

gjør at det i dag ikke anbefales å trappe ned LAR-behandling, selv om noen pasienter ønsker dette. Heri ligger et potensial for langtidsvirkende naltrekson: nedtrapping og overføring til assistert avhold fra opioider. Man kan tenke seg at opioidblokaden gir større trygghet mot tilbakefall og overdose enn et rent samtalebasert alternativ ville gjort. Dermed vil langtidsvirkende naltrekson kunne gjøre nedtrapping av opioidbehandlingen og opioidavhold til et realistisk prosjekt for flere enn i dag.

Til Joe Siri Ekgrens innlegg vil vi si at studien er godkjent av Statens legemiddelverk (SLV) og De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og på ingen måte i strid med Helsinki-deklarasjonen.

Pasientene randomiseres til suboxone (kjent behandling) eller naltrekson (utprøvende behandling) i tre måneder før de selv kan velge hvilken behandling de ønsker å motta i den ikke-randomiserte delen av studien.

Live Sanderud Stavseth

l.s.stavseth@medisin.uio.no

Lars Tanum

Nikolaj Kunøe

Live Sanderud Stavseth (f. 1978) er lege og stipendiat ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Tanum (f. 1956) er seksjonssjef for forskning ved avdeling FoU Psykisk Helsevern, Akershus universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nikolaj Kunøe (f. 1976) er psykolog og postdoktor ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 15.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094161/>*

Uenighet blant leger

Kollega Ulvestad treffer spikeren på hodet i Tidsskriftet nr. 21/2013 når han påpeker at «myndighetene [har] vært mer tilbøyelige til å løse striden gjennom tvang, instruksjon og tilbakekalling av enkelte legers autorisasjon. Men dette fører ikke kunnskapsfronten videre. I stedet bør striden søkes løst gjennom økt og omforent forskningsinnsats» (1).

Å hevde at skillet går mellom «skolemedisinen» og de «alternative» er kanskje for enkelt, og neppe en fruktbar dikotomi. Det hersker ikke noen monolittisk enighet blant leger om tilnærmingen til forekomst, diagnostikk og behandling av pasienter med mulig kronisk borreliose – og vi skolemedisinere fordeler oss i et kontinuum fra skråriskhet til nysgjerrighet.

Utforskningen av det humane mikrobiom, herunder det intracellulære mikrobiom, er i sin spede begynnelse, og vi gjør klokt i å legge til side faglige basuner og bannbullen, slik at vi kan nærme oss dette spennende feltet med undring og nysgjerrighet.

Joe Siri Ekgren

jse@bergeliv.no

Joe Siri Ekgren (f. 1963) er allmennlege på Værøy. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

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

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 18.10.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>*

Å bygge broar

Det låter forsonlig når Elling Ulvestad i Tidsskriftet nr. 21/2013 vill forsøke bygge broar mellom de två sidorna i «borreliastriden» (1), men jeg tror det er lika meningsløst som att försöka få samsyn mellan strålskyddsmyndigheterna och de som anser sig drabbade av elöverkänslighet. Så vitt jag kan se är det bara den ena sidan som är villig att ta till sig vetenskapliga forskningsfynd.

Pasienterna har självklart rätt att bli trodda när de beskriver symptom de upplever, men patienter är inte alltid skickade att avgöra vad orsaken till symtomen är. Vidare kan man lätt konstatera att de få läkare i Norge som diagnostiserar och behandlar «kronisk borrelia» i regel även förespråkar andra ovetenskapliga eller pseudovetenskapliga idéer (2).

Det vi med stor säkerhet vet, är att förlängd antibiotikabehandling inte leder till någon meningsfull förbättring, det har flera randomiserade studier visat (3). Det är därför obegripligt att Ulvestad kritiserar Helsetilsynet när de till slut agerar mot en läkare som inte vill ändra sin praxis trots att han uppenbarligen skadat minst en patient genom sådan långvarig antibiotikabehandling (4).

Mats Reimer

reimer@telia.com

Mats Reimer (f. 1960) er barnelege ved Barnmottagningen Mölnlycke i Sverige.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ulvestad E. Borreliosestriden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2234.
2. Fosse B. Lunengs imponerende CV. Bloggen 4brooker. 7.11.2012. <http://4brooker.wordpress.com/2012/11/07/lunengs-imponerende-cv/> [21.10.2013].
3. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Research into prolonged treatment for Lyme disease. 15.11.2011. www.cdc.gov/lyme/treatment/prolonged/index.html [21.10.2013].
4. Helsetilsynet. Brev 2. september 2013. www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/ [21.10.2013].

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert først på nett 21.10.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>*

E. Ulvestad svarer:

Ekgrens påpekning av dikotomiens upresishet er helt på sin plass. For selv om dikotomier gjør kommunikasjon enklere, tilslører de samtidig et bakenforliggende kontinuum. Og i borreliosestriden vet vi at kontinuumet er vidt.

Det er det «alternative» ytterpunktet av dette kontinuumet Reimers innlegg forholder seg til. Og trolig er det derfor han mistolker mitt budskap. For jeg er ikke ute etter å bygge bro mellom ytterpunktene argumenter slik han antyder. Men jeg er definitivt ute etter gode argumenter – hva den ene eller den andre fronten måtte mene er uvesentlig dersom det ikke kan begrunnes vitenskapelig.

I så måte er det viktig å klargjøre at også skolemedisinen mangler kunnskap om borreliose, noe Reimer ikke synes å ha reflektert over. Det er i en slik sammenheng jeg hevder at tilbakekalling av autorisasjon ikke fører kunnskapsfronten videre. I dette ligger ikke nødvendigvis en kritikk av Helsetilsynet.

Jeg deler Reimers bekymring knyttet til langvarig antibiotikabruk, men tviler på om tilbakekalling av legers autorisasjon vil være løsningen. Tvert imot tror jeg det vil gjøre vondt verre ved at antibiotikabruken vil komme enda mer ut av kontroll, kanskje gjennom et illegalt antibiotikamarked. I seg selv burde det være god nok grunn til å intensivere forskningsinnsatsen.

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 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, forklareren, 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 det siste 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.