

Medbestemmelse

Nå skal pasientene forhandle med kirurgen om gjennomføringen av operasjonen. Men kanskje er medbestemmelse mer på sin plass i psykiatrien.

TEKST

Arnulf Kolstad

PUBLISERT 7. mai 2013

Denne månedens kronikkforfatter, er forsker og formidler, bl.a. om kulturpsykologi, psykisk helsearbeid og forholdet mellom hjernen, bevisstheten og kulturen. Sammen med Else-Marie Molund, Ole Jacob Madsen, Siri Gullestad, Karine Skaret og Svein Øverland er han invitert av Tidsskriftet som fast kronikør. Neste måned: Else-Marie Molund.

Nylig var jeg opponent på en doktordisputas ved Universitetet i Stavanger. Avhandlingen beskrev hvordan sykehuspasienter skulle få større innflytelse på behandlingen, særlig ved kirurgiske inngrep. At kirurgene skulle forhandle med pasientene om gjennomføring av operasjonen var en ny og overraskende ide for meg. Men jo mer jeg leste i avhandlingen, jo mer vente jeg meg til tanken. Nye tanker trenger ofte tid for å bli akseptert. Først blir de latterliggjort, så blir de motarbeidet og til slutt sett på som selvsagte.

«Noe tyder på at psykiaterne ikke har fulgt med i timen og mangler kunnskap om nyere hjerneforskning»

I min fortid i den anti-autoritære bevegelsen på 1970-tallet kjempet vi mot autoriteter og autoritære styreformer. «Deltagelse» og «Medbestemmelse», f.eks. på universitetet, var yndete slagord. Men enkelte autoriteter godtok vi. De hadde en berettiget legitimitet i kraft av særlig kunnskap ikke alle hadde. De autoritetene skulle vi høre på og overlate avgjørelsen til. Det gjaldt kirurgen ved operasjonsbordet, flyveren i cockpiten og kapteinen på skipet i havsnød. Ved slike anledninger var det uhensiktsmessig å kreve avgjørelser ved håndsopprekning etter diskusjon. Her måtte vi stole på ekspertene.

Nå har tidene åpenbart forandret seg. Folk godtar hva som helst av sjarlataneri innenfor politikk, næringsliv og universitetsledelse, men vil altså ikke kirurgene i kortene. Opprøret mot autoritetene ivaretas i våre dager fra sykesenga. Dette ønsket om innflytelse samsvarer med norske tradisjoner. Likhetstanken står sterkt her i landet, alle skal ha et ord med i laget. Denne egalitære modellen er ikke like utbredt overalt. I Kina, der jeg ofte oppholder meg, er forskjeller mellom folk en selvfølge. Folk er rangert etter status, ofte knyttet til utdanning og makt. Kineserne har i årtusener godtatt at ikke alle står på lik linje. Det gjelder å finne sin plass i hierarkiet, stole på rormannen og kirurgen og være tilfreds med det. Også på dette området er det tydelige kulturforskjeller. Ikke bare er folks tenkemåte, deres bevissthet preget av kulturen de vokser opp i, også hjernens struktur påvirkes.

Et spørsmål som dukker opp, er om en kultur er bedre enn en annen. I spørsmålet om medbestemmelse ved kirurgiske operasjoner har den kinesiske holdningen noen fordeler, ikke minst i en kultur som vår der tvangen til å velge, ta stilling, kjenne alle alternativer og konsekvenser, osv., er påtrengende. Det ville vært deilig om disse kravene for en gangs skyld var lagt på hylla. Da kunne en legge seg under kniven og overlate alt til et faglig spesialisert team der en uansett vil være amatør og sjarlatan. Å stole blindt på autoritetens fagkunnskap kan være en behagelig tilstand før en operasjon. Men vi lever altså i en kultur der det gjelder å sette spørsmålsteget ved det meste, og der *valgfrihet* er blitt den største av alle friheter, selv der valget er illusorisk eller meningsløst, f.eks. mellom operasjonsprosedyrer. Hvilken gjennomsnittspasient har forutsetninger for å uttale seg om det?

Eller kanskje er det ikke så enkelt at legen alltid har rett, og at kritikken bør legges på hylla når autoriteten i den hvite frakken viser seg med skalpell og munnbind? Kanskje trenger de som kalles spesialister i helsevesenet og forvalter den evidensbaserte kunnskap, faktisk å bli utfordret, også av lekmannsskjønn og opplyste pasienter, for å holde kunnskap og ferdigheter ved like. Antagelig er pasientenes respekt for den medisinske (og psykologiske) autoriteten overdrevet og uhensiktsmessig, ikke minst innenfor psykisk helsevern. Der har også kravet om pasientinnflytelse vært særlig sterkt. Overfor leger og psykologer som har spesialisert seg på hjernen og psyken, er skepsisen på sin plass. Det handler om lidelser der den kroppslige skavanken ikke er like opplagt.

Noe tyder på at psykiaterne ikke har fulgt med i timen og mangler kunnskap om nyere hjerneforskning. For 20 år siden hørte jeg en gjesteforelesning på Universitetet i Trondheim av professor Per Andersen. Han måtte revidere sin tidligere oppfatning av hjernen: den hadde ikke en fastlagt kapasitet som var årsak til våre prestasjoner; det forholdt seg omvendt: prestasjonene eller aktiviteten skaper hjernens kapasitet, dens struktur og funksjon. Denne revolusjonerende innsikten om hjernens plastisitet er påvist i all nyere hjerneforskning. Men spørsmålet man kan stille seg, er om denne forståelsen har trengt inn hos psykiaterne, som påberoper seg ekspertkunnskap om dette viktige organet for mental helse og psykiske lidelser. Mange psykiatere mener at alle psykiske lidelser skyldes nevrobiologiske eller nevrofysiologiske anomalier, og at

nevrobiologien bør være den kliniske psykologiens og psykiatriens grunnlag. Men hvor mye forstår de egentlig av det som foregår i hjernen? Og er det forsvarlig å intervensere i det finstemte maskineriet med den kunnskapen vi har i dag? Legene har tidligere forsøkt seg med lobotomi. I dag er det kjemisk og elektrisk intervensjon. Det skal en god porsjon selvtillit til for å overskue og gjøre rede for hva som skjer i hjernens komplekse maskineri når pasientene medisineres og sjokkbehandles.

Hjerner celler har vi som kjent ca. 200 milliarder av. De fleste dannes før fødselen. Forbindelsene mellom hjerne cellene, synapsene, dannes derimot i hovedsak etter fødselen, som følge av sansepåvirkning, aktivitet og sosial/kulturell kommunikasjon. I gjennomsnitt har hver hjerne celle ved 2–3-årsalderen forbindelse med 15 000 andre celler, og det dannes opptil to millioner synapser hvert sekund! Den psykologiske aktiviteten gjør det nødvendig for hjernen å etablere forbindelser mellom nye hjerne celler i et nettverk så komplekst at det overgår vår og sikkert psykiaternes fatteevne. Nevrotransmittere er det også mange av, og de få som er syntetisert og har fått oppmerksomhet i psykiatrien, utgjør et mindretall. Det foregår også nydanning av hjerne celler. Det trodde man ikke for 10 år siden. Hjernens er definitivt ikke noen hardware med fastlagt struktur og kapasitet. Den er i kontinuerlig forandring.

Å gripe inn i dette finstemte maskineriet med kjemikalier eller elektriske impulser er dristig. Det er neppe noen som har oversikt over konsekvensene, og de som oppkaster seg til forståelse på, bør møtes med sunn skepsis.

Det samme gjelder dem som mener nøkkelen til god helse og sykdomsforebygging ligger i genmanipulasjon. Det er ikke så lenge siden man ofret milliarder av forskningsmidler for å finne schizofrenigenet. I dag vet man at ekspertene tok feil, og at det ikke finnes noen enkel gen-løsning. Genene samspiller, og deres funksjon påvirkes av omgivelsene i vid forstand. Epigenese er en realitet.

Så kanskje er skepsis og krav om medbestemmelse overfor de prestisjetunge autoritetene i helsevesenet likevel et sunnhetstegn – ikke minst i psykiatrien.

Arnulf Kolstad

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 5, 2013, side 484-485

TEKST

Arnulf Kolstad