

Psykiatriskt vårdbehov

Per-Erik Liss

Intresset för en behovsbaserad planering av hälso- och sjukvård har ökat de senaste åren. Därvid har uppmärksamheten fokuserats på möjligheterna att på ett tillförlitligt sätt fastställa vårdbehoven. I denna artikel ifrågasätts användningen av indikatorer som föreslagits på flera håll. Risken för en felaktig bild av behovens omfattning och karaktär är särskilt stor inom det psykiatriska området. Författaren förordar en alternativ syn på vårdbehovet där värderingar har en framträdande roll. Värderingarna avser målet för behovets tillfredsställande – det önskvärda tillståndet. Kännedom om detta mål är viktigt för en korrekt uppfattning om de psykiatriska vårdbehoven.

Per-Erik Liss är doktorand och anställd som forskningsassistent inom projektet "Begreppet vårdbehov – dess innebörd och operationalisering för en behovsbaserad planering av hälso- och sjukvård" vid institutionen för Tema, Linköpings universitet.

Det är viktigt men svårt att fastställa vårdbehov. Det är viktigt för att uppnå en rättvis fördelning av hälso- och sjukvård. Det är svårt av både teoretiska och praktiska skäl. Till de teoretiska problemen hör en oklar begreppsapparat. Det saknas en acceptabel definition av exempelvis begreppet psykiatriskt vårdbehov (1, 12). Detta gör det svårt att *direkt* mäta vårdbehovet.

För *planering och dimensionering* av hälso- och sjukvård diskuteras vanligen indirekta metoder. I en rapport utgiven av MFR föreslås sociodemografiska statistikkällor, hälsorisker, och psykisk sjuklighet som indikatorer på psykiatriskt vårdbehov (9). I andra sammanhang har indikatorer som kön, ras, ekonomisk status, andel gravt utvecklingsstör-

da, andel kroniskt störda, föreslagits (12).

Dessa faktorer är, i de flesta fall, relaterade till *förekomsten* av mentala störningar. Även andra indikatorer förenade med *hög risk att erhålla* sådana störningar har diskuterats, exempelvis extra påfrestande livssituationer (stressful life events) eller förekomsten av psykiatriska riskgrupper (5).

Hur säkra är indikatorerna?

Bakom förslaget att använda indikatorer på vårdbehov ligger tanken att sociodemografiska karakteristika och andra är relaterade till en hög risk av psykiatriska störningar. Det psykiatriska vårdbehovet, eller risk för detta, förväntas variera mellan olika områden beroende på närvaro eller frånvaro av grupper med dessa karakteristika.

Tankegången att kunskap om karakteristika ger en uppfattning om vårdbehov innehåller minst två moment av osäkerhet. Hur säker är kunskapen om de olika karakteristika? I vilken grad är kunskap om dessa karakteristika, kunskap om psykiatriskt vårdbehov?

Hur tillförlitliga är data om indikatorerna? Här kan råda stora variationer och osäkerhet. Det är inte alltid fråga om primärdata. Reliabiliteten hos de data som används för att konstruera indikatorer är i många fall inte känd (1). Är det möjligt att med tillräcklig exakthet fastställa vem som är psykisk sjuk och hur många psykiskt sjuka det finns i en viss population (11)? Reliabiliteten och validiteten hos skilda metoder för att fastställa den psykiska morbiditeten är inte tillfredsställande klarlagd (10).

Försök till precisering

Antag att det trots allt är möjligt att erhålla tillförlitliga uppgifter om de olika indikatorerna. Hur väl speglar dessa det psykiatriska vårdbehovet? Utrymmet medger inte en diskussion av varje enskild

Vid en undersökning om psykiatriskt vårdbehov framkom att 57% av alla symptombärare inte behövde psykiatrisk hjälp.

faktor. Det krävs naturligtvis en uppfattning om vad ett vårdbehov är för att avgöra om vissa faktorer är indikatorer på vårdbehov eller inte. Det är dock sällan som denna uppfattning uttrycks explicit. Kanske är den alltför vag? Utan en precisering av begreppet 'psykiatriskt vårdbehov' råder en viss osäkerhet om indikatorernas status med avseende på undersökningars validitet.

Är faktorerna ovan överhuvudtaget indikatorer på psykiatriskt vårdbehov? Det är tveksamt. I bästa fall är de indikatorer på psykisk sjuklighet eller på andra faktiska tillstånd. Vid en undersökning om psykiatriskt vårdbehov framkom att 57% av alla symptombärare inte behövde psykiatrisk hjälp (3). Att konstatera sjukdom och fastställa vårdbehov är två skilda verksamheter. Detta tycks det råda stor enighet om (2, 5, 8–11).

Det finns ett inslag av värdering vid fastställandet av vårdbehov. Denna avser målet för behovets tillfredsställande – *det önskvärda tillståndet*.

Indikatorerna säger inget om detta önskvärda tillstånd. De anger inte för vad man behöver den psykiatriska vården. Kännedom om detta mål är viktigt för vårdbehovets fastställande av följande skäl.

Semantiska. 'Behov' är ett relationellt begrepp. I dess innebörd ligger att man inte enbart har behov av något utan även *för* något. Behov är således instrumentella – tillfredsställandet av ett behov är ett medel att uppnå något mål. Denna tankegång har legat till grund för en definition av 'behov' som en differens mellan ett aktuellt (befintligt) och ett önskvärt tillstånd (6). Kunskaper om vårdbehov förutsätter kännedom om detta önskvärda tillstånd eller mål (7).

Lämplig vård. Vårdbehovets fastställande gäller inte enbart frågan om det finns behov utan även vad, vilken typ av vård, det finns behov av. En viss typ av behandling kan vara mer eller mindre lämplig beroende på vad det är önskvärt att uppnå. Är målet fullständigt tillfrisknande kan det krävas en helt an-

nan insats, både kvantitativt och kvalitativt, än om det gäller en "avsevärd förbättring". Detta gäller inte enbart valet av behandling inom en given institution utan även valet av sådan (socialvård, primärvård, mentalvård, etc).

Det är därför nödvändigt att känna till de önskvärda tillstånden. Dessa kan uttryckas i allmänna termer som exempelvis "frånvaro av problem" eller "patienten skall tillfriskna eller avsevärt förbättras" (LSPV). De kan även uttryckas mera konkret och detaljerat för varje typ av mental störning eller grupp av sådana. Preciserade mål underlättar bedömningen och valet av lämplig vård.

Etiska. Skälen för psykiatrisk vård varierar. Det kan vara för att bota, lindra eller förebygga psykiska störningar. Det kan också vara för att skydda omgivningen eller den enskilde patienten själv. I vilken utsträckning skall psykisk sjukdom botas eller lindras? Frågan kan avse befolkningen som helhet eller en enskild individ. I vilken grad skall någon skyddas mot sig själv? Vilken grad av säkerhet skall krävas för att andra inte skall skadas då patienten släpps fri? Genom att de önskvärda tillstånden uppmärksammas kan de göras explicita. De kan därför komma under offentlig debatt och även omfattas av en demokratisk beslutsprocess.

Vem skall bedöma vårdbehovet vid planering av hälso- och sjukvård?

I HS90:s underlagsstudie (SOU 1984: 40) föreslås att denna uppgift är något för politikerna. Hur mycket inflytande bör den enskilde patienten ha på bedömningen av vårdbehovet? I den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL) stärks patientens ställning. Av tredje paragrafen framgår bl.a. att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Vilken grad av säkerhet skall krävas för att andra inte skall skadas då patienten släpps fri?

.....
Kanske är det politikernas uppgift att fastställa det önskvärda tillståndet och därmed, till viss del, vårdbehovet?
.....

Det är kanske möjligt att i det enskilda fallet klara detta inom den somatiska vården. Förhållandena är dock något speciella inom det psykiatriska området. Det kan finnas tillfällen då den psykiatriska störningen är av den arten att den sjukes egen uppfattning om sitt behov av vård är (eller anses vara) av underordnad betydelse – exempelvis de fall som avses i indikationerna om slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

Det är naturligtvis svårt med ett direkt inflytande från patienten vid *planering* av hälso- och sjukvården. Ett inflytande bör finnas men måste i så fall ske indirekt. Enligt HS 90 (SOU 1984: 39) syftar HSL till att stärka det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvårdens utveckling. Lagen ger landstingskommunerna stort utrymme att utforma hälso- och sjukvården efter regionala behov. Kanske är det politikernas uppgift att fastställa det önskvärda tillståndet och därmed, till viss del, vårdbehovet? Förenad med kompetent rådgivning är inte uppgiften orimlig. Frågan om lämpliga medel för att nå önskvärda tillstånd är en fråga vars besvarande kräver saklig kompetens.

REFERENSER

1. *Aponte, J F*: "A Need in Search of a Theory and an Approach". *Journal of Community Psychology* 6 (1978): 42–44.
2. *Björk, K*: *Psykiatriska vårdbehov, en epidemiologisk studie av en mellansvensk befolkning*. Stockholm 1977.
3. *Häfner, H, ed*: *Estimating Needs for Mental Health Care*. New York 1979.
4. Hälso- och sjukvårdens mål och behovsbaserad planering. HS 90 underlagsstudie, SOU 1984: 40.
5. *Lindgård, B & Nyström, S*: "Short-term Psychiatric Care from a Theoretical Planning and Empirical Point of View". *Scandinavian Journal of Social Medicine* 2 (1974): 87–91.
6. *Liss, P-E*: *A Theory of the Concept of Need*. Meddelande 1986: 10, Tema hälso- och sjukvården i samhället, Linköpings universitet.
7. *Liss, P-E*: "Vårdbehov" i Medicinsk vetenskapsteori i praktiken, red Söderfeldt, B. Lund 1985.
8. *MacStravic, R E*: *Determining Health Needs*. Ann Arbor 1978.
9. *Psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning*. Rapport från en arbetsgrupp. MFR, Stockholm 1986.
10. *Richman, A*: "Assessing the Need for Psychiatric Care". *Canadian Psychiatric Association Journal* 11 (1966): 179–188.
11. *Schulberg, H C & Wechsler, H*: "The Uses and Misses of Data in Assessing Mental Health Needs". *Community Mental Health Journal* 3 (1967): 389–395.
12. *Shapiro, S et al*: "Measuring Need for Mental Health Services in a General Population". *Medical Care* 23 (1985): 1033–1043.