

## Advarer mot medikalisering

– **Medikalisering av traumer infantilisere befolkningen og innbiller den at kriser er noe man ikke kan klare selv.**

– «Katastrofeutsatte» vil kunne utvikle symptomer når det blir opplyst om at slik risiko foreligger. Er det for øvrig verre å være overlevende etter en stor transportulykke enn etter et plutselig dødsfall i egen familie? spør Einar Kringlen ved Psykiatrisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Kringlen synes det er betenkelig å gi befolkningen inntrykk av at man må ty til fagfolk når man har vært utsatt for dramatiske situasjoner, og at vanlig omsorg fra familie og venner ikke er tilstrekkelig. Han begrunner sin skepsis med at man har for liten kunnskap som dokumenterer verdien av krisepsykologisk arbeid.

– Før vi bruker ressurser på dette feltet, trenger vi gode randomiserte undersøkelser for å finne ut hvem som kan ha nytte av krisepsykologisk hjelp og hvem som eventuelt tar skade av det, sier Kringlen.

– Så vidt meg bekjent, er såkalt gruppebetinget intervensjon overheadet ikke undersøkt. Når det gjelder individuell intervensjon, viser de få undersøkelser som finnes liten effekt. Tvert imot kan slik intervensjon være skadelig. Kanskje er det slik at noen har nytte av slik intervensjon, og andre ikke, og at man griper uheldig inn i den naturlige helingsprosessen, legger han til.

Han mener det selvsagt er enkeltmennesker som har vært utsatt for store katastrofer, for eksempel ved tortur eller voldtekt, og som har alvorlige posttraumatiske symptomer. – Disse må få faglig hjelp hvis det er angitt, sier han.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet*  
*ingrid.hoie@legeforeningen.no*



*Einar Kringlen*

## Klargjøring av feltet er viktig

– **Helsevesenet må ikke overta alle omsorgsoppgaver. Man må også mobilisere naturlige nettverk.**

Det mener Lars Weisæth ved Kontor for katastrofepsykiatri. Han retter oppmerksomheten mot profesjonalisering av omsorg.

– Vi ser i økende grad tendenser til at det er store forventninger til at helsevesenet skal ta seg av oppgaver som mest handler om varme og omtanke. Det er ikke gitt at helsevesenet skal ta seg av alle disse. Historisk sett er traumatisk stress preget av benekting og bagatellisering. Når det trekkes frem i lyset, får feltet en overdrevent stor oppmerksomhet. Inflasjon innen de problemområder som helsevesenet involverer seg i, kan føre til sykeliggjøring av plagsomme, men normale fenomener. Det er derfor betimelig at Helsetilsynet tar initiativ til klargjøring av feltet og ansvars plassering. Feltet har behov for en forankring, og det vil prosjektet bidra til, mener Weisæth.

Han trekker særlig frem behovet for klargjøring med hensyn til når helseberedskap skal settes i verk. – Det er skapt et bilde av at man får mer hjelp etter hendelser som rammer mange enn hendelser som rammer få. Bildet er delvis medieskapt, men er også delvis skapt med rette, og dette kan vi ikke være bekjent av. Helsevesenet må opptre likt, uavhengig av hvor mange som rammes, sier Weisæth.

Rutinemessig intervensjon for alle som har vært utsatt for traumatiske hendelser, har han liten tro på. – Man skal ikke vente med tiltak til en eventuell sykdom har utviklet seg, men intervensjon uten vurdering av situasjon og person, vil kunne skade, tror Weisæth. Han mener allmennleger har en sentral rolle med hensyn til å se hvem som trenger hjelp etter en traumatisk hendelse.

– Vi mangler forskning innen feltet, særlig når det gjelder etterlatte, slår han fast.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet*  
*ingrid.hoie@legeforeningen.no*



*Lars Weisæth*

## Katastrofeberedskap på dagsordenen

**Hvert år transporteres 10 millioner tonn farlig gods langs norske veier, i båt og på jernbane. Leger peker på at sykehus i Oslo-området står uten gass- eller kjemikalieberedskap. De ber myndighetene skjele til Sverige som har investert nær 70 millioner kroner i utstyr til sykehusene.**

I vinter avdekket *Dagbladet* (1) at blant annet Rikshospitalet står uten dekontaminasjonsanlegg dersom det skjer ulykker med radioaktivitet, biologiske gifter, kjemikalier eller gass i Oslo-området. Seksjonsoverlege Jan Erik Nilsen sier til avisen at forurensede pasienter derfor ikke kan slippes inn i sykehuset, mens leder for Rikshospitalets katastrofekomité, avdelingsoverlege Erik Fosse,

omtaler katastrofeberedskapen som en fullkommen skandale.

Fosse mener at man gambler på at en katastrofe ikke vil skje. Han viser til at sykehusledelsen hittil ikke har hatt råd til saneringsanlegg, og at myndighetene ikke har lyttet til råd fra legene. Avdelingsoverlegen dokumenterte behovet overfor Oslo kommune for to år siden, uten at dette har ført frem.

### Ligger etter Sverige

Bare to sykehus i Norge har beredskap av denne typen: Telemark sentralsykehus, som ligger like ved Norsk Hydros industrianlegg i Grenlands-området, og Haukeland Sykehus i Bergen.

– Nasjonalt ligger vi langt etter svenskene på dette feltet, sier Arild Kovdal, leder i

Norsk katastrofemedisinsk forening. Han peker på at Sosialstyrelsen, tilsvarende Statens helsetilsyn, har fått på plass gass- og kjemikalieberedskap ved at politikerne har prioritert bevilgninger til dette.

Mens Ullevål sykehus bare har en vannslange med kaldt vann utendørs ved akutt-mottaket, er 85 svenske akuttsykehus pålagt å bygge opp en slik beredskap. For i underkant av 70 millioner kroner er ca. 50 sykehus allerede fullt utstyrt og drillert i rutine. Den svenske staten har betalt kjemirensesutrustning og beskyttelsesdrakter, mens sykehusene selv må betale for opplæring og trening av personellet.

– Ved Ullevål sykehus har vi problemer med utstyr selv til 200 000 kroner, sier Kovdal som til daglig er avdelingsoverlege ved AMK-avdelingen ved sykehuset. →