

VETENSKAPLIG UTVECKLING

TVÅ AV DESSA FRÅGOR KOMMER PÅ
TENTAMEN AV VILKA DU SKA VÄLJA EN ATT
BESVARA – MAX 20 MENINGAR

1. Ange en psykiatrisk störning som du anser vara ett exempel på en möjlig social konstruktion. Motivera varför det är ett exempel på en social konstruktion.
2. Presentera ett exempel på när läkarens (din eller en kollega) värdering(ar) påverkar hans/hennes faktabedömning(ar) (fallet kan vara självupplevt, komma ifrån tentan, undervisning eller litteraturen).
3. Redogör för skillnaden mellan vetenskap (propositionellt vetande) och beprövad erfarenhet (kunnande).
4. Om en patient uppfyller LPT rekvisit för tvångsvård men ändå bedöms som beslutskompetent i sin vägran till vård (förstår vilka alternativen är, vilka konsekvenser de kan få osv), bör patienten ifråga ändå tvångsvårdas? Motivera ditt svar (OBS! frågan gäller alltså inte vad lagen säger utan vad du anser är en försvarbar position i frågan.)

Erik Bernebrant

Termin 9 BajenBärsPyro

Vetenskaplig utveckling – VetU – Termin 9 psykiatri

Normalitet

David Rosenhan: Skickade ut personer för att fejka schizofreni på psykiatriska slutenvårdsavdelningar och sedan utreda detta. Så fort man får en diagnos bekräftas symtomen utifrån denna tolkning.

Hur ska man då skilja patologiskt (sjukt, stört, onormalt) från icke-patologiskt? – 1. I allmänhet? 2. Hur ska man klassificera olika sjukdomar?

1. Normalt – vad är friskt?

Det som **inte avviker**. Från vad? Två grundbetydelser

1. Det **vanliga** – deskriptiva påstående (statistiska)
2. Det **önskvärda** – normativt påstående

Deskriptiva och normativa: som normalitetsbegreppet – det som avviker från det vanliga/det som avviker från normen eller det önskvärda.

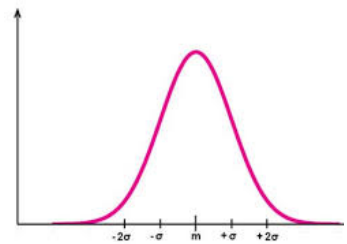
1.1 Deskriptiva (biomedicinska) teorier – inkluderar för lite

Deskriptiva eller biomedicinska teorier kan delas upp i två definitioner av sjukdom.

1. Sjukdom = biostatisk avvikelse. Tänk en normalfördelningskurva. Problemet är att majoriteten inte kan vara sjuk (utgår ifrån detta), för mycket/för lite (ex högt IQ är ju inte patologiskt) och det är en godtycklig gränsdragning.

2. Sjukdom = störning av naturlig funktion. Problem med detta är att vissa funktioner är evolutionärt avgörande men vi klassar dem som sjukdom när de inte funkar (ex dyslexi) och vissa dysfunktioner är nödvändiga för hälsan (ex vinterkräxjukan).

→ Deskriptiva definitioner inkluderar för få sjukdomar och funktionsnedsättningar!



1.2 Normativa definitioner – inkluderar för mycket

Sjukdomar definieras i termer av

1. **Lidande (subjektivt obehag).**
2. **Funktionsnedsättning:** Att sakna en förmåga som är typisk för en viss mognadsgrad i en viss kultur

Problem: Allt lidande en uppgift för sjukvården? Vems lidande? Samhälleligt problem – ska alla samhälleliga problem hanteras av vården.

→ För många sjukdomar och funktionsnedsättningar inkluderas i detta begrepp.

2. Skillnad mellan sjukdomsbegrepp/nosologiska system

Hur skiljer man mellan sjukt och icke-sjukt (friskt)/hur skiljer man mellan olika sjukdomar?

Är en annan fråga än det ovan. Finns tre stycken klassificeringsgrunder:

1. **Patologiska:** Flesta somatiska diagnoser.
2. **Etiologiska:** Vad som ger upphov till sjukdom – ex PTSD. Orsaken är en del av sjukdomen. Främst somatiska sjukdomar här dock.
3. **Symptomatologiska:** De flesta psykiatriska sjukdomarna – symptom, duration etc. (Tänk DSM-V).

Utvecklingen av psykiatrisk diagnostik: Deskriptiv (1900-1950) → Psykodynamisk (1950-1980) → Deskriptiv (1980-20xx). Sker alltså en utveckling av hur man ställer en psykiatrisk diagnos.

Trender: Symtombaserad diagnostik enligt DSM. Ökad antal diagnoser vilket kan bero på medikalisering/patologisering (tidigare friskt är nu sjukt) – ex djurgårdare som endast är nedstämda av tidigare derbyförluster räknas nu som deprimerade och får en diagnos.

3.1 Varför klassificera sjukdomar? – Två förklaringar:

Beskriva sjukdomsverklighet? – Diagnostisk realism – Vi upptäcker inte sjukdomar, vi har upptäckt de. Adekvansvillkoret är att man ska beskriva världen. Det finns en faktisk sjukdom som vi beskriver.

Lösa praktiska problem? - Konstruktivism – Vi måste lösa problemet, spelar ingen roll om det är fel. Adekvansvillkor är administrativa, kliniska (sortera patienter) och forskningsrelaterade (man vill undersöka samma sjukdom. – Ex forskning på depression kräver kriterier för att kunna klassificera sjukdomen och gradering enligt standard.

En annan orsak är att man vill disciplinera vissa grupper – visa vad som är okej beteende. – Ex diagnosen antisocial personlighetsstörning kanske bara finns för att visa att beteendet att utnyttja andra är fel.

3.2 Är sjukdomsverkligheten en social konstruktion?

Man kan se detta ur två perspektiv: Diagnostisk realism och Konstruktivism.

Diagnostisk realism – ex Huntingtons	Konstruktivism – ex homosexualitet
Det finns en objektiv sjukdomsverklighet.	Diagnostiska kategorier är konstruerade.
De diagnostiska kategorierna fångar den objektiva sjukdomsverkligheten.	De diagnostiska kategorierna kunde ha konstruerats annorlunda.
De diagnostiska kategorierna är oundvikliga.	Utomvetenskapliga faktorer av central betydelse.

Tvångsvård

LPTs tre rekvisit

1. Patienten lider av APS (allvarlig psykiatrisk tvångsvård).
2. Har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.
3. Patienten motsätter sig sådan vård alternativt att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke.

Internationellt är tvångsvård annorlunda:

Allvarlig psykisk störning + vårdbehov (i Sverige tex) + **risk för skada på själv eller annan** (Nödvändigt krav i många länder – vårdbehov kan tolkas – ibland tillräckligt) + **Otillräcklig beslutsförmåga** (standard i somatisk vård: Nödvändigt men inte tillräckligt. Uttrycklig hänvisning saknas i LPT).

Detta vilar på utgångspunkten att tvång bör undvikas – bara bestämma över någon mot dess vilja som inte kan bestämma själv. Vuxna autonoma (beslutskapabla) ska inte manipuleras.

1. Tvång

Brakar tänkas innefatta manipulation: Exempelvis medvetna under- och överdrifter (om tex risker, ej meddela relevant information)

Manipulation förbjudet enligt LPT: Tvång ska vara ”öppet”. Man får inte droppa Haldol i kaffet.

1.2 Beslutskapabel (autonom)

Kräver förståelse av information samt förmåga att resonera: Vilka alternativt? Vilka möjliga utfall? Vilken sannolikhet har utfallen? Vilket värde tillskrivs fallen?

Förmildrande omständigheter: Räcker med förmågan att ta ställning till hurvida man vill ha vård! Faktiska önskemål, inte idealiserade. Innehåll i önskemål och trosföreställningar inte direkt relevant (?) – man kan vilja eller tro märkliga saker utan att räknas som inkompetent.

Resultat: Utgångspunkten är att patienten är autonom och beslutskapabel.

Vetenskap och beprövad erfarenhet som underlag för kliniska beslut – kan våra bedömningar av faktaaspekter vara värdeimpregnerade?

Värdering – VBM – Värderingsbaserad medicin.

Fakta – EBM – Evidensbaserad medicin.

Take home message

- Tvärsäkerhet vid kliniska bedömningar borde ge misstanke om värdeimpregnerade bedömningar på samma sätt som...
- Det perfekta resultatet ger misstanke om fusk inom observationsbaserat forskning.
- Inom observationsbaserat forskning inte kan bevisa något, i strikt mening.

1. Paradigm

Grundläggande antagande (ex Pasteur) – ex att Bakterier inte orsakar sjukdom.

Grundläggande värderingar (ex om teorival)

Metodpreferenser – ex helst en RCT

Tyst kunskap – läkaren ej medveten om sitt kunnande.

2. Kunskap – skillnaden mellan vetande och kunnande

Kunskap – vetande och kunnande:

1. **Vetande:** Propositionellt vetande – EBM (evidensbaserad medicin). Vi VET detta.
2. **Kunnande:** Att härma goda förebilder, träna på egen hand, träna med hjälp av handledare och färdighetskreativitet. Kallas ibland för **tyst kunskap**.

2.1 Positivistisk ideal

Kuhn/Popper: Observationer är teori-impregnerade av intressen, värderingar och hypoteser/teorier (förväntningar). = **All observation är teori-impregnerade**. Man har förväntningar på resultatet.

Men hur gör man för att undvika detta i vetenskapen? – finns olika metoder:

- **Blindade studier – kontrollerar förväntanseffekten.**
- **Andra forskargrupper upprepar samma försök.**
- **Redovisa conflict of interest** – ex ekonomiska intressen – finansiering av studier kan påverka resultatet. FDA och kravet om placebokontrollerade studier.

Detta grundar sig på ett **positivistisk ideal**: Innebär att vara "värdeneutral". – möjligt i kliniken???

2.2 Rättspositivistisk uppfattning

Är bedömningar av faktaaspekter i kliniska situationer värdeimpregnerade kan det leda till man presenterar behandlingen olika eller att man ger olika behandlingar till olika patienter på värdeimpregnerad grund. Risk att man börjar behandla godtyckligt enligt principen "Lika ska behandlas lika". Grunden i den svenska sjukvården måste då vara att läkaren är den värdeneutrala tjänstemannen som endast beaktar värdering och normer som kommer till uttryck i lagstiftning (detta enligt Olof Kinberg). Detta kallas för den **rättspositivistiska uppfattningen** och innebär att den svenska läkaren följer lagstiftning och inte låter egna värderingar påverka kliniska beslut. Beslut för behandling och handläggning ska alltså grundas på:

- **Officiella värderingar:** Presenteras i HSL (hälsosjukvårdslagen).
- **Fakta-aspekter:** Ska baseras på evidensbaserad medicin.

Finns dock indikationer på att våran bedömning av fakta-aspekter är värdeimpregnerade. Exempel:

- **Joshua Knobess experiment:** VD som vill tjäna pengar men inte har någon avsikt att påverka miljön. Han ska göra en förändring i företaget: alternativ 1 ger mycket pengar och miljökada eller alt 2 som ger mycket pengar och miljönytta. Har VD mer eller mindre avsikt att påverka miljön i dessa två alternativ? Alternativ 1 → Man tillskriver gärna en avsikt mer om det är av negativt konsekvens. → Vår bedömning av avsikt är värdeimpregnerade. Är utfallet inte

gynnsamt tillskriver man hellre en initialt negativ avsikt trots att detta saknades. Det är inte avsikten utan konsekvensen som avgör hur handlingen bedöms

- **Bedömningar av dödsorsaker inom rättsmedicin:** En känsla/fördom påverkar?
- **Tillsammans hittar man/hittar på en släkting med alkoholism:** "Bevis" att det är genetik.

3. Hur följer man officiella värdering och ändå hjälpa en patient

Officiella värderingar – lagstiftning: Ex Eugenisk indikation vilket innebar tvångssterilisering om personen hade arvsanlag för psykisk sjukdom eller svår sjukdom.

Faktaaspekter – värdeimpregnerade: Ex alkoholism i släkten.

Ex en gravid kvinna som vill ha abort. – Ökad antal aborter i mitten av 60-talet till följd av läkares inställning och etiska ställningstagande.

Ex en rökare får mer sällan sämre behandling och lika mycket dyr behandling.

Har skett en förändring däremot i värdeimpregnering som ex lett till ökat antal aborter

4. Värdeimpregneringens två steg

1. Transformerar en normativ fråga (abort **bör** förbjudas/tillåtas) till en faktafråga (är kvinnan trovärdig).
2. Bedömning av faktafrågan blir impregnerad av läkares egna värderingar.

4.1 Värdeimpregnering för att hindra

- **Döende patient som vill ha sederingsterapi:** Läkaren är emot och därför restriktiv eftersom symtomen är behandlingsrefraktär (illamående, smärta går att behandla), beslutskompetens (patienten vet inte sitt egna bästa) etc.
- **Kliniska bedömning av indikation för abort:** Fri abort i Sverige men pga sociala konsekvenser och läkaren personliga åsikter dras utredning ut på för att invänta avslag.

I dessa fall är värdeimpregneringen av observationer/faktaaspekter maskerade av läkares privata värderingar. Tillsynes framstår läkaren som värdeneutral och undviker därmed att redovisa ev värderingar. Både patienten och läkaren är sannolikt omedvetna om vad som pågår. Leder till misstrohet och att patienten inte upplever att han/hon blir lyssnad på eftersom han/hon känner frustration och upplever sig kränkt.

4.2 Akin-proceduren

Kränkaren är omedveten om vad som är hans/hennes värderingar respektive trosföreställningar.

Kränkningen är associerad med misstro.

Kontroverser med Akin-p: Äventyrar äkta delaktighet eftersom patientens självbestämmande kränks. Erbjudandet av behandling riskerar att bli godtyckligt "lika ska behandlas lika".

Förebygga Akin-p påverkan på beslutsfattande: Medvetenhet och öppenhet om egna värderingar.

Disciplinering av subjektivitet.

Den "besvärliga patienten": Har förslag till diagnos och behandling. Vet vad han/hon vill ha och ej beredd att behandla. Tidigare kränkt patient som vill ha upprättelse. Patienten kränker läkares kompetens.

Den "besvärliga läkaren": Den omedvetna kränkaren kan be om ursäkt. Den trängde läkaren kan misstros. Den vanmäktiga läkaren har inget att erbjuda. Läkaren som lyssnar men ifrågasätter patientens värderingar (dold paternalism?). Den arroganta läkaren som inte tror att patienten har något att tillföra (Dr House) och inte ens lyssnar.

Todd Akin

En amerikans kongressledamot som påstod att våldtagna kvinnor inte kan bli gravida. Akin ville alltså ändra fakta-aspekten eftersom han inte ville komma i konflikt med de officiella värderingarna. Han kunde då:

1. Maskera sina personliga värderingar som abortsmotståndare då han istället endast bedömde fakta-aspekten.
2. Undvek att komma i konflikt med sitt partis officiella värderingar.

Däremot var det värdeimpregnerade faktapåståendet så uppenbart orimligt att Akin fick dra tillbaka det.