

**HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS UPPLEVELSER AV ATT BEMÖTA PER-  
SONER MED MÜNCHAUSENS SYNDROM**

**Litteraturöversikt**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 2017-06-02  
Kurs: HT 2015

Författare: Anna Nordin

Handledare: Margareta Ramsjö

Examinator: Anders Rüter

## SAMMANFATTNING

Antalet besök inom hälso- och sjukvården ökar varje år. Det leder till högre krav på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens att kunna prioritera och urskilja de som är i störst behov av sjukvård. Samt ställer krav på förmåga till professionellt bemötande av vårdpersonal. Bemötande tenderar vara en unik upplevelse som kan ha stor betydelse för den enskilda individen. Alla individer har i bemötandet olika förutsättningar, fördelar och begränsningar. Bedrägligt beteende så som fusk och lögn förekommer i mötet mellan personer dagligen i samhället. Skattebedrägerier, svartjobb, tentamensfusk och stölder är samhällets vardag. Det är inget undantag inom hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift är att bistå lidande människor, någon gång bota, ofta lindra och alltid trösta. Det förekommer att patienter söker för medicinskt oförklarbara symtom, med skickligt imiterade symtom försöker de lura sig till vård, detta grundar sig i ett sjukligt behov av bekräftelse, vilket uppnås genom att inta patientrollen. Dessa patienter benämns med Münchausen syndrom eller factitious disorder. Dessa patienter är dels en patientsäkerhetsrisk gentemot andra patienter eftersom de upptar stora resurser, dessutom är de en fara för sig själv genom ofta förekommande obefogade undersökningar och behandlingar. Syftet var att beskriva hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av bemötande av patienter med Münchausen syndrom inom hälso- och sjukvården. Som metod valdes en litteraturöversikt där relevanta artiklar har samlats in från databaserna PubMed, CINAHL, Medline och PsykINFO. Resultatet av litteraturöversikten visade att hälso- och sjukvårdspersonal upplever mötet med Münchausen patienter utmanande men också med känslor av att vara obekväma i bemötandet. Känslor av frustration, kompetensbrist samt känslor av att bemötandet blir onaturligt och rubbat uppstår. Dessutom tenderar hälso- och sjukvårdspersonalen ifrågasätta sin egen kompetens både teoretiskt och kliniskt.

Nyckelord: Münchausen syndrome, Factitious disorder, Bemötande, Hälso- och sjukvårdspersonal perspektiv, Upplevelser.

## **ABSTRACT**

The number of visits in health care increases every year. It leads to higher standards of health care professionals the skills to be able to prioritize and distinguish those who are most in need of medical care. And requires ability to take a professional approach. Treatment tends to be a unique experience that can be of great significance for the individual. All individuals have in responding different conditions, benefits and limitations. Fraudulent behavior such as cheating and lies occurs in the encounter between people daily in society. Tax fraud, illegal work, exam cheating and stealing are society everyday events. There is no exception in health care, health care professionals is to assist the suffering people, some time to cure, often to relieve and always comfort. It happens that patients seeking for medically unexplained symptoms, with cleverly imitated symptoms try to fool themselves to care, This is based on a pathological need for affirmation, which is achieved by taking the patient role. These patients are referred with Münchhausen syndrome or artificial interference. These patients, as well as a patient safety risk to the other patients because they occupy large resources, moreover, they are a danger to themselves by frequent unwarranted examinations and treatments. The aim was to describe the health professionals' experiences of treatment of Münchhausen patients in health care. As the approach chosen a literature review where relevant articles have been collected from the databases PubMed, CINAHL, Medline AND Psychinfo. The result of the literature review showed that health care professionals are experiencing the meeting with Münchhausen patients with challenging available a feeling of being uncomfortable in responding. Feelings of frustration, skills shortages and the feeling that the relation becomes unnatural and disordered occurs. Additionally tend Healthcare professionals to question their own competence both theoretically and clinically.

**Keyword:** Münchhausen syndrome, factitious disorder, responding, Health professional perspectives, experiences.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Sjukdomsbeskrivning.....	1
Hälso- och sjukvården .....	3
Hälso- och sjukvårdspersonal .....	3
Bemötande .....	3
Teoretisk utgångspunkt .....	7
Problemformulering.....	8
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	8
Ansats och Design.....	8
Urval .....	9
Databearbetning.....	9
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska övervägande .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	14
Resursers betydelse för bemötande av patienter med Münchausens syndrom.....	14
Relationens betydelse för bemötande .....	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och upplevelser i bemötandet av patienter med Münchausens syndrom.....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	18
Metoddiskussion .....	18
Resultatdiskussion .....	21
Slutsats .....	25
Klinisk tillämpbarhet .....	25
<b>REFERENSER</b> .....	26

Bilaga 1- Artikelmatris

Bilaga 2- Sophiahemmets bedömningsmall

## INLEDNING

Inom hälso- och sjukvården påträffas patienter som vid upprepade tillfällen uppsöker sjukvård. Av dessa frekventa besök förekommer patienter som iscensätter och imiterade symtom i syftet att få bekräftelse och inte patientroll. När tillståndet identifieras brukar det benämnas factitious disorder eller Münchaussens syndrom. Dessa patienter är både komplicerade att bemöta samt resurskrävande. Det är utmanande, ofta känslomässigt upprörande och det innebär ett etiskt dilemma för hälso- och sjukvårdspersonal att bemöta dessa patienter på ett professionellt sätt. Och dessutom på ett sätt som leder till att patienten kan få behandling för att så småningom kunna tillfriskna.

## BAKGRUND

### Sjukdomsbeskrivning

När medicinska oförklarbara symtom visar sig vara sjukdomsbilder som medvetet efterliknas rör det sig om somatiseringssyndrom, simulation eller patomimi (Ottooson & Ottooson, 2007). Simulation har en medveten egenvinst som ett motiv vilket kan innebära sjukskrivning, ekonomiska motiv i form av försäkringar eller undgå fängelsestraff och militärtjänstgöring. Vid patomimi beteenden finns inget annat motiv än att enbart inta sjukroll (Eklundh, 2013). Patomimier grundar sig i psykisk sjukdom och är helt konstlade i syftet att inta patientroll, patienter med patomimi beteende simulerar sjukdom eller överdriver sjukdomssymtom avsiktligt för att inta patientroll och därigenom få bekräftelse (Lindskog, 2014).

### Factitious disorders

Factitious disorders (konstlad sjukdom) med fysiska sjukdomstillstånd är en psykisk störning där den drabbade fabricerar och iscensätter sjukdomstillstånd i syfte att inta patientroll genom sjukhusvistelser samt har som mål att genomföra medicinska procedurer. Det förekommer att factitious disorder drabbade patienter arbetar inom hälso- och sjukvården därav innehar de stora medicinska kunskaper (Lawlor & Kirakowski, 2014).

### Münchaussens syndrom

Münchaussens syndrom är den allvarligaste formen av medicinskt oförklarbara tillstånd i form av somatiserings syndrom, patomimi beteende (factitious disorders) övervägande konstlade fenomen är fysiska tecken och symtom (Eklundh, 2013).

Begreppet Münchaussens syndrom myntades 1951, begreppet uppkom utav den tyske krigaren och äventyraren baron Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (Dickinson & Evans, 1987). Baron Münchhausen var krigare och levde i Tyskland 1720-1797, han hade ett sjukligt behov av sjukhusvård och sökte olika sjukhus, vårdinrättningar och doktorer med påhittade symtom. Baronen var en skicklig skådespelare och iscensatte flertalet olika sjukdomstillstånd bland annat rabies och buksmärter (Lindskog, 2014).

Patienter med allvarliga och medvetna oförklarbara medicinska tillstånd med somatiserings syndrom söker under många års tid sjukvård för ett otal olika sjukdomstillstånd. Ofta erhåller de kompletta utredningar för olika hypotetiska fysiska sjukdomar (Dickinson & Evans, 1987). Patienterna utvecklar en sjuklighet som ett tema i livet. Att vara en person som präglas av dålig hälsa och sjukdom blir en central uppmärksam del av den personliga identiteten (Herlofson, 2014) Personer med Münchaussens syndrom fungerar oftast helt normalt i samhället, familj och i övriga sociala samspel (Zittel, Lohman, Bauer, Klein, & Münchau, 2017).

Ett överrepresenterat antal av personer med Münchausens syndrom har tidigare i livet ofta som barn eller tonåring på något sätt blivit övergivna och utelämnade (Dahale, Hatti, Thippeswamy & Chaturvedi, 2014; Dickinson & Evans, 1987; Almedia, Alves da Silva, Xavier & Gusmao, 2010 & Lawlor & Kirakowski, 2014).

Enligt Kinns, Housley & Fredman (2013) söker patienter med Münchausen´s syndrom vård på flertalet vårdinrättningar upprepade gånger. De iscensätter symtom och sjukdomshistorier detta kan även innebära att de tillfogar sig själva exempelvis läkemedel för att laboratorieanalyser skall överensstämma med den fabricerade sjukdomen (Kinns et al., 2013). Deras sjukdomshistorier är ofta helt överensstämmande med den verkliga symtombilden av det presenterade sjukdomstillståndet, vilket är av patienten inövade och repeterade inför mötet med hälso- och sjukvården (Dickinson & Evans, 1987). De spelar en övertygande teater med kraftfulla och trovärdiga uttryck, ibland skadar de sig själva. Detta leder till svårigheter att diagnostisera och medför att diagnosen enbart kan ställas efter påtagligt övertygelse detta på grund utav minimala skillnader från den egentliga sjukdomsbilden (Kinns et al., 2013).

För att diagnoser skall kunna sättas på personer med somatiseringssyndrom som patomimi syndrom exempelvis Münchausens syndrom skall patienten under många år sökt sjukvård ett flertal gånger för behandling mot olika symptom exempelvis olika smärtsymtom, gastrointestientiala besvär, sexuellt symtom eller något pseudoneurologiskt symtom detta utan att någon organisk orsak kunnat förklara symtomen. Alla symtom skall ha haft sjukdomskaraktär. Inte sällan har sekundärvinst och ett intagande av patientroll förekommit (Brenner, Rydell, & Skoog, 2011). Dahale et al. (2014) beskriver liksom Almedia et al. (2010) att personer med factitious disorders och Münchaussen syndrom är en underdiagnostiserad patientkategori. Dahale et al. (2014) menar att hälso- och sjukvårdspersonal behöver bli mera medvetna om detta speciella och särskilda syndrom och att Münchausens syndrom diagnosen är den mest utmanande och svåraste att ställa. Almedia et al. (2010) menar att svårigheter att ställa diagnos beror bland annat på begränsad forskning inom området och därmed okunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal.

I Sverige finns ingen vedertagen sjukdomsbestämning i vare sig Socialstyrelsens register för diagnoskoder (ICD) eller i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) för Münchausens syndrom. Münchausens syndrom är en psykisk åkomma med somatoformt syndrom som hör hemma i sjukdomsgruppen patomimi, dock har Münchausen syndrom så uppseendeväckande drag därav orsaken till varför beteendet fått ett eget namn (Eklundh, 2013). I den Amerikanska motsvarigheten till register för diagnos koder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders finns en kategori som utformats under det senaste åren den benäms DSM -IV-TR. Följande sjukdomstillstånd / störningar ingår i DSM-IV-TR: somatic symptom disorder, conversion disorder, psychological factors affecting a medical condition, factitious disorders, medically unexplained symptoms och andra specifika och icke specifika somatic symptom disorders. Det krävs en lång grundlig och noggrann både psykiatrisk och fysiologisk utredning för att kategoriseras med DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2013).

## **Hälso- och sjukvården**

Vikten av att förena vårdarens och patientens olika perspektiv betonas i Hälso- och sjukvårdslagen, vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen skall främjas.

Vidare beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen att patienten aktivt skall erbjudas att medverka i vården för att uppnå bästa vårdresultat (SFS, 1982:763). I patientlagen (SFS, 2014:821) styrks och förtydligas patientens ställning för att öka patientens inflytande i vården. Patienten har enligt patientlagen rätt till information angående sitt tillstånd och behandlingsmöjligheter. Hälso- och sjukvård får inte genomföras på patienter som inte lämnat medgivande om ingen annan lag stödjer vård utan samtycke. Vården skall om det är möjligt med hänsyn till patientens förutsättningar, genomföras och planeras i samråd med patienten (SFS, 2014:821).

Ett av grundmålen för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 1997:142). Den senaste uppdaterade patientlagen från 1 januari 2015 syftar till att stärka patientens ställning, främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vidare skall patienten ha möjlighet att självständigt kunna välja vårdutövare i andra landsting eller regioner, patienten har dessutom rätt till att lättillgängligt få förtydligande av sin egen vårdinformation det vill säga patientjournal (Ivarsson, 2015).

## **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) avses hälso- och sjukvårdspersonal som den person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som därigenom medverkar inom hälso- och sjukvård som är till för patienter. Vidare beskrivs att den som i annat fall är verksam inom hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare exempelvis apotekspersonal vilka tillverkar, expedierar och lämnar råd och upplysningar om läkemedel. Personal vid giftinformation som lämnar råd och upplysningar, larmcentralspersonal samt personal vid sjukvårdsrådgivningar inkluderas som hälso- och sjukvårdspersonal (SFS 2010:659).

## **Bemötande**

Ett meningsfullt bemötande tenderar att vara en unik subjektiv upplevelse, vars innebörd kan ha stor betydelse en lång tid efter vårdtillfället för individen. Bemötande kan också vara av olika betydelse för patienten och de närstående. Närståendes behov kan vara att ha någon att kunna luta sig emot eller någon de känner samhörighet med. Patienten har istället ett större behov av tillit och att känna att de var i goda händer (Gustafsson, Snellma & Gustafsson 2012).

Blenberger (2013) beskriver bemötande som något som alltid förekommer i möten med andra människor. Bemötande handlar om samspel mellan människor en slags interaktion. Inom arbetslivet oavsett yrke innebär det oftast någon form av möte mellan andra människor. Bemötandet är kärnan i yrkesrollen. Att ha ett intresse för bemötande kan medföra en större förmåga till empatisk inlevelse i andra människors situation, en större tolerans och bidra till ökad medkänsla.

Bemötande inom hälso- och sjukvården utgörs av all interaktion mellan patient och vårdpersonal. Patienten är beroende av vårdgivarens förståelse inför patientens egna upplevelser. Bemötande är alltså av avgörande betydelse, i synnerhet om den person som blir bemött befinner sig i en utsatt position som till exempel vid sjukdom och har ett starkt behov av en professionell aktörs handlande. Till bemötande tillhör attityd, förhållningssätt och grundinställning, såväl som möte, relation och samspel (Blennberger, 2013).

Relationen patient-vårdgivare är unik och grundläggande i all typ av sjukvård och bör hantearas optimalt. Det finns inga egentliga lagar eller riktlinjer över hur vårdpersonal ska vara i sitt bemötande med patienter (Ivarsson, 2015). Bemötande handlar bland annat om hur samtal genomförs och utförs. Om både verbal och icke verbal kommunikation. Dessutom handlar bemötande om hur vi tar emot patienter, om kroppsspråk, om hur vi står i förhållande till patienten och dess anhöriga. Innebörden av bemötande inom hälso- och sjukvården innefattar människovärde, etik, människosyn, kvalitet, respekt, tillit, tonfall, uppträdande, förståelse, mottagande, värme och engagemang (Fossum, 2013).

#### Etiska aspekter i samband med bemötande inom sjukvården

Blennberger (2013) belyser etiska aspekter som uppstår i samband med bemötande. Till en början av bemötande processen värderas en person. Det kan innebära en signal om respekt och uppskattning. Det kan likväl vara uttryck i form av kritik eller genom att visa förundran över personens bakgrund relaterat till handlande och/eller egenskaper. Vidare bedöms ett visst bemötande genom handlingen, som kan vara rätt eller orätt i sammanhanget eller generellt. Därmed måste olika normer och värderingar beaktas, som sedan dirigerar vårt bemötande.

#### Hälso och sjukvårdens bemötande av personer med factitious disorders och Münchausens syndrom

Almedia et al. (2010) menar att patientkategorien är en av de mest utmanade att bemöta detta på grund utav bland annat okunskap. Enligt Almedia et al. (2010) beror okunskapen på den begränsade rapporteringen av framgångsrik behandling och handläggning av patienter med Münchausen syndrom, det finns för lite forskning kring denna patientkategori. Feldman, Hamilton & Deemer (2001) menar att hälso- och sjukvårdpersonal aldrig kan vara helt säkra på att symtomen är fabricerade om det handlar om subjektiva symtom, vårdpersonal kan aldrig bestrida att patienten inte upplever symtom som ex smärta eller yrsel. Enligt Dickinson och Evans (1987) går det inte att vid starka symtom ignorera somatisk sjukdom, även om symtomen inte visar sig bero på något akut livshotande tillstånd. Exempelvis om ett ekg är helt normalt trots stark central bröstsmärta liknande vid hjärtinfarkt krävs ytterligare undersökningar och diagnostik för att kunna säkerställa att patienten är somatiskt frisk. Feldman et al. (2001) beskriver att det är av stor vikt att ha ett gediget underlag innan vårdpersonal konfronterar patienten detta oavsett om patienten är diagnostiserad eller ej (Feldman et al, 2001). Det är viktigt att se att symtomen hos patienter med Münchausen syndrom oftast har en psykologisk bakgrund. Syndromet, sjukdomen är viktig för alla vårdgivare att känna till och därför är en väl dokumenterad journal angående sjukdomshistorien av stor vikt (Brenner et al., 2011).

Inom hälso- och sjukvården skall man alltid ha factitious disorders och Münchausens syndrom som differentialdiagnos när patienter söker sjukvård regelbundet vid upprepade tillfällen utan att någon somatisk sjukdom kan konstateras (Feldman et al, 2001). Enligt Kinns et al. (2013) lider ungefär en halv procent till en och en halv procent av alla besökare inom hälso och sjukvården av factitious disorder och Münchausens syndrom.



Dock menar Kinns et al. (2013) och Dahale (2014) att det är svårt att helt sanningsenligt kunna styrka hur många patienter som egentligen är drabbade av factitious disorder och Münchausen, detta på grund utav att många förblir helt obekräftade och ouppmärksammade.

### Hälso och sjukvårdspersonals möte med personer med factitious disorders och Münchausens syndrom

Patienter med somatiseringssyndrom exempelvis Münchausen´s syndrom har en ovilja att ta till sig någon annat svar på att deras uppvisade symtom än kroppslig sjukdom. För att behandling skall kunna bli framgångsrik krävs djupgående logisk förklaring angående patientens tillstånd. Vårdpersonalen måste bemöta patienten på ett lyhört och igenkännande sätt och via antaganden gradvis presentera alternativ förklaring (Herlofson, 2014). Dock får inte eventuell kroppslig sjukdom missas, somatiska symtom får inte psykologiseras för tidigt (Brenner et al., 2011). En för snabb övergång in på psykologiska förklaringar leder oundvikligen ofta till avbrott i relationen mellan vårdpersonal och patient. Att det somatiska perspektivet behålls som ett parallellt spår skall förklaras för patienten (Herlofson, 2014).

Trots annan förklaring till tillståndet/symtomet måste tillstånden alltid handläggas i akutsituationen. Differentialdiagnostiken hos dessa patienter är nämligen det oftast exakt lika symtomen det vill säga den imiterade verkliga kroppsliga sjukdomen (Brenner et al., 2011). Almeida et al. (2010), beskriver patientkategorien som en av de mest utmanande att möta inom hälso- och sjukvården. Den diagnostiserade patienten riskerar att vid varje nytt söktillfälle av hälso- och sjukvård ignoreras på grund utav diagnosens innebörd, att fabricerar sina symtom. Brenner et al. (2011) anser dock att de utredningar som görs i onödan är otaliga och därigenom tas sjukvårdens resurser i anspråk. Dessa upprepade utredningar befäster och bejakar patientens somatiseringsbenägenhet, factitious disorder och Münchausen syndromet ytterligare (Brenner et al., 2011). Vidare beskriver Brenner et al. (2011) att konsultationer och remisser av patienter med somatiseringsbeteenden inte skall handläggas på jourtid. Den psykiatriska behandlingen och utredningen kräver specialistkunnande av både psykiatrisk och somatisk specialitet, det bör inte påbörjas under det akuta skedet oavsett om det är på en somatisk eller psykiatrisk akutmottagning. Bedömning kan göras om depression eller psykos föreligger i övrigt kan symtombehandlingen vänta (Brenner et al., 2011).

Tydlighet samt ett balanserat förhållningssätt gentemot patienter med Münchausen´s syndrom är av stor vikt. En öppenhet för både psykologisk och somatisk förklaringsmodell respektive orsak till beteendet är att eftersträva och rekommendera. Vårdpersonal skall inte under några omständigheter befästa patientens sjukdomssymtom genom att tillgodose önskemål om vad somatikens specialiteter inte tycker är påkallat för somatiska utredningar (Brenner et al., 2011)

Att försöka enas med patienten om något annat utan fokus på de kroppsliga symtomen är en viktig del i ett framgångsrikt bemötande av patienter Münchausen syndrom. Samtalen och resonemanget skall med fördel försöka styras från de medicinska frågorna, exempelvis genom att lägga fokus på annat så som fritidsintressen eller arbetsrehabilitering (Herlofson, 2014). Patienter med Münchausen syndrom är kostsamma för sjukvården och upptar stora resurser därför är det viktigt att inom hälso- och sjukvården lyfta syndromet samt att inse värdet av att Münchausen patienter behandlas framgångsrikt (Feldman et al., 2001). Kinns et al. (2013), påstår att hälso- och sjukvårdspersonal alltid kommer att minnas det första patientmötet som visar sig vara drabbad av Münchausen syndrom. Detta på grund utav dess komplexa uttryck samt svårfångade personlighet.

### Patienters upplevelser av bemötande

Herlofson (2014) beskriver att grundläggande i bemötande av patienter med medicinskt oförklarbara symtom är att visa respekt för personens upplevelser av att ha oroande eller besvärande symtom, vidare är det av vikt att visa förståelse för patientens upplevelser av att inte ha blivit förstådd. Lawlor och Kirakowski (2014) menar att trots patientens tillvägagångssätt finns plågsamma erfarenheter av hur de blivit bemötta på ett kränkande sätt, vilket bidrar till en alltmer misstänksam hållning gentemot hälso- och sjukvårdspersonal.

Herlofson (2014) menar att i bemötandet av patienter med Münchausen syndrom är det av vikt att det finns en kontinuerlig och ansvarig läkarkontakt. Samt att vårdpersonal i mötet betonar vikten av denna kontakt. Det är den patient ansvarige läkaren som bland annat har till uppgift att kontrollera att det inte dyker upp flera somatiska åkommor som faktiskt kan kräva behandling. Vårdpersonal skall i den initiala kontakten med patienten med Münchausen hänvisa honom/henne till den behandlande läkaren om inte tillståndet kräver åtgärd omedelbart (Herlofson, 2014).

Lawlor och Kirakowski (2014) beskriver att patienter med Münchaussen syndrom upplever ett avståndstagande och en illvilja från vårdpersonal då de söker för äkta symtom och sjukdomar. Prognosen för ett fullständigt tillfrisknade för Münchausen patienter är låg men patienterna skall ges en chans och möjlighet till tillfrisknande, det finns en hel del framgångsrika metoder för tillfrisknande (Lawlor & Kirakowski, 2014).

Wong och Detweiler (2016) återger i deras översiktsartikel en sjukdomshistoria för en patient med Münchausen´s syndrom, detta för att illustrera det komplexa i att upptäcka, handlägga samt bemöta och behandla dessa patienter. Det handlar om en man i medelåldern som sedan ett decennium sökt vård för bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, bindvävssjukdom samt metabolisk sjukdom. Patienten lyckades genom manipulativ förmåga samt trovärdiga sanningsenliga symtombeskrivningar dels få diagnoser samt bli akut opererad för förmodad aorta dissektion. Patienten sökte vård på tider under dygnet då ingen röntgen fanns att tillgå, om röntgen fanns tillgänglig vägrade patienten detta på grund utav kontrastöverkänslighet. Allt som patienten uppgett vara diagnostiserad med fanns i hans journal, att detta var möjligt berodde på att patienten reste från sjukhus till sjukhus. Sjukhus som var oberoende varandras journal-system, och därför dokumenterade patientens sjukdomar enligt hans utsago. Misstankar om att något inte stämde uppstod då hans sjukdomshistoria var alltför symtombeskrivande, dramatisk och inkonsekvent. Slutligen gjordes rigorösa utredande undersökningar. Det uppdagades att mannen var helt frisk. Vårdtillfällena uppgick till över 100 stycken. Man konstaterade att i princip allt i hans sjukdomshistoria var fabricerat.

I samband med avslöjandet och diagnos uppträdde patienten så som kännetecknar Münchausen patienter aggressivt och nästintill hysteriskt, han var vid flertalet tillfällen på väg att avvika från sjukhuset. Hälso- och sjukvårdspersonalen belyste att bemötandet var förenat med frustration på grund av all bortkastad tid och resursslöseri (Wong och Detweiler, 2016).

## **Teoretisk utgångspunkt**

Litteraturoversiktens centrala begrepp är bemötande grundande på detta utgår litteraturoversikten från Joyce Travelbees (1926-1973) interaktionsteori. Interaktion innebär ett samspel, en ömsesidig påverkan och samverkan mellan parter i en kommunikationsprocess, interaktion uppstår i både verbal och icke verbal kommunikation (Travelbee, 2001). Enligt Kirkevold (2000) fokuserar Travelbee's omvårdnadsteori på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. För att kunna utföra omvårdnad i mötet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient måste förståelse finnas om interaktionen/samspelet dem emellan. Omvårdnaden beskrivs som en mellanmännslig process där hälso- och sjukvårdspersonal hjälper en person, en familj eller ett samhälle att förebygga eller utstå upplevelser av sjukdom och lidande. Om behov finns skall hälso- och sjukvårdspersonal gagna för att finna förklaring till dessa upplevelser. Teorins centrala begrepp är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation.

Travelbee (2001) hävdar att människans beteende och reaktioner bygger på den enskildes upplevelser och uppfattningar. Individen attribuerar händelser och situationer till en helhets mening. Målet för omvårdnaden är att utforska patientens uppfattning och upplevelser och skapa förståelse för den unika individens livsvärld, en öppen god kommunikation och skapa en mellanmännslig relation. Hälso- och sjukvårdspersonal skall i mötet med patienten sörja för att bortse från eventuella diagnoser och en egen individuell bedömning skall skapas. Vidare beskrivs att hälso- och sjukvårdspersonal skall förebygga sjukdom, främja hälsa och vid lidande och sjukdom hjälpa patienten att uppleva meningsfullhet. Samspelet mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal skall inte grunda sig i respektive roll utan mötet skall baseras utifrån att se varandra som unika individer. Travelbee anser att varje människa är unik och utifrån det skall bemötas efter sina specifika individuella förutsättningar. Denna uppfattning ligger till grund för att relationen i sitt samspel och därmed bemötandet skall bli tillfredställande. Sjukdom och lidande är en individuell upplevelse, om patienten möjliggörs att finna hopp och meningsfullhet i sitt lidande förbättras situationen och patienten använder sig själv terapeutiskt. Kirkevold (2000) beskriver Travelbee's interaktionsprocess utifrån faser som successivt genomgås för att slutligen uppnå ömsesidig tillfredställelse. Mötet etableras, hälso- och sjukvårdspersonal och patient lär känna varandra, denna inledande fas kännetecknas av förväntningar och uppfattningar. I den andra fasen skapas en djupare relation och grundar sig i individens unika personlighet och identitet. Därefter i processen upplever hälso- och sjukvårdspersonal empati och kan därmed ta del av patientens inre känslor av sin situation. Förståelse över patientens känslor, beteende och reaktioner framträder. Detta sker utan att värdera patienten. En fas utav sympati framträder och hälso- och sjukvårdspersonal visar intresse och känslomässig samhörighet med patienten. Slutligen uppstår ömsesidig tillfredställelse genom att en inbördes förståelse skapas sinsemellan, detta uppnås genom att hälso- och sjukvårdspersonal med ord och handling i sitt bemötande visar vilja och kunskap att hjälpa patienten.

## **Problemformulering**

På sjukhus och framförallt på akutmottagningar och hälsocentraler förekommer patienter som söker sjukvård regelbundet vid upprepade tillfällen utan att någon somatisk sjukdom kan konstateras, de uppvisar medicinskt oförklarbara symtom. Det förekommer att dessa patienter söker hälso- och sjukvård med fabricerade det vill säga påhittade symtom. Den i litteraturen mest kända störningen är Münchausens syndrom. Patienterna som lider av denna störning är medvetna om deras fabricerade/påhittade sjukdomshistoria och symtombeskrivning. Dessa patienter kan bli missförstådda och felbehandlade på grund utav hälso- och sjukvårdspersonalens svårigheter och eventuella kunskapsbrist att bemöta dessa patienter. Hälso- och sjukvårdspersonal är skolade att lindra och behandla sjukdom och symtom, det kan därför innebära svårigheter att bemöta patienter med Münchausens syndrom på grund utav att deras symtom inte är sanningsenliga. Därav är det av vikt att belysa hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av bemötande hos patienter med Münchausens syndrom.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av att bemöta personer med Münchausens syndrom.

## **METOD**

### **Ansats och Design**

Litteraturoversikt innebär att en sammanställning utförs av systematiskt sökta, samt kritiskt granskade vetenskapliga studier inom det valda området (Polit & Beck, 2012). Målet med en litteraturoversikt är att fördjupa sig inom samt kartlägga den aktuella forskningen (Friberg, 2012). Primärkällor det vill säga den ursprungliga originalartikeln eller studien i form av vetenskapliga artiklar undersöktes i enlighet med Friberg (2012) de granskades, analyserades och slutligen sammanställdes för att syftet skulle kunna besvaras.

Kvalitativ design och induktiv ansats valdes som metod till denna litteraturoversikt. Induktiv ansats innebär att författaren studerar det valda området förutsättningslöst för att kunna dra slutsatser och utveckla nya omvårdnadsteorier och modeller för omvårdnaden. Den induktiva ansatsen kännetecknar den kvalitativa metoden, vilken syftar till att tolka, skapa mening och förståelse av människors upplevelser inom ett visst sammanhang (Polit & Beck, 2012). Att studera något induktivt innebär att man utgår från textens innehåll och med hjälp av att sammanställa data till allmänna metoder eller modeller kan en teori inom ett specifikt område utvecklas (Forsberg & Wengström, 2013). Kvalitativa studier genomförs för att finna en ökad insikt för problem där syftet omsluter känslor, upplevelser och kunskaper (Polit & Beck, 2012). Kvantitativa metoder och andra sidan innebär enligt Forsberg och Wengström (2013) att den är objektiv och distanserar sig till det som ska studeras. Den kvantitativa forskningen strävar efter att ordna, klassificera, se samband, förutsäga och förklarar kategoriskt som kan medföra att forskaren ser fenomen för objektivt och exakt och inte reflekterar över subjektiva upplevelser (Forsberg & Wengström, 2013).

## Urval

Eftersom syftet skulle besvaras med hjälp av vetenskapliga artiklar formulerades initialt inklusions- och exklusionskriterier. Studierna som inkluderades i resultatet skulle vara i form av primärkällor, samt skulle presentera etiska överväganden och vara godkända av en etisk kommitté. Artiklarna skulle primärt vara publicerade mellan 2000-2017. Dock förekom en del relevanta artiklar vilka var betydligt äldre från 1989 och 1996. Dessa användes eftersom de var värdefulla för att få syftet besvarat. Artiklarna skulle vara författade på det engelska språket.

Urvalet utfördes genom att relevanta sökord användes för att finna artiklar som besvarade studiens syfte. Syftet skulle besvaras i de artiklar som valdes för att sammanställa resultatet till studien, det vill säga beröra hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv, personalen som artiklarna skulle beröra skulle vara verksamma inom sjukvården. 14 vetenskapliga artiklar inkluderades i litteraturöversikten. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska.

Artiklarnas vetenskapliga kvalitet värderades utifrån Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (bilaga 2) modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och William, Stoltz och Bahtsevani (2011). Kriterium att nå kvalitet av hög eller medel grad utifrån bedömningsunderlaget av artiklar ställdes för att kunna inkluderas. Sammanfattning av utvalda artiklar presenteras i matris se bilaga 1.

## Databearbetning

Initialt gjordes fritextsökningar detta för att undersöka utbudet av forskningsläget inom det valda ämnet. Artiklarna hittades genom sökningar i databaserna PubMed, CINAHL, MEDLINE och PSYKinfo. I databasen CINAHL valdes peer-reviewed granskade artiklar genom urval. I PubMed, Psykinfo och MEDLINE gjordes en manuell undersökning om de upprätthöll vetenskaplig kvalitet. Detta gjordes genom att kontrollera dess struktur och uppbyggnad. Sökord som användes var: factitious disorders, Münchaussens syndrom, factitious illness, fabricated diseases, medically unexplained symptoms.

Både strukturerade sökningar, manuella sökningar och fritextsökningar utfördes. Initialt i dattainsamlingsprocessen lästes rubriker och abstrakt igenom. Om abstraktet ansågs ha relevans för litteraturöversiktens syfte lästes hela artikeln i full text och efter att ha granskat artikeln och kategoriserat den beslutades om den besvarade syftet och kunde inkluderas. I början av processen valdes enbart artiklar som i databaserna fanns att tillgå i fulltext, då urvalet blev alltför begränsat beställdes ca 15 artiklar hem och lästes i sin helhet. Fyra st av dessa användes. Manuella sökningar genomfördes som komplement till databassökning, Forsberg och Wengström (2013) menar att genomgång av referenslistor till tidigare utvalda artiklar leder till primärkällor som kan stärka resultatet. Polit och Beck (2012) föreslår också detta tillvägagångssätt "the ancestry approach". Denna strategi resulterade i fyra stycken artiklar.

MeSh-termer samt CINAHL headings användes framförallt till sökord för att beskriva hälsa och sjukvårdspersonals känslor. Vilket mynnade ut i attitudes, healthcare personnel, healthcare professionals, physicians och challenges.

Sökningarna kombinerades på flera olika sätt för att få ut maximalt med sökträffar ur databaserna. Avgränsningar som valdes var publikationsår 2000-2017, engelskspråkiga. Cinahl sökningar avgränsades till peer reviewed. 4 stycken av de inkluderade artiklarna återfanns genom manuell sökning. Totalt inkluderades 13 stycken artiklar som utgör grunden till litteraturöversikten.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska databaser, sökord eller frågeställningar redovisas. Vidare ska antal träffar, urval och värdering av artiklar redovisas. Då artikelmatrisen inte redovisar sökord eller antal träffar användes en sökmatrix för att ge en tydlig översikt över hur sökningarna gått till.

Sökmatrix för artiklar funna i PubMed, CINAHL, PSYKinfo och MEDLINE, se tabell 1.

<b>Tabell 1. Sökmatrix</b>						
<b>Datum/ Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Avgräns- ningar i databas</b>	<b>Träffar</b>	<b>Antal lästa Abstrakt</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Utvalda artiklar</b>
20170204 MEDLINE	Factitious Disorders AND ma- nagement	-abstract available	115	84	17	1
20170204 PSYKinfo	Munchaus- en syn- drome AND doc- tor- patient AND rela- tionship	-peer re- viewed -Published date 2000- 2017 -English	4	4	1	1
20170204 CINAHL	Münchau- sen AND Physicians	-peer re- viewed -Published date 2000- 2017 -English	23	19	4	1
20170104 CINAHL	factitious disorders AND Atti- tudes	-peer re- viewed -Published date 2000- 2017 -English	10	8	3	1
20170130 CINAHL	Factitious Disorder AND Emergency Service	-peer re- viewed -Published date 2000-2017 -English	5	4	1	1
20161105 PUBMED	Münchau- sen AND challenges	-published last 17 ye- ars -English	14	4	3	2 .

20170103 PUBMED	Experiences AND medically unexplained symptoms	-published last 10 years -English	52	15	6	1
20170208 CINAHL	Somatoform disorder AND physicians AND experiences	-peer reviewed -Published date 2000-2017 -English	28	20	6	1
20170120 PUBMED	Abusing AND health care system AND management	-published last 17 years -English	62	8	5	1
Manuell sökning		Ingen begränsning				4

## Dataanalys

Analysen utgick från en kvalitativ innehållsanalys av induktiv karaktär, detta för att kunna tolka och skapa mening i människans subjektiva upplevelse av omvärlden för att kunna besvara syftet (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ innehållsanalys används för granskning och tolkning av texter (Graneheim och Lundman, 2004). Artiklarna granskades systematiskt, bearbetades och analyserades och sammanställdes därefter, enligt Friberg (2012).

Artiklarna lästes med ett kritiskt objektivt förhållningssätt igenom flera gånger detta för att skapa en djupare förståelse. Att granska artiklarna med ett kritiskt förhållningssätt fortlöpte kontinuerligt genom hela dataanalysen i enlighet med Friberg (2012). Analys av de utvalda artiklarna utfördes utifrån Friberg (2012) och Forsberg & Wengström (2013) tillvägagångssätt vid analysering av artiklar.



Huvudresultaten i artiklarnas resultatdel sammanställdes så att gemensamma teman utgjorde resultatdelen detta för att systematiskt kunna besvara syftet. Artiklarnas huvudinformation sammanställdes och sorterades in i en artikelmatris, se bilaga 1. Efter att detta genomförts sammanställdes artikelresultaten med varandra för att sedan sorteras in dem i grupper om likheter och olikheter. För att på ett systematiskt sätt kunna bearbeta den data som framkom ur de inkluderade artiklarna användes den metod Graneheim och Lundman (2004) anger som lämplig för innehållsanalys av kvalitativa data och som utgår från deras tolkning av Krippendorffs (2004) modell. I enlighet med denna systematiska bearbetning av data identifierades meningar relaterade till syftet ur artiklarna, vilka sedan kondenserades ner till sitt bärande innehåll och därefter kategoriserades. Processen med kategorisering efter teman och subteman gjordes om flera gånger, tills varje meningsenhet slutligen endast passade i ett enda tema (se tabell 2). Under processen minskade antalet teman tills slutliga teman utkristalliserade sig. Enligt Graneheim och Lundman (2004) gör denna metodik materialet mer hanterbart och tillförsäkrar en mer objektiv och förutsättningslös analys.

### **Forskningsetiska övervägande**

En litteraturöversikt ska upprätthålla ett forskningsetiskt förhållningssätt (Polit och Beck, 2012). För att upprätta en god medicinsk forskning bör etiska riktlinjer följas och fusk och ohederligheter får inte förekomma. Att upprätthålla ett tillfredsställt etisk vetenskapligt förhållningssätt kan bland annat innebära att inte fabricera data, stjäla eller kopiera data. Och att inte använda data utan att referera till ursprungskälla. Krav att ingen data exkluderats är av lika stor vikt som att data inkluderats felaktigt, exkluderad data innebär ett missvisande resultat, vilket leder till att analysen inte blir sanningsenlig (Forsberg & Wengström, 2013).

Endast artiklar där forskningsetiska överväganden utförts, sökt etiskt godkännande, om etiskt resonemang förekommit och godkänts av etiska kommittéer användes (Forsberg & Wengström, 2013). De som deltagit i artiklarnas studier skulle ha gett sitt medgivande för att medverka i studierna, detta genom informerat samtycke, vilket innebär att studiedeltagarna när som helst kan avbryta sin medverkan. Samtycket skall ha föregåtts av lättfattlig information, samtycket skall vara aktuellt, personen måste förstå informationen och förstått vad samtycket innebär samt att det är helt frivilligt och när som helst kan avbrytas. Med etiskt resonemang innebär enligt Forsberg och Wengström (2013) att forskarna när etiska dilemman uppstått vägt för och nackdelar mot varandra och utifrån detta kommit vidare och därefter bedömt om forskningen är etiskt rimlig.

Litteraturöversikten kommer att publiceras i databasen för vetenskapliga arbeten Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA) och sparas där i tio år. Alla resultat som återfunnits genom noggranna sökningar har presenterats oavsett om de stödjer egen åsikt eller förkunskap. Att inte inkludera all fakta eller att förvränga resultat till forskarens egen åsikt är inte etiskt korrekt (Forsberg & Wengström, 2013). I enlighet med Forsberg & Wengström (2013) mening har inget etiskt godkännande sökts på grund utav att det inte genomfördes någon studie där individer ingår utan kunskap söktes i redan befintlig forskning där etiskt godkännande redan fanns. Enligt Forsberg och Wengström (2013) redovisas etiskt värde i litteraturöversikter genom att alla resultat redovisas i noggrant övervägda slutsatser samt erhållit godkännande av etisk kommitté.

## RESULTAT

Tabell 2. Resultatöversikt	
Huvudteman	Subteman
Resursers betydelse för bemötande av patienter med Münchausens syndrom	Tidsbrist och Resursers betydelse Kompetens Kollegial betydelse
Relationens betydelse för bemötande	Tillit och Respekt Bekräftelse Etiska dilemman
Hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och upplevelser i bemötandet	Utmaning Frustration Rädsla och Skuld känslor

Muncha, Varghese, French och Shade (2014) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal kommer att träffa samt identifiera minst en person med Münchausens syndrom eller factitious disorder under sin verksamma karriär (Muncha et al., 2014). När hälso- och sjukvårdspersonal bemöter patienter som fabricerar, hittar på och spelar teater för att påvisa sjukdom utan ett egentligt syfte förutom att inta en patientroll, uppstår naturligt starka reaktioner och upplevelser hos hälso- och sjukvårdspersonal (Muncha et al.; Stone, 2014; Iversson, 2007; Hagglund, 2009; Alinejad, & Oettel, 2011; Fisher, 2006; & Howman, Walters, Rosenthal, Ajjawi & Buszewicz, 2016.).

Resultatet i studien visar på att hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av att bemöta personer med Münchausens syndrom bestod av upplevelser som; känslor av tidsbrist, resursbrist, otillräcklighet, irritation och känslor av frustration kan uppstå. Och även tillfredställelse då relationen förflyter framgångsrikt.

### **Resursers betydelse för bemötande av patienter med Münchausens syndrom**

#### Tidsbrist och resursers betydelse

Att kunna förstå och skapa förtroende till patienter med Münchausen kräver tid, engagemang, holistiskt synsätt samt tydlighet. Symtomen måste ses som ett uttryck för något helt annat (Muncha et al., 2014 och Hagglund, 2009). På grund utav tidsbrist samt att bemötandet avviker från den normala hälso- och sjukvårdspersonal / patient relationen är det inte helt ovanligt att personal medvetet undviker patienterna (Stone, 2014; Iversson, 2007; Hagglund, 2009 & Alinejad, & Oettel, 2011). Howman et al. (2016) beskriver att även om en del läkare misstänkte psykologisk härkomst av symtomen undvek man att konfrontera patienten. Man ansåg att bristen av tid, osäkerhet samt brist på kunskap angående vidare rekommendationer låg till grund för att undvika konfrontation.

Allinejad & Oettel (2011) beskriver på liknande sätt som Schlesinger et al. (1989) att på grund utav Münchhausen patienternas komplexa beteende med att söka sjukvård över stora geografiska områden och övertygande symtombeskrivningar behöver vårdpersonal frigöra tid och resurser för att söka och samordna journalanteckningar för att finna ett mönster i patientens sökande av sjukvård. Howman et al. (2016) beskriver hur en del undersökande doktorer valde att utföra behandlingar av patienter med medicinska oförklarliga symtom, trots att de egentligen insåg att det var onödiga undersökningar, detta på grund av att det upplevdes som ett bra avslut av en bedömning. Vidare beskrev doktorer att de ibland valde att hänvisa patienter till annan vårdinstans för att komma undan att hantera problemet.

### Kompetens

Enligt Howman et al. (2016) upplevde de läkare som ingick i deras studie att det saknades förberedande kunskap inför möten med patienter med medicinska oförklarbara symtom, framförallt i vilka råd de skall ge dessa patienter. Stone (2014) beskriver hur både nytutexaminerade läkare och allmänläkare upplevde en irritation och motvilja att bemöta patienter med medicinskt oförklarliga symtom. Dels över att de ansåg att de upptog tid samt att det inte existerade några rutiner och behandlingsriktlinjer för dessa patienter. Almalki, Al-Tawayjri, Al-Anazi, Mahmoud och Al-Mohrej (2016) beskriver hur en patient genomförde minst 50 röntgen undersökningar vilket med tanke på strålning är en patientsäkerhetsrisk som väcker samvetsksamhet hos behandlande hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt Stone (2014) avviker vårdande av medicinskt oförsvarbara symtom helt jämfört med normala vårdrelationer.

I vårdrelation av dessa patienter tvingas vårdpersonal att gå utanför sina vanliga vårdrutiner. Vårdpersonalen tvingas ifrågasätta patienten, försöka upptäcka falska signaler, samt bedriva detektivarbete. Vårdpersonalen blir ofta ambivalent och vacklar mellan tvivel på falsk sjukdom eller äkta sjukdom.

### Kollegial betydelse

På grund av patienter med Münchhausen syndrom starka manipulativa förmåga är det enligt Foster (1996) och Schlesinger (1989) inte ovanligt att patienten lyckas skapa meningsskiljaktigheter och oenighet inom vårdlag. Foster (1996) återger hur personal sätts emot varandra och att det förkommer att klyftor uppstår där ena delen upplever sympati gentemot patienten och anser patienten nonchalerad och obehandlad och där andra delen upplever ilska och att personal lägger för mycket onödig tid på patienten. Det krävs att hela vårdlaget enas och arbetar på samma sätt kring patienten, trots att upplevelser och känslor kan vara starka och svårhanterliga. Almalki et al. (2016) anser att arbetet med patienter med Münchhausen's syndrom är resurskrävande och att det kan ta flera år innan diagnos sätts och innan patienten upptäcks. Foster (1996) beskriver hur personalen i deras fallstudie samlades och diskuterade patienten, vilket de senare berättade för patienten som var positivt inställd till deras uppmärksamhet av henne och därmed förbättras tilliten i relationen vilket resulterade i att bemötande situationen underlättades.

## **Relationens betydelse för bemötande**

### Tillit och Respekt

Nielsen, Jeppesen, Simmelsgaard, Rasmussen och Thestrup-Pedersen (2005) betonar kontinuitetens betydelse i deras studie där man under en tid studerat 57st factitious disorder patienter som fabricerat och självförvällat infekterade sår. En kontinuerlig behandling av patientansvarig vårdpersonal stärker patientens tillit gentemot hälso- och sjukvårdspersonal, vilket visade sig vara av stor vikt både för vårdpersonalen och patienten.

En förtroende ingivande relation var grundläggande för att patientens behandling av såväl hudåkommorna samt syndromet skulle framskridas positivt.

Fischer (2006) beskriver komplexiteten vårdpersonalen utsätts för som följande Münchhausens patienter ljuger för sin läkare och övrig vårdpersonal om symtom och orsaker till sjukdomar samt deras medicinska historia därmed undermineras den naturliga tolkningsprocessen inom den medicinska specialiteten. Förtroendet som oftast naturligt finns i vårdrelationer skall även det ifrågasättas i tolkningsprocesser. Detta stör enligt Fisher (2006) den normala tolkningsprocessen och kan fördröja behandlingar och livsviktiga beslut. Vårdpersonal måste skapa en konstgjord åtskillnad på vad som är äkta och falska symtom, detta är både frustrerande och tidskrävande samt leder till ifrågasättande och tveksamheter i sina fattade beslut.

#### Bekräftelse och Accepterande

Stone (2014) beskriver läkarnas upplevelser av ”uteslutningsprocessen”, den sympati de faktiskt kände för patienten då de gång på gång informerade dem om de sjukdomar de inte hade, men inte hade någon ram för att förklara de symtom de uppvisade. Vidare framkom i Stone´s (2014) studie att läkarna beskrev en del av patienterna som ångestfyllda och traumatiserade och inte hade någon förmåga att självständigt hantera sin problematik förutom att söka fysiska diagnoser och därigenom bekräftelse. Målet med diagnos är enligt Howman et al. (2016) att läkaren skall vara medveten om patientens beteende dock måste äkta sjukdom alltid uteslutas. Howman et al. (2016) beskriver att en del vårdpersonal accepterade att man inte kunde finna någon somatisk diagnos av patienter med oförklarbara medicinska symtom och därmed insåg de realistiska i att inte kunna bota symtomen, eftersom det fysiologiskt inte existerade några.

#### Etiska dilemman

Patienter med Münchhausens syndrom och factitious disorder söker ofta sjukvård under jourtid. Hälso- och sjukvårdspersonals bemanning är då reducerad jämfört med kontorstid, och under den tiden finns det minimalt med specialistkompetens. Då kan oftast inte sedvanliga undersökningar göras vilket kan bidra till att symtomgivande behandling utifrån uppvisade symtom och anamnes ges i väntan på till exempel röntgen undersökningar. Dessutom uppstår ofta problem att söka journaler från andra sjukhus och inrättningar (Fisher, 2006). Vid ifrågasättande och nekande av undersökningar uppfattas ofta vårdpersonal som nonchalanta och ofta tilltar patientens symtom. Almalki et al. (2016) menar att patienter med Münchhausens syndrom ofta har som mål att söka sjukhus på jourtid då sällan specialiserade läkare finns i tjänst, detta för att lättare kunna manipulera underläkare.

Att inte kunna lindra patientens symtom trots att personal inser att de är påhittade strider mot vårdpersonalens yrkes stolthet (Hagglund, 2009; & Schlesinger, Daniel, Rabin & Jack, 1989).

Alinejad & Oettel (2011) beskriver hur vårdpersonal och läkare tvingas lämna sitt normala arbetsätt och istället utföra sitt arbete på ett okänt sätt där patienten oftast är den drivande. När vårdpersonalen försöker klättra i hierarkin över patienten uppstår ofta nya symtom, patienten besitter med sin manipulativa förmåga en ovillighet till samarbetet. Feldman och Miner (2008), belyser i deras studie hur man söker diagnos och när man inte finner den diagnos man tänkt sig söker man vidare, på grund av patienten med Münchhausens symtom övertygelse är man säker på att något är ”fel” med patienten. En kaskad av undersökningar startar och man försöker finna rätt diagnos, när läkarna slutligen inte kan finna någon förklarlig medicinsk åkomma förekommer det att patienten hotar med att stämna de enskilda läkarna. Almalki et al. (2016) beskriver att arbetet med patienter med Münchhausens syndrom är resurskrävande och kan ta flera år innan syndromet upptäcks och diagnos sätts.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och upplevelser i bemötandet av patienter med Münchausens syndrom**

### Utmaning

Enligt Alinejad och Oettel (2011) samt Schlesinger et al. (1989) anser vårdpersonal att mötet med patienter som fabricerar symtom är den mest utmanande patientkategorien. Enligt Stone (2014) är relationen mellan läkare och patienter med oförklarliga medicinska symtom utmanade i det faktum att läkaren sökte en förklaring till patienternas uppvisade symtom. Enligt Schlesinger et al. (1989) upplevs mötena med patienter med Münchausen´s syndrom frustrerande och utmanande på grund utav att patient - hälso- och sjukvårdspersonal relationen i vanliga fall bygger på tillit. Där förtroende för varandra utgör basen i bemötandet. Läkare och vårdpersonal upplever i samband med konstaterande av diagnos en känsla av att ”svartlista” patienten, diagnosen kan innebära minskat lidande för patienten i form av minskade undersökningar och behandlingar samt att patienten ofta minskar och upphör med sitt beteende. Att stå som ansvarig för diagnos upplevs som en svår uppgift (Stone, 2014). Dessutom är det ännu en utmaning för vårdpersonal eftersom onödiga behandlingar och undersökningar skall undvikas vid patienter med Münchausen syndrom (Alinejad och Oettel 2011). Fischer (2006) beskriver att vårdpersonals känslor vid bemötande av Münchausen drabbad patient ofta balanseras mellan aggression, frustration, rädsla, ilska, skam och förakt.

### Frustration

Fisher (2006) beskriver i sin studie hur interaktionen mellan patienter med Münchausen´s syndrom och läkare består i bland annat upplevelser av frustration, ilska, underlägsenhet och förvirring (Fisher, 2006). Att försöka avsluta den kaskad av undersökningar som uppstår från olika specialiteter i avsikten att finna de rätta diagnoserna upplevdes också utmanande och svårt, vilket beskrivs av informatörerna i Stones studie (2014). Det skulle kunna innebära att efter beslut om upphörda undersökningar finns en risk att missa något fysiskt vilket upplevdes oroande. Howman et al. (2016) beskriver frustration av oacceptabla känslor i bemötande med patienter med medicinskt oförklarbara symtom. Känslor som vanmakt, oro, aggression, irritation samt rädsla inför feldiagnos var vanligt förekommande. Enligt Fischer (2006) reagerar doktorer kraftigt då lögnerna uppdagas det torde enligt Fisher (2006) bero på att motiven är oklara, förutom att patienten vill inta patientroll, i allmänhet uppfattades inte heller som lidande av psykisk ohälsa.

### Rädsla och Skuld-känslor

Skuld-känslor och känslor av skam är vanligt förekommande hos personal som vårdar patienter med Münchausen syndrom. Samt samvetsqual över behandlingar som man i onödan utsatt patienten för (Stephenson och Price 2006., Fisher 2006., Huffman och Stern, 2003., Alinejad och Oettel, 2011). Skuld-känslor uppstår enligt Alinejad & Oettel (2011) och Fisher (2006) eftersom vårdpersonal blir delaktig i rollspelet/teatern, vårdpersonalen tvingas ge sken av att de bekräftar och litar på patienten trots vetskapen om fabricering av symtomen, detta för att utröna om egentlig somatisk äkta sjukdom föreligger. Att missa någon somatisk sjukdom är läkarnas största farhåga vid bemötande av patienter med Münchausens syndrom och den äkta somatiska sjukdomen är också den mest vanligt förekommande differentialdiagnosen (Fischer, 2006). Vidare beskrivs även känslor av fruktan att riskera patientsäkerhet då man behandlar något som inte kräver behandling (Fisher, 2006).

Citerar Howman et al. (2016) uttryck för rädslan att inte upptäcka allvarlig sjukdom vid bedömning av patienter med medicinskt oförklarbar symtom:

*"I guess for me that's the whole uncertainty... letting people go out the door and... it could be a brain tumor but it's probably just a stress headache... coping with that (uncertainly) is something that I do struggle with"* (s 5).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Litteraturöversikt som design valdes i avsikt att beskriva forskningsområdet och få en god överblick (Forsberg & Wengström, 2013). Metoden var genomförbar dock krävdes ett kreativt förhållningssätt, då författaren tidigt insåg svagheten i bristen på dels enhetlig definition av begreppet Münchausens syndrom och factitious disorder. Det resulterade i en bredare sökstrategi som med tiden utmynnade i ett mer övergripande resultat. Genom att fokusera på hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv kunde vårdpersonalens upplevelser från flera sjukvårdsinstanser bidra till en djupare förståelse av hälso- och sjukvårdspersonals totala upplevelse vid bemötande av patienter drabbade av Münchausens syndrom. Det hade varit av intresse att utföra intervjuer och/eller enkäter för att utforska ännu mera om upplevelser. Dock är patientgrupperna relativt små och att göra en intervjustudie i ett litet landsting skulle kunna innebära att patienter skulle kunna känna igen sig trots att författaren i så fall skulle ha intervjuat vårdpersonal. Författaren ansåg vidare att tiden var alltför knapp för att göra intervjuer i andra delar av Sverige.

Att välja Travelbee's omvårdnadsteori som teoretisk ram grundas i att bemötande som kärna i litteraturöversikten har sin grund i all kommunikation.

Syftet med urvalsmetoden har varit att eftersöka resultat som så brett som möjligt undersökte vårdpersonalens upplevelser av att bemöta patienter med Münchausens syndrom inom hälso- och sjukvården. Och anser att urvalsmetoden utgått från att få en så god överblick som möjligt över den totala mängd forskning som publicerats i ämnet. Initialt valdes enbart 10 år gamla artiklar att inkluderas samt att artiklarna skulle vara av fri tillgång. Redan efter ett par sökningar uppdagades det att detta inte var möjligt. Efter att ha läst artiklar som var publicerade i slutet av 2016 och att de refererade till artiklar som var publicerade från 1977 och framåt erhöles insikten att det kan inte finnas mycket forskat inom området att begränsningar är möjliga. Att enbart använda artiklar med fri tillgång och begränsat publiceringsdatum skulle eventuellt bidra till att viktig information gick till spillo. Cirka 15 st artiklar beställdes därför hem och artiklar med äldre publiceringsdatum lästes och värderades. Genom att utesluta exklusionskriterier försökte författaren stärka trovärdigheten och för att kunna inhämta så många synonymer som möjligt av hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser vid bemötande av personer med factitious disorders och Münchausens syndrom. Resultatartiklarna uppgick endast till 13 stycken trots litet urval anses ämnet så viktigt, fascinerande och kanske finns ett stort antal odiagnostiserade och oidentifierade personer med Münchausens syndrom. Litteraturöversikten skulle därför genomföras. Resultatet är nätt och består av en del upprepningar vilket inte kunde minskas eller uteslutas för att en del viktiga nyanser förekommer i upprepningarna.

Under litteratursökningsprocessen förbättrades förmågan att kunna urskilja studier med perspektiv på hälso- och sjukvårdspersonal.

Trots att ett par av studierna kvalitativt studerade patienter förekommer även resultat av vårdpersonalens upplevelser, detta beror på att ämnet och bemötandet är så komplext att oavsett vilket perspektiv som belyses är det omöjligt att helt exkludera vårdpersonalens upplevelser i resultatdelen. Detta för att deras upplevelser är en hörnsten i trots om man avser studera behandling, patienters upplevelser eller vård av Münchausen drabbade patienter och medicinskt oförklarbara tillstånd. Just vårdpersonalens upplevelser är ett genomgående tema som framkommer mer eller mindre i varje artikels resultatdel. Av de kvantitativa studier som valdes till att besvara syftet var det tre artiklar som var intressanta. Trovärdighet av dessa studier kan dock funderas över på grund utav ett förhållandevis lågt urval, dock bör återigen hänsyn tas till att patientgruppen som lider av Münchausens sjukdom är förhållandevis låg och att bortfallet i samband med studier där patienter inkluderats varit stort. Merparten av resultatartiklarna är fallbeskrivningar med få antal informanter.

En översiktsartikel har valts att inkluderas detta med tanke på att artiklarna uppfyllde syftet samt att exkludering av denna artikel skulle innebära att utesluta viktig information. Detta eftersom ett begränsat antal studier finns inom det begränsade området. Översiktsartikeln återfinns i bakgrunden och enbart beskriver ett patientfall vilket visar tydligt hur personer med Münchausens syndrom kan uppträda. Fakta kring det presenterade patientfallet har valts utifrån översiktsartikeln. Den inkluderades enbart för att beskriva sjukdomstillståndet med allmän fakta utan att beröra litteraturöversiktens huvudsyfte.

Svårigheter att finna ett övergripande sökbegrepp inom området uppstod tidigt. Urvalet av artiklar berodde på sökord att enbart söka på Münchausen och factitious disorder gav knappa resultat, då begreppet unexplained medically symptoms förekommer i flera av de analyserade artiklarna valdes detta begrepp som kombination. Vilket gav en större bredd av hälso- och sjukvårdspersonals och framförallt läkares upplevelser av bemötande av patienter i denna kategori.

Kvalitetsbedömning har gjorts genom Sophiahemmets högskolas bedömningsunderlag (bilaga 2) utformad av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och William, Stoltz och Bahtsevani (2011). Ett par artiklar presenterar ett mindre tydligt tillvägagångssätt, metod och därigenom värderades kvaliteten till låg (se bilaga 1). Dock anses att de kompletterar syftet på ett sådant sätt att de bör inkluderas. Kvalitetsbedömningen blir en väldigt individuell bedömning som endast kan fungera som ett verktyg. Redan innan bedömningsfasen fanns en uppfattning och grov bedömning av artikelns kvalitet. Dock bör man ta hänsyn till oerfarenhet av att granska artiklar och dessutom artiklar på det engelska språket. Översättningen av det engelska språket utfördes rigoröst på grund utav det inte är modersmål, detta för att undvika förlorad data och genom detta återge och bevara artiklarnas ursprungsresultat. Några få var utan svårigheter men i datainsamlingsfasen läses enbart abstrakt, dessutom läses de emellanåt enbart översiktligt, ett stort antal abstrakt lästes, risk fanns att värdefulla artiklar ratades. Dock har några av dessa abstrakt som från början ratades omvärderats, detta på grund utav att maximera urvalet. Författaren har själv granskat artiklarna vilket kan ses som en svaghet, dock har författaren under hela processen varit medveten om detta och försökt gjort noggranna analyser.

Det har även varit en svårighet då det saknas en allmänt vedertagen sökterm för patienter med factitious disorder och Münchausen syndrom. Vissa värdefulla artiklar återfann författaren med sökkombination medically unexplained symptoms AND experiences. Ett problem har också varit att en stor del av sökträffar har belyst Münchausen by proxy eller factitious disorder by proxy detta trots att författaren valt att vid några sökningar lägga till NOT by proxy.

Eftersom det inte finns någon diagnos förekommer olika benämningar som alla beskriver factitious disorder och Münchausen, exempelvis; simulation, medicinska oförklarbara symptom/ medically unexplained symptoms, Münchausen, factitious- disorder, -illness, -disease, malinegring, fabricated illness, fakeing illness.

Funderingar över att Polit och Beck (2012) menar att sökstrategier alltid skall innefatta beslut som begränsar sökningen, detta för att höja reproducerbarheten, vilket för den här litteraturöversikten skulle innebära svårigheter och att viktig data aldrig skulle upptäckas. Valda exklusionskriterium begränsade det redan smalt begränsade området. Funderingar över om någon viktig synonym i samband med artikelsök inte upptäckts uppstod, därmed gjordes försök att använda andra synonymer förutom Münchausen, Factitious disorder, Factitious Illness utan att finna resultat som uppfyller syftet. Sökningar på psykosomatoforma diseases och experiences gjordes och några artiklar lästes och trots att man inte vet om patienten fabricerar sitt symptom eller inte så tyckte jag att de stämde överens med syftet detta på grund utav att hälso- och sjukvårdspersonalen ställs inför samma etiska dilemma i det ofta akuta behandlingsskedet, man finner ingen medicinsk förklaring till symptomen och man inser att symptomen är psykiskt utlösta, dock har man ännu inte i den här fasen kommit till insikt om fabricering eller inte. I de studier där insikt av fabricering finns hos vårdpersonalen upplever författaren att hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser beskrivs på liknande sätt som vid patienter med medicinskt oförklarbara symptom.

Vid genomgång av studiers referat kan man se att de även refererar till forskning angående medicinskt oförklarbara symptom, vilket forskarna inte diskuterat, men det borde bero på att hälso- och sjukvårdspersonalen i det initiala skedet inte vet om patienten fabricerar eller inte.

Initialt under databearbetningen har enbart artiklarnas resultatdel analyserats och trots att en del studier utgick från patientperspektiv eller sjukdomsperspektiv har i flera resultatdelar vårdpersonalens upplevelser behandlats mer eller mindre. Fria tolkningar har också gjorts utifrån vårdpersonalens handlingsmönster.

Litteraturöversikt med en induktiv analys valdes för att upptäcka mönster och nyanser samt finna nya kategorier/teman som i den undersökta studien inte varit framträdande. Resultaten redovisas i omsorgsfulla sammanställda slutsatser. I alla dilemman och problem finns det inte alltid något identifierat rätt eller fel men genom att utreda det etiska resonemanget kan man komma till stånd med den etiska rimligheten (Forsberg & Wengström, 2013), försök till detta i litteraturöversikten har gjorts bland annat genom att fört en dialog med sig själv och ompröva slutsatser ett flertal gånger.

Att det finns ett fåtal studier och lite forskning samt inga magister uppsatser att söka i DIVA inom området framförallt på det svenska språket kan även anses som en styrka då författaren inte kunnat färgats av tidigare magister uppsatser. Försök har gjorts att lägga sin egen förståelse helt åt sidan, att vara ensam författare kan ses överlag i tolkningsmoment som en svaghet. Varje artikel har likvärdigt granskats kritiskt och tolkats på liknande sätt vilket bör ses som en styrka då det innebär en rättvisa till respektive granskad artikel. Att författaren inte tagit hänsyn till eventuella erfarenheter och förförståelser torde kunna utläsas i resultatdiskussionen där försök till resonemang kring etiska dilemman gjorts.



## Resultatdiskussion

Efter noggrann datagenomgång som nämnts i urvalet har försökt att begränsat sig till få mindre separata delar kategoriserats och sedan analyserats enskilt. Dessa små teman fördes därefter samman och en helt ny helhet skapades. För att på ett systematiskt sätt kunna bearbeta den data som framkom ur de inkluderade artiklarna användes den metod Graneheim och Lundman (2004) anger som lämplig för innehållsanalys av kvalitativa data och som utgår från deras tolkning av Krippendorffs (2004) modell. Manifest analys av resultatartiklarnas innehåll gjordes, vilket betyder att det textnära innehållet analyseras. I enlighet med denna systematiska bearbetning av data identifierades meningar relaterade till syftet ur artiklarna, vilka sedan kondenserades ner till sitt bärande innehåll och därefter kategoriserades. Processen med kategorisering efter teman och subteman gjordes om flera gånger, tills varje meningsenhet slutligen endast passade i en enda kategori. Under processen minskade därför antalet teman tills slutliga teman utkristalliserade sig. Enligt Graneheim och Lundman gör denna metodik materialet mer hanterbart och tillförsäkrar en mer objektiv och förutsättningslös analys.

Att välja Travelbee´s omvårdnadsteori som teoretisk ram grundas på att begreppet bemötande tolkas likvärdigt som interaktion. Bemötande är ett begrepp som inte går att översätta ordagrant utan kräver förklaring. Dock tolkas bemötande liksom interaktion som ett samspel, en ömsesidig påverkan och samverkan mellan parter i en kommunikationsprocess. Författaren anser att begreppet bemötande och dess innebörd ligger mycket nära Travelbee´s teori om interaktion.

### Resursers betydelse för bemötande av patienter med Münchausen´s syndrom

Ett visst sökmönster ses hos patienter med Münchausen´s syndrom, de söker ofta somatisk sjukvård välplanerat. De alternerar mellan olika icke samverkande vårdinstanser, detta på grund av att inga tidigare journalhandlingar skall finnas tillgängliga. Vilket innebär att vårdpersonal måste lägga ner tid och resurser att söka efter journaler. Med bakgrundsinformation över patientens hälsohistoria förekommer det ofta ett påtagligt mönster. Misstankar om factitious disorders uppstår. Detta är tidskrävande uppgifter då patienten ofta undanhåller fakta var den sökt vård tidigare. Vårdpersonalen tvingas därmed utöva andra uppgifter än vid den normala patient-vårdpersonal relationen (Allinejad & Oettel, 2011). Att hälso- och sjukvårdspersonal upplever sig lurade framförallt läkare som varit beslutsfattare innebär inte bara frustration och ilska utan också ett ifrågasättande om hälso- och sjukvårdspersonalen innehar rätt kunskap (Fisher, 2006). Många läkare upplever att deras auktoritet över kunskap inom det medicinska området i samband med mötet med patienter med Münchausen´s syndrom helt saboteras. Det råder alltid tveksamheter och funderingar på om symtomen är äkta eller fabrikerade (Fisher, 2006). Att som vårdpersonal vid vård av den diagnostiserade patienten med Münchausen´s syndrom lägga fokus på patientens beteende istället för de framställda symtomen är en utmaning. Trots att vårdpersonal inte prioriterar sjukdomens somatisk och att det inte finns något akut i symtomen krävs skyndsamt stöd och konsultationer från andra läkare och specialiteter (Bass & Halligan, 2014). Dickson, Smith och Dean (2009) medhåller att det är en stor utmaning att lägga fokus bakom symtombeskrivningar och istället lägga fokus på det som faktiskt driver fram beteendet hos patienten.

Foster (1996) menar att om hälso- och sjukvårdspersonal lyckas få patienten att uppleva ett sammanhang och delaktighet i sin egentliga problematik kan förtroende skapas och därigenom kunna styra in henne till rätt behandlingsinstans.

Även om det inte helt lyckas kan ändå personalen känna tillfredsställelse över att verkligen försökt och eventuellt kanske väckt något hos patienten då de faktiskt avslöjat henne (Foster, 1996).

Medvetenhet finns hos författaren att Fosters artikel från 1996 kanske inte helt överensstämmer med utvecklingen till dagens hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvården ser annorlunda ut idag jämfört med för 20 år sedan. Dock torde det optimala bemötandet till dessa patienter se lika ut oavsett arbetsförhållanden.

Enligt Joyce Travelbee's interaktionsteori (2001) bör sjuksköterskan vilket i det här avseendet översätts till vårdare det vill säga hälso- och sjukvårdspersonal enbart fokusera på den unika individen och inte på kringliggande omständigheter.

#### Relationens betydelse för bemötande

När patienter med Münchausen's syndrom slutligen avslöjas uppstår en etisk konflikt vårdpersonal blir i allmänhet mycket frustrerade och arga och kan oavsiktligt bli fientliga och nonchalanta gentemot patienten (Fisher, 2006). Dickson et al. (2009) beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonal blir osäker på patientens berättelser, de vaggas in i en tillit och verkligen tror på patientens uttrycksfulla historia för att i nästa stund bli tveksamma och till hur man hela tiden måste vara på tårna i bemötandet. Detta på grund utav att mötena i de flesta fall är helt oförutsägbara. Hur hälso- och sjukvårdspersonal ibland av respekt till patienten falskt måste påskina en förståelse och omsorg över deras fabricerade symtom (Dickson et al., 2009).

Patienterna är inte friska trots att de söker för falska symtom, men de kan inte bara ses som manipulerande lögnare.

Bakom de kroppsliga symtomen döljer sig psykisk sjukdom med personlighetsstörning. Men hur är det med patienter som hittar på och ljuger ibland, utan att ha något syfte exempelvis sjukskrivning, medicinering etc. Det finns förmodligen patienter som överdriver och hittar på dels för att få snabbare vård och kanske för att uppnå någon form av personlig fördel. Isåfall torde det innebära att även dessa patienter har ett patologiskt beteende som skulle kunna kategoriseras med ett syndrom, ett factitious disorder beteende. Och hur är det då ute i samhället där man exempelvis bedriver försäkringsfusk, skattefusk och tentamensbedrägerier lider dessa individer också av syndrom? Vad är det som säger att det är sjukligare att ljuga inom hälso- och sjukvården än vad det är ute i samhället. Hur är det med patienter med medicinskt oförklarbara symtom som inte simulerar medvetet, hur och vem skall kunna veta vem som simulerar och inte. Frågeställningar om vem som egentligen har mandat att påstå att någon medvetet fabricerar växer.

Allinejad och Oettel (2011) beskriver i deras studie att patienten med factitious disorder inte uppvisade något tecken på ångest, depression eller samtals/berättande svårigheter. Patienten är snarare väldigt öppen i sitt berättande och vid psykiatrisk kontakt även öppnade sig angående sin bakgrundshistoria. Dock använder sig patienten av undanflykter då samtal att den somatiska åkomsten kan härleda från det psykiatriska.

Fisher (2006) beskriver relationen mellan läkare och patienter med Münchausen's syndrom som väldigt komplext. Det liknar ett rollspel där läkaren till en början följer sitt sedvanliga arbetssätt. Innan syndromet är identifierat beskrivs hur patienten kan driva sjukvården i princip till vad som helst. Patienten blir i rollspelet den ledande i hierarkin och läkarna samt övrig vårdpersonal hamnar i underläge. Patienten beskriver sina symtom, läkaren samt övrig vårdpersonal tar symtomen på fullaste allvar, därefter påbörjas en process som leder till oändligt många undersökningar där den ena undersökningen och behandlingen leder till nästa.

Desto mera undersökningar som görs desto mera bejakas patienten och därigenom visar mera symtom som kräver mera behandlingar (Fisher, 2006).

Enligt Travelbee (2001) skall mötet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient grunda sig i en individ syn, yrkesroll och patientroll skall i mötet exkluderas, istället skall personerna ses som enskilda unika individer utan någon form av rolltagande vilket kan innebära hierarkisk ställningstagande (Travelbee, 2001). Vårdpersonal har inom akutsjukvård svårt att rättmätigt kunna prioritera tid till patienter med Münchausen´s syndrom, beroende på att de faktiskt inte är i behov av somatisk sjukvård. Vilket leder till att läkare ofta bejakar patientens symtom genom att utföra vissa behandlingar och undersökningar. Det förekommer att läkare delar ut exempelvis läkemedel till patienten trots att de med största säkerhet vet att de inte är i behov av dessa (Hagglund, 2009).

Kan det vara så att hälso- och sjukvårdspersonal som i sin yrkesidentitet är skolade att lindra och bota är något naiva och har stark tilltro till patientberättelsen. Att fokus och energi läggs på de framställda symtomen och vad som kan orsaka dessa kroppsliga symtom utan att fundera över rimligheten i det patienten uppvisar och påstår. Lögner och bedrägliga beteenden torde kunna förekomma lika ofta inom hälso- och sjukvården som i samhället i stort.

#### Hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och upplevelser i bemötandet

Läkare och vårdpersonal som vårdat och behandlat patienter med Münchausen syndrom, minns tydligt sina patienter och bär med sig historien genom att fundera på om patienter med liknande historier verkligen talar sanning (Mydlo et al., 1997).

Trots känslor av ilska och frustration måste vårdpersonal tygla negativa känslor och försöka maskera dem för patienten. Oavsett att patienten fabricerar och spelar teater och egentligen inte har dessa symtom som uppvisas föreligger ett osunt och inte friskt beteende som patienten behöver hjälp och behandling med (Allinejad & Oettel, 2011).

När patienten slutligen avslöjas uppstår etiska konflikter, vårdpersonal blir i allmänhet mycket frustrerade och arga och kan bli oavsiktligt nonchalanta gentemot patienten (Fisher, 2006). Vårdpersonal och framförallt läkaren känner sig ofta frustrerade med känslan av att inte ha tillgång till de rätta resurserna och kompetens för diagnostik. När en identifierad person med Münchausen syndrom symtom tilltar ökar frustration hos hälso- och sjukvårdspersonal. Trots att läkaren genom sin kliniska blick och kompetens uteslutit somatisk sjukdom råder alltid en tveksamhet samt en rädsla för att fatta fel beslut (Mydlo et al., 1997). Enligt Stone (2014) är relationen mellan läkare och patienter med patienter med oförklarliga medicinska symtom utmanade i det faktum att läkaren söker förklaring till patienters uppvisade symtom, att inte kunna finna någon förklaring och att tvingades acceptera att symtomen ur fysiskt hänseende är oförklarliga upplevs frustrerande. Att faktiskt behandlande doktorer reagerar så kraftigt då lögnerna uppdagas torde enligt Fisher (2006) bero på att motiven är oklara, förutom att patienten vill inta patientroll. Dickson et al. (2009) belyser problemet genom att synliggöra deras informatanters påtalande behov av någon form av strukturell mall vid bemötande av dessa patienter, en ”steg för steg guide” skulle underlätta bemötandet och minska osäkerheten och frustrationen de upplever vid mötet med dessa patienter.

När det uppdagas att i sin profession låtit sig lurats uppstår skuld-känslor över att man inte uppdagat lögnen tidigare, skuld-känslor över den tid man lagt ner på patienten, skuld-känslor över diagnoser man trott sig varit säker på och dessutom noggrant dokumenterat. Skam över att inte fattat misstankar och konsulterat kollegor.

Frågeställningar och svåra etiska balansgångar uppstår; Osäkerhet angående om patienten är sjuk eller inte förekommer, med tanke på symtomen är patienten sjuk. Dock uppstår tveksamheter om symtomen är äkta eller inte.

Och problemformuleringar av frågan väcks om hälso- och sjukvårds personal verkligen har mandat att besluta om en patient ljuger eller inte.

Onödiga behandlingar och undersökningar förekommer (Stone, 2014) dessa kan orsaka ”verkligt” bestående skador och lidande för patienter med Münchausen syndrom (Fisher, 2006). Stone (2014) beskriver att vårdpersonal framförallt läkare upplever oro för bristande patientsäkerhet på grund av undersökningar patienter med medicinskt oförklarbara symtom genomgår samt den sjukdomsrisk de ibland tillfogar sig själv genom självskador för att skaffa symtom. Fisher (2006) menar att det inte är ovanligt att dessa patienter på grund utav sin manipulativa förmåga råkar ut för verkliga sjukdomar på grund av bifogad vårdskada relaterat till undersökningar och behandlingar eller genom egen skada där man inte upptäckt syndromet i tid (Fisher, 2006). Enligt Stone (2014) kan diagnos också innebära en nonchalans vid nästa söktillfällen, patienten kan ju faktiskt få en äkta och verklig sjukdom. Fisher (2006) menar att det förekommer att behandlingar och undersökningar resulterat i ”verkligt” bestående skador och onödigt lidande för patienten. Dickson et al. (2009) skriver i sin studie hur behandlare av patienter med psykosomatoforma syndrom upplevde en rädsla inför mötet med patienterna. Att de förberedde sig genom att ”ta på sig en rustning” för att inte låta sig manipuleras. Hur de försökte skydda sig själva genom att tänka på vad patienten uttryckte och hur det sades, detta i syftet att förhindra att patienten vände och vred något till sin fördel. Vidare upplevde informatörerna att resultatet av mötet ofta mynnade ut i något dåligt, utan känsla av framgång och tillfredsställelse.

Kontentan av mötet gick ut på att gardera sig emot att bli ansvarig för något nytillkommet eller bejaka något som patienten uttryckte. Man försökte enbart hålla allt flytande utan att ta något större ansvar för patientens rehabilitering.

Det är ett moraliskt svårt dilemma då hälso- och sjukvårdspersonal ställs inför att ifrågasätta patienters trovärdighet när det gäller symtom på sjukdomar. Att påstå i ett sådant skede att patienten ljuger, överdriver eller simulerar upplevs förmodligen olustigt.

Att dessutom upptäcka och avslöja lögnen hos patienter innebär ifrågasättande hos sig själv som vårdpersonal, för tänk om avslöjandet/ tanken är felaktig och att någon sjukdom döljer sig bakom symtomen. Vi saknar inom sjukvården resurser, kompetens och utrustning för att med all säkerhet kunna upptäcka lögnen. Eftersom vi inte har dessa resurser eller kan arbeta utanför våra lagar och riktlinjer som faktiskt innebär ömsesidig tillit anser författaren att bemötande svårigheterna av denna patientkategori kommer att bestå om inte ökad forskning blir ett faktum. Hälso- och sjukvårdslagens uttalande syfte angående bemötande är att det skall grunda sig i respekt till patientens självbestämmande och integritet samt främja god kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient.

Att implementera Travelbee´s teori i hur hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av bemötande grundar sig i att se hela patienten bakom symtomen som en unik individ. Och att försöka få patienten att reflektera över sin upplevelse av situationen, och därefter visa respekt och engagemang. Att inte sätta gränser mellan det fysiologiska och psykologiska menar Travelbee underlättar att bemöta patienten och kunna skapa en logisk planeringsmetod som bidrar till att patienten upplever meningsfullhet trots sjukdomskänsla. Travelsbee´s omvårdnadsteori passar väl in i att bemötande av patienter Münchausen´s syndrom bör grunda sig i en helhetssyn.

Att inte sätta gränser mellan det fysiska och psykiska symtomen skulle eventuellt kunna bidra till att hälso- och sjukvårdspersonal kan uppleva en annan sorts tillfredställelse i bemötandet av patienter med Münchausen´s syndrom.

### **Slutsats**

Patienter som söker med fabricerade och påhittade sjukdomar och symtom förekommer inom hälso- och sjukvården. När hälso- och sjukvårdspersonal bemöter dessa patienter avviker mötet från det normala patientmötet, mötet är komplext och det mynnar inte ut i att lindra symtom och bota kroppsliga sjukdomar. Hälso- och sjukvårdspersonal tvingas ibland tänka och agera annorlunda gentemot deras vanliga arbetssätt. Negativa upplevelser som frustration, ifrågasättande av kompetens och irritation på grund utav resursslöseri var känslor som förekom.

Att bemöta patienter med Münchausen´s syndrom kräver ett holistiskt synsätt, hälso- och sjukvårdspersonalen behöver försöka se patienten bakom symtomen och försöka skapa förståelse i vad symtomen grundar sig i. Obekväma upplevelser kan uppstå på grund utav att bemötandet avviker från den normala hälso- och sjukvårdspersonal - patientrelationen. Att lindra och bota uttalade symtom är i bemötandet av Münchausen patienter inte möjligt på samma sätt som i behandling och vård av andra patienter inom den somatiska hälso- och sjukvården.

Det resulterar i att fortsatt forskning kring ämnet är viktig för att studera hur bemötande situationer hos personer med Münchausens syndrom skall utformas för att bli optimalt.

Intervjustudier hos hälso- och sjukvårdspersonal som bemöter denna kategori skulle i framtiden vara av stor vikt och skulle kunna besvara en hel del dilemman som uppstår i samband med vård och behandling av dessa patienter. Medvetenheten bör ökas hos hälso- och sjukvårdspersonal kring hur ett framgångsrikt bemötande kring dessa patienter bör vara. För att finna svar på och hitta något framgångsrikt bemötande samt resultatrik behandling av dessa patienter krävs en ökad forskning. Ämnet kräver och förtjänar mera uppmärksamhet.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Svårigheter finns i att förstå hur man skall bemöta patienter med Münchausen och personal tvivlar på deras beslut och deras sätt att bemöta patienterna. Att förstå och få vetskap om känslor som vanligtvis uppstår vid vård av Münchausen patienter leder till att vårdpersonal kan bli trygga i sitt yrkesutövande, personal kan få tillåta sig att känna uppleva och upptäcka sidor hos sig själv som de annars kanske tror att de är ensamma om att känna. Att dessutom få kunskap och förståelse i rimligheten i att tanken om att patienten fabricerar sitt symtom faktiskt kan vara det korrekta och därigenom konsultera kollegor.

När sjukvården identifierat syndromet kan hälso- och sjukvårdspersonal genom detta också få en förståelse om varför denna patientkategori tar tid och varför det är orimligt att bejaka dess kroppsliga symtom. Att tillåta sig själv som behandlare att låta patienten vara kvar på sjukvårdsinrättningen utan att utföra snabba behandlingar och undersökningar trots att han/hon är både krävande, kanske aggressiv och manipulerande. Patienter med detta syndrom måste tillåtas ta tid. Det naturliga förtroliga förhållningssättet i hälso- och sjukvårdspersonal - patient relationen finns inte.

Förståelse över att det med facit i hand är uppenbart vad man skulle ha gjort och inte ha gjort måste finnas, att känna skuld-känslor och andra negativa känslor måste tillåtas. Förståelse över att många hälso- och sjukvårdspersonal upplever samma sak. Att bli medveten om att hälso- och sjukvårdspersonal ifrågasätter sin kompetens är vanligt förekommande. Genom detta kan hälso- och sjukvårdspersonal ge sig själva utrymme till att analysera sitt beteende, bli tryggare i bemötandet av dessa patienter och kanske i slutändan kunna komma fram till svårigheten att faktiskt upptäcka dessa patienter.

Som sjuksköterska specialiserad i akutsjukvård är det av stor vikt att känna till hur hälso- och sjukvårdspersonal kan uppleva mötet med patienter som simulerar sjukdom enbart i syftet att inta patientroll. Känslor som frustration, ifrågasättande av sin egna kompetens, oro för faktisk sjukdom samt undvikande och frustration över resurser som patientkategorien upptar är normala upplevelser vid mötet hos dess patienter. Att ha ett kritiskt förhållningssätt till sitt eget beteende vid mötet av dessa komplexa patienter samt att förstå innebörden av sitt agerande vid komplexa bemötande situationer kan underlätta om negativa känslor och upplevelser uppstår. Genom att lyfta ämnet och problematiken som kan uppstå kan litteraturöversikten medvetandegöra och bidra till att underlätta negativa upplevelser vid bemötande av patienter med Münchausen´s syndrom. Litteraturöversikten kommer att publiceras i DIVA och är där lättillgänglig information för de som vill få en överblick över ämnet. Litteraturöversikten kan också användas på författarens arbetsplats som ett enkelt hjälpmedel och kunskapskälla inför bemötande av patienter med Münchausen´s syndrom.

## REFERENSER

- Almalki, M., Al-Tawayjri, I., Al-Anazi, A., Mahmoud, S., & Al-Mohrej, A. (2016). A Recommendation for the Management of Illness Anxiety Disorder Patients Abusing the Health Care System. *Case Reports in Psychiatry*, doi:10.1155/2016/6073598
- Almeida, J., Alves da Silva, J., Xavier, M., & Gusmao, R. (2010). Münchausen syndrome mimicking psychiatric disease with concomitant genuine physical illness. *BMJ Case Reports*, 7(11), doi:10.1136/bcr.07.2010.3142
- Allinejad, N-A., & Oettel, D-J. (2011). Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacidosis. *Innovations in Clinical Neuroscience. A peer-reviewed journal providing evidence-based information*, (8)2, 41-47. doi: PMID: PMC3071093
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5:th ed)*. Washington DC.
- Bass, C. & Halligan, P. (2014). Factitious disorders an malingering: challenges for clinical assessment and management. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), *Factitious Disorder 2*, (383), 1422-1432. doi: 10.1016/S0140-673762186-8
- Bhalchandra-Dahale, A., Hatti, S., Thippeswamy, H., & Kumar-Chaturvedi, S. (2014). Factitious disorder -experience at at Neuropsychiatric Center in Southern India. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 36(1), 62-65. doi: 10.4103/0253-7176.127253.
- Blennberger, E. (2013). *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brenner, E., Rydell, P., & Skoog, I. (2011). *Akut psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad - ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. Rapport nr 2.
- Dickson, B-E., Hay-Smith, E-J-C., Dean, S-G. (2009). Demonised diagnosis: The influence of stigma on interdisciplinary rehabilitation of somatoform disorder. *NC journal of Physiotherapy*, 37(3), 115-121.
- Eklundh, T. (2013). *Psykiatri för primärvården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Feldman, M., Hamilton, J., & Deemer, H. (2001). Factitious disorder In K.A. Phillips (Ed.), *Somatoform and factitious disorders*. 129-166. WA: American Psychiatric.
- Feldman, M-D. & Miner I-D. (2008). Factitious Usher Syndrome: A New Type of Factitious Disorder. *The Medscape Journal of Medicine*, 6(10), 153-154. doi:PMCIDPMC2491673.
- Fisher, J-A. (2006). Playing patient, Playing Doctor: Münchausen Syndrome, Clinical S/M, and Ruptures of Medical Power. *J Med Humanit*, (27), 135-149. doi: 10.1007/s10912-006-9014-9.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. 3.uppl. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Foster, T. (1996). Münchausen´s syndrome? We´ve met i head on. *Management Decisions*, (17), 17-20. PMID: 8848691
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Att göra en litteraturöversikt. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gustafsson, L.K., Snellma, I., & Gustafsson, C. (2012). The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry*, 20(4), 363-371. doi: 10.1111/nin.12013
- Hagglund, L-A. (2009). Challenges in the treatment of Factitious Disorder: A Case Study. *Science Direct. Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 58-64. doi:10.1016/j.apnu.2008.03.002
- Herlofson, J. (2014). *Minipsykologi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Howman, M., Walters, K., Rosenthal, J., Ajjawi, R., & Buszewicz, M. (2016). "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Medical Education*, 16(27), 1-14. doi:org/10.1186/s12909-015-0523-y

- Huffman, J-C. & Stern, T-A. ( 2003). The diagnosis and treatment of Münchausen´s syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 25, 358-363. doi: 10.1016/S0163-8343(03)00061-6
- Ivarsson, K. (2015). *Möten i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Iverson, G. (2007). Identifying exaggeration and malingering. *Pain Practice*, 7(2), 94-102.
- Kinns, H., Housley, D., & Freedman, DB. (2013). Munchausen syndrome and factitious disorder: the role of the laboratory in its detection and diagnosis. *Annals of clinical biochemistry*, 50,194-203. doi: 10.1177/0004563212473280
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering* (2.uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Lawlor, A., & Kirakowski, J. (2014). When the lie is the truth: Grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Research*, 218. 209-218. doi: org/10.1016/j.psychres.2014.03.034
- Lindskog, B-I. (2014). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Muncha, S-M., Varghese, L-A., French, R-E, & Shade, D-A.(2014). Separating Fact From-Factitious Hemoptysis: A Case Report. *CriticalCareNurse, The Journal for high acutely, progressive, and critical care nursing*, 34(4), 36-42. doi: <http://dx.doi.org//10.4037/ccn2014212>.
- Mydlo, J-H., Macchia, R-J. & Kanter, J-L. (1997). Münchaussen´s syndrome: a medico-legal dilemma. *Medicine, science and the law*, 37(3), 198-201.
- Nielsen,K., Jeppesen, M., Simmelsgaard, L., Rasmussen, M. & Thestrup-Pedersen, K. (2005). Self-inflicted SkinDiseases. A Retrospektive Analysis of 57 Patientes with Dermatitis Artefacta Seen in a Deramtolgy Department. *Acta Derm Venereol*, 10(85). 512-515. doi: 10.1080/00015550510038250
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Schlesinger, R-D., Daniel, D-G., Rabin, P. & Jack, R. (1989). Factitious Disorder With Physical Manifestations: Pitfalls Of Diagnosis and Management. *Southern Medical Journal*, 82(2), 210-214.
- Stephenson, D. T., & Price, J. R. (2006). Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*. 595-600. doi:10.1136/emj.2005.032854
- Stone, L. (2014). Managing the consulting with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC Family Practice*,192(15), doi: 10.1186/s12875-014-0192-7



SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 14 januari, 2017 från [www.socialstyrelsen.se/patientsakerhetslagen](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhetslagen)

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen.

Travelbee, J. (2001) *Mellommennesklige forhold i sykepleie*. (K.M Thorbjornsen, övers.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (originalarbete publicerat 1966).

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wong, L., & Detweiler, MB. (2016). Munchausen syndrome: A review of patient management. *Psychiatric Annals*, 46(1), 66-70. doi: 10.3928/00485713-20151130-02.

Zittel, S., Lohmann, K., Bauer, P., Klein, C., & Münchau, A. (2017) Münchausen Syndrome by Genetics: Next Generation Challenges For Clinicians. *American Academy Of Neurology*, 88(3), 1-3. doi:10.1212/WNL.0000000000003695

Bilaga 1. Artikelmatris.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Delta- gare (bort- fall)	Resultat	Kvali- li- tet/T yp
Allinejad, Oettel, 2011.  US	Factitious Disorder as Repeated Diabetic Ketoacido- sis	Syftet med denna studie var att un- dersöka hur en patient med factitious disorder. Fallet disse- kerades för att förklara patofysiolo- gin samt hur dess otill- fredsställda behov går tillmötes.	Peer Reviewd Case studie  Man har grans- kat ett patient- fall och dess interaktion med vårdteam.	1	En diabetes sjuk kvinna uppsökte- skutmottagning ett onaturligt antal gångar med ketoa- cisos. Patientens långtidsblodssocker tenderade vara helt normalt. Misstankar från hälsa och sjuk- vårdspersonal uppstod att något inte stämde då patienten alltid sökte vård då öv- riga familjen var bortrest. Efter samtal och vidare utredning fram- kom att patienten inte tog sitt insulin då hon var själv. Hon ville då söka sjukvård för be- kräftelse. Kvinnan hade som barn övergivits av sin familj.	II

Almalki, Al-Tawayjri, Al-Anazi, Mahmoud, & Al-Mohrej, 2016  Saudiara-bien	A Recommendation for the Management of Illness Anxiety Disorder Patients Abusing the Health Care System.	Förtydligar distriktläkare/primär y läkares funktion att så tid som möjligt fånga upp patienter som fabricerar sina symtom.	Fallstudie	1	Beskriver det komplexa mötet med en patient som medvetet utnyttjar hälsa och sjukvårdssystemet. Patienten diagnostiseras med diagnos under DSM-IV-TR.	II
Feldman & Miner 2008	Factitious Usher Syndrome: A New Type of Factitious Disorder.	Syftet är att belysa komplexiteten av att bemöta patienter med factitious disorder fabricerar dövblindhet. Ett nytt begrepp uppstår Factitious Usher Syndroms.	Fallstudie och granskning av tidigare studier.	1	Ett nytt begrepp uppstår ; Factitious Usher Syndroms, detta på grund av det fabricerande behovet v att ständigt vara behövande av assistans.	II
Fisher, 2006  US	Playing Patient, Playing Doctor: Münchausen Syndrome, clinical S/M and rupturers oc medical power	Att på grund av lite forskning finna klarhet, Analyserar patient-doktor relationen. Vid sadomachism och Münchausen disorder.	Observationsstudie granskat 578 forskningspublikationer samt patientjournaler.	578 publikationer/rapporter	Illustrerar möten mellan vårdpersonal och patienter med factitious illness framförallt münchaussen men även sadomchism. Sammanfattningsvis kommer man fram till behovet av diagnoser och klassifiakationer är i behov för att kunna bemöta denna pateentkategorori.	I

Foster 1996 US	Münchausen's syndrome? We've met it head on.	Att belysa sjuksköterskors utmaning i mötet med patienter med münchausen.	Fallstudie	1	Illustrerar mötet mellan münchausen patient och sjuksköterskor. Att framgångsrikt kunna bemöta denna komplexa patient med hjälp av teamarbete.	II
Hagglund, 2009, US	Challenges in the treatment of Factitious Disorder: A Case Study.	Att undersöka genom tillämpad omvårdnadsteori eller om Psykiatrisk kontakt Team kan optimera omhändertagandet och minska sökmönstret hos patienter med FD	Case/fall studie  Dubbel blind peer review.  En Patient s behandlingar och kontakter med FD studerades under 7 år.	1	För att handläggningen av patienter med factitious disorders skall kunna bedrivas optimalt borde en diagnos finnas för att klassificera denna patientkategori.	I

<p>Howman, Walters, Rosenthal, Ajjawi &amp; Buszewicz. 2016, Storbritanien</p>	<p>You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms</p>	<p>att undersöka AT läkares praktikanter kliniska och pedagogiska erfarenheter av att hantera patienter med medicinskt oförsvarbara symtom</p>	<p>Mixed metod, studie med både enkäter och djupintervjuer med hjälp av pragmatiska paradig</p>	<p>120 (33%)</p>	<p>De flesta studiedeltagarna kämpade för att hantera osäkerheten i att hantera patienter med medicinska oförklarbara symtom. Ofta undersökts eller hänvisas för sin egen trygghet. De beskrev svårigheter i konsultation av sakkunnig inom psykologiska aspekter och / eller tillhandahålla lämpliga förklaringar till patienter för sina symtom. De trodde att mer förberedelser behövdes i utbildningen. Några hade mer positiva erfarenheter och fann sådana samråd givande, vanligtvis efter flera samråd och utveckla en relation med patienten.</p>	<p>I</p>
<p>Huffman &amp; Stern 2003, US</p>	<p>The diagnosis and treatment of Münchausen's syndrome</p>	<p>Att undersöka vilken den est betydande rollen är för psykolog i kontakten med en Münchausen patient.</p>	<p>Case studie</p>	<p>1</p>	<p>Den absolut viktigaste rollen hos en psykolog i vården av patienter med Münchausen är att stötta den vårdpersonal som kommer i kontakt med Münchausen patienten.</p>	<p>I</p>

<p>Iverson, 2007</p> <p>Storbritanien</p>	<p>Identifying exaggeration and malingering.</p>	<p>Syftet med denna artikel var att studera bedömningsunderlag vad gäller smärta och om och när simulering skall misstänkas.</p>	<p>Tvärsnittsstudie, noggrann statistisk jämförelse av tidigare forskningsunderlag avseende överdrifter/simulering av smärta.</p>		<p>Att använda innovativa statistiska psykometriska metoder för att identifiera överdriven/simulerad smärta kan endast användas med maximal försiktighet. Att patienten exempelvis inte samarbetar vid undersökningar är inte det samma som simulering.</p>	<p>I</p>
<p>Muncha, Varghese, French &amp; Shade. 2014</p>	<p>Separating Fact From Factitious Hemoptysis: A Case Report.</p>	<p>Syftet med studien är att vårdpersonal skall lita på sin intuition, sin kliniska blick och känslan av att något inte stämmer.</p>	<p>Fallstudie</p>	<p>1</p>	<p>Man följde en patient med fabrikerad blodhosta. Patienten genomgick ett flertal behandlingar och hamnade slutligen på intensivvårdsavdelning. Flertalet av personalen upplevde att något inte stämde. Studien resulterade i att även svårfabricerade fall är möjliga att fabricera och man bör även vid sådana symptom tänka Münchhausen som differential diagnos.</p>	<p>II</p>

Nielsen, Jeppesen, Simmelsgaard, Rasmussen & Thestrup-Pedersen, 2005 Denmark	Self-inflicted SkinDiseases. A Retrospektive Analysis of 57 Patientes with Dermatitis Artefacta Seen in a Dermatology Department.	Syftet var att kartlägga samt studera omfattningen av självförvållade hudåkommor samt att studera om interventioner kan hindra uppreningar i beteendet.	Retrospektiv analys	57	Efter interventioner avbröt majoriteten (2/3) behandlingen och nekade till självförvållade åkommor. Informanterna hade osannolika svar till sina åkommor. Enbart 1 av de studerade accepterade kontakt med psykiatriker. Enbart 1 av de studerade klassificerades med münchausen syndrom.	II
Schlesinger, Rabin, Daniel & Jack 1989 US	Factitious Disorder With Physical Manifestations., Pitfalls of Diagnosis and Management	Med hjälp av ett illustrativt fall påvisa fallgröpar i diagnos och behandling av dessa patienter med tonvikt på att bryta upprepa sjukhusvisitationer.	Patientfall		Beskriver ett patientfall och belyser svårigheterna i bemötandet. Samt diskuterar hur deras beteende kan leda till somatisk sjukdom samt de enorma kostnader dessa patienter innebär.	II
Stephenson, Price, 2006 US	Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine.	Syftet var att studera akutläkarens kunskaper och bakgrund vad gäller medicinska oförklarliga åkommor.	Peer reviewed case. Granskning av akutläkare med bakgrundskunskap om klassificering och etiologi av medicinska oförklarliga symptom		Tidig upptäckt av det faktum att symptomen inte kan bli följden av organisk sjukdom och en uppskattning av den roll som psykosociala faktorer kan förbättra resultaten genom att minska onödig utredning och antagning, och undvika förstärkning som upp-	I

					muntrar till ytterligare liknande presentationer och föga coping mekanismer.	
Stone, 2014, Australia	Managing the consulting with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice	Var att utforska hur nyutexaminerade och erfarna allmänläkare hanterar patienter med mediskt oförklarbara symtom hanteras. Och hur fortbildning ser ut inom området.	Grounded theory	24	Studiepersonerna saknade en rutin och ramverk för hantering av dessa patienter. En del beskriver negativa känslor mot patienten samt obehaglighet att konfrontera patienten. Doktorerna beskrev också en frustration och hjälplöshet i hanteringen av dessa patienter. Deras negativa känslor kan spela roll i behandling och i den kliniska bedömningen.	II



## Bilaga 2

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärnsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<p><b>Randomiserad kontrollerad studie/ Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.</p>	<p>Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.</p>

<p><b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.</p>	<p>Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p><b>Icke-kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.</p>	<p>Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p><b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>

<p><b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmissiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammenhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>•</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
---	---	----------	---

- Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Källhänvisning:

Berg, A., Dencker, K. & Skärnsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).