

ende man kan ha inskaffat när man seriöst bedömt patientens somatiska frågeställningar. Jag tror också att förutsättningen för Lilian att våga se på sig själv, låg i att hennes egna tankar om elallergi tagits på allvar.

Den tillämpade psykoanalysens synsätt kan här vara värd att pröva även om de inte kan »utvärderas med naturvetenskaplig teknik« som krävs av Robert Olin. I denna annorlunda undersökningsteknik förvandlar sig doktorn från att vara den utfrågande aktören till den empatiska lyssnaren. Att låta patienten fritt få formulera sin berättelse i ett semistrukturerat samtal kan ge utrymme för patientens känslomässiga uttryck, vilket kan vara av terapeutiskt värde i sig och samtidigt ge ledtrådar till patientens psykologiska problematik. Och många gånger kanske man som somatiker skall stanna där. Men samtalskuren skulle självklart få ett större värde om doktorn också hade tillgång till dynamiska, om än approximativa, hypoteser vilka han skulle kunna konsultera i sitt tänkande, och sedan med en anpassad samtals teknik hjälpa patienten till en fördjupad förståelse av sig själv. När Lilian tog sig mod att tala om sitt skuldbelagda äckel för moderns kropp och fantasierna att vilja lämna och överge sin dödssjuka mamma föreföll en lättad inträffa. Lilian kom att framstå som en kvinna med en begriplig livsproblematisering. Och hennes »svårforståeliga« sjukdom upplöstes när hon allt mer förstod sig själv.

Då man deltagit i ett flertal liknande förlopp styrks man i tron att då en somatiserad personlig problematik verbaliseras (symboliseras) i en relation, och får ett för individen emotionellt adekvat, förståeligt, och acceptabelt uttryck, så tycks den somatiserade besvärshandling, och i Lilians fall kanske även de faktiska förändringarna (Lilians utslag), upplösas. Själva poängen är alltså inte bara att söka ett kausalsamband, vilket i sig alltid är nödvändigt, utan att man förflyttar perspektivet från dimensionen orsak – verkan till dimensionen avsikt – ändamål. I den mån det är möjligt skulle det således vara värdefullt att inte bara förklara en process med att patienter somatiserar, utan också om möjligt hjälpa patienterna att förstå sin somatisering, eller annorlunda uttryckt, emotionalisera sin somatisering. •

Namnet Lilian och yttre data är ändrade så att fallet är avidentifierat.

Psykioterapiobligatoriet – lägesrapport

■ Psykioterapi är en omistlig del av den psykiatriska verksamheten, men till vilken nytta är den nuvarande detaljregleringen av hur kunskap och kompetens ska uppnås? Istället för att från min ensliga och nattliga kammare försöka besvara denna intrikata fråga ska jag ge en personlig lägesrapport om hur man överlever som psykiatrisk verksam läkare utan att ha godkänt psykioterapiobligatoriet.

Började ST 1996

I juni 1996 påbörjade jag min ST vid Vrinnevisjukhusets psykiatriska klinik i Norrköping. Där deltog jag i klinisk sedvanligt arbete, möjligen med en viss inriktning på psykosvård och missbruk. Från våren 1997 arbetade jag en dag i veckan på en privat psykiatrisk mottagning i Linköping och fortsatte så till utgången av förra året.

Hösten 1998 kom jag in på Roland Bergs SK-kurs i psykioterapi, med osannolika mängder tråkig läsning (förlåt, Roland!) på litteraturlistan, men med många engagerade och intressanta föreläsare som försonande motviker. I avslutning till kursen skulle en handledd terapi inledas, med det viktiga måttet 60 handledartimmar.

En handledningspatient anskaffas inte hur lätt som helst, åtminstone inte om man ställer vissa etiska krav. Psykopatologin får inte vara så svår att en mer kvalificerad terapeut behövs, men inte heller så obetydlig att terapin uppenbart genomförs för terapeutens behov.

Min första terapipatient blev så småningom aktuell och cirka 10 timmar genomfördes, vilket tog betydligt mer än 10 veckor med tanke på återbud, uteblivanden och dylikt. När patienten slutligen helt uteblev visade det sig efterhand att såväl min handledare som jag underskattat magnituden i patientens problematik.

Läkarbrist

Norrköpingskliniken imploderade under andra hälften av 1990-talet vad gällde läkarbemanningen. År 1996 fanns femton överläkare på kliniken, fyra år senare var de bara fyra kvar! Ett tag var man nere i tre överläkare. Nu har man åter segat sig upp till fyra samt två–fyra hyrläkarlinjer, beroende på tillgången. Antalet ST-läkare var under min tid fem. Av dessa finns en kvar och ingen nyrekrytering har skett.

Bland annat beroende på ovanstående (med ty åtföljande brister i arbetsmiljön) överförde jag från juni 2002 min ST till Mora, där jag arbetade ett år och

avslutade mina femåriga ST i maj 2001. (Från januari 2001 arbetade jag som överläkare.) Den handledningspatient jag där lyckades uppbringa hösten 2000 hade ett subjektivt önskemål om samtalsterapi, men min preliminära bedömning var att frågorna mera rörde relationsproblem än egentlig psykiatri. Min handledare ansåg dock att man även ur denna magra mull skulle kunna utvinna näringsrika psykioterapeutiska skördar, vilket visade sig tämligen riktigt. Men terapin kunde inte påbörjas förrän en bit in på hösten och sittningarna kunde av olika skäl bara ske varannan vecka.

Patienten undrade om terapin behövdes

Efter julpuppehållet frågade patienten: »Säg mig ärligt, tycker du att jag verkligen behöver det här?« Och eftersom jag blivit uppfostrad att inte ljuga kunde jag inte svara annat än: »Nej, jag är tveksam. Du är inte deprimerad, behöver inte sjukskrivning eller läkemedel och våra samtal visar att du kan tänka klart och resonera klokt om dig själv och ditt liv. De frågor du har tagit upp med mig är inte av psykiatrisk karaktär, utan sådana som de flesta av oss i något skede i livet kämpar med. Man har stor glädje av att kunna diskutera dem med andra människor men inte nödvändigtvis med en psykioterapeut.«

Vi skildes under vänskapliga former och jag hade inhöstat ytterligare 10 handledartimmar, alltså återstod 40 av de stipulerade 60. Eftersom min tjänst i Mora var begränsad till ett år, var det emellertid knappast försvarbart att förespegla patienten en psykioterapeutisk kontakt och sedan avsluta den efter några månader.

Från juni 2001 till årets slut arbetade jag som överläkare vid psykiatriska kliniken i Karlstad, en tjänst som var tidsbegränsad till årets slut. Även under denna period måste det anses orealistiskt att dra igång en samtalsterapeutisk kontakt – under sommaren hade både patienter och jag våra semestrar, och när hösten väl kom kunde man redan skymta slutet på min tjänstgöring.

Under ett års tid, från januari till december 2001, hade jag således tagit fullt ansvar som överläkare vid de psykiatriska klinikerna i Mora respektive Karlstad. Jag gick bakjour, handledde AT-läkare och randande ST-läkare, tvångsintog och konverterade patienter och debuterade i länsrätten. Självt var jag ganska nöjd med mina insatser och även omgivningen verkade vara det.

Sedan 1997 har jag utöver mina landstingsanställningar även arbetat

med egen psykiatiska verksamhet i bodelagsform. Från de ursprungliga två dagarna i månaden ökade efterhand omfattningen och från årets början är jag heltidsanställd i mitt eget bolag, som har mottagningsverksamhet och olika former av konsultuppdrag inom habilitering och missbruksvård.

Titulaturen blir nu lite problematisk: Jag kan ju inte säga att jag är psykiater, det vore ju att förespegla att jag är färdig specialist. Jag brukar lösa problemet genom en semantisk fint och säga att jag arbetar som psykiater. Om jag nu inte är

psykiater, så håller nog de flesta med om att jag är en rasande skicklig imitation ...

Ja, denna min drapa slutar varken med en upprörd fråga eller ett tvärsäkert påstående. Den är bara en lägesrapport – så här gör jag ...

Kommer jag någonsin att bli en riktig psykiater, en som betalat stämpelavgift 1 650 kr och fått det fina diplommet att sätta upp på väggen i mottagningen? Just nu känns det tveksamt att orka uppåda energi till att under förmodligen 1,5 år hålla igång en terapi av formella skäl. Visst skulle jag väl samtidigt kunna göra

nytta för en patient, men det gör jag ändå i mina nuvarande arbetsuppgifter. Och jag trivs så bra med mitt arbete och mina arbetskamrater. Jag får väl nöja mig med att vara en enkel leg läkare, med hög och viss fallenhet för psykiatri, men utan formell kompetens. Åtminstone i Socialstyrelsens ögon – patienterna ser förhoppningsvis inte skillnaden mellan mig och en äkta psykiater.

Tomas Hvittfeldt

legitimerad läkare

Psykiatrisk Mottagning AB, Linköping

Muta för att upplåta tid åt läkemedelskonsulenten?

■ I förra månaden fick jag ett brev från läkemedelsföretaget Novartis. Man vill komma och besöka min vårdcentral för att diskutera en speciell blodtryckssänkarens fördel vid typ 2-diabetes och mikroalbuminuri. Tydligt litar man inte på att vi skall anta erbjudandet enbart på grund av kunskapsörst eller vår omtanke om diabetespatienternas njurfunktion.

I samband med besöket vill man nämligen överlämna ett medicinskt hjälpmedel i form av en CE-godkänd digital febertermometer för örat, en Braun ThermoScan, som på Jämsia idag kostar 525 kronor. Det som är mest iögonfallande på inbjudningsbrevet är själva den digitala febertermometern.

Muta eller sponsring?

Huruvida detta skall ses som en muta till mig som bokningsansvarig läkare på vårdcentralen, så att jag skall kunna använda termometern hemma på barn eller barnbarn, eller som en ekonomisk sponsring av Hallands läns landstings utrustningsdetalj, är för mig oklart.

Är detta en muta? Utsätter jag mig i så fall för risken att kunna dömas för mutbrott genom att ta emot gåvan? Muta är väl när man erbjuder någon en tjänst eller gåva för att påverka honom/henne i dennes tjänsteutövning. Är det inte det som är avsikten här? Febertermometern har knappast någon uppenbar koppling till blodtrycksmedicin för diabetiker. På senaste tiden har jag hört om kollegor

som erbjudits prenumeration på Cochranebiblioteket, Nationalencyklopedin på CD-ROM för att inte tala om alla olika läroböcker som används som portöppnare.

Hanteringen är, tycker jag, lika beklämmande och förnedrande för den som ger som för den som tar emot. Men

Svar:

Vårt mål är att följa gällande lagstiftning

■ Vi är övertygade om att en febertermometer inte påverkar sjukvårdens oberoende ställning till läkemedelsindustrin, vilket måste kännas tryggt för alla parter, inte minst för patienterna.

I vårt brev till vårdcentraler/kliniker erbjuder vi ett medicinskt hjälpmedel avsett att användas på den specifika mottagning som tar emot besök av Novartis representant.

Novartis har såväl nya som mer etablerade läkemedel vilka kontinuerligt via publikationer och kliniska erfarenheter kräver uppdatering mot användarna – den svenska läkarkåren. Det är således vår ambition att säkerställa att korrekt och aktuell information finns bland de läkare som förskriver våra produkter. Vi vet, likaväl som andra läkemedelsföretag, att läkarens tid avsatt för detta är begränsad.

Viktigt skilja på gåva och gåva

Vi vill skapa ett mervärde för de mottagningar och kliniker som tar emot besök från oss. De idéer som framkommit i samtal med tillfrågade läkare har, vid sidan av läroböcker i medicin, varit att erbjuda medicinska hjälpmedel som kan underlätta behandling, öka säkerhet i diagnos eller korta tid för vårdteamen.

Det är viktigt att skilja på gåvor till enskilda läkare från gåva riktad till kli-

nik, sjukvårdsinrättning eller liknande. Vill här referera till NBLs (Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation) vägledande uttalande angående gåvor till besökare/åhörare vid muntlig information (avgivet den 12 juli 2000 i ärendet 518/99). Där berörs hjälpmedel som har anknytning till institutionens verksamhet:

Anders Hernborg
*distriktsläkare,
Laholm*

» ... I många fall är materialet att hänföra till sådana hjälpmedel som avses i artikel 27 i Informationsreglerna. Vid gåvor till institutioner finns sällan anledning att befara att läkemedelsföretags och sjukvårdspersonalens oberoende ställning i förhållande till varandra kan påverkas på ett otillbörligt sätt.«

Vårt mål är, och kommer alltid att vara, att följa gällande lagstiftning och därmed även den överenskommelse som finns mellan LIF och Landstingsförbundet avseende produktinformation. Vi ser således ingen brist eller konflikt i att vi erbjuder hjälpmedel med saklig anknytning till den medicinska verksamheten och som kan underlätta behandling, öka säkerhet i diagnos eller korta tid för vårdteamen.

Det är vår förhoppning att vi skapat klarhet i frågan.

Anders Karlsson

marknadsdirektör

Novartis Läkemedel

Vad tycker våra läsare?

Är det oetiskt att ta emot en gåva om den har ett direkt utbildningsvärde, t ex en textbok, en tidsskriftsprenumeration eller en kongressresa? Vi välkomnar era synpunkter.