

blem. Men det finns andra krafter som orsakat dagens situation. Var finns balanspunkten för subspecialiseringen av medicinen? Håller nackdelarna med uppdelningen av människan och kunskapsmassan på att överflygla fördelarna? Ska/kan processen stoppas?

- Bedöma om centraliseringen av vården är evidensbaserad. Ekonomitänkandet har inneburit en våldsam centralisering geografiskt och inom olika medicinska discipliner. Den styckar sönder ett helhetsomhändertagande av den sjuka människan, det som Zaremba exponerar, och försvårar samarbetet mellan olika specialister och den allmänmedicinska ansvariga distriktsläkaren. Vilka mått för den samlade effekten av medicinsk intervention ska följas? Flertalet patienter är äldre, ofta multisjuka, inte sällan med kognitiv svikt. Ska strukturomvandlingen utgå från denna stora sårbara grupp eller från selekterade diagnoser och studiegrupper?

- Presentera ett nytt ersättningsystem. Zaremba redovisar nuläget men diskuterar inte några alternativ till New public management. På något sätt måste kliniker och vårdcentraler få betalt. Hur? På allmänläkarnas webbplats Ordbyte finns uppslag om hur vårdval kan förenas med ett icke manipulativt system. Hur ska övrig öppenvård och slutenvård ersättas?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wedin M. Viktiga reportage om sjukvården i DN. Läkartidningen. 2013;110:451.
2. Zaremba M. Patienten och prisrapporten. <http://www.dn.se/kultur-noje/vad-var-det-som-dodade-herr-b>
3. Petersson C. Kontroll är frihet – en dystopi i regeringens regi. Läkartidningen. 2013;110:636-7.
4. Wedin M, Jansson K. Växande administrativa krav skadar yrkesglädjen. Dagens Medicin. 28 april 2011.
5. Wedin M. Vårdgarantin måste bli mer flexibel och jämlik. Läkartidningen. 2012;109:1387.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Lakartidningen.se

Psykos eller konfusion? En vital differentialdiagnos i sjukvården

Utifrån fallbeskrivningar vill Johan Cullberg uppmärksamma kollegerna på risken att förväxla en psykos med ett delirium/konfusionstillstånd. En felaktig psykosdiagnos kan leda till att den somatiska etiologin missas och att felaktig och riskabel behandling ges.

Maciej Zaremba inleder sin aktuella artikelserie i Dagens Nyheter om sjukvården med att berätta om en »herr A« (DN 17 februari 2013). Denne är svårt cancersjuk och nyopererad. Få dagar efter operationen börjar han »hemsökas av demoner«, dvs han blir förvirrad och aggressiv och uppfattas som farlig för både sin egen och personals säkerhet. Han river ut slangarna till droppet och försöker fly. Herr A har tidigare varit psykiskt frisk.

En rad psykiaterkonsulter ordinerar under de följande dagarna olika antipsykosmediciner, lugnande medel och sömnmedel. Då patienten inte blir bättre – han sparkas och slås på IVA – trappas medicineringen upp. Då man har svårt att få patienten överförd till psykiatrin utfärdar somatiköverläkaren ett vårdintyg. Tillståndet förvärras dock tills den psykiatribevärande hustrun menar att maken är överbehandlad. Då, 20 dagar efter förvirringens debut, ändras psykosdiagnosen till »läkemedelsbetingad förvirring«. Medicinerna sätts ut, och symtomen klingar av. Herr A avlider emellertid i hjärnblödning några dagar senare.

Zaremba ser skeendet som exempel på ett systemfel inom sjukvården, där mängden medverkande personer förhindrar att någon enskild kan ställas till ansvar – utom

klinikchefen, som tidigare aldrig varit inkopplad. Ingen kom heller att fällas.

Vid ett annat fall var jag själv konsult till en anhörig som hade anmält de vårdansvariga. Det gällde hans bror »Bertil« som lidit av en ganska stilla paranoid schizofreni. Bertil var på egen begäran inlagd på den psykiatriska akutavdelningen efter att ha sökt hjälp för ökade paranoida idéer. »Förmodligen hade han slarvat med sina mediciner«, står det i journalen, helt utan underlag. På sjukhuset behandlades han genast med antipsykosmediciner peroralt och i injektion, men hans oro

»I Bertils fall utvecklades en neuroleptikabetingad konfusion, dvs ett delirium som inte primärt hade något med den psykiatriska grunddiagnosen att göra.«

tilltog. Han blev i ökande grad aggressiv och fick föreställningar om att vara hotad till livet. »Förmodligen har han hörselhallucinationer«, står det i journalen.

Bertil konverterades till tvångsvård och lades i bälte. Hög feber tillstötte. Ångest och sömnlöshet blev allt svårare med ökande motorisk oro, »trots höjda doser med antipsykotiska läkemedel«. Man prövade även med antidepressiva. Efter att han legat 35 timmar (!) i bälte avled han i hjärtsvikt, femte dagen efter ankomsten till sjukhuset. Psykosdiagnosen ifrågasattes varken förr eller senare. Vid obduktion fann man toxiska mängder läkemedel i blodet efter en »massiv polyfarmaci« där läkemedlen interagerat på ett fatalt sätt. En genetisk analys visade dessutom att han tillhörde gruppen långsamma metaboliser-

are av de aktuella läkemedlen. Hade man ställt diagnosen läkemedelsbetingad konfusion hade Bertils liv förmodligen räddats.

Anmälan gick via HSN, länsrätten och kammarrätten till Regeringsrätten men avlogs trots att Socialstyrelsen funnit stora brister i omhändertagandet. Många läkare hade varit inkopplade under vårdperioden men man fann inte någon möjlighet att ålägga någon enskild befattningshavare disciplinpåföljd! Den fatala feldiagnosen diskuterades inte.

Anledningen till min artikel är inte den i och för sig viktiga frågan om ansvar och skuld. Jag skriver för att visa på den medicinska risken att förväxla en psykos med ett delirium/konfusionstillstånd. »Organisk psykos« kallades det för, vilket gjorde att man kunde förledas tro att antipsykosmedicinering skulle vara indicerad. Genes, symptom, prognos och behandling är olika gentemot psykos men tillstånden förväxlas ändå, inte minst av en psykiatrisk oerfaren somatiker. Tyvärr missar ibland också psykiatriska specialister denna differentialdiagnostik, inte minst om ett delirium utvecklas hos en person med känd psykosjukdom. Men det är inom den somatiska vården som tillståndet oftast blir aktuellt.

Själv blev jag alltmer observant på konfusionsdiagnosen då jag under flera år arbetade som heltids psykiaterkonsult på en kvinnoklinik. Men jag har också senare mött det diagnostiska problemet, med åtföljande felbehandling, då jag arbetat som handledare inom psykiatrin. Ett feberdelirium kan hos en psykiskt skör person misstas för psykos. Delirium tremens har ett välkänt samband med alkohol- eller läkemedelsförgiftning, men kan även utvecklas



JOHAN CULLBERG
gästprofessor vid Ersta-Sköndals högskola
johan.cullberg@gmail.com

hos personer som utåt lyckats dölja sitt missbruk. Strax efter inläggningen utvecklas så symtomen. »Postoperativ psykos« har i flera studier visat sig bland annat sammanhänga med mängden tillfört narkosmedel och borde korrektare kallas toxiskt förvirringstillstånd eller delirium. Naturliga förvirringstillstånd hos äldre med synhallucinationer är välkända inom äldreomsorgen och får därför vanligen adekvat icke-farmakologisk behandling. I Bertils fall utvecklades en neuroleptikabetingad konfusion, dvs ett delirium som inte primärt hade något med den psykiatriska grunddiagnosen att göra.

Genesen för ett delirium är alltid en cerebral retning. Deliriet är hjärnans direkta fysiologiska reaktion på en metabol störning, intoxication, en bakterieell eller virusbetingad hjärnretning eller helt enkelt ett febertillstånd. I vissa fall kan en hjärntumör debutera med vanföreställningar som ger psykosmiss-tanke. Ofta, men inte alltid, ingår en sänkning av orienteringen till tid, rum eller person. Synhallucinationer, ångest och muskulär oro är vanliga inslag i deliriet. Hallucinationer för synen, annat än ibland som vaga ljusupplevelser, förekommer knappast hos psykotiska patienter – annat än i Hollywoodversioner. Konkreta synhallucinationer är däremot typiska vid ett delirium. Små människor eller djur kan försöka tränga sig in under dörrspringan eller kila ut ur TV-rutan, upp i sängen.

Att det finns övergångsformer mellan psykos och delirium – de beskrivs på ett oklart sätt i DSM-IV – får inte hindra att man vid varje delirium måste söka efter en organisk bakgrund. En felaktig psykosdiagnos kan, som fallhistorierna ovan visar, hindra att den somatiska etiologin uppenbaras och leda till felaktig och riskabel behandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Arbetsro – ett bortglömt begrepp

■ Apropå Maciej Zarembas artikelserie »Patienten & prislappen« publicerad i Dagens Nyheter februari–mars 2013.

Alla människor som utför något, oavsett vad, är beroende av att inte bli störda i sin syssla, åtminstone inte alltför ofta. Vissa klarar kanske denna utmaning bättre, men ingen klarar det helt utan att resultatet av arbetet påverkas negativt och stressen under själva arbetet ökar. Då jag formulerar detta när jag frågar ingenstans ett mycket vackert ord, nästan som om det vore bortglömt; ordet är arbetsro. Känn, lyssna och läs ordet en gång till.

Arbetsro. Tre stavelser. Varken mer eller mindre. Tydligt. Det saknar inget och är i sin enkelhet helt perfekt. Jag har svårt att finna något mer livsbejakande, närvarande och meningsfullt än just detta ord arbetsro.

Är det då inte en smula anmärkningsvärt att dagens styrande borgerliga och liberala politiker och makthavare förpassat ordet till det mest dunkla av rum? De som bygger hela sin ideologi på människans fria vilja och hennes rätt att tänka otvunget.

I finrummet återfinns man nu i stället ord som målstyrning, kvalitetsregister, prestationsersättningar, produktionsmål, kömiljard, kostnadsytterfall, vårdvite, etcetera. De rimmar illa med det liberala, låter snarare som komna ur en svunnen sovjetisk tioårsplan. Ord som egentligen inte har att göra med det som den professionella utövaren ska ägna sig åt (i det här fallet läkaren, sjuksköterskan, arbetsterapeuten, psykologen, kuratorn, sjukgymnasten). Men som denna ändå blir en del av. Dessa ord smyger sig på, nästan omärkligt, tills utövaren en dag inser att de upptar mycket mer utrymme än yrkets egentliga mening.

För egen del har jag tidigare i livet klarat mig alldeles ut-



Foto: Colourbox

Alla som utför något är beroende av att inte bli störda i sin syssla.

märkt utan dessa ord. Jag vet inte om de nämndes eller ens fanns under hela min skolgång. Då är jag ändå född under senare delen av 1900-talet. Alternativt är de i de politiska salongerna nu gällande orden nyliga påfund. De har dock känts påhittade och omoderna alltsedan sin födelse.

För politiker och andra i maktposition kan jag dock förstå dessa ords storhet. De klingar väl och vackert för den som uppskattar ekonomiska styrsmål som enda mätbara metod. Dessutom inger de en känsla av trygghet, vilket kan utnyttjas i opinionsbildningen.

Vidare inser nog den sluge att genom dessa ord finns möjlighet att styra, till och med över sådant som egentligen inte ska ingå i en politikers, administratörs eller tjänstemans uppgifter. Man kan alltså tillskans sig illegitima arbetsuppgifter. Alltså lägga sig i saker man både saknar utbildning i och kunskap om.

Följden av detta är tyvärr ännu värre. Den verkliga yrkesmannen, den professionelle, kommer nämligen också att få ägna sig åt icke rättmätiga göromål. Till skillnad från maktutövaren, mot sin vilja efterstom den yrkesutövande av makthavaren åläggs en mängd oskäligen och inadekvata sysslor.

I slutänden blir det svårt att motivera minst 12,5 års utbildning för att bli läkar-specialist, eftersom andra, som inte har denna utbildning, i nuläget ändå bestämmer vad som ska ingå i ett patientbesök.

Nu återstår hoppet till allas vår rätt till arbetsro. För allt välgjort arbete, oavsett bransch eller yrke, förutsätter detta. Det hade inte funnits några värdefulla uppfinningar, storartade konstverk, välskrivna böcker, berömda musikstycken eller för den delen välfungerande arbetsplatser utan arbetsro.

Ett arbete utan arbetsro leder till kaos, depressioner och låg kvalitet.

Politiker: Lita på det vi lärt oss under våra utbildningar, på vår kunskap, vårt omdöme och att vi utan diffusa prislister och dyra straffböter bättre klarar att göra rätt prioriteringar. Ge oss därför tid med våra patienter, tid för reflexion och tid för välgrundade medicinska beslut. Det är vår uppgift och ingår i vårt yrke. Inte i ert.

Vården kostar och måste få kosta så länge vi har det system vi har. Men lägg pengarna på rätt saker, exempelvis fler och bättre utbildningsplatser för samtliga vårdrelaterade yrken, medicinsk fortbildning och medicinsk utrustning. Inte som nu på kvalitetsgranskningar, styrtal och andra oklara administrativa sysslor.

Administrationn ska vara anpassad till verksamhetens krav!

Men framför allt, och för allas bästa, ge oss arbetsro att ägna oss åt det vi ska!

Anders Dahlstedt
ST-läkare

i allmänmedicin,
medicine doktor,
Stockholm

anders.dahlstedt@sll.se



**MER DEBATT PÅ
LÄKARTIDNINGEN.SE**

**Slutreplik om
farlighetsbedömning:**

--- Den psykiater som alltid behöver klamra sig fast vid vetenskapliga studier ... har det inte lätt. ---

Carina Hellström