

var blitt enighet om at medisinen har både et natur- og humanvitenskapelig grunnlag. Wulff og Gøtzsche skrev godt om dette på 1990-tallet. Medisinen anvender både naturvitenskapelig og humanistisk tenkning. Disse to forfatterne nevner «den empatisk-hermeneutiske» og «den etiske komponent» som sentrale for kliniske beslutninger (3). Og i klinikken befinner den partikulære pasienten seg, det mest reelle av alt i helsetjenesten.

Positivismen ble overvunnet i vitenskapsfilosofien for flere tiår siden (4). Det er på tide at vi leger kommer etter.

**Hans Magnus Solli**  
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Brean A. Myteknuserne. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1633.
2. Lübcke, P. Politikens Filosofi Leksikon. København: Politikens forlag, 2010; 571.
3. Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinikk: evidensbaserte diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4. utg. København: Munksgaard, 1997.
4. Schurz G. Philosophy of Science. A Unified Approach. New York: Routledge, 2014.

#### A. Brean svarer:

Hans Magnus Solli har lest min nylige lederartikkel om å knuse grunnløse myter. Han påpeker at jeg også bør omtale at medisinen har et humanvitenskapelig perspektiv. Det er et viktig og fortjenstfullt perspektiv. Når han skriver at jeg er «ute i et vitenskapsfilosofisk ærend» må jeg imidlertid få protestere. Jeg forsøker heller å påpeke det rent praktiske gapet mellom hva vi faktisk vet at vi vet (dvs de innsikter den naturvitenskapelige metode kan gi oss) og de hundrevis av beslutninger vi klinikere daglig må ta. Dette gapet snakkes det sjelden om. Det er elefanten i det kliniske rommet – mangelen på relevant kunnskap i møte med det Solli kaller «den partikulære pasienten», og troen på at de store randomiserte studier skal kunne gi oss alle svarene vi trenger i dette møtet. For noen fremstår dette kanskje som teoretisk vitenskapsfilosofi. For oss klinikere er det hverdag. Jeg har vært inne på det før (1).

I et slikt perspektiv faller ståstedet Solli tillegger meg – «polemisk positivisme» – på sin egen urimelighet. Ingen som arbeider med det enkelte lidende menneske kan vel avfeie humanvitenskapene som kunnskapsgrunnlag? Behovet for et slikt perspektiv er kanskje den viktigste grunnen til at ingen retningslinjer noen gang vil kunne gi alle svarene vi trenger i møtet med den enkelte pasient. Det å ville grunnløse og skadelige myter til livs bør allikevel all vitenskap ha felles. Det er hverken polemisk eller positivistisk, men simpelthen begrunnet i en av våre fremste plikter: Plikten til å ikke skade.

**Are Brean**  
are.brean@legeforeningen.no

Are Brean (f. 1965) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Brean A. Hva er en medisinsk sannhet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 381.

## Re: Myteknuserne

Takk til Are Brean for klargjørende utdypninger av lederen «Myteknuserne». Vi er ganske enige når det gjelder forståelse av klinisk praksis. Men jeg skulle ønske at vi leger, Tidsskriftet inkludert, i større grad også kunne bruke vitenskapsfilosofi som faglig analyseinstrument. Brean benytter en god metafor, «elefanten i det kliniske rommet», om vanskelighetene med å fortolke generell kunnskap fra for eksempel store randomiserte studier inn i den spesifikke og konkrete pasientens situasjon. Jeg kjenner ingen bedre

kommentar til denne metaforen enn noe filosofen Stephen Toulmin skrev: Klinisk praksis viser at den menneskelige fornuft er praktisk så vel som teoretisk, «existential as well as universal; that is, reason is concerned not just with the abstract, but also with flesh and blood issues. [...] What, then, is this doctrina or mysterium – this «medical knowledge» – which paradoxically combines within itself pairs of characteristics (practical and theoretical, universal and existential, and so on) that have to be so sharply distinguished and separated in other contexts?» (1). Er det ikke både spennende, og ydmykende, å vite at medisinsk praksis skjuler en av de største vitenskapsfilosofiske «nøtter» som finnes? Skulle ikke vi leger være mer aktive med å utforske den?

**Hans Magnus Solli**  
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Toulmin S. Knowledge and art in the practice of medicine: Clinical judgement and historical reconstruction. I: Delkeskamp-Hayes C, Cutter MA, red. Science, technology, and the art of medicine. European-American dialogues. Dordrecht: Kluwer Academic, 1993: 231–49.

## Re: Selvmord og psykiske lidelser

Denne artikkelen om sammenhengen mellom selvmord og psykiske lidelser plasserte et viktig tema på dagsordenen (1). Det er trolig altfor lett å bortforklare selvmord som et resultat av psykisk lidelse i tilfeller der det finnes en mulig sammenheng.

Jeg forstår ikke helt innvendingene kronikken har mot den biomedisinske modellen som sådan. Jeg trodde vi hadde beveget oss mot George Engel sin biopsykososiale modell fra 1977 for lenge siden (2). Hvor er alle psykiaterne som er uenig med artikkelforfatterne der de hevder: «I det selvmordsforebyggende arbeidet er det på høy tid å fokusere mer på kompleksiteten som alltid ligger bak et selvmord.»? Jeg tror det er lettere å appellere til å tenke komplekst, enn å faktisk håndtere et problem slikt.

Kommentaren Uldal har skrevet til denne kronikken bærer det samme preget (3). Elven som renner er sikkert en flott analogi, men hvis vi først skal understreke kompleksiteten bak det hele, så holder det trolig ikke med slike forenklinger. Det er altfor lett å kritisere behandlingen av psykiatriske lidelser når vår forståelse og metodikk er så begrenset som den er. Jeg synes verken Uldal eller kronikken bringer så mye nytt til vår forståelse eller metode. Uldal henviser til neurotapping, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), tankefeltterapi (TFT) og Emotional Freedom Techniques (EFT) som behandlingsformer med «gode resultater». For meg ser det ikke ut til at disse metodene skiller seg stort fra de mer tradisjonelle metodene (4), og for enkelte er de sannsynligvis dårligere (5). Dette gjelder spesielt TFT og EFT, der forskningen som støtter denne metoden har seriøse metodiske mangler og er blitt stemplet som pseudovitenskapelig (6, 7). Jeg tror ikke dårlig metodikk eller en new age-variant av akupunktur er veien å gå ved behandling av mennesker med selvmordstanker.

**Andreas Wahl Blomkvist**  
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg universitet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K et al. Selvmord og psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1369–70.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.

&gt;&gt;&gt;

- Uldal M. Re: Selvmord og psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1638.
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013; 12: CD003388.
- Pignotti M. Thought Field Therapy Voice Technology vs Random Meridian Point Sequences: A Single-blind Controlled experiment. Sci Rev Ment Health Pract 2005; 4: 38–47.
- Lilienfeld SO. Our Reason d'Être. The Scientific Review of mental health practice. 2002; (1)1. www.srmhp.org/0101/raison-detre.html [23.9.2014].
- Pignotti M. Thought field therapy – A former insider's experience. Res Soc Work Pract 2007; 17: 392–407.

## Re: Luftegårder i psykiatrien – et gufs fra fortiden eller et humant pasienttilbud?

Takk til forfatterne, som med denne kronikken om bruk av luftegårder bidrar til å belyse en aktuell problemstilling for pasienter innlagt ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger og akuttavdelinger i psykisk helsevern (1). Det er store lokale og nasjonale forskjeller på hvordan samfunnsvernet og pasientenes interesser blir ivaretatt ved sikkerhetspsykiatriske enheter, og det er stor avstand i hvordan politi og kriminalomsorgen ivaretar samfunnsvernet og hvordan psykisk helsevern ivaretar sikkerheten for psykisk syke pasienter med alvorlig voldshistorikk.

Pasientene har som alle andre et daglig behov for frisk luft og et godt utemiljø. «Luftegård» er etter mitt skjønn en lite verdig betegnelse for et tilbud til innlagte pasienter i psykisk helsevern – et «skjermet uteområde» er mindre stigmatiserende. Dette er løst forskjellig ved ulike institusjoner, og jeg vil fremheve noen gode steder: Rettspsykiatrisk avdeling i Sundsvall, Sverige, har løst dette på en god måte for pasienter innlagt på høyt sikkerhetsnivå. Bodø har en lokal sikkerhetspost som har et godt utemiljø for sine pasienter, hvor også den passive sikkerheten er ivaretatt. Med passiv sikkerhet mener jeg at de bygningsmessige og tekniske løsningene ivaretar rømnings-sikkerhet og reduserer risiko for inntak av rusmidler eller farlige gjenstander, samt verner pasientene mot innsyn eller trakassering utenfra.

Vi har ved Sykehuset Telemark en relativ ny akuttavdeling med avskjermede, vakre «ute-atrier» som ivaretar pasientenes behov for frisk luft, men i for liten grad gir rom for andre aktiviteter, og har begrenset grad av passiv sikkerhet. Vår sikkerhetsavdeling har ikke et skjermet uteområde, og det har vært et savn over flere år. Et skjermet uteområde bør ha et annet preg enn en inngjerdet ball-binge eller en betongluftegård. Det bør ivareta pasientens behov for et utemiljø hvor de er skjermet for innsyn, og hvor det er mulighet for friluftaktiviteter, sosiale aktiviteter, utetrening/sport, grilling eller kanskje en egen hage.

Samfunnsvernet er særlig viktig å ivareta overfor de Særreaksjonsdømte (de som er dømt til behandling) som utgjør en større og større andel av innlagte pasienter ved sikkerhetsavdelinger, men også for andre innlagte med psykose og alvorlig voldshistorikk. Sentrale føringer er helt nødvendig for å få gjennomført endringer slik at den passive sikkerheten blir prioritert og bedre ivaretatt ved våre institusjoner. Psykisk helsevern og lokale sikkerhetsavdelinger bør oppgraderes og moderniseres, slik at vi kan møte pasientenes behov for «uteliv» når de er innlagt og samfunnets behov for vern mot pasienter som kan være til fare for andre. Jeg støtter forfatterne i at «luftegårder» ikke skal være til hinder for en god rehabiliteringsprosess til en «friere» tilværelse.

**Tom Gunnar Vik**  
tomvik@sthf.no

Tom Gunnar Vik (f. 1964) er seksjonsoverlege ved Sykehuset Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

- Hartvig P, Haaland CF. Luftegårder i psykiatrien – et gufs fra fortiden eller et humant pasienttilbud? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1731.

## P. Hartvig & C.F. Haaland svarer:

Vi takker Tom Gunnar Vik for positiv kommentar til vår kronikk, hvor han også supplerer med sin egen viktige erfaring og kompetanse i dette feltet. Han peker på nødvendigheten av sentrale føringer for å bedre både pasientbehandling og samfunnsikkerhet med gode uteområder. Vi ser også godt at «luftegård» er et ord som i seg selv kan øke opplevelsen av stigmatisering, og således være med på det «gufs» vi antyder i kronikkens tittel. Vi vil gjøre Helsedirektoratet oppmerksom på artikkelen og Viks kommentar, og kanskje kan dette bli starten på sentrale føringer, slik Vik etterlyser, både for navneendring og prioritering av bygningsmessige endringer.

**Pål Hartvig**  
paal.hartvig@gmail.com  
**Carl Fredrik Haaland**

Pål Hartvig (f. 1936) er dr.philos. og spesialist i psykiatri ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Carl Fredrik Haaland (f. 1962) er spesialist i psykiatri og overlege ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Re: Affeksjon for affeksjon

I Språkspalten i Tidsskriftet nr 16/2014 kritiserer Kashif Faiz bruken av begrepene «affisere» og «affeksjon» i medisinsk praksis (1). Han presenterer også statistikk som viser at vårt felles fagfelt, nevrologi, er den spesialiteten som bruker ordene hyppigst. Kashif skriver underholdende og leker elegant med den doble betydningen av ordet affeksjon, som kan betegne både sykelige prosesser og sterke følelser. Jeg synes likevel ikke artikkelens budskap er helt overbevisende.

Faiz' argumentasjon synes å hvile på et premiss om at jo mer presise begreper man bruker, desto bedre er det. Men snevre begreper er ikke noe mål i seg selv. God språkbruk handler snarere om å velge ord som er *dekkende* for det man vil uttrykke – hverken mer eller mindre. Ingen vil hevde på generelt grunnlag at «eple» og «genser» er *bedre* eller *riktigere* ord enn «frukt» og «klær». I medisinen kan vi ofte ha gode grunner for å uttrykke oss generelt og overordnet, uten å lukke tolkningsrommet for egne utsagn. Jeg tror dette oftest er et bevisst valg, snarere enn en språklig uvane.

Kashif kommer med en del alternative forslag til begreper som kan erstatte «affeksjon». Disse er alle langt snevrere, slik som «avklemning», «dragning» eller «trykk», og vil i praksis svært sjelden kunne fylle den samme språklige funksjonen. De ville for eksempel være helt uaktuelle i den ene av titlene han refererer til: «Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinne».

«Affisere» er et etablert begrep i norske ordbøker. «Påvirke» er trolig det nærmeste vi kommer et synonym, men vil for mange av oss ha en litt annen valør og legge visse føringer for hva slags årsakssammenhenger vi forestiller oss. Kanskje er det ikke tilfeldig at «affeksjon» brukes mye i nevrologien, der det er et tradisjonelt ideal å stille en topografisk diagnose basert på det kliniske utfallsmønsteret. Hvis mine funn tyder på en affeksjon av pyramidebanen, cerebellum eller venstre L5-rot, så mener jeg akkurat det. Før pasienten er grundigere utredet tror jeg ikke jeg kan si det så mye bedre.

**Lasse Pihlstrøm**  
laspih@ous-hf.no

Lasse Pihlstrøm (f. 1980) er klinisk stipendiat ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

- Faiz KW. Affeksjon for affeksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1589.