

Är vi alla lurade?

Om överdrifter, hemligheter och lögner i sjukvården

R I boken »Malingering and illness deception« hävdas att bedrägligt beteende som skattefusk, tentamensfusk, snatteri och svartjobb är vanligt i samhället och att sjukvården därvidlag inte är något undantag. Området är kontroversiellt. Läkarens gärning är att bistå lidande människor, någon gång bota, ofta lindra, alltid trösta. Det är därför ett moraliskt svårt dilemma när man ställs inför att ifrågasätta patientens trovärdighet så mycket att man påstår att han eller hon ljuger eller gör sig till. Olusten att upptäcka och avslöja fusk leder sannolikt både till att det upptäcks och identifieras alltför sällan och att det inte heller diskuteras inom kåren.

ANDERS LUNDIN
överläkare, Psykiatriska kliniken, FoUU-sektionen, Danderyds sjukhus, Stockholm anders.lundin@ds.se

CHRISTIAN OLDENBURG
leg psykolog, Neuropsykologimottagningen, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm; båda vid Danderyds sjukhus, Stockholm

II Handen på hjärtat, när hände det senast att en patient överdrev, undanhöll information eller rent av ljög om sina symtom för dig? Frågan är svår att besvara, eftersom vi i regel saknar såväl beredskap som instrument för att upptäcka det. Men om lögnen är lika vanlig inom vården som på andra sociala arenor är risken stor att det hände nyligen.

Fall 1

En man vårdas på en vårdavdelning för epilepsiliknande anfall. Epileptisk genes kan dock inte påvisas trots EEG-registrering under pågående anfall. På misstanke om pseudoepileptiska anfall görs en fördjupad utredning. Vid denna berättar mannen om en uppväxt med svåra traumatiserande inslag under flera års tid före puberteten. Den planerade utredningen kan aldrig fullföljas, eftersom mannen avbryter kontakten med kliniken och söker på sin vårdcentral med ett förfalskat läkarintyg, där det anges att han har epilepsi och en reumatisk sjukdom. Enligt intyget kräver epilepsisjukdomen att han får bensodiazepiner och att den reumatiska sjukdomen behandlas med ett intravenöst administrerat preparat. Han måste därför utrustas med venös infartskanyl. Inget av detta är sant. Det falska intyget avslöjas och polisanmäls men någon polisiär åtgärd vidtas inte.

Några veckor senare läggs mannen in med feber på infektionsklinik, där man konstaterar sepsis med tarmbakterier. Den behandlas på sedvanligt sätt. En vecka efter utskrivningen återkommer han med liknande sjukdomsbild, en ny sepsis konstateras, denna gång med en annan bakterie ur den egna tarmfloran.

De upprepade infektionerna med egna tarmbakterier leder till misstanken att han själv injicerat bakterierna via den infartskanyl som han periodvis har i armvecket. Mannen begär att få en permanent central venkateter inlagd, vilket dock avstyrs. Under pågående antibiotikabehandling i hemmet återkommer han med en ny böld på armen. Han uppger att han tar den ordinerade antibiotikakuren, men vid bestämning av plasmakoncentrationer kan antibiotika i blodet inte påvisas. Då varet pressas ut ur bölden ses ett flertal stickmärken i bölden, vilket tolkas som att patienten fört in bakterier-na i armen med en injektionsnål.

Vid varje kontakt med sjukvården framhåller mannen vikten av sekretess och förhindrar aktivt kontakter och informationsutbyte mellan olika vårdgivare. Han hotar att anmäla de läkare som sätter sig över detta. Mannen uppsöker ett flertal olika vårdgivare, såväl allmänpraktiserande läkare som olika specialistkliniker. Olika diagnoser anges, däribland cancer i avancerat skede, ofta med krav på förskrivning av bensodiazepiner eller sjukskrivning. Senare söker mannens sambo på vårdcentralen och uppger att patienten lider av cancer i terminalt skede. Sambon har nu önskemål om egen sjukskrivning och förskrivning av lugnande medel på grund av krisreaktion i samband med sin fästmans cancersjukdom.

Fallet illustrerar ett gravt bedrägligt



beteende, som kallas patomimi, factitia-sjukdom (factitious disorder) eller Münchhausens syndrom, inklusive självskadande beteende [1]. Vissa av de vinster som beteendet leder till är lugnande medel och sjukskrivning, vilket brukar vara fallet vid simulering. Andra vinster förefaller bara hänga samman med önskan att ha sjukrollen, vilket kännetecknar patomimi. Agerandet är självdestruktivt och sätter den egna hälsan på spel. Ett udda och spektakulärt inslag är att sambon senare söker för problem relaterade till en av patientens konstruerade sjukroller. Fallet innehåller även kriminella och straffbara inslag, som urkundsförfalskning.

Fall 2

En kvinna söker för huvudvärk efter att tidigare under dagen ha slagit i huvudet. Hon läggs in på neurologklinik för com-motioobservation. Utredningen kan inte påvisa några tecken till allvarlig skada, men beteendet är påverkat och medvetandegraden fluktuerar, varför kvinnan hålls kvar några dagar för fortsatt observation. Hon skrivs ut men återkommer några dagar senare efter att ha påträffats i hemmet vakenhetssänkt och okontaktbar. Vid ankomsten till sjukhuset läggs hon i respirator, men då utredningen fortfarande inte kan påvisa någon patologisk process tas hon ur respiratorn.

Efter uppvaknandet uppger kvinnan att hon glömt hela sitt tidigare liv. De enda människor hon känner igen är för-



FOTO: IBL BILBYRA

Bedrägligt beteende är kanske lika vanligt i vården som på andra sociala arenor.

äldrarna. Hon känner inte ens igen sina egna syskon och minns inte heller tidiga-

re arbeten, intressen, kamrater eller pojkvänner. Hon är yr, har balansproblem, vinglar när hon går och stödjer sig därför i väggen. Balansrubbningsen är avledbar och ger inte misstanke om underliggande organoneurologisk störning.

Under de närmaste veckorna normaliserar balansen. Minnesförmågan återhämtar sig gradvis, men minnesluckan för de personliga förhållandena under senare år kvarstår. Patienten är påfallande obekymrad om det. Arbetsgivaren vid tiden för insjuknandet kontaktas och följande historia rullas då upp. Kvinnan har några månader tidigare börjat ett nytt arbete som säljare. Hon håller den första tiden en hög profil och skryter ofta om sina framgångar. Ledningen upptäcker dock flera grava oegentligheter och konfronterar henne med detta. Kvinnan avviker då från arbetsplatsen. Dagen därpå söker hon på sjukhuset med besvärshunden som beskrivs ovan.

Tillståndet uppfattas som simulering alternativt dissociativ minnesstörning, och det medvetna eller omedvetna motivet är att undkomma skammen, dels över att ha blivit beslagen med lögn men också över att inte kunna leva upp till sina höga ambitioner. Inom loppet av några månader är kvinnan återställd och åter i

arbete, dock inte inom det företag där hon blivit avslöjad.

Fall 3

En man kör av vägen med sin bil. Han är vid detta tillfälle på hemväg från en utlandsresa. Bilen påträffas enligt polisrapporten ståendes vid sidan av vägen med gående motorer. Efter att ha varit försvunnen en vecka dyker han upp i föräldrahemmet. Han uppger då att han inte vet hur han kommit hem eller var han befunnit sig den senaste veckan. Han har diffusa minnen av själva trafikincidenten men inga som helst minnen från den vecka som förflutit mellan trafikincidenten och då han dyker upp i hemmet.

Han har inga kvitton eller biljetter från vilka man kan sluta sig till var han befunnit sig eller hur han tagit sig hem. Han går inte tillbaka till sitt arbete. Han tar inte heller kontakt med sin egen familj utan isolerar sig i stället några veckor i föräldrahemmet. Han vägrar uppsöka sjukhus och vägrar träffa tillkallad läkare. Han uppträder bisarrt, vägrar tala svenska men förstår svenska och läser svenska tidningar. Han framhärdar i stället i att prata engelska.

Då han långt om länge undersöks av neurolog företer han funktionella symptom, dvs pseudoneurologiska bortfalls-

symtom som inte går att hänföra till organisk skada. Radiologisk undersökning kan inte påvisa tecken till hjärnskada. På grund av oförmåga att ligga stilla i röntgenkameran blir bilderna av bristande kvalitet. Cirka två år efter incidenten genomgår han neuropsykologisk undersökning, under vilken han uppträder bisarrt och växlar mellan högt fungerande och perioder av mutism.

Trots den atypiska sjukdomsbilden och de spektakulära omständigheterna kring insjuknandet hävdas i flera medicinska expertutlåtanden liksom i den neuropsykologiska bedömningen att det föreligger hjärnskada med misstänkt psykotisk utveckling. Ett av de inblandade försäkringsbolagen bestrider att hjärnskada eller sjukdomsprocess föreligger, eftersom vare sig det kliniska förloppet eller undersökningsfynd stödjer det.

En icke-bevisad skademekanism, inkonsistenta undersökningsfynd, påtagligt försvårande av medicinsk utredning och tre nyligen tecknade olycksfallsförsäkringar på höga belopp pekar i stället mot simulerad sjukdomsbild. Efter prövning i två rättsliga instanser fastställs att hållpunkter för skada och sjukdom saknas. Två av sjukförsäkringarna har dock redan fallit ut till betalning och mannen lever sedan dess utomlands – som rentier.

Fall 4

En man får ett slag mot huvudet i samband med en trafikolycka. Han är inte medvetlös. Han söker på akutmottagningen, där man konstaterar att någon allvarligare skada inte inträffat. Sex veckor senare söker mannen neurolog och uppger att han successivt fått alltmer problem med minnet. Han minns inte längre sitt tidigare liv, känner inte igen sina syskon, sin förra fru eller sina vuxna barn. Han kan nästan inte redogöra för någonting från sitt tidigare liv som arbeten, resor, intressen.

Han sjukskrivs och genomgår neuropsykologisk utredning. Då sjukdomsförloppet är inkonsistent med den förväntade utvecklingen efter en okomplicerad hjärnskakning finns redan från början misstanke om simulering eller dissociativ amnesi. Den neuropsykologiska testningen kommer därför att utöver sedvanligt standardbatteri innehålla ett »forced choice-test« (se nedan) för att utröna om mannen medvetet överdri- ver sina svårigheter.

Utredningen ger disparata resultat, alltifrån resultat väl inom normalzonen till klart nedsatta. Prestationerna i minnestestet är förenliga med långt gången demensutveckling. Prestationen i igenkänningstestet är sämre än vid fri

framplockning, vilket går stick i stäv med regeln att minnesprestationerna förbättras då man ger ledtrådar. Ett forced choice-test administreras slutligen. I testet visas 50 enkla bilder av föremål för testpersonen, som sedan i en serie av 50 uppgifter ska välja mellan ett föremål som redan visats och en distraktor, dvs ett föremål som inte tidigare visats.

Forced choice innebär att testpersonen uppmanas att välja även när han känner osäkerhet. Psykologen ger kontinuerligt feedback huruvida svaret är rätt eller fel. Testet upprepas sedan en gång med nya distraktorer i igenkänningsuppgiften, vilket ytterligare ökar möjligheten för inläring och förbättrad prestation. Rationalen för ett forced choice-test är antagandet att en prestation sämre än slumpmässigt gissande indikerar en medveten ansträngning att underprestera. Testet är dock så lätt, även för patienter med genuina minnessvårigheter, att alla resultat som underskrider 90 procent rätt i andra testomgången är att betrakta som en indikation på simulering. I detta test erhåller mannen 36 procent rätt, vilket tolkas som ett medvetet försök att hålla sitt resultat lågt.

Mannen konfronteras med bedömningen att utredningen inte stöder förekomst av hjärnskada, utan att hans beteende framstår som en bluff. Hans påstådda minnesstörning har då förelegat närmare ett år. Han reagerar inte på något anmärkningsvärt sätt vid själva konfrontationen men ringer redan senare samma dag och frågar om resultaten kommer att skickas till försäkringsbolaget. Ytterligare någon månad senare ringer han igen och meddelar att han fått tillbaka minnet. Han har nu »förstått att han varit i kris«, vilket påverkat minnet men att han nu förbättrats spontant.

Moraliskt dilemma

Fallbeskrivningarna illustrerar en inte helt ovanlig företeelse i sjukvården: fusk och fejkade symtom. Området är kontroversiellt. Läkarens och sjukvårdens gärning är att stå de lidande människorna bi, någon gång bota, ofta lindra, alltid trösta. En uppriktig önskan att göra just detta är en viktig bevekelsegrund hos flertalet som väljer vårdyrken.

Det är därför ett moraliskt dilemma när man ställs inför att så i grunden ifrågasätta patientens trovärdighet att man tror att han eller hon ljugar, bluffar eller gör sig till. Olusten att upptäcka och avslöja fusk leder sannolikt både till att det upptäcks alltför sällan och till att det inte heller diskuteras. Möjligen är en förändring på väg.

Den populäraste kursen vid American Psychiatric Associations årliga vetenskapliga kongress handlar om hur

man upptäcker simulerad psykisk sjukdom!

Patienterna inte bara bedragare

Det är viktigt att framhålla att patienterna i de beskrivna fallen inte bara kan ses som lättsinniga manipulatörer och bedragare, utan att vart och ett av fallen också innehåller sin alldeles speciella tragiska problematik.

Svår factitiousjukdom som i Fall 1 har, om än självframkallad, sin grund i en störd personlighet. Många gånger får man bara glimtvis insyn i denna störning, så tolkningarna blir med nödvändighet hypotetiska och spekulativa. De symtom som individerna presenterar är falska, men bakom den falska sjukas fasaden finns inte en frisk verklighet utan oftast en ännu sjukare och, åtminstone för individen själv, mer svårgripbar psykisk störning som maskeras av de självframkallade kroppsliga symtomen.

I Fall 2 anas en grandios problematik med oförmåga att realisera högt ställda livsmål och behov av att i allt högre grad bygga upp en självbild av lögner och överdrifter, som till sist avslöjas. När bubblan spricker tar kvinnan sin tillflykt till nya lögner, denna gång på sjukvårdens arena. I kvinnans livshistoria uppenbaras senare livslögner även i andra situationer, dock utan samma spektakulära förlopp.

Det tredje fallet rymmer ett utstuderat och förmodligen väl planerat bedrägeri. Man kan tycka att det är tragiskt att mannen väljer denna utväg för att lösa sina livsproblem – om vilka vi dock inget vet mer än att kontakten med familjen bryts efter händelsen. I det fjärde fallet är det också fråga om ett synnerligen opportunistiskt bedrägeriförsök, och det är svårt att veta om bluffen bara iscensattes visa- vi sjukvården eller om barn och omgivning också drogs in i beteendet. I sådana fall är det en problematik som inte bara drabbar försäkringskollektivet ekonomiskt utan även får emotionella konsekvenser för den närmaste omgivningen. Personerna i Fall 3 och 4 hade vid avslöjandet träffat ett flertal professionella bedömare, som inte förställt att dra rätt slutsatser av sina kliniska iakttagelser.

Även läkare bluffar

Symtomöverdrifter är inte uteslutande ett patientbeteende. En tredjedel av amerikanska läkare medger att de överdriver symtom, anger felaktiga diagnoser eller anger symtom som patienten inte har i syfte att hjälpa dem till ersättningar som deras försäkringar annars inte skulle täcka.

I länder där stora belopp står på spel finns beskrivet hur de juridiska ombud- den coachar klienterna hur de skall upp-

träda vid läkarundersökning – vad som skall betonas och vad som skall undanhållas – och vid neuropsykologisk testning för att uppnå bästa ekonomiska resultat.

Rättsfall som mordet på utrikesminister Anna Lindh har rönt medial uppmärksamhet. Det har också medfört en diskussion om huruvida brottslingar avsiktligt åberopar psykisk sjukdom för att uppnå straff lindring.

Är Mijajlo Mijajlovićs påstående att han styrdes av röster sant eller är det en medveten efterkonstruktion i syfte att uppnå strafffrihet? Har Ulf Olsson verkligen glömt de två mord han nyligen dömdes för?

Ny bok diskuterar problemet

Sådana frågeställningar diskuteras i en bred genomgång av området i boken »Malingering and illness deception« [2]. En av bokredaktörernas utgångspunkter är att simulering eller symtomöverdrifter inte har någon plats i gängse diagnostik, trots att de hör hemma i sjukvården. Det är inte heller ett biomedicinskt fenomen och bör därför, liksom sjukdomsbeteende i allmänhet, belysas från olika, inte enbart medicinska utgångspunkter.

Inte bara medicinska faktorer styr

Det finns, menar redaktörerna, en determinism i den biomedicinska modellen, som gör det lätt att förbise att människor i flertalet sociala situationer, inklusive stora delar av sitt sjukdomsbeteende, har kontroll och inflytande över sina handlingar. Författarna menar att symtomförvrängning – i en skala alltifrån lätta överdrifter till vita lögnar – bara kan konceptualiseras på ett meningsfullt sätt i en sociologisk modell som erkänner människans fria vilja och därmed också förmåga att, med olika grad av medvetenhet, sträva efter förmåner associerade

med sjukrollen. Betoningen av icke-medicinska dimensioner av sjukdomsrelaterat beteende är väsentlig för att komma runt den medicinska modellens begränsande inriktning på sökande efter »bakomliggande biologiska orsaker« som den enda giltiga förklaringen till ett avvikande sjukdomsbeteende.

Objektiva mått på hälsa visar avgörande förbättringar under senare år, men i gengäld har en ökning skett av den subjektiva ohälsan, av symtombaserade tillstånd som inte vilar på objektiv diagnostik utan på subjektiva besvärsskrivningar. Det finns, enligt bokens redaktörer, inga skäl att tro att symtomöverdrifter skulle vara ovanligare än andra bedrägerier som t ex skattefusk. Mötet med simulerade eller överdrivna symtom skapar dock för vårdgivare en konflikt mellan behandlarrollen och rollen som myndighetsperson och samhällsföreträdare i vissa fall.

Den subjektiva ohälsan ökar

Författarna diskuterar spänningsförhållandet mellan sjukdomsbegreppen »disease« och »illness«. Disease betecknar traditionella biomedicinska diagnoser med påvisbara strukturella, patologiska förändringar, medan illness betecknar subjektiv ohälsa. Illness-tillstånd utan påvisbar bakomliggande patologi är subjektiva hälsoproblem, vilka ökar i omfattning. Det lidande som dessa tillstånd innebär ska därmed inte förringas, men ökningen är, enligt författarna, uttryck för ett pågående paradigmskifte i medicinsk praxis. Utan traditionellt legitimerande tecken på en tydlig biologisk eller fysiologisk störning blir de symtombaserade diagnoserna till syvende och sist beroende av de bakomliggande trosföreställningarna hos patient, läkare och det omgivande samhället. Spänningarna i detta paradigmskifte ger sig till känna i de titt som tätt uppblossande

vetenskapliga kontroverserna kring diagnoser som t ex amalgamkänslighet, kroniskt trötthetssyndrom och whip-lashsyndrom.

Även om de flesta som reflekterat över ämnet är överens om att gränsen mellan friskt och sjukt i många fall är flytande har det betydelse var man, i det konkreta fallet, faktiskt drar gränsen. Det avgör vem som ska arbeta och vem som ska sjukskrivas, vem som ska straffas och vem som ska vårdas, vem man kan ställa krav på och vem man ska ta extra hänsyn till. Författarna påminner om att förtidspensioner ökat trefaldigt i vår del av världen trots att flera andra hälsomått visar en trend mot bättre hälsa.

Olika förklaringar till symtomöverdrifter

Förklaringar till symtomförfalskning eller symtomöverdrifter kan göras från biomedicinska, biopsykosociala eller icke-medicinska utgångspunkter. Diskussioner av dessa modellers skilda synsätt landar ofta i frågor om människans natur (är människan egoist eller altruist?) eller om graden av personligt ansvar (har människan fri vilja eller är hon offer för sin biologiska natur?).

Den biomedicinska modellen tenderar då att framhålla de patologiska processernas autonomi och ignorera individens förmåga att ta ansvar och välja sitt sjukdomsbeteende, eftersom de är föremål för en patologisk process som ligger utanför deras kontroll. Den biopsykosociala modellen beskriver i stället hur symtom filteras genom individernas attityder, värderingar, bemästringsförmåga och sociala och yrkesmässiga sammanhang samt hur detta påverkar upplevelsen och uttryckandet av lidande och funktionsnedsättning.

Bedrägligt beteende är vanligt

I boken lanseras tanken – och underbyggs med statistik – att bedrägligt bete-

ende (skattefusk, tentamensfusk, snatteri, lögn om ålder, osant skryt, döljande av ofördelaktiga personliga förhållanden, otrohet i relationer, svartjobb m m) i stort som smått är vanligt i samhället. Så länge vi inte hävdar att fundamentala mänskliga förmågor som fri vilja, avsikter och beslutsfattande alltid bör förklaras av en medicinsk eller psykiatrisk diagnos kan vi inte heller hävda att allt sjukdomsassocierat beteende – inklusive symtomöverdrifter – skall kunna förklaras i en reduktionistisk medicinsk modell. Alltså bör inte heller simulering eller symtomöverdrifter ses som ett sjukdomsbeteende på jakt efter en underliggande sjukdomsprocess utan som en tämligen utbredd social avvikelse från den förutsatta normen, som ett medvetet valt beteende i syfte att uppnå personliga fördelar. Motiven kan förstås vara sammansatta, och överdrifter eller simulering är inte i sig ett skäl att överge patienten.

Vidgad teoretisk referensram behövs

Författarnas syfte är inte att driva tesen att alla patienter med medicinskt oför-

klarade symtom bluffar. Man är snarare ute efter att synliggöra en slags blindhet som sammanhänger med den gängse synen på vad som orsakar symtom. Det ligger i det biomedicinska paradigmatets natur att rikta uppmärksamheten åt ett visst håll, att ange hur man närmar sig kunskapsobjektet och vilka typer av förklaringar som är möjliga att ge, dvs att orsaken till symtom ska sökas i biomedicinska avvikelser.

Det finns därför en låg beredskap bland läkare att uppmärksamma sociala drivkrafter för sjukdomsbeteende som inte låter sig inordnas i detta synsätt. Med boken om »Malingering och illness deception« har författarna inventerat betydelsen av lögnen i sjukvården och demonstrerat behovet av en vidgad teoretisk referensram för att förstå sjukdomsbeteende i dess vidaste bemärkelse.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Vissa uppgifter i fallbeskrivningarna är ändrade.

Referenser

1. Feldman MD, Ford CV. Factitious disorders. In: Kaplan BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Halligan P, Bass C, Oakley D. Malingering and illness deception. Oxford: Oxford University Press; 2003.



= artikeln är referentgranskad