

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Helse Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 22.10.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Borreliose og forlegenhet

I Tidsskriftet nr. 21/2013 reiser Elling Ulvestad fortjenstfullt fagintern debatt om borreliose (1). Problemets kjerne er en stor gruppe mennesker som er helt eller delvis invalidisert av smerter, tretthet og ulike nevrologiske fenomener. Mange av dem mener å ha borreliose. Det første problemet er at vi ikke vet hvor mange som har borreliose, fordi vi ikke har godt nok diagnostisk verktøy. Neste utfordring er en tendens til at leger av forlegenhet definerer seg ut av ansvar for pasienter som invalidiseres av somatiske eller psykosomatiske lidelser. Det er viktig å snakke om dette. Vi må finne ordninger som gjør at disse ivaretas i det ordinære helsevesenet.

Forskningsresultater og diverse uttalelser har tilført emnet en uoversiktlig detaljrikdom som man kan snuble i, men som jeg ikke kan si har hjulpet meg som kliniker. Fra andre bakteriologiske sykdomsbilder vet vi f.eks. at diagnostikk som hviler på antistoffundersøkelser alene, er mangelfull. Ved borreliose har vi det tilleggsproblemet at det heller ikke finnes noen gullstandard å måle antistoffundersøkelse mot. Det nærmeste vi kommer, er klinisk påvisning av erythema migrans ved tidlig infeksjon. Antistofftestene forblir ofte negative, også om man etterundersøker pasienter som har gjennomgått erythema migrans. For alle som er kjent med det enorme potensialet for antigenvariasjon blant *Borrelia spp.*, er dette egentlig som forventet: Det bør ikke være uventet at antigenhammen ikke alltid matcher våre tester. I tillegg til vanskene vi har med å stole på positive prøvesvar, har vi altså grunn til å være skeptisk overfor de negative i denne pasientgruppen: Vi trenger tilgang til agenspåvisning.

Siden de vanlige metodene for agenspåvisning – dyrking og molekylærbiologiske metoder – ikke vil kunne bli klinisk anvendbare på en lang stund, er det alternativer vi må håpe på. Skal vi finne et slikt alternativ, må vi først skaffe oss nytenkende hypoteser, og her har vi en ny utfordring: Vi er blitt for raske til å le av ny tenkning. Her er det faktisk bare samarbeidet og videreutviklet originalitet som kan hjelpe oss. Vår medisinske kultur bør fremelske, ikke håne folk med originale, men uferdige tanker.

Menneskelig invaliditet og lidelse slutter ikke å være medisinsk ansvar selv om vi ikke forstår sykdomsbildene. Selv om vi lever i den faktabaserte medisinske tidsalder, må vi som tidligere tider leger også ta ansvar for pasientgrupper vi verken forstår eller kan helbrede. Frustrerte, lidende mennesker skal ikke møtes med avvisning, sinne eller forlegenhet. Når vår diagnostikk ikke er til hjelp, og dagens medikamenter ikke lenger har hensikt, er ikke tiden kommet for å avslutte all kontakt dersom pasientens invaliditet eller lidelse består. Da har tiden kommet for å blåse støvet av legerollene vi holder på å glemme: trøsteren, lindrerer, forklarerer, medvandrerer – og den som støtter i møtet med et stivbeint byråkrati.

Thor-Henrik Henriksen
thor-henrik.henriksen@siv.no

Thor-Henrik Henriksen (f. 1949) er overlege ved Medisinsk faglig avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

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

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 25.10.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Vitenskapelighet og forsvarlighet

Ulvestad mener at «de alternative» i borreliosestriden «aksepterer vitenskapens førende premisser» og danner «vitenskapens fortropp» (1). De følgende eksemplene viser at han tar feil:

To pensjonerte biologiprofessorer utsteder diagnosen borreliose basert på en egenutviklet metode for mikroskopi av blod (2). De har imidlertid ikke validert metoden eller undersøkt friske kontrollpersoner. Deres begrunnelse er oppsiktsvekkende (3): «Det tar mye tid, og vi kan ikke begynne å sende friske folk til fastlegen for å ta blodprøver. Vi mener at det ikke er nødvendig å bruke kontroller for et rent teknisk prosjekt, som dreier seg om å utvikle en meto-dikk.» Helsetilsynet har nå innledet tilsyn med de to for mulig brudd på helseforskningsloven.

Helsetilsynet fratok nylig en lege autorisasjonen (4) fordi han etter en advarsel fortsatte med uforsvarlig diagnostikk og behandling av påstått «kronisk aktiv borreliose». Denne diagnosen ga han også til pasienter som allerede var blitt utredet og diagnostisert med annen sykdom ved nevrologisk avdeling ved universitetssykehus. Legen benyttet mikrobiologiske tester som Ulvestad kaller «ubrukelige» og agerte dermed, etter Ulvestads beskrivelse, uvitenskapelig. Videre behandlet legen dem som ved hjelp av disse testene fikk diagnosen «kronisk aktiv borreliose», med urter eller med langvarige antibiotikakurer. I tillegg er det gode holdepunkter for å betrakte som nytteløst – selv ved sikre tegn på gjennomgått borreliose (5). I tillegg påfører slik behandling betydelig risiko både for pasienten selv og for resistensutvikling. Legen skal ha behandlet over 2 000 pasienter og hevdet å ha svært gode resultater, men ingen av pasientene var inkludert i noe forskningsprosjekt, og ingen resultater er publisert.

At dagens serologiske tester ikke har 100 % sensitivitet er nøye drøftet av landets medisinsk-mikrobiologiske fagmiljø (6), og omtalt i en rekke nyere retningslinjer, se oversikt (7). Dette er en utfordring som leger i klinisk virksomhet er vel kjent med også når det gjelder andre sykdommer. Bedre sykdomsforståelse, anamnese og klinisk undersøkelse er også viktig.

Vi som tilbyr helsetjenester til denne pasientgruppen har både ansvar for, og interesse av, å bringe kunnskapsfronten videre. Det virker imidlertid søkt når Ulvestad mener at borreliosestriden og Helsetilsynets tiltak vanskeliggjør forskningen. De siste årene har jo forskningen om borreliose økt betydelig her i landet, og Helsetilsynet har gjort jobben sin ved å beskytte pasientene mot uforsvarlig legepraksis.

Preben Aavitsland
preben@epidemi.no
Dag Berild
Andreas Emmert
Morten Horn
Guri Rørtveit

Preben Aavitsland (f. 1963) er lege ved Epidemi, Kristiansand.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dag Berild (f. 1951) er overlege ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Andreas Emmert (f. 1966) er overlege i medisinsk mikrobiologi ved Unilabs laboratoriemedisin, Skien.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Horn (f. 1969) er overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Guri Rørtveit (f. 1965) er lege og professor ved Universitetet i Bergen og leder for Allmenntilleggs medisinsk forskningsenhet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ulvestad E. Borrelieostriiden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2234.
2. Mysterud I, Laane MM. A simple method for the detection of live *Borrelia spirochaetes* in human blood using classical microscopy techniques. Biol Biomed Rep 2013; 3: 15–28. www.biomedicalreports.org/index.php?journal=bbr&page=article&op=view&path%5B%5D=98 [lest 25.10.2013]
3. Aavitsland P. Biologi på roterommet. Nye meninger 2.9.2013. www.dagsavisen.no/nyemeninger/alle_meninger/cat1003/subcat1015/thread282648/ [25.10.2013].
4. Helsetilsynet. Vedtak om tilbakekall av autorisasjon som lege – tilsagn om begrenset autorisasjon. Oslo: Helsetilsynet. 2.9.2013. www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/ [25.10.2013].
5. Klemperer MS, Baker PJ, Shapiro ED et al. Treatment trials for post-Lyme disease symptoms revisited. Am J Med 2013; 126: 665–9. [www.amjmed.com/article/S0002-9343\(13\)00201-5/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(13)00201-5/fulltext) [25.10.2013].
6. Referansegruppen. Laboratoriediagnostikk ved borrelieose. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2012. www.fhi.no/dokumenter/a63173de98.pdf [25.10.2013].
7. Epidemi. Borrelieose – en samling lesestoff. <http://epidemi.no/?p=175> [25.10.2013].

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 12.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

E. Ulvestad svarer:

De «alternative» er kunnskapens fortropper i én forstand: De insisterer på at jorden ikke er flat. Og i den påstanden er det vanskelig å være uenig med dem – vi har fortsatt mangelfull forståelse for sykdomskategorien borrelieose, og mye av mangelen kan tilskrives suboptimale tester.

Thor-Henrik Henriksen ser forholdene likedan og gir verdifull innsikt i klinikerens utfordringer overfor enkeltpasienter med uklare prøvesvar. Han peker også på mulige veier videre.

En slik vei pekes for så vidt også ut av Preben Aavitsland og medforfattere. Men for dem er medisinenes faginterne utfordringer åpenbart av relativt underordnet betydning. Slik de ser det, er medisinenes borrelieoseproblem skapt av fageksterne krefter og vil forsvinne med dem. Jeg er sterkt uenig. Tvert imot mener jeg at medisinen står overfor et fenomen som ikke vil forsvinne – selv om vi skulle klare å eliminere alle de «alternative» krefter vi kan komme til å tenke på. For selv om Aavitsland og medforfatterne får det som de vil – at alle kjente «alternative» blir eliminert – vil nye «alternative» dukke opp, igjen og igjen. Alt Aavitsland er imot, vil dermed bare øke, og strategien vil således, i det lange løp, være kontraproduktiv. Mitt forslag til strategi går ut på å løse de faginterne utfordringene og derved eliminere behovet for fageksterne «korrektiv».

For å løse de faginterne utfordringene mener jeg det er behov for mer forskning. I så måte forundrer det meg at Aavitsland og medarbeidere hevder at jeg mener Helsetilsynets tiltak mot «alternative» vanskeliggjør forskningen. Det er mulig de har lest meg slik, men lesere med en annen leseramme vil kunne se at jeg selvsagt aldri har ment eller skrevet en slik absurditet – hva jeg skrev, var at det var den steile fronten mellom skolemedisinere og de «alternative» som vanskeliggjør forskningen. I denne sammenhengen er det særlig problematisk at gode argumenter, som vi alle bør ta inn over oss, ugyldiggjøres fordi de kommer fra «alternative». Jeg er overbevist om at økt forskningsinnsats en dag vil bringe oss nærmere en

forståelse av borrelieose, men jeg tror neppe vi når dit ved å stikke hodet i sanden og insistere på at jorden er flat.

Elling Ulvestad
elling.ulvestad@helse-bergen.no

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Helse Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 14.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Starten på en fruktbar debatt?

I artikkelen *Borrelieostriiden* har Ulvestad en ydmyk tilnærming til pasientgruppen som per i dag nærmest står uten behandlingstilbud, og det samme har Henriksen i sin kommentar til artikkelen (1).

Debatten som foregår, bl.a. i avisene, er ikke fruktbar, men svært ødeleggende for pasientene det gjelder. Kan gode krefter samle seg og gjøre noe konstruktivt? Vi trenger ikke de mest aktive/negative legene Aavitsland og Reimer, som tilsynelatende kun har et mål: å få disse brysomme pasientene ut av borrelieosetenkningen, gi dem en annen diagnose og bli kvitt problemet. Så enkelt er det nok ikke. Faren er, som Ulvestad sier, selvmedisinering og stadige nye, mer eller mindre seriøse aktører som dukker opp.

Mye forskning ligger allerede på nettet, og det hadde vært bra om eksperter brukte tid og leste med argusøyne. Man må jo ikke utføre forskning på nytt hvis noe allerede er utført i andre land. Det tar for lang tid hvis hvert land skal utføre egen forskning før nye behandlingsmetoder kan tas i bruk. Mange nok pasienter lider allerede, og det haster med å komme i gang. Jeg håper at dette er starten på noe positivt, og at nysgjerrige leger står frem og får lov til å tenke nytt.

Jeg minner om følgende utsagn fra Inge Lønning: «Der alle tenker likt, tenker ingen særlig mye.»

Gro Moen Skjøtt
gro.moen.skjoett@siv.no

Gro Moen Skjøtt (f. 1959) er bioingeniør ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

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

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 14.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Interessekonflikter i borrelieosedebatt

Som far til en datter som har vært syk i hele sin sønns oppvekst i over 15 år, og som har en sønn med diagnosene AD/HD, Tourettes syndrom og OCD, representerer jeg de såkalte «alternative» i debatten som ble reist i Tidsskriftet nr. 21/2013 (1).

Vi har bare en eneste agenda, og det er å bli lyttet til, trodd og få hjelp til et mer meningsfullt liv. Når en tidligere smitteverndirektør får støtte av legeetisk råd til å stigmatisere en gruppe syke mennesker som hypokondere, uten at det ordet ble brukt, og han får støtte av leger uten kompetanse på behandling av borrelieose m.m. til å svarteliste og stoppe de legene som har lyttet til pasientene og for-

>>>