

3. Uldal M. Re: Selvmord og psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1638.
4. 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.
5. 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.
6. Lilienfeld SO. Our Raison d'Être. The Scientific Review of mental health practice. 2002; (1)1. www.srmhp.org/0101/raison-detre.html [23.9.2014].
7. 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

1. 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

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