



Anestesiens fire søyler: anestesi, akuttmedisin, smertebehandling, intensivmedisin. Foto Johan Ræder og Norsk Luftambulans

rere avgrensning mellom anesthesiologien og andre spesialiteter, samtidig som samarbeide rundt den enkelte pasient blir enda viktigere.

Subspesialisering og økende antall kirurger, indremedisinere og radiologer vil kunne bidra til å bremse ytterligere utvidelse av anesthesiologens arbeidsoppgaver. Subspesialisering bidrar også til å sikre ordnede arbeids- og fritidsforhold. Imidlertid er det påkrevd å sikre en nødvendig bredde i anesthesiologens kompetanse siden man ikke kan bygge ut et stort team av subspecialister alle steder. Dessuten er faglig bredde viktig i en rekke akutsituasjoner. Pasienten vil være opptatt av kontinuitet og kvalitet. Også sikkerhetsmessig og økonomisk kan det være en fordel ikke å involvere flere behandlere enn nødvendig. Vi ser for oss at det også i fremtiden vil være en samlet anesthesiologisk grunnutdanning innenfor alle de fire søylene. Noen anesthesiologer vil fortsette sitt yrkesliv med en bred generell kompetanse, andre vil få en formalisert spisskompetanse på ett eller flere områder. Fagmessig er det potensial for ytterligere gjennombrudd teknologisk og farmakologisk særlig innenfor smertebehandling og intensivmedisin, mens det for de to andre søylene i første rekke synes å være foredling og videreutvikling av dagens metoder som gjelder.

Johan Ræder

johan.rader@ioks.uio.no
Anestesiavdelingen
Ullevål universitetssykehus

Mårten Sandberg

Luftambulansen Lørenskog

Arbeidsmedisin

Selv om norsk arbeidsmedisin (tidligere kalt yrkesmedisin) kan tøyne sine røtter tilbake til 1700-tallet og bedriftslegene så smått kom i gang før siste krig, var det først med arbeidsmiljøloven av 1977 at faget fikk et oppsving her i landet. Loven krevde at det skulle finnes bedriftshelsetjeneste (eller verne- og helsepersonale, som det het) «når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne». Spørsmålet om når dette var nødvendig, ble gjenstand for heftig debatt, og arbeidstaker- og arbeidsgiversiden var naturlig nok ikke alltid enige. Etter noen år kom det derfor en egen

forskrift om hvilke bransjer bestemmelsen skulle gjelde for, uten at den klargjorde spørsmålet i særlig grad (bl.a. er helsetjenesten holdt utenfor forskriften). Men loven førte til en betydelig utbygging av bedriftshelsetjenesten, som i en eller annen form nå omfatter omtrent halvparten av landets arbeidsstyrke på 2,4 millioner kvinner og menn.

Samtidig med at bedriftshelsetjenesten ble bygd ut, skjedde det en styrking av den arbeidsmedisinske spesialisthelsetjenesten ved at det ble opprettet arbeidsmedisinske (eller yrkesmedisinske) avdelinger ved de fire universitetsklinikkene. Tidligere var det bare én slik avdeling i landet, ved Telemark sentralsjukehus, opprettet i 1977. Fra før fantes også Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), som er en videreføring av det tidligere Yrkeshygienisk institutt på Majorstua. I 1990 ble det opprettet et institutt for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen, med Legeforeningen som pådriver.

Spekteret av arbeidsrelatert lidelse har endret seg mye siden 1980. Den gang var kjemisk og fysisk helserisiko det sentrale, uheldige ergonomiske og psykososiale forhold er kommet mer i forgrunnen etter hvert. Det har også vektleggingen av arbeidslivets helsefremmende sider – å ha fast arbeid er noe av det mest betydningsfulle for voksne folks helse og dermed for helsen til dem de forsørger. I arbeidet med å redusere de psykososiale betingede lidelsene er det gjort noen fremskritt, men det motvirkes av økende krav til prestasjon, også i offentlig virksomhet. Tilsvarende gjelder for ergonomiske lidelser, spesielt inflammasjoner i nakken og overekstremitetene. Gevinsten av tilrettelegging av arbeidsplassen etter den enkeltes forutsetninger blir motvirket av økende krav til tempo. Det er dette som bl.a. LO kaller en brutalisering av arbeidslivet.

Løsemiddelskadene er det blitt vesentlig færre av de siste ti årene, mens det er en økning i arbeidsrelaterte obstruktive lungesykdommer. Dette er lidelser som i betydelig grad skyldes arbeidsmessig eksponering (f.eks. astma blant voksne, 15 %, kronisk obstruktiv lungesykdom, 15 %, og også lungekreft blant menn, 20 %). I det hele tatt er forhold i arbeidslivet årsak til en vesentlig større andel av sykkeligheten i befolkningen enn det de fleste er klar over. I en undersøkelse fra Nærøy viste Hilt og medarbeidere at nesten annenhver pasient som henvendte seg til legekantoret hadde en arbeidsrelatert lidelse (arbeidsrelatert i den forstand at arbeidsforhold kunne «ha sammenheng med» at man søkte lege) (1).

Det meste av arbeidsrelatert sykdom i Norge behandles i allmennpraksis, men ofte uten at legen er klar over det. Det er uheldig,

fordi det hemmer arbeidet med å redusere skadelig eksponering. Arbeidslivet er en spesielt gunstig arena for forebyggende arbeid, men det blir ikke godt nok utnyttet i dag. Opplæringen i arbeidsmedisin er fortsatt mangelfull i Oslo, noe bedre i Tromsø, mens universitetene i Bergen og Trondheim tilbyr en rimelig bra utdanning. Det betyr at leger utdannet i Oslo og Tromsø trolig i mindre grad er i stand til å gjenkjenne arbeidsrelaterte lidelser.

Til sammen blir det nå utført ca. 500 legeårsværk i bedriftshelsetjenesten og ved de arbeidsmedisinske avdelingene. Norsk arbeidsmedisinsk forening er spesialforeningen for leger med arbeidsmedisin som hovedarbeidsfelt. Foreningen oppstod etter en sammenslåing av Norsk yrkesmedisinsk forening og Norsk bedriftslegeforening i 1993. Året før var arbeidsmedisin blitt godkjent som egen spesialitet for bedriftsleger og arbeidsmedisinere i spesialisthelsetjenesten. I dag teller spesialiteten knapt 200 leger.

Hva de neste 25 år vil bringe, er avhengig av de til enhver tid rådende politiske trendene. Den liberalistiske politikken som er blitt ført de siste 20 år har til en viss grad ført til svekket arbeidervern og deregulering av arbeidsavtaler. Den nye arbeidsmiljøloven som Stortinget vedtok i juni 2005 kan være et eksempel på det. Samtidig har kravet om at alle arbeidstakere skal omfattes av en bedriftshelsetjeneste og at kvaliteten på tjenesten skal bli bedre fått økt støtte, noe som kom frem gjennom Stortingets behandling av den nye loven i sommer. Det er dermed å håpe at den offentlige interessen for arbeidslivets betydning for helsen kan ses i et bredere perspektiv enn det den snevret kampanjen mot høyt sykefravær kunne gi grunn til å frykte.

Håkon Lasse Leira

hakon.lasse.leira@stolav.no
Arbeidsmedisinsk avdeling
St. Olavs Hospital

Litteratur

- Hilt B, Kvenild K, Stenersen S. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2065–7.

Barne- og ungdomspsykiatri

For 25 år siden var barnepsykiatrien et ungt og motsetningsfylt fag, men tiden med karismatiske og kontroversielle pionerer lå allikevel bak oss. Fortsatt var tilnærmingen til barn med problemer i hovedsak teori styrt: Psykodynamisk teori hadde dominert, læringsteori hadde i noe grad fått innpass, mens familiebehandling basert på systemteori hadde gjort sitt inntog. I praksis førte dette til opprettelse av familieavdelinger og tilbud om behandling rettet mot en samlet familie. Endret samhandling var løsningen for mange. Sykdomsmodelltenkning stod svakt.

Fagets internasjonale ener de siste 40 år, Michael Rutter, var i Norge i 1970-årene, og epidemiologisk kunnskap var introdusert. Dette pekte mot en bredere psykososial tilnærming til problemene. En viss motsetning oppstod mellom dem som var opptatt av å arbeide langsiktig i relasjon til barnets indre liv og dem som ville skape endringer først og fremst i barnets ytre miljø. Kapasiteten var lav, og faget ble beskyldt for å være eksklusivt.

Barnepsykiatrien i dag

Vår empiriske kunnskap, som stort sett har kommet de siste 25 årene, står sentralt og har redusert innflytelsen fra de rene teorier. Tilknytningsteori er mer enn andre teorier forenlig med den nye kunnskapen og har fått en fremtredende plass.

De aller fleste akuttavdelinger for ungdom har kommet i løpet av det siste tiåret, og kapasiteten i det polikliniske tilbudet har økt. Men fortsatt er behandlingsskapasiteten lav, og ofte er det ikke samsvar mellom forventninger og hva som kan oppnås.

Barnepsykiatrisk forskning blomstrer i alle landsdelene. Diagnosesystemene er blitt nyttige redskap, og faget er langt mer preget av kunnskap om at barn kan ha psykiatriske sykdommer. Forskingen har nødvendigvis vært knyttet til symptomer og diagnoser. Kartlegging av genetiske avvik og endret hjernefunksjon vist ved nye bildeteknikker har avdekket biologisk sårbarhet for sykdom. Samtidig har vi fått økt kunnskap om samspill mellom gener og miljø, slik at motsetningen mellom arv og miljø ikke lenger virker så relevant. Tiltak rettet mot barnets ytre miljø er like aktuelt, selv om vi vet langt mer om arvelighet og biologiske avvik ved psykiatriske lidelser. Psykoterapiforskningen kommer for fullt, og kunnskapsbasert behandling er fyndordet. Sammen med kostnad-nytte-tenkningen, som preger hele medisinen, har det ført til et klart linjeskifte. Den anbefalte behandlingen er for mange tilstander først og fremst kognitiv atferdsterapi, der man arbeider med barn og unges (feil)tolking av omgivelsene og de konsekvenser det kan ha for atferd og følelser. Også relasjonsorienterte og psykodynamiske korttidsterapier har vist effekt. Mye av behandlingen skjer direkte i forhold til barnet eller ungdommen, men familien trekkes alltid inn i større eller mindre grad. Utdanningsprogrammer for den kunnskapsbaserte behandlingen er i gang, men fortsatt er tilnærmingen til barn med problemer mange steder preget av mer langvarig kontakt med vekt på støtte.

Felles for de anbefalte terapimodellene er at de er avgrensede og fokuserte, med pedagogiske elementer. Men det er disse terapiformene som egner seg for forskning, og det er bare for disse terapiene vi har mål for effekt. Derfor kan vi i dag ha et skjevt bilde. I alle fall er kunnskapen mangelfull og for generell.

Det siste året er det blitt reist til dels skarp kritikk av vår kunnskap om barn og psykofarmaka. Effekten av sentralstimulerende medikamenter ved hyperkinetisk atferdsforstyrrelse er godt dokumentert, og nye medikamenter med færre ulemper utvikles. Men kunnskap om antidepressiver, antipsykotisk medikasjon og stemningsstabiliserende medikamenter er mangelfull, og for antidepressiver muligens feilaktig. Ofte er kunnskap om voksne applisert på barn, og behovet for selvstendig forskning i forhold til barn er påtrengende. Parallelt melder behovet for klarere diagnostiske beskrivelser seg. Barns raske utvikling gjør de diagnostiske beskrivelsene upresise, og medikamentutprøvingen kan lett skje på dårlig definerte grupper, slik at potensiell effekt kamoufleres.

Hva vil skje de neste 25 årene?

Vi kan vanskelig overskue teknikkens utvikling fremover. Men menneskesinnet vil stort sett være uendret.

Vi vil få ny kunnskap om sammenheng mellom gener og ytre påvirkninger og effekt på følelser, atferd og kognisjon. Bildet vil bli mer komplekst, vi vil vite mer om forhold som modifierer sykdomsutvikling og behandlingseffekt. Men de store svarene om årsak til psykiatrisk sykdom vil vi neppe ha, selv om vi vil få økt forståelse ved å akseptere kompleksiteten.

Vi vil ha mer kunnskap om effekt av behandling og hvilke elementer i behandling som er de virksomme. I dagens forskning legger man stadig mer vekt på etterbehandling, og «booster sessions» vil bli vanlig.

Forhåpentlig finner vi frem til undergrupper innen de store diagnosene som ADHD, depresjon, angstlidelser og ikke minst schizofreni og bipolar lidelse, slik at vi bedre enn i dag kan skreddersy tilbud. Like viktig er det å få oversikt over prosessene bak sykdomsutvikling og ikke bare risikofaktorer.

Det vil fortsatt være behov for tilbud på alle nivåer tilpasset hver enkelt, og familiene vil involveres minst like mye som i dag.

Berit Grøholt

berit.groholt@medisin.uio.no
Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo/Senter for psykisk helse
Ullevål universitetssykehus