

## Ögonrörelser vid bearbetning av traumatisk stress

Många personer som exponerats för traumatisk stress kan inte verbalisera sina upplevelser och känslor vilket försvårar krisbearbetningen. En del av dessa riskerar psykisk invaliditet, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Ett nytt hjälpmedel vid bearbetning av traumatisk stress har presenterats av psykologen Francine Shapiro: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Metoden har introducerats i Sverige av dr Björn Ogeus som BSÖ (Bearbetande samtal med hjälp av ögonrörelser).

Efter utbildning har jag under våren använt tekniken i arbetet med ett tiotal patienter med posttraumatisk stress.

### Tillvägagångssätt

Patienten får beskriva den traumatiska händelsen ingående och identifiera de känslor som är förknippade med den. Han/hon instrueras att ha bilden aktuell och följa mina fingrars rörelser med ögonen.

På 30–40 cm avstånd från patienten rör jag mina fingrar horisontellt framför patientens ögon fram och tillbaka i en takt av ca 2 rörelser per sekund. Efter mellan 30 och 40 rörelser får patienten berätta förändringar i bilden, känslorna, etc.

Det är vanligt att patienten har starka känslor i början, vilka sedan övergår i lugna eller positiva tankar.

Den teoretiska förankringen förefaller mig än så länge oklar. Intresserade hänvisas till Shapiros bok och de studier där man bl a arbetat med krigsveteraner och brottsoffer.

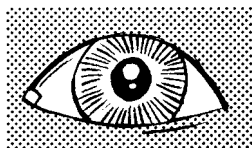
### Några erfarenheter

En del patienter upplever bara en behaglig avspänning.

Mer än hälften av de patienter jag har behandlat med metoden har kommit med mycket material som i vanliga fall sannolikt skulle ha tagit många sessioner att få tillgång till.

Exempel: en smärtpatient kom med stark men diffus ångest som vi inte kunde förstå. Efter ögonrörelser klarnade det: Dagen efter skulle patienten på en plågsam undersökning; nästa vecka skulle patienten till ett förmodat obehagligt rehabiliteringsmöte; och patientens re-

## KORRESPONDENS



LASSE PERSSON

»På 30–40 cm avstånd från patienten rör jag mina fingrar horisontellt framför patientens ögon fram och tillbaka i en takt av ca 2 rörelser per sekund.»

lution till sin partner var på väg in i kris. Här fick vi ett konkret material att arbeta med, vilket medförde att patienten mådde bättre.

Två smärtpatienter upplevde med hjälp av ögonrörelserna minnen som tog oss med på detaljrika resor i traumatiska uppväxtnmiljöer 30–40 år tillbaka. Dessa patienter fortsatte sedan resorna i sina vanliga drömmar, vilket medförde att vi fick ett mycket rikligt material att arbeta med.

Ögonrörelserna är en teknik inom ramen för krisbearbetande samtal, vilket innebär att metoden enbart ska användas av professionell personal.

### Seminarium i höst

Utomlands finns det många terapeuter som är utbildade i tekniken; i Sverige hittills bara ett fåtal. Det är därför glädjande att Institutet för högre psykologutbildning i höst anordnar ett seminarium om EMDR i Stockholm.

Bertil Lilieblad  
leg psykolog, Enskele

## Försäkringsläkarnas ansvarighet och Läkarförbundet – en kommentar

I vår dispyt om försäkringsläkares ansvar väljer Jan Schöldström att desinformera läsekretsen (Läkartidningen 38/96). Han kan därför inte få förbli oemotsagd.

Jag anser *inte* att en patient skall kunna kräva disciplinpåföljd för en försäkringsläkare för att denne har en annan åsikt än patientens intygsgivare. Det

jag önskar är att ansvar skall kunna utkrävas när försäkringsläkaren handlat oprofessionellt, t ex gjort ställningstaganden som han saknar kompetens för när han negligerat befintligt material m m, alltså på samma grunder som en läkare inom sjukvården kan fällas.

Schöldströms exempel om intyg i vårdnadstvister är däremot belysande, men det visar det motsatta mot vad han tycks tro. För några år sedan var det inte ovanligt att avgivare av sådana intyg fälldes i ansvarsnämnden, och skälet var nästan alltid att de hade uttalat sig om en part som de inte hade kännedom om. Att sådana fall numera blivit ovanliga kan mycket väl bero på att vi kunnat läsa utslagen i denna tidning och tagit intryck av vad vi läst. Hade det inte gått att ta upp ärendena till disciplinär prövning kunde felaktigheterna i dessa intyg varit lika frekventa i dag.

Sune Nyström  
professor, Göteborg

## Felaktig marknadsföring av antibiotikaanvändning

I dag är läkarkåren i högsta grad medveten om de risker hög antibiotikaförbrukning i befolkningen medför och försöker få ner förskrivningen för att minska de uppenbara riskerna för resistensutveckling. Det är viktigt att även läkemedels- och diagnostikindustrin tar sitt ansvar.

Det är därför vi med bestörtning läser Orion Diagnosticas förslag i sin marknadstidning Orion Dialog (nr 5, juni 1996) att alla patienter med Helicobacter pylori, vilket påvisats med snabbtest i primärvården, skall behandlas med antibiotika.

Läkemedelsverkets rekommendation, baserad på en workshop i september 1995, Information från läkemedelsverket nr 1, mars 1996, är att enbart patienter med duodenal- eller ventrikelulcus och H pylori-infektion skall få behandling med antibiotika mot H pylori. Detta stämmer överens

med övrig litteratur på området och bör följas. Orion Diagnosticas förslag till flödesschema för diagnostik av Helicobacter pylori måste betraktas som ett ovanligt olämpligt övertramp och bör av ansvariga korrigeras.

Mikael Sörberg  
avdelningsläkare,  
infektionskliniken,  
Danderyds sjukhus

Urban Forsum  
professor i klinisk  
mikrobiologi,  
chefsöverläkare, kliniskt  
mikrobiologiska  
laboratoriet,  
Universitetssjukhuset,  
Linköping

### Replik:

## Korrigerig av ansvarig

Vi har inte på något sätt rekommenderat att alla patienter med positivt snabbtest för H pylori skall behandlas med antibiotika. Vad vi gjort är att i ett diagnostiskt flödesschema visa exempel på interaktionerna mellan de olika specialisterna allmänmedicin, mikrobiologi och invärtesmedicin, vad gäller handläggning av personer med övre gastrointestinala problem. Där framgår att patienter som har positiv serologi och är yngre än 45 år, skall behandlas och att de som är äldre än 45 år skall behandlas och remitteras till gastroenterolog för exkludering av ventrikelcancer. Hur behandlingen skall gå till beror vi över huvud taget inte. Vi är dock medvetna om de olika behandlingsstrategier som idag finns vid dylik anamnes.

### Vår avsikt att minska antibiotikaanvändningen

Det är olyckligt om någon uppfattat det som att vi förordar en oselektiv användning av antibiotika. Det känns också lite märkligt att få denna osakliga kritik när Orion Diagnostica genom åren varit pionjärer i att föra ut metoder såsom CRP-testning, Strep A och urinvägsinfektionsdiagnostik, alla med avsikt att minska onödig användningen av antibiotika.

Vad gäller H pylori är vår avsikt densamma, något som tydligen tyvärr kunde misstolkas i Orion Dialogen nr 5. I siffror från Medical Index Sweden, MIS, kan vi se allt

större användning av Losec + antibiotika. Känslan finns att det sker en behandling av »trolig» H pylori-infektion utan föregående diagnostik. Johannes Järhult tog nyligen också upp denna problematik i en artikel i Läkartidningen [1].

Vår bedömning, baserad på marknadspriser och sensitivitets/specificitetssiffror, är att den idag kostnadseffektiva metoden för H pylori-diagnostik är serologi. I framtiden kommer också UBT (Urea Breath Test) att vara ett bra komplement när registrerade och lättillgängliga produkter finns på marknaden.

### Minskad sjukvårdskostnad på 100 miljoner kr

Vårt flödesschema för diagnostik är också till för att visa på alternativ till den traditionella utredningen som alltid kräver gastroskopier. Med den diagnostikstrategi som vi förordar skulle säkerligen gastroskopierna kunna minska med 25–30 procent utan att för den skull riskera ett sämre patientomhändertagande [2].

Med en kostnad på 1 500 kr per gastroskopi, och idag ca 200 000 gastroskopier per år skulle det innebära en minskad sjukvårdskostnad på nästan 100 miljoner kr.

Vi bedömer att vår diagnostikstrategi ger både en minskad oselectiv användning av antibiotika och minskade direkta sjukvårdskostnader för patienter med övre gastrointestinala problem, där misstanke om H pylori-infektion föreligger. Genom detta inlägg hoppas vi att det bringats klarhet i det »övertramp» vi påstås ha gjort. Vi ser fram emot en öppen diskussion om diagnostik och behandling för att nå en konsensus.

*Pehr-Johan Fager*  
direktör, Orion Diagnostica AB,  
Trosa

### Referenser

- Järhult J. Hejda medicinering utan föregående diagnos! Läkartidningen 1996; 93: 2518–20.
- Information från Läkemedelsverket Uppsala 1996 årgång 7, nr 1.

Register för första halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 30–31/96.

Intygen tar tid att skriva – tid som inte finns.

## Sjuka intyg?

Under senaste året har vi fått nya sjukintyg. Debatten gick i cirklar i våras – hur har utfallet blivit?

Jag har hört med kollegerna här i Östersund, bland annat vid möte i Läkarföreningen och faktum kvarstår att mottagningar drar över planerad tid på grund av att intygen tar någon minut extra – tid som ej finns.

Många fyller bara i det som står på de gamla intygen om det gäller kortare sjukskrivningstid. Läkaren ger sig ej tid till mer och Försäkringskassan hinner ej protestera.

När det gäller längre sjukskrivningar fylls intygen i mer fullständigt men Försäkringskassan hinner många gånger ej reagera förrän det gått 2–3 månader, detta även om rutan om att kontakt med Försäkringskassan önskas har kryssats i.

Bättre resultat ger rehabiliteringsplan i samverkan med arbetsgivaren.

Sjukskrivna arbetslösa faller fortfarande mellan stolarna.

Här i Jämtland har vi registrerat icke beordrad övertid. Många arbetar 2–3 timmar extra varje dag, vilket skulle motsvara 20 tjänster i slutenvården och ca 14 tjänster i primärvården. Detta är nog vanligt på många ställen, men ingen lär få fler tjänster med dagens ekonomi.

### Arbetsmiljöanalys bör göras

Arbetsmiljöanalys bör göras av nya besparingar och omorganisationer, så även nya pålagor i form av intyg! Det föreslår yrkesmedicin att vi, i samarbete med yrkesinspektionen, skall kräva innan ytterligare förändring sker. Det är nu alldeles för lätt att olika myndigheter och även politiker, oberoende av varandra, ställer nya krav utan att först ta reda på hur det påverkar vården – har patienterna någon nytta av förändringen? Klarar de som arbetar i



vården de nya kraven utan att det går ut över den egentliga vården?

### En pappersreform?

Intrycket är att de nya sjukintygen är en pappersreform utan stor betydelse. De tar tid från annat arbete utan att det är visat att de sjuka eller deras återgång i arbete påverkas positivt. Vem svarar för utvärderingen?

*Mats E Nilsson*  
överläkare, Östersund

## Vilseledande information om utländsk primärvård

Göran Sjönell hävdar att hans Kvartersakuten är det bästa Sverige kan erbjuda inom primärvården [1]. Tillgänglighet och kontinuitet är nyckelord. Stimulans och motivation uppnås via »överenskommelser om prestationer eller service». Parallellt dras med Danmark och England där, enligt Sjönell, kontraktet i entreprenadform garanterar familjeläkarnas effektiva och stabila arbetsinsats.

Fakta som talar mot det Sjönell beskriver som verklighet kan lätt samlas. Sjönell får gärna besöka min vårdcentral och uppleva att tillgänglighet och

kontinuitet ligger på en hög nivå. Det är inget fel på motivationen, varken när det gäller sjuksköterskornas rådgivning till patienter eller dialogen mellan mig och sköterskorna; en dialog som kan leda till journalanteckningar och ändring av medicinordination, utan att man behöver gå via mottagningens kassa.

Vi har varit på studiebesök på en privatklinik i en grannstad. Där ger sjuksköterskan inte någon telefonrådgivning utan enbart tid till läkare. Strep-A används inte, beroende på att man inte kan lita på testet, förklarade sjuksköterskan. Men förmodligen är skälet att testmaterial och laborantens lön kostar mer än ett receptblock.

### Danskt och engelskt

Det värsta är Sjönell's påstående om de danska och engelska systemen. Stabiliteten bland läkarna inom primärvården i Danmark och England har olika förklaringar, men inte de Sjönell kommer med.

Enligt en nypublicerad artikel i BMJ [2] har endast 26 procent av blivande familjeläkare i England haft önskan att bli det från början. Resten har mer eller mindre tvingats bli det, då det inte finns några fasta tjänster för dem inom sjukhusystemet. I en senare upplaga av BMJ [3] kan man läsa om olika primärvårdsformer som finns idag, bl a familjeläkare med fast lön liknande dem i Sverige.

Jag har varit bosatt i Danmark i 26 år och under alla dessa år har problemet med att få tjänst varit brännande, dvs det är brist på överläkar- och familjeläkartjänster. Det är förklaringen till att ca 2 000 danska läkare lämnat hemlandet och finns i Sverige och övriga nordiska länder. De som lyckats bli överläkare eller familjeläkare klamrar sig fast vid sina tjänster.

Nyligen var jag med min dotter hos vår familjeläkare för att få en remiss. Han visade mig sin bokningsbok med 60 patient-läkarkontakter den dagen. Är det bra?

*Youval Mlynck*  
distriktsläkare,  
Vårdcentralen, Osby

### Referenser

- Sjönell G. Ger enskild drift effektivare primärvård? Läkartidningen 1996; 93: 2722–4.
- Allen I. Career preferences of doctors. BMJ 1996; 313: 2.
- Ham C. A primary care market? BMJ 1996; 313: 127–8.