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 tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Universitetssykehusenes ansvar

Erlend Smeland og medarbeidere har i Tidsskriftet nr. 1/10 verdifulle kommentarer til mitt innlegg om forskning og ledelse ved Oslo universitetssykehus (1, 2). Jeg er helt enig med dem i at professor

1 ikke bør være belastet med for tunge administrative oppgaver. På den annen side blir det kanskje heller ikke riktig at de nye administratorene skal være faglige ledere i tillegg til den tunge administrasjonsbyrden de har. Det er etter min mening uheldig at professor 1 etter hvert står mer og mer utenfor påvirkningen av den faglige utvikling. I klinisk virksomhet ser vi jo også at professor 1-stillingene er i ferd med å forsvinne. Det kan bety at den frie forskningen blir erstattet av mer avdelingsstyrt forskning.

Smeland og medarbeidere kommer ikke inn på det problematiske punktet at sykehusets direktør i praksis nå utnevner enkelte professorer 2. Det er jo dette som er diskusjonens utgangspunkt (3). Det er problematisk når universitetet gir fra seg en rett og en plikt det har og som bryter med prinsippet om at vitenskapelige stillinger skal lyse ut i åpen konkurranse. Denne nye praksisen vil også kunne bli en bremse for nyrekruttering av klinikere med forskningskompetanse fordi antall stillinger tross alt er begrenset.

Jeg mener at dagens nyordning bør være et incitament til en debatt om disse forhold og til tenkning om hvilken rolle akademisk medisin skal spille. Er det en sammenheng mellom akademisk og klinisk kompetanse? Jeg har alltid ment at det er det, og hvis det er riktig, representerer etter min mening nyordningen et eksperiment. Andre viktige spørsmål er hvordan det vil prege utviklingen at pasienter og leger i utdanning ikke blir eksponert for akademisk medisin i samme grad som tidligere. Og har ikke universitetssykehusene et spesielt ansvar for å være en ressurs for resten av helsevesenet? Hvem skal ta vare på den funksjonen når professor 1 forsvinner?

Dessverre er min erfaring at Rikshospitalet er blitt mer kontrollerende med hva og

hvem som skal uttale seg til mediene. Da er det en styrke å ha hovedstilling ved universitetet som har en helt annen kultur for åpen debatt.

Stein A. Evensen's innlegg (4) ser jeg liten grunn til å kommentere utover at hans personangrep på meg kan ses som et forsøk på å kvele en viktig debatt. Et akademisk ideal må være å føre frie debatter, det filosofen Habermas så elegant kaller den «herredømmefrie samtale». På meg virker det som Evensen står svært langt fra min forståelse av universitetet som en antiautoritær institusjon som skal satse på åpenhet, fri konkurranse og kvalitet.

Ola Didrik Saugstad
Professor 1
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Smeland E, Vartdal F, Wisløff F. Ledelse og akademisk kompetanse. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 591.
2. Saugstad OD. Håndplukkede ledere betyr truet faglighet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 133.
3. Gjersvik P. Et fakultet styrt av klinikksejfer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2628–9.
4. Evensen SA. Misvisende om lederutnevning i Oslo universitetssykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 591.

Maharishi Ayurveda og uklare tilstander

Jeg leste med interesse Dag Bruusgaards & Bård Natvigs kronikk om uklare tilstander som fibromyalgi og kronisk utmattelsessyndrom i Tidsskriftet nr. 15/2009 (1). Jeg har arbeidet med disse symptomkompleksene i mer enn 20 år ut fra en ayurvedisk (indisk tradisjonell medisin) tankegang, og på Maharishi Ayurveda Helsesenter er det gode erfaringer med behandling av begge tilstandene (2). En oppfølgingsstudie over seks måneder med 30 fibromyalgipasienter som fikk behandling på helsesenteret, er nylig publisert (3). Studien viste statistisk signifikante resultater av seks av sju komponenter av Fibromyalgia Impact Questionnaire, og liknende resultater ble funnet etter 24 måneders oppfølging.

Ayurvedisk medisin omfatter teorien om de tre doshaer vata, pitta og kapha som er tre grunnleggende styrende prinsipper for en samlet sinn-kropp-anskuelse. Vata-dosha er den viktigste av disse tre doshaene. Den er knyttet til nervesystemet og styrer all aktivitet i kroppen. «Mangfold» knytter seg til

vata-dosha. Hos en pasient med en diffus multisymptomatologi vil denne doshaen alltid være i ubalanse. Ofte omfatter denne ubalansen styringen av bekkenfunksjonene under navleplanet, og disse funksjonene er oftest involvert i fibromyalgikomplekset (4). Denne doshaen styrer også kroppsenergien, og ubalanse på dette området kan føre til ulike energiproblemer som omfatter kronisk utmattelsessyndrom (5). Slaggstoffer som man mener dannes pga. ufullstendig forbrenning av mat og avleires i kroppens vev, fører ifølge ayurveda til symptomer med bl.a. muskel- og leddsmarter, redusert energi og opplevelse av tyngde i kroppen. Dette er sentrale deler av fibromyalgikomplekset. Ubalanse av vata-dosha og ufullstendig forbrenning er ofte stressrelatert og derfor er disse symptomkompleksene ifølge ayurvedisk tenkning belastningstilstander. Dette er i samsvar med at tilstandene kan være utviklet på grunnlag av det som i skolemedisinen betegnes med en sentralnervøs patofysiologisk mekanisme (1), selv om den etiologiske tankegang er vidt forskjellig. Ved hjelp av pulsd Diagnose er det innen Maharishi Ayurveda mulig å registrere de spesifikke ubalansene av vata-dosha samt tilstedeværelsen av slaggstoffer og slik gi en spesifikk diagnose. Det er i enkelte tilfeller tale om en blanding av begge symptomkompleksene.

Den ayurvediske filosofien har ikke alene beriket mitt medisinske arbeid på helsesenteret, men også min tenkning innen skolemedisinen.

Lars Bjørn Rasmussen
Mesnali

Litteratur

1. Bruusgaard D, Natvig B. Uklare tilstander – felles mekanismer? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1481–3.
2. Maharishi Ayurveda Helsesenter. <http://ayurveda.no/erfaringer2> [12.1.2010].
3. Rasmussen LB, Mikkelsen K, Haugen M et al. Treatment of fibromyalgia at the Maharishi Ayurveda Health Centre in Norway. A six month follow-up study. Clin Exp Rheumatol 2009; 27 (suppl 56): 46–50.
4. Rasmussen LB. Maharishi Ayurveda, fibromyalgia og blæreproblemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2398.
5. Rasmussen LB. Fibromyalgi på indisk vis. Utposten 2004; 6: 27–32. www.uib.no/isf/utposten/2004nr6/utp04607.htm [12.1.2010].