

# Konsensusdokument psykiatri

Per Anders Johansson

Artikeln beskriver kortfattat förslag till riktlinjer för försäkringsmedicinsk bedömning av människor med psykisk störning med utgångspunkt från ett av försäkringsöverläkarna och psykiatrisk expertis gemensamt utarbetat konsensusdokument inom ämnesområdet psykiatri.

Per Anders Johansson är Försäkringsöverläkare i Hallands län och överläkare (?) vid avdelningen för medicinsk rehabilitering, Länssjukhuset i Halmstad.

## Bakgrund

I mitten av 90-talet väcktes i försäkringsöverläkargruppen Sverige tankar på att utforma konsensusdokument inom angelägna försäkringsmedicinska områden. Utgångspunkten för arbetet var de svårigheter vi såg i den dagliga praktiska handläggningen av försäkringsärenden på våra kassor. Grunden för att skapa förutsättningar för en rättvis, objektiv och likformig bedömning i försäkringsmedicinskt, och senare försäkringsjuridiskt avseende, är att det föreligger ett fullgott medicinskt underlag som grund, men också kunskaper om vilka rekvisit som behöver vara belysta för att uppnå denna målsättning.

Flera olika sjukdomsområden lyftes upp som särskilt angelägna, varvid psykiatri var ett av dessa.

Socialstyrelsen konstaterar i 1994 års folkhälsorapport att mellan 20 och 30% av den

vuxna befolkningen i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa eller nedsättning av det psykiska välbefinnandet. I rapporten uppskattas den årliga kostnaden för vård, sjukskrivning, förtidspension och produktionsbortfall till 45 miljarder kronor.

Inom försäkringskassorna ser vi också en ökande andel sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. Samtidigt har bl a en av försäkringskassan i Halland gjord inventering tillsammans med psykiatrin i länet visat att det finns en betydande rehabiliteringspotential i patientgruppen psykiskt störda, bedömt utifrån professionens egna värderingar av de enskilda pat. Tyvärr har den psykiatriska rehabiliteringen, enligt mitt förmenande, inte fått tillnärmelsevis de resurser som finns på den somatiska sidan.

Ett annat brännande problem utgörs av medikaliseringen av olika symptomyttringar och därmed risk för en glidning i sjukdomsbegreppet. Begreppet sjukdom blir något som inte enbart grundas på medicinska landvinningar och vetenskapsteorier utan påverkas av influenser från kultur, religion, politik, samhällsuppfattningar om vad som är sjukdom, men påverkas också av trygghetssystemens utformning. Jag lägger inte någon värdering i

---

---

*Den psykiatriska rehabiliteringen har inte fått tillnärmelsevis de resurser som finns på den somatiska sidan.*

---

---

---

---

*I gränslandet mellan somatik och psykiatri finns ett växande problemområde*

---

---

om det är rätt eller fel men faktum kvastår att denna multifaktoriella bakgrund till begrepp sjukdom tydliggör behov av struktur och vetenskaplighet i så väl den medicinska som försäkringsmedicinska processen.

Den försäkringsmedicinska, liksom den medicinska bedömningen skall präglas av en humanistisk människosyn och äga sin utgångspunkt i vår gemensamma etiska plattform.

Den psykiska störningen äger en alldeles speciell dimension, ur mitt somatiska perspektiv, genom att själva personligheten är inbegripen i sjukdomsprocessen. Detta gör, enligt mitt förmenande, den psykisk störde mer vulnerabel i många situationer, inte minst i ett hårdnande trygghetssystem.

I gränslandet mellan somatik och psykiatri finns ett växande problemområde där en dialog mellan våra disciplinär är nödvändig för att skapa förutsättningar för ett optimalt omhändertagande av våra pat. Ett exempel utgörs av de somatoforma syndromen. Vi inom somatiken känner oss vilna hur göra. Vi behöver psykiatrins hjälp.

Konsensusdokumentet inom psykiatri ska ses som ett första steg mot en ökad dialog och förståelse för våra respektive roller i den försäkringsmässiga processen. Ur försäkringskassans synpunkt ser vi fram emot och hoppas på en fortsatt utveckling och fördjupning av vårt samarbete.

Efter dessa reflektioner skall jag nu presentera själva konsensusdokumentet i psykiatri.

Underlaget för dokumentet har utarbetats vid två försäkringsöverläkarkonferenser, dels i Sundsvall mars 1997, dels i Halmstad augusti 1997.

Under marsmötet definierades fyra angelägna problemområden, nämligen

- somatoforma syndrom
- förstämningssyndrom
- personlighetsstörning
- krisreaktioner

Till Halmstadskonferensen hade flera experter inbjudits på respektive område; för somatoforma syndrom överläkare Jürgen Linder, Psykiatriska kliniken Karolinska Sjukhuset, för förstämningssyndrom överläkare Hans Eriksson, Universitetssjukhuset Lund, för personlighetsstörningar överläkare Lars Häggström, Psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Halmstad samt för krisreaktioner chefsläkaren vid RFV Rikard Moravski.

När dokumentet utarbetats har detta skickats till samtliga försäkringsöverläkare i landet för underskrift och därefter distribuerats till samtliga kassor i landet. Försäkringsöverläkarna har också beretts möjlighet att för Psykiatriska föreningens styrelse presentera dokumentet. Vi har därvid erhållit positivt gensvar för innehållet i det dokumentet som försäkringsöverläkarna tillsammans med psykiatrisk expertis utformat.

Nedan följer det kompletta dokumentet.

### **Konsensusdokument inom problemområdet psykiatri**

Många individer som söker sjukförmåner från Socialförsäkringen lider av psykisk ohälsa. En del av de psykiska symptomen är subjektiva och kan utgöra en naturlig del av den mänskliga tillvaron. Symptomens intensitet och varaktighet avgör då graden av ohälsa.

Försäkringsläkarens uppgift är att bedöma kvalitet och innehåll i tillgängligt medicinskt underlag. Vidare bedöms det medicinska tillståndets konsekvenser för funktionsförmågan. Försäkringsläkaren skall även ge försäkrings-

kassans tjänstemän råd och stöd i ärendets fortsatta handläggning. Samverkan av biologiska, psykologiska, familjära och socio-kulturella faktorer kan medverka till skillnader mellan olika individer vid utveckling av psykisk ohälsa efter påfrestning av likartat slag. Detta medför en komplexitet i den försäkringsmedicinska bedömningen.

Skyldigheten att i varje enskilt fall kunna göra en rättvisande bedömning ställer stora krav på struktur och innehåll i det medicinska underlaget. I ett fullödigt medicinskt underlag skall framgå art, grad och varaktighet av det psykiska syndromet och på vilket sätt detta påverkar funktionsförmågan i dagligt liv. Vidare skall framgå den försäkrades förmåga att relatera till andra, som till exempel att inordna sig i en arbetsgemenskap. Stor vikt bör läggas vid beskrivningen av de möjligheter till medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering, som den totala situationen medger. Vid diagnostiken bör kriterierna ingående i ICD-10 uppfyllas och för en heltäckande beskrivning av det psykiska tillståndet är DSM-IV tillämpbar.

### Somatoforma syndrom

Bland de somatoforma syndromen kan särskilt somatoformt smärtsyndrom medföra diagnostiska och bedömningsmässiga svårigheter. Vid oklara smärttillstånd skall därför det medicinska underlaget vara så utförligt, att det framgår att ställningstagande gjorts till de diagnostiska kriterierna enligt DSM-IV. Om dessa kriterier ej uppfylls skall det somatiska underlaget omvärderas. Detta skall då göras i ett multidisciplinärt perspektiv.

Samma principiella krav skall ställas på underlag, där något av de övriga somatoforma syndromen åberopas.

### Förstämmningssyndrom

Följande skall beaktas:

- om det föreligger diagnostik enligt vedertaget system, önskvärt DSM-IV, annars ICD-10
- om det föreligger symptombeskrivning som innefattar arten och graden av besvären samt beskriver funktionsinskränkningen
- om det föreligger beskrivning av behandlingsplanering samt dennas konsekvenser för funktionsförmågan samt beskrivning av tillståndets prognos
- att fall, där sjukskrivning fortskrider utöver 2-3 månader, närmare utreds med avseende på komplicerande och konkurrerande psykosociala samt annan psykiatrisk sjuklighet.

### Personlighetsstörning

Personlighetsstörning enligt DSM-IV är en vanlig bakomliggande orsak till resurskrävande rehabiliteringsärenden, både för sjukvården och försäkringskassorna. Ett utvidgat samarbete mellan Psykiatrin och Försäkringskassorna skulle medföra att en mer enhetlig bedömning och rehabiliteringsstrategi möjliggörs. Psykiatrin bör därför ställa upp med sin specialistkompetens, där en tydlig diagnos, ett klagörande av tillståndets art och grad samt en aktuell funktionsbedömning kan ligga till grund för fortsatt korrekt handläggning.

Utredning av oklara och problematiska fall bör innehålla:

Specialistpsykiatrisk bedömning och diagnostik enligt DSM-IV, axel I+II, SCID-intervju, projektiva test och neuropsykologisk/psykiatrisk utredning kan erfordras.

### Krisreaktioner

Krisreaktioner är att betrakta som en normal reaktion på psykiska trauma. Reaktionen följer i regel relativt förutsägbara faser och med-

för sällan omfattande eller långvarig reduktion av arbetsförmågan.

I vissa fall kan psykiska traumas valör eller duration, felaktig initial handläggning, vulnerabel eller störd personlighet, bristande socialt stöd eller slentrianmässiga och planlösa rehabiliteringsinsatser leda till en mer utdragen reaktion, såsom anpassningsstörning.

För att i dessa fall kunna göra en korrekt

försäkringsmedicinsk bedömning krävs att läkarutlåtandet noggrant beskriver

- traumats natur
- reaktionens grad
- krisens fas
- individens predisponering och vulnerabilitet
- tillgång till socialt stöd
- omfattning och resultat av genomförda och planerade terapiinsatser.