Våre funn: Overskygging kan hindre somatisk helsehjelp



Ukom



SOMATISK HELSE HOS PASIENTER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Våre funn: Overskygging kan hindre somatisk helsehjelp

Publisert 23. august 2023

ISBN 978-82-8465-033-3

Da brystsmertene til Inger oppstod var det flere helsepersonell fra AMK og legevakten som snakket med Inger. I samtalene prøvde helsepersonellet å kartlegge Ingers fysiske symptomer, men Inger var mest opptatt av å fortelle at hun var blitt utsatt for en forbannelse. Det var krevende for helsepersonellet å holde oppmerksomheten på det akuttmedisinske, når Inger selv ikke gjorde det. Legevaktslegen klarte å få frem at Inger hadde hatt brystsmerter helt siden morgenen, og datterens informasjon ble dermed bekreftet. Det akutte behovet for undersøkelse av mulig hjertesykdom kom likevel i skyggen, og eventuelle tiltak ble vurdert opp mot Ingers psykiske lidelse.

Da fastlege, kommuneoverlege og lege ved alderspsykiatrisk avdeling på sykehuset på mandagen diskuterte om Inger skulle innlegges på sykehus, førte hennes psykiske sykdom til at vurderingene ble vanskelige. Siden Inger ikke ønsket hjelp, måtte helsepersonellet vurdere hvilket lovverk de kunne bruke. Etter flere drøftelser besluttet de å legge Inger inn på en psykiatrisk akuttpost fordi de mente at det ville være det minst belastende for henne.

Videre ser vi at Ingers psykiske sykdom påvirket valg som ble tatt på sykehuset. Hun ble værende på avdeling i psykisk helsevern selv om blodprøvene etter innleggelsen tydet på akutt hjertesykdom. I utgangspunktet ville Inger fått best somatisk oppfølging for sin hjertesykdom ved en medisinsk avdeling. Likevel ble det lagt størst vekt på hennes psykosediagnose, og den ble bestemmende for hvor hun fikk helsehjelp.

Det blir betegnet som diagnostisk- eller behandlingsoverskygging når en psykisk lidelse trekker oppmerksomheten bort fra å påvise og behandle somatisk sykdom (16-18). I møte med pasienter som Inger, hvor tilstandsbildet er komplekst og pasienten i utgangspunktet har lite kontakt med helsetjenestene, øker faren for at den psykiske lidelsen tar for stor plass (19, 20).

«Det virker som om når det er en vanskelig psykiatrisk pasient, så er det alltid best å være i psykiatrien, men det er jo ikke det når det handler om somatikk. Alle ville hele tiden det beste, og det trodde de at var å være på psykiatrisk. Kanskje hun heller kunne ha en fastvakt eller noen hun kjente på somatikken.»

LEGE

Ukom ser at helsepersonellets oppmerksomhet på Ingers behov for akutt somatisk helsehjelp i stor grad ble overskygget av hennes psykiske lidelse og hennes uvanlige måte å forstå egen helse. Vi ser at den psykiske lidelsen tok større plass enn den akuttmedisinske tilstanden i dialogen mellom helsepersonell, både muntlig og skriftlig. Det ble også utfordrende å avklare somatisk tilstand da juridiske vurderinger tok mye tid. Det er viktig at helsepersonell tar stilling til juridiske og etiske spørsmål, men det blir et problem hvis disse vurderingene går på bekostning av å livsnødvendig og tidskritisk helsehjelp.

Fagmiljø og brukerorganisasjoner vi har snakket med sier at Ingers historie er gjenkjennbar. Pasienter har opplevd det samme som Inger, selv om de i motsetning til henne, ønsket hjelp. Enkelte fortalte at pasienter kan være skeptiske til å informere helsepersonell om sin psykiske lidelse når de trenger akutt hjelp for somatisk sykdom.

Noen systemfaktorer som kan påvirke helsehjelpen

Overskygging er når pasientens psykiske sykdom tar oppmerksomheten bort fra å påvise og behandle somatisk sykdom.

Epistemisk urettferdighet innebærer at en persons utsagn og meninger blir neglisjert eller undervurdert på grunn av personens gruppetilhørighet (21, 22).

For eksempel kan en persons rapportering av symptomer bli oversett på grunn av psykisk lidelse. Pårørende kan også rammes av dette.

Negativ pragmatisme innebærer å ta praktiske avgjørelser basert på negative forventninger eller oppfatninger om en pasients tilstand eller behandlingsmuligheter (5, 64). Eksempler på dette kan være:

- Å anta at det er for komplisert å behandle en somatisk lidelse, og derfor rette innsatsen hovedsakelig på de psykiske symptomene.

- Å forutsette at nytten av tiltak som kan øke levetiden ikke står i forhold til økt belastning for personer med allerede antatt redusert livskvalitet.

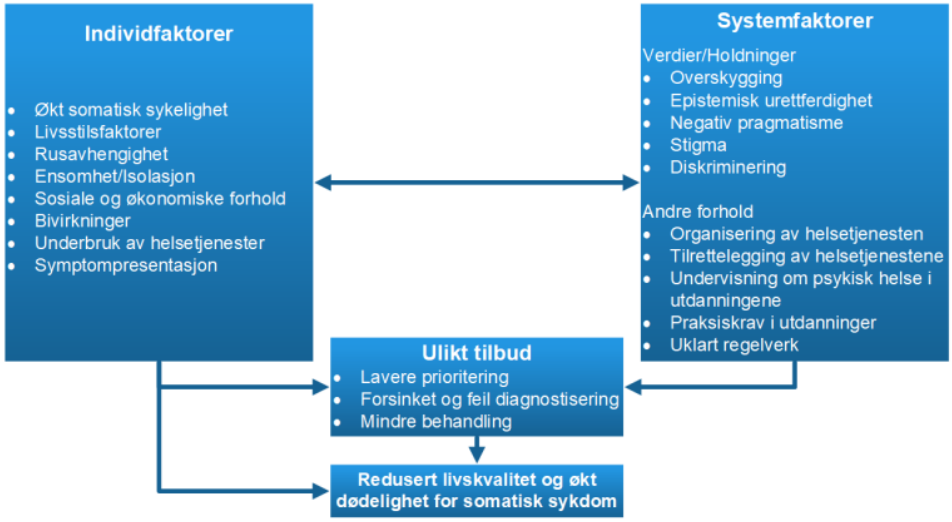
Terapeutisk nihilisme er overbevisningen om at behandling ikke virker eller kan være skadelig. I sammenheng med psykiske lidelser og behandling av somatiske lidelser kan dette gi seg uttrykk ved at helsepersonell ikke har tro på at behandlingen skal gi noe positivt resultat (23).

For å kunne motvirke overdødelighet for pasienter med psykiske lidelser er det viktig med kunnskap om faktorer som overskygging, epistemisk urettferdighet og negativ pragmatisme. Helsepersonell vi har intervjuet er opptatt av individfaktorer som livsstil, genetisk sårbarhet og bivirkninger. Vi ser at det er mindre kunnskap om hvordan systemfaktorene påvirker helsehjelpen til pasienter med psykiske lidelser. Økt bevissthet på systemfaktorer kan bidra til at disse pasientene får bedre helsehjelp.

Ingers historie viser et samspill mellom individ og systemfaktorer som for pasientgruppen bidrar til tap av leveår (6, 24-27). Et eksempel på slikt samspill er at måten pasienter blir møtt på, påvirker

hvordan de bruker helsetjenesten. Samlet fører dette til ulikheter i helsetilbudet, som gir både tap av leveår og redusert livskvalitet.

Modellen nedenfor viser samspillet mellom individ- og systemfaktorer, basert på Ingers historie og forhold beskrevet i litteraturen (5, 7, 10, 13, 19, 20, 28, 29):



Modell for samspillet mellom individ- og systemfaktorer. Last ned modell (PDF)

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924