

Att ge asylsökande samma rätt till hälso- och sjukvård skulle ha fördelar medicinskt, mänskligt och ekonomiskt. (Personerna på bilden har inget samband med artikeln.)

uppehållstillstånd skapar det ett ackumulerat vårdbehov som belastar sjukvården och försvårar integrationen. De ackumulerade vårdbehoven och höga kostnaderna syns redan under tiden i väntan på besked; i synnerhet gäller detta psykiatri. Uteblivna insatser i tidiga skeden kan leda till långa, kostsamma och ofta ineffektiva intagningar i slutet psykiatrisk vård i ett senare skede.

Ett problem idag är att olika behandlare i en vårdkedja gör olika bedömningar av rätten till vård och att remissen går i retur. Bristen på samsyn när det gäller asylsökandes rätt till vård omöjliggör många gånger fungerande vårdkedjor.

Olika regler för barn och vuxna

Samarbetet mellan barn- och vuxenpsykiatri försvåras idag av att olika regelverk gäller för barnen och deras föräldrar. Barnen har samma rätt till hälso- och

sjukvård som barn som är bofasta. Men en viktig grundorsak till att barnen mår dåligt är ofta att föräldrarna mår dåligt, och då säger vuxenpsykiatri nej, med hänvisning till att »det inte är akut«. Ett krav som framförts är att föräldrar borde ha samma rätt som barnen. Men det skulle skapa en omöjlig situation där barnlösa diskrimineras.

Regelverket, tillsammans med att man skapat särskilda enheter för hälso- och sjukvård för asylsökande, leder till att vården i övrigt avvisar asylsökande. Det skapar en segregering i vården som bidrar till att försvåra en integrering för dem som efter en lång väntan får uppehållstillstånd.

Fördelar med samma rätt till vård

Det borde därför vara dags att seriöst diskutera förutsättningarna för att ge asylsökande samma rätt till hälso- och

sjukvård som för människor bosatta i landet och därmed definitivt skrota akutbegreppet. Det skulle öppna för möjligheten att sätta in behandling tidigare, något som skulle ge fördelar medicinskt, mänskligt och ekonomiskt. Vårdpersonalen skulle befrias från kravet att ständigt tvingas ställa sig frågan vilken vård de asylsökande har rätt till.

Diskussionen skulle fokuseras på de viktiga frågorna om bemötande, kompetensutveckling och utveckling av behandlingsmetoder. Det skulle bli lättare att nå samsyn och utveckla vårdkedjor. Insatserna skulle bli effektivare och mer ekonomiska. Familjeinriktade insatser för barnen skulle bli möjliga på ett helt annat sätt än tidigare om föräldrarna omfattades av samma rättigheter som barnen.

Problem finns men kan hanteras

Flertalet asylsökande efterfrågar mycket lite sjukvård och de kommer inte att belastat systemet. Naturligtvis finns det asylsökande som kommer att kräva en hel del vårdinsatser men som inte får stanna. För dessa får väl det i så fall ses som en del av ett bistånd. I bästa fall kan sådana vårdinsatser bidra till att underlätta ett återvändande.

Ett system med samma rätt till hälso- och sjukvård för asylsökande är inte problemfritt. Det finns redan idag personer som söker asyl enbart för att kunna få vård i Sverige, något som är svårt att helt undvika. Men de utgör ett litet fåtal och det är något som vi naturligtvis måste kunna hantera. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Skilda referensramar försvårar tankeutbytet

Jag anklagar inte den evidensbaserade psykiatri för bristerna i dagens vård. Däremot lägger enskilda läkare och forskare olika betydelse i begreppet beroende på referensram. Förhoppningsvis kan vi komma så långt att vi når fram till en gemensam uppfattning – för en bättre vård, skriver Nils O Larsson.

NILS O LARSSON
systemforskare, Göteborg
nilso@goteborg.utfors.se

■ Sten Thelander avslutar sitt svar på min debattartikel om evidensbaserad vård med: »Visst är alla människor unika, men vi har förhoppningsvis tillräck-

ligt mycket gemensamt för att kunna föra en diskussion och förstå vad en annan individ menar och önskar« (Läkartidningen 46/ 2002, sidorna 4669-70).

Thelanders inlägg är ett bra exempel på svårigheterna att föra en dialog när referensramarna ej är gemensamma, trots att Thelander tolkar begreppet »evidens-

baserat« i dess vidaste mening. Detta gäller, enligt min mening, dialogen på alla plan: från läkarens samtal med patienten till dialogen mellan olika forskningsområden.

I mitt inlägg (Läkartidningen 46/ 2002, sidan 4669) anklagar jag inte den evidensbaserade psykiatri för bristerna i dagens vård. Däremot menar jag att enskilda läkare och forskare lägger olika betydelse i begreppet »evidensbaserad« beroende på referensram. Har man som jag en systemsyn, där man försöker se sambanden och interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer, får man en komplexare, men

sannolikt också sannare bild av hur människan fungerar.

Från forskningssynpunkt blir det åtskilligt svårare eftersom man har problem med att åstadkomma objektivt mätbara resultat kopplade till en viss behandlingsinsats. Problemet är att det inte finns några objektivt mätbara faktorer att ta fasta på när man skall ställa diagnos, och då kan man naturligtvis inte heller objektivt avgöra när en person är botad.

Systemsynen innebär att man försöker se orsakerna till ett visst beteende. Det finns nu mycket relevant forskning inom neurologin (Damasio, Berthoz, LeDoux m fl), psykologin och sociologin (van der Kolk, Erik Flygare m fl) som kan ge en förklaringsmodell till varför påfrestningar av olika slag kan ge upphov till psykiska problem.

Kopplingen mellan dessa kunskapsområden är emellertid bristfällig. Ett försök att se denna koppling görs i boken »Stress«, redigerad av Rolf Ekman och Bengt Arnetz, där man bl a konstaterar att psykisk stress kan skapa kemiska obalanser i hjärnan.

Förståelse och bot

Om man börjar förstå orsakerna till psykiska problem får man också helt andra möjligheter att bota än när man enbart nöjer sig med att reducera symtomen. Den enda diagnos idag som är härledd ur en orsak är PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Där har det kommit fram behandlingsmetoder som visat sig kraftfulla, bl a EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Metoden har fått allt större spridning trots att man inte vetenskapligt kan förklara varför den ger positiva resultat. För övriga diagnoser finns ingen motsvarande förklaringsmodell annat än att patienten fått en kemisk obalans i hjärnan. Vad denna obalans orsakas av går man inte in på.

Patienten i behandlingen

Thelander tar även upp vikten av kvaliteten på relationen mellan behandlare och patient, och menar att såväl lagstiftningen som etiska och filosofiska principer ger patienten en central roll i behandlingen. Thelander menar att en patient kan avstå från behandling *såvida inte beslutet beror på en allvarlig psykisk sjukdom* [min kursivering]. Eftersom det är läkaren som avgör vad som är allvarlig psykisk sjukdom hamnar man i en moment 22-situation där patienten är i direkt underläge. Thelander menar också att patienten kan begära sådana behandlingar som har *stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet* [min kursivering]. Återigen är det läkaren som avgör vilken behandling som har en sådan grund.

Det är just detta problem som min kritik avser eftersom den evidensbaserade behandlingen kan ha helt olika utformning beroende på vederbörande läkares referensramar och kunskaper. Om patienten anser sig må mycket dåligt av medicinen har detta inget inflytande på läkarens beslut så länge denne kan hänvisa till vetenskap och beprövad erfarenhet. Att detta förhållande inte skapar bra relationer mellan läkare och patient behövs ingen forskning för att förstå.

Psykiatris sjukdomsbegrepp

Jag instämmer i Thelanders påpekande att de flesta mänskliga egenskaper är kontinuerliga och inte dikotoma. En konsekvens är att psykiatris sjukdomsbegrepp skiljer sig avsevärt från somatikens. Psykiatrin hanterar emellertid i praxis diagnostiseringen som om de psykiska sjukdomarna vore dikotoma. Konsekvenserna ser man framför allt inom rättspsykiatrin där detta förhållande skapar avsevärda problem.

Behandling och behandlingsforskning

En avgörande skillnad föreligger mellan systemsynen och den traditionella synen på behandling och behandlingsforskning när det gäller målet för behandlingen. I systemsynen sätter man upp ett klart mål att få patienten frisk eftersom den är normativt grundad, dvs man försöker se vad man vill åstadkomma. Den traditionella synen baseras på en deskriptiv forskning och man finner då att behandlingen sällan leder till full bot.

Detta påpekar Thelander som dessutom påtalar att det är mycket sällan som ett lyckat behandlingsresultat helt kan tillskrivas den behandling som getts. Den deskriptiva forskningen nöjer sig

alltså med att konstatera att man oftast inte lyckas bota patienterna. Detta måste betraktas som ett fruktansvärt konstaterande av ett misslyckande. Slutsatsen måste bli att den psykiatriska vården radikalt behöver förändras. Bl a behöver psykiaternas utbildning och roll i behandlingen förändras om man skall kunna ta hänsyn till kunskaperna om mänskligt beteende.

Jag hoppas att vi så småningom kan komma så långt i gemensamma uppfattningar att alla lägger samma betydelse i begreppet evidensbaserad vård. Om man bara använder »evidensbaserad vård« som ett slagord som kan uppfattas olika beroende på vars och ens referensramar riskerar man att lura både sig själv och dem som blir utsatta för vården.

Översiktsreferenser

- Berthoz A. Neural basis of decision in perception and in control of movement. In: Damasio A, Damasio H, Christen Y, editors. Neurobiology of decision making. Berlin: Springer Verlag; 1996. pp. 83-100.
- Damasio AR. Descartes' error. Emotion, reason and the human brain. New York: G P Putnam; 1994.
- LeDoux JE. The emotional brain. London: Weidenfeld and Nicholson; 1998.
- Flygare E. Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin [dissertation]. Stockholm: Symposium; 1999.
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press; 1996.
- Ekman R, Bengt A, redaktörer. Stress. Molekylerna, individen, organisationen, samhället. Stockholm: Liber; 2002.

Slutreplik:

Icke-reduktiv materialism eller systemteori?

Systemteorin har uppenbarligen lösningen på sjukvårdens svåra frågor. Man sätter helt enkelt upp målet att patienten skall bli frisk och – simsalabim – ordnar sig allt. Jag söker dock förgäves i de medicinska databaserna för att hitta de undergörande systemkurerna, svarar Sten Thelander.

STEN THELANDER
sakkunnig i psykiatri, Statens beredning
för medicinsk utvärdering (SBU)
thelander@sbu.se

■ Jag var uppenbarligen naiv när jag skrev att vi borde kunna förstå varandra. Jag förstår nämligen inte så mycket i Larsson genmäle. Då har jag ändå akademiska studier i filosofi, sociologi och

Mig veterligen har cybernetik och beslutsteori ännu mest visat sitt värde inom det diagnostiska området, medan olika kliniska beslutsstödsmetoder ännu inte blivit kliniskt användbara.

psykologi i bagaget, förutom ett stort intresse för vetenskapsteori som jag i mån av tid odlar.

Några allmänna klargöranden. Psykiatrin skiljer sig inte kvalitativt från somatiska discipliner, men är sämre försedd med etiologiska förklaringar än många somatiska områden. Det faktum att de psykiska störningarna drabbar just det organ som är centrum för upplevelser, känslor och tankar, komplicerar mycket. Likaså att de psykiska störningarna är syndromdiagnoser som kombinerar ett antal symtom med en förloppsanalys. Att gränsdragningarna ofta ändras gör inte kunskapsområdet enklare.

Men många somatiska sjukdomar har liknande problem. Det är ingen exakt vetenskap när man bestämmer hur många millimeter ett blodtryck får gå upp innan det anses sjukligt, vilken blodsockernivå som är förenlig med ökad ohälsa, vilka andra biokemiska markörers värden som uppfattas som onormala. Sådana gränsdragningar avgör i många fall beslut om livslånga behandlingar utan att de tydligt kan relateras till etiologi och patofysiologi.

Det inte heller bara i psykiatrin som bot sällan uppnås. Hur många reumatiska, neurologiska, kardiovaskulära sjukdomar botas?

Lösningen på problemet?

Nu har uppenbarligen systemteorin lösningen på sjukvårdens svåra frågor. Man sätter helt enkelt upp målet att patienten skall bli frisk och – simsalabim – ordnar sig allt. Jag söker förgäves i medicinska databaser för att hitta de undergörande systemkurerna. Är de kanske publicerade i mer krävande publikationer som inte stackars positivistiska läkare kan förväntas begripa? Eftersom alla läkare vill bota sina patienter väntar vi otåligt på besked från Larsson.

Nog med sarkasm! Vetenskap och beprövad erfarenhet är inte den enskilde läkarens tolkningsföreträdare. Det rör sig om minst 100 års framgångsrik empirisk forskning där den experimentella metoden har företrädare. Visst medför denna förenklingar och generaliseringsproblem. Samtidigt har den medfört oerhörda framsteg när det gäller både förklaringar och terapier.

Om systemteorin, eller som den på mitt område ofta kallas den biopsykosociala modellen, kan tillföra något – utmärkt, men visa då det. Mig veterligen har cybernetik och beslutsteori ännu mest visat sitt värde inom det diagnostiska området, medan olika kliniska beslutsstödsmetoder ännu inte blivit kliniskt användbara.

Integrering av perspektiv

McHughs utmärkta bok »Perspectives of psychiatry« visar på nödvändigheten att använda olika synsätt för att få en så god bild av en patients livsvillkor och problem som möjligt. Men vare sig den eller någon annan har gjort det klart för mig att de biologiska, psykologiska och sociala perspektiven faktiskt kan integreras teoretiskt. Det skulle möjligen vara barnpsykiatrins stora namn – Michael Rutter – för länge sedan pensionerad, men aktivare än någonsin med att försöka förstå samspelet mellan gener, utvecklingsfaser och levnadsförhållanden.

Tvånget strikt reglerat

När det gäller avgörandet att en patients psykiska störning är så svår att hon inte kan anförtröas att själv besluta om sina vårdbehov är detta strikt reglerat i lag. Bedömningen av lagens tillämpbarhet görs av domstol, eventuellt med psykiater som rådgivare. Liknande lagstiftning finns i alla utvecklade länder.

Ögonrörelser utan betydelse

Slutligen en detalj; EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) är inte en mystisk metod, även om dess »upppinnare« försökt få den att framstå som sådan. Det finns en betydande forskning som på ett övertygande sätt visat att ögonrörelserna saknar betydelse och att de effektiva komponenterna väl förklaras med beteendeterapeutiska principer.

Lästips

McHugh P. Perspectives of psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998

Rutter M. The interplay of nature, nurture, and developmental influences: the challenge ahead for mental health. Arch Gen Psychiatry 2002;59:996-1000 (<http://archpsych.ama-assn.org>).