

Susanne Gjeruldsen Dudman (f. 1964) er dr.med. og spesialist i medisinsk mikrobiologi. Hun er overlege ved Avdeling for virologi ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kirsti Vainio (f. 1958) er dr.scient. (ph.d.) og seniorforsker ved Avdeling for virologi ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 7.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975319/>*

## K. Gauer og medarbeidere svarer:

Dag Tveitnes og medarbeidere og Susanne Gjeruldsen Dudman har kommet med viktige innspill. Etter at vi ble gjort oppmerksom på at infusjon med Kiovig kan resultere i forbigående positiv TBE-IgG, har vi sendt inn oppfølgingsprøve til Folkehelseinstituttet – nedfryst serum fra pasienten tatt seks måneder etter sykdomsdebuten. Denne ble nylig undersøkt der og er negativ for TBE-IgG. Den påviste serokonversjonen hos pasienten skyldes derfor mest sannsynlig Kiovig-infusjonen hun fikk i tidsrommet mellom de to prøvene.

Klinisk var pasientens symptomer forenlig med Guillian-Barrés syndrom, men pleocytose på maksimum 425 celler i spinalvæskene gjør diagnosen mindre sannsynlig. Epidemiologisk var nevroborreliose (Bannwarths syndrom) den mest sannsynlige årsak til pasientens symptomer og spinalvæskesfunn, selv om andre nevrotrope virus ikke kan utelukkes. Gjentatte serologiske prøver med tanke på borrelia og nevrotrope virus har vært negative. Nå er også kontrollprøven for TBE-IgG negativ.

Vi kan således ikke underbygge noen av differensialdiagnosene med solide serologiske prøver.

**Katrine Gauer**  
*katrine.gauer@gmail.com*  
**Kjell-Ivar Helgestad**  
**Christian Wirsching**  
**Ketil Størdal**

Katrine Gauer (f. 1979) er lege i spesialisering ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold Fredrikstad.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kjell-Ivar Helgestad (f. 1972) er fastlege ved Skjærhalden legekonsultant på Hvaler.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Christian Wirsching (f. 1978) er fastlege ved Gjerdrum Legesenter.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ketil Størdal (f. 1966) er overlege ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold Fredrikstad, og ved mor-og-barn-undersøkelsen ved Folkehelseinstituttet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Legeskapt avhengighet



Jeg har med interesse lest Vaaler & Fasmer kronikk i Tidsskriftet nr. 4/2013 (1). Som daglig bruker av benzodiazepiner over 13 år, etter flere skulderoperasjoner, har jeg dannet meg et bilde av disse medikamentene og behandlingen som ikke finnes. Dette er medikamenter som gis ved alle landets legekonsultanter hver dag. Abstinensene ved nedtrapping etter langvarig bruk er ofte uoverkommelige. Avvenning fra heroin, kokain og andre substanser er visstnok langt lettere og tar betydelig kortere tid.

Man visste mye om benzodiazepiner og avhengighet allerede for 30 år siden. Hvorfor denne kunnskapen har ført til en økning i bruken i stedet for en reduksjon, er for meg en gåte. Faktum er at det ikke finnes god hjelp å få for oss som er blitt benzodiazepinbrukere. Det finnes riktignok institusjoner som samler *alle* brukere av alle forskjellige vanedannende preparater, både lovlige og ulovlige. Der behandles man som om man har samme personlighet og er i samme tilstand. Jeg, som verken drikker alkohol eller røyker, men er kun svært avhengig av benzodiazepiner og etter hvert deprimert, en vanlig følge av slike medikamenter, holder ikke ut på et avrusningssted hvor alkoholikere, narkomane og legemiddelavhengige skal sitte på «stua» til fastlagte TV-tider mellom samtaler. Jeg blir med på møtene og terapien, men ikke det rigide systemet hvor mennesker med så ulike utfordringer også skal samles i et tvangsmessig sosialt fellesskap.

Det distriktspsykiatriske senteret gir ingen annen hjelp enn polikliniske timeavtaler én gang i uken. Hva er det for slags hjelp? Hjelp – slik jeg forstår det – er å få trøst, få mat og få snakke med en terapeut. Altså en slags behandling. Eller med andre ord: Innleggelse i klinikk i perioder. Det som tilbys slike som oss, er å ta T-bane og trikk til et venterom og sitte der kl 1245 hver mandag. Jeg kaller ikke det hjelp. Heller det motsatte av hjelp.

Problemet er legeskapt og dødelig. Det er forkastelig at leger gir benzodiazepiner i høyere frekvens enn de deler ut papirlømmetørklær. Nå skal det sies at mange leger får pasienter på sin kundeliste som allerede er avhengige av benzodiazepiner. Disse legene får altså problemet i fanget. Det skal imidlertid svært sterke indikasjonene til for å sette en pasient på benzodiazepiner lenger enn 14 dager. Jeg kan ikke komme på en eneste i farten.

Vi må også huske på at mens dette problemet blir diskutert, bygges psykiatrien ned. De døgnplassene som trengs for behandling, forsvinner systematisk ved økonomiske nedskjæringer. Antallet psykiatriske sengeposter er halvert siden 1990 og erstattet med psykofarmaka, så å si. En frisk befolkning blir gjort og holdt syke fordi verdens rikeste land ikke har råd til annen behandling enn piller som skaper større problemer enn de løser.

**Jonny Solem**  
*yapp2@online.no*

Jonny Solem (f. 1962) er sykmeldt og har vært benzodiazepinbruker i 13 år. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Vaaler AE, Fasmer OB. Antidepressive legemidler – klinisk praksis må endres. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 428–30.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 20.2. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975531/>*