

siffror för de 529 som har läkarutbildning från icke EU-land är 44 procent.

De underkända får göra nya försök efter tre månader, och efter uppfrysning av sina medicinska kunskaper och en eller ett par omskrivningar har de flesta nått sådan kunskaps- och färdighetsnivå att de klarar »examinationsribban« och kan få ut sin läkarlegitimation av Socialstyrelsen.

Mäta integrationen av kunskaperna

Eftersom kunskapskraven inte ligger högre än under grundutbildningen, utan mer avser att belysa hur AT-läkaren lyckas integrera kunskaper från olika tidigare kurser med erfarenheter från praktiskt kliniskt arbete under allmäntjänstgöringen, är det ändå viktigt att vara medveten om att ett icke ringa antal AT-läkare inte uppfyller grundutbildningsnivån när allmäntjänstgöringen närmar sig sitt slut.

Sannolikt beror detta delvis på att en del AT-läkare inte gör de nödvändiga repetitionerna av tidigare kurser, och inte heller uppdaterar sina kunskaper, som ju avses ske under allmäntjänstgöringen, med Socialstyrelsens målbeskrivningar som riktmärke.

Låt oss slippa en för alla dyrbar termin

Allmäntjänstgöringen skall vara en viktig del i »det livslånga lärande« som läkaryrket präglas av. Låt den fortsätta vara det, och låt patienter och samhälle känna trygghet i det faktum att läkarlegitimationen inte enbart baseras på ett stort antal grundutbildningskurser, utan också på en kunskapskontroll i slutet av läkarutbildningen som garanterar att den nylegitimerade läkaren når upp till europeisk standard, utan att de medicinska fakulteterna skall behöva tvingas att lägga till en såväl för samhället som för den enskilde studenten mycket kostsam tolfte grundutbildningstermin. •

Psykoterapiobligatoriet bör gälla alla specialiteter

Bristfällig utbildning samhällsekonomiskt kostsamt

Lars Jacobssons och Marie Åsbergs inlägg i Läkartidningen [1] väcker flera frågor på olika nivåer:

1. Vad är ytterst syftet med läkarutbildningen och med medicinsk forskning?
2. Vilken kunskaps- och vetenskapssyn skall tillåtas råda i denna forskning och utbildning?
3. Hur infogas läkarnas kunskaper i det samhällsekonomiska sammanhanget?
4. Hur inordnas den svenska psykiaterutbildningen bland övriga EU-länders?

SUSANNE RINGSKOG

specialist i psykiatri, överläkare vid psykiatricentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala; även verksam vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm
susanne.ringskog@psyk.uas.lu.se

■ För att börja med det samhällsekonomiska perspektivet: omkring 30 procent av alla som söker primärvården gör det egentligen på grund av psykiska orsaker, inte somatiska [2]. Detta betyder att läkare som huvudsakligen är inriktade på somatiska tillstånd länge kan utreda och försöka behandla en patient men missa det egentliga sjukdomstillståndet.

Kroppslig och psykisk sjukdom

Vice versa: många somatiska tillstånd ger sekundärt psykiska störningar (exempelvis hjärtinfarkt och Mb Parkinson som ibland ger depression, puerperiet som kan åtföljas av psykiska störningar såsom depression eller psykos, menopausens östrogenbrist eller vanlig järnbristanemi som båda kan ge depressionsliknande tillstånd).

Vidare kan somatisk medicinering i sig medföra psykiska biverkningar; så pass vanliga mediciner som Losec, Zantac, kortison, betareceptorblockerare som Seloken ZOC och Tenormin, ACE-hämmare som Renitec och Triatec, anti-epilepsimedel som Tegretol, perorala antikonceptionsmedel – alla kan de ge psykiska biverkningar såsom depression, ibland också förvirringstillstånd och till och med psykotiska tillstånd.

Vilka krav ställer detta på läkaren?

Somatiska sjukdomstillstånd kan alltså egentligen vara psykiska. Somatisk me-

dicinering kan ibland ge upphov till psykiska sjukdomstillstånd. Vilka krav ställer dessa förhållanden på läkaren?

Jo, att också den somatiska läkaren måste inneha kunskap i att känna igen och förstå psykologiska förlopp. Inte bara hos sin patient, utan också hos sig själv. Det grekiska verbet *therapeuein* betyder »göra«. I vid är mening »psykoterapi« alltså det som vi, medvetet eller omedvetet, gör med vår patient – mottagningens yttre utformning, om vi avbryter patienten, om vi inte tvättar händerna innan vi gör en somatisk undersökning, etc.

Insikt om psykologiska mekanismer

Läkaren behöver kunskap och medvetenhet för att kunna se vilka psykologis-

Många vägar kan leda till ökad kunskap och bättre vård, men att skära bort psykoterapiobligatoriet är att göra det onödigt svårt för den enskilde läkaren. Det vore att begära av varje ny psykiater att uppfinna hjulet på nytt.

ka mekanismer hos både sig själv och patienten som kan inverka på patientens sjukdomstillstånd eller hindra honom själv från att nå fram till rätt diagnos.

Projektion, förnekande, överföring, projektiv identifikation och inte minst läkarens egen motöverföring är några sådana fenomen som kraftigt kan intervjenera i läkare–patientrelationen. En psykoterapiutbildning ger sådan psykologiskt analytisk kunskap och är nödvändig för specialister i psykiatri, men borde vara det också för de övriga medicinska specialiteterna.

Kostnaden för psykisk ohälsa

Samhällets kostnader för den psykiska ohälsan är betydande. Enligt en beräkning [3] kostade år 1996 enbart sjukdomstillstånden depression och ångest det svenska samhället 13 miljarder för män och 20 miljarder för kvinnor. I dessa summor räknades då, förutom direkta vårdkostnader och läkemedelskostnader, också in utgifterna för sjukskrivning, förtidspensioner och självmord. Kostnaderna i personligt lidande för de närmast berörda går inte att mäta i, eller reducera till, ekonomiska termer.

Bristande kunskap hos läkaren leder till feldiagnostisering, felbehandling eller utebliven vård och förlänger eller förvärrar sjukdomsförloppen; se exempelvis Åsa Mobergs med flera träffande men sakligt grundade kritik [4].

Botemedlet mot bristerna i vården heter inte enbart ökade resurser. Framför allt fordras en mer kvalificerad specialistutbildning för psykiaterna än i dag [5] liksom mer utbildning till psykiatrins övriga personalkategorier. Förbättrade kunskaper skulle bringa ned samhällets höga kostnader för psykisk sjukdom.

Vetenskapssynen i psykiatrisk forskning

Jacobssons/Åsbergs inlägg reser också frågan vilken kunskaps- och vetenskapssyn som skall tillåtas råda i den medicinska forskningen och läkarutbildningen. När de hävdar att psykoterapiutbildningen för blivande psykiater kan slopas till förmån för exempelvis utbildning i psykofarmakologi eller genetik gör de sig till förespråkare för den traditionellt positivistiska vetenskapstraditionen som menar att all vetenskaplig kunskap måste grundas i objektivt mätbara, kvantifierbara observationer, och där modellvetenskapen heter fysik.

Samtidigt som Jacobsson/Åsberg gör

Projektion, förnekande, överföring, projektiv identifikation och inte minst läkarens egen motöverföring är några sådana fenomen som kraftigt kan intervjenera i läkare–patientrelationen.

detta, uttrycker de därmed ett reduktionistiskt synsätt på psykiatin. *Reduktionism* innebär strävan att återföra, eller reducera, alla fenomen till det fysikaliska, kvantifierbara, och när det gäller psykiska uttryck att reducera dessa till neuronala, eller till och med ytterst till biokemiska skeenden.

Hermeneutik för att fördjupa

Den hermeneutiska forskningsmetoden innebär ett annat närmande till fenomenen där man syftar till en förståelse av företeelserna sedda i sitt sammanhang. Kunskap utvecklas stegvis i en dialektisk process. Ur den hermeneutiska metoden har vuxit senare tiders forskningsinriktningar såsom kvalitativ forskning.

En praktisk psykiatrisk tillämpning av den hermeneutiska vetenskapliga synsättet utvecklades av Karl Jaspers, professor i psykiatri och i filosofi, till »den förstående psykiatin« som i den psykiskt plågade människan ser främst en person, inte en produkt av arvs- och miljöfaktorer. Patienten är en person som man bör söka upprätta en relation till, inte en varelse som man ska söka påverka genom mediciner eller betingning. Genom psykoterapi kan man hjälpa människor med psykiska problem att utvecklas och fungera bättre [6].

Den logisk-positivistiska och den hermeneutiska forskningstraditionen måste ses som komplementära och som befruktande varandra. Att inte göra det är att förneka betydelsen av hundra års psykodynamisk forskning, alltsedan Freuds »Drömtydning« år 1900, och därmed

även förkasta fungerande behandlingsmodeller inom dagens psykiatri.

Vår utbildning i internationellt perspektiv

Hur ser andra länders specialistutbildning i psykiatri ut? Sverige ingår ju numera i Europeiska unionen. Den europeiska sammanslutningen av medicinska specialiteter har sammanställt sin syn på hur grundutbildningen för specialister i psykiatri bör se ut [7]. Här förutsätts 120 timmars psykoterapiutbildning med ungefär samma utseende som den svenska specialistutbildningen för psykiater har i dag. Skulle Sverige som enda land i EU slopa detta krav?

Utbilda för patienterna eller sluttjänsten?

Avslutningsvis den grundläggande frågan: Varför utbildar vi läkare? Varför – ytterst – bedrivs psykiatrisk forskning? Är det för patienternas skull? Eller är syftet något annat? Jacobsson/Åsberg nämner att den enskilde doktorn kan gå miste om sluttjänster, att huvudmannen inte kan besätta lediga tjänster, och också att en del begåvade människors intresse för forskarutbildningen minskat – allt till följd av psykoterapiobligatoriet för blivande specialister i psykoterapi.

Här tror jag att det är viktigt att inte glömma basen för den psykiatriska verksamheten: utgångspunkten måste vara den enskilde patienten. Många vägar kan leda till ökad kunskap och bättre vård, men att skära bort psykoterapiobligatoriet är att göra det onödigt svårt för den enskilde läkaren. Det vore nämligen att begära av varje ny psykiater att uppfinna hjulet på nytt.

Referenser

1. Jacobsson L, Åsberg M. Specialistutbildningen i psykiatri måste förändras. Slopa psykoterapiobligatoriet! Läkartidningen 2002;99:76-7.
2. Hansson L, Stefansson CG, Nettelbladt P, Borgquist J, Nordström G. Psykisk ohälsa hos patienter i primärvården. En nordisk multicenterstudie. Nordisk medicin 1993; 108:145-7.
3. Bolin K, Jacobsson L. Depression och ångest: De samhällsekonomiska kostnaderna. Pfizer Studies in Health Economics. Stockholm: Pfizer AB; 2001.
4. Moberg Å, Kroon M, Bluecher R, Larsson NO. Utred patienternas självmord. Dagens Nyheter (DN Debatt) 2000-09-11.
5. Berg R. Behåll men förbättra psykiatrers orienteringskurs om psykoterapi! Läkartidningen 2002;99:425-7.
6. Egidius H. Positivism – fenomenologi – hermeneutik. Lund: Studentlitteratur; 1986.
7. European Union of Medical Specialists. Psychiatry. Chapter 6. Charter on training of medical specialists in the EU. Requirements for the specialty psychiatry. Svenska psykiatriska föreningens förhandlingar. Svensk psykiatri 2002;26:10-7.