

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Psykiatrien mellom reduksjonisme og biopsykososial helhetstenkning

Per Vaglum beskrev i Tidsskriftet nr. 15/2009 psykiatrisk teori som reduksjonistisk: «Den er ikke ment å kunne totalforklare eller å forstå hele livet ellet mennesket» (1). Når psykiateren bruker «stress-sårbarhetsmodellen», erkjenner han/hun at den ikke kan totalforklare eller forstå hele pasientens liv. Vaglum bruker her «reduksjonistisk» i metodologisk betydning. Det er vanlig å hevde at metodologisk reduksjonisme er nødvendig og uunngåelig i vitenskap (2).

Men «reduksjonisme» har også en ontologisk betydning, som sier noe om hvordan man ser på pasienten (studieobjektet).

I denne forstand betyr reduksjonisme at et fenomen x, f.eks. en psykisk lidelse, hevdes ikke å være noe annet enn y, f.eks. en hjernetilstand (2). Dette synet dominerer fortsatt i naturvitenskap og medisin. Det er interessant at Vaglum ikke hevder ontologisk reduksjonisme. Tvert imot hevder han at psykiatrien «må aktivt arbeide for å *integre* all ny kunnskap fra biologisk, psykologisk og miljørettet forskning til en *helhetlig* biopsykososial modell for *forståelse* av psykiske lidelser» (min kursivering) (1). Biologiske, psykiske og miljømessige forhold skal føyes sammen til en helhet. Dette er ontologisk helhetstenkning.

La oss ta synet på bevisstheten for å gjøre tydelig hva som står på spill. Der som man avviser at bevisstheten ikke er noe annet enn en hjernetilstand (ontologisk reduksjonisme), eller at den er helt atskilt fra kroppen (substansdualisme), står følgende helhetlige syn til disposisjon (dualaspekt monisme):

Bevisstheten er reell og gjør det mulig for mennesket som et jeg å oppleve direkte a) den sosiale og naturlige omverdenen, b) den egne kroppens fornemmelser og bevegelser og c) tanker, følelser og vilje. Bevisstheten skaper en rik og mangfoldig subjektiv virkelighet og uttrykker mål og mening. Til opplevelser finnes det nevralt korrelater. Informasjon uttrykkes altså både som opplevelse og nevralt korrelat (3).

Grunntrekk ved psykiatriens vitenskaps-teori kan nå presiseres. Psykiatrien er reduksjonistisk i metodologisk forstand. Men den bør være helhetlig i ontologisk forstand. Et slikt syn på psykiatrien legitimerer utforskning av psykisk lidelse med både humanvitenskapelige og naturviten-

skapelig metoder. De utfyller hverandre. Både menneskets opplevelse og fortolkning, og dets kropp og hjerne – i interaksjon med sine naturlige og sosiale omgivelser – er viktige for et fag som psykiatrien.

Hans Magnus Solli
Forskningsenheten
Psykiatrien i Vestfold

Litteratur

1. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.
2. Barbosa da Silva A. Etik og menneskesyn i helsetjeneste og sosial arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 35–38.
3. Velmans M. Understanding consciousness. 2. utg. London: Routledge, 2009.

P. Vaglum svarer:

Jeg takker for en god og viktig kommentar og presisering fra Hans Magnus Solli. I artikkelen *Hva er en psykiater?* (1) skriver jeg at en av kjernekompetensene hos psykiateren er forståelsen av at psykiatrisk teori er reduksjonistisk i den betydning at den er formulert for å diagnostisere og å løse konkrete problemer hos hjelpetrengende mennesker, og ikke for å totalforklare menneskelivets kompleksitet. Det er også viktig å huske på at diagnosesystemet reduserer den store variasjonen mellom pasientene, for også innen den samme diagnosegruppen er det til dels store variasjoner. Psykiateren må derfor i hvert enkelt tilfelle supplere diagnosen med en individuell vurdering i et biopsykososialt perspektiv. Pasienter med samme diagnose skal ikke nødvendigvis ha samme behandling.

Per Vaglum
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.

Sykehus før og nå

I 1973 kom jeg til Sandnessjøen sykehus som turnuslege. Jeg var der i ett år. Det siste året har jeg begynt å tenke på at det aldri var snakk om hvem som var direktør der. En forvalter tok seg av diverse praktiske ikke-medisinske saker. Kanskje var en av overlegene direktør? Etter turnustjenesten var jeg vel ett år ved Rønvik psy-

kiatrisk sykehus i Bodø, som hadde ca. 500 pasienter. Min nærmeste overordnede var overlegen, som også var direktør.

Så er årene gått. Jeg er seksjonsoverlege ved en nevrologisk avdeling. Min nærmeste overordnede er avdelingsoverlegen. Han er underlagt en administrerende lege for medisinsk klinikk. Over der er det en klinikkssjef og så på toppen av det en rekke direktører. Nylig leste jeg at norske sykehus har flere administrativt ansatte enn de har leger.

I gamle dager i Sandnessjøen het overlegen Bakke. Så sterkt var overlegen forbundet med sykehuset i folks bevissthet at pasientene sa at de hadde vært innlagt hos Bakke. Tilsvarende var ikke uvanlig ved andre sykehus. Overlegene hadde navn og rykte og hele sin personlige prestisje knyttet til arbeidet, og lojaliteten til sykehuset var selvsagt hevet over enhver tvil.

I dag er direktørens første bud å holde budsjettet og være lojal overfor overordnet myndighet. Det kan selvsagt være slik at direktøren oppriktig står på for sitt sykehus slik at det skal være bra for pasienter og ansatte, men det er ikke selvfølgelig på samme måte som før. I gamle dager gikk sykehusledelsen rundt og ønsket god jul til dem som var til stede – ansatte og pasienter. Slik er det ikke nå. Det ville vært rart om det kom noen rundt som ingen hadde sett før.

Verken i Sandnessjøen eller i Bodø var det mye oppmerksomhet rundt budsjettet. Noen hadde kanskje med budsjettet å gjøre, men det må ha vært lite snakk om det. Her jeg nå er og har vært i 22 år, kan jeg ikke huske annet enn at det har vært snakk om penger og budsjett hele tiden. Alltid har det vært sparepakker og omorganisering. Styrene har kommet og gått. De har gjort vedtak, som stort sett ikke er blitt satt ut i livet, eller de har gjennomført omorganiseringer og ofte gjort vondt verre. Nye data-systemer er det tydeligvis også greit å innføre før de virker som de skal.

Min ellers fredelige kollega, som er enda eldre enn meg, sier at ledelsen har kuppet sykehusene. I stedet for pasientbehandling har de opphøyet støttefunksjoner til å være det viktigste. Symptomatisk nok er det innført permisjonsnekt for medisinskfaglige kurs ved Helse Sør-Øst ut året. Det er imidlertid tilbud om datakurs, og jeg antar at ledelsen har sine samlinger som før.

Siden min turnustid i Sandnessjøen i 1973 er den medisinske verden blitt mer og mer kompleks og krevende. Det er da et

paradoks at det å arbeide med pasienter og være faglig oppdatert er blitt annenrangs i forhold til «å lede».

Arnulf Hestnes
Tønsberg

Protonpumpehemmere bør ikke selges reseptfritt

I dag mottok jeg reklame på pantoprazol, som nå tydeligvis er blitt reseptfritt. Selv har jeg lang erfaring med spesiell interesse for ulcusproblematikk. I 1970-årene fulgte vi utviklingen av omeprazol og ville være med på kliniske studier. Disse ble imidlertid stoppet da rottestudier viste karsinoider i ventrikkelen. Produsenten overbeviste nøkkel eksperter og myndighetene om at disse svulstene ikke hadde noen relevans for mennesket, og preparatet ble akseptert. I begynnelsen kun på strenge indikasjoner, men senere er bruken blitt utbredt. Da omeprazol ble akseptert, var det det første stoffet som ble akseptert til klinisk bruk til tross for at det ga cancer i sitt målorgan.

Jeg begynte med forskning på regulering av magesyreproduksjonen midt i 1970-årene. Gastrin er den viktigste mediatoren av måltidsstimulert syresekresjon, og hypoaciditet medfører økt gastrinfrigjøring. I studier på isolert rottemage viste vi at gastrin stimulerer syresekresjonen via histaminfrigjøringen fra ECL-cellen. Denne frigjøringen er avhengig av ECL-celle-massen og er den begrensende faktoren i gastrins syrestimulering. Videre stimulerer gastrin ECL-cellen trofisk. Derfor vil hypergastrinemi pga. syrehemmende behandling nødvendigvis gi tilbakevendende (rebound) hypersekresjon ved opphør av behandlingen.

Vi kunne i 1996 vise at behandling med protonpumpehemmere fører til tilbakevendende hypersekresjon og hevdet at dette kunne være årsaken til økningen i hyppighet og alvorlighetsgrad av reflukssykdom (1). Dette er nå indirekte bekreftet ved en studie der friske studenter fikk reflukssymptomer etter åtte uker med protonpumpehemmere (2).

Svulstene hos rotte etter omeprazolbruk utgår fra ECL-cellen. Hypergastrinemi gir ECL-cellesvulster hos alle undersøkte arter, og i studier av ventrikkelcancer hos menneske har vi vist at hypergastrinemi er av betydning i karsinogenesen (3).

Magesaftens hovedfunksjon er å drepe mikroorganismer, en funksjon som blir borte ved bruk av protonpumpehemmere. Videre bør man ha i mente at protonpumpehemmere har en bratt konsentrasjon-responskurve samt langsomt innsettende effekt, hvilket gjør protonpumpehemmere lite egnet til behovsbruk.

Jeg var i 2000 den eneste europeer blant fem eksperter i U.S. Food and Drug Admin-

istration (FDA) som diskuterte reseptfrihet for protonpumpehemmere i USA. Jeg var sjokkert over den nære tilknytningen til farmasøytisk industri som enkelte av ekspertene hadde. Akseptering av protonpumpehemmer reseptfritt i Norge gjør at jeg har svekket tillit også til norske helsemyndigheter. Gjennom høringer har jeg gitt helsemyndighetene disse synspunktene, men uten effekt. Man har tydeligvis stolt på flertallet. Korrekte medisinske bestemmelser kan ikke bygge på flertallsvedtak. Tidsbegrensede pasientstudier kan ikke avsløre langtidsbivirkninger. Slike kan kun forutses ut fra generell biologisk viten samt dyrestudier. Det er trist at den biologiske viten er så lav at man ikke har forstått at fjerning av biologiske funksjoner har konsekvenser.

Helge L. Waldum
Trondheim

Litteratur

1. Waldum HL, Arnestad JS, Brenna E et al. Marked increase in gastric acid secretory capacity after omeprazole treatment. *Gut* 1996; 39: 649–53.
2. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L et al. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. *Gastroenterology* 2009; 137: 80–7.
3. Qvigstad G, Qvigstad T, Westre B et al. Neuroendocrine differentiation in gastric adenocarcinomas associated with severe hypergastrinemia and/or pernicious anemia. *APMIS* 2002; 110: 132–9.

Kritisk søkelys på samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble like før Stortingets sommerferie lagt frem av regjeringen (1). Intensjonene er jo gode. Det er viktig og nødvendig med bedre kommunikasjon og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene og mellom de forskjellige kommunale tjenestene og også mellom kommunene. Styrking av kommunehelsetjenesten er svært viktig. Særlig må det bli flere fastlegehjemler. Hver fastlege har for mange mennesker på sin liste. Dessuten trengs det flere leger på sykehjem og i eldreomsorgen, i helsestasjoner og skolehelsetjenesten, legevakt og rehabilitering.

Det er i meldingen gitt inntrykk av at profylakse – forebyggende arbeid – vil gi en stor effekt på helsetilstanden. Men det tar mange tiår før det gir virkning. Leger og annet helsepersonell driver daglig individuell forebyggende rådgivning overfor den enkelte pasient. Undersøkelse av presump-tivt friske mennesker med henblikk på om de kan være i faresonen for å utvikle en fremtidig alvorlig sykdom har sine ulemper. Økt fokus på tidlig diagnostikk og behandling kan føre til økt sykkeliggjøring og medikalisering. Det kan bli et eldorado for legemiddelindustrien og helsekostkremmerne som står klar med «forebyggende midler» med usikker virkning. Det viktigste er nok de samfunnsmessige forebyggende tilta-

kene som til dels ikke går over helsebudsjettet. Det kan være prisreguleringer på mat, bygging av sykkelstier, idrettsbaner, helseinformasjon via medier og skoler osv. På disse områdene er det en forstemmende passivitet fra myndighetenes side.

Hovedmotivet for reformen er nok å redusere helseutgiftene. Men det grenser til det absurde å overføre til kommunene 20 % av sykehusbudsjettene som allerede har formidable underskudd i driften, med derav følgende innskrenkninger i tjenesteytingene til pasientene. Blir det færre innleggelses i sykehusene av denne reformen? Det er ikke rådmannen som legger inn. Det er fastlegen. Og han legger inn etter medisinsk faglige kriterier, økonomiske hensyn kommer i andre rekke.

Det er viktig med bedre rekruttering til allmenmedisin av godt kvalifiserte leger. Viktige premisser for dette er utdanning, veiledning av fastleger under spesialisering og forskning. Her må nye midler settes inn.

Man kan frykte at både økonomien og helsetjenestene blir dårligere. Selvfølgelig kan man redusere eller stoppe veksten i spesialist- og sykehusmedisinen dersom alternativene som stortingsmeldingen legger opp til, er gode nok til å erstatte dette. Det er imidlertid grunn til betydelig usikkerhet om hvorvidt dette blir resultatet. Dessuten kan mange av delproblemene løses uten en svær reform som dette.

Det er vel ikke like enkelt å prøve ut denne reformen i et begrenset prosjekt som det var med fastlegereformen. Er det ikke ganske dumdriktig å sette i gang denne reformen på landsbasis før viktige uklarheter er vurdert? Det mangler faktagrunnlag både for å begrunne reformen og å vise virkningen av den.

Lars Helling
Lillehammer

Litteratur

1. Stortingsmelding nr. 47 [2008–2009]. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Krigen i Gaza og objektivitet

Støvet har lagt seg etter Gaza-krigen. Nærbilder av krigsofre ble presentert over flere sider i Tidsskriftet. Nylig gjentok Per Arne Norum sin oppfordring om at Legeforeningens styre skulle drøfte Tidsskriftets rolle som fagorgan i denne saken (1).

Krigen i Gaza har lært oss at det å regelmessig sende raketter innover et naboland kan utsette egen befolkning for fare. Den viser også at sivile og uskyldige alltid rammes hardt i moderne krigføring. Samtidig kan man slå fast at mediekrigen kan være viktigere enn selve kamphandlingene, og at denne krigen ikke nødvendigvis vinnes av den sterkeste militærmakten.