

alla sina delar, men idén bakom skulle mycket väl kunna införas. På plastikkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, finns sedan ett antal år ett arbetssätt som, enligt min mening, gynnar utbildning och handledning. Den plastikkirurgiska delen av utbildningen består av »interna randningar« där ST-läkaren arbetar tre månader i taget tillsammans med en eller flera specialister inom en viss gren av plastikkirurgin. Konstellationen ST-läkare och specialist opererar tillsammans, har mottagning parallellt och sköter gemensamt sina patienter på avdelningen.

Detta ger kontinuitet i utbildningen, handledaren kan följa ST-läkarens framsteg och successivt delegera allt större ansvar. Genom att de jobbar nära varandra i alla moment skapas situationer i vardagen där problem och beslut kan diskuteras och kunskaper överförs.

Dessutom bildar strukturen stommen i ett för patienten gynnsamt system med bra kontinuitet i kontakten mellan patient och läkare – det finns alltid en namngiven patientansvarig specialist och en ST-läkare.

Vinster att hämta

Incitamenten för att organisera arbetet på en klinik på ett för utbildningen gynnsamt sätt borde vara uppenbara. Vinster att hämta finns både för patienterna och för läkare på alla nivåer. Utveckling av det kliniska arbetet och forskning kan gynnas. Kliniker som erbjuder en högklassig utbildning får sällan problem med rekrytering. Dessutom tycker de flesta enligt min erfarenhet att det är roligt att handleda och lära ut – bara de rätta förutsättningarna finns!

Certifiering för specialistutbildning

Socialstyrelsen föreslår i sin utredning ett »införande av fastställda [kvalitets-] kriterier för de enheter som utbildar specialister«. En följd av detta skulle kunna vara att kliniker måste certifieras för att få bedriva specialistutbildning. När man nu ska utforma riktlinjer och regler för den nya ST-utbildningen hoppas jag att kunskapsmålen blir både tydligare och högre, samt att instrumenten för att utvärdera kompetens blir mer rättvisande.

Ingen klinikledning vill att dess ST-läkare inte ska nå upp till nationella kompetenskrav. Därför skulle en väldefinierad, standardiserad målbeskrivning och formell examination kunna motivera arbetsgivare att prioritera ST-utbildningen högre och att anpassa arbetssätt så att handledning i den kliniska vardagen gynnas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Angående neuropsykiatriska diagnoser bland barn och vuxna

■ Några moment i Susanne Bejerots medicinska kommentar »Upprättelse!« i Läkartidningen 42/2004 (sidorna 3222-3) inger mig betänkligheter.

Psykiatrisk diagnostik som kontinuum

Med utgångspunkt i en undersökning som visar att vuxenpsykiatrin missar barnneuropsykiatriska diagnoser (Mikael Scharin och Per Hellström i Läkartidningen 42/2004, sidorna 3230-1) tenderar Bejerot att omformulera psykiatrisk diagnostik till ett kontinuum som sträcker sig från ADHD/DAMP över en »undergrupp med sämre social interaktionsförmåga« till autismspektrumstörningar. Där räknas upp en mängd psykiatriska manifestationer som förmodas ha en bakgrund i ADHD eller autismspektrumstörningar under uppväxten, ett förhållande som vuxenpsykiatrer oftast är blinda för.

Det är således en skillnad mellan kartan (prevalenssiffror för barnneuropsykiatriska störningar i epidemiologiska studier) och terrängen (förekomst av barnneuropsykiatriska diagnoser bland vuxna patienter). Bejerot vill att man anpassar terrängen efter kartan, dvs omskolar och utbildar vuxenpsykiatrer så att dessa blir kapabla att ta fram ADHD och autismspektrumstörningar som döljs bakom en rad olika psykiatriska tillstånd.

Spektrum

När Bejerot använder ordet »autismspektrum« lånar hon ett begrepp, »spektrum«, från fysiken utan att göra klart på vilket sätt detta har relevans inom psykiatrin. Hon har inte klart för sig skillnaden mellan »regnbågens alla färger« och de spektra fysikerna studerar. Bejerot synes med »spektrum« vilja förmedla bilden av en glidande övergång från Kanners infantila autism till Aspergers syndrom. Skall vi föreställa oss en »autism-gen« som på sin väg (genom ett prisma – av vilket slag? – »intelligens«?) bryts och differentieras, med autism och Aspergers syndrom som ytterligheter?

Uttalet »Det är sannolikt att Ludwig Wittgenstein hade Aspergers syndrom« har samma suggestiva avsikt som bruket av »spektrum«. Veterligen undersöktes Wittgenstein aldrig av psykiater, så det finns ingen diagnos som vi med litet god vilja skulle kunna översätta till »Aspergers syndrom«. I annat sammanhang (om rättshaveri) använder Bejerot uttrycket »aspergergruppen« på

ett sätt som leder tanken till äldre tiders typ- och temperamentslära. Skall vi uppfatta Wittgenstein som hörande till denna grupp?

Vad Bejerot skriver om »Kvinnor med ADHD« skulle mobiliserat JämO ifall författaren varit man – varför finns ingen motsvarande generalisering av »Män med ADHD«?

Neuropsykiatrisk undersökning

I artikelns sista avsnitt beskriver Bejerot problematiken hos de personer som remitteras (av vem?) till neuropsykiatrisk undersökning. Det rör sig om allt från existentiella problem till oförmåga att komma ihåg multiplikationstabellen eller åka skridskor. Beskrivningen passar bättre in på dem som söker sig till psykoterapi än på psykiaternas patienter. »Neuropsykiatrin« enligt Bejerot framstår som ett alternativ till psykoanalys och kognitiv terapi. När hon påpekar möjligheten att avstå från att ställa diagnosen, även om den är uppenbar, påminns man om den diskussion som i första seklet pågick bland barnterapeuter huruvida man för barnet skulle tolka det material som framkommit ur ritningar och sandlådelek.

Följer man Bejerots tankegång är tre olika utfall möjliga efter en neuropsykiatrisk utredning:

1. Kriterier saknas för att ställa en neuropsykiatrisk diagnos.
2. Kriterierna föreligger, men diagnosen ställs inte eftersom patienten inte bedöms ha nytta av den.
3. Kriterierna är uppfyllda, diagnosen ställs och får när den meddelas patienten en salutogen effekt, ger henne möjlighet att begripa och acceptera sig själv etc.

Att Bejerot meddelar personer i den första gruppen att de inte har någon neuropsykiatrisk diagnos är ingenting märkvärdigt. Inte heller att hon känner stor tillfredsställelse när diagnosen innebär en vändpunkt i patientens tillvaro, men jag efterlyser en redovisning av vad hon gör med mellankategorin, de patienter som fyller kriterierna för diagnos, men inte »får« sin diagnos.

Gunnar Höst

*pensionerad barnpsykiater, Göteborg
gunnar.host@telia.com*

Susanne Bejerot svarar på nästa sida.

Replik:

Inget revolutionerande att psykiatriska diagnoser överlappar

1. *Angående psykiatrisk diagnostik:* Jag skriver i min artikel (LT 42/2004, sidorna 3222-3) att patienter med ADHD präglad framförallt av uppmärksamhetsstörning utgör en grupp med sämre social interaktionsförmåga, och att denna grupp möjligen utgör en diagnostisk mellanform mellan ADHD och autismspektrumstörning. Detta är knappast en revolutionerande synpunkt, flera psykiatriska diagnoser överlappar varandra, och synen på psykiatriska diagnoser och personlighetsprofiler som kategoriskt avskilda från varandra är sällan överensstämmande med verkligheten. Det finns t ex mellanformer mellan schizofreni och affektiv sjukdom, det betyder inte automatiskt att tillstånden i sig tillhör en och samma dimension. Det har jag inte heller påstått. Psykiatriska diagnoser enligt DSM-IV är konstruktioner baserade på symtombilden, och de förändras något med nya upplagor av diagnoskriterierna.

2. *Angående »autismspektrum«:* Kanske är inte begreppet spektrum ett helt lyckat begrepp, men det är etablerat. I en sökning på PubMed får man 608 träffar på orden »autism and spectrum«.

3. *Angående autismgen:* Sannolikt rör det sig om flera gener. Tillståndet kommer att se olika ut hos olika individer bland annat beroende på personens ålder, kön och begåvning.

4. *Angående Ludwig Wittgenstein:* Michael Fitzgerald, professor i barn- och ungdomspsykiatri i Dublin, har i sin bok »Autism and creativity. Is there a link between autism in men and exceptional ability?« skrivit ett 84-sidigt kapitel med sammanlagt 442 referenser om Wittgenstein. Om man har någon kunskap om hur en person med Aspergers syndrom beter sig blir man övertygad om att Fitzgerald har rätt i sin uppfattning. Jag föreslår de tveksamma att läsa själva.

5. *Angående mobilisering av JämO:* Självklart kommer såväl biologiska skillnader mellan könen som kulturella faktorer att ge sig till känna i skilda beteenden och förhållningssätt hos kvinnor och män, på gruppnivå. Kriterierna för ADHD passar bättre på pojkar än på flickor, varför flickor med ADHD riskerar att missförstås. Diagnoskriterierna formas utifrån den mest typiska symtombilden, vilket alltid blir en generalisering av gruppen och inte en beskrivning av en enskild person. Vid depressioner har man t ex beskrivit en »manlig depression« som tar sig uttryck i aggressivitet, ökad alkoholkonsumtion och högre självmordsrisk. Även där har man

lyft fram risk för underdiagnostik därför att klinikern har lärt sig att känna igen den kvinnliga varianten av depression.

6. *Angående multiplikationstabellen och remitteringsförfarande:* Jag var tydligen otydlig här, ingen remitteras på grund av att han/hon inte kan multiplikationstabellen utan på grund av av en symtombild som ger inremitterande läkare eller psykolog uppfattningen att det kan röra sig om ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Vad som dock framkommer under utredningens gång är att problemen också kan innefatta avsevärda exekutiva svårigheter, arbetsminnesproblem, motoriska svårigheter och emotionella problem. Dessutom har flertalet utsatts för omfattande mobbing och upprepade kränkningar.

7. *Angående huruvida det är psykoterpapatienter som remitteras till oss:* Svaret är nej, de flesta har haft en lång-

varig psykiatrisk kontakt. En del har visserligen provat psykoterapi, ibland i decennier, medan flertalet aldrig blir föremål för terapi därför att psykoterapeuterna sannolikt saknar instrument för att göra ett framgångsrikt arbete. Med det vill jag inte säga att det är lönlöst att arbeta psykoterapeutiskt med denna grupp, men det är knappast försvarbart att arbeta traditionellt psykodynamiskt, kognitivt eller beteendeterapeutiskt utan kunskap om den grundläggande neuropsykiatriska problematiken.

8. *Angående att ställa diagnos eller inte:* Detta har redan besvarats, se LT 45/ 2004 (sidan 3619).

Susanne Bejerot

överläkare, leg psykoterapeut,
psykiatriska kliniken,
S:t Görans sjukhus, Stockholm
susanne.bejerot@spo.sll.se

Läkarnovell befäster könsstereotyper

11 Som läkarstudenter (T6 och T7) blev vi fundersamma efter att ha läst Henrik Nikkas novell »Första dagen« i Läkartidningen 42/2004 (sidorna 3262-3). Novellen har utvalts att ingå i samlingen »Att vara doktor«. Texten har ett ironiskt anslag i sin skildring av avdelningsarbetet. Trots ironin tycker vi att texten ger en överdrivet könsstereotyp bild av den manlige läkarens roll och hans förhållande till de kvinnliga sjuksköterskorna.

Vi har på avdelningsplaceringar sett mönster som liknar de av Nikka beskrivna, men novellens anda skrämmer oss ändå. Innebär »att vara doktor« att man måste »flörta in sig bland vårdpersonalen« för att få den »på sin sida«? Blir operations- och narkosköterskor annars »måskurkar som ser till att ens liv blir jobbigt«? Skall läkaren leverera tvärsäkra svar med bestämd röst på personalens frågor och sköterskorna tindra med ögonen när de talar med doktorn?

Kvinnliga läkarstuderande blir även i

verkligheten ibland kallade sköterskor. Novellens förhoppningsvis fiktive underläkare anser att det är »mycket beundransvärt« av studenterna att ta det med jämnmood. Vi kallar det mycket beklagansvärt.

Nu undrar vi: Vilka är författarens och tidningens syften? Varför skriva respektive publicera en text som okritiskt befäster rådande fördomar? Som blivande läkare känner vi inte igen oss i novellens grovt tecknade huvudperson. Vi vill förändra könsmonster, inte bevara dem med texter som »Första dagen«.

Daniel Thulin

danielthulin@fastmail.fm

Helena Gedeberg

läkarstudenter vid universitetssjukhuset
MAS, Lunds universitet; medlemmar i
Nationella nätverket för genusperspektiv
i läkarutbildningen; medlemmar
i Hedda Andersson, genusgruppen på
läkarutbildningen i Lund/Malmö

Svar: Humor och satir bättre än pekpinnar

11 Redaktionen är helt enig med Daniel Thulin och Helena Gedeberg om behovet av att förändra könsmonster och bryta med ojämlika och föräldrade könsstereotyper. Däremot finns det nog olika uppfattningar om hur detta skall gå till i praktiken. Könsroller, liksom andra fördomar, handlar i hög grad om enskilda personers attityder. Om det effektivaste sättet att ändra dessa är fördömanden el-

ler pekpinnar kan diskuteras. Förebräelser kan inte sällan få motsatta effekter.

Humorn och ironin kan vara ett effektivare vapen än aldrig så välmentade påpekanden. Hur mycket har inte Jonas Gardell och ståuppkomikern Shan Anci be-tytt för att bryta fördomar mot homosexuella och invandrare som är muslimer? Det är ur detta perspektiv man bör se Henrik Nikkas novell. *Red*