



Institutionen för hälsovetenskap

På vilket sätt kan sjuksköterskan inom psykiatrisk vård motverka upplevelsen av stigmatisering för en person med psykisk sjukdom?

Catharina Emm Catrin Karlsson

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2020

På vilket sätt kan sjuksköterskan inom psykiatrisk vård motverka upplevelsen av stigmatisering för en person med psykisk sjukdom?

In what way can the nurse in psychiatric care counteract the experience of stigmatization for a person with mental illness?

Författare: Catharina Emm och Catrin Karlsson

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng

Handledare: Margaretha Herrman

Examinator: Britt Hedman Ahlström

Sidor: 31

Månad och år: Maj 2020

Sammanfattning

Bakgrund: Sedan lång tid har det funnits ett samband mellan stigmatiseringsprocesser och psykisk sjukdom. Konsekvenser av stigmatisering innebar för den drabbade att de ofta blev utstötta, ensamma och diskriminerade i samhället med svårigheter att få anställning och bostad och därtill också sämre vård. Specialistsjuksköterskan har ett ansvar att arbeta för att öka kunskap och förståelse för psykisk sjukdom i samhället men hen har också ett ansvar att bedriva en jämlik vård av hög kvalitet oavsett vilken sjukdom patienten har som hen möter. För att uppfylla detta ansvar är det angeläget att specialistsjuksköterskan är medveten om konsekvenserna av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och aktivt arbetar för att motverka detta.

Syfte: Syftet är att beskriva hur sjuksköterskan inom psykiatrisk vård kan motverka upplevelserna av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom.

Metod: En systematisk litteratursökning genomfördes och artiklar som valdes ut granskades utifrån en integrativ metod. Dataanalysen mynnade ut i tre huvudteman med åtta underteman som kom att beskriva vårt resultat.

Resultat: Resultatet visade på att patientens, sjuksköterskans och omgivningens attityder påverkade patientens upplevelse av stigma. Vad som också påverkar är patientens känsla av sammanhang, skamkänslor men även rädsla för att stigmatiseras och konsekvenserna av detta. För att specialistsjuksköterskan ska kunna motverka patientens upplevelse av stigmatisering krävs utbildningsinsatser i olika led men även en kännedom om hur patienters utbildningsnivå påverkar hans stigmatiseringsprocess.

Sammanfattning: Det blev tydligt att en av specialistsjuksköterskans viktigaste uppgifter är att motverka patientens upplevelse av stigmatisering, men också delta i utbildning på olika nivåer utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Nyckelord: Attityder, psykisk sjukdom, stigma, upplevelse av stigma, utbildning

Abstract

Background: An association between stigmatization processes and mental illness has been apparent for many years. Consequences of stigmatization meant those affected were often ostracized, alone and discriminated against within society, experienced difficulties in obtaining employment and housing and, in addition, received poorer care. The specialist nurse has a great responsibility to promote increased knowledge and understanding of mental illness in society. The specialist nurse also has a responsibility to provide equal quality care regardless of the illness the patient is experiencing. In order to fulfill this responsibility, it is important that the specialist nurse is aware of the consequences of stigmatizing people with mental illness and actively works to counteract this.

Aim: The purpose is to describe how the nurse in psychiatric care can counteract the experiences of stigmatization for people with mental illness.

Method: A systematic literature search was conducted and the articles selected were examined using an integrative method. The data analysis resulted in three main themes with eight sub-themes that came to describe our results.

Results: The results showed that the patients', nurses' and societal attitudes affected the patients' experience of stigma. The patients' experience of stigmatization was influenced by whether they had a sense of coherence, feelings of shame but also a fear of being stigmatized and the consequences of this. In order for the specialist nurse to counteract the patient's experience of stigmatization, educational efforts are required at various stages, but also a knowledge of how patients' educational level affects their stigma process.

Conclusion: It became clear that the specialist nurse's most important task in counteracting the patient's experience of stigmatization was education at various levels from a person-centered perspective.

Keywords: Attitudes, education, experience of stigma, mental illness, stigma

Populärvetenskaplig sammanfattning

Upplevelse av stigmatisering hos personer med psykisk sjukdom, kan detta motverkas? Detta är rubriken på vår uppsats som också speglar syftet som är att beskriva hur sjuksköterskan kan motverka upplevelse av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom.

Det är beskrivet sedan antikens Grekland om stigmatisering. Personer som avviker från normen drabbas av stigmatisering på olika sätt och vad stigmatisering gör med de individer som drabbas och hur det påverkar dem i vardagen. Det är tydligt beskrivet i tidigare forskning om de negativa konsekvenser som kan uppstå av stigmatisering, vilket bland annat är att det kan vara svårigheter att få en anställning, en bostad, rätt vård, vilket kan leda till försämrad livskvalitet.

Vi valde att göra en litteraturstudie för att se hur forskningen beskriver hur sjuksköterskan kan arbeta med att motverka upplevelser av stigmatisering hos personer med psykisk sjukdom. Det som framkom utifrån den analys som gjordes var att genom att sjuksköterskan var medveten om vilka attityder som ligger till grund för stigmatisering på olika nivåer och hur dessa attityder kunde ta sig uttryck genom exempelvis det språkbruk som användes i mötet med patienten, men också om vilket språkbruk som används om patienten. Det blev även tydligt i resultatet hur patienters upplevelse av stigmatisering påverkades av vårdpersonalens och sjuksköterskornas bemötande, men även av deras känsla av sammanhang, skam och rädsla i olika former. Det visade sig att utbildning på olika sätt hade inverkan på patienternas upplevelse av stigmatisering och att det genom utbildning fanns störst potential att lyckas med att motverka stigmatisering för personer med psykisk sjukdom. Detta tillsammans med att vara medveten om vilken inverkan på patientens upplevelse av stigmatisering, anser vi är en väg framåt i att som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård kunna motverka stigmatisering för patienterna.

Slutsatsen är att det blev tydligt att specialistsjuksköterskan viktigaste uppgift för att motverka patientens upplevelse av stigmatisering är utbildning på olika nivåer utifrån ett personcentrerat perspektiv. Där vi som specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård kan genom psykoedukation till patient och anhöriga, vara medveten om vårt språkbruk, se patienten som den unika individ som hen är och anpassa vården och informationen därefter. Det är också av största vikt att introducera ny personal och studenter och utbilda dem inom psykiatrisk vård för att minska stigmatiserande attityder inom sjukvården.

Tillkännagivande

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare Margaretha Herrman för ousinligt engagemang, stöttning och kloka tankar.

Vi vill även tacka våra familjer som stått ut med oss under den här tiden. Ett särskilt tack till Richard Emm för IT-support.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykisk sjukdom och stigmatisering ur ett historiskt perspektiv	1
Begrepp	3
Olika nivåer av stigma.....	5
Konsekvenser av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom	7
Stigma mot psykiatrisk vårdpersonal	9
Att motverka stigmatisering	9
Teoretisk referensram.....	10
Problemformulering	11
Syfte	11
Metod	12
Metodval.....	12
Metodbeskrivning.....	12
Kontext	13
Förförståelse	13
Datainsamling.....	13
Dataanalys	14
Etiska övervägande	15
Resultat	15
Tema och undergrupper	15
Diskussion	20
Resultatdiskussion.....	20
Metoddiskussion.....	24
Slutsats	25
Förslag till klinisk tillämpning	26
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling	26
Referenser	27

Inledning

"At first, when I was waiting to hear whether my cancer was in remission, doctors and nurses in A&E were highly supportive. Later, as soon as they knew that I was known to the mental health services, their attitude changed. It was as if they could relate to someone who had cancer, but not to someone with mental health problems. (Thornicroft, 2006 s.98)

Stigmatisering gentemot personer med psykisk sjukdom är något som funnits en lång tid tillbaka. Detta utmynnar oftast i en rädsla kring sådant som är okänt och som inte är inom normen för vad som anses normalt. Det har också visat sig att personer med måttlig till svår psykisk ohälsa även får sämre somatisk vård på grund av de stigma som finns kring psykisk sjukdom. Detta leder till skadliga effekter på hälsa och livskvalitet hos dessa personer.

Trots omfattande forskning kvarstår stigma för personer som lider av psykisk sjukdom. Denna stigmatisering förekommer både inom vården och i övriga samhället. All personal inom sjukvården har en viktig uppgift i att arbeta för att motverka stigmatisering av psykisk sjukdom och dess negativa konsekvenser för patienten och så även sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk vård som möter dessa patienter dagligen.

Bakgrund

Människor som lever med psykisk sjukdom hör till de mest stigmatiserade grupperna i samhället. Organisationer som bland annat Världshälsoorganisationen (WHO), Världsföreningen för socialpsykiatri och Världsföreningen för psykiatri har alla erkänt stigma utifrån psykisk ohälsa som en viktig utmaning gällande folkhälsa (Stuart, 2008).

Thornicroft et al. (2010) beskriver att i Europa drabbas 27 % av befolkningen av psykisk sjukdom per år. Endast 26% av dessa får behandling jämfört med individer som drabbats av diabetes mellitus där 92 % får behandling. Vidare beskriver Thornicroft et al. (2010) även en skillnad mellan de psykiatriska diagnoserna avseende hur många som är obehandlade. De visar på att 78,1% av personer som lider av alkoholberoende är obehandlade medan 32,2 % av personer med schizofreni är obehandlade. Övriga psykiatriska diagnoser ligger i snitt på 50% obehandlade. Thornicroft et al. (2010) lyfter att en förklaring till att individer minimerar sin kontakt med sjukvården eller att de avstår att söka hjälp är att de vill undvika att få en stämpel som psykiskt sjuk, samt att det finns en misstro till att behandlingen kommer att fungera.

Psykisk sjukdom och stigmatisering ur ett historiskt perspektiv

Det finns beskrivet hur människor med psykisk sjukdom genom historien har blivit exkluderade och även tillskrivits demoniska karaktärsdrag. Exempel på detta är att individer med psykisk sjukdom ansågs vara utsatta för ett himmelskt straff eller tagna i besittning av onda andar (Holden et al. 2017).

1700-talet

Fram till slutet av 1700-talet användes ordet vansinne som en beskrivning av psykiatriska symtom (Hildebrand Karlén, 2013). Det ansågs på den tiden att den enda hjälp dessa individer

som drabbats av vansinne kunde få var från Gud. Tanken på att en människa kunde förändras från att uppfattas som vansinnig till att fungera "normalt" och kunde behandlas för sitt beteende skedde i slutet av 1700-talet i Sverige. Det kallades behandlingstanke och är grunden för psykiatri. Behandlingstanken var en naturlig konsekvens av att synsättet på människan förändrades under denna tid. Människan ansågs föränderlig och som en individ som kunde utvecklas. Innan synsättet på människan förändrades fanns det ingen behandling för individer med vansinne, som det då kallades, utan de var utlämnade till att endast söka hjälp via bön och ha tilltro till bot från Gud (Hildebrand Karlén 2013).

1800-talet

I början av 1800-talet börjades det forskas på de symtom som individer man ansåg var vansinniga hade (Hildebrand Karlén 2013). Enligt Hildebrand Karlén (2013) bedrevs forskning både vad gäller individernas beteende men även på fysiologin. Därefter delades olika psykiska beteenden in i diagnoser. Endast individer med utbildning fick behandla individer med vansinne. Under 1800-talet skedde en utveckling i att nya behandlingsformer togs fram och synen på vansinne förändrades och beskrevs ur ett medicinskt perspektiv där olika former av vansinne fick sin egen utvecklingslinje, orsaksbeskrivning och en möjlig väg till behandling (Hildebrand Karlén, 2013).

Vidare beskriver Hildebrand Karlén (2013) att det på 1800-talet fanns två förklaringsmodeller för att beskriva uppkomst av psykiska störningar, den ena förklarades utifrån somatiska orsaker och den andra utifrån psykiska orsaker. Förespråkare för den somatiska skolan ansåg att individer med psykisk störning var individer som var svaga, omoraliska och hade svårt att stå emot frestelser och lidelser och på grund av detta blev de sjuka. Den psykiska skolan utgick i första hand från att störningen berodde på en psykisk obalans, men kunde även förklaras med att individen levde syndfullt.

Det var inte förrän i slutet av 1800-talet som psykiatri var etablerad som en vetenskap och läkaren var den som ensam hade ansvaret för att sätta diagnos och behandla dessa individer. (Hildebrand Karlén 2013).

1900-talet

Under mitten av 1900-talet och framåt började man använda sig alltmer av biologiska orsaksförklaringar när det gällde psykiatri och det som tidigare kallats vansinne benämndes nu som psykisk sjukdom. Detta var ett led i att man hade började använda sig av specialiserade och kemiskt förstärkta läkemedel för dessa åkommor, vilka tenderade att hjälpa den drabbade. Den modell som används mest idag är den biopsykosociala modellen som växte fram under 1970-talet. Där samtliga delar vägs in i en bedömning av individen, men där den biologiska delen får störst utrymme. Det finns dock beskrivet om en period under 1970-talet in till mitten av 1980-talet där det psykodynamiska synsättet var starkast. Detta kom att ändras igen i mitten av 1980-talet då DSM-III (Diagnostic and statistical manual of Mental disorder) började användas i Sverige och det biomedicinska synsättet tog överhand igen (Hildebrand Karlén, 2013).

Nutid

Under flera årtionden tills idag har det, enligt Thornicroft, Rose & Metha (2010), varit känt att om man varit intagen på en psykiatrisk klinik har det kunnat påverka en persons ställning i samhället. Detta har bland annat kunnat leda till svårigheter att få och behålla ett arbete.

Tillbakablicken på stigmatisering visar att det redan under antikens Grekland fanns en term för stigma för att karaktärisera fysiska tecken avsedda att åskådliggöra någonting ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status. Dessa tecken skars eller brändes in i personers kroppar för att visa att detta var någon som skulle undvikas (Goffman, 2014). I dagens samhälle menar Goffman (2014) att stigma innebär att en person har någon mindre önskvärd egenskap som gör hen olik andra personer som tillhör hans sociala sammanhang.

Begrepp

För att få en förståelse vad stigma är och dess samband med psykisk sjukdom har vi valt att beskriva vad psykisk sjukdom är, men även stigma. Då stigmatisering sker på olika nivåer anser vi att det är viktigt att kort beskriva vad dessa olika nivåer innebär och hur det kan påverka personer med psykisk sjukdom.

Psykisk sjukdom

WHO (2019) definierade 1948 hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt-, psykiskt- och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet. Kunskapsguiden (2019) definierar psykisk ohälsa som ett sammanfattande begrepp för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet, och mer allvarligare symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.

Det är svårt att finna en enhetlig bild i litteraturen av vad psykisk sjukdom är och hur den definieras. Herlofson & Ekselius (2016) tar upp att *“det är ingen enkel fråga att definiera vad psykisk sjukdom är för något”* (2016 s. 21). De beskriver även att DSM-V, som är en diagnosmanual som är en hjälp att ställa diagnos inom psykiatri, inte heller har någon enhetlig definition på psykisk sjukdom utan använder fyra olika begrepp vilka är *“psykisk störning”, “psykisk ohälsa”, “psykisk sjukdom” samt i olika ordsammansättningar med “syndrom”* (2016 s. 21). Sammanhanget har stor betydelse för vilket begrepp som används. Tittar man på begreppet psykisk ohälsa är detta ett begrepp som kan användas både när det talas om svår psykisk sjukdom till lindrig psykisk ohälsa, till exempel akut stressreaktion. Vidare skriver Herlofson & Ekselius (2016) att psykisk sjukdom kan definieras med hjälp av att avgränsa vad som är sjukdom och vad som kan betecknas som normalt. Herlofson & Ekselius (2016) tar upp att uppkomsten av psykisk sjukdom kan bero på att en rad olika faktorer samverkar vilket ökar sårbarheten hos personen att utveckla en psykisk sjukdom. Dessa faktorer är av biologisk art, psykologiskt betingade, påverkan av familjen och även av sociokulturella faktorer. Man kallar detta ett multifaktoriellt perspektiv som förklaring till uppkomsten av psykisk störning och psykisk sjukdom.

Svenaesus (2016) beskriver tre olika psykiatriska hälso- och sjukdomsteorier vilka är: naturalistiska, holistiska och konstruktivistiska. Svenaesus (2016) presenterar en teori som kombinerar de två första teorierna. Han beskriver att de personer som har en psykisk sjukdom oftast lider av den då den som är drabbad kan ha ett avvikande beteende och symtomen kan vara plågsamma. Detta beror på biologiska och psykologiska (som är vilande) funktionsbrister. För att avgöra om ett beteende eller ett symtom är en sjukdom spelar hjärnans normala funktioner en viktig roll. Om symtomen eller beteendet inte skapar problem eller obehag för individen i vardagslivet, utifrån den kultur och det samhälle individen lever i, räknas det inte som en sjukdom.

Det är således svårt att hitta en definitiv definition av psykisk sjukdom. Herlofson & Ekselius (2016) definition utgår från vad som anses normalt och att det som avviker är sjukdom. Utifrån detta synsätt borde rimligtvis psykisk sjukdom skilja sig mellan olika kulturella miljöer, då vad som anses normalt varierar i olika grupper och i olika samhällen. Utifrån den personcentrerade vården där patienten och hans upplevelse är i centrum bör det mest intressanta och relevanta ske i frågan om diagnosen psykisk sjukdom vilka konsekvenser diagnosen och dess symtom får för den drabbade individen och hur mycket besvär symtomen orsakar i det dagliga livet. Det är sjuksköterskans uppgift att möjliggöra att patienten, trots ohälsa och sjukdom, kan leva livet på det sätt hen önskar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Stigma

Björkman & Lundberg (2014) skriver att det på 1960-talet började forskas internationellt kring stigma. Vidare beskriver Björkman & Lundberg (2014) att definitionen på stigmatisering är omdiskuterad eftersom det är flera olika discipliner som forskar kring stigma och de har inte lyckats få fram en gemensam definition. Det finns en brist på en gemensam konsensus kring definitionen av stigma, vilket leder till att det till exempel blir svårt att specificera vad som är stigma. Enligt Björkman & Lundberg (2014) var det två sociologer som, utifrån en kritik som fanns där man fokuserade på sociala faktorer och ekonomiska faktorer som grundläggande för stigmatisering, sammanfattar stigmatiseringsprocessens fyra steg. Dessa steg är:

Etikettering/stämpling.

Härskande kulturella värderingar kopplar samman etiketten med misshagliga, icke önskvärda kännetecken och negativa stereotyper.

De etiketterade och utpekade placeras i distinkta kategorier för att åstadkomma åtskillnad mellan "dem" och "vi".

Diskriminering och statusförlust (Björkman & Lundberg, 2014 s.68–69).

Goffman (2014) definierar termen stigma som en benämning på "en egenskap som är djupt misskrediterande" (s.11) och beskriver två förödande konsekvenser som stigma bär med sig: förlust av status och socialt förkastande. Goffman (2014) beskriver även hur man kan urskilja tre olika typer av stigma; kroppsliga missbildningar, defekter i den personliga karaktären såsom kriminalitet eller psykiska åkommor och slutligen "stambetingade" stigmat som religion, nationalitet eller ras. Det samtliga typer av stigma har gemensamt är att det är något avvikande och ett icke önskvärt beteende eller utseende som inte passar in i vad som anses normalt. Goffman (2014) belyser vidare att detta leder till att en person ansatt av ett stigma inte anses fullt mänsklig och att hen utifrån detta blir utsatt för diskriminerande handlingar av olika slag.

I Dalky's (2012) artikel om reducering av stigma kring psykisk sjukdom, beskrivs en definition av stigma kring psykisk sjukdom som en förekomst av märkning, stereotyper, separation, diskrimination och förlust av status. I Natan, Drori & Hochman's (2015) artikel som undersöker stigma gällande både personer med psykisk sjukdom och sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård, definieras stigma som stereotyper eller negativa åsikter som tillskrivs en person eller en grupp människor där attribut eller beteenden uppfattas som avvikande eller sämre än den sociala normen. Sartorius (2007) definierar stigma som negativa attityder som baseras på

felaktiga upplysningar och fördomar som orsakas av udda beteende eller vetskapen att någon har behövt psykiatrisk vård.

Det finns således flera olika definitioner av stigma. Det flera av dem har gemensamt är beskrivningen av att avvika från normen, och ses som annorlunda, och sämre, och att detta orsakar en förlust av status som leder till sämre förutsättningar i samhället.

Olika nivåer av stigma

Ben-Zeev, Young & Corrigan (2010) tar upp tre nivåer av stigma. Dessa nivåer är offentligt stigma, självstigma och undvikande stigma. Vidare beskriver de att offentligt stigma utgörs av att det är stora sociala grupper som sätter normen och agerar på grupper som avviker. Som tidigare beskrivits utgår stigma från bland annat stereotyper där vanligt förekommande stereotyper om individer med psykisk sjukdom är att de kan vara farliga och våldsamma. De beskrivs dessutom ofta som inkompetenta och har svårt att klara av att arbeta leva självständigt och man skuldbelägger individen att hen får skylla sig själv för sin sjukdom (Ben-Zeev et al., 2010, Wallace, 2010). Det är inte stereotypen i sig som skapar stigmatisering utan det är när människor som är dömande och stödjer de negativa stereotyperna, vilket medverkar till stigmatisering. Det framgår även att offentligt stigma, diskriminering och fördomar om individer med psykisk sjukdom påverkar dem negativt och påverkar deras möjligheter att få ett arbete och bostad. Negativa effekter som självstigma hos individen är grundade på de fördomar som finns kring individer med psykisk sjukdom. Detta leder till låg självkänsla och dåligt självförtroende (Ben-Zeev et al., 2010)

Holder, Peterson, Stephens & Crandall (2018) beskriver en annan indelning av stigma i tre olika huvudkategorier som är självstigma, professionellt stigma och socialt stigma. Socialt stigma beskrivs av Holder et al. (2018) som ett extremt avvisande av personer eller grupper som avviker från rådande normer i samhället. Ben-Zeev et al., (2010) uppmärksammar att många individer undviker att söka vård för sina psykiska besvär då de vill undvika att få en stämpel som psykisk sjuka.

Björkman & Lundberg (2014) beskriver stigmatisering och diskriminering utifrån fyra dimensioner, vilka är den mellanmännsliga dimensionen, den strukturella dimensionen, allmänhetens attityder och tillgång till sociala roller. I den mellanmännsliga dimensionen är det vad som händer mellan individen med en psykisk sjukdom och bland annat personal inom sjukvården. Där upplever man individen som icke trovärdig eller kompetent att ta hand om sig själv. Detta kan innebära att sjukvårdspersonal negligerar till exempel somatiska symtom som en förklaring att det beror på den psykiska ohälsan. I den strukturella dimensionen kan stigmatisering ske genom att den somatiska sjukvården får mer resurser än den psykiatriska vården, vilket kan leda till att kvaliteten på den vård som erbjuds skiljer mellan den somatiska sjukvården och den psykiatriska. Corrigan, Markowitz & Watson (2004) skriver att strukturellt stigma kan ske avsiktligt genom att den politik som bedrivs begränsar möjligheterna för individer med psykisk sjukdom att få relevant vård. Vidare beskriver de att även om tanken inte är att diskriminera en viss grupp genom olika policys så sker det indirekt genom sättet de till exempel är utformade på. Vidare beskriver Björkman & Lundberg (2014) att i den dimension som kallas allmänhetens attityder bygger på förutfattade meningar som finns kring individer med psykisk sjukdom. Dessa förutfattade meningar kan förstärkas via till exempel media och hur de väljer att

framställa en individ med psykisk sjukdom. Den fjärde och sista dimensionen som kallas tillgång till sociala roller belyser de svårigheter individer med psykisk sjukdom kan ha, att skapa och få tillgång till viktiga sociala roller som exempelvis en tillsvidareanställning och att hitta en livspartner att skapa en familj tillsammans med (Björkman & Lundberg, 2014).

Folkhälsomyndigheten (2019) uppmärksammar att stigmatisering av psykisk sjukdom kan äga rum på olika nivåer i samhället. De olika nivåer de lyfter fram är strukturellt stigma, offentliga stigma och självstigma.

Som beskrivet har olika författare skapat skiftande indelningar av de olika nivåerna av stigma. Självstigma är den av nivåerna som återkommer i de flesta beskrivningar om stigmatisering.

Självstigma

Självstigma uppstår enligt Holder et al. (2018) när individer med psykisk sjukdom uppfattar sig lika negativt och dömande som de uppfattas av andra. Björkman & Lundberg (2014) skriver att *”självstigma har definierats som en medveten eller omedveten process under vilken en person med t.ex. psykisk sjukdom håller de egna och omgivningens fördomar om psykisk sjukdom för sanna”* (s.72). Holder et al. (2018) beskriver hur personer som upplever att de blir diskriminerade eller bedömda på grund av sin psykiska sjukdom ofta vänder negativa tankar inåt och isolerar sig mer. Caltaux (2003) belyser att självstigma kan på ett negativt sätt påverka alla delar av en individs liv och beskriver precis som Livingstone & Boyd (2010) självstigma som ett omedvetet eller medvetet förlopp där individen med psykisk sjukdom uppfattar omgivningens och de egna fördomarna om psykisk sjukdom som verkliga. Lundberg (2010) beskriver hur studier har visat att känslan av egenvärde hos individer med psykisk sjukdom varierar märkbart och kan orsaka ambivalent självkänsla och självbild, vilket sannolikt orsakas av självstigma.

Professionellt stigma

Professionellt stigma innebär enligt Holden et al. (2017) att vårdpersonal förstärker och förmedlar stigmatisering av sina patienter. Bishop, Ramsay, Casalino, Bao, Pincus & Shortell (2016) fann i sin studie exempel på detta när deprimerade patienter sökte hjälp i primärvård och fick sämre uppföljning än de patienter som sökte för somatiska åkommor som t.ex. astma och diabetes. Holden (2017) skriver att det är viktigt att vårdpersonal medvetandegör på vilket sätt de projicerar stigma på patienter med psykisk sjukdom och att stigma medverkar till den ökade mortaliteten och morbiditeten associerad med psykisk sjukdom. Corrigan (2000) belyser att det inte bara är allmänheten som har stigmatiserande åsikter om psykisk sjukdom utan även personal som arbetar inom psykiatrisk vård delar dessa åsikter.

Personal som arbetar inom psykiatrisk vård beskrivs enligt Thornicroft et al. (2010) kunna förstärka det stigma som individen som är i behov av vård känner. Detta kan ske genom att de är mer negativa till individens chans till återhämtning än till befolkningen i stort. Det framkom att psykiatriker var mer negativa än sjuksköterskor. Enligt Thornicroft et al. (2010) är det viktigt att känna till att personalens attityd oftast berodde på deras erfarenheter av personer med psykisk sjukdom. En förklaring till varför både psykiatriker och sjuksköterskor inom psykiatrisk vård var mer pessimistiska till behandlingen var att de inte behöll kontakten med de patienter som blev friska eller mådde bra.

Thornicroft et al. (2010) tar upp att det finns fyra diagnosgrupper som personal inom psykiatrisk vård drar sig för att vårda på grund av de utmaningar som finns i mötet med dessa individer. Det

är individer med diagnoser inom området personlighetsstörning, individer med kroniskt trötthetssyndrom, individer med alkoholberoende och individer med ett intellektuellt funktionshinder. Enligt Sartorius (2017) är det vanligt att vårdpersonal använder stigmatiserande ord när de talar om en patient med psykisk sjukdom, till exempel att omnämna någon som schizofren eller användande av nedsättande ord, istället för att prata om individen som sjuk.

Konsekvenser av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom

Av tidigare aktuell forskning kan exempelvis utläsas att personer med psykisk sjukdom fortfarande drabbas av stigmatisering, diskriminering och negativa attityder. Detta leder till att det blir svårare att leva med psykisk sjukdom och det påverkar dessa individer på ett sätt som leder till minskad självkänsla, sämre livskvalitet och svårare att söka hjälp inom sjukvården. Det kan dröja innan man får rätt hjälp, följsamheten till behandlingen blir sämre, det kan vara svårare med arbete, bostad och ekonomi (Hansson, Stjernswärd och Svensson 2016). Björkman & Lundberg (2014) uppmärksammar att individer som blir utsatta för stigmatisering idag blir socialt utstötta utifrån de värderingar som finns i samhället kring sociala roller. Detta leder till att dessa individer blir ställda i dåliga dager och nedvärderade som människor. Vidare lyfter de fram att individer med psykisk sjukdom ofta räknar med att utsättas för diskriminering och att nervärderas i olika sammanhang, vilket kan leda till att de antar den roll som omgivningen förväntar sig av dem, även om det inte är den de är, vilket kan få negativa konsekvenser. Individer med psykisk sjukdom drabbas ofta av kommentarer som inverkar på dem som personer. Det läggs exempelvis värderingar i att de inte är kompetenta eller att de inte behöver vara så ambitiösa. Dessa individer får även utstå att människor undviker dem och/eller behandlar dem illa på grund av deras sjukdom vilket kan i förlängningen leda till låg självkänsla, isolering, ensamhet och ett socialt nätverk som begränsat (Björkman & Lundberg, 2014) Corrigan et al. (2004) sammanfattar i sin artikel att individer med psykisk sjukdom behöver dels kämpa med hur sjukdomen och symtomen påverkar deras liv och möjlighet att uppnå sina drömmar, och dels samhällets stigmatisering av personer med psykisk sjukdom som även detta påverkar deras möjligheter att nå sina drömmar eller inte ens få möjlighet till det liv de önskar utifrån att de har en psykisk sjukdom.

Sambandet mellan stigmatiseringsprocesser och psykisk sjukdom är känt sedan lång tid tillbaka. De drabbade blir ofta utstötta och ensamma (Svenaeus 2018). Hansson et al. (2016) hänvisar till en systematisk granskning av Schomerus, Shcwanh, Holzinger et al. från 1996 som visar att offentliga attityder inte förändrats eller till och med förvärrats gentemot personer med schizofreni de senaste två decennierna. Björkman & Lundberg (2014) är av en annan uppfattning och rapporterar att man de senaste årtiondena inte sett någon större förändring i negativa attityder och uppfattningar gentemot personer med psykisk sjukdom från befolkningen i stort. Den grupp som är mest utsatta är individer med schizofreni. SOU (2006) beskriver hur psykisk sjukdom länge har präglats av kraftigt negativa uppfattningar bland befolkningen, det är mer accepterat att ha en kroppslig sjukdom än en psykisk, och att om det finns möjlighet väljer man ofta bort personer med avvikande beteende eller psykisk sjukdom som arbetskamrater eller grannar.

Folkhälsomyndigheten (2019) beskriver i sin systematiska granskning att personer som har en psykisk sjukdom ofta blir missförstådda i samhället där de kan framställas som våldsamma, inkompetenta, oförmögna till återhämtning och oförutsägbara. Vidare belyser Folkhälso-myndigheten (2019) att det finns en vetenskaplig konsensus som visar att personer med psykisk

sjukdom som utsätts för stigma relaterat till sin psykiatriska sjukdom får skadliga effekter på sin hälsa och sin livskvalitet.

Thornicroft et al. (2010) redogör för hur individer med psykisk sjukdom upplever att allmänläkare är stigmatiserande och osympatiska i sitt bemötande. Individer med psykisk sjukdom har sämre möjlighet till somatisk vård än andra, trots att personer som lider av psykisk sjukdom oftast har sämre fysisk hälsa såsom en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, diabetes, HIV/AIDS och sämre tandstatus än befolkningen i stort. Konsekvenserna av att ha en sämre fysisk hälsa än befolkningen i stort men låg tillgång till rätt behandling leder i slutändan till en högre risk för en för tidig död, förutom upplevelsen av diskriminering och ignorans från sjukvården. Dessa individer upplever även att de inom den psykiatriska vården diskrimineras genom att inte blir bemötta som jämlikar. De upplever att personal pratar till dem som om de var barn, de får inte vara delaktiga i viktiga beslut och förmodas att inte kunna ta ansvar för sina liv. De framkommer även att de upplever att de får otillräcklig information om sin sjukdom och dess behandling, samt att de upplever att det oftast i mötet med personal inom psykiatrisk vård finns ett underliggande hot om tvångsvård (Thornicroft et al., 2010).

Sammanfattningsvis drabbas personer med psykisk sjukdom således av utbredd diskriminering i samhället i form av bland annat svårigheter att få anställning och bostad och sämre vård vilket kan leda till försämrade självkänsla, isolering och rädsla att söka adekvat vård.

Det är specialistsjuksköterskans ansvar att arbeta för en god, säker och jämlik vård och bidra till ökad förståelse och kunskap i samhället om psykisk ohälsa (Psykiatriska riksförbundet för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att uppfylla detta ansvar är det angeläget att specialistsjuksköterskan är medveten om konsekvenserna av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och aktivt arbetar för att motverka detta.

Offentligt stigma

Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rusch (2012) skriver att det har gjorts försök de senaste 50 åren att utrota offentligt stigma. Redan på 1950-talet var det en ort i Kanada där två personer använde sig av filmer och gruppdiskussioner i syfte att påverka stigmatisering gällande personer med psykisk sjukdom. Enligt Corrigan, Bink, Konadu Fokuo & Schmidt (2015) påverkar offentligt stigma livskvaliteten hos individer med psykisk sjukdom. Detta genom att det är svårare att få arbete, bostad, känna tillhörighet och få rätt sjukvård (Corrigan et al. 2015; Corrigan, 2000). Vidare skriver Corrigan et al. (2015) att individen själv kan undvika att söka rätt vård för att undvika att få stämpel på sig som psykiskt sjuk och bli utsatt för följderna av stigmatisering som beskrivits ovan. Corrigan et al. (2015) beskriver vidare två erfarenhetsbaserade förklaringar till stigmatisering. Dels upplevs individer med psykisk sjukdom som ansvariga för att de blivit sjuka, vilket leder till en ilska och en ovilja att hjälpa dem, dels tror man att personer med psykisk sjukdom är farliga och man är rädd för dem och vill undvika denna grupp. Corrigan et al. (2015) skriver vidare att det finns en tanke att individer med psykisk sjukdom behöver tvångsvård och att de bör befinna sig på institutioner.

Sammanfattningsvis är offentligt stigma orsakat av samhällsstrukturer som försvårar det dagliga livet för patienter med psykisk sjukdom medan självstigma påverkar individens självkänsla och självbild och kan hindra personen att ”ta plats” i samhället och kanske få den bostad, det arbete och den sjukvård som hen är berättigad till. Professionellt stigma utgår från att vårdpersonal bland annat kan förstärka den stigmatisering som finns kring individer med psykisk sjukdom.

Detta kan yttra sig genom exempelvis negativa attityder och förväntningar på personens förmåga till återhämtning och följsamhet till behandling.

Stigma mot psykiatrisk vårdpersonal

Även vårdpersonal inom psykiatrisk vård har man sett utsätts av stigmatiserande attityder från omgivningen och övrig personal inom sjukvården. Hur påverkar det sjuksköterskor att utsättas för stigmatiserande attityder utifrån yrkesval och hur drabbar det i förlängningen patienterna?

Thornicroft et al. (2010) skriver att sjukvårdspersonal som arbetar med individer med psykisk sjukdom utsätts för stigma och beskriver föreställningar om att psykiatriker själva kan vara mentalt instabila och excentriska. Halter (2002) uppmärksammar liknande uppfattningar om sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård. Vidare beskriver Thornicroft et al. (2010) att om individer som arbetar inom psykiatrisk vård själva blir sjuka i en psykiatrisk åkomma får de oftast sämre behandling än befolkningen i övrigt. Harrison, Hauck & Ashby (2017) beskriver hur psykisk ohälsa ofta uppfattas negativt av befolkningen i stort och att detta i sin tur för med sig en negativ syn på vårdpersonal inom psykiatrisk vård. Stigmatiserande attityder mot denna personalgrupp finns även från övrig vårdpersonal, vilket resulterar i att psykiatrisk vård ses som av de minst åtråvärda områden att arbeta i som sjuksköterska.

Det finns enligt Lauber & Sartorius (2007) betydande evidens för att sjuksköterskor som arbetar med psykiatrisk omvårdnad är devalverade inom sjuksköterskeprofessionen. Detta kan enligt Lauber & Sartorius (2007) delvis bero på att teknologiska färdigheter värderas högre än relationsfärdigheter. Det finns också enligt Ross & Gouldner (2009) antaganden om att den lägre statusen för sjuksköterskor som arbetar med psykiatrisk omvårdnad är orsakat av "*stigma by association*" (s.567), där personer som associeras med psykisk sjukdom blir utsatta för samma stigmatisering som personer med psykisk sjukdom. Halter (2008) utförde en studie som påvisar liknande värderingar, där sjuksköterskor inom psykiatrisk vård beskrevs av andra sjuksköterskor som minst respekterade, skickliga och logiska. Studien visade också att arbete inom psykiatrisk omvårdnad var det minst åtråvärda av tio olika sjukvårdsområden. Enligt Halter (2008) är det tydligt att det finns negativa uppfattningar bland sjuksköterskestudenter, befolkningen i stort samt annan vårdpersonal om sjuksköterskor som arbetar med psykiatrisk omvårdnad.

Att motverka stigmatisering

Enligt Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2014) är det specialistsjuksköterskans ansvar att se till att personer med psykisk ohälsa har möjlighet till en god hälsa och erbjuds vård på lika villkor. Sverige antog redan 1966 Förenta Nationernas konvention om mänskliga rättigheter som bland annat tar upp individers rätt till hälsa. Konventionen bygger på att respektera, skydda och främja de mänskliga rättigheterna för varje enskild individ för möjlighet att uppnå hälsa på bästa möjliga sätt (Regeringskansliet, 2011). Socialstyrelsen (2011) lyfter att trots olikheter hos en individ gällande exempelvis funktionshinder, kön, ålder, sexuell läggning och så vidare, ska alla ha en bra hälsa och vård. Hur vården ges för att vara jämlik för alla, utgår från individen och hens behov

Holder, Peterson, Stephens & Crandall (2017) beskriver hur stigma spelar en viktig roll i begränsningen av tillgången till psykiatrisk vård och bidrar därför till den ökade sjukligheten och

dödligheten i samband med psykisk sjukdom och menar att existerande negativa stereotyper av personer med psykisk ohälsa måste utmanas.

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

I denna studie kommer personcentrerad vård användas som teoretisk referensram. Eftersom vi valt en induktiv ansats i vårt arbete kommer teorin speglas i vår avslutande reflektion och diskussion (Henricsson, 2012).

Inom hälso- och sjukvård tar personcentrerad utgångsläget att patienter är individer med förmågor, behov och vilja (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Personcentrerad vård innebär inte enbart ett särskilt förhållningssätt till patienten utan inbegriper även särskilt förhållningssätt mot patientens närstående. I praktiken innebär personcentrerad vård en process som består av tre delar, patientens berättelse, partnerskap mellan patient och personal och dokumentation som innebär ett trygghet av den planerade vården (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Kristensson Ugglå (2014) belyser att man som patient automatiskt hamnar i ett institutionellt, existentiellt och kognitivt underläge. Det institutionella underläget skapas genom den starkt hierarkiska ordningen som sjukvården är uppbyggd på där patienten per automatik hamnar längst ned. Det existentiella underläget uppstår på grund av den vacklande hälsan som orsakat kontakten med vården och som gör att patienten hamnar i en utsatt situation. Det kognitiva underläget orsakas genom att patienten i stort sett alltid befinner sig i ett underläge kunskapsmässigt.

Enligt Kristensson Ugglå (2014) är berättelsen av en individs levnadshistoria ett centralt begrepp inom personcentrerad vård. Kristensson Ugglå (2014) beskriver det som att människor framträder som personer först när vi börjar berätta och att det är berättelsen som gör det möjligt att se en person, inte bara en patient. Ekman, Norberg & Swedberg (2014) beskriver berättelsen som central i personcentrerad vård. Personalen måste lyssna på vad patienten berättar och genom det bli medveten om dess motiv, vilja och resurser. Personalen måste vara lyhörd och ställa öppna frågor för att kunna identifiera patientens behov, resurser och vilja. Personalen ska bekräfta patientens självrespekt och värdighet och ska även respektera patientens fysiska kropp.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) beskriver hur det i ett personcentrerat förhållningssätt är specialistsjuksköterskans ansvar att tillvarata inte bara patientens utan även närståendes preferenser, mål och behov och att tillsammans med dessa upprätta och genomföra en individuell vårdplanering. När specialistsjuksköterskan har ansvar för en person med till exempel kraftiga psykotiska symtom eller grav kognitiv svikt, blir närståendes perspektiv än viktigare för att kunna skapa en bild av vad som är bäst för patienten och tillsammans göra upp en plan för detta. Enligt Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) tar den psykiatriska omvårdnaden utgångspunkt i att utvecklas och växa ska vara en möjlighet för varje individ. Psykiatrisk omvårdnad innebär att specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård ska hjälpa patienten att utveckla strategier för att hantera sin sjukdom och de konsekvenser som sjukdomen kan ge samt att främja individens känsla av kontroll över sitt liv. Det är också specialistsjuksköterskans uppgift att stödja individens kapacitet att hantera känsla av meningslöshet (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Partnerskapet skapas enligt Ekman, Norberg & Swedberg (2014) genom att patienten beskriver sina kunskaper om sig själv och personalen bistår med sin professionella kunskap om det patienten berättar och försöker förstå vad som sägs mellan raderna. ”Partnerskap innebär ett teamarbete mellan personal och patienten, närståendevårdare respektive närstående” (s.87). En personlig hälsoplan ska skapas tillsammans av patient och personal, där personalens uppgift är att identifiera patientens resurser och skapa gemensamma mål, både lång- och kortsiktiga. Dokumentation är det sista steget i processen och är ett måste för att säkerställa den personcentrerade vården (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Patientens berättelse och hälsoplan ska dokumenteras i journalen och finnas till hands för relevant personal och patienten.

Sammanfattningsvis innebär personcentrerat förhållningssätt att vårdpersonal ska lyssna på patientens berättelse, respektera patientens erfarenheter och kunskap och stötta patienten genom att hjälpa till att identifiera hans resurser.

Problemformulering

Stigmatisering påverkar personer med psykisk sjukdom negativt. De utsätts för fördomar, sämre bemötande och utanförskap, vilket leder till sämre vård med ökat lidande. Utanförskap orsakat av stigma förvärrar även dessa individers vardagliga liv genom att till exempel leda till svårigheter att få anställning och bostad. För att kunna motverka upplevelser av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är det nödvändigt att förstå varför denna grupp stigmatiseras. Specialistsjuksköterskan har en viktig uppgift i att stötta patienten och motverka stigmatisering av denna utsatta grupp och det är därför relevant att undersöka närmare vad forskningen säger om hur specialistsjuksköterskan kan arbeta för att motverka detta.

En första systematisk sökning av litteratur visar att det finns studier om konsekvenserna av stigmatisering för personer med psykisk ohälsa, men färre studier om hur sjuksköterskan kan arbeta för att minska och motverka stigmatisering. Därför, kommer vi i denna studie undersöka hur specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård kan arbeta för att minska och motverka upplevelserna av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom.

Syfte

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskan inom psykiatrisk vård kan motverka upplevelserna av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom.

Metod

Metodval

Designen är en litteraturstudie med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att förutsättningslöst analysera texter och att röra sig från det konkreta och specifika till det abstrakta och generella. Henricsson (2012) skriver gällande forskningsprocessen vid en induktiv ansats så kommer teorin inte förrän i slutet av processen. I denna del är det viktigt, enligt Henricsson (2012), att vara tydlig med vilket synsätt som är bakomliggande och hur det synsätt som finns kan lyfta fram problemområdet. Resultaten vid en induktiv ansats enligt Henricsson (2012), har som syfte att utveckla en teori eller att leda till en teori.

Metoden som har används för att analysera artiklarna och få fram ett resultat är en integrativ modell. Polit & Beck (2017) beskriver den integrativa modellen som en metod som kan användas vid granskning av studier som både är kvalitativa och kvantitativa. Whittemore & Knalf (2005) skriver att den integrativa modellen är den enda metod som möjliggör kombinationen av att granska icke-experimentell och experimentell forskning. Kirkevold (1997) citerar en forskare i sin artikel som beskriver att integrativ översikt sammanställer och summerar tidigare forskning genom att utifrån flera olika studier dra slutsatser som besvarar den hypotes som finns. Arvelev, Wigert, Berg, Burton & Lepp (2015) lyfter fram att när en integrativ översikt av litteratur görs är det viktigt att vara tydlig med vilka inklusions- och exklusionskriterier som finns.

Vidare beskriver Polit & Beck (2017) att modellen är en design där de studier man använder sig av inte delas in efter metod, utan efter de fynd man hittar som besvarar forskningsfrågan. Under analysprocessen kan fynden som hittas påverka de kvantitativa och kvalitativa data man får fram vilket kan leda till att de antingen kombineras eller omvandlas.

Metodbeskrivning

Whittemore & Knalf (2005) tar upp att det finns ett flertal strategier att använda sig av för att stärka noggrannheten vid användandet av en integrativ modell. Dessa är att identifiera problemet, att söka relevant litteratur, att utvärdera data och analysera den data man fått fram, och därefter presentera resultatet. Whittemore & Knalf (2005) skriver om fem steg i analysprocessen. Dessa är datareduktion, visning av data, jämförelse av data, slutsats och verifiering.

Datareduktion innebär att det görs ett övergripande klassificeringssystem för att kunna hantera den data man fått utifrån olika metoder. Därefter delar man in data i olika subgrupper och man gör kategoriseringar av data. När detta är klart påbörjas kodning av data. All data ska utgå från primärkällor. När dessa olika delar är gjorda i en datareduktion blir den litteratur som använts organiserad och tydlig, vilket underlättar när man ska jämföra primärkällorna utifrån de specifika problem och variabler som undersöks (Whittemore & Knalf, 2005).

Det är i den sista fasen, slutsats och verifiering, som förflyttning sker från det tolkade resultatet till en högre abstraktionsnivå. I detta skede måste stor försiktighet iaktas för att undvika att slutsatser dras för tidigt och orsakar uteslutning av viktig evidens (Whittemore & Knalf, 2005).

Kontext

Studien utgår från en systematisk litteratursökning utifrån sju sökord kombinerade på olika sätt. Syftet med att göra en litteraturstudie var att få fram hur forskning beskriver hur sjuksköterskan och specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård kan motverka upplevelse av stigmatisering hos patienter med psykisk sjukdom för att därefter ha möjlighet att implementera resultatet kliniskt, utifrån evidens. Vi har valt att undersöka samtliga nivåer av stigmatisering då vi kan se att samtliga nivåer påverkar den enskilda individens upplevelse av stigmatisering och därmed påverkar vad det är specialistsjuksköterskan kan göra för att minska denna negativa upplevelse. Vi anser inte att det endast går att titta på en nivå av stigma och hur den påverkar individens upplevelse av stigmatisering eftersom helheten då försvinner. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är tydlig med att alla har rätt till vård på lika villkor med respekt för alla personers lika värde, samt att förebygga ohälsa. För att kunna ge vård enligt detta är det viktigt för specialist-sjuksköterskan att ha en medvetenhet om alla de processer som påverkar stigmatiseringen av patienter med psykisk sjukdom. Vi anser att om stigma inte kan undvikas kan inte målet med god och jämlik vård uppnås.

Förförståelse

Vår förförståelse kring ämnet stigmatisering är att vi dagligen möter detta både gentemot våra patienter, men även riktat mot oss sjuksköterskor och övrig personal som arbetar inom den psykiatriska vården. Vi har sett att stigmatisering sker på olika nivåer i samhället och vi anser att specialistsjuksköterskan behöver känna till samtliga nivåer för att kunna stödja patienten och samtidigt motverka upplevelser av stigmatisering.

Datansamling

Databaserna Cinahl, PubMed och Psycinfo användes för att söka artiklar genom systematiska sökningar. Sökorden som användes var mental illness, stigma, prevention, attitudes, support, knowledge och empowerment. Den booleska operatören AND användes för att få fram adekvata artiklar. Avgränsningar som användes vid sökningarna i databaserna var peer review, full text, academic journal samt årtalen 2009–2019. Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar, oavsett vetenskaplig metod och att artiklarna måste beröra stigmatisering. Dock exkluderades alla artiklar som enbart handlade om självstigma. Artiklar utan ursprung i västvärlden exkluderades med hänsyn till kulturella aspekter. Artiklar som fokuserade på sjuksköterskestudenters- och personals upplevelse av stigma mot vårdpersonal inom psykiatrisk vård exkluderades.

Artiklar med kvalitativ metod granskades med hjälp av granskningsmallar från SBU och CASP och de artiklar med kvantitativ metod granskades med hjälp av en granskningsmall utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019) Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

I Cinahl gav de kombinerade sökorden mental illness AND stigma AND prevention 174 träffar. Av dessa lästes 90 titlar, nio abstrakt och åtta artiklar. Av dessa exkluderades sex artiklar efter genomläsning och granskning. Fyra saknade metodbeskrivningar, en var en review och två ansågs inte svara mot syftet. Samma sökning i PubMed resulterade i 663 artiklar, 60 lästa titlar och två abstrakt och ingen artikel. Sökningen i Psycinfo gav 442 träffar, 90 titlar lästes, sex abstrakt och fem artiklar. Av dessa exkluderades två då de saknade metodbeskrivning och ytterligare två som inte bedömdes svara mot syftet.

Utifrån ovanstående sökresultat och genomgång av artiklar bedömde att ytterligare en systematisk litteratursökning behövdes för att kunna säkerställa kvaliteten på resultatet.

Andra sökning utfördes i samma databaser som tidigare; Cinahl, Pubmed och Psychinfo. Sökorden var stigma* AND mental illness AND experience AND patient* NOT student* NOT famil*. Den booleska operatören AND och NOT användes för att få fram adekvata artiklar. Avgränsningarna var samma som vid tidigare sökningar.

I Cinahl resulterade denna sökning i 184 träffar. Av dessa lästes 50 titlar, elva abstrakt och sju artiklar. Av dessa exkluderades två då de hade otydlig metod och inte svarade mot syftet och ytterligare en exkluderades då den inte svarade mot syftet.

Samma sökning i Pubmed gav 290 träffar, 80 lästa titlar, sex lästa abstrakt och två lästa artiklar, en av dessa artiklar exkluderades då den inte svarade mot syftet.

I Psychinfo gav sökningen 275 träffar, 50 lästa titlar, åtta lästa abstrakt och fem lästa artiklar. Av dessa fem exkluderades en artikel då den inte svarade mot syftet.

De två sökningarna resulterade således i tio artiklar som analyserats i resultatet.

Dataanalys

Whittemore & Knalf (2005) beskriver analysprocessens olika steg, vilka är datareduktion, visning av data, jämförelse av data, slutsats och verifiering. Vi beskriver nedan vår analysprocess uppdelat i de olika stegen.

Datareduktion: Artiklarna som kvarstod efter att inklusions- och exklusionskriterierna tillämpades var tio artiklar som fokuserade på patienters och sjuksköterskors upplevelse av stigmatisering, samt artiklar om hur utbildning påverkar stigmatiseringsprocessen på olika plan. Av dessa artiklar var tre tvärsnittsstudier, en randomiserad, en kvasi-experimentell, en kvantitativ, en semi-kvantitativ, en prospektiv och två kvalitativa. Då vårt syfte är att undersöka hur specialistsjuksköterskan kan motverka stigmatisering sökte vi i artiklarnas resultat efter fenomen som påverkar stigmatiseringsupplevelsen för personer med psykisk sjukdom.

Data översikt: Artiklarna lästes noggrant flera gånger för att få en bra helhetsbild. Därefter sammanställdes artiklarna på det sätt som synliggörs i Tabell 1 (Bilaga I) där huvudfynden i de valda artiklarna sammanfattades.

Data jämförelse: Vi granskade närmre vad artiklarna kommit fram till, jämförde skillnader och likheter och utifrån dessa skapades tema och undergrupper. De övergripande resultaten är presenterade i Tabell 1, flera av artiklarna användes i fler än ett tema.

Slutsats och verifikation: Utifrån informationen som framkom vid vår granskning har vi dragit slutsatser om hur sjuksköterskan kan motverka stigmatisering av personer med psykisk sjukdom vilket presenteras i vårt resultat och tydliggörs med Figur 1.

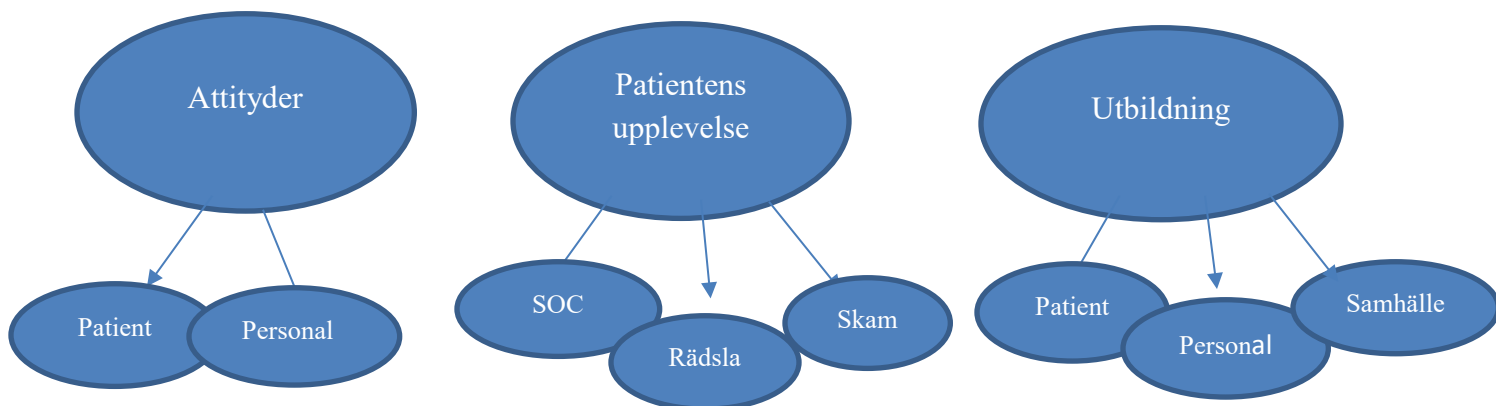
Etiska övervägande

Inget etiskt tillstånd krävs för en litteraturstudie men etiska perspektiv måste beaktas. Sandman & Kjellström (2018) menar att litteraturstudier kan innebära etiska frågor då det finns risk för feltolkningar och orättvisa bedömningar av artiklar eller att beskrivningar av olika grupper blir nedlåtande. Enligt Polit & Beck (2017) måste flera etiska faktorer tillgodoses när studier som innefattar människor utförs. Studiedeltagarna ska bli informerade om studien och hur den insamlade informationen kommer hanteras efteråt och samtycket ska inhämtas. Studiedeltagarna ska också informeras om att de kan avbryta deltagandet i studien när de vill. Forskare har en plikt att förhindra, undvika samt minimera skada för människor som deltar i studier. Forskning ska därför enligt Polit & Beck (2017) endast bedrivas av kvalificerade personer som är beredda att avbryta studien om det finns misstankar om att ett fortsatt deltagande kan åsamka studiedeltagarna ängslighet, onödigt lidande eller skada. Forskare ska inte undvika att ställa känsliga frågor, men måste vara medveten om hur detta kan påverka studiedeltagarens psykiska mående. Forsberg & Wengström (2013) beskriver att om vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod saknar etiskt tillstånd ska detta leda till exkludering från litteraturstudier. Vi säkerställde därför att samtliga artiklar som användes hade ett etiskt resonemang och att etiskt godkännande fanns när detta var relevant.

Resultat

Tema och undergrupper

Genom analysen av artiklarna har tre huvudteman och nio underteman framkommit. Det första temat är attityder, med undergrupper patient och personal. Här framkommer det att attityder hos både patienter och personal påverkar hur patienten upplever stigmatisering. Detta pekar på vikten av att sjuksköterskan är medveten om sina egna attityder och språkbruk i mötet med patienten för att minska patientens upplevelse av stigmatisering. Det andra temat är patientens upplevelse med undergrupper, SOC (sense of coherence), rädsla och skam. Här synliggörs hur känslan av utanförskap hos patienten påverkar graden av upplevd stigmatisering samt hur stigmatisering orsakar rädsla och skam över sjukdomen och att detta påverkar bland annat i vilken grad patienter uppsöker vård. Det sista temat är utbildning med undergrupper patient, personal och samhälle där det tydliggörs hur utbildning på både individ och samhällsnivå påverkar och kan motverka stigmatisering.



Figur 1. Schematisk skiss över resultatet.

Attityder – Patient och personal

Temat attityder kommer att beskrivas i två undergrupper ”patientens attityder” och ”personalens attityder” detta då attityder hos både patient och personal påverkar patientens upplevelse av stigmatisering (Sercu & Bracke 2016).

Sercu & Bracke (2016) intervjuade i sin studie sjuksköterskor och patienter på två olika sjukhus om deras erfarenheter och upplevelser av stigmatisering och kunde i sitt resultat påvisa att det finns ett samband mellan patientens förväntningar på vårdpersonalens hälso-relaterade attityd och patientens egen attityd och att detta påverkar patientens upplevelse av stigmatisering. Upplevelsen av stigmatisering minskar om vårdpersonalens- och patientens attityder stämmer bra överens. Sercu & Bracke (2016) demonstrerar detta genom ett exempel där en patient uppskattade att bli lämnad ifred på avdelningen och tyckte att det var skönt att inte ha några krav på att delta i aktiviteter, medan en annan patient hade upplevt samma situation som ohjälpsam och stigmatiserande. Oleniuk, Duncan & Tempier (2013) intervjuade i sin studie 41 personer inskrivna på två olika psykiatriska vårdavdelningar om deras upplevelse av stigmatisering relaterat till deras psykiska sjukdom. Oleniuk et al. (2013) påvisar att det finns en signifikant skillnad ($P < 0.05$) hos yngre personer, 19 år eller yngre, och förväntningar på att bli utsatta för stigmatisering än om du var 40 år eller äldre. Vidare beskriver Oleniuk et al. (2013) att patienten upplevde hos viss personal attityder som påverkade deras tillit till vården. Dessa attityder kunde vara verbala genom att de exempelvis blev kallade för alkoholisten, efterbliven, en dåre, manipulativ, uppmärksamhetsökande etcetera (Oleniuk et al., 2013; Bolton 2012). Vidare upplevde patienten enligt Oleniuk et al. (2013) att om sjuksköterskan inte gillade hen kunde de vara elaka mot hen.

Bolton (2012) utgår i sin artikel utifrån en studie som är gjord i England där ett frågeformulär skickades ut via mejl till medlemmar i psykiatriska föreningar för personal inom psykiatrisk vård. Det var 72 personer som svarade och fyllde i frågeformuläret. Av dessa var 43% psykiatriker, 42% var psykiatrisjuksköterskor, 10% var läkare under utbildning samt 6 % övrig personal. Bolton (2012) tar som tidigare nämnts upp hur språket kan ha en del i att patienten upplever stigmatisering och ger i sitt resultat ett exempel på att det är stigmatiserande att vårdpersonal objektifierar individen, genom att bland annat kalla dem manipulativa eller andra ge dem andra benämningar. Dessa benämningar kan ibland uttalas skämtsamt av personal som en

strategi att hantera stress och de svårigheter man kan möta inom psykiatrisk vård. Risken är enligt Bolton (2012) att personalen kan tänka att språket de använder inte är skadligt, men att det kan säga mer om de underliggande attityder som finns gentemot psykisk sjukdom, vilket kan påverka den vård patienten får.

Flera av sjuksköterskorna intervjuade av Sercu & Bracke (2016) upplevde att diagnoser ofta var ett ursprung till stigmatisering av patienterna. Sjuksköterskorna i studien uttryckte också att ansträngningar gjordes för att i kommunikation med patienterna använda ett tydlig och icke-medicinskt språk för att göra patienten delaktig. Sercu & Bracke (2016) beskriver hur patienter uppfattar medicinskt språk på olika sätt beroende på hur väl de är bekanta med och kunniga inom området. Patienter med liten medicinsk kunskap och låg socio-ekonomisk status uppfattade ett medicinskt språk från personal som nedsättande, vilket resulterade i upplevelsen av att vara mindre värd som människa, medan patienter med större medicinsk kunskap uppskattade och blev stärkta av samma situation. Flera patienter i studien berättar om hur de kände en förväntan från personal på att kunna vara reflekterande, i både tal och skrift, för att kunna få den hjälp de behövde. Patienter som inte kände att de hade dessa förmågor upplevde att de fick sämre vård och kände frustration och misstro mot personalen och en önskan om en mer individuell vård framkom (Sercu & Bracke, 2016).

Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Löyttyniemi, Suominen & Välimäki (2016) belyser i sin studie sjuksköterskors attityder mot patienter med psykisk sjukdom i primärvården. Studien utgjordes av 218 sjuksköterskor i primärvården i Finland som besvarade ett frågeformulär som undersökte sjuksköterskors attityder mot personer med psykisk sjukdom. Resultatet visar att det finns en signifikant skillnad i att yngre sjuksköterskor, oftare än äldre sjuksköterskor, upplevde att personer med psykisk sjukdom var skrämmande ($p=0.020$) och de var oroliga för sin egen säkerhet i mötet med dessa ($p=0.040$). De tyckte också oftare än äldre sjuksköterskor att dessa personer borde avskiljas från andra ($p=0.037$). Sjuksköterskor som hade tät kontakt med samma patientgrupp rapporterades känna mindre medlidande för personer med psykisk sjukdom än de som sällan träffade dessa personer, här var signifikansnivån $p=0.042$ vilket styrker påståendet (Ihalainen-Tamlander et al., 2016).

Bolton (2012) beskriver att personal inom psykiatrisk vård utsätts för stigmatiserande beteende från omgivningen och från övrig vårdpersonal där de ifrågasätts kring den egna psykiska hälsan, får nedsättande kommentarer om sin personlighet och kring sitt yrkesval. Detta kan även enligt Bolton (2012) påverka att studenter undviker att välja psykiatrisk vård som yrkeskarriär.

Patientens upplevelse – Sense of coherence (SOC), rädsla och skam

Temat "Patientens upplevelse" involverar patientens erfarenheter av stigmatisering i mötet med andra människor inklusive vårdpersonal. Tre undergrupper till "Patientens upplevelse" framkom genom analysen. Dessa undergrupper påverkar patientens upplevelser av stigmatisering och de består av SOC, rädsla och skam (Oleniuk et al., 2011; Sercu & Bracke, 2016; Eldal, Veseth, Natvik, Davidson, Skjölberg, Gytri & Moltu 2019; Świtaj, Anczewska, Chrostek, Grygiel, Prot-Klinger, Choma & Wciórka 2013; Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2009).

Świtaj et al. (2013) och Lundberg et al. (2009) beskriver att SOC, som är en förkortning av "sense of coherence", eller i svensk terminologi, känsla av sammanhang, enligt filosofen Antonovsky's teori, består av tre grundkomponenter som är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Lundberg et al. (2009) förklarar att ett högre SOC enligt denna teori innebär en

större sannolikhet att kunna hantera stress i livet och därmed en större chans till ett positivt hälsoutfall.

Świtaj et al. (2013) analyserar i sin studie SOC:s roll i förmågan att kunna förutsäga både påverkan och omfattning av stigma bland personer med psykisk sjukdom. Deras hypotes var att en högre SOC kunde förutspå lägre nivå av upplevt stigma och även omfattningen, oavsett personens bakgrund, psykiatriska symtom och diagnos. Det var 229 patienter som deltog i studien och fick besvara två frågeformulär varav det ena fokuserade på att kartlägga stigmatiserande upplevelser och det andra fokuserade på SOC. Huvudfyndet i studien visade att SOC var en signifikant faktor ($p < 0.001$) för att förutspå både nivån och omfattningen av upplevt stigma.

Świtaj et al. (2013) och Lundberg et al. (2009) beskriver båda ett samband mellan SOC och upplevelse av stigmatisering. Lundberg et al. (2009) undersökte i sin studie sambandet mellan stigmatiserande upplevelser och självrelaterade variabler, såsom social funktion, arbetsfunktion och psykiatriska symtom hos 200 patienter med psykisk sjukdom och presenterar i sitt resultat ett signifikant samband ($p = 0.001$) mellan lågt SOC och högre känsla av utanförskap. Lundberg et al. (2009) beskriver hur personer med psykisk sjukdom ofta upplever att de blir behandlade som mindre kompetenta efter att ha varit inlagda på slutna psykiatrisk vård. De intervjuade personerna beskrev också en upplevd social avvisning och utanförskap, både från vänner och från allmänheten. Lundberg et al. (2009) sammanfattar att sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk omvårdnad har en nyckelroll i att identifiera patientens erfarenheter av stigma och att tillsammans med patienten identifiera copingstrategier patienten kan använda för att minska upplevelse av stigma (s.521). Świtaj et al. (2013) föreslår att ansträngningar för att öka SOC hos personer med psykisk sjukdom kan vara en del av arbetet i att minska stigmatisering.

Rädsla för att utsättas för stigmatisering påverkar patienters benägenhet att söka vård (Hack et al., 2019; Schomerus et al., 2018). Schomerus et al. (2018) intervjuade 207 personer (188 av dessa medverkade i minst en uppföljningsintervju) och undersökte om stigmatiserande attityder påverkar benägenheten att söka hjälp för sin psykiska sjukdom. Schomerus et al. (2018) påvisar i sitt resultat ett samband mellan att ålder och sysselsättning påverkar sannolikheten att en person söker psykiatrisk vård. Schomerus et al. (2018) påvisar även att det finns en signifikant skillnad i ålder och upplevt behov av hjälp där signifikansen var $p = 0.010$ medan kön inte verkade ha någon signifikant påverkan för att individen söker vård. Vidare beskriver de att högre ålder ökade sannolikheten för att söka vård medan det var mindre troligt att studenter och personer med anställning sökte hjälp. Hack, Muralidharan, Brown, Drapalski & Lucksted (2019) analyserade i sin studie data från 268 patienter och undersökte sambandet mellan behandlingsengagemang och upplevelser av stigma. Hack et al. (2009) indikerar i sin diskussion att de negativa följderna av stigma och diskriminering kan orsaka ett hinder när en första kontakt med psykiatriska vården ska tas. Om patienten sedan, när första kontakten är tagen, inte blir bemött med stigmatiserande attityd från vårdpersonal, och kanske till och med upplever ett anti-stigmabudskap, kan detta leda till ett förstärkt behandlingsengagemang från patientens sida.

Oleniuk et al. (2013) beskriver hur stigma kan orsaka en rädsla att interagera med samhället, att det känns tryggare att vara på en vårdavdelning tillsammans med människor som är i samma situation. Oleniuk et al. (2013) lyfter även fram att stigma påverkar förmågan att träffa och

behålla vänner på grund av att man inte känner sig värdig att ha vänner eller har en rädsla för att inte blir förstådd och därför bli illa behandlad.

Eldal et al. (2019) utförde i sin studie djupintervjuer med 14 patienter om deras upplevelser av att vara slutenvårdspatienter inom psykiatrisk vård. Patienter beskriver i Eldal et al. (2019) hur de i samband med sjukhusvistelse för psykiatrisk sjukdom upplever skam och stigmatisering från andra patienter, vårdpersonal och samhället i övrigt. Patienterna uppgav även att de själva var medvetna om att de stigmatiserade andra patienter. Upplevelsen av att inte bli sedd som en individ i kontakt med vården beskrivs av både Eldal et al. (2019) och Sercu & Bracke (2016). Eldal et al. (2019) belyser hur patienter kände en lättnad och trygghet över att vara inlagd på slutenvården, parallellt med känslor av skam och upplevelsen av att inte bli sedd som en individ. Känslan av lättnad och trygghet i samband med vistelse i slutenvården grundade sig i förutsägbarhet och struktur under dagarna. Skamkänslorna och upplevelsen av att inte bli sedd som en individ uppkom främst i sociala sammanhang och när patienten upplevde att hen inte uppfyllde personalens förväntningar genom att till exempel inte återhämta sig tillräckligt snabbt eller vara kritisk eller arg. Det sociala skavet som uppstod i dessa situationer resulterade i att patienten kände sig avvisad och skamfylld. Enbart vetskapen om att sådana situationer kan uppstå räcker enligt Eldal et al. (2019) för att patienten kan uppleva en känsla av att inte ses som en individ.

Utbildning – patientens utbildningsnivå, personalens utbildningsnivå och tidiga utbildningsinsatser i samhället

Flertal av de artiklar som granskades lyfter fram utbildning som en stark faktor i att motverka stigmatisering av personer med psykisk sjukdom (Hack et al., 2019; Murman, Buckingham, Fontileva, Villanueva, Leventhal & Hinshaw 2014; Schomerus et al., 2018; Bolton, 2012; Ihalainen et al., 2016) Trots att det inte var det övergripande resultatet i samtliga av dessa artiklar var det något som författarna lyfte fram och hänvisade särskilt till.

Gällande patientens utbildningsnivå och hur det påverkar stigmatisering beskriver Hack et al. (2019) att de kunde se en signifikant skillnad ($p=0.005$) i interaktion gällande utbildningsnivå, erfarenheter av stigma och självstigma i relation till behandlingsengagemang. Desto högre utbildning en patient hade desto bättre behandlingsengagemang. Samtidigt skriver Hack et al. (2019) i en separat analys att de inte kunde styrka signifikansen gällande att utbildningsnivån hos patienterna skulle påverka deras behandlingsengagemang. De kunde inte heller säkerställa att det fanns en sannolikhet att själv-stigma, utbildning och upplevelse av stigma hade ett samband. Sercu & Bracke (2017) belyser hur patienter upplevde att deras brist på kunskap och läskunnighet på ett negativt sätt påverkade hur de blev bemötta av personal. Patienter upplevde att de blev behandlade med minskad respekt och fick mindre uppmärksamhet på grund av detta. Schomerus et al. (2018) tar upp att större kunskap om den psykiska sjukdomen minskade känsla av skuld, social distans och risken att inte söka vård.

Även utbildningsnivå hos personal har betydelse för stigmatiseringsprocesser vilket Ihalainen-Tamlander et al. (2016) påvisar i sitt resultat där yngre sjuksköterskor och sjuksköterskor utan psykiatrisk erfarenhet och utbildning uppvisade rädsla för psykiatriska patienter då de upplevde dem som farliga. De beskriver att erfarenhet och utbildning inom psykiatrisk vård främjar bemötande från personal i primärvården. Sjuksköterskor med vidareutbildning inom psykiatrisk vård visade ett större intresse att hjälpa personer med psykisk sjukdom ($p=0.031$) och samma

grupp rapporterade mer sällan, jämfört med sjuksköterskor utan psykiatrisk utbildning, att de tyckte personer med psykisk ohälsa var skrämmande ($p=0.033$).

Bolton (2012) lyfter i sin artikel fram att huvudtemat för att motverka stigmatisering är utbildning, vilket 74% av respondenterna hade föreslagit som en viktig aspekt i att motverka stigma på sjukhus. Bolton (2012) beskriver i sitt resultat att det framkom av respondenterna i studien att det är viktigt att vårdpersonal, vårdpersonal under introduktion på sjukhus och sjuksköterskestudenter får utbildning inom psykiatrisk vård för att hantera stigma. Vidare skriver Bolton (2012) att det är betydelsefullt att personal inom psykiatrisk vård har en hög kvalitet på den kunskap som finns för att kunna vara tillgängliga och stötta övrig personal och på så sätt minska stigma.

Murman et al. (2014) undersöker i sin kvasiexperimentella studie hur utbildning i samhället påverkar stigmatisering av personer med psykisk sjukdom. Ungdomar i högstadieålder på flera olika skolor delades upp i två grupper. Den ena gruppen bestod av ungdomar som under en termin medverkat i en LETS- utbildning (Lets Erase the Stigma) och den andra gruppen bestod av ungdomar som planerade att delta i utbildningen, men som ännu inte påbörjat den. Ungdomarna fick svara på flera olika frågeformulär som bland annat innehöll uttalanden rörande stereotyper av människor med psykisk sjukdom, där ungdomarna fick gradera hur mycket de höll med om uttalandet, samt ett formulär med öppna frågor rörande olika aspekter av stigma. Resultatet påvisar enligt Murman et al. (2014) att utbildning för ungdomar under en termin signifikant påverkade deras attityder ($p < .01$), förståelse för psykisk sjukdom, kunskap om psykisk sjukdom, större engagemang att interagera med personer med psykisk sjukdom ($p < .05$) och minskade den sociala distansen till personer med psykisk sjukdom ($p < .01$). Man såg även att den största signifikansen fanns i att ungdomarna hade fått en ökad förståelse för stigma och de visade starkare potentiella anti-stigma åtgärder ($p < .001$) efter att de medverkat i en LETS- utbildning.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka hur sjuksköterskan inom psykiatrisk vård kan motverka upplevelserna av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom. Detta resulterade i tre huvudkategorier: attityder, upplevelser och utbildning. En gemensam nämnare i dessa kategorier blev för oss tydlig under analysens gång: personcentrerad vård. Vikten av personcentrerad vård för att minska upplevelsen av stigmatisering framkommer, om än inte alltid uttalat, i flera av de granskade artiklarna (Schomerus et al. 2018., Bolton, 2012., Oleniuk et al. 2011., Eldal et al. 2019., Sercu & Bracke, 2017). Patienter beskriver hur de upplever stigmatisering genom att inte behandlas som individer (Eldal et al. 2019; Sercu & Bracke, 2017). Det finns ingen mall för hur sjuksköterskan ska utföra omvårdnadsarbetet för att minska upplevelsen av stigmatisering för patienten, utan nyckeln ter sig vara personcentrerad vård tillsammans med utbildningsinsatser.

Personcentrerad vård och attityder

Att anpassa språk och information till patientens nivå bidrar till att patienten känner sig sedd som en individ och inte bara som en diagnos (Sercu & Bracke, 2016). Enligt Thornicroft et al. (2010) kan man göra det genom att ge patienten och anhöriga ett informationspaket om psykiatriska diagnoser, symtom och behandling, motverka populära myter genom att erbjuda faktabaserad information samt utveckla berättelser utifrån erfarenheter om psykisk sjukdom för att motverka att det upplevs skrämmande och främmande. De föreslår även att man ska anpassa utifrån individen hur man förmedlar diagnos - och behandlingsinformation samt vara lyhörd för hur mottagliga de är till diagnos och behandling.

Thornicroft et al. (2010) beskriver att man på ett personligt plan hos samtliga som arbetar inom psykiatrisk vård kan göra flertal åtgärder i ett led att utrota stigma och diskriminering. Detta kan ske genom att undvika att använda sig av cyniska uttalande som till exempel att individen inte kommer kunna skaffa barn på grund av sin sjukdom, aldrig kunna komma tillbaka till arbetet, ta körkort och så vidare. De uttrycker även att vårdpersonal ska undvika generaliserande termer som till exempel depression utan att man istället ser individen som har en sjukdom och inte benämner sjukdomen som det som definierar individen. Som vårdpersonal ska man även vara försiktig med att använda negativa termer såsom att sjukdomen är kronisk. Detta framkom även i vårt resultat där det påvisas hur patienters tillit till vården påverkades negativt när de blev omnämnda i negativa och nedsättande termer av personal (Oleniuk et al., 2013; Bolton 2012). Specialistsjuksköterskan kan därför motverka stigmatisering genom att uppmärksamma när nedvärderande språk används om patienterna och utbilda kollegor i vad det kan få för konsekvenser.

Thornicroft et al. (2010) belyser även att det kan vara svårt för personal inom psykiatrisk vård att försöka hjälpa och erbjuda vård till individer med psykisk sjukdom. De skriver att professionella måste vara medvetna om att hen oavsiktligt eller indirekt kan, istället för återhämtning, bidra till funktionshinder. Vi anser att vårt resultat styrker ovanstående då flertal av de artiklar vi analyserat tar upp just bemötande och språkbruk som något som kan både främja vården men även utgöra ett hinder och orsaka upplevelse av stigmatisering. Vårt resultat visar hur viktigt det är att specialistsjuksköterskan är medveten om sina egna attityder och sitt språk i mötet och omvårdnaden av patienten för att kunna motverka upplevelse av stigmatisering.

Det är också angeläget att specialistsjuksköterskan är medveten om att stigmatisering även påverkar den etiska aspekten av omvårdnad. Sandman & Kjellström (2018) beskriver fyra etiska principer att förhålla sig till i omvårdnadsarbetet. En av dessa är principen om att icke-skada där de lyfter att det är viktigt att inte kränka individens integritet eller orsaka psykiskt lidande. Vi anser att om en individ utsätts för stigmatisering, strider detta mot denna princip.

Personcentrerad vård och patientens upplevelse

Björkman & Lundberg (2014) tar upp att det inte finns mycket forskning som visar hur man kan motverka självstigmatisering men att man kan se ett samband mellan att individen upplever att hen har kontroll över situationen och graden av stigma vilket kan vara en del att arbeta vidare med för att minska effekterna av självstigmatisering. I vårt resultat föreslår Świtaj et al. (2013) att satsningar för att öka SOC hos personer med psykisk sjukdom kan vara en del av arbetet i att minska stigmatisering. Vi anser att Świtaj et al. (2013) motsäger sitt resultat i sin diskussion där de föreslår att SOC har en tydlig inverkan på hur utbredd upplevelsen av stigmatisering är men

att graden av upplevd stigmatisering, och hur det påverkar personens privat- och familjeliv, har ett starkare samband med andra faktorer såsom psykopatologi och diagnos. Vidare forskning behövs enligt Świtaj et al. (2013) för att avgöra om SOC enbart påverkar hur en person uppfattar och tolkar andras uppförande eller om SOC faktiskt bidrar till minskade erfarenheter av stigmatisering.

Vi påstår att specialistsjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete kan bidra till ökat SOC genom att stötta patienter och anhöriga att ta kontakt med brukarföreningar och delta i olika aktiviteter som ger ett socialt sammanhang. På detta sätt kan patientens SOC stärkas och stigmatisering motverkas.

I vårt resultat framkom tydligt att det fanns en rädsla att bli stigmatiserad om man sökte sjukvård. Konsekvensen av detta blev att individen, trots behov av psykiatrisk vård, avstod från att söka vård (Hack et al., 2019; Schomerus et al., 2018). Även känsla av skam framkom som en stark indikator för stigmatiserande upplevelse (Eldal et al., 2019). Detta visar på vikten av att synen på psykisk sjukdom måste normaliseras i samhället för att en jämlik vård ska kunna bedrivas. Detta är även viktigt ur ett etiskt perspektiv för att kunna upprätthålla den etiska rättvisepincipen, vilket innebär antagandet att alla människor är lika mycket värda (Sandman & Kjellström, 2018)

Vårt resultat visar att sjuksköterskor som ofta möter patienter med psykisk sjukdom känner mindre medlidande än sjuksköterskor som inte träffar denna patientgrupp lika ofta (Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Vi anser därför att det är av vikt att specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård är medveten om risken för emotionell utmattning och därmed ett sämre bemötande av patienten i omvårdnadsarbetet, för att undvika att patienten upplever stigmatisering.

Personcentrerad vård och utbildning

Det blev tydligt i analysen att utbildning på olika nivåer har stor inverkan på stigmatisering. Murman et al. (2014) visar på ett samband mellan utbildning hos ungdomar om stigma och hur det förändrade deras attityder, ökade deras kunskap och förståelse för psykisk sjukdom vilket minskade den sociala distansen till individer med psykisk sjukdom. Här kan man även hänvisa till Björkman & Lundberg (2014) som tar upp att det är gjort ett flertal olika utbildningsinsatser och kampanjer i olika länder för att motverka stigmatisering för personer med psykisk sjukdom. Det som Björkman & Lundberg (2014) beskriver är att utbildningsinsatserna fungerar bättre om man riktar dem mot en mindre grupp i samhället, till exempel skolungdomar i en viss ålder, än att det satsas på samhället i stort. Detta gör att de negativa attityderna mot personer med psykisk sjukdom kan förbättras om målgruppen är mindre. De beskriver även att genom att tydliggöra hur vanligt det är med psykisk ohälsa i samhället kan attityderna förbättras mot personer med psykisk sjukdom, vilket vi anser styrker vårt resultat.

Vidare beskriver Björkman & Lundberg (2014), vilket även Murman et al. (2014) påvisar i sin studie, att om utbildningsinsatserna ska ha bäst effekt bör man sätta in dessa redan i skolan för att det redan i tidig ålder skapas negativa attityder och föreställningar gentemot personer med psykisk sjukdom. Björkman & Lundberg (2014) tar även upp att genom att unga personer, men även äldre, får träffa personer med en psykisk sjukdom kan det minska stigma i och med att de får träffa en individ och inte bara ha en föreställning om en sjukdom och dess uttryck som kan te sig skrämmande.

Dahlborg et al. (2015) beskriver att om en individ har svårt att ta till sig och söka kunskap om sin sjukdom, vård och behandling hamnar denna individ i ett underläge och vården hen är i behov av blir svårtillgänglig på ett sätt som den inte hade blivit om patienten har förmåga att söka och ta till sig kunskap. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017b) där ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs, ska omvårdnad ges respektfullt oavsett social ställning eller funktionsnedsättning, samt att sjuksköterskan ska ge vård till allmänhet, familjer och enskilda personer i samverkan med andra yrkesgrupper. I vårt resultat framkom tydligt att utbildningsinsatser på olika nivåer och till olika grupper är en viktig del för att motverka stigmatisering, vilket är i enlighet med ovanstående. Vidare lyfter Dahlborg et al. (2015) frågan att om normen är att patienten är en individ som är ansvarstagande och håller sig informerad om sin sjukdom, vård och behandling, vad händer då med de patienter som inte har denna förmåga att hämta in kunskap om sin sjukdom, vård och behandling? Vårt resultat visar på att de får sämre vård och behandling vilket påverkar patientens rätt till jämlik vård som är lagstadgad i Diskrimineringslagen (2008:567) där det uttryckligen står att diskriminering är förbjuden i hälso- och sjukvård. Även Socialstyrelsen (2011) uttrycker att oavsett funktionshinder, personliga egenskaper eller social ställning ska vård, bemötande och behandling erbjudas på lika villkor till alla. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård har, enligt Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) ett ansvar att undervisa och ge information till både anhöriga och patienter. Vårt resultat visar att detta är en viktig del av specialistsjuksköterskans arbete i att motverka upplevelse av stigmatisering då patienter med kunskap om sin sjukdom känner mindre skuld och social distans (Schomerus et al. 2018). Den etiska autonomiprincipen beskriver att människor har rätt att bestämma hur de vill leva sina liv (Sandman & Kjellman, 2018). Vi anser att specialistsjuksköterskan genom att anpassa utbildningsinsatser utifrån individens kapacitet och förutsättningar främjar individens möjlighet att fatta beslut rörande sin livssituation. Dahlborg et al. (2015) skriver *”forskning har visat att en mer personcentrerad vård också ökar både kvalitet och effektivitet i vården. Det är också här, med utgångspunkt i varje människas behov och förutsättningar, som vi verkligen kan tala om en vård på lika villkor, en jämlik vård”* (s.45). För att en jämlik vård ska kunna bedrivas är det en förutsättning att stigmatisering inte sker. Hack et al. (2019) belyser hur utbildningsnivån hos patienter påverkar deras stigmatiseringsupplevelse. Har patienten en ökad utbildningsnivå leder det till en minskad upplevelse av stigmatisering (Ihlalainen-Tamlander et al., 2016). Vi anser därför att vårt resultat visar att det är viktigt för specialistsjuksköterskan att vara medveten om detta i mötet med patienten och att information och stöttning anpassas efter individen. Detta anknyter också till en av grundpelarna i personcentrerad vård som vårt resultat visar är en förutsättning för att motverka upplevelse av stigmatisering. Granskar man de grundläggande etiska principerna inom medicin och vård finner man att göra-gott-principen innefattar att främja det goda och minska och förebygga skada (Sandman & Kjellström, 2018). Vi anser att specialistsjuksköterskan har ett ansvar i sitt omvårdnadsarbete att uppfylla denna princip för att minska risk för vårdskada. En del av detta arbete innefattar att specialistsjuksköterskan är medveten om följderna av stigmatisering för individen och aktivt arbetar för att motverka detta.

Folkhälsomyndigheten (2019) och Corrigan et al. (2019) beskriver båda tre strategier som syftar till att motverka stigma kopplade till personer med psykisk sjukdom, varav en är utbildning. Utbildningsstrategier är att utbilda och sprida information om psykisk sjukdom i syfte att motverka förutfattade meningar och oberättigad rädsla kring psykisk sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2019; Corrigan et al. 2019). Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2014) skriver att specialistsjuksköterskan i

psykiatri har ett ansvar att medverka till ökad kännedom och förståelse för psykisk ohälsa i samhället och vi anser därför att det är relevant att utbildning på samhällsnivå är en del av vårt resultat. Sjuksköterskan har även ett ansvar att identifiera kompetensutveckling hos medarbetare (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017a) och har således även en uppgift i att motverka stigmatisering genom att uppmärksamma egna och medarbetares eventuella stigmatiserande behandling av personer med psykisk ohälsa, detta genom att i enlighet med kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan i psykiatri initiera reflekterande samtal med medarbetare (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Vi anser att vårt resultat visar att specialistsjuksköterskan har en uppgift att normalisera psykisk sjukdom, att det är en sjukdom vilken som helst, både i kontakt med patienter och anhöriga men även i kontakt med samverkanspartners runt vården såväl som i privata situationer, i syfte att minska patienters upplevelse av stigmatisering.

Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad bör arbeta personcentrerat och se patienten som person och inte som en diagnos. Detta är essentiellt för att kunna motverka patientens upplevelse av att bli stigmatiserad och för att kunna uppfylla kraven om jämlik vård och allas lika värde.

Metoddiskussion

Vi har haft stor hjälp av Carrera, Ventura, Bobbili, Jacobina, Khenti & Mendes (2019) i deras sätt att arbeta med översikter och arbetssätt i att bryta ner ett material i användandet av integrativ metod. Inspiration hämtades även från Carrera et al. (2019) vid skapandet av Tabell 1 och figur 1. Integrativ metod valdes för denna uppsats då det möjliggjorde användande av vetenskapliga artiklar som svarade mot syftet oavsett vetenskaplig metod. Vi har följt metoden, såsom vi tolkat den med hjälp av bland andra Whitemore & Knafl (2005), Arveklef et al. (2015) och Carrera et al. (2019) och har inte medvetet gjort några avsteg i processen. En av utmaningar med den valda metoden var de stora variationerna i artiklarnas innehåll och fokus, trots upprepade sökningar och tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Dock visade sig detta även vara en vinst då det gav en bredare bild av fenomenet stigmatisering och individers upplevelse av detta än vad som sannolikt kommit fram om till exempel enbart kvalitativa artiklar används. Vi anser att en blandning av kvalitativa och kvantitativa artiklar har gett en större tyngd och trovärdighet än om bara en typ av artiklar hade använts i denna studie, då resultatet får en större bredd av att blivit studerat från olika infallsvinklar. De artiklar som var baserade på en kvantitativ metod gav oss en större översikt utifrån att studierna var stora med många deltagare. Det gav oss en bild av vad en större population ansåg och de kvalitativa studierna möter upp de kvantitativa studierna med fördjupad kunskap hur den enskilda individen upplevde exempelvis stigma. Svårigheten vi anser uppstår med denna metod blir när jämförelsen av studierna sker. Vi anser att det är svårare att hitta olikheter emellan artiklar baserade på olika vetenskapliga metoder än om de var gjorda utifrån samma metod.

En annan utmaning vi stötte på var att det visade sig finnas ytterst begränsat med litteratur som beskriver specifikt vad sjuksköterskan kan göra för att minska stigmatisering. Vi fick inte fram någon artikel med detta fokus trots att sökningen upprepades med modifierade sökord. Den integrativa metoden medger att man kan ha olika infallsvinklar på de sökta artiklarna

(Whittemore & Knafl, 2005) Vi har valt att undersöka både personal- och patienters upplevelser och erfarenheter av stigmatisering i syfte att kunna identifiera hur specialistsjuksköterskan kan motverka stigmatisering för personer med psykisk sjukdom. För att få svar på vårt syfte fokuserade vi därför på vad det är som orsakar upplevelse av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom och har därifrån dragit slutsatser om hur sjuksköterskan kan arbeta för att motverka detta. Dessa slutsatser presenterades i resultatdiskussionen.

Samtliga artiklar som återfinns i vårt resultat är kvalitetsgranskade utifrån granskningsmallar. Samtliga artiklar som användes i resultatet svarar upp mot de kvalitetskrav som finns med bland annat en tydlig metodbeskrivning.

Då det inte var aktuellt att intervjua patienter valde vi att genomföra en litteraturstudie då vi ville veta vad forskningen säger om hur sjuksköterskan kan motverka upplevelser av stigmatisering för personer med psykisk sjukdom. Alternativet, att intervjua sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk omvårdnad om deras uppfattning av stigmatisering, hade sannolikt inte kunnat ge oss information om patienternas upplevelse utan endast om hur sjuksköterskor uppfattar stigmatisering och vad de tror bidrar och orsakar detta, vilket troligtvis inte representerar hur de drabbade individerna upplever det och då inte heller skulle hjälpt att identifiera vad sjuksköterskan kan göra för att motverka detta. Utifrån att en litteraturstudie gjordes var de etiska aspekterna att ta hänsyn till få. Vi har säkerställt att alla artiklar använda i resultatet hade ett etiskt godkännande där det var relevant. SBU (2017) skriver att det i en systematisk litteraturstudie är viktigt att ta hänsyn till att den sociala miljön kan vara olika beroende på ekonomiska, kulturella och sociala villkor som kan påverka hur resultat kan appliceras till svenska förhållanden, vilket är viktigt ur ett etiskt perspektiv att vara medveten om. Vi har försökt minska denna diskrepans genom att utesluta studier som inte är utförda i västvärlden. Detta har skett för att öka användbarheten och relevansen av vårt resultat till svenska förhållanden.

Att vi båda själva har varit med om situationer där stigmatisering av personer med psykisk sjukdom har skett samt även själva utsatts för stigmatiserandet attityder, framförallt från annan vårdpersonal, har gjort att vi dels har en förförståelse för hur det kan kännas för patienten att bli utsatt dels stärkt vår önskan att vara med och minska detta fenomen. Detta har sannolikt format hur resultatet presenteras och de åtgärder vi identifierat och föreslår i resultatdiskussionen.

Slutsats

Personer med psykisk sjukdom utsätts för stigmatisering på många olika nivåer. Specialistsjuksköterskan har en uppgift och en möjlighet att motverka detta i sitt omvårdnadsarbete med patienten. Detta kan ske genom att stötta patienten till att känna ett ökat sammanhang, ge kunskap om sjukdomen och anpassa information efter patientens utbildningsnivå, behov och förmåga. Att som specialistsjuksköterska vara medveten om vilket språk man använder när man pratar om och med patienten är också en faktor som kan påverka stigmatiseringsupplevelsen hos patienten. Genom att arbeta personcentrerat i sitt omvårdnadsarbete och se patienten som individ och inte diagnos kan specialistsjuksköterskan minska upplevelsen av stigmatisering för patienten och värna om patientens rätt till jämlik vård.

Förslag till klinisk tillämpning

Resultatet visar tydligt att utbildning är en central faktor i hur specialistsjuksköterskan kan motverka stigmatisering för sina patienter genom sitt omvårdnadsarbete. Det visar också hur viktigt det är att ny personal får rätt utbildning för att kunna bemöta patienter med ett personcentrerat förhållningsätt för att motverka stigmatisering. Ett förslag är att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, får uppdraget att på klinik-nivå, ges möjlighet att se över vad ett sådant introduktionsprogram skulle kunna innehålla och möjligheten att introducera detta. Detta innefattar också att i ett hållbart omvårdnadsarbete ge patienter med anhöriga psykoedukation kring deras sjukdom för att öka kunskapen och på så sätt motverka upplevelse av stigmatisering. Vi anser att genom utbildning och implementering av nya förhållningssätt kommer det att synliggöras vilka stigmatiserande beteenden och attityder som redan finns hos vårdpersonal. När detta blir synliggjort finns det även en möjlighet att arbeta med dessa.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

När vi gjorde vår litteraturstudie blev vi uppmärksammade på att det inte finns så mycket beskrivet om patienters upplevelser av stigmatisering utan mer om konsekvenser av stigmatisering. Vi anser att det skulle vara intressant att i ett nästa steg intervjua patienter kring deras upplevelse av stigmatisering och undersöka vad de tycker sjuksköterskan kan göra i sitt omvårdnadsarbete för att motverka stigmatisering. Det skulle även vara intressant att intervjua sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk omvårdnad om deras upplevelse att bli stigmatiserade utifrån sitt yrkesval och hur det påverkar dem i mötet med patienten. Detta då det är viktigt att förstå hela sammanhanget kring stigmatisering för att på så sätt kunna motverka stigmatisering för personer med psykisk sjukdom.

Vårt resultat beskriver att det är tydligt att tidiga utbildningsinsatser kring psykisk sjukdom hos barn och ungdomar minskar risken för stigmatiserande beteende. Den fråga vi ställer oss är hur kan man få in områdena psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i läroplanen för grundskolan och gymnasieskolan för att på så sätt öka kunskapen och förståelsen och därmed motverka upplevelse av stigmatisering hos personer med psykisk sjukdom?

Referenser

- Arveklev, S. H., Wigert, H., Berg, L., Burton, B., & Lepp, M. (2015). The use and application of drama in nursing education - An integrative review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(7), 12-17. doi:10.1016/j.nedt.2015.02.025
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327. doi:10.3109/09638237.2010.492484
- Bishop, T.F., Ramsay, P.P., Casalino, L.P., Bao, Y., Pincus, H.A., & Shortell, S.M. (2016). Care management processes used less often for depressions than for other chronic conditions in US primary care practises. *Health Affairs*, 35(3), 394-400. doi:10.1007/s10597-018-0308-y.
- Björkman, T. & Lundberg B. (2014). Stigma. I Brunt, D. & Hansson, L. (red.). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bolton, J. (2012). 'We've got another one for you! Liaison psychiatry's experience of stigma towards patients with mental illness and mental health professionals. *The Psychiatrist*, 36(12), 450-454. doi:10.1192/pb.bp.112.038646
- Brink, E. & Larsson, I. (2019). *Granskningsmall kvantitativ metod*. Högskolan Väst: Institutionen för hälsovetenskap.
- Caltaux, D. (2003) Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(12), 539-43.
- Carrara, B., Ventura, C., Bobbili, S., Jacobina, O., Khenti, A., & Mendes, I. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: an integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 311-318. doi:10.1016/j.apnu.2019.01.006
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. doi:10.1093/clipsy/7.1.48
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Fokuo, J. K., & Schmidt, A. (2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research*, 226(1), 186-191. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.047
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. doi:10.1176/appi.ps.201100529

- Dahlborg, E., Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserade vård. Dahlborg, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.) (2015). *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. (s.37-55). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dalky, H, F. 2012 Mental Illness Stigma Reduction Interventions: Review of Intervention Trials. *Western Journal of Nursing Research*, 34(4), 520-547. doi: 10.1177/0193945911400638.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014) Tillämpning av personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I. Ekman, (Red.) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s.69-96). Stockholm: Liber.
- Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice—a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 791-800. doi:10.1111/scs.12674
- Folkhälsomyndigheten (2019) *Interventions to reduce public stigma of mental illness and suicide – are they effective. A systematic review of reviews*. Hämtad 2019-10-29 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/i/interventions-to-reduce-public-stigma-of-mental-illness-and-suicide--are-they-effective/>
- Forsman, C & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Goffman, E. (2014). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hack, S. M., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., & Lucksted, A. A. (2019). Stigma and discrimination as correlates of mental health treatment engagement among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 106–110. doi:10.1037/prj0000385
- Halter, M.J. (2002) Stigma in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 23-29. doi:10.1111/j.1744-6163.2002.tb00652.x
- Halter, M.J. (2008) Perceived Characteristics of Psychiatric Nurses: Stigma by Association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20-26. doi:10.1016/j.apnu.2007.03.003
- Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2016) Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*, 134 (Suppl. 446): 71–79. doi: 10.1111/acps.12609.
- Harrison, C.A., Hauck, Y., Ashby, R. (2017) Breaking down the stigma of mental health nursing: A qualitative study reflecting opinions from western Australian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24 (7), 513-521. doi:10.1111/jpm.12392
- Herlofsson, J., Ekselius, L. (2016). Introduktion till boken. J. Herlofsson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg, (Red.), *Psykiatri*. (s. 21–25). Lund: Studentlitteratur.

Hildebrand Karlén, M. (2013). *Vansinnets diagnoser: om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri*. Stockholm: Carlsson.

Holder, S.M., Peterson, E.R., Stephens, R., & Crandall, L.A. (2018). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal* 55, 369-374. doi: 10.1007/s10597-018-0308-y.

Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. doi:10.1111/jpm.12319

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research - an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 977-984. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025977.x

Kristensson Ugglå, B. (2014) Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I. Ekman, (Red.) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s.21–68). Stockholm: Liber.

Kunskapsguiden. (2019) *Psykisk ohälsa*. Hämtad 2019-10-28 från <https://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx>

Lauber, C., & Sartorius, N. (2007) At issue: Anti-stigma-endeavours. *International Review of Psychiatry*, 19(22), 103-106. doi: 10.1080/09540260701278705.

Livingstone, J.D. & Boyd, J.E. (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150-61. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 516-522. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01418.x

Morse, J., 2008. Confusing categories and themes. *Qualitative Health Research* 18 (6), 727-728.

Murman, N. M., Buckingham, K. C., Fontileá, P., Villanueva, R., Leventhal, B., & Hinshaw, S. P. (2014). Let's Erase the Stigma (LETS): A quasi-experimental evaluation of adolescent-led school groups intended to reduce mental illness stigma. *Child & Youth Care Forum* 43 (5), 621-637. doi:10.1007/s10566-014-9257-y

Natan, M.B., Drori, T., & Hochman, O. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 388-392. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.010.

Oleniuk, A., Duncan, C. R., & Tempier, R. (2013). The impact of stigma of mental illness in a Canadian community: a survey of patients experiences. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 127-132. doi:10.1007/s10597-011-9453-2

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialist sjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening

Regeringskansliet. (2011). *FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter*. Hämtad 20-06-21 från www.regeringen.se/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter

Ross, C.A., & Goldner, E.M. 2009. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558-567. doi: 10.1111/j.136-2850.2009.01399.x.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018) *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (andra uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Sartorius, N. (2007) Stigma and mental health. *The Lancet*, 370, 810-811. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61245-8.

SBU. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 469-479. doi:10.1097/NMD.0000000000000756

Sercu, C., & Bracke, P. (2017). Stigma, social structure, and the biomedical framework: Exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. *Qualitative Health Research*, 27(8), 1249-1261. doi:10.1177/1049732316648112

SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 20-04-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-12-30.pdf>

SOU 2006:100. Statens offentliga utredningar. (2006). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Stuart, H. (2008) Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188.
- Svenaesus, F. (2016). Psykiatrins etik. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg, (Red.), *Psykiatri*. (s. 69-74). Lund: Studentlitteratur.
- Svenaesus, F. (2016). Sjukdomsbegreppet i psykiatrin. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg, (Red.), *Psykiatri*. (s.37-41). Lund: Studentlitteratur.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Grygiel, P., Prot-Klinger, K., Choma, M., & Wciórka, J. (2013). The sense of coherence as a predictor of the scope and impact of stigma experiences among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 209(2), 249-251. doi:10.1016/j.psychres.2013.04.018
- Thornicroft, G. (2006) *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53-59.
- Wallace, J. E. (2010) Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16 (1), 3-18. doi:10.1177/1363459310371080
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- World Health Organization (2019) *What is the WHO definition of health?* Hämtad 2019-10-29 från <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

Bilaga I

Tabell 1

Författare, år, ursprung	Syfte	Urval	Metod	Övergripande resultat
Murman, Buckingham, Fontilea, Villanueva, Leventhal & Hinshaw (2014) Child Youth Care Forum, USA	Utvärdering av utbildningsprogram i skolan för att minska stigma	889 gymnasieelever	Kvasi experimentell	Utbildning i grupp hos unga ökar förståelse om stigmatisering och möjliggör åtgärder mot stigma.
Hack, Muralidharan & Brown (2019) American Psychological Association, USA	Att undersöka sambandet mellan personalens behandlingsengagemang och upplevelse av stigmatisering	268 patienter	RCT	Rädsla för förväntad stigmatisering kan hindra att patienter söker vård för psykisk sjukdom. Personer med högre utbildning tror sig bättre kunna kritiskt granska stigmatiserande behandling om de utsätts för detta och detta leder till ett större behandlingsengagemang. Hög nivå av självstigma leder till lägre behandlingsengagemang.
Bolton (2012) The Psychiatrist, UK	Psykiatrisk vårdpersonals upplevelse av övriga sjukvårdens stigmatisering av patienter med psykisk sjukdom	72 vårdpersonal (43% överläkare, 10% ST eller AT läkare, 42% sjuksköterskor och 6% psykologer och socionomer	Semi-kvantitativ Frågeformulär	Nedvärderande och avpersonaliserande språk vanligt vid rapportering av patienter med psykisk sjukdom, liksom nedvärderande kommentarer om personal som arbetar inom psykiatrisk vård. Utbildning identifierades som huvudtemat i bekämpandet av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom
Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman (2009), Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Sverige	Utforska sambandet mellan upplevelser av stigmatiserande avvisande och självrelaterade variabler	150 patienter med pågående kontakt med psykiatrisk vård och 50 personer från brukarföreningar	Tvärsnittsstudie	Erfarenhet av avvisande och undvikande beteende från andra på grund av psykisk sjukdom. Hög nivå av avvisande beteende ger en lägre SOC, empowerment och självkänsla.
Switaj et al. (2013) Psychiatry Research, Polen	Samband mellan KASAM och upplevelse av stigma relaterat till psykisk sjukdom	229 patienter med diagnos schizofreni	Kvantitativ Frågeformulär	SOC var det starkaste sambandet mellan nivå av upplevt stigma Hög (upplevelse av) SOC ger lägre upplevelse av stigmatisering
Schomerus et. al (2018), European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Tyskland	Undviker personer i behov av psykiatrisk vård att söka hjälp på grund av rädsla för stigmatisering?	233 personer som uppfyllde ICD-10 kriterier för pågående psykisk sjukdom	Prospektiv	Rädsla och skam för stigmatisering påverkar om/när individen söker psykiatrisk vård. Kunskap om sjukdomen minskade känsla av skam och social distans vid psykisk sjukdom. Kunskap om exempelvis depression gav en högre självkännetid och

				tillsammans med tidigare erfarenheter av behandling mot sjukdomen leder detta till en ökad chans att söka psykiatrisk vård vid behov.
Oleniuk, Duncan & Tempier (2013) Canada	Slutenvårdspatienters erfarenheter av stigma	41 slutenvårdspatienter	Tvärsnittsstudie	Beskriver patienters upplevelse av stigmatiserande bemötande av personal t.ex. fråntagande av ansvar, avsaknad av förklaring till regler på avdelningen. Beskriver även att det finns en rädsla och misstro från samhället gentemot personer med psykisk sjukdom. Patienter beskriver hur nedvärderande språk har använts i beskrivning av dem. Patienter lider både av förväntad stigmatisering och faktisk stigmatisering.
Sercu & Bracke (2016) Qualitative Health Research, Belgien	Patienters upplevelse av stigma	42 patienter i slutenvården 43 vårdpersonal	Kvalitativ semistrukturerade intervjuer	Både vårdpersonalens och patienternas attityder påverkar patienternas upplevelse av stigmatisering. Upplevelse av stigmatisering är individuellt – det en person upplever som tryggt och stöttande kan en annan uppleva som stigmatiserande. Patienter påtalar vikten av att vårdpersonal gör dem delaktiga i vården, anpassar vården till personen de har framför sig, är tydliga i sin kommunikation och inte undanhåller information.
Eldal et al. (2019) Nordic College of Caring Science, Norge	Patienters upplevelse av att vårdas i psykiatrisk slutenvård	14 patienter initialt inskrivna på psykiatrisk vårdavdelning	Kvalitativ, hermeneutisk-fenomenologisk	Psykiatrisk slutenvård är en plats där individen tillåts vara sårbar samtidigt som att vara inlagd inom slutenvården kan leda till en upplevelse av stigmatisering, utsatthet, skam och att inte bli sedd som en individ. Detta kan leda till försämrad återhämtning. Personal bör bekräfta patienten främst som en egen person, inte en diagnos.
Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Löyttyniemi, Suominen & Välikäki (2016), Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Finland	Beskriva sjuksköterskors attityder mot personer med psykisk sjukdom och undersöka faktorer associerade med dessa attityder	264 sjuksköterskor	Tvärsnitt Frågeformulär	Sjuksköterskans stigmatiserande attityder minskade med ålder, högre utbildningsnivå och regelbunden kontakt med personer med psykisk sjukdom.

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se