

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 fyldig 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 baskdelere 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 langtidbruken 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 befåning 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, tilpassningsproblemer, 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 Holtedah

Oslo

Litteratur

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