

bok recensioner

Kan läkare ha ångest?

MARGARETA ANDRAE

För deras ångest är ju också min

Studentlitteratur 1996.

I litteraturen skildras ibland läkaren som en person med mycket stor kraft, beslutsamhet och kompetens. En annan bild av doktorn är den av en livstrött cyniker, kanske ensam och alkoholberoende. I verkliga livet strävar läkaren genom hela sin yrkeskarriär att bygga upp sin yrkesidentitet. Han/hon skall inte bara ta del av den vetenskapliga utvecklingen utan blir också utsatt för konkurrens och brist på tid att göra arbetet på det sätt man vill. Särskilt påfrestande kan det vara att möta människor som är rädda, plågade och utsläta. Att arbeta med människor innebär dessutom att man tvingas agera som människa själv, vilket innebär särskilda svårigheter.

Forskning om hur läkare påverkas psykiskt av sitt arbete har hittills varit mycket sparsam. Flera forskare har studerat läkarstuderandes utveckling och reaktioner, men få har beskrivit mogna, välutbildade och erfarna läkares förhållningssätt i yrket. Nu finns en sådan studie redovisad i boken "För deras ångest är ju också min", skriven av läkaren Margareta Andrae. Boken är en utveckling av hennes doktorsavhandling "Facing death", skriven för ett par år sedan. Som många kvinnliga forskare har hon antagit utmaningen att vetenskapligt granska den verklighet hon mött i sitt yrkesliv. Som läkare bland cancerpatienter på en kvinnoklinik, fick Margareta Andrae impulsen till att undersöka läkares svårigheter och strategier i arbetet med cancerpatienter.

Hon studerade en grupp på arton (14

män, 4 kvinnor) erfarna läkare som arbetade inom onkologi, internmedicin, kirurgi och lungmedicin vid ett och samma sjukhus. Då de accepterat att delta i studien genomgick de två psykologiska tester, DMT, som används för att visa en persons försvarsmekanismer och SASB, som undersöker en persons självbild. De fick sedan välja ut en patient, som skulle få kurativ behandling för en nyupptäckt cancer, och som bedömdes ha en god överlevnadsschans. Läkarna följdes sedan med djupintervjuer, där de redovisade de känslor och tankar som uppstod i relation till denna patient, i genomsnitt under två års tid.

Analyserna av intervjuerna fokuserades sedan på de svårigheter, motstridiga känslor och tillämpade strategier som läkaren berättat om under intervjuerna. De påfrestande, som läkaren själv upplevde i relation till patienten delades upp i tre olika grupper: läkaren som aktör (diagnos och behandling), interaktör (kommunikation) och reaktör (egna känslor). Margareta Andrae fann att de flesta problemen förelåg i läkares egna reaktioner i förhållande till patienten. Hon strukturerade också de strategier läkarna använde för att bemästra sina svårigheter och inordnade dem i sju olika handlingsmönster. Analysen visades för de deltagande läkarna för kommentarer.

I sin bok ger Margareta Andrae en lättfattlig genomgång av teoretiska aspekter på begrepp som coping, stress, försvar och intrapsykiska konflikter. Författaren beskriver den teoretiska bakgrunden till att medvetna och omedvetna konflikter i rollen som läkare kan ge både oro och ångest. Skrämmande nog ger hon också vittnesmål om att flera av läkarna inte vågade visa sina känslomässiga reaktioner inför kollegor eftersom de var rädda att uppfattas som svaga och kanske löjeväckande. Detta gör att man skulle önska, att studien hade omfattat en större grupp läkare, som arbetat på olika typer av sjukhus och i olika nivåer inom sjukvården. Specialisten vid universitetssjukhus möter kanske större svårigheter att få vara medmänsklig och empatisk än läkare vid mindre sjukhus.

De läkare som deltog i studien fann att de själva utvecklades och berikades av de erfarenheter intervjuerna och den efterföljande bearbetningen gav dem. De genomgick en personlighetsutveckling, som

gjorde dem säkrare och mer medvetna om sina reaktioner i arbetet. Härigenom ökade de sin förmåga att bekämpa olust och ångest som kunde uppstå i relation till omgivningen. Författaren avslutar sin bok med att hävda att "utbildningsprogram för läkare bör inkludera möjligheter att granska sin egen inställning till arbetet och att få formulera tankar om svagheter utan att bli värderad eller jämförd med någon annan. Sådan utbildning bör ske kontinuerligt under läkarnas grund- specialist- och efterutbildning".

Margareta Andraes forskning är angelägen och hon har skrivit en viktig bok. I den ger hon, bl a i form av citat, läkare möjlighet att få en inblick i kollegors upplevelser och tankar och därigenom få en insikt i att de egna reaktionerna också finns hos andra. Många läkare kan ha glädje av att läsa dessa citat, eftersom vi i dagens pressade tempo sällan hinner med dialog och mentorskap kollegor emellan.

Övriga läsare kan få en förståelse för att läkaren inte självklart är den stronga, starka och känslolokalla person, som ibland utmålas. Man kan hoppas att boken kan bidra till att läkares utbildning breddas på det sätt författaren föreslår och också att kollegor i större utsträckning vågar ge varandra stöd och bekräftelse.

Ann Marie Stalfelt

Att möta ohälsa hos invandrare och flyktingar

SOLVIG EKBLAD, STAFFAN JANSSON, PER-GUNNAR SVENSSON

Möten i vården

Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården

Liber utbildning. Stockholm, 1996. Capris 395 kr.

Författarna, som är verksamma som forskare i transkulturell psykologi och folkhälsa i Stockholm respektive Karlstad, tar som utgångspunkt att ohälsa, förutom av rent medicinska faktorer betingas av förhållanden i samhället. Hälsoarbete med människor från andra kulturer innebär att hälsan sätts in i ett sammanhang där tidigare erfarenheter av trauma - t ex kring krig och våld - och den aktuella livs-

situationen i Sverige - flyktingsituationen - tillmäts stor betydelse. God hälsa innebär att individen kan ta tillvara de möjligheter som livet erbjuder och hantera de krav som livet ställer. Stress uppstår när förväntningar och upplevd verklighet inte stämmer. Hälso- och sjukvården måste ha detta perspektiv och denna helhetssyn i sitt arbete speciellt med invandrare och vidta sina åtgärder i samverkan med olika sektorer i samhället.

I det inledande kapitlet Kulturmöten i vården beskriver författarna begreppet *etnocentrism*, dvs benägenheten att betrakta allt genom de egna kulturglasögonen vilket får avgöra vad vi betraktar som normalt. Författarna förordar acceptans och respekt för kulturskillnader, att vi inte accepterar vad som helst och väntar med att ha bestämda uppfattningar tills vi fått möjlighet att ta del av andras åsikter. Några praktiska råd till behandlingspersonal hur man kan genomföra denna hållning av aktivt lyssnande ges. Ett avsnitt om hur andra kulturer ser på svensken är både roande, träffande och tänkvärt. Ett avsnitt om myter och verklighet belyser vilka förvecklingar som kan uppstå inom sjukvården t ex på grund av patientens och personalens olika förväntningar på läkarrollen och vårdinsatsen, olika uppfattning om betydelsen av kroppsberöring och sättet att betrakta tid. Kapitlet avslutas med en översikt av de utmärkande sedvänjorna i de stora världsreligionerna, när det gäller kost, hygien, barnafödande, abort, vård av sjuka och döende.

Några kapitel ägnas åt svensk invandrarpolitik, invandrades och flyktingars levnadsvillkor, flyktingkapets stress, PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) och annan sjuklighet, nyanlända flyktingars sjukdomsupplevelser och deras möte med den svenska vårdapparaten. Flyktningbarnen och deras familjer, barn som utsatts för övervåld, kvinnor som utsatts för sexuell våld, behandlas utförligt liksom sjukvård för flyktingar som gömmer sig. Alla dessa människor måste få hjälp med debriefing och krisbearbetning, det är bokens huvudbudskap. Här finns ett inbyggt inte bara etiskt utan också ett praktiskt dilemma: kriser och bakomliggande faktorer måste bearbetas, samtidigt som bearbetnings- och nyorienteringsfasen inte kan inledas förrän flykten fått uppehållstillstånd. Hur hjälpa flykten att bearbeta den djupa kris väntan på eller själva avviss-

Är psykosomatik alltid uttryck för ett posttraumatiskt stressyndrom?

ningsbeslutet som regel framkallar?

PTSD innebär att individen skall ha varit utsatt för händelser som involverar faktisk eller hotande död eller allvarlig skada eller hot mot fysisk integritet.

Författarna betonar vikten av att bakom kroppslig smärta och psykiska symtom hitta utlösande traumatiserande upplevelser, för att diagnostik och behandling inte ska slå slint. "Det svåra är att identifiera en individ som bär på traumatiska minnen eftersom patienten sällan berättar om sina upplevelser utan söker för somatiska besvär eller depression som har sin grund i att de anser sig ha mist sin roll i tillvaron efter kränkningar." Primärvårdens viktiga roll som förstakontakt för hälso- och sjukvård lyfts fram. Primärvården måste få resurser så att distriktsläkaren kan få flera samtal vid diagnostiska bedömningar av invandrapatienter: om patienten har traumatiska minnen, om hur patientens tidigare liv har varit, hur livet i Sverige är. Det finns risk för att de traumatiserade flyktingarna faller genom skyddsnätet av vårdresurser på grund av att läkaren ej har tillräckligt med tid, är rädd för att fråga för djupt, eller känner sig hämmad av pågående debatt huruvida PTSD är en sjukdom som behöver specialistvård inom psykiatri. För läsaren inställer sig också frågan om *alla* psykosomatiska symtom hos invandrapatienter på en distriktsläkarmottagning har traumabakgrund - är inte den sociala press, som invandrarsituationen i sig själv medför, fullt tillräckligt som förklaring, åtminstone ibland?

Om inte invandraren eller flykten får adekvat hjälp inom hälso- och sjukvården blir mottagandet bristfälligt hur väl kommunen än planerar i introduktionsplanen när det gäller bostad, svenskundervisning, ekonomiska bidrag etc. Författarna hoppas på förbättrade villkor för flyktingmottagandet 1997, då landstingen kommer att ansvara för all hälso- och sjukvård för flykten, för såväl den asylsökande som den som redan fått uppehållstillstånd. då kommer det förmodligen att ligga närmare till hands att knyta nuvarande statliga resurser inte bara till kommunen utan också till primärvården för att möjliggöra inledande hälsosamtal i en introduktions-

plan för varje nyanländ flykting. Varje sjukvårdsdistrikt och kommun/stadsdel bör ha ett lokalt förankrat kontinuerligt och praktiskt samarbete vid flyktingmottagandet och verka ur ett folkhälso-perspektiv.

Möten i vården innehåller en faktpäckad och intresseväckande beskrivning av olika ämnesområden, fallbeskrivningar samt praktiska råd till behandlingspersonalen, hur man uppnår förståelse och ett verkligt möte, grundförutsättningar för att kunna ge hjälp. Att det finns ett pedagogiskt avsnitt med rubriken "Läsa vidare" med en utförlig referenslista på vetenskaplig litteratur samt adresser till enskilda enheter över landet, som har erfarenhet av arbete med flyktingar och invandrare, är också till stor hjälp för läsaren. Boken belyser också svårigheterna i vårdpersonalens arbetssituation och ger information om utvecklings- och forskningsmöjligheter.

Ett medföljande studiehäfte lämpar sig väl för användning i studiecirkel. Möjligen har studiefrågorna fått en alltför skolboksmässig karaktär och hade vunnit på att vara mer öppna och problematiserande.

Möten i vården är i sin helhet en viktig och informativ bok. Genom sitt breda perspektiv på ohälsa hos invandrare och flyktingar blir boken en form av dokument över behovet och vikten av att utveckla och forma hälso- och sjukvården så att den passar även etniska minoritetsgrupper.

Carin Gadd
Sofie Bäärnhielm

Våra recensenter

Ann Marie Staffelt är överläkare vid Palliativa enheten, Geriatriska kliniken, Regionsjukhuset, Örebro, Carin Gadd chefsöverläkare och Sofie Bäärnhielm biträdande överläkare, båda vid Spånga-Kista psykiatriska sektor.