

Vid vissa somatiska sjukdomar förekommer symtom som kan leda till att man i första hand misstänker att det rör sig om psykisk sjukdom. Detta kan medföra att patienten under kortare eller längre tid utreds och behandlas inom psykiatri och att diagnosen av det somatiska tillståndet blir fördröjd.

När fallet anmäls till Patientförsäkringen uppstår frågan om diagnosfördröjningen motiverar ersättning för kroppsskada eller sveda och värk.

Vilka åtgärder är det skäligt att man inom öppen psykiatrisk vård vidtar för att utesluta en bakomliggande somatisk sjukdom?

Professor Gunnar Holmberg har ombetts kommentera problemet i anslutning till två fall från Patientförsäkringen.

Att det även inom den somatiska vården kan finnas svårigheter att skilja på somatisk och psykisk sjukdom illustreras av ett fall i artikeln om försenad diagnos av intrakraniell tumör på sidan 3075.

SOMATISK UNDERSÖKNING BEHÖVS I ÖPPEN PSYKIATRI

Patienten borde få träffa läkaren inom rimlig tid

En 31-årig kvinna hade i 10 år varit patient vid en psykiatrisk klinik för olika fobiska besvär och även visat allvarlig personlighetsstörning med relationssvårigheter. Hon tackade nej till regelbunden samtalsterapi, och efter 1989 var kontakten med kliniken sparsam.

I mars 1994 födde hon ett barn. I juni samma år sökte hon akut på psykiatriska mottagningen med bilden av en krisreaktion. Under hösten hade hon kontakt med mottagningen omkring femton gånger, i allmänhet per telefon, bland annat för att hon sedan partus besvärats av svettningar och värmekänsla. Orsaken till dessa besvär ansågs vara att hon medicinerade med det antidepressiva Klomipramin. Men en dosminskning hade ingen säker effekt.

Tappade 10 kilo

Vid tre tillfällen besökte hon läkaren, men någon somatisk undersökning tycks inte ha gjorts.

I november uppgav hon att hon ofta fick gå klädd i linne och shorts inomhus på grund av värmekänslan. Hon säger sig ha nämnt om dagliga diarréer, vilket inte noterats i journalen. Under ett halvt år efter partus hade hon minskat drygt 10 kg i vikt.

Vid rutinbesök på barnavårdscentrallen i december misstänkte barnläkaren att modern hade hypertyreos och remitterade henne till medicinmottagning. Där fann man att kvinnans hjärtfrekvens var över 100 slag i minuten, att

hon hade fingertremor och förstorad sköldkörtel. T3 och T4 var starkt förhöjda. Hon ordinerades radiojodbehandling.

Symtomen tydliga

På Patientförsäkringen bedömdes att hennes symtom hade observerats och tolkats på ett riktigt sätt »med hänsyn till vårdnivån».

Hon överklagade avslagsbeslutet till Patientskadenämnden. Där ansåg man att hon borde ha kroppundersökts vid den psykiatriska instansen och föreslog ersättning för tre månaders diagnosfördröjning.

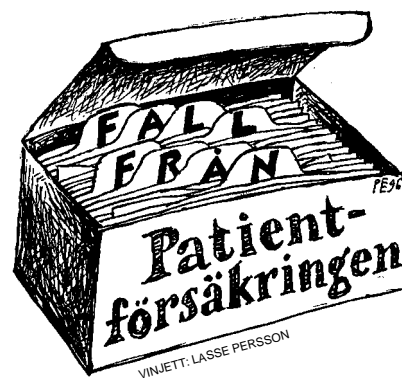
Varje psykiater känner väl till de fysiska och psykiska symtomen vid hypertyreos. Här angav patienten tydliga symtom, och en ytlig undersökning och laboratorieprov hade givit diagnosen. Den miss som gjordes i detta fall torde vara ett undantagsfall.

Fall 2

En 45-årig kvinna behandlades under 1989-90 i psykiatrisk öppen vård för en depressiv och ångestbetonad störning, som hon ansåg hade börjat i samband med att hon förflyttades i arbetet. Hon kände sig nu deprimerad, trött och orkeslös. Hon remitterades i juli 1989 av en privatpraktiserande läkare till en psykiatrisk klinik på grund av ångest och depression.

Hon fick tid på mottagningen i september. En kurator tog emot henne och gjorde en utmärkt anamnestic genomgång. Fallet togs upp vid en teamkonferens, och läkaren ordinerade antidepressivum och anxiolytikum samt sjukskrev kvinnan.

Först efter ett halvår och sedan patienten haft elva samtal med kuratorn



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26-27, 28-29, 35, 38, 44 och 48 1996 samt nr 8, 10 och 20 1997.

hade läkaren direkt kontakt med patienten. Hon klagade då bland annat över att det satt »som en knut eller spänning mitt i magen».

Man bedömde att hon, troligen till följd av somatiska besvär, hade utvecklat en neurasteni med depressiva symtom och ångest. Hon ordinerades arbetsträning.

Kuratorn åtog sig sedan fallet för terapeutiska samtal, som mest rörde den oförrätt patienten ansåg sig ha lidit i arbetet. Ihärdiga försök till rehabilitering gjordes. Hon klagade under hösten 1990 över trötthet. Under hela denna tid hade hon upprepade infektioner i svalg och öron för vilket hon hänvisades till distriktsläkaren.

I slutet av november samma år togs hon in på en gynekologisk klinik där man fann 12 liter ascites i buken och en stor ovarialcysta. PAD visade ovarial-

Författare

GUNNAR HOLMBERG
professor, Danderyd.

ANNONS

cancer, som behandlades med gott resultat.

Patienten var mycket upprörd för att tillståndet inte hade upptäckts på psykiatriska mottagningen. Att hon under en period hade ökat i vikt ansåg man där bero på medicineringsmedel med antidepressiva.

Psykiatern kunde inte klandras

Anmälan till Patientskadeförsäkringen riktades mot psykiatrin, men psykiatern framhöll att han vid varje somatiskt klagomål hänvisat till distriktsläkaren. Denne hade enligt journalen gjort kroppsundersökning vid ett par tillfällen, men inte av buk eller underliv. En barnmorska hade vid vaginal undersökning funnit en utspänd buk, som hon antog berodde på gasspänning i tarmarna.

På Patientförsäkringen ansåg man att de somatiska instanserna uppenbart hade missat cysta och ascites, medan psykiatern inte kunde klandras då han haft anledning att förlita sig på distriktsläkaren.

Någon ersättningsbar behandlings-skada, som berodde på fördröjd diagnos vid psykiatriska mottagningen, förelåg därför inte.

Patienten känner sig dock kränkt av psykiatrin och har överklagat till Patientskadenämnden.

Begränsad undersökning

Inom den slutna psykiatriska vården är fullständig somatisk undersökning obligatorisk.

I den öppna psykiatriska vården däremot inskränks den somatiska undersökningen ofta till att anamnesticke höra om eventuella somatiska symtom, iaktta eventuella yttringar av sådana symtom och sedan göra undersökningar och laborietest på tillämpliga punkter. Vid behov remitteras patienten till somatisk läkare för utredning och behandling.

I öppen vård är det dessutom ofta annan personal än läkaren som i första hand sköter en patient. Socialstyrelsen har uppmuntrat sådan delegering inom psykiatrisk öppen vård, vilket innebär att läkaren vid remissdragning i konferens kan delegera ansvaret för ett fall till en annan team-medlem och sedan få rapport om fallet vid fortsatta konferenser.

Borde få träffa en läkare inom rimlig tid

Själv är jag ingen helhjärtad anhängare av systemet, som emellanåt kan leda till att en vårdsökande knappast träffar en läkare.

Självklart bör läkaren ha tillit till sin adjungerade personal, som ofta har

goda insikter och kan ge särskilda bidrag till vården i psykologiskt-socialt avseende.

Varje patient borde dock enligt min mening få göra ett besök hos läkaren inom rimlig tid eftersom läkaren ju har ett övergripande ansvar. På så sätt skulle risken minska för att en underliggande somatisk sjukdom missas.

Jag vill dock i detta sammanhang gärna framhålla att ingenting talar för att psykiatrer oftare missar somatiska sjukdomar än somatiska läkare missar psykiska sjukdomar. Kanske snarare tvärtom?

Can ge »falsk bild» av psykisk sjukdom

Några somatiska sjukdomar som kan ge en bild av psykisk sjukdom är följande:

- Hypertyreos är klassisk i detta avseende, väl känd inom psykiatrin och ofta lätt att upptäcka.

- Hjärttumörer och andra cerebrala affektioner uppmärksammas av naturliga skäl mycket inom psykiatrin (fallbeskrivning i nästa artikel). Huvudvärken kan uppfattas som »neurastenisk spänningshuvudvärk».

- Njur- och leverinsufficiens med intoxikation upptäcks i regel genom serologiska rutinprov. Hysteriska kräkningar respektive aptitlöshet är vanliga psykiska symtom.

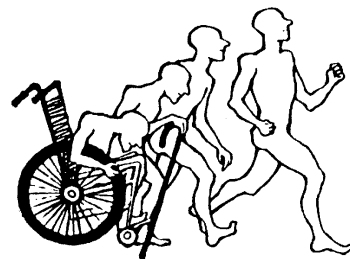
- Tryck i mellangärdet (fall nr 2) på grund av tumörer eller aortaaneurysm kan uppfattas som ångestdepression.

- Hyperparatyreos är viktigt att avslöja med laborietest eftersom symtomen inte så lätt leder till diagnosmiss-tanke.

- Porfyri är framför allt regionalt förekommande. Symtomen är ofta okarakteristiska.

- Diabetes med symtom på grund av hypo- eller hyperglykemi avslöjas i allmänhet genom rutinprov.

- Intoxikationer är synnerligen vanliga bland såväl psykiatriska som somatiska patienter. Utfrågning om alkoholvanor bör vara en allmän regel.



REHABILITERING

Särtryck av en serie i
Läkartidningen 1993-94

Rehabilitering betyder i vanligt språkbruk återanpassning till ett normalt liv. Ofta används dock begreppet i den snävare betydelsen återanpassning till yrkeslivet.

Det finns ingen skarp gräns mellan att behandla och rehabilitera. Allt kliniskt arbete syftar ytterst till att främja ett normalt och självständigt liv.

En rad olika aspekter på rehabilitering i vid bemärkelse redovisades i Läkartidningen under 1993-1994. De 27 artiklarna har nu samlats i ett 96-sidigt häfte med färgomslag. Det kan beställas med kuponen nedan.

Pris 85 kronor. Vid 11-50 ex 77 kronor, vid högre upplagor 73 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Rehabilitering

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Beställning per fax:
08-20 76 19