

sörja för långtidsvård och rehabilitering av svårt handikappade patienter har överförs från landsting till kommuner. Andra, som bedöms som »lättare fall«, dvs människor som drabbats av kriser, som har neurotiska och depressiva problem, hänvisas till i psykoterapi utbildade allmänläkare.

Behandlingsutbudet

Behandlingsutbudet blir mera beroende av att vara kostnadseffektiv och visa upp mätbara resultat än att följa en konsekvent och långsiktig planering. Det finns en tydlig trend att satsa på korta, instrumentella (och billiga) behandlingar och utbildningar.

För en verksamhet och dess medarbetare är det avgörande vilken grundläggande människosyn som styr målformuleringen och arbetet. Förslagsställarna betonar vikten av god »allmänpsykiatrisk bildning«. Vad ingår i detta? Enligt min uppfattning bör man förtydliga den underliggande synen på människan inför mötet mellan individen och vården.

Ett naturvetenskapligt kunskapsideal

Från ett strikt naturvetenskapligt kunskapsideal strävar man efter att objektivt registrera verkligheten och försöka förklara orsakssamband utifrån empiriskt funna lagar. Genom att slå samman alla kunskapsdelar kommer man fram till en syntes. Fakta om patient skall kunna summeras och ange prognostiskt utfall. Man ser på kunskaperna som objektiva

data med risk att fatta sina beslut för en objektiviserad patient.

Till och med psykosociala fenomen kallas sjukdomar, och sjukdomar uppfattas som störningar i kroppens organisation. Fokus för behandlingen är huvudsakligen att förändra patientens symptom och minska hennes lidande framför allt genom att tillföra något. Detta kan ske genom att man söker att förändra patientens yttre förhållanden eller genom att erbjuda stöd, träning, trygghet, farma, värme, struktur eller kunskap.

Ett humanvetenskapligt perspektiv

I ett humanvetenskapligt perspektiv framhåller man det intentionella hos människan; att människans beteende har mening som är fattbart genom tolkningar, som kan ge förståelse för beteenden och sammanhang. Helhet blir då ej bara summan av delarna utan även kunskaper om människan som subjekt i sitt sammanhang.

Ett subjekt som utvecklas i ett ömsesidigt samspel mellan individ och omvärld, inom vilket hon påverkas och präglas av genetiska, biologiska, fysiska, sociala, ekonomiska och kulturella omständigheter och förutsättningar. Man utgår från antaganden om en psykisk kontinuitet, samt att denna kontinuitet har underliggande, historiska menings- och orsakssammanhang, och slutligen att dessa sammanhang kan uppmärksammas, förstås och ändras inom och med hjälp av en relation – som den

som uppstår mellan patient och läkare och annan vårdpersonal.

I varje möte med patienter skapas en relation som påverkar båda parter, och också väcker intensiva och ofta svårkontrollerade känslor hos dem. Att uppfatta sin inverkan på interaktionen förutsätter ingående självkännet och empatisk förmåga, samt kunskaper om personlighetens dynamiska struktur.

Att utnyttja relationen med patienten kräver hög kompetens hos personalen och tillgång till kontinuerlig och kvalificerad handledning samt en välfungerande organisation.

I USA återkommer kravet på utbildning

Att man skall kunna förvänta att specialläkarna i psykiatri skall besitta motsvarande kompetens är en viktig förutsättning för att behålla ansvaret för mötet med människor som behöver möta den psykiatriska vården också i framtiden. I USA har man under det senaste decenniet minskat och på många håll till och med »slopat« psykoterapiutbildningen för blivande specialister (residents) i psykiatri. Man har dock från många håll, inte minst dessa residents, krävt ett återinförande av psykoterapiutbildningen.

Risken är stor att förslaget att slopa psykoterapiobligatoriet kommer att leda till att psykiatrerna än en gång blir »halvutbildade naturvetare«, för att möjligen om några år återupptäcka behovet av och kräva att få en sådan utbildning. •

Behåll obligatoriet – förslag till åtgärdsprogram

Det vore olyckligt att avskaffa psykoterapiutbildningen som obligatorium. Jag tycker att man kan jämställa psykoterapiutbildningen med andra placeringar under ST. Om man nu måste ta bort något moment för att ge tid för ST-läkaren att subspecialisera sig, kan man lika gärna argumentera för att ta bort andra delmoment ur ST-utbildningen.

ANDRÉAS ROUSSEAU

ST-läkare och doktorand, psykiatriska kliniken/institutionen för medicin och vård, Universitetssjukhuset i Linköping andreas.rousseau@lio.se

II För att förbättra ST-utbildningen inom psykiatri föreslår jag följande åtgärder och ansvarsområden:

Låt psykoterapiutbildningen fortsätta vara ett obligatorium.

ST-läkaren:

– Att ta ansvar för och sätta upp en ST-

plan som fortlöpande revideras. På så sätt undviks förhoppningsvis den tidsnöd som drabbar en del som påbörjar den terapeutiska utbildningen för sent.

Huvudmannen:

– Viktigt att utrymme finns för både forskning och psykoterapiutbildning. Kompetenshöjning ska löna sig, även ekonomiskt.

– Finansiering av såväl psykoterapeutisk utbildning som egen terapi (egen terapeutisk erfarenhet rekommende-

ras men är ej obligat, enligt SOSFS 1996: 27).

Socialstyrelsen:

– Dispens ska ges för de ST-läkare som inte kan ta ut specialistbevis endast på grund av ej avslutad psykoterapiutbildning då detta beror på platsbrist.

Utvidga psykoterapikompetensen

Således tycker jag inte att man ska montera ner den psykoterapeutiska kompetensen inom läkarkåren, utan snarare stärka den. Varför inte erbjuda fler medicinska specialiteters ST-läkare, exempelvis allmänmedicin, att utvidga sin kompetens i de fall det önskas?

Min erfarenhet är dock att huvudmannen i många fall misslyckas med att ta sitt utbildningsansvar om inte tydliga riktlinjer, ibland som obligatorium, finns. •