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 tiders 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, forklarer, medvandrer – 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.