

Det mänskliga mötet – kärnan i psykiatrin

Diskussionen om psykiatrin får inte bara handla om formerna utan det viktiga är psykiatrins innehåll. Under senare år har jag gång på gång blivit vittne till häpnadsväckande felbedömningar som orsakats av en arrogant brist på samarbete med patienten om hans lidande, hans sorger och förhoppningar.

LISBET PALMGREN
professor, Lidingö
kurt.gordan@hem.utfors.se

■ När vi nu äntligen har börjat en allvarlig diskussion om psykiatrins misslyckande, talar vi som vanligt bara om *psykiatrins former*. Dessa är naturligtvis viktiga men jag skulle vilja tala om *psykiatrins innehåll*. Vad är viktigt i förhållandet mellan patienten och psykiatrin? Kanske det mänskliga mötet? Hur gick det förlorat?

Samtal undveks

En vän till mig hade en nära anhörig som tagits in på en psykiatrisk klinik i Stockholm i samband med en psykos som inte gick att klara i öppen vård. Efter en månad påpekade hon för överläkaren att patienten ännu inte haft något riktigt samtal, vare sig med läkaren eller med sin kontakttjänst. Överläkaren svarade då: »Nej, vi försöker undvika det, vi tycker att de (sic!) mår bäst av att få vara ifred!«

Jag menar att detta yttrande i all sin absurda överdrift rör vid kärnan av psykiatrins misslyckande idag. Eftersom psykiatriska sjukdomar alltmer betraktas som enbart biologiska har den sjukes människovärde och mänsklighet haft en tendens att försvinna i hanteringen. Om detta har med utbildningen av psykiatrer att göra, vet jag ej.

Säkert är att det framkallar ett sviktande intresse för psykiatrin bland unga läkarstuderande. Fascinationen för psykiatrin försvinner när det inte längre handlar om människans sällsamt sammansatta själ, som vi kan identifiera oss med, utan bara om att följa färdiga diagnosmanualer och pröva de nyaste medicinerna. Bland patienter framkallar denna attityd en bitterhet: »Vad tjänar det till att söka hjälp, det är ändå ingen som lyssnar? Dom har varken tid eller lust att bry sig om mej.«

Biologisk kunskap och djup humanism

Psykiatrins väsen är en sammansmältning av biologisk kunskap och djup humanism. Utan dessa två komponenter

blir den antingen kvacksalveri eller torr och ganska meningslös pseudovetenskap. Under senare år har jag gång på gång blivit vittne till häpnadsväckande felbedömningar som orsakats av en arrogant brist på samarbete med patienten om hans lidande, hans sorger och förhoppningar.

Man tvistar om mediciner eller samtal, naturligtvis behövs bådadera. Inom psykologin tvistar man om olika psykoterapimetoder trots att alla vetenskapliga undersökningar visar att teorin och metoden visserligen är bra och viktig för terapeuten, men att det som hjälper patienten är engagemanget, värmen och empatin samt – inte minst – terapeutens förmåga att lyssna.

Att få träffa en person som verkligen bryr sig och som i bästa fall kan följa upp behandlingen kan betyda en revolution i en förtvivlad människas liv. På den klinik där jag fick min utbildning hade patienten samma läkare i öppen och slutna vård, det hette »min doktor«. Man kände också »sina« sjuksköterskor och undersköterskor och vände sig till dem när man hade det svårt. Jag uppfattar fortfarande detta som en idealisk lösning.

Öppen och slutna vård

Numera går det tydliga skiljelinjer mellan slutna och öppen vård och behandlingsansvaret anses skola ligga hos den öppna vården. Om behandlingen påbörjas inom den slutna vården borde i så fall öppenvården genast kallas in så att behandlingen kan börja när patienten troligen är i störst behov av den och i sin förtvivlan mest mottaglig för hjälp och tröst.

I de fall där en patient som redan tillhör den öppna vården tas in på en klinik, bör den ansvariga personalen från öppenvården alltid vara med honom från början. Detta kan absolut inte vänta till dess patienten skrivs ut från kliniken. Personkontinuiteten bör hela tiden vara av överordnad betydelse, eftersom det är så det mänskliga mötet sker. •

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Inte utvald!

■ Svar till Olof Dahlström (Läkartidningen 8/2004, sidan 715).

Nej Olof, Du är inte särskilt utvald! Alla medlemmar i såväl Distriktsläkarförbundet som Företagsläkarförbundet har fått brev med inbjudan till fördjupningsutbildning om sjukskrivning.

Anmälda deltagare antas i den ordning ansökan inkommit. Viss prioritering ges åt företagsläkare, vilka ju samtliga ska erbjudas plats, men strävan är att grupperna är blandade så att övriga specialister (i allmänmedicin eller rehabiliteringsmedicin) kommer att vara representerade i varje omgång.

Kursen kommer inom kort att anmälas till IPULS.

Göran Blennow
försäkringsöverläkare,
avdelningen för sjukförmåner,
Riksförsäkringsverket
goran.blennow@rfv.sfa.se

Inte läkarens sak utvärdera villkoren på arbetsplatsen

■ Det är bra att Bo Jakobsson i sitt inlägg (Läkartidningen 7/2004, sidan 708) tar upp exempel på de svårigheter som möter i det praktiska arbetet med sjukskrivningar. Dessa verklighetsbeskrivningar kan ge politiker med höga visioner en bättre förståelse för vad frågan gäller.

Som Jakobsson helt riktigt påpekar kan en tjänsteman på försäkringskassan inte ensam överta ansvaret för den fortsatta arbetsanpassningen efter det att läkaren förklarar den egentliga sjukskrivningsperioden överstämmande. Däremot är det nödvändigt att försäkringskassan, som ansvarig för sjukersättningen, deltar i den fortsatta processen tillsammans med arbetsmarknadens parter.

Arbetsplatsen inte läkarens sak

Förhållanden på arbetsplats och arbetsmarknad ligger utanför de flesta sjukskrivande läkares möjlighet att utvärdera. Faktum kvarstår alltså: det är orimligt med fortsatta krav på att läkaren ska avge intyg om dessa förhållanden.

Det är i grund och botten en fråga om etik och även en fråga om att värna läkaryrkets integritet.

Hans Fredin
leg läkare, docent i ortopedi, Malmö
hansfredin@passagen.se