



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Patienters upplevelser av stigmatisering vid psykisk sjukdom

- En litteraturöversikt

Viktorija Skeie

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Kurskod EXO501

Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst

Höstterminen 2018

Patienters upplevelser av stigmatisering vid psykisk sjukdom - En litteraturoversikt
Patients' experiences of stigmatization in mental illness - A literature review

Författare	Viktoria Skeie
Handledare	Ellinor Tengelin
Examinator	Malin Berghammer
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	EXO501, Kandidat, 15 hp
Termin/år	Höstterminen 2018
Antal sidor	16

Abstract

Background: Studies have shown that patients suffering from mental illness often feel that they are less well treated in health care than patients who do not suffer from a mental illness. What causes this is that patients with mental illness often become subject to stigmatization in healthcare in general. **Aim:** The aim of this study was to illuminate the experience of stigmatization in the healthcare encounter between nursing staff and patients with a mental illness. **Method:** Six qualitative and one quantitative article were analyzed to create a literature review. **Results:** Through the analysis two main-themes and seven sub-themes were identified. The two main-themes were: The feeling of powerlessness and The feeling of deviating. The seven sub-themes were: Not to be taken seriously, Not to be considered to have a real illness, Being malpracticed, Getting a worse response, To live with the fear of being labeled, To be identify with the diagnosis and To repress symptoms. **Conclusions:** Patients find that they are not taken seriously regarding their mental or physical problems and that they do not receive care on the same terms as patients without a psychiatric diagnosis do. Healthcare professionals need better knowledge about experiences of stigmatization, in order to establish a better relationship between patient and nursing staff and to strengthen the patients' self-esteem.

Keywords: *Experience, mental disorders, mental health, psychiatric patients, stigmatization*

Populärvetenskaplig sammanfattning

Alla patienter ska få ett lika gott bemötande i mötet med vården oavsett vilken sjukdom hen lider av. Idag finns det fortfarande många fördomar och en utbredd brist på kunskap gällande psykisk sjukdom, vilket leder till att patienter många gånger blir föremål för stigmatisering från hälso- och sjukvårdspersonal och genom detta får ett sämre bemötande än patienter som inte lider av psykisk sjukdom. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att få patienten att känna sig trygg och utifrån detta kunna skapa en förtroendefull relation med patienten där hen kan känna tillit. Detta för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. När patienten på grund av stigmatisering mister detta förtroende för vården minskar möjligheten för tillfrisknande och till att leva ett, för patienten, optimalt liv med en god upplevelse av hälsa. Syftet med det här examensarbetet var därför att belysa upplevelsen av stigmatisering i mötet med hälso- och sjukvården hos patienter med en psykisk sjukdom. I resultatet har sju vetenskapliga artiklar, sex kvalitativa och en kvantitativ, analyserats. Artiklarna som valdes till resultatet skulle utgå från ett patientperspektiv och därför exkluderades artiklar som belyste närståendes eller vårdpersonals upplevelser. Artiklarna granskades och analyserades med hjälp av Fribergs (2017) analysmetod för litteraturöversikt som syftar till att belysa likheter och skillnader i inkluderade artiklar. Resultatet visar att patienterna ofta känner att de inte blir tagna på allvar och att de inte bemöts på samma villkor som patienter utan en psykiatrisk diagnos. De känner sig även många gånger avvisade när de söker vård genom att de inte blir trodda eller att de upplevs som besvärliga. I tillägg till detta kämpar många patienter med sina egna fördomar kring psykisk sjukdom som får konsekvenser i deras dagliga liv och i mötet med vården. Sjuksköterskan behöver få kunskap om hur de ska bemöta dessa patienter på ett professionellt vis. Stigmatisering, det vill säga olika typer av fördomar kring psykisk sjukdom som får en negativ effekt för dessa patienter, bör lyftas fram och synliggöras inom såväl sjuksköterskeutbildningen och i det kliniska arbetet ute på sjukhus, primärvård och kommunal vård. Det är även viktigt att öka omvårdnadspersonalens kunskaper gällande patienternas upplevelser av stigmatisering, för att kunna arbeta för en bättre relation mellan patient och omvårdnadspersonal samt arbeta för att stärka patientens självkänsla vilket i sin tur kan leda till en bättre återhämtning och livskvalitet.

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Historiskt perspektiv på psykisk sjukdom.....	1
Psykisk sjukdom i Sverige idag	2
Begreppet psykisk sjukdom.....	2
Stigmatisering.....	2
Problem i behandlingen av psykisk sjukdom idag.....	5
Teoretiskt perspektiv: Lidande	4
Problemformulering	5
Syfte.....	5
Metod	5
Litteratursökning	5
Urval	6
Analys	6
Resultat.....	6
Känslan av maktlöshet.....	7
Känslan av att avvika	9
Diskussion.....	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	18
Slutsatser	15
Praktiska implikationer.....	15
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.....	16
Referenser	17
Bilaga I Översikt av systematisk sökning	
Bilaga II Översikt av analyserad litteratur	
Bilaga III Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod	
Bilaga IV Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod	

Inledning

Frekvensen av psykisk sjukdom stiger stadigt i samhället. Patienter med psykisk sjukdom är ofta även somatiskt sjuka, dels på grund av att de inte alltid har samma förutsättningar eller möjligheter som patienter utan psykisk sjukdom att få vård tidigt, och dels på grund av att de ibland inte har samma förutsättningar till egenvård, beroende på det psykiatriska tillståndet. Stigmatisering och fördomar gällande denna patientgrupp är en bidragande faktor till att de många gånger får sämre vård än patienter utan en psykiatrisk diagnos. Upplevelsen av stigmatisering och därigenom ett dåligt bemötande tenderar att bli ett allt större samhällsproblem utifrån ett folkhälsoperspektiv. Detta kan i sin tur leda till att patienten och vården hamnar i en ond cirkel som leder till ännu högre ohälsotal, där patienten förlorar förtroendet för vården och omvårdnadspersonalen förlorar möjligheten att vårda. Ett gott bemötande är av största vikt när det gäller att skapa en allians och ett förtroende mellan patient och omvårdnadspersonal, och om detta sviktar kan det leda till, allt från en förlängd vårdtid till att patienten drar sig för att uppsöka vård. Därför är det angeläget att belysa den psykiskt sjuka patientens upplevelse av stigmatisering i mötet med vården och där igenom bidra till ett lärande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård.

Bakgrund

Historiskt perspektiv på psykisk sjukdom

Behandlingen av psykiskt sjuka genom tiderna, har präglats av synen på det som idag kallas för psykisk sjukdom (Ottosson, 2003). Redan vid mänsklighetens begynnelse och långt in i modern tid har mental ohälsa varit förknippat med farliga och mörka krafter, något som varit svårt att förstå och som tyckts vara onormalt (Ottosson, 2003). Under medeltiden, inom kristendomen hade man en viss respekt för människor med psykisk sjukdom, om man kunde förknippa beteendet med en religiös upplevelse. Under denna tid vårdades personer med psykisk sjukdom oftast hemma hos sina familjer, men i mer allvarliga fall fick de bo på så kallade ”helgeandshus”. Dessa var religiösa institutioner, som stod för den helige andes hus och började byggas på 1200-talet i Sverige. Där tog man hand om både psykiskt och fysiskt sjuka, fattiga och gamla, vilket var en vanlig indelning ända in på 1900-talet (Borelius, 2013).

Lite senare började de psykiskt sjuka att skiljas ut och sattes på separata ”dårhus”. Där låste man in de sjuka på livstid. Dårhusen ansågs humana, eftersom man även satte vissa psykiskt sjuka i fängelse tillsammans med brottslingar. I fängelserna blev de sjuka nedtryckta i underjordiska hålor där de mest oroliga kedjades fast vid armar och ben (Borelius, 2013). I början av 1800-talet började man bygga mentalsjukhus i Europa vilket var ett uttryck för ett nytt sätt att se på psykiskt sjuka. Behandlingarna på mentalsjukhusen bestod ofta av olika typer av experiment, ibland med dödlig utgång. Förändringen i synen på psykiskt sjuka personer ansågs ändå som nödvändig då tillståndet nu ansågs vara en sjukdom som gick att bota. I mitten av 1800-talet började även Sverige bygga mentalsjukhus (Borelius, 2013).

Runt 1960 började kunskap utvecklas som pekade på att slutna institutioner som mentalsjukhus enbart förvärrade det psykiatriska tillståndet hos patienterna och att deras återanpassning till samhället blev svårare (Ottosson, 2003). Detta var något av ett genombrott i psykiatrins historia. 1967 tog landstingen över mentalsjukhusen, som senare blev kallade psykiatriska sjukhus, och fick därmed samma ställning som all annan sjukvård (Ottosson, 2003).

Psykisk sjukdom i Sverige idag

Omvårdnadspersonal möter idag, patienter med psykisk sjukdom både inom de psykiatriska och somatiska vårdspecialiteterna, men ofta blir den somatiska vården patientens första kontakt med sjukvården. Mellan psykiatri, neurologi och neurokirurgi, finns ett stort gemensamt område. Inom dessa tre specialiteter är störningar i centrala nervsystemet, det gemensamma. Typen av symtom är ofta det som avgör vilken specialitet patienten kommer att tillhöra (Ottosson, 2015).

Socialstyrelsen (2013) har tagit fram nationella riktlinjer, vilka är ett stöd för vård och omsorg att prioritera vård. Regeringen har i samarbete med Socialstyrelsen tagit fram en strategi inom området psykisk ohälsa för perioden 2016-2020 där det bland annat ingår insatser som förebyggande och främjande insatser, tidiga och tillgängliga insatser, utsatta grupper och delaktighet och rättigheter för patienter med psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt statistik från Försäkringskassan (2017) framgår att sjukskrivningarna har ökat, varav störst ökning har skett på grund av psykiatriska diagnoser. Dessa är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning. I september 2016, låg dessa diagnoser bakom 44 procent av sjukskrivningarna, vilket i absoluta tal innebär 82 000 av totalt 189 000 pågående sjukfall (Försäkringskassan, 2017). Psykisk sjukdom är alltså orsaken till nästan hälften av alla sjukskrivningar. Mellan år 2011 och fram till 2017 mer än fördubblades sjukskrivningarna med anledning av psykiatriska diagnoser (Försäkringskassan, 2017).

Begreppet psykisk sjukdom

Under de senaste åren har begreppet psykisk sjukdom inom bland annat World Health Organization (WHO, 2016) ersatts med benämningen "psykisk störning" (mental disorder). Psykisk sjukdom, eller störning, inkluderar en rad olika tillstånd såsom, bipolär sjukdom, depression, generaliserad ångest, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom PTSD, psykos, schizoaftektivt syndrom, schizofreni, tvångssyndrom OCD och ätstörningar. Psykiska problem kan vara av organisk genes, det vill säga förändringar i hjärnans struktur eller funktion eller av psykogen genes, det vill säga att problemen kommer från en reaktion på förhållanden i individens psykologiska och sociala miljö (Ottosson, 2015).

Stigmatisering

Att människor med psykisk sjukdom fått ett sämre bemötande än människor med andra sorters sjukdomar genom tiderna, är inget nytt. Stigmatisering som begrepp användes redan i antikens Grekland för att påvisa något nedsättande i en persons moraliska status (Goffman, 2014).

Goffman (2014) menar att en individ som blir utsatt för stigmatisering är någon som har ett drag eller en egenskap som inte kan undgå uppmärksamhet och som får den som möter individen att vända sig bort och bortse från de krav på gemenskap som hans övriga egenskaper kunde ha motiverat. Individen besitter härmed ett stigma, hen avviker på ett icke önskvärt sätt från omgivningens förväntningar (Goffman, 2014).

Link och Phelan (2001) har presenterat en modell utifrån att man ofta sätter en viss stämpel på människor, där de definierat vilka aspekter som samverkar i en stigmatisering kring psykisk sjukdom. Stämplingsteori är inom sociologin teorier om avvikande beteenden som internaliseras hos en individ. Avvikelsen är inte en egenskap hos individen utan uppstår i samspelet mellan icke avvikare och avvikare. Vid *stämpling* sätts en stämpel på människors

skillnader i personlighet och beteende. Med *stereotyper* menas föreningen av dessa skillnader utifrån en negativ stämpel, exempelvis ”personer med psykisk sjukdom har svaga nerver”. *Uppdelning* innebär en indelning i ”oss” och ”dom”. Detta klassificerar människor med negativa stämplat som annorlunda ifrån de som är ”som alla andra” (Link & Phelan, 2001).

Vidare menar Link och Phelan (2001) att stämpling, stereotyper och uppdelning leder till statusförlust och diskriminering. En ytterligare integrerad del av stigma är makt, eftersom diskriminering och statusförlust endast kan manifesteras tillsammans med makt. Stämpling innebär ett förlopp av upprepade negativa reaktioner från omvärlden som ofta medför att individens självbild påverkas alltmer negativt, med självstigmatisering (också känd som internaliserad stigma) som följd. Självstigmatisering innebär att man accepterar och tar till sig omgivningens fördomar och ser dem som en sanning. Eftersom individen är uppväxt i en värld där fördomar finns är hen själv en del av dessa innan hen blir sjuk. I och med detta faller det naturligt att individen är en person som har mer eller mindre av dessa tänkta dåliga egenskaper – att individen är svag, instabil, oberäknelig eller våldsam och så vidare (Link & Phelan, 2001).

Enligt Küey (2008) är samsjukligheten stor, det vill säga patienter som lider av både psykiska och somatiska sjukdomar. Dessa patienter jämfört med dem som enbart har en fysisk sjukdom, lider ofta av en dubbel börda i och med att de ofta tillskrivs psykiska orsaker till sina fysiska symtom, som i värsta fall leder till försenad eller förskjuten behandling. Detta är en vanlig typ av stigma även inom den psykiatriska vården (Küey, 2008)

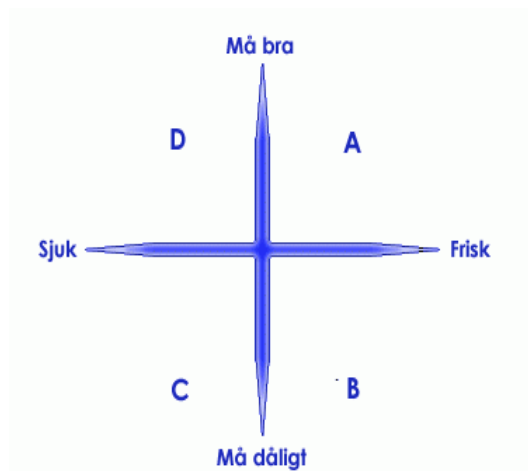
Problem i behandlingen av psykisk sjukdom idag

Under de senaste 50 åren har forskningsstudier visat, att stigmatisering av patienter med psykisk sjukdom, fortfarande är mycket vanligt över hela världen (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000) Patienter berättar om att de ses på som mindre kompetenta, svaga och att det känns som att folk i allmänhet helst undviker dem. Konsekvenserna kan bli att personer med psykisk sjukdom isolerar sig och får sämre förutsättningar att skaffa sig eller behålla ett arbete. Detta leder i sin tur till förlust av inkomst som kan orsaka ytterligare psykiska besvär och försämrad livskvalité (Björkman et al., 2008).

Enligt Küey (2008) har det visat sig vara allmänt accepterat i samhället idag att psykiatriska tillstånd är underdiagnostiserade och att dessa patienter även är underbehandlade gällande sina eventuella somatiska sjukdomar. Detta kompliceras ytterligare då graden av sviktande behandling gällande psykiatriska sjukdomar redan är stort världen över. När man studerat vad som kan vara orsaken till detta, finner man ofta ett stigmatiserande förhållningssätt till denna patientgrupp. Sammantaget innebär det att patienter med en samsjuklighet lider dubbelt på grund av att vård och behandling av patienternas både somatiska och psykiatriska sjukdomar anses vara undermåliga. Denna stigmatisering gentemot dessa patienter fungerar alltså åt två håll och förstärker varandra, genom att man dels inte tar deras somatiska åkommor på allvar för att de har en psykiatrisk sjukdom och dels genom att deras psykiatriska sjukdom redan sedan innan många gånger är underbehandlad (Küey, 2008).

Teoretiskt perspektiv: Lidande

Lidande som patienten kan uppleva i samband med stigmatisering illustrerar bland annat Katie Eriksson (1994) med sin modell "Hälsokorset". Det är relativt vanligt att patienter med psykisk sjukdom inte har objektiva symtom på sitt illabefinnande, men att de mår dåligt och har ont. I figur 1 beskrivs aspekterna kring patientens hälsa enligt följande; I axel A har patienten en verklig och upplevd hälsa. I axel B upplever patienten ett tillstånd av ohälsa men har inga objektiva tecken på ohälsa eller sjukdom. I axel C upplever patienten ohälsa och har objektiva tecken på ohälsa och sjukdom och slutligen i axel D, är patienten ofta medveten om att hen har en sjukdom men har accepterat situationen och kan uppleva en mening i detta (Eriksson, 2014).



Figur 1. Hälsokorset (Eriksson 2014)

Ibland kan patienter med psykisk sjukdom även ha kroppsliga symtom, som till exempel vid samsjuklighet. Att vid sådana tillfällen inte bli trodd och tagen på allvar skapar en negativ spiral av illabefinnande (Eriksson, 1994). Eriksson (1994) menar vidare att det djupaste lidandet är att inte bli sedd som människa och att det inom sjukvården finns tre olika typer av lidande. Sjukdomslidande, som är det lidande som förekommer vid sjukdom och behandling; livslidande som berör människans hela verklighet och existens; och vårdlidande som uppstår i samband med själva vårdandet och som har sin grund i vårdpersonalens kunskap och handlingar (Eriksson, 1994). Vårdlidandet anser Eriksson (1994) vara ett onödigt lidande och ett lidande som patienten inte ska behöva uppleva, och som kan ha sin grund i bristande kunskap, förståelse och reflektion. Att vårda innebär att lindra lidande genom en önskan att göra väl, kärlek samt tro och hopp (Eriksson, 1994). Det är viktigt att sjuksköterskan bekräftar patienten lidande genom att "se" patienten. Att bekräfta lidandet kan ske genom beröring, en blick eller genom en förtroendefull kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

Eriksson (1994) menar att lidandet i sig kränker människans värdighet och kränkningen kan innebära att patienten drar sig undan från att prata om sitt lidande. Det är därför viktigt att sjuksköterskan vågar bekräfta detta lidande för att kunna lindra det. Genom att bekräfta människans värdighet i omvårdnaden, ger sjuksköterskan varje patient individuell vård. Att som

patient få uppleva att man har ett eget värde, utan att behöva känna skam och skuld, är av grundläggande betydelse för omvårdnaden av patienten (Eriksson, 1994).

Problemformulering

Stigmatisering gentemot patienter med psykisk ohälsa är enligt forskningsstudier idag vanligt och till stor del även accepterat i samhället, både nationellt och internationellt. Detta har blivit ett samhällsproblem då frekvensen av psykisk sjukdom inte tenderar att sjunka och samsjukligheten med både fysiska och psykiska sjukdomar ökar, samtidigt som studier påvisar att patienter med psykisk ohälsa, på grund av stigmatisering, inte får lika bra vård och behandling som patienter utan psykisk ohälsa. Det finns gott om forskning gällande stigmatisering som fenomen, medan forskning om hur patienter upplever stigmatisering i mötet med vården är mindre omfattande. För att som sjuksköterska och omvårdnadspersonal få ökad förståelse och kunna tillgodose dessa patienters omvårdnadsbehov är det viktigt att belysa och sammanställa kunskap om hur patienter med psykisk sjukdom upplever stigmatisering och dess effekter.

Syfte

Syftet med examensarbetet är att belysa upplevelsen av stigmatisering av patienter med en psykisk sjukdom i mötet med hälso- och sjukvården.

Metod

Metoden som valdes var en litteraturöversikt enligt Friberg (2017), och som innebär att skapa en översikt över vilken kunskap som finns inom ett visst område, relaterat till omvårdnad. Metoden innebär, enligt Friberg (2017), att man på ett strukturerat tillvägagångssätt tar reda på vad på vad det finns för befintlig forskning inom det problemområde som ska studeras, för att få kunskap och en överblick. I en litteraturöversikt kan både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingå, vilka kan ses som ett komplement till varandra (Polit & Beck, 2017). Metoden ger en kunskapsöversikt utifrån granskade och analyserade artiklar över aktuell forskning inom det valda området (Polit & Beck, 2017).

Litteratursökning

Databaserna Cinahl och PsycInfo användes för att söka lämplig litteratur i form av vetenskapliga artiklar (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2016). För att få en översikt av valt forskningsområde gällande vetenskapliga artiklar gjordes först en systematisk sökning i Cinahl, som är den rekommenderade databasen inom omvårdnadsforskning. Därefter gjordes sökningar i PsycInfo som främst inriktar sig på vetenskaplig forskning inom psykologi och beteendevetenskap. I den systematiska litteratursökningen användes ämnesord då de ger en hög precision i sökningen angående ämnet i databasen (Friberg, 2017). Ämnesord som användes var "Mental disorders", "Stigma", "Mental health" och "Psychiatric patients". "Stigmatization or stigma", "Patient experience", "experience" och "experiences or perceptions" användes som sökord då de inte fanns som ämnesord. Trunkering användes vid sökordet experience* för att få med olika böjningar och sammanhang. Booleska sökoperatörer har använts för att kunna kombinera sökorden med AND och OR för finna de artiklar som handlar specifikt om patientens upplevelse av stigmatisering av psykisk ohälsa. Syftet med att använda Booleska sökoperatörer är att förena eller separera söktermer och rätt kombinerade hjälper de forskaren att ringa in så

mycket som möjligt av relevant litteratur samtidigt som sökningen riktas till ett avgränsat område (Willman et al. 2016). För att Sökningarna begränsades till endast engelskspråkiga artiklar publicerade först mellan 2008- 2018, men utökades senare till 2005-2018. Anledningen till att antal år i sökningen utökades var att det fanns begränsat med artiklar under tidigare sökningar. I två av sökningarna användes avgränsning i metod av kvalitativ studie. Den systematiska litteratursökningen redovisas i Bilaga I.

Urval

Examensarbetets resultat baseras på sju vetenskapliga artiklar. Sex artiklar med kvalitativ metodansats och en med kvantitativ metodansats. Artiklarna är lästa, granskade och kvalitetsbedömda enligt kvalitetsbedömningsmall för antingen kvalitativ eller kvantitativ studie, utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall av Willman et al. (2016), se Bilaga III och IV. Granskningsmallarna består av flera kriterier som speglar en studies kvalitet och där studien bedöms vara mellan grad I-III. Grad I står för studier av hög kvalitet, grad II medelhög och grad III för studier av låg kvalitet. Samtliga artiklar som togs till resultatet uppnådde grad I i kvalitetsgranskningen. Vid varje sökning lästes titlarna igenom för att välja ut de som svarade mot syftet. Därefter lästes artiklarnas abstract för att göra en ytterligare gallring, för att slutligen läsa artiklarna i sin helhet. Av de artiklar som lästes i sin helhet valdes de artiklar ut, som skulle ingå i resultatet och som var relevanta för syftet. Tillämpade inklusionskriterier var studier där patienters egna upplevelser av stigmatisering i mötet med vården belystes samt att patienterna var över 18 år. Artiklarna är publicerade mellan 2005 och 2018 och är skrivna på engelska. Artiklarna är i fulltext och de är peer-reviewed vilket innebär att de är granskade av forskare inom aktuellt område och är publicerade i en vetenskaplig tidskrift (Polit & Beck, 2017). De artiklar som blev exkluderade var artiklar som handlade om anhörigas och vårdpersonals upplevelser av stigmatisering och artiklar som handlade om barn med psykisk sjukdom.

Analys

Analysen har genomförts enligt Fribergs (2017) tre analyssteg för en litteraturoversikt. Författaren har med hjälp av dessa steg rört sig från en helhet till delar som sedan fått skapa en ny helhet som presenteras i resultatet. Under steg ett har författaren läst artiklarna flera gånger för att få en känsla av vad de handlar om. I steg två identifierades nyckelfynd ur varje artikel som skrevs ned i ett separat dokument märkt med artikelns titel. Artiklarnas resultat sammanställdes i en schematisk översikt, se bilaga II. Författaren valde att arbeta med postitlappar för att få en översikt över vad som skulle analyseras. Det undersöktes om det fanns sammanhang i texten där man kunde hitta likadana innebörder och på vilka sätt de skiljde sig från varandra. I det tredje och avslutande steget blev olika innebörder identifierade och fördes samman utifrån likheter och skillnader, i kategorier och teman. Efter många omsorteringar och genomläsningar framträdde en ny helhet som slutligen resulterade i två huvudteman med sju underteman.

Resultat

I tabell 1 presenteras resultatet i form av de huvudteman med underteman som framkom under analysen av de valda artiklarna.

Tabell 1. Översikt av analys

Huvudteman	Underteman
Känslan av maktlöshet	Att inte bli tagen på allvar Att inte anses ha en riktig sjukdom Att bli felbehandlad Att få ett sämre bemötande
Känslan av att avvika	Att leva med rädslan att bli stämplad Att identifiera sig med sin diagnos Att förtränga sina symtom

Känslan av maktlöshet

Patienterna upplevde en stor maktlöshet av att inte bli tagna på allvar gällande sin psykiska sjukdom och att detta i sin tur skapade en rädsla och oro över att eventuellt inte få rätt behandling. Denna känsla av maktlöshet skapade ångest och frustration över att inte bli respekterad och bemött på lika villkor som andra patienter i vården. Många tyckte att de tog längre tid att få rätt behandling för deras psykiska eller fysiska besvär, då de upplevde att omvårdnadspersonalen ofta tog för stort hänsyn till den psykiatriska diagnosen vilket oftast ledde till omvägar eller felbehandling.

Att inte bli tagen på allvar

Att patienterna kände att de inte blev tagna på allvar gällande sin psykiska sjukdom var en vanligt förekommande känsla, som i sin tur ofta skapade stor frustration och ibland även ilska. Efter att ha diagnostiserats med en psykisk sjukdom var det en vanlig upplevelse hos patienterna att deras åsikter inte längre räknades, att beslut togs över deras huvuden som om de inte längre var kapabla eller förmögna att veta vad som var bäst för dem själva. En del kände det som att de inte existerade eller räknades som människor längre (Gyamfi, Hegadoren & Park, 2018). Patienterna beskrev en upplevelse av att de inte blev trodda eller tagna på allvar när de uttryckte kroppsliga symtom som smärta eller andra obehag. Många gånger härleddes dessa åkommor till deras psykiska sjukdom, att den psykiska sjukdomen i sig självt skulle vara själva orsaken

till de kroppsliga besvären (Yuksel, Bingol, & Oflaz, 2014). Andra patienter upplevde det som att de fysiska symtomen inte togs på allvar på grund av att de inte ansågs vara vid sina sinnes fulla bruk och därmed hade bristande insikt och kunskap, samt att de inte ansågs ha förmågan att göra skillnad på fysiska och psykiska symtom själva (Happell, Ewart, Bocking, Platania-Phung & Stanton, 2016).

Att inte anses ha en riktig sjukdom

En annan aspekt på maktlösheten var upplevelsen av att inte ha en riktig sjukdom. Patienter kunde höra omvårdnadspersonal som insinuerade att psykisk sjukdom inte var en lika allvarlig sjukdom som en kroppslig sjukdom. De fick ofta känslan av att de därför ansågs kunna vänta, och att deras behov av vård nedprioriterades (Liggins & Hatcher, 2005). Denna känsla förstärktes hos dem som hade en familj som i sin tur inte trodde på att deras närstående faktiskt hade en riktig sjukdom, utan att detta var en fas som individen skulle komma över (Bril-Barniy, Moran, Naaman, Roe & Karnjeli-Miller, 2017) I mötet med omvårdnadspersonal upplevde många patienter en slags hierarki i synen på sjukdomar. Schizofreni och andra psykossjukdomar låg högt upp i den hierarkin, depression längre ner och cancersjukdomar långt ner på den hierarkiska stigmatiseringsstegen. Detta är något som upplevdes starkt av många patienter (Huggett, Birtel, Awenat, Fleming, Wilkes, Williams & Haddock, 2018). Patienter upplevde att omvårdnadspersonal såg på exempelvis psykossjukdomar som något konstigt och svårt att förstå, då många gånger kunskapen gällande denna diagnos var bristfällig. Det ansågs inte som en riktig sjukdom utan mer som ett tillstånd där patienten inte var vid sina sinnes fulla bruk. En cancerdiagnos däremot, upplevde patienter att omvårdnadspersonalen bemötte med största respekt. Det ansågs vara en riktig sjukdom som inte hade att göra med patientens beteende eller hur hen var som person. Patienterna upplevde att de patienter som hade en cancersjukdom fick sympati och omtanke på ett helt annat plan än de med en psykisk sjukdom (Happell et al., 2016).

Att bli felbehandlad

Upplevelsen av att omvårdnadspersonalen förminskade och inte tog patienternas symtom på allvar var ofta förekommande. Särskilt vanligt var det att den fysiska smärtan ignorerades. Detta visade sig vid flera tillfällen genom att de fick fel eller utebliven behandling. En stor del av patienterna var väl medvetna om att deras symtom av den psykiska sjukdomen kunde visa sig som, till exempel fysisk smärta, men de upplevde att omvårdnadspersonalen uttryckte att, om smärtan inte var somatisk, kunde patienterna inte heller känna något. Vid exempelvis ett benbrott kunde omvårdnadspersonal ge uttryck för att patienterna gjorde den smärtan större än den var just på grund av att de även hade en psykisk sjukdom (Liggins & Hatcher, 2005). Detta ledde många gånger till att patienterna inte fick adekvat smärtlindring. En del patienter upplevde även att det inte fanns någon vilja att utreda eller utesluta andra somatiska sjukdomar vid kroppsliga besvär, och då patienterna kände sig väldigt osäkra själva på sina symtom, uttryckte många att denna oro lätt hade kunnat bli avhjälpt genom blodprover eller annan somatisk undersökning (Happell et al., 2016). Denna oro patienterna upplevde över att eventuellt bli felbehandlade eller inte få någon behandling, särskilt gällande deras kroppsliga besvär, gjorde att de ibland valde att uppsöka privata alternativ eller vårdcentraler. Anledningen till detta var att de hoppades på att få en objektiv bedömning då dessa vårdinstanser inte sedan tidigare hade kännedom om deras psykiatriska diagnos (Bril-Barniy et al., 2017). Vissa patienter upplevde att de hade blivit medicinerade för psykiska symtom som i efterhand visat sig vara somatiska sjukdomar, som därmed fördröjt både vårdtid samt att komma fram till rätt diagnos, på grund av att omvårdnadspersonalen inte tagit kroppsliga symtom på allvar. Många

patienter beskrev att de vid något tillfälle upplevt, när de sökt för någon typ av somatisk åkomma, att de blivit inlagd på en psykiatrisk vårdavdelning istället för en avdelning som var specialiserad på den typen av åkomma som hen sökt för. Detta medförde att patienterna inte vid dessa tillfällen fått den specialistvård de var berättigade till, utan behandlingen blev fördröjd eller uteblev (Happell et al., 2016).

Att få ett sämre bemötande

Patienter med en psykisk sjukdom upplevde ofta att de fick ett bemötande som skiljde sig från hur patienter med andra sjukdomar blev bemötta. De beskrev att detta bemötande ibland kunde leda till att de inte fick tillgång till samma vård och behandling som andra patienter, och att de upplevde att detta hade med deras psykiatriska diagnos att göra samt hur deras sjukdom gav sig uttryck (Happell et al., 2016). Patienterna upplevde exempelvis att de patienter som var ”snälla och tysta” och som inte gav omvårdnadspersonalen merarbete, fick ett mer respektfullt bemötande. Patienter däremot, med exempelvis stark ångest och som uttryckte detta på olika vis, sågs på som besvärliga och fick ett sämre bemötande av omvårdnadspersonalen (Liggins & Hatcher, 2005). Som psykisk sjuk kände sig patienten ofta som ett problem, något som i varierande grad verkade besvärligt för omvårdnadspersonalen och som i sin tur gjorde att patienterna upplevde att de fick ett orättvist bemötande (Yuksel et al., 2014). Dessa erfarenheter skapade ett motstånd hos många patienter att uppsöka sjukhus för sina psykiska problem. Många hade tidigare erfarenheter av att bli avvisade och de kände att de aldrig kunde vara säkra på om de skulle bli bemötta med vänlighet och förståelse eller om de skulle bli motarbetade. En del upplevde därför att de verkligen behövde bevisa att de var sjuka och i behov av vård, ibland genom att skada sig själva, då deras sjukdom inte var synliga på samma sätt som vid en somatisk sjukdom (Liggins & Hatcher, 2005). Vid de tillfällen patienterna hade en historia av upprepade vårdtillfällen, beskrev de en hopplöshet i samband med mötet med vården. Patienterna upplevde det som att omvårdnadspersonalen givit upp tanken på att finna en lösning på deras problem och att de då ofta blev satt åt sidan (Gyamfi et al., 2018).

Känslan av att avvika

I mötet med vården blev patienternas självstigmatisering, det vill säga, deras egen syn på sig själva och sin psykiska sjukdom, ett hinder. Patienterna utgick ofta ifrån att omvårdnadspersonalen såg på dem med samma förakt som de själva kände inombords. Dessa känslor kunde böttna i tidigare erfarenheter eller vilka värderingar och normer som funnits inom familjen och vad man inom familjen haft för syn på psykisk sjukdom under uppväxten. Upplevelsen blev som en självuppfyllande profetia och förstärkte hela stigmatiseringsprocessen, som i sin tur försvårade och gjorde att det tog längre tid att skapa en god och förtroendefull relation mellan omvårdnadspersonal och patienter.

Att leva med rädslan att bli stämplad

Många patienter hade, redan innan de fått sin diagnos, upplevt en rädsla inför att få en psykiatrisk diagnos och därmed avvika från normen. Det sista de ville ha var en psykiatrisk journal då det fanns en förställning om att då bli stämplad som en psykisk sjuk patient i alla framtida möten med vården. De var oroliga för vad omvårdnadspersonalen skulle tycka och tänka och om de, som patienter med en psykisk sjukdom, skulle bli bemötta med respekt eller som mindre vetande (Liggins & Hatcher, 2005). I familjer där man pratat om psykisk sjukdom

som något avvikande och skamfyllt, var rädslan större att bli stämplad och mötet med vården som regel svårare, än om man växt upp i en familj där öppenhet gentemot olika typer av sjukdom och avvikelser från normen har varit gällande. Det var svårare och tog längre tid att skapa en bra allians med omvårdnadspersonalen vid de tillfälle då patienterna var uppväxta i ett hem med fördomar kring psykisk sjukdom (Huggett et al., 2018). Unga patienter med psykisk sjukdom led ofta mer av självstigmatisering än vad äldre gjorde, vilket hörde troligtvis ihop med att de i yngre år generellt brydde sig mer om vad andra tyckte och tänkte. Många upplevde oro och rädsla inför att uppsöka vården, framför allt gällande somatiska åkommor på exempelvis vårdcentral. Rädslan handlade många gånger om att bli stämplad som en psykisk sjuk person som inte var vid sina sinnes fulla bruk, när omvårdnadspersonalen fick vetskap om att patienten även led av en psykiatrisk diagnos. Många undrade om de skulle tas på samma allvar som andra patienter och undrade vad den första tanken hos omvårdnadspersonalen skulle vara. Patienterna var oroliga för att de inte skulle bli trodda utifrån att de upplevde sig själva som avvikande eller att omvårdnadspersonalen skulle tycka att det de beskrev bara var fantasier (Yuksel et al., 2014). Patienter med psykosjukdomar eller beroendesjukdomar beskrev sällan stämplingen som ett begrepp, utan deras rädsla handlade mer om upplevelsen av de konsekvenser som stämplingen gav. I en studie av Sidholm, Abdelfattah, Carter, El-Dosoky & Fakhr El-Islam (2014), beskrevs det att 68 % av patienterna upplevde att bekanta tog avstånd ifrån dem eller minskat på det sociala umgänget med dem efter att de fått vetskap om deras psykiatriska tillstånd.

Att identifiera sig med sin diagnos

En stor del av patienterna upplevde att de ”tappade” sig själva när de fick en psykiatrisk diagnos. Att de blev själva diagnosen, och utifrån egna förutfattade meningar gällande psykisk sjukdom, inte längre visste vilka de var längre. De upplevde det som att ingen ville ha med dem att göra och att de helst skulle stanna inne och inte synas (Gyamfi et al., 2018). Andra patienter vittnade om att de kände en oro inför framtiden, då de inte visste hur de eventuellt skulle kunna fungera i samhället och i arbete efter ett eventuellt tillfrisknande, utan att kunna hänga upp sin person vid en diagnos. De upplevde att de inte visste vem de var utan sin diagnos. Bland patienter med psykosjukdomar, beroendesjukdomar eller affektiva sjukdomar visade sig 67 % vara oroliga inför framtiden och hur de skulle kunna relatera till och hantera sin psykiska sjukdom (Sidholm et al., 2014). Andra patienter upplevde tvärtom att de fick ett ökat stöd och resurser från vården när väl diagnosen var satt. De kände en befrielse i att äntligen få ett svar på vad deras symtom bottnat sig i, och att det kändes skönt att få identifieras med en diagnos. De upplevde snarare att de sågs som en stark person som kunde hantera en mycket svår sjukdom snarare än enbart en person som är psykiskt sjuk. För dessa patienter blev ofta upplevelsen av mötet med vården betydligt bättre och det kunde snabbt skapas en god och förtroendefull relation mellan patient och omvårdnadspersonal (Bril-Barneiy et al., 2017).

Att förtränga sina symtom

Patienter kunde förtränga sina symtom, vilket var ett resultat av de egna fördomarna och av att leva i tron av hur de uppfattas av andra. En del patienter upplevde exempelvis en rädsla inför att påbörja vissa läkemedelsbehandlingar då de hade hört, eller hade egna erfarenheter, att dessa mediciner gav biverkningar i form av exempelvis tremor, muntorrhet, sludrigt tal, ticks eller liknande och som i sin tur enligt patienterna skapade ytterligare stigmatisering. Att patienterna istället försökte förtränga sina symtom och undvek att ta de mediciner vården ansåg att de var i behov av, ledde ofta istället till att de blev ytterligare försämrade i sitt tillstånd (Yuksel et al., 2014). För att slippa stigmatisering och att känna sig alltför avvikande, hittade patienterna gärna

somatiska orsaker till sina symtom, såsom magsmärtor eller yrsel, vilka kanske i själva verket berodde på ett återfall av exempelvis en depression. Dels för att lättare kunna acceptera sitt illabefinnande och dels för att i mötet med vården, kunna söka för en somatisk åkomma utifrån patienternas egen upplevelse (Huggett et al., 2018). Andra patienter intalade sig att deras psykiatriska symtom inte hade något med deras psykiska sjukdom att göra, att det inte var något de skulle besvära vården med. För att inte känna sig annorlunda från andra människor, intalade de sig ofta att deras symtom var övergående som vid vilken lättare sjukdom som helst, och uppsökte därför aldrig vården förrän de blev väldigt sjuka (Sidholm et al., 2014). Bland patienter med psykossjukdomar beskrev 89 % av patienterna att de hellre vände sig till olika typer av healers istället för att söka traditionell vård för sina psykiska symtom, och hoppades istället att deras besvär med tiden skulle minska (Sidholm et al., 2014). Många patienter upplevde det som att deras symtom inte var allvarliga nog att behandlas utan sökte vård först när deras symtom inverkade på hans dagliga liv. De drog sig också många gånger från att ringa ambulans, då de ansåg att dessa transporter var för de som var allvarligt fysiskt sjuka, och ville inte missbruka de resurserna. De upplevde att deras psykiska sjukdom avvek från den norm som var gällande för dem som hade rätt till ambulanstransport eller andra akuta sjukvårdsåtgärder. De upplevde sig inte vara värdiga eller sjuka nog att uppta akutsjukvårdens tid och för att inte verka ännu mer avvikande än de redan kände sig gjorde de allt för att förtränga sina symtom. Detta ledde i sin tur till att en del istället förträngde sin egna suicidala tankar vilket ibland kunde få allvarliga följder (Huggett et al., 2018).

Diskussion

Metoddiskussion

För att undvika ett snedvridet urval av artiklar menar Willman et al (2016) att det är viktigt att söka litteratur från olika källor. Artiklarna som ingick i litteraturöversikten söktes i databaserna Cinahl och PsychInfo. En begränsning kan vara att endast två databaser användes och att information från andra källor missats. Fördelningen av kvalitativa och kvantitativa artiklar är ojämn vilket också avspeglas i resultatet, men då artiklarna belyser patienternas upplevelser på olika vis, kompletterar de varandra.

Under sökprocessen av dessa artiklar visade det sig finnas begränsat med relevant forskning mellan 2008-2018. Det ansågs därför nödvändigt att utvidga dessa år till 2005-2018. En artikel är således publicerad 2005 och då den var av god kvalitet och ansågs svara väl upp mot syftet inkluderades denna ändå i studien. För att få så aktuell forskning som möjligt, kan det ses som en svaghet att en artikel är äldre än tio år, varför lämpligheten övervägdes att inkludera denna artikel. Det framkommer inte i samtliga artiklar vilken specifik psykiatrisk diagnos studiedeltagarna har. Därför är alla diagnoser generaliserade till psykisk sjukdom. Det har gjorts få studier gällande upplevelser kring stigmatisering av psykisk sjukdom, vilket begränsar tillgången på kunskap. Då urvalet bestod av sju artiklar kan det anses inte vara tillräckligt för att göra en kvantitativ generalisering.

Inklusions- och exklusionskriterierna var relevanta för ämnet vilket är en styrka i litteraturöversikten. En svaghet i litteraturöversikten är att det inte finns någon artikel från Sverige. Artikelgranskningens syfte var att analysera patienternas upplevelse av stigmatisering, genom deras egna berättelser. Metoden möjliggjorde en ökad förståelse för fenomenet genom att tidigare forskning sammanställs till ny helhet. Artiklarna har olika perspektiv utifrån kulturer och sammanhang, vilket har resulterat i en mer nyanserad bild av patienternas upplevelser av stigmatisering.

Artiklarna har noggrant översatts med hjälp av svensk-engelskt lexikon då författaren varit medveten om att det finns en risk för missuppfattningar eller feltolkningar när artiklar på annat språk än modersmålet granskas. Det är en styrka enligt Polit och Beck (2017) att vara två författare för att undvika alltför många personliga åsikter och det kan därför betraktas som en svaghet att det inte funnits någon möjlighet att diskutera med någon medförfattare i denna litteraturöversikt. Författaren har därför under hela arbetat strävat efter att skapa en trovärdighet genom att tygla den egna förförståelsen genom att undvika egna tolkningar. Verkligheten uppfattas olika och människor präglas av förförståelse, vilket gäller både vardagsliv och vetenskap. Förförståelsen är ofta omedveten i och med att människor socialiseras in i ett visst sätt att uppfatta omvärlden redan från barndomen. Förförståelsen innebär att forskaren har en teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter eller förutfattade meningar om det som ska undersökas (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Författarens ställningstagande var att ha ett objektivt synsätt till innehållet i valda artiklar, med ett så neutralt förhållningssätt som möjligt under analysens gång.

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) får endast forskning utföras om den blivit godkänd av en etikprövningsnämnd. Detta med respekt för det mänskliga värdet och för att skydda den enskilde vid forskning. Författaren granskade artiklarnas etiska ställningstaganden och kom fram till att samtliga artiklar fört ett etiskt resonemang kring forskningen. Samtliga studier hade fått godkännande av etiska kommittéer, som har rollen att ta ställning till moralen i vetenskaplig forskning, och de uppfyllde även informations-, samtyckes- och konfidentialitetskraven (Patel & Davidson, 2011).

För att skapa trovärdighet och transparens beskriver författaren litteratursökning, urval, analys och bearbetning av det insamlade materialet. Detta stärker studien och ger en ökad giltighet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). För att definiera trovärdigheten används termer som giltighet och överförbarhet. Resultatet anses giltigt om det lyfter fram det som är karakteristiskt och representativt eller typiskt för det som var avsett att beskrivas (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). I denna litteraturöversikt anses giltighet ha uppnåtts genom att de inkluderade artiklarna är relevanta för syftet och bidrog till att syftet kunde besvaras.

I denna litteraturöversikt hade flertalet av artiklarna liknande resultat. Enligt Polit och Beck (2017) innebär överförbarhet i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang eller grupper. Artiklarna som ingick i studien var skrivna i olika delar av världen; Australien, Nya Zeeland, Ghana, Egypten, Israel, Turkiet och England, vilket kan ses som en styrka då forskningen kan antas spegla olika perspektiv, genom att den är hämtad från olika kulturer där synen på psykisk sjukdom ibland skiljer sig. Trovärdigheten i en sammanställning av olika studier ökar om flera studier pekar i samma riktning i resultatet, även om de är utförda i olika länder och olika undersökningsgrupper (Willman et al. 2016). De fynd som presenteras i litteraturöversiktens resultat gällande patienters upplevelse av stigmatisering vid psykisk sjukdom kan anses vara användbara i andra sammanhang där man vårdar patienter med psykisk sjukdom.

Några länder ser på stigmatisering och diskriminering som en och samma sak, vilket kan vara skäl till att fler artiklar inte kunde sökas fram med sökordet stigmatisering. Det bör i och med detta dock beaktas att det finns kulturella skillnader även i synen på stigmatisering, när resultatet skall appliceras på svensk sjukvård.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur patienter med psykisk sjukdom upplever stigmatisering i mötet med vården. I resultatet framkommer det tydligt att stigmatisering av deras psykiska sjukdom påverkar deras förutsättningar till god omvårdnad och en optimal livskvalitet. Även den inverkan som självstigmatisering har på patienter och hur denna i sin tur försvårar relationen mellan patient och omvårdnadspersonal och dess möjlighet till att ge optimal vård, var något som blev tydligt i studiens resultat.

Brist på professionalism skapar onödigt lidande

Resultatet visar att psykisk sjukdom innebär ett lidande för patienten utifrån många olika perspektiv. För en patient med psykisk sjukdom handlar det oftast inte enbart om att bli sjuk, utan man får utöver diagnosen även lida av olika typer av stigmatisering. Stigmatisering fortsätter enligt Meier, Csiernik, Warner & Forchuk (2015) att existera för psykiskt sjuka. Trots många års kamp med olika typer av informativa kampanjer gällande psykiskt sjuka fortsätter dessa patienter att vara en misskrediterad och marginaliserad grupp som samhället och vården har en tendens att bemöta sämre än andra patientgrupper. Vissa patienter vittnar dock om att de märkt av en ökad förståelse och insikt hos omvårdnadspersonal de senaste åren, och att bemötandet tenderar att blivit något bättre (Meier et al., 2015).

Resultatet visar att stigmatisering verkar vara en oundviklig del av upplevelsen av psykisk sjukdom. En studie gjord av Patten et al. (2016), stödjer dock inte denna analys. Deras studie visar att erfarenhet och upplevelse av stigmatisering tenderar att minska med tiden allt eftersom patienten lär sig hantera sin sjukdom. Yngre patienter har därmed svårare att hantera upplevelser av stigmatisering än vad äldre har eftersom yngre patienter upplever stigmatiseringen mer kraftfull (Patten et al., 2016). Samtidigt framkommer det i resultatet att många patienter upplever stigmatiseringen som väldigt stark i samband med att de fått sin psykiatriska diagnos, trots att det inte framkommer av resultatet i vilken ålder patienterna är i när detta sker. Enligt Patten et al. (2016) får de flesta patienterna med psykisk sjukdom sin diagnos som unga vuxna och detta stärker teorin av att äldre patienter lider i mindre grad av stigmatisering då de dels lärt sig att hantera sin sjukdom och dels funnit strategier att bemöta stigmatisering (Patten et al., 2016). Utifrån detta kan tolkningen göras att stigmatisering finns med som en del av upplevelsen vid psykisk sjukdom men kan variera i grad utifrån hur lång tid som passerat sedan patienten insjuknade första gången och fick sin diagnos.

Resultatet visar att allt mänskligt lidande är unikt och att omvårdnadspersonal måste ta hänsyn till var den enskilda patienten befinner sig i sitt lidande. Patienten kan uppleva lidande av olika anledningar och där en form av lidande är vårdlidandet (Eriksson, 1994). Vårdlidande uppstår vid dåligt bemötande och särbehandling. I resultatet framkommer det att patienter med psykisk sjukdom upplever sig stigmatiserade och att detta visar sig genom dåligt bemötande och olika former av kränkande behandling som i sin tur skapar ett stort lidande för patienten. Detta vårdlidande är orsakat av att omvårdnadspersonal omedvetet eller medvetet kränker patienten eller att vård och behandling helt uteblir (Eriksson, 1994).

Patienter med samsjuklighet, det vill säga patienter som lider av både psykiatrisk och somatisk sjukdom, råkar ofta ut för att inte bli tagna på allvar och försenad eller utebliven behandling för deras somatiska åkommor (Küey, 2008), något som också framkommer i resultatet. Ye et al. (2016) bekräftar i sin studie att patienter som lever med psykisk sjukdom, framförallt psykossjukdom, upplever stigmatisering i hälso- och sjukvården beträffande sina somatiska åkommor. Detta visades genom dåligt bemötande och misstänksamhet gentemot patienternas trovärdighet gällande deras symtom eller somatiska åkommor, vilka många

gångar var både underdiagnostiserade och undermåligt behandlade. Detta strider mot Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som menar att hälso- och sjukvården ska förebygga hälsa, ge vård på lika villkor samt visa respekt för alla människors lika värde och gentemot den enskilda människans värdighet. Socialstyrelsen (2018) har på uppdrag av regeringen, fastslagit att personer med psykisk ohälsa ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och säker vård och omsorg av god kvalitet. Genom ny strategiplan för 2016-2020 och riktade insatser, ska situationen förbättras för personer med psykisk sjukdom genom att bidra med kunskap, statistik och utvärdering genom olika typer av publikationer. Med detta hoppas man kunna bidra till att sänka graden av stigmatisering och skapa en stabilitet för det nationella arbetet inom området psykisk hälsa (Socialstyrelsen, 2018).

Olika försök har genomförts, genom olika typer av satsningar, att bekämpa stigmatisering av psykisk sjukdom, genom informativa kampanjer om psykisk sjukdom i allmänhet (Björkman et al., 2008). Men sättet detta gjorts på har varit omdiskuterat, då man tror att effekten av dessa kampanjer kanske helt eller delvis uteblir, när man går ut med en så pass bred och generell information. Vissa tror att informationen skulle ge större effekt om man mer specifikt diskuterade och informerade om olika typer av attityder och bemötande gentemot speciellt utsatta grupper och fördomar, och gentemot en specifik diagnosgrupp i taget (Björkman et al., 2008).

Stigmatisering skapar en ond cirkel

Självstigmatisering, dålig självkänsla och att inte känna sig lika mycket värd som andra innebär ett lidande, vilket framkommer tydligt i litteraturstudiens resultat. Det vårdlidande som Eriksson (1994) benämner uppstår när omvårdnadspersonalen är orsaken till att patienten lider genom att de bemöter patienten illa eller att de inte tar hens känslor av sjukdomssymtom på allvar. Eriksson (2014) illustrerar med sitt hälsokors att en patient kan uppleva ett tillstånd av ohälsa och en känsla av illabefinnande utan att ha några objektiva tecken på att hen är sjuk. Dessa patienter är ofta de som vid upprepade tillfällen söker sjukvård för, enligt omvårdnadspersonal, ”påhittade” symtom och som av omvårdnadspersonal blir dåligt bemötta och därigenom stigmatiserade då man inte hittar någon konkret åkomma hos patienten. För dessa patienter skulle det vara av fördel att komma åt orsaken till känslan av ohälsa och illabefinnande och på så sätt kunna bryta den onda cirkeln (Eriksson, 2014).

Analysen visade på att självstigmatisering ofta skapar en ond cirkel där förutsättningen för att kunna skapa en god relation mellan patient och omvårdnadspersonal försvåras. Patienter med psykisk sjukdom tenderar att tro att de uppfattas på ett negativt vis och antar att omvårdnadspersonalen har samma nedlåtande syn på psykiskt sjuka som de själva har internaliserat inombords, på grund av stigmatisering i samhället och i vården. På ett liknande sätt menar Link & Phelan (2001) att självstigmatisering och stigmatisering påverkar varandra och att en god kommunikation gällande dessa svårigheter mellan omvårdnadspersonal och patient är av största vikt, för att kunna skapa en förtroendefull relation. Detta beskriver Corrigan, Bink, Schmidt, Jones & Rüsck (2016) i sin studie där patienters känslor av icke-acceptans och låg självkänsla leder till att de undviker sociala interaktioner, vilket kan leda till att de isolerar sig och undviker att uppsöka vård. Denna isolering kan bli en strategi för patienten att skydda sin egen självkänsla. Att därför försöka upprätthålla självkänslan hos patienter med psykisk sjukdom kan vara avgörande för en lyckad återhämtning (Oliveira, Carvalho, & Estevez, 2016).

Förutom att självstigmatisering ofta leder till en sämre självbild och ett antagande eller osäkerhet över hur de uppfattas av omvårdnadspersonal i mötet med vården, menar Oliveira et

al. (2016) att självstigmatisering kan skada patienternas hälsa både fysiskt och psykiskt genom att det kan leda till brist på energi, smärta, obehagskänslor eller ångest. Därför är det viktigt att vården betraktar patienternas ofta negativa bild av sig själva, som en kärnfråga när det gäller dessa patienters fysiska och psykiska hälsa. Genom att arbeta för att återupprätta eller bibehålla ett respektfullt och gott bemötande i vården gentemot patienter med psykisk sjukdom motverkar man fenomen som stigmatisering och självstigmatisering. Oliveira et al. (2016) bekräftar att detta kan ses som en skyddande mekanism som sannolikt kan spela en nyckelroll när det gäller att undvika en försämring av patienternas tillstånd psykiskt eller fysiskt och att detta sannolikt kan förbättra förutsättningarna till att snabbare kunna upprätta en god relation mellan patient och omvårdnadspersonal.

Slutsatser

Resultatet visar att patienter med psykisk sjukdom upplever större svårigheter, i mötet med vården, än patienter utan en psykiatrisk diagnos, då patienter med psykisk sjukdom många gånger blir föremål för stigmatisering. Dessa patienter upplever att de inte tas på allvar gällande sina psykiska eller fysiska besvär och att de inte får vård på lika villkor som patienter utan en psykiatrisk diagnos. Patienter med psykisk sjukdom upplever sig många gånger som avvikande från normen och att de inte har lika stort värde som människor. De upplever en stor maktlöshet genom att ständigt behöva strida för att få den behandling eller hjälp de är i behov av och har rätt till. Självstigmatisering är en faktor som gör att samhällets och vårdens stigmatisering av dessa patienter ytterligare förstärks. Patienternas egen syn på sig själva utifrån samhällets syn på psykiskt sjuka, gör att det skapas en ond cirkel där patientens dåliga självkänsla möter vårdens ibland respektlösa bemötande, som i sin tur leder till brist i förtroende och tillit i relationen mellan patient och omvårdnadspersonal. Slutsatsen är att flera av de negativa upplevelser som patienterna beskriver, kan i stora delar undvikas genom att omvårdnadspersonal får kunskap om hur stigmatisering kan fungera och större medvetenhet gällande dessa fenomen. Sjuksköterskor har en viktig roll att fylla, genom att öka denna kunskap och medvetenhet även hos övrig personal, patienter och anhöriga, med syfte att skapa ett bättre möte med vården för patienten.

Praktiska implikationer

Genom att belysa patienternas upplevelser kring stigmatisering i mötet med vården kan denna litteraturstudie bidra till ökad förståelse. För att kunna ge denna patientgrupp individuellt stöd och tillgodose deras omvårdnadsbehov måste omvårdnadspersonal bli medveten och få kunskap om, hur stigmatisering påverkar patienten. Stigmatisering som begrepp borde komma upp på agendan mer än vad det gör idag. På avdelningar inom slutenvården finns numera sjuksköterskor som har ett övergripande ansvar för arbetet kring personcentrerat arbetssätt (PCA). Dessa så kallade PCA-coacher, skulle med fördel kunna som en del i det uppdraget, informera och medvetandegöra övrig personal kring begreppet stigmatisering. Personal inom specialistpsykiatri, med kunskap kring stigmatiseringens effekter på patienter, skulle med fördel kunna bjudas in till arbetsplatsträffar eller liknande på exempelvis somatiska avdelningar, vårdcentraler och kommunala boenden, med syfte att sprida denna kunskap.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Litteraturoversikten visar på behovet av att skapa en medvetenhet om stigmatisering bland omvårdnadspersonal. Sjuksköterskan behöver öka sin medvetenhet och sin kunskap om patienternas negativa upplevelser, för att i relationen med patienten, bättre kunna handla på ett sätt som inte har en stigmatiserande verkan. Fortsatt kunskapsutveckling bör fokusera på förebyggande av stigmatisering hos patienter med psykisk sjukdom för att ta reda på vilka interventioner som är mest effektiva för att reducera upplevelser av stigmatisering. Sådan kunskapsutveckling kan skapa en medvetenhet om stigmatisering i mötet med patienter med psykisk sjukdom. Medvetenhet och kunskap är av värde för all sjukvårdspersonal i samband med omvårdnad och hälsofrämjande insatser. Stigmatisering bör lyftas fram och synliggöras inom såväl sjuksköterskeutbildning, i klinisk verksamhet och andra samverkande utbildningar.

Referenser

* Artiklar som ingår i resultatet

Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177. <http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105675905&site=ehost-live&scope=site>

Borelius, M. (2013). *Bryt det sista tabut*. 1. Uppl. Stockholm: Natur & kultur

*Bril-Barniy, S., Moran, G. S., Naaman, A., Roe, D., & Karnjeli-Miller, O (2017). A qualitative Study Examining Experiences and Dilemmas in concealment and Disclosure of people Living with Serious Mental Illness. *Qualitative Health Research*, 27(4), 573-583. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1177/1049732316673581>

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15. <https://doiorg.ezproxy.server.hv.se/10.3109/09638237.2015.1021902>

Crisp A., Gelder, M., Rix S., Meltzer, H., Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. Doi:10.1192/bjp.177.1.4

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning

Eriksson, K (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber Utbildning

Friberg, F. (red.). (2017). *Dags för uppsats: en vägledning för litteraturbaserade Examensarbeten*. 2. Uppl. Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan [FK]. (2017). *Psykiatriska diagnoser*. Hämtad 2019-02-17, från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d57be02c-46dc-4079-b68d-760739441f11/korta-analyser-2017-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Goffman, E. (2014). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. (R. Matz, Övers.4.uppl.). Lund: Studentlitteratur

Graneheim, U.H., Lindgren. B-M., Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Umeå: *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

*Gyamfi, S., Hegadoren, K., & Park, T. (2018). Individual factors that influence experiences and perceptions of stigma and discrimination towards people with mental illness in Ghana. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 368-377. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/inm.12331>

*Happell, B., Ewart, S. B., Bocking, J., Platania, P. C., & Stanton, R. (2016) “That red flag on your file”: misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19/20), 2933-2942. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jocn.13355>

- *Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. (2018). A qualitative study: Experiences of stigma by people with mental Health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 380-397. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/papt.12167>
- Küey, Levent. (2008). The impact of stigma on treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Current opinion in Psychiatric*, 22, 403-411. <http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105809011&site=ehost-live&scope=site>
- *Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: A qualitativ study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359-364. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.006>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen., & M. Granskär (Red)., *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.219–233). Lund: Studentlitteratur.
- Meier, A., Csiernik, R., Warner, L., & Forchuk, C. (2015). The Stigma Scale: A Canadian Perspective. *Social Work Research*, 39(4), 213-222. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1093/swr/svv028>
- Oliveira, S. E. H., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*, 25(1), 55–61. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.3109/09638237.2015.1124387>
- Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur & Kultur
- Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. 8 upplagan. Stockholm: Liber
- Patel, R. & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur: Lund
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Bulloch, A. G. M., Charbonneau, M., Gautam, M., Stuart, H. (2016). Perceived Stigma among Recipients of Mental Health Care in the General Canadian Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, (8), 480. <http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=edsbl&AN=RN607356808&site=eds-live&scope=site>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 th. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

- *Sidholm, E., Abdelfattah, A., Carter, J. M., El-Dosoky, A., & El-Islam, M. F. (2014). Patients' perspectives on stigma of mental illness (an Egyptian study in a private hospital). *Frontiers in psychiatry*, 5.
<http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-07146-001&site=ehost-live&scope=site>
- Socialstyrelsen. (2013). *Vad är nationella riktlinjer?* Stockholm: Socialstyrelsen
Hämtad 2019-02-17, från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-17>
- Socialstyrelsen (2018) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 2019-02-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-5-14>
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems. 10th Revision. (ICD10)* Hämtad 19-02-17, från <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Willman, A., Stoltz., Bathsevani, C & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 4 upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *The International Journal of Social Psychiatry*, (6), 532.
<http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.479693745&site=eds-live&scope=site>
- *Yuksel, C., Bingol, F., & Oflaz, F. (2014). Stigma: The cul-de-sac of the double bind` the Perspective of Turkiye; a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 21(8), 667-678. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jpm.12100>

Översikt av systematisk sökning

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1 Psycinfo 180929	DE "mental disorders"	129824				
2	AB Stigmatization or stigma	22394				
3	Patient experience*	87485				
4	S1 AND S2 AND S3	93				
Avgränsningar: Peer reviewed 2013-2017 english		51	51	10	2	1

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1 PsychInfo 181018	DE "stigma"	11413				
2	DE "Mental health"	67817				
3	TX Experience*	718909				
4	S1 AND S2 AND S3	409				
Avgränsningar: Peer reviewed 2010-2018 English Qualitative study		42	42	14	10	2

Cinahl 181018	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	MH "Stigma"	9167				
2	MH "mental health"	18707				
3	AB experience*	275681				
4	MH "mental disorders"	16810				
5	S2 OR S4	26734				
6	(S2 OR S4) AND (S1 AND S3)	265				
Avgränsningar: Peer reviewed 2008-2018 English Qualitative study		43	43	10	4	2

Cinahl 181117	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	MH "Stigma"	11949				
2	MH "psychiatric patients"	10297				
3	experiences or perceptions	373622				
4	MH "mental health"	27518				
5	MH "mental disorders"	47964				
6	S4 OR S5	72378				
7	(S4 OR S5) AND (S1 AND S2 AND S3)	50				
Avgränsningar: Peer reviewed 2005-2017 English		38	38	20	6	2

Översikt av analyserad litteratur

	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
<p>Författare: Bril-Barniv, Moran, Naaman, Roe, Karnieli-Miller</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Land: Israel</p>	<p>Att beskriva erfarenheter och upplevelser av att dölja och/eller avslöja sin diagnos och dess konsekvenser bland individer med en psykisk sjukdom.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats.</p> <p>Intervjuer har använts</p>	<p>29 personer deltog i studien, varav 18 kvinnor och 11 män.</p> <p>Intervjuer har använts.</p>	<p>Resultat påvisar en komplex bild av upplevelser kring studerat fenomen. Det visades finnas både positiva och negativa konsekvenser av att dölja eller avslöja sin psykiatriska diagnos. Deltagarna kunde uppleva frihet av att avslöja men även en ökad stigmatisering. Genom att dölja sin diagnos kunde man uppleva både social isolering och lugn och ro till sin egen rehabilitering. Vad man valde berodde ofta på tidigare erfarenheter.</p>	Grad I
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
<p>Författare: Liggins & Hatcher</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Nya Zeeland</p>	<p>Att beskriva erfarenheter av stigma hos patienter och vårdpersonal som använder sig av kontakt-psykiatrisk konsultation inom ett</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervjuer har använts</p>	<p>10 personer deltog i studien, varav 5 patienter, varav 4 kvinnor och 1 man. Av vårdpersonalen var 3 sjuksköterskor och 2 AT-läkare, varav</p>	<p>Studien resulterade i 6 teman. Det var tydligt att personal och vårdpersonal hade likadana erfarenheter av stigmatisering men utifrån olika vinklar. Deltagarna vittnar om att</p>	Grad I

	allmän sjukhus Nya Zeeland.		samtliga var kvinnor.	misstänksamhet en gentemot patienter med psykisk sjukdom har en negativ effekt för patienten. Diagnosen försämrade för patienten genom att de upplevde att de genom denna blev ignorerade och negativt dömda utifrån diagnos. Man upplevde diagnosen som skrämmande och man sågs på som oberäkneliga och emotionellt krävande.	
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
Författare: Sidholm, Abdelfattah, Carter, El- Dosoky & Fakhr El-Islam Årtal: 2014 Land: Egypten	Att undersöka subjektiva erfarenheter av stigmatisering bland patienter inom slutenvård med olika typer av psykiatriska sjukdomar.	Kvantitativ studie. Frågeformulär har använts	109 personer deltog i studien, varav 87 män och 22 kvinnor.	Patienter med schizofreni eller andra psykos- sjukdomar var den grupp som kände sig mest stigmatiserad gällande andras beteende gentemot dem. Denna patientgrupp verkade också ha mest negativa fantasier gällande andras reaktioner gentemot dem. De upplevde att andra människor tog avstånd ifrån dem och att de gavs mindre ansvar och färre	Grad I

				uppgifter i det dagliga arbetet.	
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
<p>Författare: Gyamfi, Hegadoren & Park</p> <p>Årtal: 2018</p> <p>Land: Canada</p>	Att undersöka upplevelser av stigmatisering och diskriminering samt självstigmatisering hos individer med mental ohälsa.	Kvalitativ studie. Intervjuer har använts.	12 personer deltog i studien, varav 9 män och 3 kvinnor.	Studien resulterade i 6 teman. Deltagarna upplevde att effekten av stigmatisering var influerad av självstigmatisering, förväntad stigma och diskriminering, uppfattad stigma och deras kunskap om sin sjukdom. För många deltagare ledde deras åsikter till att förstärka samhällets åsikter som i sin tur ledde till att förstärka deras egna negativa självuppfattning. För vissa däremot, ledde deras åsikter till att verkligen påvisa hur vissa situationer i samhället reflekterar stigma och diskriminering.	Grad I
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
<p>Författare: Huggett, Birtel, Awenat, Fleming, Wilkes,</p>	Att undersöka olika komponenter som är inblandade i effekterna av	Kvalitativ studie. Intervjuer har använts.	13 personer deltog i studien, varav 7 män och 6 kvinnor.	Två huvudteman och fem underteman blev identifierade. Deltagarna trodde att	Grad I

Williams & Haddock Årtal: 2018 Land: United Kingdom	samhälls- och själv-stigmatisering av människor med psykiska sjukdomar.			”stämplings-hierarkin” har en djupgående påverkan på flera nivåer i samhället: Människor som har erfarenheter av psykisk sjukdom, deras familj och vänner, och institutionell stigma. I övrigt föreslog deltagarna olika sätt att hantera stigmatisering av psykisk sjukdom.	
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
Författare: Yuksel, Bingol & Oflaz Årtal: 2014 Land: Turkiet	Att utforska och beskriva upplevelsen av stigmatisering hos individer med mental ohälsa samt relationen mellan stigmatisering associerad med mental ohälsa, psykiatriska diagnoser, behandlingar och sociala miljöer och dess konsekvenser.	Kvalitativ studie. Intervjuer har använts.	33 personer deltog i studien, varav 14 män och 19 kvinnor.	Nästan alla deltagare var oroliga för att bli stigmatiserade av andra såsom samhället, deras familjer och vårdpersonal. De var även bekymrade över sin själv-stigmatisering. Studien påvisar att stigma skapar barriärer för efterlevnad av behandling och socialisering. Stigma kan reduceras genom att hantera sin sjukdom, anhöriga och vårdpersonal på	Grad I

				ett fördomsfritt vis.	
	Problem och Syfte	Ansats och Metod	Urval och Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsbedömning
<p>Författare: Happell, Ewart, Bocking, Platania-Phung & Stanton</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Land: Australien</p>	Att fastställa synpunkter och upplevelser hos individer med psykisk sjukdom gällande tillgänglighet och kvalité på vård och behandling för deras fysiska vårdbehov.	Kvalitativ studie. Intervjuer har använts.	31 personer deltog i studien.	3 teman identifierades. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen tillskrev de fysiska åkommorna till patientens psykiska besvär, och dessa togs därför inte på allvar. Vårdpersonalen betraktades som avvisande gentemot patientens behov, som resulterade i ett misslyckande i professionen som vårdgivare. Deltagarna hade en högre vaksamhet på detta fenomen av stigma då detta var vanligt förekommande.	Grad I

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Framkom ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framkom ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
- Strategiskt? Ja Nej Ej relevant

-datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
- Råder datamätnad? Ja Nej Ej relevant
- Råder analysmättnad? Ja Nej Ej relevant

Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
-Redovisas resultatet i förhållande till
-Teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
-Genereras teori? Ja Nej Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej
Peer review blinded blinded angivet

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Beskrivning av studien Forskningsmetod

Kontrollgrupp/-er

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Adekvata exklusioner

Ja Nej

Intervention.....
.....

Vad avsåg studien att studera? (syftet)

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....
.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja Nej

Representativt urval?

Ja Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

Ja Nej Vet ej Ej relevant

Likvärdiga grupper vid start?

Ja Nej Vet ej Ej relevant

Blindning av patienter?

Ja Nej Vet ej Ej relevant

Blindning av vårdare?

Ja Nej Vet ej Ej relevant

Blindning av forskare?

Ja Nej Vet ej Ej relevant

Bortfallsanalysen beskriven?

Ja Nej Vet ej

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja Nej Vet ej

Adekvat statistisk metod?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Är instrumenten valida?

Ja Nej Vet ej

Är instrumenten reliabla?

Ja Nej Vet ej

Är resultatet generaliserbart?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Hur stor var effekten? (statistisk signifikans, klinisk signifikans?)

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng. Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej

Peer review blinded blinded angivet

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99

www.hv.se