i mange miljøer om disse plagene kan skyldes en kronisk infeksjon som man ikke finner med vanlige diagnostiske metoder, og som bør behandles med langvarig og repeterte antibiotika. Enkelte private klinikker og leger i Norge og andre land har diagnostisert og behandlet/behandler nettopp denne pasientgruppen med langvarige og kombinerte antibiotikakurer, uten tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag eller sikker diagnose. Det er denne pasientgruppen de nederlandske forskerne har inkludert. Resultatet er altså at det ikke er noen tilleggseffekt av lengre behandling. Derfor er denne publiseringen viktig.

Randi Eikeland
Randi.Eikeland@sshf.no

Randi Eikeland er nevrolog og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ljøstad U, Mygland Å. The phenomenon of 'chronic Lyme'; an observational study. *Eur J Neurol* 2012; 19: 1128–35.
2. Eikeland R, Mygland A, Herlofson K et al. European neuroborreliosis: quality of life 30 months after treatment. *Acta Neurol Scand* 2011; 124: 349–54.

Re: Hjelp bøndene i kampen mot MRSA

Peer Ola Hofmo setter søkelyset på et viktig tiltak for å hindre smitte med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) i Norge (1). Helsemyndighetene anbefaler MRSA-testing for blant annet utenlandske arbeidstakere før de starter å arbeide i norske svinebesetninger (2). Hofmo refererer at mange blir avvist når de kommer til MRSA-testing. Det er grunn til å minne om at bærerskap med MRSA er definert som en allmenfarlig smittsom sykdom, og dermed gjelder rettigheter og plikter i smittevernloven (3). Helse- og omsorgsdepartementet har redegjort nærmere for dette i rundskriv til alle landets kommuner 11.3.2015 (4). Der heter det blant annet: «Smittevernloven fastsetter ikke en plikt for alle fastleger til å kunne teste for MRSA, men de må eventuelt henvisne pasienten til en annen lege i kommunen som kan gjøre dette.»

Leger må altså ikke bare oppfordres til å teste svinearbeidere for MRSA. Etter smittevernloven har de en plikt til å sørge for at de blir testet, enten legen gjør det selv, eller henviser til et annet tilbud i kommunen.

Per Espen Akselsen
per.akselsen@helse-bergen.no

>>>