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. Myserud 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 forskning. 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-

>>>

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 kostholdsendring 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 smalspektrale 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 Nystrom

jan.nystrom@gmail.no

Jan Nystrom (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 medisinske faginterne utfordringer åpenbart av relativt underordnet betydning. Slik de ser det er medisinske borrelioseproblemer 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 «skolemedisins» 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 mikroskopimetode 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 irritable 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 irritable 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 irritable tarm-syndrom» må omdøpes til «postterapeutisk irritable 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-

>>>