

# Vad är evidensbaserad psykiatrisk vård?

I den psykiatriska vården räcker det inte med att hänvisa till »vetenskap och beprövad erfarenhet«. Frågan är vilken forskning, vems bevis som anses avgörande, anser Nils O Larsson.

**NILS O LARSSON**  
systemforskare, Göteborg  
[nilso@goteborg.utfors.se](mailto:nilso@goteborg.utfors.se)

II Om man som anhörig varit kritisk till den psykiatriska vården har man ofta fått höra att den är baserad på »vetenskap och beprövad erfarenhet«. Med detta mantra har man slagit bort alla argument om eventuell alternativ vård då dess resultat inte är vetenskapligt bevisat.

Detta är speciellt ett problem när man försöker införa psykologiska och sociala åtgärder i behandlingen eftersom det är svårt att koppla insatsen till resultatet. För de traditionella vetenskapliga kraven räcker det inte med att patienten blivit frisk, man måste kunna bevisa varför han blev frisk.

I stället för att försöka förstå och förklara varför patienten blivit frisk talar man om en »spontan läkning« eller att patienten varit feldiagnostiserad. Den enda behandling som varit vetenskapligt godkänd är den biokemiska behandlingen och dess effekter på framför allt de positiva symtomen.

## Vilken forskning, vilka värderingar?

När man nu börjar inse att orsaksanalysen måste vidgas så talar man i stället om evidensbaserad vård, dvs vården skall vara baserad på bevis. Frågan är vems bevis och vilken vetenskaps bevis som gäller? I en definition av Sackett [1] anges att evidensbaserad vård är integrationen av bästa forskningsbevis med klinisk expertis och patientens värderingar.

Fortfarande gäller: Vilken forskning? Vilken klinisk expertis? Vilka värderingar? I ett förtydligande anges att med klinisk expertis menas inte enbart läkare utan alla som arbetar professionellt med patienten, oavsett om det rör sig om medicinsk vård eller sociala omsorger. Men hur skall man få till stånd en enhetlig bedömning av dessa kategoriers olika bedömningar, om man inte först ser till att få en enhetlig forskning?

## Målet för behandlingen

När man skall bedöma verkningarna av en viss metod är det viktigt att man har målet för behandlingen klart uttryckt. Inom psykiatri har målet inte varit klart uttryckt, varför behandlingen har baserats på den hos psykiatrerna förhärskan-

de uppfattningen att de psykiska sjukdomarna inte kan botas, man kan bara reducera symtomen. Det praktiska målet har därför ofta blivit att man är nöjd med att patienten kan bo i egen lägenhet med medicinering.

## Behandlingen i relation till målet

När man inom vården skall försöka tillvarata de senaste neurologiska rönen, som pekar på ett komplext ömsesidigt samband mellan biologi, psyke och sociala faktorer, så måste målet tydliggöras. Man vet nu att man kan bota psykiska sjukdomar och man måste då tydliggöra målet för vården, som skall vara att få patienterna tillbaka till ett normalt liv.

När man då skall mäta effekten av en viss behandling måste den ställas i relation till det ställda målet. Ett viktigt konstaterande är att det tidigare målet, att reducera symtomen, inte säkert är ett delmål på vägen till att bli helt frisk. Det kan vara en återvändsgränd. Man har ju inte löst patientens problem utan enbart reducerat de mest störande symtomen. (Jfr bl a Arvid Carlsson om hur neuroleptika blockerar patientens belöningscentrum).

## Kommentar:

# Evidensbaserad psykiatri är inte synonymt med god vård

Det fel att anklaga den evidensbaserade psykiatri för de brister som finns i dagens vård. Det är snarare avsaknaden av en sådan kunskapsgrund som är ett problem, kommenterar Sten Thelander.

**STEN THELANDER**  
sakkunnig i psykiatri, SBU  
[thelander@sbu.se](mailto:thelander@sbu.se)

II Begreppet »evidensbaserad« är inte helt entydigt. Det är ofta lättare att definiera vad det inte är. Det är inte ens när det gäller behandlingar begränsat till kunskaper från randomiserade kontrollerade studier. Däremot finns som en grundläggande komponent det empiriska perspektivet. Ofta innebär det någon

Enligt en definition av evidensbaserad vård skall man ta hänsyn till dels forskningsresultat, dels klinisk erfarenhet (eller rättare behandlingsresultat/erfarenheter), dels också patientens värderingar. Frågan är hur man integrerar dessa olika faktorer till en praktisk behandling i det enskilda fallet. Psykiska sjukdomar är ju i hög grad individuella och varierar från patient till patient.

## Annan typ av forskning behövs

Vems åsikt blir gällande om man inte kan komma överens om behandlingen? Blir det den part som påstår sig kunna härleda resultatet från en strikt disciplinorienterad forskning? Patientens åsikter kommer i ett sådant läge att väga lätt, liksom de vetenskaper som har svårare att strikt vetenskapligt leda resultaten i bevis eller evidens, som psykologin och sociologin och eventuella systemorienterade vetenskaper.

Det behövs alltså en annan typ av forskning och kontinuerlig omprövning än den traditionella, som jag menar att evidensbaserad vård representerar.

## Referens

1. Sackett DL, Richardson WS. Evidence Based Medicine. Edinburgh; Churchill Livingstone, 2000.

form av experimentell metodik, men det kan också omfatta systematiska observationer utan kontrollgrupp.

## Beprövad erfarenhet

När Sackett och andra företrädare för EBM talar om klinisk expertis innebär det just det som Nils O Larsson hävdar, nämligen beprövad erfarenhet. Inom psykiatri mer än i många andra medicinska specialiteter är detta en erfarenhet som inte bara läkarna är bärare av. Sam-

tidigt är denna erfarenhet inte alltid lätt att skilja från sedvänjor och slentrian, och de gånger den testas i vetenskapliga studier blir resultatet inte alltid positivt, utan erfarenheten måste omprövas. Samtidigt är det svårt att föreställa sig att alla aspekter av vårdens verksamheter kan komma att testas experimentellt, även om det hade varit önskvärt.

### Behandlingsforskningens svårigheter

Psykiatrisk behandlingsforskning kompliceras av att det inte finns några biologiska eller neuropsykologiska markörer som kan användas för att avgränsa specifika diagnostiska kategorier. Istället måste man förlita sig till detaljerad kartläggning av symtom och kliniska observationer i kombination med långtidsuppföljningar. De genetiska faktorer som i växande utsträckning satts i samband med psykiska problem överlappar bara i begränsad utsträckning med de nuvarande psykiatriska diagnoserna.

De flesta mänskliga egenskaper är kontinuerliga och inte dikotoma, samtidigt som en användbar diagnostik sannolikt alltid kräver kategoriseringar med mer eller mindre välgrundade gränsdragningar. Likheter finns med somatiska sjukdomar som till exempel hypertoni och diabetes där gränsen mellan friskt och sjukt flyttas i takt med nya vetenskapliga rön, men ibland kanske också delvis på grund av läkemedelstillverkarnas önskemål.

### Bot är sällan möjlig

De flesta behandlingar inom psykiatrin, såväl med läkemedel som med olika psykosociala interventioner, har på gruppnivå måttliga positiva effekter. Bot är, till skillnad från skribentens påpekande, sällan möjlig. Endast vid specifika fobier uppnår man i stor utsträckning varaktigt tillfrisknande genom exponering.

Många patienter med allvarligare psykiska störningar kan bli långvarigt återställda, oftast tack vare fortsatt behandling. Det är däremot mycket sällan som ett fullständigt tillfrisknande helt kan tillskrivas de behandlingar som getts.

Larsson har helt rätt i att psykiatrin länge var överdrivet fokuserad på att mäta symtomförändringar, men idag finns evidens och mätmetoder för att studera funktion och livskvalitet. Vid exempelvis schizofreni vet man att sambandet mellan symtom och funktionsnivå är ganska svagt.

### Psykologisk och social behandling

I motsats till vad Larsson hävdar är den vetenskapliga kunskapen om psykologiska och sociala behandlingars effekter

*Det finns inga principiella hinder mot att studera psykologiska och sociala behandlingars effekter med samma experimentella metoder som när man testat ett läkemedel. Däremot är metodiken mer komplicerad och graden av generaliserbarhet ibland tveksam.*

långt kommen. Det finns inga principiella hinder mot att studera behandlingseffekter med samma experimentella metoder som när man testat ett läkemedel. Däremot är metodiken mer komplicerad och graden av generaliserbarhet ibland tveksam. För många psykiatriska tillstånd är psykologiska behandlingar lika väl dokumenterade som läkemedelsalternativet.

Det är dock sällan som man kan visa att en kombination av psykoterapi och läkemedel ger en större effekt än var behandling för sig. När det gäller beroendesjukdomar, schizofreni och sannolikt också bipolär sjukdom (manodepressivitet) är emellertid vinsten med att kombinera de olika behandlingsformerna klarlagd.

### Gör rätt saker rätt

I Storbritannien har man talesättet »Do the right things right«. Det innebär att man inte automatiskt får samma resultat i vanlig sjukvård som i den kliniska forskningen. Några villkor krävs:

1. att de effektiva behandlingarna blir allmänt kända,
2. att det finns en organisation för och en beredskap att införliva de nya rönen samt att avveckla mindre effektiva, säkra eller kostnadseffektiva metoder,
3. ofta krävs kompletterande utbildning i de psykosociala metoderna, och en kontinuerlig kvalitetskontroll,
4. att man har ett system för att mäta och dokumentera effekter och bieffekter, och att sammanställningar av detta

återförs till den enskilde behandlaren och dennes organisation.

En annan central aspekt som också hör till den evidensbaserade agendan är kvaliteten på relationen mellan behandlare och patient. Såväl lagstiftning som etiska och filosofiska principer ger patienten en central roll i sin behandling. Patienter kan avstå från behandling, såvida inte ett sådant beslut beror på en allvarlig psykisk sjukdom, och kan begära sådana behandlingar som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

### Vård i annat landsting?

För många kroppsliga sjukdomar finns ju reglerat rätten att få vård i annat landsting om inte det egna kan erbjuda sådan inom rimlig tid. Jag vet inte ännu om det har prövats, men det vore intressant att veta hur en psykiatrisk klinik eller sjukvårdshuvudman skulle hantera önskemålet om evidensbaserad psykoterapi som många kliniker idag inte kan erbjuda.

Alla kliniker har säkert legitimerade psykoterapeuter, men bara ett fåtal av dem som är utbildade i psykodynamiska metoder eller i grupp- och familjeterapi, har kompetens i de vetenskapligt dokumenterade behandlingsteknikerna inom deras teoretiska referensram. Detta är inget specifikt svenskt problem – i USA beräknas bara var tionde kliniskt verksam psykolog vara kompetent i det som där kallas »empirically validated therapies«.

### Svårt vara patient i psykiatrin

Det är ofta svårt att vara psykiatrisk patient eller anhörig till en sådan i dagens sjukvård. I förhållande till förekomsten av psykisk ohälsa är sannolikt psykiatrins resurser otillräckliga, och det är inte självklart att de resurser som finns används på ett optimalt sätt eller är organiserade på bästa möjliga vis. Samarbetet med primärvård och sjukhusspecialiteter är ojämnt utvecklat.

### Fel anklaga evidensbaserade psykiatrin

Sammanfattningsvis är det fel att anklaga den evidensbaserade psykiatrin för de brister som finns i dagens vård. Det är snarare avsaknaden av en sådan kunskapsgrund som är ett problem. Evidensbaserad psykiatri integrerar kunskaper från alla relevanta forskningsfält och handlar alls inte bara om läkemedel och neurokemi.

Visst är alla människor unika, men vi har förhoppningsvis tillräckligt mycket gemensamt för att kunna föra en diskussion och förstå vad en annan individ menar och önskar. Utan sådana gemensamma drag skulle inget samspel mellan individer, och inget samhällsbygge, vara möjligt. •