

krav om eksplisitt og/eller skriftlig samtykke før obduksjon. Dagens lovverk medfører imidlertid at sykehusene har plikt til å informere om at obduksjon kan finne sted og at det foreligger en reservasjonsrett. Hvordan dette skal formidles, er ikke konkret angitt. Etter Helsetilsynets oppfatning er det ikke tilstrekkelig at det i en brosjyre bare opplyses at sykehuset utfører obduksjoner.

Som Olav Haugen nevner, har Helsetilsynet i mange år påpekt det uheldige ved at antall obduksjoner har vært synkende. I arbeidet med å øke obduksjonsfrekvensen og interessen for obduksjoner har Helsetilsynet:

- Utredet patologifaget (1).
- Utredet muligheten for å opprette et obduksjonsregister.
- Utredet forslag til rekvireringspraksis når noen dør utenfor sykehus.
- Påpekt uheldige sider ved betalingsordninger ved frakt av døde til sykehus når obduksjon er ønskelig i forbindelse med død utenfor sykehus.

Helsetilsynet har aldri hatt beslutningsmyndighet i saker som har kunnet øke obduksjonsfrekvensen. De har imidlertid gjennom sine utredninger hatt mulighet til å være pådriver i disse sakene. Etter omorganiseringen i statsforvaltningen er mange av de utredningsoppgaver og pådriverfunksjoner Helsetilsynet har hatt, overtatt av Sosial- og helsedirektoratet. I brev datert 22. april 2002 til Helsedepartementet oppsummerte Helsetilsynet status for obduksjonssaken (2). Vi mener fortsatt at obduksjoner er kvalitetskontroll av legearbeid og derfor har en viktig funksjon i helsevesenet. Vår oppgave er nå å føre tilsyn slik at bl.a. obduksjonsvirksomheten utøves i overensstemmelse med regelverket, mens Sosial- og helsedirektoratet har overtatt den pådriverrollen som tidligere var lagt til Helsetilsynet.

Grethe Hellstrøm Hoddevik
Jørgen Holmboe
Marianne Blair Berg
Jostein Vist
 Oslo

Litteratur

1. Patologifaget i det norske helsevesen. IK- 2682. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
2. Statens helsetilsyn. Obduksjonsvirksomheten. Brev til Helsedepartementet, saksnr. 98/3257; 22.4. 2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.

Skarp fordømmelse, ikke kjølig fagvurdering!

I Tidsskriftet nr. 29/2002 gjennomgår to erfarne og ledende norske anestesiologer «aksjonen i Dubrovka-teateret» (1). Lederartikkelen inneholder en lengre drøfting av de ulike farmakologiske og farmakodynamiske sider ved «aksjonen», som kostet nær 200 mennesker livet. Harald Breivik & Einar Hysing skriver at

«... antiterroristaksjonen ble vellykket fordi den trimetylfentanylholdige aerosolen slo ut terroristene før de forstod hva som var på gang og kunne utløse bomber eller skyte gisler» og at «antiterroristaksjonen var allikevel lite vellykket når vi vet at nesten 200 av de knapt 1 000 gislene døde pga. trimetylfentanylvirkningen på respirasjonsentret og ufrie luftveier».

Vi er skuffet over at kolleger i en lederartikkel i et medisinsk tidsskrift kjølig vurderer denne «aksjonen» som «vellykket» eller «mindre vellykket». 200 liv gikk tapt. Vi var vitne til en brutal aksjon mot sivile og militære, gisler og gisseltakere, utført av en stormakt med store militære ressurser. Dette massedrapet var trolig begått med utstrakt eksperthjelp fra russiske leger. Om dette var militære anestesiologer, forskere i biologiske stridsmidler eller sivile anestesiologer er uinteressant. Det viktige og prinsipielt overordnede blir å fordømme enhver aksjon der leger bistår med sine faglige råd og sin spesialkunnskap på en måte som understøtter dødsstraff, tortur og inhuman behandling, slik World Medical Association har slått fast (2).

Redaksjonelle ledere i Tidsskriftet skal «... normalt avspeile en allment akseptert oppfatning i fagmiljøet». Vi er overbevist om at Breivik & Hysing her er i utakt med sine kolleger. Vi kan vanskelig tenke oss at det er en allment akseptert oppfatning i det norske medisinske miljøet generelt og i det anestesiologiske miljøet spesielt at medisinske metoder brukes til denne type biologiske angrep på mennesker. Dette var ingen «vellykket» aksjon – og slett ikke en interessant farmakologisk episode.

Det er påtrengende behov for en tenkepause i forhold til hvilke metoder som aksepteres i den pågående «kampen mot terrorismen». Det later nå til at målet helliger ethvert middel. Ville vi også ha akseptert bruk av succinylcholingass (Curacit)? Ville vi ha akseptert slike metoder i Norge? Det er på høy tid med klar tale fra Legeforeningen: Norske leger tar prinsipielt skarp avstand fra alle metoder som innebærer slik inhuman statlig behandling av *alle* mennesker – soldater som sivile, «terrorister» som geriljasoldater.

Mads Gilbert
Torben Wisborg
Geir Bjørsvik
Kristoffer Lassen
Nina Hesselberg
Kristine Wærhaug
Ole Magnus Filseth
 Tromsø/Hammerfest

Litteratur

1. Breivik H, Hysing E. Aksjonen i Dubrovka-teateret. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2766.
2. World Medical Association Declaration concerning support for medical doctors refusing to participate in, or to condone, the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment. Adopted by the 49th WMA General Assembly. Hamburg: WMA, 1997.

H. Breivik & E.S. Hysing svarer:

Redaktøren oppfordret oss til å skrive en faglig vurdering av hendelsen siden det var mange uklarheter i mediene. Vi prøvde derfor å belyse de faglige sider ved hendelsen for å gi leseren bakgrunn for egen bedømmelse av situasjonen så langt det er mulig med mangelfull kunnskap om detaljer. Vi beklager vår bruk av ordet vellykket, som kan lede til misoppfatning av hva vi mener om hendelsen. Vi vil derfor benytte anledningen til å si noe om sakens moralske/politiske sider.

Vi er imot at målet helliger midlet og tar derfor sterkt avstand fra terrorisme, som uansett begrunnelse går utover uskyldige.

Vi er imot at leger skal bruke sin medisinske kunnskap til dødsstraff, tortur eller inhuman behandling. Leger har plikt til å prøve å hindre skade og død. Bruken av trimetylfentanyl kunne ha to hensikter:

- Sette terroristene raskt ut av spill slik at de ikke oppnådde sitt politiske mål.
- Sette terroristene raskt ut av spill slik at gislene kunne berges.

Å bruke legekunnskapen ut fra den første begrunnelsen er forkastelig, men kan forsvares ut fra den andre begrunnelsen. Hvis det å sette terroristene raskt ut av spill slik at gislene kunne berges, var viktigst, måtte man forvente at det var satt mye inn på at gislene skulle behandles etter at aerosolen var brukt. Hvorfor ble det ikke gjort? Var det tidspress, eller var det hemmeligholdelse av metoden for at den skulle kunne brukes igjen?

Vi tror at hadde alle involverte leger og andre fått lov til uten hindring å arbeide for å minske skade og redde menneskeliv, så ville mange flere av gislene ha overlevd eller unngått skade.

Harald Breivik
Einar S. Hysing
 Oslo

Biopsykososial medisin og fenomenologi

Hvordan ville psykiateren og indremedisineren George L. Engel kommentert debatten i Tidsskriftet mellom Anne Luise Kirkengen og Ulrik Fredrik Malt (1–3)? Engel var opphavet til begrepet biopsykososial medisin.

Engels epokegjørende artikkel i *Science* i 1977 (4) tok utgangspunkt i en opprivende konflikt i den amerikanske psykiaterforening. Engel argumenterte mot at psykiatrien skulle vende tilbake til den biomedisinske modell. Han hevdet at både psykiatrien og medisinen befant seg i en felles krise, der den biomedisinske modell ikke gav svar på de vitenskapelige og sosiale utfordringer medisin og psykiatri stod overfor. Han forsøkte å an vise en ny forståelse

med utgangspunkt i von Bartalanffys generelle systemteori som et alternativ til den reduksjonistiske og lineære forståelse i medisinen. Engel utviklet senere dette alternativet mer utførlig (5, 6). Han var en av nybrottsmennene for undervisningen ved det medisinske fakultet ved universitetet i Rochester, der det legges stor vekt på kommunikasjon og relasjonell forståelse i det som kalles familiesystemmedisin.

Engel beklaget seg imidlertid over at begrepet biopsykososial medisin var blitt misforstått. I et intervju jeg hadde med ham i 1996, tok han sterkt avstand fra en forståelse av begrepet som en inkorporering av det psykososiale i det biologiske (7). Forskjellen er mye mer fundamental og kan sammenliknes med forandringene i fysikken fra Newtons mekanikk til Einsteins relativitetsteori, kvantemekanikken eller irreversibel termodynamikk, hevdet han. Det var den sirkulære forståelse av de biologiske og sosiale systemer som var Engels anliggende: Mennesket forstått som et meningssøkende og relasjonelt vesen var det han kalte den biopsykososiale modell.

Han var ingen motstander av biomedisin. Biologisk medisin må forstås som en del av et sirkulært og fenomenologisk system, hevdet han, med referanse til at Einstein forsvarte Newtons mekanikk som brukbar til sine formål. Slike synspunkter tror jeg det er viktig å merke seg. Den aksentuerte polemikk mot den biomedisinske modell, som jeg leser hos Kirkengen (1), kan nemlig lett bli overslag mot subjektivismen. Fenomenologien er først og fremst et dialogisk perspektiv. Det er også betenkelig at hun slår den biopsykososiale modell i hartkorn med den biomedisinske endimensjonalitet, uten å være klar over at Engel hadde et systemisk og fenomenologisk perspektiv.

Eivind Meland

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Kirkengen AL. Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2647–9.

2. Malt UF. Fenomenologi, medisin og funksjonelle somatiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2923.
3. Kirkengen AL. Fenomenologi, medisin og funksjonelle somatiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2923.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.
5. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Fam Syst Med 1996; 14: 425–33.
6. Engel GL. Foreword. I: Foss L, Rothenberg K. The second medical revolution. From biomedicine to infomedicine. Boston: New Science Library, 1988.
7. Meland E. Vi intervjuer George Engel: En inspirasjonskilde til humanisme i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 568–9.

U.F. Malt svarer:

Anne Luise Kirkengen gjør seg til talskvinne for fenomenologi som det beste vitenskapsteoretiske grunnlaget for å forstå og behandle subjektive helseplager uten sikker tradisjonell biologisk sykdomsforklaring, såkalte funksjonelle somatiske lidelser (1). Det er imidlertid en kompleks årsakssammenheng bak slike lidelser. Både biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold er av betydning. Ingen vitenskapsteori har lyktes å integrere alle disse aspektene i én overordnet teori. Psykosomatisk medisin har derfor ikke noen *samlet* teori.

Det betyr ikke, som Kirkengen feilaktig synes å tro, at psykosomatisk medisin er teoriløs. Klinisk psykosomatisk medisin veksler mellom flere teorier – slik pragmatisk, kloke og erfarne leger gjør. Empirisme (biomedisin) er nødvendig, men ikke tilstrekkelig (2). Biomedisinens teorigrunnlag tingliggjør mennesket bare hvis den anvendes som *eneste* teorigrunnlag. Beskrivelse av pasientens subjektive forståelse av sine plager og sin situasjon (fenomenologi) er også nødvendig, men er og blir bare en del av en total tilnærming. Å frarøve et medmenneske muligheten for å bli kvitt sin lidelse fordi legen kun vil bruke en bestemt vitenskapsteoretisk tradisjon er – etter min oppfatning – å krenke medmenneskers fundamentale rettigheter.

Eivind Meland påpeker med rette at bio-

medisin er nødvendig og at Georg Engel ønsket å vektlegge en sirkulær forståelse. Men etter min oppfatning er Engel overvurdert. Hans eksempler, slik de fremkommer i hans artikler og i kliniske intervjuer og vurderinger som er filmet, vil bekrefte gode klinikers erfaringer om å se sykdom i lys av hele mennesket og dets sosiale og kulturelle rammer. Noen ny innsikt vil neppe noen få, og det er vanskelig å se at Engels humanistiske engasjement representerer noen teoriutvikling. Heller ikke infomedisin har vist seg å være det teoretiske gjennombruddet mange har håpet skulle komme.

At Engel nærmest er kanonisert, spesielt i amerikanske miljøer, sier etter min oppfatning mer om amerikanske legers mangel på språkkunnskaper og idéhistorisk kunnskap enn om Engels originalitet. Tar man med at han i egenskap av amerikansk universitetsprofessor på Østkysten hadde tilgang til tidsskrifter med stor gjennomslagskraft (impact factor), er det imidlertid lett å forstå at mange nevner Engel som den store guru.

Selv har jeg større sans for tyskspråklige forsøk på å utvikle en overordnet teori for psykosomatisk medisin (3), selv om heller ikke disse har lyktes i å skape en tilstrekkelig inkluderende teori (4). Inntil videre må derfor god psykosomatisk medisin bygge på flere teorier, slik Tidsskriftets serie om funksjonelle somatiske lidelser implisitt legger til grunn.

Ulrik Fredrik Malt

Psykosomatisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Kirkengen AL. Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2647–9.
2. Malt UF. Philosophy of science and DSM-III. Acta Psychiatr Scand Suppl 1986; 328; 10–7.
3. Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W, red. Psychosomatische Medizin. 4. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, 1990.
4. Malt UF. Psykosomatisk medisins historie. I: Sivik T, Theorell T, red. Psykosomatisk medicin. Lund: Studentlitteratur, 1995: 27–49.