

Kompetensutveckling alternativ till indragen förskrivningsrätt

II Utifrån våra respektive specialiteter och vårt gemensamma intresse för frågor kring läkemedel med beroendepotential har vi av flera skäl intresserat oss för läkare som frångått rätten att förskriva narkotikaklassade läkemedel.

Utsatt för tryck från patienterna

Omständigheterna kring varför enskilda läkare får problem med att avvisa patienter som kräver t ex bensodiazepiner är möjligen likartade, även om det kan finnas många delförklaringar till varför kolleger inte klarar av att stå emot »trycket«.

Förutom ekonomiska intressen, inlärda terapitraditioner från andra länder och okunskap är det vanligt att man som läkare vill tillfredsställa patienternas efterfrågan och att man har svårt att skilja deras krav från deras medicinska behov.

Ett sätt att lösa problemet är att frånta läkare rätten att förskriva vissa läkemedel. Vi tycker att det är intressant att prova en mer ändamålsenlig väg genom att öka kunskapsnivån. Indragen förskrivningsrätt behöver inte alltid vara tecken på en mer generell olämplighet att utöva läkaryrket.

Skräddarsytt 10-veckorsprogram

Beroendecentrum i Örebro har därför skräddarsytt ett kompetensutvecklingsprogram under 10 veckor. En legitimerad läkare med utländsk examen som har förlorat sin förskrivningsrätt har auskulterat både inom den öppna och den slutna beroendevården och har självständigt mött patienter med beroendeproblematik. Programmet har också innehållit en teoretisk utbildning i beroendelära.

Efter avslutad kurs görs en bedöm-

ning av läkarens framtida möjligheter att möta beroendepatienter på ett bättre sätt. Om vi anser att läkaren förväntas kunna fungera på ett tillfredsställande sätt kommer vi att stödja hans ansökan om att få tillbaka förskrivningsrätten.

Mer givande förhållningssätt

Vår »modell« innebär ett nytt och mera givande sätt att bemöta dessa kolleger. Metoden är med största sannolikhet också mer effektiv än det traditionellt restriktiva och straffande förhållningssättet, och bör i många fall erbjudas innan straffande åtgärder sätts in.

Lennart Mossberg

distriktsläkare, verksamhetschef

Orsolya Hoffmann

med dr, överläkare,

Beroendecentrum Örebro

Om människors upplevelser, dialog och diagnostik

II Professor Robert Olin kommenterar i Läkartidningen 12/01 (sidorna 1437-9 min recension av hans skrift »'Nya diagnoser' – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar« (5/01, sidan 482). Med min replik hoppas jag kunna bidra till att öka kunskapen om vad det innebär att *möta* patienter, inte enbart göra dem till föremål för opersonliga åtgärder.

Olins nyspråkstillskott, diagnosen »biofobi«, är ett humoristiskt inslag, men jag har naturligtvis inte påstått att medicinsk naturvetenskaplig forskning ska ersättas med metafysiska grubblerier! Den initiala handläggningen av benbrott är ett exempel på när enbart tekniska frågor ska tillåtas dominera.

Varför jublar de över diagnosen?

Den typ av forskning som lämpar sig för att studera människans kropp kan emellertid inte användas när hennes meningsskapande kvaliteter bestämmer de data vi kan fånga, direkt eller indirekt.

Med de två fibromyalgistudierna, som Olin berör, avsåg jag och fyra välmeriterade forskare belysa meningsstrukturen i fenomenet fibromyalgi genom intervjuer med läkare och patienter. Vilken är essensen i det fenomen som, fastän det betecknar ett kroniskt smärttillstånd, ofta får drabbade att jubla över diagnosen?

I en dalgång i Nordnorge hade t ex 8 av 12 lantbrukarhustrur drabbats av diagnosen fibromyalgi. Vad är det fråga om? Drabbas kropparna som vid polio?

Finns andra, rent mänskligt intressanta sammanhang? Är det okollegialt att undra vad människor *avser* med sina besök i primärvården? Är det intellektuellt för svarbart att enbart söka orsaker?

Fastän tonläget i Olins kommentar säger mig att han ser sig som en röst i en omfattande kör, vågar jag anta att alla läkare inser värdet av att filosofer och teoretiker hjälper oss att ta reda på vad vi menar då vi säger t ex fibromyalgi. Vad är hälsa, MS, psykosomatisk sjukdom, ångest, DAMP? För vi tror väl inte att vi redan vet? Sedan kan vi börja undersöka fenomenens delaspekter.

Dialogbaserad medicin

Eftersom det svåraste med att vara läkare är att möta människor, inte att diagnostisera sjukdomar, bortsåg jag i början av min läkarbana troligen från det personliga i mötet och gjorde patienten till objekt för min biomedicinska kunskap.

Jag har litat till egen erfarenhet när jag utvecklat det som jag kallar klinisk dialogmedicinsk hållning. När en patient presenterar sina upplevda besvär, värk, smärta, trötthet och olika kroppssensationer, utför jag den kroppssensationsundersökning som hon förväntar sig. Jag försöker finna och möta patienten där hon är och tillsammans med henne sätta ord på det utsägbara, som kanske underhåller hennes upplevda lidande.

Om det inte känns som om vi är på väg att mötas, omprövar jag min dialog-

inriktade hållning och intar en mer kropporienterad attityd. Kortfattat menar jag att vi, genom att först av allt uttömma dialogens möjligheter, lägger god grund för diagnostik med hög precision. Diagnosen ser jag som ett ofta värdefullt komplement till dialogen.

Det subjektiva kan inte objektivieras

Jag hade inte kunnat praktisera min nya hållning om jag inte vågat närma mig det subjektiva och under årens lopp, i möte efter möte förfinat mina dialoginstrument. En mänsklig upplevelse kan bara mötas framgångsrikt i sin egen unika, personliga kontext. Därför kan man inte vägledas av annat än det som tonar fram mellan en själv och patienten (i det mellanmänskligas sfär, som Buber talar om).

Ett viktigt moment i dialogen är att vara så att patienten övergår från att tro att läkaren ska lösa problemet till att inse att han eller hon själv kan få viss assistens att se sina egna möjligheter. Förr bearbetade jag patienten, nu samarbetar vi. Vid benbrott är som sagt dialogaspekten i mötet snabbt överstökad.

Patientens avsikt med besöket

Patientens uppenbara avsikt med sitt besök hos läkare kan vara att få ta del av läkarens kunskap som biomedicinsk expert och att komma tillrätta med en upplevd och önskad kräpa. Men icke uppenbara avsikten kan vara mångfasetterad, t ex att hålla något otänkbart utanför medvetandet och att framställa sig så att

närvaron av en tänkbar sjukdom kan bekräftas av läkare. När upplevelsen av en tänkbar sjukdom givits medicinsk förklaring och legitimitet har det otänkbara mindre chans att komma till tals.

Människan är även meningssökande

Tanken att människan är en symbolskapande och meningssökande varelse, och också kan ha problem som sådan, rör inte den biomedicinskt fängslades stängda värld. Upplevelsespekten i patientens presenterade lidande är »en främmande fågel« i den »biofiles« tankevärld. Han byter bara begreppet upplevelse mot beteende.

Sedan kan människor ersättas med råttor i experimentella studier. Det vore då opraktiskt att betänka att avsiktsaspekten tappas bort. Den »biofile« talar i termer av smärtbeteende (depressivt, aggressivt beteende) i stället för vad det är, nämligen uttryck för upplevelsen smärta (nedstämdhet, vrede). Råttor upplever inget, de betar sig.

Varför får de *diagnosen* fibromyalgi?

Det finns mycket att säga om den vetenskap där visionen om den eleganta tekniska förklaringen får forskare att glömma sin ångest inför allt hotfullt och faktiskt omätbart i människans värld. Vem gagnas mest av resulterande diagnostiska fantasibegrepp eller paradigmatiska livlinor?

Hildens danskt välfunna vändning, som Olin passar på att bearbeta känslomässigt i sin kommentar, finns skäl att upprepa: Frågan gäller inte varför människor får fibromyalgi, utan varför de får *diagnosen* fibromyalgi.

Olle Hellström

med dr, distriktsläkare, Vansbro;
Centrum för klinisk
forskning i Dalarna, Falun
olle.hellstrom@ltdalarna.se

Vems är förtjänsten att barnpsykiatri tagit sig upp ur diket?

II Efter att ha läst Magnus Kihlboms debattartikel i Läkartidningen 10/01 (sidorna 1148-9) »Neuropsykiatri och reduktionismen« och funderat en del över hans uttalande att: »Barnpsykiatrerna har med möda kravlat sig upp ur det ena diket, det reduktionistiska psykologiserandet«, så skulle jag vilja

ställa följande fråga till Magnus Kihlbom:

Vems eller vilkas förtjänst är det att barnpsykiatri tagit sig upp ur det diket?

Gunnel Svedmyr

barn- och ungdomspsykiater
BUP-mottagningen, Hudiksvall

Replik:

Psykodynamikernas anspråk har modifierats

II Naturligtvis har barnneuropsykiatrin och särskilt Gillbergs arbete spelat stor roll för rörelsen bort från den totaliserande psykodynamiska uppfattning som var gängse på 1960- och 1970-talen.

Men man bör vidga perspektivet. Att pendeln svänger beror inte bara på den som syns knuffa på den. Framväxten av neuropsykiatri i vårt land är en del av en internationell utveckling inom många områden, även det psykodynamiska.

och humanvetenskapliga aspekter (se t ex fjolårets serie i Läkartidningen om vetenskapsteori), och de flesta psykodynamiker har kraftigt modifierat sina anspråk på vilka störningar som kan förklaras och behandlas ur enbart psykoanalytiskt perspektiv.

Magnus Kihlbom

barnpsykiater och psykoanalytiker,
fd överläkare vid Ericastiftelsen,
Stockholm

Analytikernas anspråk har modifierats

Traditionella antingen-eller-uppfattningar är inte längre möjliga. Hjärnforskningen och genetiken har avancerat mycket raskt, neurovetenskaplig och psykoanalytisk forskning förenas [1, 2], de vetenskapsteoretiska ramarna har breddats till att omfatta också kvalitativa

Referenser

1. www.neuro-psa.com.
2. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework revisited. Am J Psychiatry 1999; 156: 1505-24.

KRAV tillåter D-vitaminisering av ekomjolk

II I en artikel i Läkartidningen 11/01 (sidorna 1252-8) diskuteras vitaminberikning av ekologisk mjölk.

Diskussionen kring behovet av vitamintillsats i ekologisk mjölk har förts sedan länge. Ökningen av försäljningen av ekologisk mjölk till skolor, matsalar och sjukhus har aktualiserat behovet av framför allt D-vitamin. En dialog har förts mellan Livsmedelsverket och KRAV om nödvändigheten att vitaminisera.

medelsverket en skrivelse till KRAV och påpekade behovet av D-vitaminisering av lättmjölk och mellanmjölk avsedd att serveras inom barnomsorg och skola.

Eftersom enligt EUs förordning (EEG) 2092/91 vitaminer endast får tillsättas om det är föreskrivet av myndigheten bestämde KRAV att tillåta tillsättning av vitamin D. Tillsättning av vitamin A har aldrig diskuterats eftersom behovet kan anses tillfredsställt på annat sätt.

Behovet hos större grupper

Den ekologiska grundtanken är ju att livsmedlen skall vara utan tillsatser. På individnivå kan intaget av vitamin och mineral balanseras, men vid utspisning av större grupper, där matsedeln begränsas av ekonomiska och gastronomiska skäl, måste hänsyn tas till vitamin- och mineralsammansättning i de enskilda livsmedlen.

Den 14 juni 2000 översände Livs-

Tekniska problem bakom försening

Mejeriindustrin tillsätter idag en mix av A- och D-vitamin, vilket gör att man får vissa tekniska problem om man endast skall tillsätta det ena vitaminet. Därför har fram till idag inget D-vitamin tillsatts ekologisk mjölk.

Calle Regnell

livsmedelsspecialist,
KRAV ekonomisk förening, Uppsala