Får asylsökande barn den vård de har rätt till?

Säkert inte – summan av särbehandling brukar bli minus för svaga grupper

Asylbarnspsykiatri finns i många korsvägar: inom sjukvården, mellan vården och andra samhällsinstanser och på det individuella professionella och personliga planet. I dessa korsvägar är etiska frågor av avgörande betydelse. Artikeln diskuterar, nyanserar och problematiserar de etiska dilemman som finns, bl a mot bakgrund av den pågående debatten om de apatiska barnen.

TORGNY GUSTAVSSON
specialist i barn- och ungdomspsykiatri, leg familjeterapeut, överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Växjö
torgny.gustavsson@ltkronoberg.se

Asylpsykiatrin finns i många korsvägar. I sjukvården kan det handla om skärningspunkten mellan otillräckligt utvecklad evidensbaserad vård å ena sidan och personlig klinisk övertygelse å den andra. Det finns också korsvägar mellan kunskapsområden, såsom mellan barn- och ungdomspsykiatri och pediatrik, mellan psykiatri och psykologi och mellan olika behandlingsideologier och förklaringsmodeller. Men asylbarnspsykiatri finns också i andra korsvägar: mellan sjukvård och andra instanser och domäner. En gränsyta är mot socialvård, en annan mot juridik och en tredje mot politik och offentlig debatt. Det finns också påtagliga skärningspunkter på andra plan. Som kanske inget annat sjukvårdsområde engagerar asylbarnspsykiatrin oss personligen, ofta rent privat. Det uppstår konflikter mellan samhällets lagar och vår yrkesetik och privata moralkod. Vår professionella roll som hjälpare utmanas av att vi ofta inte har metoder eller möjlighet att hjälpa, vilket kan kännas som ett personligt misslyckande.

Samtidigt innebär mötet med den asylsökande familjen att konfronteras med de gräsligaste, omänskligaste och hemskaste erfarenheter, något som vi måste kunna hantera. Ibland kan vi upptäcka att vi blivit lurade eller manipulerade, vilket kan bli en personlig frustration. Det finns också korsvägen mellan »vi och dom«, mellan det välkända och det annorlunda. I alla dessa korsvägar finns etiken med.

Evidensbaserad vård – klinisk övertygelse

Ännu är den evidensbaserade kunskapen minst sagt mager vad asylbarnspsykiatri anbelangar. Det första etiska budet inom all sjukvård är ju att erbjuda bästa möjliga vård. Vad kan man då göra när evidens saknas samtidigt som ärendetypen maximerar vårt engagemang?

Kunskap finns trots allt, vi är inte nakna. Kunskap med relevans kan hämtas från angränsande områden, som behandling av depression, självskadebeteende, anorexi, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), dissociation och PRS (pervasive refusal syndrome), och det är viktigt att kombinera kunskap, att söka brett med öppet sinne.

Det finns också annan kunskap som har hög relevans. Det finns generell kunskap om människans och barnets reaktioner på stress; kunskap om salutogenes, om familjens betydelse, både som resurs- och riskfaktor, och om hospitaliseringsrisker. Vi har ju också de hittills vunna kliniska erfarenheterna, som behöver redovisas systematiskt.

Vi vet också vad som är god behandlarkompetens. Värme, empati och allians är nödvändigt för behandling men också utmaning, spegling, strukturering och att våga sätta relationen på spel. Ur sådan kunskap kan behandlingsmodeller vaskas fram för att prövas och granskas.

Men inte minst mot bakgrund av den dagsaktuella debatten finns det risker att jag inte ser – när mina egna behov blir viktigare än sakliga ställningstaganden, och när testuggandet och ideologin ställer sig i vägen för omprövande och nytänkande. Det är en risk och en situation som har en lång tradition inom de psykiatriska fälten. Rädsla för smärta och misslyckande kan också ställa sig i vägen för omprövning och öppenhet.

Det andra etiska budet är att den som bäst behöver vården skall få den. Prioriterar vi asylsökande barn utifrån samma principer som andra? Har asylsökande barns symtom samma värde, eller finns det en särskild kö för dem, en särskild prioriteringsnorm? Arbetar vi rationellt med att göra behandlingsprogram, har vi mångfasetterade kunskapsmodeller också när vi erfar att hjälpen inte hjälper, att andra än vårdåtgärder är de avgörande? Prioriterar vi ändå det enskilda fallet utifrån samma norm som svenska barn?

Att diskutera de asylsökande barnens situation och den medicinska vården av dem har flera underliga särmärken och är ofta ytterst känsligt. Risken att bli missförstådd, hänförd till en sida i debatten eller pådyvlad ett generellt synsätt är påtaglig. Detta ställer sig i vägen för ett sakligt granskande och vetenskapligt förhållningssätt men hindrar också allsidighet i förståelse och behandlingsplanering.

Att säga att det kan finnas förklaringar i familjen, att diskutera föräldrarnas inflytande över det sjuka barnet, att ställa frågor runt aggravering eller manipulering blir känsligt och kan leda till beskyllningar om omänsklighet och bristande empati. Men de frågorna ställer vi när det gäller andra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd.

Vi diskuterar hur familjen motverkar eller gynnar uppkomsten av symtom, om familjen utgör en resurs eller en risk. I den kliniska vardagen ställer vi oss dagligen frågor runt misshandel och övergrepp som bakgrund till barnpsykiatriskt lidande.

Frågan blir än mer aktuell, då vi ju vet att människor som utsatts för våld, trakasserier och trauma riskerar mer än andra att ta till våld i frustrerande situationer.

Om vi inte för de diskussionerna och skärskådar motsvarande möjligheter när det gäller asylsökande barn ger vi dessa barn en annorlunda och sämre barnpsykiatrisk vård, och det är diskriminering.

Vi är i andra sammanhang mycket medvetna om hur samhällsfaktorer av olika slag påverkar och alltid har påverkat sjukdomspanoramat. När Goethe publicerade »Den unge Werthers lidande« blev det en epidemi av självmordshandlingar i Tyskland, och först när bulimia nervosa blev ordentligt vetenskapligt beskrivet på 1960-talet började symtomen sprida sig. Det går idag en våg av självskadebeteende över Sverige, som inte fanns för 20 år sedan, ett tydligt fall

av social smitta. Detta är inom det psykiatriska fältet väl kända och okontroversiella förhållanden.

Varje sjukdom och störning korresponderar med det samhälle och den situation den finns i, och all sjuklighet har kommunikativa aspekter, som talar om den drabbades lidande på ett »språk« som är effektivt.

Sjukdomar är också berättelser, som skildrar människors situtation och lidande, och för varje berättelse finns en berättare och en som lyssnar, och båda anpassar sig efter varandra i försök att förklara och förstå. Det innebär givetvis inte att sjukdomen är simulerad eller har ett specifikt och medvetet syfte. Men det innebär heller inte att det skulle vara humanare eller uttrycka större respekt och tilltro till patient och familj att bortse från dessa aspekter. Att negligera eller förneka sjukdomens kommunikationsaspekt innebär tvärtom bristande sakkunskap och ovilja eller oförmåga att se hela lidandets komplexitet.

Det pågår också en diskussion om hur vi skall namnge de svåraste tillstånden hos asylsökande barnen. Men om verkligheten finns i språket innebär det ju inte bara att verkligheten leder till en viss diagnos utan också att diagnosen både berättar om och konstruerar en verklighet. Och den verklighet som konstrueras blir olika om vi kallar den depressiv devitalisering, generell uppgivenhet, ihållande vägran eller maladaptiv stressreaktion. Lyssna själv vilka olika förväntningar diagnoserna innebär.

Så att namnge är att påta sig ett ansvar för det lidande man sätter etiketten på.

Vård – politik

Det politiska systemets avgörande betydelse är uppenbar inom asylpsykiatrin. Fick alla stanna skulle vi inte ha några barn med uppgivenhetssyndrom. När vi ser att behandlingseffekterna är beroende av politiskt styrda förhållanden riskerar vi att bli politiska i vårt vårdarbete.

Vi kan anpassa oss till politiken och ge upp, eftersom det ändå inte lönar sig. Vi kan göra vad som förväntas och minimera insatserna och engagemanget, vilket leder mot de små stegens tyranni. Barnläkaren Olle Jeppsson på Huddinge Universitetssjukhus kallar det »inlärd omänsklighet« och menar då hur små och till synes obetydliga oetiska handlingar gör oss okänsliga för innebörden i vad vi gör, så att vi blir vana vid och blinda för vår egen omänsklighet.

Alternativt kan vi revoltera mot politiken – och riskera att patienten blir ammunition eller bevismaterial i vår politiska kamp. Den politiskt offentliga arenan efterlyser tydliga exempel, starka känslor, enkla ställningstaganden. Det negativa har det största demagogiska värdet. Noceboeffekten – de negativa förväntningarnas effekt – riskerar att drabba det enskilda barnet, eftersom ett mycket påtagligt sjukt barn med alla symtom är det enda som är riktigt intressant i medierna. Vill vi spela med på den arenan eller fegar vi ur eller finns det andra möjligheter?

”Är vi som läkare förmer? Har vi en högre etik än samhällets demokratiska institutioner? Skall vi i så fall följa denna etik längre än till debatt och protest, också till handling: gömma, skriva in under falsk identitet, vägra lämna polisen uppgifter, intyga falskt? Varför inte?

Tänk tanken att botemedlet mot apati hos asylsökande – uppgivenhetssyndromet – hittades i morgon. Hur skulle vi reagera, och hur skulle våra etiska och politiska ställningstaganden påverkas? Skulle de asylsökande barnen vinna på det?

Lagstiftning – etik

Vad händer när vår personliga – yrkesmässiga och/eller privata – etik krockar med lagstiftningen? Är det rätt att bryta lagar? Vilka? Alla lagar? Är läkar-, sjuksköterske- eller psykologetiken överordnad svensk lag? Är Barnkonventionen det?

Läkarnas såväl nationella som internationella etiska regler säger att vi skall motsätta oss samhällets lagar om dessa påbjuder omänskligt och oetiskt handlande. Men de har sin bakgrund i andra världskriget och koncentrationslägren, i Gulag och det sovjetiska psykiatrimissbruket och läkarnas roll i dessa sammanhang.

Är de lika adekvata i en demokrati? Är vi som läkare förmer? Har vi en högre etik än samhällets demokratiska institutioner? Skall vi i så fall följa denna etik längre än till debatt och protest, också till handling: gömma, skriva in under falsk identitet, vägra lämna polisen uppgifter, intyga falskt? Varför inte?

»Besluten är fattade enligt lagen och det kan man som enskild tjänsteman inte ha synpunkter på«, säger i en DN-intervju nyligen en anställd på asylförvaret i Märsta. Är det så, bör det vara så? Läkarna på Guantanamo kommer runt läkaretikens bud då de skall avgöra om fångar tål »hårda förhör« genom omdefinieringar: fångar är inte patienter och man sysslar därmed inte med sjukvård, alltså gäller inte läkaretiken. Har det likheter med situationen för oss här i Sverige, t ex när vi bedömer om asylsökande är »transportabla«?

Bertrand Russell sa: »Utan uppror skulle mänskligheten stå stilla och orättfärdigheten skulle vara ohjälplig. Den människa som vägrar lyda överheten har därför under vissa förhållanden en legitim funktion, förutsatt att hennes ohörsamhet mer dikteras av sociala motiv än av personliga.«

Behandlarens frustration

När vi möter det värsta men inte förmår det som är vår uppgift, när vi riskerar att bli lurade och manipulerade, när vi tvingas att agera på en arena vi inte är avsedda att vara på, resulterar det också i att vi dras in personligt och som individer.

Vi kan distansera oss: »Det här är inte psykiatri, inte sjukvård, det måste vara socialvårdens ansvar. Det var inget riktigt suicidförsök, det är deras kultur.«

Eller vi blir cyniska, desensibiliseras, prickar av på listan, »Jaså, inte värre«, »jaha, och så gruppvåldtäkt, och så pappa slagen medvetslös ja, såg döda barn på vägen, jaha. Hört det förut.«

Vi blir vantrogna: »Så illa var det nog inte, de överdriver, det vet man ju, de vill bara få intyg.«

Vi blir rädda att bli lurade och att ha investerat engagemang i onödan, att ha varit godtrogna, dvs oprofessionella, inkompetenta. Vi måste skydda oss för deras smärta, kan inte nås av patienten, kan inte hjälpa.

Alternativt reagerar vi med att gå i koalition med patienten. Vi blir patientens försvarsadvokat och förlorar vår terapeutiska frihet och klarsyn och blir därmed terapeutiskt impotenta och riskerar att skada vår patient.

De är annorlunda än vi, det måste vi också hantera. För den som kommer från en kultur med auktoritär sjukvård – där behandling självklart innebär medicinering som en distanserad läkare ger utifrån en expertposition och som kanske upplevt eller fruktat samhällelig diskriminering – kan det ligga nära till hands att tro att den medicinfria vård som är given i öppen dialog och av andra än doktorer utanför sjukhuset är en sämre sorts

vård som ges för att man är främling.

När de reagerar med misstro, irritation och beskyllning om vanvård, är det tecken på vanföreställningar, en paranoid inställning? Och är det underligt om de tolkar vår, enligt sin erfarenhetsbakgrund, inaktiva och ineffektiva behandlingsansats som att vi också givit upp? På vem bör då kravet att förstå den andres kulturella kontext ligga? Kravet på dem att anpassa sig och att lära sig vår kultur måste komma senare, när och om de får stanna.

Etik – moral

Alltså får asylsökande likvärdig vård som svenska barn? Etik är att veta det rätta, moral att göra det rätta. Hade handläggning, prioritering och insatsens kvalitet och omfattning varit densamma om Sergej hetat Sven eller om Alida hetat Astrid?

Nej, säkerligen inte! Alldeles säkert särbehandlar vi asylsökande barn, troligen både positivt och negativt, men summan blir antagligen minus för dem, för så brukar det ju alltid bli för de svagaste grupperna, för de främmande.

Det är därför det blir så viktigt att lyfta fram och problematisera etiken. Etik skall vara svårt, det bör inte finnas givna och enkla lösningar eller självklara åtgärder, för i så fall har vi gått på etiska blindskär. Etiska frågeställningar har ofta inga svar utan är uppmaningar till reflektion.

Var och när reflekterar vi över vår etik? När skärskådar vi oss själva? Finns det tid och tillfälle för det i vår kliniska vardag? För om vi aldrig upptäcker att vi har gjort fel, hur kan vi då veta att vi inte är blinda? Tage Danielsson sa: »Utan tvivel är man inte klok.« Det pågår en debatt om de apatiska barnen. Den förs i samhällsprogram och soffor i TV, på tidningarnas debattsidor och på våra egna konferenser och möten. Delar av denna debatt får ton av polemik och tvärsäkerhet om vem som har rätt, om vem som värnar barnen mest och vem som har högst moral.

Men det mest oetiska är om barnen blir slagträ i ideologiska strider och vetenskapliga trätor om definitioner, om den rätta och enda förklaringsmodellen, om den rätta och enda behandlingen, om betydelse av omgivningsfaktorer i familj och samhälle. Då är ju risken överhängande att vi med barnen som vapen försöker bevisa våra teser i stället för att göra det vi skall: bota, lindra, trösta.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

annons