



Den nye folkesykdommen

SIDE 3–11 ►

UFOKUSERT UTREDNING:

«Etter noe tids irritasjon over det jeg oppfattet å være malpraksis sendte jeg en e-post til ledelsen»

SIDE 12 ►

SVINDLERE OG SJARLATANER:

«Det er bekymringsfullt at healere som påberoper seg magiske krefter finnes i 2013»

SIDE 16 ►

Her står det en annonse i
papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhm@medisin.uio.no



ELLEN RENBERG
REDAKSJONSSEKRETÆR
LAYOUT
Tlf: 40 64 82 82
ellen@svovel.no



**KRISTIN
MACK-BORANDER**
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com



KARSTEN GUNDERSEN
JOURNALIST
kargun81@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 2/2013 er 2. mai 2013.

ANNONSER:
Media-AaMarketing
Postboks 240,1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82
E-post: arne@aamedia.no

POSTADRESSE:
c/o Oslo legeforening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

TRYKK: Merkur-Trykk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.legeforeningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

Redaksjonen avsluttet 26. februar 2013.
Forsidefoto: Colourbox

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstreklameplakaten.



Ettertrykk og elektronisk videre-
distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.



Antibiotika helt uten grenser

Nevroborreliose er blitt en utbredt folkesykdom, skal vi tro tallrike presseoppslag. – Det ser ut til å bli det nye ME, sier mikrobiolog og professor Elling Ulvestad. – Problemet er usikkerheten som smitter fra media og internett over til pasientene, mener nevrolog Unn Ljøstad. Hun har doktorgrad i borreliose.

Selv om diagnostiske verktøy og markører for sykdomsaktivitet ikke finnes for borreliose på samme måte som for hiv, er mangelen på perfekte diagnostiske verktøy noe som gjelder for svært mange sykdommer. Medisinens utfordring er tolkning, ikke evnen til å pugge referanseverdier.

Anders Danielsen Lie redegjorde i en kronikk i Aftenposten om hvordan flått-saken har satt sitt sterke preg på amerikansk politikk. Hos oss er det særlig Erna Solberg (H) og Laila Dāvøy (KrF) som har stilt seg i spissen for den politiske flåttbevegelsen. Omkvedet er at pasienter møter arrogante leger som ikke forstår at pasientens plager skyldes kronisk borreliose, selv om sykdommen ikke kan påvises. Disse pasientene, mener Dāvøy og Solberg, får i dag bedre hjelp utenfor det etablerte helsevesenet, blant annet ved Norsk borreliose-senter, som tilbyr langvarig antibiotika-behandling.

Pasienter som føler seg overbevist om at de har borreliose kan ha sterk sykdomsfølelse og nedsatt livskvalitet. De bør derfor ikke avfeies, men utredes, ikke minst fordi plagene kan ha mange årsaker. Ruth Foseide Thorkildsen slår hull på myten om den arrogante legen og beskriver i sin kronikk hvor frustrerende utredninger uten mål og mening kan være for legen. De bidrar også til å opprettholde et kunstig skille mellom psyke og soma, i stedet for å forsøke å finne mer helhetlige forklaringsmodeller. Og som Preben Aavitsland er inne på: det hender ikke rent sjelden at kroppen selv ordner opp.

Et stort flertall av de mange hundre pasientene som vurderes ved Norsk borreliose-senter ender opp med behandling mot borreliose. På konferansen NorTick, som nylig ble arrangert i Oslo, ble senterets frontfigur Rolf Luneng akkrevd dokumen-

tasjon på at resultatene er så oppløftende som han og pasientene påstår, og hvilke diagnostiske kriterier han benytter. Noe godt svar på disse spørsmålene kom aldri, i følge deltakere på konferansen. I stedet unnskyldte Luneng seg med at han ikke er noen forsker.

Både Laila Dāvøy (KrF) og Erna Solberg (H) har flere ganger benyttet Stortingets talerstol til å kreve mer forskning. Om noe da skal prioriteres ned – forskning på aldersdemens, depresjoner eller kreftsyke barn, tar de ikke stilling til. Å kreve mer av alt, er som kjent opposisjonens privilegium.

Det er lett å stille seg bak et ønske om mer forskning. Men er manglende forskning et større problem ved borreliose enn ved andre sykdommer? Og kan forskning bygge bro til de mest aktivistiske borreliose-miljøene med klare antivitenskaplige trekk? Den mer nøkterne pasientforeningen Norsk Lyme borreliose-forening skal ha ros for sine seriøse forsøk på å bedre kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten.

Å lage praksisnære studier og protokoller er som kjent en vanlig framgangsmåte når ny behandling skal innføres. Forskningsgruppen Dāvøy og Solberg burde etterlyst er seriøs dokumentasjon fra de som påstår de oppnår sensasjonelle behandlingsresultater. Dette trenger ikke nødvendigvis koste millioner av kroner.

Det er offentlig kjent at Rolf Luneng for en tid tilbake fikk en advarsel fra Statens helsetilsyn, for uvetting antibiotika-bruk hos en pasient med MS. Det var pasientens allmennlege som slo alarm. Spørsmålet er om Helsetilsynet kan reagere på feilbehandlingen av en enkeltpasient, og samtidig lukke øynene for en utstrakt kombinasjonsbehandling med bredspektrede og potente antibiotika på tvers av alle nasjonale og internasjonale retningslinjer.

Hvis det ikke er mulig å dokumentere effekt av en omstridt og potensielt farlig behandling er spørsmålet hvor lenge en slik behandlingspraksis bør få lov til å fortsette.

Én advarsel burde holde.

– Kronisk borreliose ser ut

Sinte pasienter, oppgitte leger og forvirrede politikere. Borreliose-debatten skaper fronter og frustrasjon, men hva er egentlig problemet?

CHARLOTTE LUNDE

«Kjære Lymefightere: 2013 skal bli et år i Flått-sykdomskampens tegn» står det på hjemmesiden til LYMEnytt, en av mange blogger drevet av pasientaktivister som har engasjert seg i borreliose-debatten det siste året. Det er ingen tvil om at retorikken bærer preg av at det pågår en kamp. En kamp «World Wide Lyme Protest Norway 2013» omtaler slik, på sin facebook-side: – Vi vil vinne!

På den andre siden står et bekymret fagmiljø som forsøker formidle at selv om det finnes svakheter ved diagnostikken er det evidensbasert kunnskap man må forholde seg til.

Tilfeldig utprøving. – Problemet er usikkerheten som smitter fra media og internett over til pasienter. Diagnostikken er ikke perfekt, men det gjelder jo mange sykdommer. Jeg blir betenkt når Erna Solberg sier at vi må gjøre noe mens vi venter på forskningen. Men man kan ikke basere pasientbehandling på tilfeldig utprøving, sier Unn Ljøstad, borreliose-forsker og overlege ved Sørlandet sykehus. Sykehuset ligger an til å bli vårt nye nasjonale kompetansesenter på borreliose.

– Jeg anerkjenner kronisk Lyme som en sykdom, men den er veldig sjelden, og pasientene har klare kliniske funn utover trøtthet. Vi har jo ingen prøver som kan påvise aktiv sykdom, men dagens tester er likevel gode nok. Når man setter sammen klinisk bilde med blodprøvesvar og spinalvæskerresultater kan man med svært få unntak være sikker på diagnosen, sier Ljøstad.

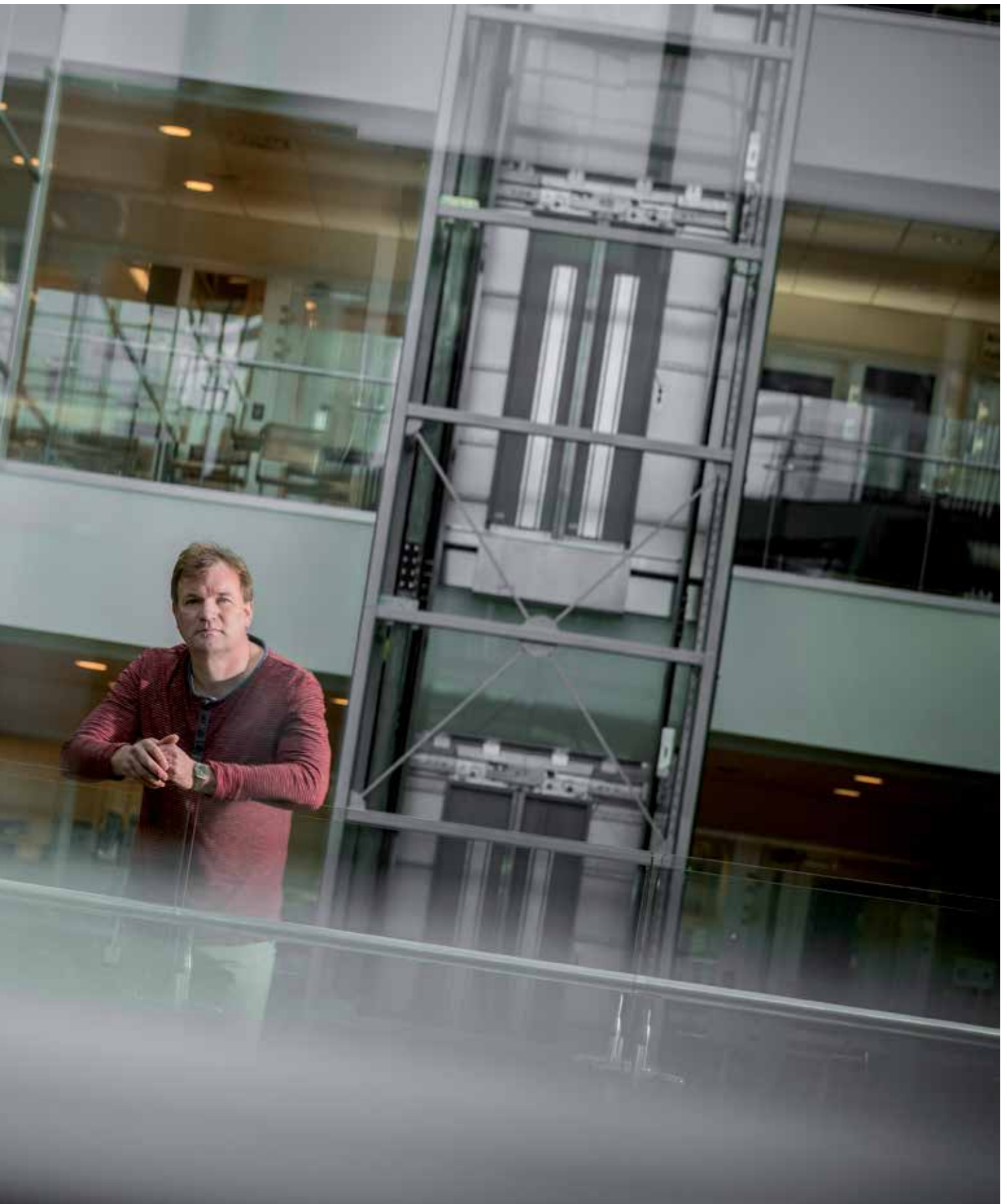
– Vi gjorde en studie på 29 pasienter som trodde de hadde kronisk Lyme, hvis man med det begrepet mener aktiv infeksjon, men det var ingen i denne gruppen som



FLÅTT-FORSKER: – Vi kan ikke som ved hiv måle sykdomsaktivitet og monitorere behandlingseffekt. Det er realiteten. Og før dette er på plass bør vi være forsiktige med å være bastante i våre konklusjoner, sier mikrobiolog Elling Ulvestad.

FOTO: EIVIND SENNESET

til å bli det nye ME



faktisk hadde sykdommen. Det vi så var at de alle derimot hadde en sterk overbevisning om at de hadde borreliose. Dette er likevel en pasientgruppe som trenger en grundig utredning. De har en enorm symptombyrde, dårlig livskvalitet og føler seg veldig syke, sier Ljøstad.

Klarer ikke påvise. Nylig ble det kjent at en norsk biolog, Morten Laane, har avdekket en måte å påvise *Borrelia* i blod. Forskerne er skeptiske.

– Vi klarer ikke påvise bakterien ved PCR verken i blod eller spinalvæske. Hvordan han da kan se bakterien i et mikroskop er et mysterium for meg, sier Ljøstad som stiller seg tvilende til metoden. Professor i mikrobiologi, Elling Ulvestad ved Haukeland universitetssykehus er enig.

– Det er vanskelig å uttale seg om noe som ikke er publisert. Hvis Laane kan påvise *Borrelia* i blod er det i så fall helt ny kunnskap. Han sier han ser strukturer som ligner *Borrelia*, men det vil kunne være mange strukturer som ser spiroketeaktige ut i et mikroskop. Han kommer her med en påstand som vi ikke har sett dokumen-



«Problemet er usikkerheten som smitter fra media og internett over til pasienter.»

UNN LJØSTAD

tasjon på og den blir derfor vanskelig å kommentere kritisk. Dermed oppstår det en medieskapt «avisand», sier Ulvestad som synes debatten er i et vanskelig spor.

Vanskelig å reversere. – Jeg tenker dette er forferdelig uheldig. Er det noe vi alle ønsker er det en ny og bedre test. Ved å hevde at han kan påvise *Borrelia* i blod setter han i gang en prosess som



«Er det noe vi alle ønsker er det en ny og bedre test.»

ELLING ULVESTAD

kan være vanskelig å reversere. Enkelte ME-forskere trodde jo at man kunne sette ME i sammenheng med XMRV-viruset og det ble masse medieoppstyr. Senere studier har ikke kunnet bekrefte dette og dermed falt det sammen. Det festet seg likevel en oppfatning av at ME kunne knyttes til dette viruset. Det samme kan skje med denne testen, det skaper forhåpninger som ikke kan imøtekommes, sier han.

Problemer i eget reir. – Vi har en del problemer i eget reir som må ryddes opp i før vi kritiserer pasientorganisasjonene. Idealet bør samsvare med realitetene og det gjør det jo ikke her. Ved hiv-infeksjon derimot, samsvarer ideal og realitet. Der har vi en entydig sammenheng mellom virus og sykdom. Vi har en suverent god diagnostikk, vi kan måle aktivitet av sykdom og vi kan monitorere behandling. Den andre ytterligheten er *Borrelia*-diagnostikken hvor realitet og ideal er milevis fra hverandre, sier Ulvestad som ikke er enig med Ljøstad i at diagnostikken er god nok.

Ikke optimalt. – Laane har fått oppmerksomhet i mediene med sin test nettopp fordi vi ikke har optimale diagnostiske tester. Vi kan ikke som ved hiv måle sykdomsaktivitet og ikke monitorere behandlingseffekt. Det er realiteten. Og før dette er på plass bør vi være forsiktige med å være bastante i våre konklusjoner. Jeg tror at *Borrelia* som andre infeksjonssykdommer kan føre til postinfeksiøst tretthetssyndrom, men å kunne dokumentere dette er vanskelig. Det å påvise at noen har ME eller borreliose er vanskelig, men det er like vanskelig å dokumentere at det er feil, sier Ulvestad som mener svakhetene i diagnostikken har skapt en spenning mellom publikum og helsevesen.

Det nye ME. – Post-borreliose er også et fenomen som handler om økt oppmerksomhet. Kronisk borreliose ser ut til å bli det nye ME. Vi gir ulike navn til det vi ikke forstår. ME er jo en uforklart tilstand karakterisert ved fatigue, men det kan være 100 ulike årsaker som ligger til grunn. Vi liker best en-til-en forklaringer i form av årsak virkning, men bildet her er dessverre langt mer komplekst, sier Ulvestad.

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Utredning og behandling av borreliose

Flytskjemaet til venstre er hentet fra *Rapport om diagnostisering og behandling av flåttsykdom*, avgitt til Helsedirektoratet i 2009 (publisert på nett 24.01.12), side 45.

Rapporten er basert på arbeidet til to arbeidsgrupper. Unn Ljøstad satt i arbeidsgruppen under Helsedirektoratet, mens Elling Ulvestad satt i arbeidsgruppen under Folkehelseinstituttet.

Rapporten på nett:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapport-om-diagnostisering-og-behandling-av-flattsykdom/Publikasjoner/rapport-om-diagnostisering-og-behandling-av-flattsykdom.pdf>

Les mer om borreliose og flått her:

Amerikanske Centers for Disease Control and Prevention sine omfattende temasider om borreliose: <http://www.cdc.gov/lyme/>

BMJs Best Practice-sider om borreliose: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/224.html>

European Center for Disease Control and Prevention sine temasider om borreliose: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight_tickborne/Pages/home.aspx

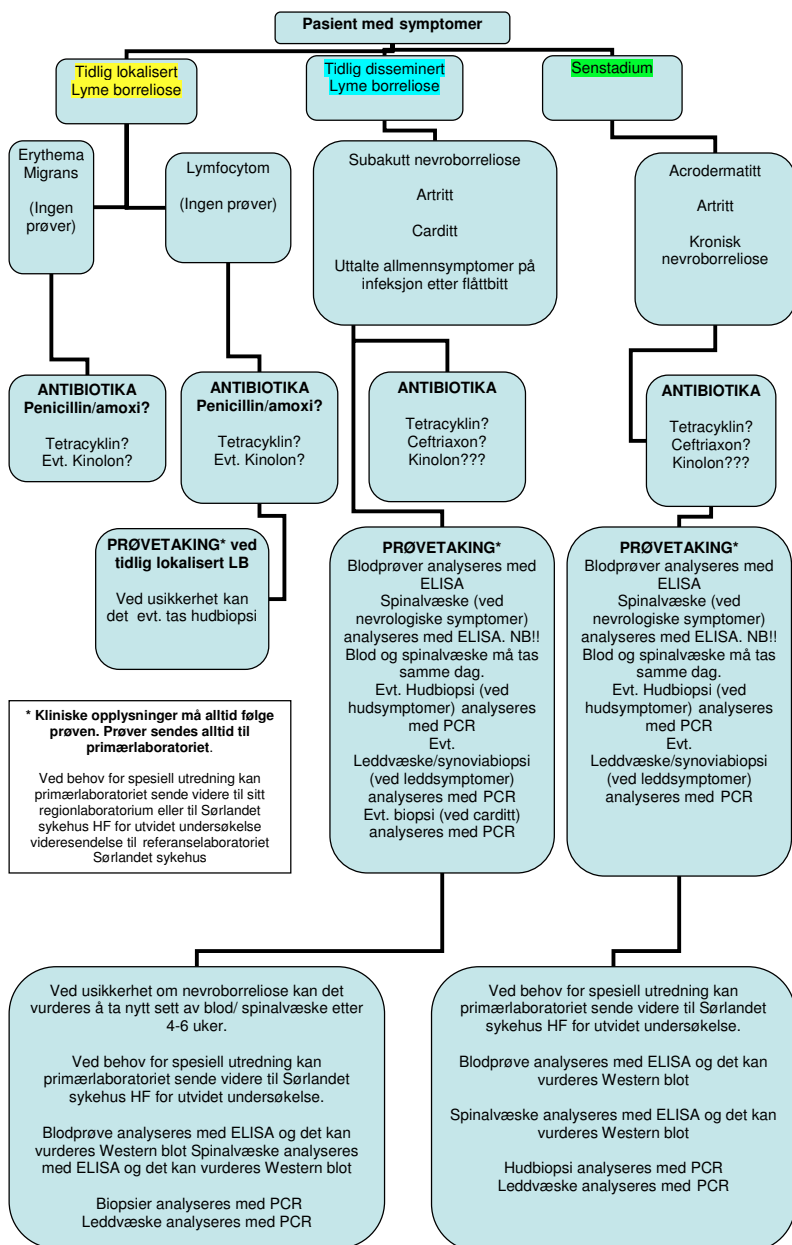
Folkehelseinstituttets flåttsider, med aktuelle lenker: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5568&MainArea_5661=5568:0:15,1895:1:0:::0:0&MainLeft_5568=5544:58877::1:5570:1:::0:0

Det norske forskernettverket NorTick: <http://www.nortick.no/>

Den svenske flått-studien Sting-studien, som skal baseres på analyser av inntil 10.000 flått som frivillige samler inn: <http://www.stingstudien.se/>

UpToDate har en rekke oppslag om diagnose og behandling av borreliose: <http://www.uptodate.com> (Bruk søkeordet lyme)

NB! Borreliose omtales ofte som Lyme disease i engelsk-språklig faglitteratur.



Skjemaet er gjengitt med tillatelse fra Helsedirektoratet.

Tause borreliose-debattanter

Journalen lyktes aldri å oppnå kontakt med legen **Rolf Luneng** ved Norsk borreliose senter. Høyres leder **Erna Solberg** var ikke tilgjengelig for kommentar. Stortingsrepresentant **Laila Dāvøy** (KrF) takket nei til intervju under henvisning til at hun ikke lenger var medlem av Helse- og omsorgskomiteen.

Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Nytt syn på immunsystemet

En mikrobe som gir infeksjon kan trigge hele kroppen på en annen måte enn man før har tenkt.

CHARLOTTE LUNDE

– Medisinen har lang tradisjon for å tenke i årsak-virkningsskjeder – vi tenker at mikroben gir sykdom, og at kroppens immunsystem samt legens antibiotika i sin tur bidrar til å helbrede sykdommen. Denne kunnskapen er blitt folkeei, alle «vet» at det er slik. Men det alle ikke vet eller tenker på, er at immunsystemet langt fra fungerer autonomt i kroppen. Immunsystemet er funksjonelt tett koblet opp både mot de sentralnervøse og endokrine adaptive systemer. Det betyr at når en mikrobe gir infeksjon, trigges hele kroppen, sier professor i mikrobiologi Elling Ulvestad og understreker at dette kan gi generell sykdomsfølelse, smerter og utmattelse, både under og etter en borreliainfeksjon. – Fortsatt forstår vi ikke hvorfor noen får en vedvarende fatigue etter et slikt immunstimulus, men jeg tror at forklaringen på det er å finne i relasjonen mellom de adaptive systemene. I så måte blir det forståelig at ulike stimuli som stress, infeksjon, og psykiske påkjenninger alle kan føre til fatigue – de virker inne på de samme systemer. Sett i et slikt perspektiv blir dessuten skillet mellom psykiske og fysiske stimuli meningsløs – de konvergerer uansett i den udelte kroppen. Å hevde at ME er en psykisk sykdom blir i så tilfelle like meningsløs som å hevde at ME ikke er en psykisk sykdom – ME er begge deler, og dét samtidig, avslutter Ulvestad.

ORD OG UTTRYKK

Borreliose brukes om flåttbåren infeksjonssykdom.

Borrelia burgdorferi er en spirokete som kan overføres fra skogflått til mennesker.

Ixodes ricinus er det latinske navnet på skogflått.

ELISA er en sensitiv immunologisk metode til å måle små mengder biologiske substanser. Et antistoff er knyttet sammen med et enzym som utløser en fargereaksjon når antistoffet binder seg til den substansen som skal måles. Fargeintensiteten måles, og viser konsentrasjonen av testsubstansen.

PCR er forkortelsen på polymerase kjedereaksjon som kan benyttes for å mangfoldiggjøre DNA. Prinsippet for metoden ble først beskrevet i 1971 av den norske biokjemikeren Kjell Kleppe (1934–88). Metoden kan blant annet benyttes for å påvise bakterier og virus uten å dyrke disse.

Spiroketer er betegnelsen på en gruppe gramnegative, trådformede, spiralsnodde, bevegelige og bøyelige bakterier.



Kilder: Store Norske Leksikon, Rapport om diagnostisering og behandling av flåttsykdom (Helsedirektoratet) og Wikipedia. (PHM)

FOTO: COLOURBOX

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Her står det en annonse i
papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Ønsker bedre samarbeid med helsetjenesten

Pasientorganisasjonen Norsk Lyme borreliose-forening anklager de etablerte fagmiljøene for å være belærende. Foreningen forsøker nå å bedre dialogen med spesialisthelsetjenesten.

KRISTIN MACK-BORANDER —

– Vi har sammen med Sørlandet Sykehus HF tatt initiativ til et prosjekt for å få bedre kommunikasjon og større åpenhet mellom spesialister og pasienter. Det ettårige prosjektet har fått bevilgning fra Extrastiftelsen helse og rehabilitering for 2013, og vi har forventninger til dette samarbeidet. Vi håper at dialog mellom pasienter og fagmiljøer også kan føre til at vi sammen kan få de viktige spørsmåla på bordet, og dermed være med og legge grunnlag for nødvendig forskning framover, sier styreleder Gerd Marit Berge i pasientforeningen.

Rir kjepphester. – Vi er kritiske til svært mye av det som blir gjort på dette området, særlig dagens praksis der negativ serologi ukritisk benyttes til å ekskludere borreliose som årsak til sykdom. Etter vårt skjønn er det altfor kort vei fra evidensbasert medisin til personlige kjepphester, og fagmiljøene viser liten evne til selvkritikk. Litt spissformulert kan vi påstå at fagmiljøene er langt mer belærende enn lærende, og at det i veldig liten grad synes å være informasjonsflyt oppover i systemet. Dette er poengtert i et brev vi nylig skrev til Helse- og helsedirektoratet, sier Gerd Marit Berge.

– Når vi har flere eksempler på at pasienter går fra uføretrygd og tilbake i full jobb etter behandling, burde det være interessant også for fagmiljøer og myndigheter å finne ut hvordan man kan identifisere disse pasientene, og hvilken behandling som faktisk gir best resultat.

Etterlyser kontrollerte studier. – Vi ønsker forskning og ny kunnskap, både innen diagnostikk og behandling. Innen diagnostikk er det stort behov for flere metoder til å påvise infeksjon, for å ha mulighet til å etterprøve serologien. Videreutvikling av metoder

for direkte påvisning (PCR og dyrking) har potensiale, men også andre indirekte metoder som Elispot LTT-metoden bør ses nærmere på. Når det gjelder behandling er det et stort behov for kontrollerte studier fra våre forhold, der man kan teste nye behandlingsregimer.

– Vi håper på sikt at foreningen skal bli overflødig, men det er nok fortsatt en veldig lang vei å gå, sier Gerd Marit Berge i et epost-intervju med *Journalen*. Pasientforeningen som ble stiftet i 2009 har i dag ca. 300 medlemmer og er utelukkende finansiert via en medlemskontigent. Foreningen driver også nettstedet lyme.no

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

Her står det en annonse i
papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

Malpraksis i bakvendtland

Kronikkforfatteren beskriver utredningen av ME-syke ved Aker sykehus som både ufokusert og nytteløs. Ruth Foseide Thorkildsen kritiserer også Helsedirektoratet for å strø om seg med udokumenterte ME-råd.

Siden min tid som lege ved indremedisinsk poliklinikk på Aker sykehus har jeg fulgt med på ME-debatten. Som de fleste andre har leger jeg stilltiende og undrende lest innlegg av både friske og ME-syke. Det har vært mye følelser og steile fronter, men lite faglig innhold. I hvertfall i øynene til en som er strengt oppdratt til å forholde seg til evidensbasert praksis og forskning som ufravikelige grunnpilarer.

Utgangspunktet for min interesse for ME har sitt utspring i en nesten to år lang krangel som verserte innad i nåværende Oslo universitetssykehus. Hvem skulle ta seg av pasientene som var henvist med spørsmål om ME? Hverken nevrologene eller infeksjonsmedisinerne ville ha dem. Resultatet ble en diger bunke med u håndterlige og ikke oppdaterte henvisninger som alle var mellom ett og et halvt og to år gamle. Disse havnet til slutt på bordet til en nyetablert indremedisinsk poliklinikk i etasjen under ME-senteret på Aker sykehus. Hvor mange hundre det var, vet jeg ikke.

Vi var en gjeng med indremedisinspire som fikk en kort introduksjon til utredning og tiltak for pasientgruppen CFS/ME. Det tydeligste budskapet var tiltaksbudskapet: Pasientene skulle få trygdeutbetalinger dersom de oppfylte visse kriterier.

Valget hadde falt på Canada-kriteriene som skal være de strengeste kriteriene for en slik «diagnose». Men; ME har ikke en egen ICD-10 diagnose og ingen er vel fortsatt helt sikre på hva ME egentlig er?

Vi skulle kode det som postviralt tretthetsyndrom uansett bakenforliggende årsak. Videre fikk vi utdelt retningslinjer for utredning av pasientgruppen. Det er bare det at ME er en eksklusjonsdiagnose. Ergo skulle vi screene for det aller meste uten å drive noen form for fokusert utredning: MR caput, EKG av alle, inkludert tenåringer, krysse av for det meste av klinisk kjemiske prøver, immunologiske



RUTH FOSEIDE THORKILDSSEN

«Det tydeligste budskapet var tiltaksbudskapet: Pasientene skulle få trygdeutbetalinger dersom de oppfylte visse kriterier»

prøver, mikrobiologiske undersøkelser, serologiske prøver og utføre nevrologisk status. Ingenting skulle være usjekket.

Det var satt av en og en halv time per pasient hvorav vi hadde to pasienter daglig. Resultatet var ofte noe «rusk» som genererte en betydelig mengde merarbeid og som jeg aldri opplevde hadde noen som helst praktisk betydning. Imidlertid ble de pasientene der man avdekket «rusk», det være seg godartet tumor i spyttkjertel, ymse varianter av litt lave immunoglobuliner eller høye utslag på revmatiske prøver, unødig sykeliggjort.

Pasientene ble selvsagt tatt inn og informert om avvikende resultater og henvist til rette instans. Man utførte crista-biopsier, aspirasjonscytologiske prøver og supplerende blodprøver av pasientene,

men ingen av dem fikk påvist noen alvorlig underliggende sykdom. Ei heller hadde funnene relevans til det de i utgangspunktet var henvist for. Av alle de pasientene jeg hadde, var det kun to av dem som hadde gode forklaringer på utmattelse og ME-liknende symptomer, men det var allerede avdekket i løpet av de årene de hadde ventet på time hos oss. Den ene hadde Parkinsons sykdom og den andre cøliaki.

Etter noe tids irritasjon over det jeg oppfattet å være malpraksis sendte jeg en e-post til ledelsen ved ME-senteret og min klinikk der jeg påpekte mangel på fokusert utredning. I tillegg stilte jeg spørsmålsteget ved fagligheten og hvorvidt det forelå «cost benefit»-analyser av den utredningen vi var pålagt å følge. Jeg etterlyste også om det kunne være andre tiltak enn sykmeldinger for de dårligste pasientene. Jeg fikk tilbakemelding på at det var gode spørsmål, men det kom ingen svar på kjernespørsmålene.

Helsedirektoratet sendte i høst ut et høringsforslag til en veileder for CSF/ME. Undertegnede har lest igjennom forslaget samt innspill fra høringsinstanser og det er nok en gang etterspørsel etter faglighet. Enkelte studier er ikke tatt med, andre er tilsynelatende selektivt inkludert. Det kommer anbefalinger om energiøkonomisering og skjerming av pasientene for all mulig stimuli. Dette kan bidra til en negativ spiral med totalt sengeliggende pasient som endepunkt. En anbefaling som per i dag ikke har støtte hverken i forskningsbasert eller evidensbasert litteratur. Et annet moment er at det foreligger for lite forskning på feltet og man har i år har utelatt å gi forskningsstøtte til tre relevante studier: Lightning Process-studien ved Folkehelseinstituttet, Rituximab-studien ved Haukeland, samt klonidin-studien ved Rikshospitalet (NorCapital).

Jeg skulle så gjerne sett at man støttet bred forskning på området fremfor å bruke midler på å unødig sykeliggjøre pasientene. Det er noe med å gjøre ting i riktig rekkefølge.

VIL DU SKRIVE EN KRONIKK TIL JOURNALEN?

Kronikk skal være på 4500 tegn, leveres med portrett av kronikkforfatteren. Kommentar/leserinnelegg skal være på 2500 tegn. Ta kontakt med redaktør Per Helge Måseide (se kolofon s. 3). Kronikker som kommer på trykk honoreres med en boksjekk.

DEBATTMØTE I LITTERATURHUSET

Oslo legeforening inviterer til debattmøte på
Litteraturhuset mandag 18. mars kl 18:30

Temaet er:

**Sykehusfusjonen i Oslo
– hvorfor lykkes det ikke?**

OSLO-LEGEN 2013

Oslo-legen blir utnevnt i årsmøtet i juni.
Frist for forslag til Oslo-legen er 13. mai.

Statutter:

1. Mottakeren må være medlem av Oslo legeforening
2. Mottakeren må ha utmerket seg som tillitsvalgt og/eller gjennom sin faglige virksomhet ha synliggjort legene og lege-rollen på en positiv måte
3. Nåværende medlemmer av Oslo legeforenings styre er ikke aktuelle
4. Mottakeren bør ha et spesielt «Oslo-fokus» med hensyn til sitt virke, og være kjent ut over en indre krets
5. Svært kjente kandidater som også har mottatt andre utmerkelse, er ikke prioritert.

Her står det en annonse i
papirutgaven.
Av hensyn til reklameregler,
er denne tatt ut av den
elektroniske utgaven.

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFORENING

Mars

Torsdag 21. Styremøte i Legenes hus

April

Mandag 15. Styremøte i Legenes hus

Mai

Fredag 17. Oslo legeforening inviterer også i år til 17. mai-arrangement i Legenes hus med tryllekunstner og Medicinsk Paradeorchæster.
Kl. 12.00-14.00

Torsdag 23. Styremøte i Legenes hus

Juni

Tirsdag 11. Styremøte i Legenes hus

Torsdag 13. Årsmøte m/valg i Legenes hus.

Forslag som skal behandles, må være styret i hende senest åtte uker før møtet.

Styret

LEDER

Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekontor
svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER

Kristin Hovland, Namf 23 19 51 00
Statens arbeidsmiljøinstitutt
kristin.hovland@stami.no

Recep Øzeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@akersykehus.no

Pernille Bruusgaard
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 58 44 99
Nydaleen legesenter
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

Siri Schøyen Seterelv, LSA 02180
Bydel Grorud
siri.schoyen.seterelv@bgr.oslo.kommune.no

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus, Ullevål
aasmund.bredeli@ullevaal.no

Oscar Løvdal, PSL 23 07 26 00
Oslo Øre-Nese-Hals
oscar@oslo-onh.no

Ruth Foseide Flenning, Ylf 22 89 40 0
ass. lege ved Medisinsk klinikk OUS Aker
ruthfth@hotmail.com

Bart Bækelandt, Nmf 22 85 05 50
Universitetet i Oslo
bart.baekelandt@studmed.uio.no

Espen Saxhaug
Kristoffersen, LVS 22 85 50 50
stipendiat, UiO Avdeling fra allmennmedisin
Epost: e.s.kristoffersen@medisin.uio.no

SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.broter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42
Oslo legeforening
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ

Reidar Johansen 22 95 55 90
leder
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

LEGE FOR LEGE-ORDNINGEN

Ellen Scheel 22 51 11 00
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Samhandlingsdirektør: Rydd opp!

Godt samarbeid forutsetter god informasjonsflyt. God informasjonsflyt krever innsats på systemnivå og på individnivå. Selv med dagens høyst mangelfulle systemer er det betydelige gevinster å hente ut.

Fastleger og andre henvisere må sørge for nødvendig (og tilstrekkelig – vil mange si) informasjon til sykehuset med klar bestilling, god sykehistorie, oppdatert medikamentliste og god kontaktinformasjon. Dessverre er ikke Oslo universitetssykehus (OUS) klar for elektronisk henvisning, og vil ikke være det på lang tid. Per i dag

*«Sykehuset
burde skjermes
over den måten
informasjonen
gjøres til-
gjengelig på»*

foreligger det ingen «dialogmelding» i meldingssystemet, så telefon og faks er fortsatt viktig når tilleggsinformasjon skal utveksles og uklartheter avklares.

Medisinlister er en kilde til besvær, ikke minst der hjemmesykepleien administrerer medisinen med multi-dose, det vil si tabletter og kapsler som er spesialpakket til den enkelte. Det er viktig at de endringene som gjøres blir meddelt alle som må vite. Jeg vil slå et slag for akronymet SNEKS (Som før, Ny indikasjon, Endret m begrunnelse, Kur – oppstart – dose – og varighet og Slutt).

Oslo universitetssykehus er en gigant som er svært uoversiktlig. Sykehuset burde skjermes over den måten informasjonen gjøres tilgjengelig på. Sykehuset har lokal-, regions- og landsfunksjoner, og man må ofte være detektiv for å finne ut av det. At man skal søke på bokstaven H, for «henvisningsinformasjon», for å finne transplantasjonskirurgi er ikke akkurat innlysende, ei heller at man skal inn på «Spiseforstyrrelser, regional avdeling for» for å få informasjon om lokaltilbudet. Samhandlingsdirektør: Rydd opp!

Jeg er litt usikker på om Sykehuspartner er en partner å stole på. Da OUS ble et sykehus, ble mye av IT-outsourcet til dette selskapet – et heleid selskap i Helse Sør Øst-gruppen. I høst var epikrisene i en periode datert 1. januar 1900. Det klarte man omsider å rette opp, men nå kommer epikrisene fra Ullevål Universitetssykehus uavhengig av hvor pasienten er behandlet. Noen ganger må man resonere seg fram til av epikriseteksten hva som er rett avdeling. Det går over min forstand at et IT-selskap med en omsetning på flere milliarder ikke klarer å ordne opp i sånt. Nå skal ikke tekniken ha skylda for alt – når epikriser fortsatt sendes per post har ledere på alle avdelinger en jobb å gjøre i forhold til sine ansatte.

Vi må bli bedre til å gjøre hverandre gode!



Svein Aarseth

SVEIN AARSETH

– Sykehjemslegene er på banen!

Spørreundersøkelsene Oslo legeförening har gjennomfört blant sykehjemslegene i Oslo i 2007 og i 2012 viser fortsatt utviklingsbehov, men også positiv utvikling på en rekke områder i legetjenesten ved Oslo sykehjemmene.

Sikrer forsvarlig legepraksis. Sykehjemslegene tilbys kurs og fagmøter slik at de kan drive faglig forsvarlig legearbeid. Etaten hadde i 2012 et omfattende legemiddelhåndteringsprosjekt blant langtidspasienter. Prosjektet tilførte legene ved 30 sykehjem økt kompetanse i legemiddelbruk hos sykehjempasienter. Prosjektet videreføres i 2013. Sykehjemsetaten er opptatt av at legene skal ha høy fagkompetanse, og vil også i fremtiden være en pådriver i utviklingen av alders- og sykehjemsmedisin. Dette skjer gjennom et samarbeid med Universitetet i Oslo. Legene har også et selvstendig ansvar for sin faglige utvikling. Vi mener forholdene er lagt til rette for dette, men vi er åpne for å forbedre forholdene ytterligere i samarbeid med sykehjemslegene og deres tillitsvalgte.

Legene involveres i sykehjemsdriften. Flere tiltak ble iverksatt i 2012 for å synliggjøre legenes sentrale rolle i driften av et sykehjem. Fra 1.10.2012 har alle kommunale sykehjem egne kvalitetsutvalg der legen er fast medlem. Dette gir legene økt medvirkning til kvalitetsutviklingen ved sykehjemmene. Legene deltar også i utarbeidelse av felles prosedyrer. At sykehjemslegene i liten grad deltar i internundervisningen skyldes økende press på pasientrettet legearbeid. Etaten ønsker at de deltar mer i slik undervisning.

Dokumentasjon og kommunikasjon. Sykehjemsetaten erkjenner at journal-



En spørreundersøkelse som ble utført i 2007 og 2012, og omtalt i Journalen nr. 1 og i VG 06.12.12, viser at sykehjemslegene mangler tid til sentrale oppgaver. Nå svarer Sykehjemsetaten i Oslo kommune på kritikken.

«Sykehjemsetaten er opptatt av at legene skal ha høy fagkompetanse, og vil også i fremtiden være en pådriver i utviklingen av alders- og sykehjemsmedisin»

systemet, Gerica, trenger videreutvikling, og melder derfor behov for forbedringer overfor leverandøren av systemet. Fra 2012 sender alle sektorsykehus, unntatt Oslo universitetssykehus (OUS), elektroniske epikriser til sykehjemmene som har

Gerica. Kommunale sykehjem kan nå ta i mot elektroniske laboratoriesvar fra Først og Diakonhjemmet. Laboratoriene ved Ahus og OUS ønsker å starte med dette i 2013. I tillegg er det lagt til rette for elektronisk kommunikasjon med fastleger og øvrige deler av helse- og omsorgstjenestene. Dette vil lette arbeidet for sykehjemslegene i betydelig grad. Alle leger som jobber i Sykehjemsetaten får opplæring i bruk av journalsystemet ved tiltredelse. Alle kommunale sykehjem i Oslo var tilknyttet Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) i 2012. Dette videreføres i 2013.

GUNNAR KVALVAAG,
etatsoverlege

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut av den elektroniske utgaven.

I FORBIFARTEN | PREBEN AAVITSLAND

«Det irriterer meg ganske mye at folk tror på Snåsamannen og andre sjarlataner og svindlere»

Det siste året har han sittet på det blide Sørlandet, blant flått og andre smittebærere, og gitt råd om smittevern og helseberedskap til dem som måtte ønske det. Men Snåsamannen irriterer ham fortsatt.

Preben Aavitsland sluttet i fjor i jobben på Folkehelseinstituttet etter 21 år. Den verste kritikken mot myndighetenes håndtering av svineinfluensaepidemien hadde nettopp roet seg noe. Han hadde da vært mye i media etter at flere unge vaksinerte sto fram med narkolepsidiagnosen.

Så ble det rolig fra hans kant en periode. Helt til Lars Monsen sto fram med flått-historien sin på NRK, der han kritiserte norsk helsevesen for å ignorere borreliesediagnosen og for å underbehandle med antibiotika.

– Det er ikke at jeg ikke tror på historien hans eller symptomene han hadde, men jeg stilte spørsmålsteget ved diagnosen. Han ble utredet ved et sentralsykehus, og det eneste som tydet på at han hadde borreliose var disse testene fra Tyskland, som ikke er validerte eller godkjent av verken tyske eller norske myndigheter.

– Så, du vil ikke at man skal overbehandle borreliose for sikkerhets skyld. Samtidig sto du hardt på for at folk skulle vaksinere seg mot influensa i 2009, en epidemi som i ettertid muligens viste seg å være noe overdramatisert. Ser du ikke noen motsetninger her?

– Nei, jeg gjør ikke det. Gode studier viser at langvarig behandling av borreliose ikke gir noe bedre resultater. Og i Monsens tilfelle var det til og med lite sannsynlig at han hadde diagnosen. Angående influensaen så gjaldt dette vaksine mot sykdommen, altså for at folk skulle slippe å bli syke.

– Likevel. I ettertid, kan du se at vaksinehysteriet i 2009 av mange blir sett på som en overreaksjon fra myndighetenes side?

– Nei, vaksineanbefalingen var grei gitt den

PREBEN AAVITSLAND

► 2012
Epidemi.as,
direktør.

► 1991-2012
Nasjonalt folkehelseinstitutt:
Ass. og fungerende divisjonsdirektør, avdelingsdirektør, beredskapsdirektør, fungerende avdelingsleder, overlege, stabssjef, prosjektleder, sivilarbeider.

► 1991-2011 Klinikk for seksuell opplysning (KSO), lege i deltidsstilling.

► 1989 Cand.med. (UiO).

► 1986 Kriminologi grunnfag.



informasjonen vi hadde i oktober 2009. Vi var bekymret for alvorlig sykdom hos ellers friske, unge voksne. Så rådet var greit.

I juni i fjor tok Aavitsland og dette bladets redaktør, Per Helge Måseide, i en kronikk i Aftenposten til orde for vaksinering av spedbarn mot rotavirus, et virus som gir diaré og fare for alvorlig dehydrering og som fører til opp mot tusen sykehusinnleggelseser årlig.

– Er det slik at du mener at alt som kan gis vaksine mot, bør vaksineres?

– Nei, det mener jeg ikke. Men et vaksineprogram bør alltid vurdere hva man kan vinne i form av redusert sykdom og død opp mot ulemper i form av bivirkninger og kostnader. Et vaksineprogram mot rotavirus er ikke dyrt, og kan forebygge uttallige innleggelseser og enda flere diareepisoder hos norske barnefamilier hvert år. Det bør vi ta oss råd til.

– Hva er det mest problematiske i vanlige folks helseatferd i 2013?

– Det har kanskje blitt en noe mindre forståelse blant folk av at kroppen håndterer det meste av sykdom selv, og det er blitt større krav til umiddelbar helbredelse av sykdommer. Stadig flere hverdagsproblemer skal håndteres av legen.

Preben Aavitsland har også tidligere uttalt seg skarpt mot Snåsamannen, og motstanden har ikke mildnet betydelig etter at han flyttet sørover.

– Hvorfor irriterer han deg sånn?

– Jo, det irriterer meg ganske mye at folk tror på Snåsamannen og andre sjarlataner og svindlere. Folk må få gjøre hva de vil, men det er et tegn på undervurdering av vitenskapens kunnskap. Det er bekymringsfullt at healere som påberoper seg magiske krefter finnes i 2013. Det er en regresjon tilbake til gammel overtro.

– Helt til slutt, er det mye flått i området der du bor?

– Ja, det er mye flått her. Jeg har aldri merket noe bitt, men borreliose har jeg hatt.

– Hvordan behandlet du det?

– Jeg fikk artritt i kneet og måtte ta doxycyklin i tre uker. Jeg ble helt bra av det.

– Da får du ha god sommer når den kommer om noen måneder!

– Takk for det! Her i Kristiansand er det vårstemning allerede!

KARSTEN GUNDERSEN