



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Legeforeningen – i sin egen verden?

Vi er to sykepleiere som i desember 2005 deltok på de årlige Demensdagene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (NKA). Forbauselsen var stor da vi oppdaget at det ikke var noen utstilling av litteratur om demens på arrangementet, slik det alltid har vært tidligere år. Vi fikk opplyst at på grunn av Legeforeningens vedtak om at «tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer» (landsstyremøtevedtak på Loen i 2004), måtte arrangøren og Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen (NFF) avstå fra å ha litteratur- og informasjonsstand.

Demensdagene samler hvert år rundt 600 helsearbeidere fra flere profesjoner fra hele landet. I 2005 var ca. 80 av disse leger. Vanligvis har man på seminardagene fått faglig oppdatering, også i form av råd og veiledning ved kjøp av litteratur. For mange av deltakerne er tilgangen til litteratur en viktig årsak til å delta. Alle publikasjoner som utgis av kompetansesenteret, er subsidiert av statlige midler og selges til selvkost. Rapporter og publikasjoner som utgis av Demensforbundet selges også til selvkost og uten profitt hensyn. Man kan altså ikke betrakte Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Nasjonalforeningen for folkehelsen som «firmaer». Undertegnede har bidratt med litteratur til disse instansene uten å få en krone i godtgjørelse utenom vår faste lønn i respektive stillinger.

Vi forstår ikke at det skal være så vanskelig å finne ut av hva som ligger innenfor eller utenfor begrepet firma. Landsstyremøtets vedtak definerer jo firmaer som «legemiddelindustri, utstyrsfabrikker samt andre typer firmaer med markedsinteresser eller private forretningsinteresser innen helsetjenesten». Anna Stavdal stiller i et innlegg i Tidsskriftet nr. 21/2005 spørsmål om det ikke er mulig for Legeforeningen å skille mellom ulike aktører når det gjelder markedsføring og utstillere på konferanser (1). Presidenten svarte at «dersom man gikk inn og vurderte for og imot enkeltsaker, ville man raskt være inne i den gråsoneproblematikken som landsstyret ikke ønsket og som ville blitt svært vanskelig å praktisere» (2).

Tror Legeforeningen at deres medlemmer er helt alene i helsetjenesten i Norge?

Kan det virkelig være slik at det er manglende evne eller vilje hos Legeforeningen som gjør at man ikke kan ta seg tid til å vurdere hva slags «firmaer» som vil holde utstillinger på de kursene det søkes poeng for? Hvordan kan Legeforeningen tro at andre profesjoner skal finne seg i at et slikt vedtak rammer andre parter med konsekvenser for kunnskapstilegnelse og opplysning?

Vi forventer at Legeforeningen klarer å ta på seg den jobben det er å skille mellom det private næringslivs profittbaserte aktiviteter og statlige, kommunale og frivillige organisasjoners ikke-profittbaserte aktiviteter. Hvis ikke, begrenser dette andre faggruppers interesser.

Kirsti Hotvedt

Pårørendeskolen i Oslo

Tor Erling Dahl

Hukommelsesklinikken

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Stavdal A. Hvem kan være utstillere på legeskurs? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3000.
2. Janbu T. Hvem kan være utstillere på legeskurs. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3000.

Presidenten svarer:

Takk for innlegget, som gir meg en mulighet til å komme med noen avklarende kommentarer.

Legemiddelindustriforeningen (LMI) vedtok et par måneder før Legeforeningens landsstyremøte i Loen i 2004 at LMIs medlemsforeninger ikke ville bidra på kurs som var tellende i legers utdanning. I LMIs retningslinjer står det: «Enhver direkte eller indirekte økonomisk medvirkning i aktiviteter som gir tellende timer i legers videre- og etterutdanning er ikke tillatt.» Legeforeningen gjorde deretter et tilsvarende vedtak i Loen: «Tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer» – en holdning som altså allerede var vedtatt i LMI. Legeforeningens landsstyremøtet i Bergen i 2005 bekreftet vedtaket. I forkant av møtet i Bergen hadde problemstillingen vært ute på høring i de ulike deler av Legeforeningen, der det også ble spurt om hvordan man stilte seg til utstilling av andre produkter enn legemidler og utstyr. De aller fleste mente, både i høringsrunden og på landsstyremøtet, at utdanningskurs ikke skulle være markedsføringsplass for noen

type produkter. Det er viktig å merke seg at Landsstyret også vedtok at det skulle foretas en evaluering av de vedtatte retningslinjene.

Legeforeningens holdning er ikke begrunnet i manglende vilje til å bruke tid på å skille typer utstillere eller firmaer fra hverandre, men på de vedtak landsstyret har gjort. I dagens næringsliv er det ikke lenger noen tydelig deling mellom «private næringslivs profittbaserte aktiviteter og statlige, kommunale og frivillige organisasjoners ikke-profittbaserte aktiviteter». Flere firmaer ville høyst sannsynlig havne i en gråsonekategori, et problem også landsstyret påpekte. Jeg har stor forståelse for behovet for å finne litteratur omkring de temaer som behandles på et kurs. Dette kan gjøres for eksempel ved at foreleserne legger frem litteraturlister.

Om evalueringen av gjeldende retningslinjer vil vise behov for justeringer, gjenstår å se. Legeforeningen har erfart at de enkelte organisasjonsledd i hovedsak har funnet det greit å arrangere kurs etter de nye retningslinjene. Men situasjonen kan bli problematisk når flere grupper med ulike retningslinjer arrangerer kurs sammen. Legeforeningen håper det er mulig med et fortsatt samarbeid om viktige kursarrangement for flere grupper helsepersonell.

Torunn Janbu

president

Den norske lægeforening

Forskning og forskerutdanning er viktig

Antonie Giæver Beiske spør i Tidsskriftet nr. 6/2006 om Det medisinske fakultet i Oslo virkelig ønsker å satse på forskning (1). Innlegget tar utgangspunkt i kurset Medisinsk forskningsmetode – introduksjonskurs, som i mars i år var sterkt overtegnet, med 170 påmeldinger til 60 plasser. Dette er et forskerkurs ved fakultetet og dermed del av doktorgradsutdanningen. Det er obligatorisk for doktorgradsstudenter og forskerlinjestudenter. Forskerkursene skal primært dekke behovet for doktorgradsstudenter, men det er selvfølgelig svært positivt at andre deltar, i den grad det er ledige plasser. Erfaringen så langt viser dessverre at vi bare i liten grad har greid å dekke det store behovet som er utenfor doktorgradsprogrammet.

I 2005 gjennomførte vi tre introduksjonskurs med til sammen 250 kursdeltakere. I 2006 skal vi gjennomføre fire kurs, også med i alt 250 kursdeltakere. Pågangen har langt overskredet prognosene, men fakultetet regner med at man med økningen i antall kursplasser kan dekke behovet. Det gis tilsvarende kurs også ved de andre medisinske fakultetene, men ingen har slik overtegning som i Oslo. Noe av forklaringen på den store søkningen er det uventede høye antallet nye doktorgradsstudenter, med 205 nye studenter registrert på doktorgradsprogrammet i 2005. Vi har måttet prioritere opptatte doktorgradsstudenter og forskerlinjestudenter og føler oss sikre på at alle som er på doktorgradsprogrammet nå kan ta kurset i løpet av sitt første år. Vi ser også det høye antallet kurspåmeldinger som et tegn på at kurset er nyttig og velfungerende – for dem som kommer med.

Det medisinske fakultet i Oslo satser på forskning og forskerutdanning, noe det høye antallet doktorgradsstudenter gir et entydig signal om. Fakultetet har også en meget fylldig portefølje av forskerkurs. Vi vil spesielt arbeide mot raskt å få løst problemene som har vært knyttet til gjennomstrømningen på det obligatoriske introduksjonskurset. At vi på kort sikt kommer så langt at vi kan ta imot alle som melder seg på kurset, kan vi nok dessverre ikke love – i denne omgang.

Petter Laake
Ole M. Sejersted
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Beiske AG. Ønsker vi virkelig å satse på forskning? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 792.

Psykiatriske medisiner – historien vi aldri lærer av

Det er forunderlig at det medisinske miljøet og befolkningen generelt har vist så liten skepsis til bruken av såkalte selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater), særlig siden vi i nær historie har gjort dyrekjøpte erfaringer med medisiner mot psykiatriske lidelser. Bare ved å se korte 40 år tilbake i historien vil vi kunne se et mønster som ikke er brutt; nye «fantastiske» preparater blir lansert og bivirkningen er få, om ikke fraværende. Barbiturater var i sin tid medisin mot psykiske symptomer og var svært populære. De ble lagt på hyllen i 1971, da man erfarte at bivirkninger og bakhodeler ikke var til å tolerere. Straks etter tok benzodiazepiner over som en god medisin mot moderat og tyngre psykiske symptomer. Vi kjenner alle til den historien, som kulminerte i avhengighet, misbruk og stor oppmerksomhet i mediene tidlig i 1990-årene. Fokuset på denne problematikken ble enormt blant helsepersonell, og slike midler

ble seponert over en lav sko. Det ble nesten en moralsk anklagende tone overfor brukere av benzodiazepiner.

I lys av dette er det med en viss forskrekkelse man kan konstatere det medisinske miljøes ukritiske omfavning av SSRI-preparatene da de kom på markedet. Noen kritiske røster ble hørt, men ble totalt overskygget av historier fra pasienter om drastisk bedring. Det er neppe en overdrivelse å si at de nye «ufarlige» preparatene ble skrevet ut alt for ukritisk.

Historien er nå i ferd med å gjenta seg. Stadig flere rapporter om uheldige bivirkninger kommer for dagen, og flere kritikere kommer på banen. Det mest potente SSRI-preparatet Seroxat får stadig mer kritikk av pasienter og enkelte i fagmiljøene. Nye og ufarlige medisiner mot psykiske plager avslører sine uheldige sider etter som tiden går. SSRI-preparater kan om noen år få samme posisjon som barbiturater om langtidsbruken avslører nye uheldige bivirkninger, og varseltegnene begynner å lyse for alvor. Neste gang et nytt «ufarlig» preparat blir lansert, bør vi møte det med atskillig mer skepsis enn tilfellet har vært i vår nære historie.

Øyvind Heggestad
6100 Volda

Posttraumatisk stresslidelse og smerter

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 5/2006 drøfter Solveig Dahl og medarbeidere forholdet mellom traumatisering og smerter hos en gruppe flyktninger som var blitt henvist til (daværende) Psykososialt senter for flyktninger (1). Et hovedfunn i deres studie var en signifikant sammenheng mellom sterke kroniske smerter og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), mens det ikke var sammenheng mellom smerter og type/antall traumatiske hendelser. Det hjelper imidlertid lite med statistisk signifikans når man ikke vet noe om de 60 % som ikke deltok i undersøkelsen. Forfatterne medgir i diskusjonsavsnittet noe usikkerhet om resultatet, men velger i sammendraget å la konklusjonen stå uten forbehold.

Følgende forhold forblir ubesvart i artikkelen: Hvor lang tid gikk det mellom traumatiseringen og etterundersøkelsen? Var det korrelasjon mellom traumegrad og grad av posttraumatisk stresslidelse? Benyttet man språklig og kulturelt validerte HTQ-versjoner? Var tolkene opplært i bruken av spørreskjemaet? Kan respondentene ha vært redde for konsekvensene av ikke å svare «riktig», for eksempel tap av behandlingstilbud, trygdeytelser eller oppholdstillatelse? Kan gjenkallingen av tidligere traumeopplevelser ha vært påvirket av psykisk labilitet eller av vikarierende motiver? Forfatterne drøfter heller ikke

validitetsproblemene knyttet til begrepet posttraumatisk stresslidelse.

I min befattning med flyktninger og asylsøkere med muskel- og skjelettplager fremkommer det relativt sjelden traumatiske hendelser med elementer av opplevd helse- eller livsfare, selv om omstendighetene omkring flukten kan ha vært dramatiske nok. Likevel er smerter i ulike former deres dominerende helseproblem, oftest med en eskalerende utvikling mange år etter migrasjon. Deres beretninger dreier seg i liten grad om hendelser før og under migrasjonsfasen, men først og fremst her-og-nå-situasjonen knyttet til usikkerhet om oppholdstillatelse, tilpasseingsproblemer, dårlig økonomi, problemer på arbeidsmarkedet, sykdom i familien, bekymring for familien i hjemlandet osv. Kan det tenkes at de symptomer man har fanget opp, gjenspeiler personlighetstrekk og sårbarhetsfaktorer som var til stede før migrasjon, eller de mer uspesifikke psykososiale belastninger som mange flyktninger sliter med i postmigrasjonsfasen? Forfatterens funn av at arbeidsevne var korrelert med mindre smerter, kan tolkes som at meningsfullt arbeid ofte er nøkkelen til en bedre fysisk og psykisk helse.

Traumekriteriene for posttraumatisk stresslidelse er nå betydelig utvidet, men grunnlaget for PTSD-begrepet er omdiskutert. Et hovedskille i debatten går på hvorvidt lidelsen kan betraktes som allmenngyldig og kulturelt nøytral eller om den representerer en sosial konstruksjon, sprunget ut av den interaktive prosessen mellom individ og samfunn, påvirkbar av den kulturelle kontekst og de rådende normer for hva som representerer «akseptabel» funksjonssvikt. Kan det tenkes at vi, i vår higen etter å rette opp uretten, ender opp i en stereotypi, der de traumatiserte «ofrenes» eneste håp ligger i at traumeopplevelsene blir bearbeidet av det profesjonelle hjelpeapparat?

Robin Holtedahl
Oslo

Litteratur

1. Dahl S, Dahl CI, Sandvik L et al. Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 608–10.