

Bättre kunskaper behövs om transkulturell psykiatri och migrationsmedicin

I Läkartidningen 40/98 refererar Davoud Amiri till några studier på psykiatriska enheter som visar att 20–50 procent av patienterna lider av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och menar att man behöver öka kompetensen samt utveckla en behandlingsmetod för PTSD.

Jag instämmer delvis i detta. Kompetensen vad gäller PTSD behöver ökas i Sverige, men däremot räcker inte en behandlingsmetod, och den nationella forskningen är otillräcklig.

I andra länder har flera olika metoder t ex psykodynamisk korttidsterapi, kognitiv beteendeterapi och existentiell psykoterapi använts kliniskt under lång tid och kombinerats med debriefing, medicinering, psykosocial färdighetsutbildning och rehabilitering. I Sverige har man använt bl a en debriefingbaserad behandlingsmodell, FEED, för trauma-relaterade stresstillstånd [1].

Skillnad på invandrare och flyktingar

Amiri använder begreppen invandrare och flyktingar synonymt, trots att flyktingar utgör en minoritet av invandrarna i Sverige [2, 3]. Den i särklass största invandrargruppen i Sverige är finländare (över 200 000), en grupp som ej haft flyktingstatus efter andra världskriget. Uppgiften att »majoriteten av de invandrare som kommit till Sverige under de senaste tre decennier-

(www.hsv.se/not) framstår Hans Isakssons åsikter utan tvivel om just försök att ta polemiska poänger. Visserligen välformulerade och skojiga att läsa, men mycket långt ifrån den seriösa diskussion som kampanjen ville blåsa liv i.

Vill inte stryka medhårs

Slutligen – vi vill inte stryka new age-filosofierna medhårs. Vi vill tvärtom visa att äkta vetenskapligt kunskapsökande är upplevelserikt, sinnestillande, gränsöverskridande och spännande – ungefär som de gamla grekerna trodde om sfärernas musik – förlåt bildspråket!

Gunilla Jacobsson
projektledare NOT Högskoleverket,
Kerstin Weyler
projektledare NOT Skolverket

na har fått utstå någon form av trauma i hemlandet» stämmer således inte [3].

När det gäller flyktingar är det oklart hur stor andel som har utsatts för trauma. Enligt Socialstyrelsens invandrarundersökning från 1996 hade 12 procent (15 procent) av de turkiska männen (kvinnorna), 50 procent (24 procent) av chilenerna och 34 procent (28 procent) av iranerna utsatts för våld i hemlandet. De flesta internationella studier visar mycket varierande förekomster av PTSD: 1–3 procent i hela befolkningen och ca 30 procent i riskgrupper [4].

Det ökande antalet invandrare, idag cirka en miljon, ställer stora krav på förbättrade kunskaper och på en högre kompetens inom transkulturell psykiatri och migrationsmedicin. Många invandrargrupper har sämre somatisk hälsa än svenskar. Invandrare har i genomsnitt en nästan fördubblad suicidrisk, vilket också tyder på sämre psykisk hälsa [5].

Man borde, som Amiri påpekar, utnyttja invandrarernas och flyktingarnas inneboende styrka för att avlägsna hinder för tillfrisknande, t ex obehandlad depression eller PTSD, som ofta förvärras av segregation och arbetslöshet. Invandrarerna har stora resurser och kreativitet och har, trots svårigheter i sina hemländer och under migrationen, tagit sig till detta land.

I Sverige har man varken definierat vad transkulturell psykiatri (eller varför inte »kulturell psykiatri») är eller dess mål. Transkulturell psykiatri torde omfatta inte »bara» PTSD utan även diagnosering, behandling och forskning om psykisk hälsa/ohälsa bland alla invandrare och asylsökande. En fortsatt debatt behövs både på nationell och lokal nivå.

Leena Maria Johansson

överläkare, med dr, leg psykoterapeut, Kronans psykiatriska mottagning, psykiatrisektor Solna/Sundbyberg

Referenser

1. Eriksson NG, red. Flykt och återhämtning. En bok om krigstrauma och rehabilitering utgående från bosniska flyktingar i Stockholm. En delrapport från Bosnienprojektet vid Stockholms läns landsting, Karolinska sjukhuset, 1996.

2. Sundquist J. Svensk migration i ett aktuellt, historiskt och internationellt perspektiv: Invandringen ställer ökade krav på hälso- och sjukvården. Läkartidningen 1998; 95: 992–9.

3. Statens Invandrarverk. Mångfald och ursprung, 1997.

4. Gerrity ET, Solomon SD. The treatment of PTSD and related stress disorders: Current research and clinical knowledge. In Marsella AJ et al, eds. Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, research and clinical applications. Washington DC: American Psychological Association, 1996.

5. Johansson LM. Migration, mental health and suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study [dissertation]. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Psychiatry section, Huddinge Hospital. Karolinska institutet, 1997.

Replik:

Viktigt ej glömma kulturella faktorer

Jag refererar till Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik del 3:1996, om hur bilden av invandringen har förändrats i Sverige sedan 1960. Sedan 1960 och fram till 1996 har t ex antalet finländare fördubblats från 101 000 till 203 000, medan antalet invandrare från vissa andra länder, som före detta Jugoslavien, Iran, Irak, Chile, Libanon där det har funnits krig eller politiskt förtryck, har vuxit från 10 000 till 300 000.

Det är viktigt att notera att majoriteten av de anhöriga som följer med flyktingarna också är drabbade av ovan nämnda problem. Samtidigt behöver de anhöriga ej söka asyl om en av deras förstagsfamilj är i Sverige.

I min insändare menade jag att det behövs metodutveckling som tar hänsyn till kulturella faktorer och skiljer svårigheter man hamnar i på grund av immigration från svårigheter som härleder från tidigare trauman, problem som de hade med från hemlandet men i latent form. Med stora förväntningar på Sverige och senare besvikelse på grund av arbetslöshet och dålig ekonomi får de tillbaka sådana besvär och symtom.

Vår erfarenhet på ETP, Enheten för transkulturell psykiatri, visar att man kan få bra resultat genom att arbeta mer

Socialstyrelsens avvikelshantering tycks strida mot lagen om vårdkvalitet

I en artikel i Läkartidningen 5/99 redovisar Ragnar Westerling och medarbetare ett förslag som Socialstyrelsen utarbetat för lokal avvikelshantering [1]. Man redovisar också hur detta förslag använts under en försöksperiod inom olika specialiteter och verksamhetsområden. Liksom vid andra redovisningar av avvikelshantering [2, 3] anger man att man vid registreringen noterar en rad olika uppgifter, men däremot inte identiteten på patienter eller personal. Motivet till detta är vad gäller patienten sekretessfrågan med hänsyn till att ärendet kommer att diskuteras bland en större grupp personer som inte har med den direkta behandlingen att göra samt vad gäller personal att denna inte ska känna sig hämmad av att kunna vara identifierbar.

Liksom artikelförfattarna menar jag att detta är starka motiv för att inte registrera identiteten på patienten. Beträffande personalen kan det vara mer diskutabelt. Med en god och öppen attityd på arbetsplatsen borde det trots allt vara möjligt att framföra kritik och anmärkningar mot arbetskamrater.

Det är emellertid inte detta jag vill ta upp i det här inlägget utan fast mer i vilken utsträckning beslutet att inte registrera identitet står i överensstämmelse med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd beträffande kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SoS FS 1996:24).

I paragraf 6 står att »Kvalitetssystemet skall innehålla

rutiner för hur åtgärder rörande en viss patient skall kunna identifieras och spåras vid dokumentation;

rutiner för dokumentation av genomförda förbättringsåtgärder i kvalitetssystemet och i verksamheten;

rutiner för hur verksamhetens resultat och kvalitetssystemets effekter redovisas relaterade till kvalitetsplanen i verksamhetsberättelsen.»

pedagogiskt och underlätta anpassningsprocessen genom att minska hoten och öka patienternas kunskap om anledningen till att de mår dåligt.

Davoud Amiri

leg läkare,

allmänpsykiatriska kliniken,

Akademiska sjukhuset, Uppsala

Om identiteten på patienter inte registreras i samband med avvikelserapportering finns det ju ingen möjlighet att identifiera och spåra åtgärder som vidtas med anledning av avvikelserapporten rörande en viss patient. De allmänna råd som åtföljer paragraf 6 är inte särskilt tydliga och kan knappast ha skrivits av någon med praktisk erfarenhet av sjukvård, journalföring och avvikelshantering inom sjukvården.

Det av Socialstyrelsen framtagna och i artikeln beskrivna systemet för lokal avvikelshantering ter sig helt enkelt som en avvikelse från 6:e paragrafen i lagen om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Det vore intressant att få ta del av Socialstyrelsens kommentar till detta.

Jon Ahlberg

docent, S:t Görans sjukhus,
Stockholm

Downs eller Down syndrom?

För inte så länge sedan användes genitivformen av personnamn allmänt som beteckning på sjukdom, syndrom, behandlingsmetod etc, exempelvis Darriers sjukdom, Krabbes sjukdom, Sjögrens syndrom, Downs syndrom, Sjöbrings konstitutionsfaktorer, Langes hålfotsinlägg. I Socialstyrelsens »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997» används genitivformer av eponymer genomgående.

Det har dock blivit allt vanligare att ej begagna genitivform av eponymer, såsom Krabbe sjukdom, Sjögren syndrom, Down syndrom, analogt med praxis i Nature och andra – framför allt amerikanska – medicinska tidskrifter. I Lancet och flertalet andra engelska tidskrifter däremot används genitivformerna, exempelvis Alzheimer's syndrome, Marfan's syndrome, Down's syndrome.

Bägge formerna används

I Läkartidningen och dess förnämliga syndromböcker används såväl genitivform som icke genitivform i personnamnsbeteckningar för sjukdomar, syndrom etc. Själv har jag hitintills alltid använt genitivform av eponymer.

Vilket är riktigast ur språklig syn-

Referenser

1. Westerling R, Andersson D, Ekström-Jodal B, Farnébo LO, Hansagi H, Jorulf H et al. Datorstött system för lokal avvikelshantering nu utprövat. Kompletterar Lex Maria-systemet, påvisar ouppmärksammade risker Läkartidningen 1999; 96: 486-8.
2. Westling S, Carlsson C, Melltorp G. Avvikande händelser vid en anestesiklinik. Kommunikationsproblem och avsteg från rutiner vanligaste felen. Läkartidningen 1998; 95: 5644-6.
3. Westling S, Carlsson C, Melltorp G. Personalens syn på avvikande händelser vid en anestesiklinik: Rapporteringen viktig för både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Läkartidningen 1998; 95: 5648-50.

punkt och vilken policy har Läkartidningen i denna fråga?

Karl-Henrik Gustavson

professor, med dr, avdelningen för klinisk genetik, Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala

Kommentar:

Genitiv-s gäller

Läkartidningen och Svenska Läkarsällskapet kommitté för medicinsk språkvård är eniga om att svensk genitivform fortfarande gäller även för eponymer som Downs syndrom. De som pläderar för former utan s – och till och med hänvisar till amerikanska källor för »hur det skall heta och skrivas» – glömmar att engelska och svenska skiljer sig åt.

Att den utländska påverkan är stark ser vi förstås allt oftare exempel på, också i sättet att särskilja ord som skrivs ihop i svenskan, tex kontroll röntgen, reflux esofagit, T cell funktion, bakterie virulens, Duroferon tablett (som alltså bör skrivas kontrollröntgen, refluxesofagit, T-cellsfunktion, bakterievirulens, Duroferontablett).

Jarl Holmén

Läkartidningen