

søkt å hjelpe dem til et verdig liv, da oppleves det av oss «alternative» som å bli ofret på alteret for prestisje og profesjon. Vi reagerer også på at kompetansesenteret for flåttbårne sykdommer blir lagt til Sørlandet sykehus, hvis uttalte tilnærming til sykdommen er at den ligger i sinnet og må behandles med vanedannende og ikke ufarlige medikamenter. Det skaper liten tiltro til at pasientene får hjelp i dette landet i de nærmeste årene. Min datter og barnebarn får nå hjelp av en utenlandsk lege som har forsket på ME og flåttbårne sykdommer i 20 år. Vi er så heldige å ha en sparekonto som finansierer dette, men det er langt i fra alle som har. Er dette Helse-Norge verdig?

Mens barn blir behandlet med sterke medikamenter for å roe ned atferden og dempe tics, er vår erfaring at kostholdsending som har vist seg å være minst like effektiv, er et ikke-tema i skolemedisinen. Videre synes viljen til å finne årsaken til diagnosene å være like fraværende som i borreliosestriden. Hvis motstanderne av langvarig behandling av kronisk borreliose m.m. med smalspektrerte antibiotika, hadde brukt tiden til å sette seg ned sammen med leger i utlandet som har forsket på dette i mange år – i stedet for å angripe de få legene i Norge som har lyttet til pasientene og sitt eget hjerte for å gi dem et bedre liv – så ville vi «alternative» legge ned vårt eneste våpen, det frie ord, og bidra i et forskningsprosjekt som søker sannheten fremfor å klamre seg til fastlåste forestillinger.

Ny kunnskap er selvfølgelig slitsomt å forholde seg til, og da vil anbefalingen være å slippe til fordomsfrie krefter. For som dikteren så riktig beskriver: Når utgangspunktet er som galest, blir resultatet som fatalest.

Jan Nystrøm

jan.nystrom@gmail.no

Jan Nystrøm (f. 1944) er pensjonist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

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

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 15.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Pasienter med uavklarte sykdomsbilder

Jeg forstår ikke at Elling Ulvestad kan ha lest vårt innlegg på det vis han gir uttrykk for: «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 borrelioseproblem skapt av fageksterne krefter og vil forsvinne med dem.» (1)

I vårt innlegg diskuteres ikke hvorvidt «borrelioseepidemien» er reell eller medieskapt. Vi skrev om vitenskapeligheten og forsvarligheten ved utredningen og behandlingen som alternative behandlere har gitt pasienter med mistenkt kronisk aktiv borreliose.

Jeg er gjerne ydmyk på «skolemedisinen» vegne. Dagens metoder er ufullkomne, og fremtiden vil bringe ny kunnskap. Men jeg tar for gitt at også Ulvestad mener man må over en terskel, med tanke på vitenskapelig tilnærming og forsvarlighet, i møtet med enkeltpasienter. Gitt det vi vet om biologenes diagnostikk og praksisen ved Norsk Borreliosesenter – hvordan skal helsemyndigheter og fagmiljø møte dette, om ikke med en «steil front»?

Ulvestad avslutter med at «jeg tror neppe vi når dit ved å stikke hodet i sanden og insistere på at jorden er flat.» Enig – men hvem har foreslått å stikke hodet i sanden? Den rådende faglige oppfatningen er at problemstillingen kronisk aktiv borreliose bør utforskes med vitenskapelige undersøkelser, ikke ut fra fastlåste fordom-

mer. Borreliosedebatten preges ikke av manglende undring hos «skolemedisinerne», men av at de «alternative» allerede har bestemt seg for hva som er sant.

Biologene Mysterud & Laane hevder at de har funnet en mikroskopim metode for påvisning av borreliose – uten verken å beskrive pasientmaterialet sitt eller sammenlikne med andre metoder for verifisering av at det faktisk er borreliabakterier de ser. Lege Luneng kan gjerne forfekte ydmykhet, men har satt tusenvis av pasienter på kostbar og potensielt farlig antibiotikabehandling. Til tross for at leger med mer fagspesifikk erfaring har gitt dem annen diagnose og bestrider hans metoder. Hvor skråsikkert er ikke det?

For meg som nevrolog er det en del av hverdagen å møte pasienter med sykdomsbilder vi ikke forstår. Det er en selvfølge at disse må møtes med samme respekt som alle andre pasienter, symptomlindring og åpenhet med tanke på mulige årsaker. Det er ikke alltid så greit å måtte svare en fortvilt pasient at «jeg vet ikke». Men dersom man faktisk ikke vet, er det likevel bedre å være ærlig enn å lansere en forklaring man ikke har dekning for.

Morten Andreas Horn

hormor@ous-hf.no

Morten Andreas Horn (f. 1969) er spesialist i nevrologi. Han er overlege ved nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og klinisk stipendiat i nevrologi ved Universitetet i Oslo.

Litteratur

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

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 6.12.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3094231/>

Viktig om mikrober i tarm

I Tidsskriftet nr. 21/2013 er det et interessant og viktig innspill om irriterabel tarm-syndrom (1).

I min 30-årige praksis, hvor jeg har spesielt interessert meg for pasienter med komplekse sykdomsbilder, har jeg vært så heldig å kunne samle mye erfaring, også fra mange pasienter med irriterabel tarm-syndrom. Slik Valeur & Berstad skriver, finnes det ofte i anamnesen infeksjoner forut for starten av sykdommen, men ikke bare infeksjoner i mage-tarm-kanalen.

Jeg fant mye oftere at inflammatorisk tarmsykdom startet etter bruk av antibiotika for infeksjoner hvor som helst i kroppen. Dette gjaldt antibiotikakurer som ikke ble etterfulgt av inntak av levende probiotika (2). Jeg så det også blant bergensere som fikk antibiotika for *Giardia lamblia*-infeksjonen. Jeg har til gode å se at antibiotikakurer etter giardiainfeksjoner har hatt en preventiv effekt for utvikling av inflammatorisk tarmsykdom (3) eller kronisk utmattelsessyndrom (4).

Jeg håper derfor at fremtidig forskning ikke bare ser på mikrober som ble funnet før antibiotikaterapi, men også på tarmmikrobene etter inntak av antibiotika. Kanskje kommer man frem til at «post-infeksiøst irriterabel tarm-syndrom» må omdøpes til «postterapeutisk irriterabel tarm-syndrom»? Men hvem tør utføre slik forskning?

Slik jeg påpekte i min kommentar til Wensaas' artikkel (3), mener jeg det finnes flere hull i argumentasjonen når det gjelder sammenhengen mellom giardiainfeksjon, inflammatorisk tarmsykdom og kronisk utmattelsessyndrom. Etter min mening ville det vært interessant å undersøke om pasientene med inflammatorisk tarmsykdom og kronisk utmattelsessyndrom har utviklet hypersen-

>>>

sitivitet/allergi mot *Candida albicans* (5) med kryssreaksjoner på en mengde matvarer, f.eks. gluten, gjær, sukkertyper, m.m.

Heiko Santelmann
drheiko@online.no

Heiko Santelmann (f. 1950) er pensjonert allmennlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Valeur J, Berstad AS. Irritabel tarm-syndrom – et mikrobielt perspektiv. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2276–8.
2. Santelmann H, Howard JM. Yeast metabolic products, yeast antigens and yeasts as possible triggers for irritable bowel syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005; 17: 21–6.
3. Santelmann H. Bivirkning av behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 619–20.
4. Wensaas K-A. Giardainfeksjon kan gi irritabel tarm og kronisk utmattelse. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 27.
5. Lewith GT, Chopra S, Radcliffe MJ et al. Elevation of Candida IgG antibodies in patients with medically unexplained symptoms. J Altern Complement Med 2007; 13: 1129–33.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 16.12.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3097373/>

Rett i fella

Det er flott at Tidsskriftet har en anmeldelse av denne nydelige, viktige boken (1). Og anmeldelsen begynner bra. Så går artikkelforfatteren rett i fella. Tor K. Larsen sier: «Flere gjentar en feilaktig påstand om at man i psykiatrien hevder at man ikke kan bli frisk av psykoselidelser. Det er ikke korrekt: Mange studier viser at opptil 30 % av de med alvorlig psykose har et svært godt forløp – et viktig faktum som ikke må glemmes, særlig fordi det er lett å miste håpet både som pasient, pårørende og behandler når lidelsestrykket er som verst.»

Det forundrer meg at Larsen hevder at påstanden han kritiserer, ikke er korrekt. Atter en gang forsøker en fagperson å beskrive en subjektiv erfaring inn i en «objektiv» forståelsesramme. Nok en gang er «forskning viser»-retorikken viktigere enn å lytte til historien som blir fortalt. Mange av oss som har pasienterfaringer fra psykisk helsevern, er vant til at dette er måten fagfolk avviser oss på. Jeg er så inderlig lei av det, og jeg lurer på hva som skal til for at denne måten å slå fast egne sannheter på, skal opphøre.

Jeg tror kvinnene som delte sine historier i dag godt vet hva forskningen viser. Jeg kjenner flere av disse psykosefarenne og vet at de har større innsikt i psykoser og oversikt over tilgjengelig forskning på feltet enn mange fagfolk. Det er ikke sikkert de kjente til de gode prognosene den gangen de selv fikk dårlige erfaringer i møtet med psykisk helsevern. Jeg tipper at mange av dem kunne trengt å høre «Dette kommer til å gå bra» i møtet med fagfolk – i stedet for variasjoner over følgende temaer: «Du har en alvorlig, kronisk sinnslidelse.» «All forskning viser at det er farlig for hjernen at vi ikke behandler din psykose med antipsykotisk medisin.» «Disse medisinene må du stå på resten av livet.» «Du har en sykdom i hjernen.»

Jeg skulle ønske at mytene om psykoser var et tilbakelagt stadium i psykisk helsearbeid anno 2013. Det er ikke psykosene som er problemet. Det er måten fagfolk møter mennesker på, som er feltets største utfordring.

Merete Nesset
merete@meretesmetode.no

Merete Nesset (f. 1963) er forfatter med psykoseerfaring.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Larsen TK. Tankevekkende om psykose. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2285.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 28.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3097809/>

Glemte vi det enkleste?

Tor K. Larsen skriver i Tidsskriftet nr. 21/2013: «Forskningen viser at det finnes en viss arvelig faktor, at komplikasjoner ved fødselen øker risikoen, og det samme gjør bruk av narkotika og traumer tidlig i livet. Likevel er det et faktum at vi vet for lite om hva som forårsaker psykoser.» (1)

Søvnforskningen har vist at mangel på søvn forårsaker hallusinasjoner, vrangforestillinger eller tankeforstyrrelser. Når vi er stresset og har mye å tenke på, kan det lett gå ut over søvnen. Dermed kommer vi inn i en ond sirkel – vi blir i minkende grad i stand til å løse våre egne tankefloker. Foregår det i dag forskning som forsøker å forstå psykose ut fra en slik tankegang?

Lasse Bøyum
lasseboyum@gmail.com

Lasse Bøyum (f. 1962) er filosof.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Larsen TK. Tankevekkende om psykose. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2285.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 29.11.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3097809/>

T.K. Larsen svarer:

I min anmeldelse av boken *Drøm i våken tilstand* har jeg tilstrebet en positiv lesning: Det er viktig at personer som lever med psykoser forteller om sine opplevelser. Samtidig er det et faktum at flertallet av de som rammes av psykoselidelser, får store problemer med å leve et godt liv. Mange har kroniske symptomer, sosiale og økonomiske vansker, og flertallet blir uføretrygdede. Vi regner med at 30 % har rusproblemer, få gifter seg, og nesten ingen blir foreldre. Belastningen er ofte stor for pårørende.

Jeg deler ikke Merete Nessets ideer om at det objektive blikket ikke er viktig i denne sammenhengen. Tvert imot mener jeg at fagpersoner må kjenne til resultater fra oppfølgingsstudier slik at behandlingen blir realistisk. De fleste pasientene er i behov av perioder med innleggelse, medikamentell behandling og rehabiliteringstiltak relatert til økonomi, bolig og arbeid.

Dersom man benekter at psykose er alvorlige sykdommer, øker risikoen for at de som er syke får dårlig behandling. Det store paradokset er at mange med psykoser ikke selv forstår at de er syke. Dette innebærer et etisk imperativ for behandlingsapparatet: Det er vi som må stå på barrikadene for pasientene og sørge for at de får skikkelig behandling.

Tor K. Larsen
tkmaclarsen@me.com

Tor K. Larsen (f. 1960) er professor og overlege ved Stavanger universitetssjukehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 6.12.2013.
<http://tidsskriftet.no/article/3097809/>