



Stigmatisering av personer som lever med en psykisk sjukdom

En studie med kombinerade metoder

Jannike Leskinen
Annika Airaksinen

Examensarbete
Hälsovårdare
2015

| | |
|--|---|
| EXAMENSARBETE | |
| Arcada | |
| Utbildningsprogram: | Hälsovårdare |
| Identifikationsnummer: | 6428, 6429 |
| Författare: | Annika Airaksinen, Jannike Leskinen |
| Arbetets namn: | Stigmatisering av personer som lever med en psykisk sjukdom. En studie med kombinerade metoder. |
| Handledare (Arcada): | Ingmar Sigfrids |
| Uppdragsgivare: | P.A.D projektet |
| Sammandrag | |
| <p>Examensarbetet har gjorts för hälsovårdarutbildningen vid yrkeshögskolan Arcada. Vår studie är ett beställningsarbete som delvis grundar sig på data som P.A.D. projektet tidigare har samlat in. P.A.D. står för positive attitude development som på svenska avser positiv attitydutveckling. Projektet var ett samarbete mellan yrkeshögskolan Arcada och Tallinn University. Dess främsta syfte var att reducera stigma i samband med mental ohälsa och att främja möjligheterna för målgruppen att bli anställd på arbetsmarknaden. P.A.D. projektet har redan avslutat sin verksamhet men deltagarna önskade att studerande inom social- och hälsovården kunde utnyttja de enkäter som samlats in som grund för ytterligare studier. Syftet med vårt arbete var att redogöra för vilka attityder som förekommer hos allmänheten samt hos sjukvårdspersonal gentemot mental ohälsa och vilka följder eventuella negativa attityder kan ha för den somatiska vården av en person med en sådan diagnos. Som referensram använde vi oss av Antonovskys teori om Salutogenes som fokuserar på vad som orsakar hälsa till skillnad från den mest använda teorin Patogenes som fokuserar på vad som orsakar sjukdom. Den salutogena teorin lämpar sig bra för oss hälsovårdarstuderande för att få ett hälsofrämjande perspektiv som genomsyrar hela arbetet. Dessutom använde vi oss av begreppet socialt avstånd som syftar på graden av acceptans gentemot en viss individ eller grupp. Våra forskningsfrågor fokuserade på vilka attityder, förknippade med socialt avstånd som förekommer hos allmänheten gentemot mental ohälsa, samt hurdana konsekvenser stigmatiserande attityder kan ha för den somatiska vården av en person som lever med en psykisk sjukdom. Data som samlats in i form av en enkätundersökning analyserades med statistikprogrammet SPSS. Data samlades in under olika evenemang, vid tågstationer och andra offentliga platser. Vår andra fråga blev en vägledare för vår litteraturstudie och behandlade vilka konsekvenser negativa attityder kan ha för vården. Sex stycken vetenskapliga artiklar som hittats m.h.a. databaserna ScienceDirect, Academic search elite och Google scholar inkluderades i studien. Som analysmetod använde vi oss av en induktiv innehållsanalys. Resultaten av vår studie var att allmänhetens attityder mot personer med mental ohälsa var bättre än vi föreställt oss. Däremot hade sjukvårdspersonal sämre attityder än den allmänna befolkningen. När man jämförde de olika könen fanns det inte betydande skillnader även om kvinnornas attityder var lite bättre än männens. Även psykiatriska sjukskötare visade sig ha negativa attityder mot patienter med mental ohälsa. Dessa attityder hade ofta negativa konsekvenser för vården och även fatala sådana. De centrala fynden i litteraturstudien som handlade om konsekvenser av stigmatiserande attityder var bristfällig vård, ignorans, kortare vårdperioder, socialt avstånd, ignorans samt respektlöshet.</p> | |
| Nyckelord: | Attityd, stigma, mental ohälsa, somatisk vård, socialt avstånd, Salutogenes, psykisk sjukdom |
| Sidantal: | 79 |
| Språk: | Svenska |
| Datum för godkännande: | 12.6.2018 |

| | |
|---|--|
| DEGREE THESIS | |
| Arcada | |
| Degree Programme: | Public health |
| Identification number: | 6428, 6429 |
| Author: | Annika Airaksinen, Jannike Leskinen |
| Title: | Stigmatisation of people living with a mental illness. A study with combined methods. |
| Supervisor (Arcada): | Ingmar Sigfrids |
| Commissioned by: | The P.A.D project |
| <p>Abstract</p> <p>This Master Thesis has been made for the public health education program at Arcada University of Applied Sciences. Our study is an order based on data that the P.A.D. project has collected earlier. P.A.D. stands for positive attitude development. The project was a collaboration between Arcada University of Applied Sciences and Tallinn University. Its primary purpose was to reduce stigma associated with mental illness and to promote opportunities for the target group to get employed in the labor market. The project has already finished its activities, but the participants wished that students in social and health care could use the surveys collected as a basis for further studies. The purpose of our study was to describe the attitudes of the public health care professionals towards mental illness and what kind of consequences negative attitudes may have for the somatic care of a person with such a diagnosis. As a reference frame we used Antonovsky's theory of Salutogenes that focuses on what causes health rather than the most widely used theory of pathogenesis that focuses on what causes disease. The salutogenic theory is suitable for us healthcare students in order to get a health-promoting perspective that permeates the entire work. In addition, we used the term "social distance" aiming at the degree of acceptance towards a particular individual or group. Our research questions focused on which attitudes associated with social distances that occurs within the general public against mental illness, and what kind of consequences stigmatizing attitudes may have for the somatic care of a person living with mental illness. The data collected as a survey was analysed using the SPSS statistics program. Data was collected during various events, at train stations and other public places. Our second question became a guide for our literature study and discussed the consequences that negative attitudes may have for the care. Six scientific articles found by the databases Sciencedirect, Academic Search Elite, Google Scholar and others were included in the study. As an analytical method, we used an inductive content analysis. The results of our study were that the public's attitudes toward people with mental illness were better than we imagined. On the other hand, healthcare professionals had worse attitudes than the general population. When comparing the different sexes, there were no significant differences, although women's attitudes were a little bit better than the attitudes of men. Even psychiatric nurses turned out to have negative attitudes towards patients with mental illness. These attitudes often had negative, and even fatal consequences for the care. The key findings in the literature study dealing with the consequences of stigmatizing attitudes were inadequate care, ignorance, shorter care periods, social distance, ignorance and disrespect.</p> | |
| Keywords: | Attitude, stigma, mental illness, somatic care, social distance, Salutogenesis, psychiatric disorder |
| Number of pages: | 79 |
| Language: | English |
| Date of acceptance: | 12.6.2018 |

| | |
|--|---|
| OPINNÄYTE | |
| Arcada | |
| Koulutusohjelma: | Terveydenhoitaja |
| Tunnistenumero: | 6428, 6429 |
| Tekijä: | Annika Airaksinen, Jannike Leskinen |
| Työn nimi: | Mielenterveydenhäiriön kanssa elävien ihmisten stigmatisoituminen. Tutkimus kahta menetelmää käyttäen. |
| Työn ohjaaja (Arcada): | Ingmar Sigfrids |
| Toimeksiantaja: | P.A.D.-projekti |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö on tehty terveydenhoitajan tutkintoa varten ammattikorkeakoulu Arcada:ssa. Opinnäytetyön tilaaja on P.A.D.-ryhmä, jonka nimi tulee sanasta ”positive attitude development” ja tarkoittaa positiivisten asenteiden kehittämistä. P.A.D.-projekti oli ammattikorkeakoulu Arcadan ja Tallinn Universityn välinen yhteistyö, jonka keskeiset tavoitteet olivat vähentää mielenterveyshäiriöihin kohdistuvaa stigmaa sekä edistää kohderyhmän työllistymistä. Projektin aikana osallistujat keräsivät aineistoa kyselymateriaalin avulla juna-aseilla, yleisötapahtumissa ja muissa julkisissa paikoissa. Ryhmänjäsenet toivoivat että sosiaali- ja terveydenalan opiskelijat voisivat hyödyntää tätä aineistoa tulevaisuudessa tutkimuksissaan. Työmme tarkoitus oli selvittää hoitoalan henkilöiden sekä muun väestön asenteita mielenterveysongelmiin liittyen sekä selvittää kuinka mahdolliset negatiiviset asenteet voivat vaikuttaa somaattiseen hoitoon jota annetaan henkilöille joilla on mielenterveydenhäiriö. Teoreettisena viitekehysenä käytettiin Antonovskyn Salutogeenista teoriaa jossa keskitytään siihen, mikä on syynä terveydelle sen sijaan että keskityttäisiin patogeeniseen näkemykseen jolloin katsotaan sairaudenaiheuttajia. Salutogeeninen teoria soveltuu meille terveydenhoitajaopiskelijoille, jotta saisimme terveyttä edistävää näkökulmaa opinnäytetyöhömmme. Sen lisäksi käytimme sosiaalista etäisyyttä käsitteenä, joka selittää hyväksyntää jotakin tiettyä ihmistä tai ihmisryhmää kohtaan. Tutkimuskysymyksemme keskittyivät olemassa oleviin asenteisiin liittyen sosiaaliseen etäisyyteen sekä negatiivisten asenteiden vaikutukseen somaattisessa hoidossa. Aineisto, joka oli kerätty kyselylomakkeiden avulla, analysoitiin SPSS tilasto-ohjelman avulla. Toinen kysymys ohjasi kirjallisuuskatsaustamme, joka käsitteli negatiivisten asenteiden vaikutusta hoitoon. Löysimme kuusi tieteellistä artikkelia Science direct, Academic search elite ja Google Scholar tietokantojen avulla. Analyysissä käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimuksemme tulokset viittasivat siihen, että kansan asenteet olivat paremmat mitä olimme odottaneet. Toisaalta hoitoalan ammattilaisten asenteet olivat muun väestön asenteisiin verrattuna huonompia. Verrattaessa eri sukupuolten asenteita emme nähneet suuria eroja vaikka naisten asenteet olivat hieman miesten asenteita parempia. Myös psykiatriset sairaanhoitajat omasivat kielteisiä asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Näillä asenteilla oli usein negatiivisia vaikutuksia hoitoon ja ne olivat myös joskus kohtalokkaita. Keskeisiä havaintoja kirjallisuuskatsauksessa olivat puuttelinen hoito, vältteleminen, sosiaalinen etäisyys, lyhyemmät hoitojaksot sekä kunnioittamattomuus.</p> | |
| Avainsanat: | Asenne, stigma, mielenterveyshäiriö, somaattinen hoito, sosiaalinen etäisyys, salutogenesis, psyykkinen sairaus |
| Sivumäärä: | 79 |
| Kieli: | Suomi |
| Hyväksymispäivämäärä: | 12.6.2018 |

Innehållsförteckning

| | | |
|---|--|----|
| 1 | INLEDNING..... | 6 |
| 2 | Bakgrund | 8 |
| | 2.1 Centrala begrepp..... | 8 |
| | 2.2 Vårdarbetet i förändring | 16 |
| 3 | Syfte och frågeställningar..... | 19 |
| 4 | Litteraturöversikt..... | 20 |
| 5 | Teoretisk referensram | 23 |
| | 5.1 Salutogenes | 23 |
| | 5.1.1 Tillämpning av Salutogenes inom den psykiatriska vården..... | 25 |
| | 5.2 Social distans/ Socialt avstånd | 26 |
| 6 | Metod och forskningsetik..... | 28 |
| | 6.1 En kvalitativ metod..... | 28 |
| | 6.2 En kvantitativ studie | 31 |
| | 6.3 Forskningsetik..... | 33 |
| 7 | Resultatredovisning..... | 35 |
| | 7.1 Litteraturstudiens resultat..... | 35 |
| | 7.2 Resultatredovisning för enkätundersökningen | 50 |
| 8 | Diskussion..... | 60 |
| | 8.1 Litteraturstudien | 60 |
| | 8.2 Enkätundersökningen..... | 63 |
| 9 | Kritisk granskning..... | 66 |
| | Källor..... | 68 |
| | Bilagor..... | 70 |

Figurer

| | |
|---|----|
| Figur 1. Svartsfördelningen på det första påståendet..... | 52 |
| Figur 2. Svartsfördelningen på det andra påståendet..... | 54 |
| Figur 3. Svartsfördelningen på det tredje påståendet..... | 57 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1. Frekvens över hur svaren fördelats..... | 51 |
| Tabell 2. En mer detaljerad översikt över svartsfrekvenserna för det första påståendet..... | 53 |
| Tabell 3. Svartsfördelningen mellan könen för det första påståendet..... | 54 |
| Tabell 4. En mer detaljerad översikt över svartsfrekvenserna för det andra påståendet..... | 55 |
| Tabell 5. Svartsfördelningen mellan könen för det andra påståendet..... | 56 |
| Tabell 6. En mer detaljerad översikt över svartsfrekvenserna för det första påståendet..... | 58 |
| Tabell 7. Svartsfördelningen mellan könen för det första påståendet..... | 58 |

Bilagor

| | |
|--|----|
| Bilaga 1. En redogörelse av vår informationssökning..... | 70 |
| Bilaga 2. Redogörelse för de artiklar som inkluderats i litteraturstudien..... | 71 |
| Bilaga 3. Enkäten..... | 75 |

1 INLEDNING

För oss som levt under de senaste decennierna är psykisk ohälsa något som blivit alltmer bekant genom åren. Utgående från vad vi tidigare läst om psykisk ohälsa idag kan man dra slutsatsen att de flesta själva har upplevt psykisk ohälsa eller känner någon som har det. Att man kanske inte är medveten om att någon i ens närkrets drabbats av psykiska problem kan bero på att de negativa attityderna som finns i vårt samhälle har hindrat personer från att vara öppna och dela med sig av sina erfarenheter.

Vi har fått en uppfattning om att det pratas mer öppet om psykisk ohälsa idag. Utgående från antagandet att kunskap förbättrar attityder är det i denna riktning som vi vill att samhället utvecklas. Trots denna förbättring har vi under våra praktikperioder kunnat uppmärksamma olika attityder som finns hos vårdpersonal gentemot personer som lever med psykisk ohälsa. Negativa attityder kan i värsta fall påverka bemötandet av klienterna i fråga. I enlighet med vår tidigare kunskap om ämnet kan kunskapsbrist vara en orsak till att sådana attityder uppkommer. Ur ett hälsovårdarperspektiv anser vi att det är väsentligt att motverka stigmatisering av psykisk ohälsa eftersom detta på många sätt skulle främja hälsan. Till hälsovårdarens yrkesroll hör ett tidigt ingripande vilket möjliggörs då folk vågar prata öppet om diverse problem.

Vårt examensarbete är ett beställningsarbete inom PAD-projektet som är ett samarbete mellan Arcada och Tallin University. PAD är en förkortning av positive attitude development och avser en positiv attityd utveckling. Syftet med projektet har varit att reducera stigma och därmed förbättra möjligheterna för unga med sociala problem eller mental ohälsa att bli anställda. Projektet har egentligen avslutats under 2017 men vi kommer att bidra med ett examensarbete som delvis grundar sig på det data som samlats in under projektets gång. Jukka Piippo som är överlärare för institutionen för hälsa och välfärd vid yrkeshögskolan Arcada har redan publicerat de huvudsakliga resultaten av projektet på sin facebook sida. Undersökningar antyder att negativa attityder reducerades som en följd av projektet med upp till 10 procent, så även stigmat. Man kunde påvisa att målgruppen kände sig mer inkluderade i samhället och dessutom blev sex medlemmar av målgruppen anställda eller fick en praktikplats på arbetsmarknaden. Denna information ger oss inspiration till att vi som studerande även har makt att förändra världen. Förändringen börjar med ett litet steg i rätt riktning.

Vi kommer att fördela arbetet så att vi tillsammans skriver delar som inledning, bakgrund, litteraturoversikt, resultat, diskussion och kritisk granskning. Inom metodkapitlet kommer Jannike Leskinen att fokusera på litteraturstudien och Annika Airaksinen ansvarar huvudsakligen för den kvantitativa delen av studien. Vi kommer dock för att undvika missförstånd och fel läsa igenom allt material tillsammans.

2 Bakgrund

I detta kapitel behandlar vi begrepp som är av central betydelse för förståelsen av vårt arbete. Vi diskuterar kring psykisk hälsa och ohälsa på ett allmänt plan och därefter går vi grundligt igenom begreppen attityd och stigma. På detta sätt önskar vi att vi ger läsarna en logisk introduktion till vad examensarbetet kommer att handla om. Till slut ger vi en överblick i hur den psykiatriska vården sett ut i Finland och hur den utvecklats fram till 2000-talet för att ge en historisk inblick i attitydernas ursprung.

2.1 Centrala begrepp

Hälsa och psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är en grundläggande del av hälsan eftersom alla hälsans dimensioner hör ihop och påverkar varandra. Världshälsoorganisationen WHO beskriver detta som att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och därmed inte bara en frånvaro av sjukdom eller svaghet. En viktig innebörd av denna definition är att psykisk hälsa är mer än bara avsaknaden av psykiska störningar eller funktionshinder. Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande i vilket en individ har möjlighet att inse sina egna förmågor, klarar av att hantera de påfrestningar som livet för med sig, klarar av att arbeta produktivt och kan bidra till samhället. WHO skriver att mental hälsa och välbefinnande är grundläggande för den kollektiva och individuella förmågan som vi människor behöver när vi tänker, visar känslor, interagerar med varandra, försörjer oss själva och njuter av livet. På basis av detta kan främjande, värnande och återställandet av hälsan ses som avgörande för oss individer och i samhällen runtom i världen. (WHO, 2016)

I den nyaste upplagan av boken *"Psykiatria"* som är publicerad av ämnesföreningen Duodecim beskriver Lönnqvist et al. (2017, s. 727-729) med hjälp av tidigare forskning hur allmän psykisk ohälsa är i Finland. Tidigare forskning visar att var femte vuxen finländare för tillfället lider av någon psykisk sjukdom samt att det är den främsta orsaken till att gå i sjukpension. THL har i samarbete med andra myndigheter utfört studierna Terveys 2000 och

Terveys 2011. Författarna i boken jämför dessa studier och konstaterar bl.a. att prevalensen för depression har ökat avsevärt sedan år 2000.

Psykisk ohälsa eller psykisk störning är ett tillstånd som påverkar känslolivet, personligheten och kognitionen, d.v.s. de tankefunktioner med vilkas hjälpinformation och kunskap hanteras. Psykisk ohälsa orsakar lidande och nedsatt funktionsförmåga. (Flyckt, u.å.)

I boken "*Psykiatria*" skriver författarna att Psykisk ohälsa eller sjukdom kännetecknas av kliniskt märkbara symptom, nedsatt funktionsförmåga och psykiskt lidande som tillsammans bidrar till olika syndrom. Vid klassificering av sjukdom beskrivs dessa med hjälp av karakteristiska kriterier som behandlar typiska symptom, varaktighet, sjukdomsförlopp samt vad som orsakar störningen i fråga. Kriterierna kan även beskriva en känd bakomliggande orsak för störningen. (Lönnqvist et al. 2017 s. 19)

Psykiska störningar är bl.a. klassiska sjukdomar som psykoser, störningar i hjärnans utveckling, bipolära störningar, depression, olika typer av ångeststörningar, tvångssyndrom, störningar orsakade av traumatiska händelser, sömnstörningar, ätstörningar, personlighetsstörningar och substansmissbruk. (Lönnqvist et al. 2017 s. 19)

Enligt Lönnqvist et al (2017) är det vanligt att beskriva psykiska störningar med hjälp av utförlig diagnosbeskrivning, en så kallad deskriptiv psykopatologi. Då ligger patientens objektivt observerade beteende och subjektiva känslor i fokus. De flesta psykiska störningar har en mångfacetterad etiologi. Orsakerna kan vara både somatiska och psykiska men kan även vara bundna till sociala, samhällsliga och kulturella faktorer. Varje patient förknippar sina symptom till personlig betydelse och gör egna tolkningar av orsakerna till dessa. Genetiska faktorer förklarar omväxlingen av psykiska störningar oberoende av sjukdomen i 20-80% av fallen.(Lönnqvist 2017 s.20)

Genernas effekt uppkommer nästan aldrig direkt som psykiatriska symptom. Deras effekt är svår att upptäcka endast med hjälp av en klinisk undersökning så istället använder man sig av neuropsykologiska tester genom att röntga hjärnan och få information av dess struktur och funktion. Man kan även mäta hur hjärnan reagerar på yttre sensoriska retningar, d.v.s. stimuli. Sjukdomsförloppet, prognosen och dess symptom har mycket att göra med personens utveckling och av miljöpåverkan. Genetiska faktorer har stor betydelse för många allvarliga

psykiska problem där orsaken har att göra med förändringar i hjärnan. Dock är psykisk sjukdom oftast ett händelseförlopp som har påverkats av flera olika faktorer. Psykisk ohälsa handlar ofta om en långvarig sjukdomsprocess och det är därför inte lätt att peka ut ett exakt datum för insjuknandet. (Lönnqvist 2017 s.20-21)

Attityd

När man slår upp begreppet attityd i Nationalencyklopedins databas ger den första texten en översikt av olika sammanhang då någon definierat ordet. Enligt Rosén (u.å.) har attityd varit en viktig term inom socialpsykologin och inom andra socialvetenskaper ända sedan 1920-talet. Redan långt innan det definierade Darwin attityd som något yttre eller ett beteende som kan observeras. G.H. Mead använde sig av Darwins definition i ett senare skede och ansåg utifrån det att den sociala omvärldens attityder bidrar till att forma en persons unika, kognitiva och intellektuella kompetenser som möjliggör samarbete och samhällsliv. (Rosén u.å.)

Rosén fortsätter med att skriva om definitioner som antyder att attityd är något inre eller mentalt som inte direkt är iakttagbart men som trots detta påverkar t.ex. varseblivning och tänkande. De amerikanska sociologerna W.J. Thomas och Florian Znanieckie ansåg att attityd är en genom erfarenhet uppbyggd disposition som styr en individs handlande. Deras arbete från 1918 blev banbrytande och forskning kring attityder blev snabbt aktuellt, särskilt i USA. Tyska experimentalpsykologer inom Würzburgskolan ansåg att attityd är en mental förhandsinställning som påskyndar tänkandet vid problemlösning. Dessa psykologers definition av begreppet attityd bidrog till uppkomsten av den dynamiska psykologin. (Rosén u.å.)

I den omarbetade tredje upplagan av boken *"Introduktion till socialpsykologi"* beskriver Angelöw et al (2015, s. 199) olika teorier om attityder och hur de förändras. Inom socialpsykologin består begreppet attityd av tre komponenter. Tanke- och kunskapskomponenten avser de föreställningar och idéer som vi har om ett visst objekt, en särskild situation eller en viss individ. Känslokomponenten handlar om vilka känslor vi har gentemot objektet i fråga. Handlingskomponenten står för vår benägenhet att handla på ett visst sätt i förhållande till den aktuella situationen eller personen. Attityder ger oss en grund

för hur vi skall tolka vardagen. Värderingar har ofta formats genom tidigare erfarenheter då vi lärt oss om vilka företeelser belönas och vilka som bestraffas. Attityder hjälper oss att uppnå mål som ger belöningar och de fungerar även som ett försvar mot kritik som kan förstärka vår självkänsla. Attityder talar även om för omvärlden vilka personer vi är. (Angelöw et al 2015 s. 200)

Socialpsykologer har länge försökt få ett svar på frågan om vi kan förutse en persons beteende utgående från hans attityder. Forskning har lett till slutsatsen att vi endast i viss utsträckning kan förutsäga beteendet. Enligt Stephan (1990) kan detta bero på en del olika orsaker så som att vårt beteende bestäms av många olika attityder eller att det i vissa situationer kan vara svårt att i handling följa våra attityder på grund av tidsbrist, materiell bekvämlighet, rädsla för att uttrycka en avvikande åsikt eller för att undvika negativa konsekvenser eller hot. Bokens författare anser även att det inte forskats i attityder och beteende samtidigt samt att dessa variabler inte undersökts på samma nivå. (Angelöw et al 2015 s. 201-202)

Attityder kan bygga på vanföreställningar eller myter. Dessa kan vara livskraftiga och svåra att avliva med hjälp av informationskampanjer. Aristoteles nämnde redan 400 år före Kristus tre viktiga faktorer som är av betydelse för attitydförändringar. Dessa var källan (sändaren), publiken (mottagaren) och budskapet (kommunikation). I moderna teorier om attitydförändring har dessa tre faktorer utvecklats och forskare har bidragit med en fjärde faktor, nämligen att även det sociala sammanhang som kommunikationen äger rum i är betydelsefullt. Angelöw et al (2015) nämner att en studie om skrämstaktikens effekt i samband med attitydförändring resulterade i att skrämstaktiken kan ge upphov till försvarsreaktioner och att en person p.g.a. ångest kan avvisa skrämstinformation. Albrecht et al (1987) har trots detta kommit till slutsatsen att skrämstinformation kan vara en effektiv metod i samband med förslag på åtgärder för hur en person kunde undvika problemet. Utgående från teorier kopplat till begreppet kognitiv dissonans som utvecklats av Leon Festinger (1979) är attitydförändringar en stressreducerande strategi. Men kognitiv dissonans avses två åsikter eller uppfattningar som står i disharmoni med varandra. Människan vill då reducera det obehag som uppkommer av disharmonin. (Angelöw et al 2015 s. 200-204)

Inom socialpsykologin ansågs attityder länge handla om individuella mentala processer av trovärdig natur enligt Rosenberg & Howland (1966). De användes för att förklara en individs

existerande eller tänkbara handlande. Man började tala om socialpsykologi som området för de vetenskapliga studiet av attityder. Thurstone (1931) definierade begreppet som ”affekten för eller emot ett psykologiskt objekt” (”the affect for or against a psychological object”). Man utvecklade skalor som man använde sig av för att mäta olika slags attityder. Senare började man betrakta attityder inte bara som affektiva komponenter utan även som kognitiva reaktioner samt beteende. (Andersson 2009 s. 1)

Enligt Eagly & Chaiken (1993) har attitydforskningen blivit mera aktuell inom socialpsykologin och man definierar begreppet attityd i termer av en psykologisk tendens att värdesätta något med antingen gillande eller ogillande. (Andersson 2009 s.1)

Attityderna eller objektet som blir föremålet för dem kan vara vad som helst som vi upplever: hälsa, vård, rökning eller preventivmedel. Det har forskats mycket kring attityder och en utmaning gällande det här är att det kan vara svårt att veta om attityderna som någon ger uttryck till är pålitliga eller om de påverkas av någon bakomliggande faktor. Om man till exempel intervjuar någon om dennes attityder gällande hälsa, har det då olika betydelse ifall det är en läkare, en anhörig eller en helt obekant person som ställer frågorna? Det är svårt att veta ifall den attityd vi utåt sett visar är sann. Ibland låtsas vi veta något om ämnet för att ha något att svara och slippa göra bort oss. (Anderson 2009 s.3)

Stigma

Begreppet stigma härstammar från grekerna som använde ordet för att påvisa något nedsättande eller ovanligt i en persons moraliska status. För att påvisa detta skars eller brändes tecken in i kroppen som visade att personen i fråga var utstött, förrädare, brottsling eller pestsmittad och därmed måste undvikas. I dagens samhälle används begreppet mycket lika som förut, men betydelsen beskriver snarare själva olycksödet och inte de kroppsliga kännetecknen som förr i tiden var aktuella. När man möter en främmande människa, kan denne ha en egenskap som skiljer honom från mängden, något som gör honom mindre önskvärd än de andra. Personen kan då bli utstött, stämplad och som följd av det uppstår stigma. Fysiskt, psykiskt och socialt avvikande kan ge upphov till negativa attityder. (Goffman, 1972 s.14)

Erving Goffman har skrivit boken *"Stigma, den avvikandes roll och identitet"* som innehåller självbiografier och fallstudier som grund för en analys av den "stigmatiserades" inställning till sig själv och till de människor som upplevs som "normala". Begreppet stigma användes ursprungligen i det antika Grekland och utvecklades sedan vidare av Erving Goffman. I boken definieras stigma som ett attribut som är djupt misskrediterande för en individ. Människor kan stigmatiseras av olika handledningar. Goffman skiljde på tre olika typer av stigma. Den första handlar om olika typer av kroppsliga missbildningar. Den andra behandlar psykisk ohälsa, alkoholism, homosexualitet, arbetslöshet eller funktionsnedsättningar av olika slag. Den tredje omfattar stambetingade olikheter som ras, religion, och nation. Det gemensamma med dessa olika typer av stigma är att de alla har gemensamma sociologiska drag. (Goffman 1972 s.12–13)

En individ som i vanliga fall enkelt skulle ha accepterats i samhället kan ha någon slags egenskap eller drag som gör att de som möter individen vänder ryggen åt honom och bortser dennes positiva egenskaper. På grund av de egenskaper hos individen som avviker från det normala och acceptabla i samhället uppstår negativa attityder och det leder ofta till att diskriminerande åtgärder tas i bruk. Goffman beskriver att man bygger upp en slags stigmatologi antingen omedvetet eller medvetet, en ideologi som bidrar till att den stigmatiserades underlägsenhet övertygas för oss själva och för andra. Man vill göra det klart för allmänheten att individen är oacceptabel eller farlig i samhället. (Goffman, 1972 s.12-14)

Stigma är en betydande orsak till diskriminering och uteslutning. Den påverkar individens självkänsla, förstör familjeförhållanden och begränsar förmågan till umgänge.

Diskrimineringen leder även till att det blir svårare att få bostad och arbete, det förhindrar förebyggandet av psykiska sjukdomar samt främjande av mental hälsa och bidrar även till missbruk av mänskliga rättigheter. Vårdpersonal och serviceanvändare har länge försökt kämpa emot stigma och diskrimination. Det är vanligt att personer som lider av psykiska problem väljer att inte agera eller upprätthålla kontakten med psykiatriska vårdtjänster på grund av stigmatisering och diskriminering. En annan faktor som bidrar till att de inte engagerar sig är negativa upplevelser av vården och dess behandlingar. Man strävar efter att utveckla tjänster som fokuserar på kvalitet, säkerhet, och effektiva och acceptabla behandlingar utförda av en kompetent arbetskraft. (WHO, u.å.)

Det är inte sagt att de stigmatiserade och de icke-stigmatiserade känner varandra personligen

då det sker en interaktion och ett stigma uppstår. Att klara av ett stigma har blivit en grundläggande utmaning i samhället då det uppkommer stereotyper och vi har vissa förväntningar beträffande varandras karaktär och uppträdande. Stereotyper kan uttrycka sig mot personer inom mycket vida kategorier och som vanligen är förbipasserande främlingar för oss. De som är särskilt utsatta för stereotypa reaktioner är de som inte känner varandra så bra, och det är vanligt att dessa attityder minskar när personerna kommer i närmare kontakt med varandra och då börjar de istället utveckla sympati, förståelse och en realistisk bedömning av personerna i fråga. Det som skulle avses som avvikande och ha en bortstötande effekt hos en individ har troligtvis inte samma effekt på en närstående eller vän. (Goffman 1972 s.59)

Det tas fram att stigmatiserade personer upplever att personer de kommer i kontakt med kan ha en stigmatiserande attityd till en början men i efterhand minskas denna attityd och till slut berörs de inte av den i lika stor grad längre. Samma effekt kan observeras hos hela kategorier av stigmatiserade. Exempelvis utvecklar människor som är belägna på områden nära mentalsjukhus en förmåga att bättre bemöta dessa personer samt en hög tolerans mot dem som lider av psykiska störningar. Trots att familjariteten har en stor positiv effekt gentemot stigmatisering så finns det vissa undantag och alltid blir inte föraktet mindre trots detta. Personer som bor i omedelbar närhet av stigmatiserade individer kan ha det lätt för att utveckla fördomar gentemot dem. (Goffman 1972 s.60)

Ett annat exempel som Goffman tar fram handlar om att en av föräldrarna i en familj är intagen på ett mentalsjukhus: när det gäller att för yngre barn förklara vilken sjukdom det är som fadern lider av, väljer nästan alla mödrar att gå in för att dölja vad det rör sig om. Barnet får höra antingen att fadern är på sjukhus (utan närmare specifikation) eller att han är på sjukhus på grund av någon kroppslig åkomma, som t.ex. tandvärk, ont i benet, ont i magen eller ont i huvudet. En hustru till en mentalsjukhuspatient yttrar: "*Jag lever i skräck, i fullkomlig skräck för att någon ska tala om det för Jim (barnet)*". (Goffman 1972 s.60)

Mental ohälsa har funnits så länge som vi människor har funnits till och har påverkat oräkneliga individer, familjer och samhällen runtom i världen. Stora framsteg har gjorts gällande behandlingen av psykiska sjukdomar och respekten för behandlingsalternativ har ökat. Däremot har emotionella reaktioner gentemot psykisk ohälsa fortsättningsvis dominerats av rädsla, medlidande och förakt. Det har visat sig vara svårt att upprätthålla empatin när det

gäller mental ohälsa och det förekommer brister gällande respekt för individer med psykiska problem. (Toth 2007 s.11)

Då det kommer till familjemedlemmar av en person som lider av psykiska problem kan de ofta ha svårigheter att hantera situationen då de vill hjälpa sin familjemedlem men samtidigt känner skam och ovilja att visa för omvärlden att det finns psykisk sjukdom inom familjen. Hur ska de lära sig att reducera stigmat som mental ohälsa orsakar? En av de största hinder för detta är okunskap. Om familjen blir konsulterade av professionella inom vård som påstår att den främsta orsaken att en person insjuknar i depression, ADHD, bipolär sjukdom, autism, schizofreni eller annan psykisk sjukdom är hur barnet blivit uppfostrat så är det naturligt att familjen känner sig misslyckade och skamfulla. Att få rätt slags kunskap om psykisk ohälsa prioriteras högt, och denna information bör innehålla fakta om genetiska benägenheter, möjligheter till socialt stöd samt stöd för familjen. Var man hittar bra information om psykisk ohälsa kan variera. Internet är en informationskälla som innehåller massor med information som kan vara till hjälp men då bör man vara mån om att källorna är pålitliga och vara kritisk till vem som skrivit om ämnet. Oavsett vad som orsakat sjukdomen så är rehabilitering en möjlighet, och hur vi behandlar och bemöter personen som lider av psykisk ohälsa kan ha betydande konsekvenser för tillfrisknandet och reducerandet av stigma. (Toth 2007 s.423-425)

Socialt avstånd

Karolinska institutets svenska Mesh ordbok förklarar begreppet på följande sätt: graden av förtrolighet eller acceptans en individ eller grupp känner inför en annan individ eller grupp. (Karolinska institutet u.å.) Läs mer om detta i kapitlet om vår teoretiska referensram.

Somatisk vård

Somatisk är en term som syftar på något kroppsligt och har med kroppen att göra. (Nationalencyklopedin, u.å.)

2.2 Vårdarbetet i förändring

För att skapa hopp för framtiden efter andra världskriget grundades organisationen FN som står för Förenta nationerna. Världshälsoorganisationen är en del av FN och fick som uppgift att förbättra folkhälsan. På 1940-talet var tuberkulos och psykiska sjukdomar några som var kraftigt stigmatiserade. Personer som led av dessa sjukdomar hölls isolerade från omgivningen på stora anstalter. Vården var varken personcentrerad eller human. Sannolikheten att bli hemförlovad från ett mentalsjukhus på den tiden och att efter det återigen delaktig i samhället var inte stor. Patienterna var för evigt stämplade. Psykiska sjukdomar ansågs även vara obotliga. (Eskola & Karila 2007 s. 14-16)

I samband med ett förbättrat näringsstillstånd, förbättrad hygien och effektivare läkemedelsbehandlingar blev det möjligt att tillfriskna från tuberkulos. Man började koncentrera sig på förebyggande vård och negativa attityder kring tuberkulos började försvinna. Utvecklingen inom den psykiatriska vården var avsevärt långsammare. Så kallade B-sjukhus började byggas på 50- 60-talet som en följd av att ny lagstiftning trädde i kraft. Lagförändringen medförde att ansvaret för vården flyttades över till kommunerna. Då fanns det mest anstaltsplatser i världen i förhållande till Finlands folkmängd. En väsentlig del av den psykiatriska vården var arbete för patienterna. Under 50-talet förändrades vården märkbart då psykofarmaka, d.v.s. läkemedel som används för psykiatriska tillstånd, började användas. Samtidigt kunde man avsluta effektlösa lobotomier och man kunde även delvis kompensera behandlingar som elchock och insulinkoma med de nya läkemedlen. Det blev mer acceptabelt med mer öppen vård och att patienter vårdades ytterom sjukhusen. Vården blev mer human och stämplandet började långsamt minska. (Eskola & Karila 2007 s. 16-17)

Under 60-talet började man inse i Finland att det finns behov av att utveckla socialpolitiken. Grundskolan, yrkesutbildningen och yrkeshögskolan utvecklades. Socialskyddet utvidgades för att lindra fattigheten. En strukturell förnyelse av hälsovården började förberedas. Under det följande årtiondet började statliga myndigheter inse vikten av att sätta tid och resurser på den preventiva vården och rehabilitering. Med preventiv vård menar man den vård som ges för att förebygga sjukdom. Det var aktuellt i landet med en riksomfattande ledning och handledning inom vården. Primärvården var ett fokusområde och trots utsatta målsättningar blev den hälsofrämjande vården åsidosatt. Med primärvård avses den vård som utförs innan eller utan att patienten inläggs på sjukhus eller behöver vård av någon specialist inom

sjukvården. Så småningom lyckades man trots allt att med hälsofrämjande arbete få kontroll över de utspridda folksjukdomarna hjärt- och kärlsjukdomar. Situationen för mentalvården var inte lika bra – majoriteten i riksdagen lät bli att nämna den psykiatriska vården i samband med diskussion om folkhälsa. Organisationerna var tvungna att själv ordna öppenvård utan stöd från staten. På sjukhusen var vården passiverande och hemförlovingen av patienterna var svår på grund av bristfällig öppenvård och stigma. Personalen var lågt utbildad. (Eskola & Karila 2007 s. 18-20)

Efter att man märkte att de få psykiatriska mottagningarna som fanns och som dessutom hade bristfälligt med personal inte kunde ansvara för den stora efterfrågan av öppenvårdstjänster blev det aktuellt att utveckla folkhälsoarbete för psykisk hälsa. Psykologernas utbildning förbättrades och de började placeras på hälsovårdscentraler. De som varit länge som patienter inom mentalsjukhus verksamheten hade ännu heller ingen möjlighet att återvända till sina hemkommuner eftersom dessa inte ville ha patienterna som en börda för vården. (Eskola & Karila 2007 s. 23-24)

År 1978 kunde lagstiftningen för mentalvården delvis förnyas och då fanns det större möjligheter för att utveckla den öppna vården för denna målgrupp. I slutet av 70-talet märktes det att anstaltsplatserna var allt för många och utnyttjades av åldringar och utvecklingsstörda. På 80-talet minskade man på mängden sjukhusplatser. Det fanns fortfarande starka negativa attityder gentemot mentalvården och det sociala arbetet. Medborgarinitiativen var få. Redan i början av 70-talet började olika föreningar bildas och i takt med det föddes hoppet och möjligheterna för att öppenvården kunde utvecklas. På 80-talet fick mentalvården en bättre ställning och därmed förstärktes öppenvården. (Eskola & Karila 2007 s. 26-27)

Efter att Sovjetunionen föll samman, år 1990-1991, hamnade Finland i en ekonomisk kris eftersom landet hade varit beroende av handeln mellan dessa två länder. Arbetslösheten steg och nedskärningarna drabbade speciellt social- och hälsovården. Den psykiska påfrestningen blev större och resurserna inom vården var bristfälliga. Lågkonjunkturen i Finland medförde psykosociala kriser, våld inom familjen, skilsmässor, missbruk och beteendestörningar hos barn. Efter att Sovjetunion rasat samman blev Finland ett konkurrenssamhälle som uppskattade individuell prestation. Denna ideologi gjorde att solidariteten som är förknippad med gemenskap, ansvar och att ta hand om varandra betonades mindre. För att överleva lågkonjunkturen började Finland fokusera allt mer på resultaträkning och detta påverkade

även hälsovården. Som en följd av detta började man använda sig av evidensbaserad vård och den biomedicinska ställningen förbättrades. Den biomedicinska behandlingsmodellen lämpar sig inte lika bra inom den psykiatriska vården. (Eskola & Karila 2007 s. 30-33)

En ny lag för mentalvården trädde i kraft år 1992. Trots att lagen var vägledande för en bättre vård verkställdes den inte genast. Under en kort tid utvecklades patient- och anhörigverksamhet som aktivt deltog i diskussionen om mentalvårdstjänsterna och uppmanade beslutsfattare. Svårigheterna inom branschen upptäcktes av statsrådet i mitten av 1900-talet och då fick generaldirektören Vappu Taipale utreda problemens karaktär. Dessa händelser resulterade i ett *mielekäs elämä-projekt* som var ett samarbete mellan olika ministerier och medborgare och gav tydliga rekommendationer för hur tjänsterna skall utvecklas. Projektet gav resultat först i början av 2000-talet då man bland annat förbättrade barnpsykiatrins tjänster. Finland gick med i den Europeiska unionen år 1995 och år 1999 var landet första gången ordförande. Som ordförande valde Finland att fokusera på främjandet av psykisk hälsa. Utrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet ansåg att valet av ämne kunde bidra till att Finland stämplas. Då ämnet presenterades på EU:s möte kunde man upptäcka fördomar och stigma gentemot psykisk ohälsa. Finlands initiativ bidrog till att andra länder fortsatte med att fokusera på psykisk hälsa i ett hälsofrämjande syfte. Världshälsoorganisationen deklarerade år 2002 till året för psykisk hälsa och organisationen höll en paneldebatt samt publicerade en hälsorapport som fokuserade på ämnet. (Eskola & Karila 2007 s. 35-37)

WHO, som är en internationell förkortning för Världshälsoorganisationen, har förutspått att depression kommer vara det andra vanligaste folkhälsoproblemet i industriella länder före 2020. Är samhället redo för att tillhandahålla de tjänster som de insjuknade behöver? Det är fråga om ansevärd investeringar och förändring av attityder. Det är väsentligt att tänka på om alla får rättvis vård oavsett vilken sjukdom man lider av och om personer som lever med en psykisk störning kommer att överleva de förändringar som pågår samt den produktivitetinriktade ekonomin. Ekonomisk framgång och ökad produktivitet bidrar inte ensam till hälsa. Verksamheten och omgivningen borde uppskatta humana kontakter, solidaritet och trivsel. Politiken för psykisk hälsa har handlat om att ta hand om personer som redan blivit utstötta men inte om att förebygga att sådana problem uppstår. (Eskola & Karila 2007 s. 39-42)

3 Syfte och frågeställningar

Syftet för studien är att redogöra för vilka attityder som förekommer hos allmänheten samt hos sjukvårdpersonal gentemot mental ohälsa och vilka följder eventuella negativa attityder kan ha för en person som har en sådan diagnos. Studien kommer att fokusera på attityder som påverkar vilket socialt avstånd personerna i fråga önskar sig ha från målgruppen samt på konsekvenser som negativa attityder kan ha för vården.

Våra forskningsfrågor:

- Vilka attityder, förknippade med socialt avstånd, förekommer hos allmänheten gentemot mental ohälsa?
- Hurudana konsekvenser kan stigmatiserande attityder ha för den somatiska vården av en person som lever med en psykisk sjukdom?

4 Litteraturoversikt

Det finns en lång tradition i Finland av att forska kring attityder. Stigmatisering av psykiska sjukdomar blev igenkännbart i slutet av 1960 talet. Fastän Finlands historia indikerar att det funnits intresse och initiativ gällande forskning inom psykisk ohälsa och stigma under 1960-talet blev det mer populärt först under 90-talet fram till 2000-talet. (Wahlbeck 2011 s.106) Helhetsmässigt verkar attityderna i Finland relativt stabila, men vi kan se en förändring mot mer positiva attityder. Fler accepterande attityder samt åsikter om att man kan leva ett normalt liv trots diagnos har ökat. (Wahlbeck et. al 2011 s.106)

Negativa konsekvenser anses i studien "*Attitudes towards mental disorders in a general population in Finland.*" från år 2011 vara förknippade med psykisk sjukdom. Faktorer som kön, ålder, språk, utbildning, erfarenhet av depression eller en annan sjukdom och stereotypier påverkade det önskade sociala avstånd som respondenterna ville ha från målgruppen. Märkbart nog var det önskade sociala avståndet större bland dem med högre utbildning till skillnad från att de vanligtvis har ansetts ha mer positiva attityder. Erfarenhet av depression medförde positiva attityder för både patientgruppen samt för antidepressiva mediciner. (Aromaa 2011 s.47)

Svår depression indikerade mer aktiv användning av vårdtjänster. Internationellt sett var användningen av vårdtjänster relativt positiv. 40 % är trots det långt från optimalt. Trots motsäggande hypotes verkade stigmatiserande attityder inte påverka vårduppsökningen. Ifall patienten ansåg att psykisk sjukdom är kroniskt kunde detta ha en negativ påverkan. Självstigma som till följd av en stigmatiserande omgivning kan uppkomma kan därmed ha en viss negativ effekt. Respondentens sociala kapital verkade ha en positiv inverkan för attityderna. (Aromaa 2011 s.55)

Det svenska språket bidrog till en mer tolerant förhållning. Kön var den mest betydande variabeln gällande attityderna. Kvinnor ansågs ha märkbart positivare attityder. Åldersmässigt var de yngres önskade sociala avstånd mindre än de äldres. Uppfattningen om sjukdomarna skiljde sig inte i de olika åldersgrupperna. (Aromaa 2011 s.51-52)

Psykisk ohälsa är ett allvarligt problem i hela Europa. Ett stort hinder för att kunna uppnå god mental hälsa och välbefinnande är diskriminering och stigma mot mental ohälsa. Det finns

begränsat med kunskap och förståelse för hurdana attityder sjuksköterskor som jobbar med patienter med psykiska sjukdomar har. (Chambers 2010 s.351-352)

En studie med titeln "*Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries*" med sjuksköterskor som respondenter, som jobbar med mentalvård i fem olika europeiska länder (Litauen, Italien, Irland, Portugal och Finland) och deras attityder har analyserats. Data samlades in genom att använda frågeformuläret Mentally Ill (CAMI) skalan som är ett frågeformulär som innehåller 40 artiklar. Data analyserades med användning av kvantitativa metoder. (Chambers 2010 s.351-352)

Studien visade att sjuksköterskors attityder i allmänhet var positiva. Skillnader kunde uppmärksammas mellan olika länder då portugisiska sjuksköterskors attityder var betydligt mer positiva medan litauiska sjuksköterskor hade betydligt mer negativa attityder än andra. I Irland, Litauen och Finland var en majoritet av sjuksköterskorna kvalificerade gällande mentalvård/psykiatrisk vård medan de i Italien och Portugal inte var det. Resultaten indikerar även att kvinnliga sjuksköterskor hade högre poäng och därmed mer positiva attityder än manliga sjuksköterskor. (Chambers 2010 s.355-356)

Psykiska sjukdomar är vanliga över hela världen, och sjuksköterskornas attityder gentemot psykisk sjukdom har en inverkan på vården som patienterna får. En litteraturstudie som inkluderade 20 olika länder varav 8 länder fanns i Europa fokuserade på sjuksköterskornas attityder mot psykisk sjukdom. I studien jämfördes både sjuksköterskors attityder som arbetar med psykiatriska patienter och sjuksköterskor som inte gör det samt allmänhetens attityder mot psykisk ohälsa. Fyra gemensamma teman kunde observeras nämligen etiologin av psykisk ohälsa, socialt avstånd till patientgruppen, uppfattad rädsla för patientgruppen samt attityder specifika för schizofreni och depression. (Jacq 2016 s.788)

I en studie "*The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review*" rapporterades både positiva och negativa attityder mot psykisk sjukdom. Till exempel, 60,7% av sjuksköterskor i den här studien enades om att psykiskt sjuka patienter ska separeras från patienter utan psykisk sjukdom. Däremot var 76 % av psykiatriska och icke-psykiatriska sjuksköterskor av den åsikten att psykiskt sjuka patienter inte är farliga. I studien "*The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review*" rapporterades att sjuksköterskor godkände social diskriminering mer än vad läkarna

gjorde och visade inget större stöd för social integration. Negativa attityder mot patienter med schizofreni och depression fanns också. (Jacq 2016 s. 790)

Social diskrimination kunde uppmärksammas genom att det fanns åsikter om att mentalt sjuka patienter var farliga, att de inte borde gifta sig och att mentalt sjuka patienter skulle måsta separeras från patienter utan mental sjukdom. Attityder som resultatet tog upp var att de flesta tyckte att psykiskt sjuka patienter kräver lika mycket uppmärksamhet som fysiska besvär. Attityderna mot psykiatriska patienter varierade även beroende på sjukskötarens ålder. Utbildning inom psykiatrisk vård samt högre utbildning förutsatte mer positiva attityder. Ju mer kunskap man hade om psykisk sjukdom, desto mer accepterande attityder hade man. (Jacq 2016 s.791)

Det undersöktes om social distans till patienter med psykisk ohälsa och mindre än hälften var av åsikten att människor med schizofreni skulle vara fria i samhället. Ungefär lika många skulle kunna tänka sig att jobba med en person med diagnosen i fråga, medan några färre skulle vilja ha en granne med schizofreni. (Jacq 2016 s.790)

Dessa studier inkluderade sjuksköterskors attityder från 20 olika länder. Globalt sett verkar sjuksköterskor ha blandade attityder gentemot olika aspekter av mental ohälsa. Bevis på skillnader mellan psykiatriska sjuksköterskor och vanliga sjuksköterskor var motsägelsefulla. Trots det visade en av studierna att desto högre utbildning, desto positivare attityder mot dessa patienter. Detta innebär alltså att mer utbildning inom psykiatrisk vård skulle kunna reducera på stigmat och på det sättet påverka vården gentemot dessa patientgrupper. (Jacq 2016 s.794)

I studien *"Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care."*, som jämförde attityder hos sjukskötare på somatiska avdelningar respektive psykiatriska avdelningar tog plats i Sverige och resultatet publicerades år 2008. De mest negativa attityderna påvisades gentemot drogmissbruk, alkoholism och schizofreni. Gällande patienter som var beroende av narkotika samt dem som led av schizofreni var attityderna avsevärt sämre på somatiska avdelningarna. Unga sjukskötare och de som hade bristfälligt med professionell erfarenhet hade sämre attityder. Kvinnor hade mer positiva attityder gentemot ätstörningar och depression medan männen hade mer positiva attityder gentemot drogmissbruk. (Björkman et. al, 2008)

5 Teoretisk referensram

Vi har valt att ha en teori och ett begrepp som vår teoretiska referensram. Detta val lämpar sig för oss som har två lite olika frågeställningar som besvaras med hjälp av olika forskningsmetoder. Teorin vi kommer att använda oss av är Salutogenes av Aaron Antonovsky samt begreppet socialt avstånd som är ett slags beteende som kan förknippas med en individs attityder.

5.1 Salutogenes

Denna teori lämpar sig bra för oss hälsovårdarstuderande för att få ett hälsofrämjande perspektiv som genomsyrar hela arbetet. Till en hälsovårdares främsta uppgift hör att främja hälsan och med hjälp av olika vårdåtgärder kan man främja hälsan även för dem som lider av en kronisk sjukdom. Detta kan främja folkhälsan betydligt eftersom den stora folkgrupp som annars skulle ha en bristfällig hälsa kan då uppleva hälsa. Till skillnad från den mest använda teorin patogenes som fokuserar på sjukdom vill vi fokusera på vilka faktorer som kan bidra till hälsa trots sjukdom. För att minska stigma är det viktigt att fokusera på patientens resurser och styrkor istället för att fokusera enbart på patientens diagnos. Kliniska termer kan enligt tidigare forskning som nämnts i senaste kapitlet bidra till stigmatisering.

Begreppet Salutogenes härstammar från latinets Salus som betyder hälsa eller välgång och från grekiskans Genesis som betyder ursprung, uppkomst eller härstamning.
(Nationalencyklopedin, 2010)

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en professor i medicinsk sociologi och prefekt vid institutionen för Hälsosociologi vid Hälsovetenskapliga fakulteten, Ben Gurion University of the Negev, Beersheba, Israel. År 1970 inträffade en påtaglig händelse som ledde till att Antonovskys arbete som medicinsk sociologi fick en ny inriktning. Han höll under den tiden på att analysera resultaten från en undersökning om hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper anpassat sig till klimakteriet. I undersökningen frågades ifall kvinnorna varit med på koncentrationsläger eller inte. Han kom till den slutsatsen att kvinnor som hade överlevt koncentrationsläger fortfarande var i tillfredsställande psykisk hälsa. Detta fick Antonovsky

att utveckla den salutogenetiska modellen som publicerades 1979 i *Health, Stress and Coping*. Utgångspunkten i boken handlar om forskningsresultat som visar att åtminstone en tredjedel av befolkningen i det moderna industrisamhället vid varje given tidpunkt präglas av något patologiskt tillstånd. Sjukdom är alltså något mycket vanligt. Utifrån ett patologiskt perspektiv försöker man komma fram till vad som gör att vi blir sjuka. Från ett salutogent synsätt som fokuserar på hälsans ursprung frågar man sig istället vad som orsakar hälsa istället för ohälsa vid varje givet tillfälle. (Antonovsky 1987 s.15-16)

Känsla av sammanhang (KASAM)

De tre centrala komponenterna i KASAM som står för "Känsla av sammanhang" består av begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky kom på begreppen då han gjorde djupintervjuer med 51 sinsemellan mycket olika människor. De individer som hade en hög KASAM hade höga värden på dessa komponenter medan de med svaga värden hade en svag KASAM. Alla som deltog i intervjun hade två saker gemensamt. De hade varit med om ett svårt trauma som de ansågs ha klarat av relativt bra. I intervjun lades tyngdpunkten på hur personerna såg på sina liv efter traumat. Resultatet visade att en del av deltagarna hade högre värden på KASAM medan andra hade lägre. Gång på gång kunde tre centrala teman uppvisas i gruppen med högre KASAM och dessa komponenter betraktade Antonovsky som de tre olika komponenter som tillsammans bildar helheten KASAM. (Antonovsky 1987 s.43)

Den första komponenten begriplighet syftar på hur begripliga och förnuftsmässiga man förväntar sig att de stimuli som man i framtiden kommer att stöta på är. En människa med hög begriplighet förväntar sig att det hon kommer att möta på i framtiden är förutsägbart, eller åtminstone går att ordna och förklara. Motsatsen till begriplighet är att man upplever inre och yttre stimuli som kaotiska, oförutsägbara och obegripliga. (Antonovsky 1987 s.44)

Den andra komponenten i KASAM kallas hanterbarhet och kan förklaras som att en individ upplever att de resurser hen har till förfogande är tillräckliga för att klara av de stimuli som kommer emot. Med hjälp av en hög känsla av hanterbarhet kommer en person inte att känna att hen är ett offer för omständigheterna eller tycka att livet behandlar en orättvist. Olyckliga saker händer alltid men när det gäller så går det att hantera. (Antonovsky 1987 s.44)

Den tredje komponenten meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd och att åtminstone en del av de problem man råkar ut för är värda att investera energi i och upplevs som utmanande snarare än som bördor. Det betyder inte att en person med hög meningsfullhet inte blir ledsen när en närstående dör, men att hen konfronteras med utmaningen och inställer sig på att söka en mening i den samt gör sitt bästa för att komma igenom den. (Antonovsky 1987 s.44)

Tillsammans bildar de tre komponenterna en känsla av sammanhang som kan beskrivas enligt följande: Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga. Man har tillit till att de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en samt att dessa krav är utmaningar värda investering och engagemang. (Antonovsky 1987 s.46)

5.1.1 Tillämpning av Salutogenes inom den psykiatriska vården

Under den psykiatriska praktikperioden blev vi bekanta med salutogenes som en del av den psykiatriska vården. På Aurora sjukhus tillämpar man den salutogena teorin för att stärka patientens resurser på så sätt att man bemöter patienten som en individ istället för att fokusera på den psykiatriska diagnosen. Man kan främja den psykiska hälsan fastän störningen inte går att bota. Vården är i denna bemärkelse somatisk, psykisk och social som i andra sammanhang är förutsättningen för en holistisk vård som fokuserar på patientcentrering och en helhetssyn. Enligt tidigare forskning är en känsla av sammanhang starkt sammankopplat med den mentala hälsan. Socialt stöd ges för att patienten skall kunna utveckla en positiv identitet som är en förutsättning för grupperapi. (Langeland, 2016)

De professionellas roll inom den psykiatriska vården är att uppnå en större förståelse för utmaningar som är en del av livscykeln. Mental ohälsa ses som en utmaning för hälsan, inte som en sjukdom. "Utmaning" som begrepp har en positivare klang och interaktionen med patienten låter mer välkommet. Ur ett salutogenetiskt perspektiv är det viktigt att komma ihåg att alla personer har hälsoresurser. Detta positiva perspektiv anses främja en snabbare rehabilitering. Antonovsky nämner två olika resurser som är av central betydelse. Dessa är socialt stöd och självidentitet. Langeland och Vinje (2016) skriver i artikeln att Weiss (1974)

har delat in begreppet socialt stöd i följande kategorier: tillgivenhet, möjlighet till vård, social integrering, värdesättning, tillförlitlig stödgrupp samt vägledning.

Vi har valt att ha med en tillämpning av ett salutogenetiskt perspektiv i vår teoretiska referensram eftersom det inte endast är vårdare som kan bidra till socialt stöd. Vi har alla ett ansvar att bemöta våra medmänniskor med respekt.

5.2 Social distans/ Socialt avstånd

För att vi bättre skall kunna koppla vårt resultat till det teoretiska perspektivet har vi valt att ha med begreppet socialt avstånd som en del av den teoretiska referensramen. Vår analys av enkäterna baserar sig på attityder och vi har valt att fokusera på de frågor som kan förknippas med socialt avstånd.

Begreppet socialt avstånd är en del av den spatiala metaforen som har dominerat teorin om social stratifiering. Med social stratifiering avser man inom sociologin den ojämlikhet som finns emellan olika personer eller grupper i ett samhälle. Ojämlikheterna baserar sig på skillnader mellan personernas eller gruppernas makt, status och ekonomiska resurser. Inom denna teori avser man vanligen att socialt avstånd är det relativa avstånd som finns emellan individer inom en struktur och är en metafor för graden av avstånd mellan grupper på grund av olika kriterier. Exempelvis beror avståndet emellan rika och fattiga på deras ekonomiska skillnader. Det finns ett antal olika perspektiv från vilket man kan se på begreppet socialt avstånd. Enligt en definition utgående från interaktionbegreppet avser man att personer som högst troligen bor nära varandra, umgås, ingår äktenskap eller är vänner eller släktingar har ett litet socialt avstånd. Där det är osannolikt att sådana relationer uppstår är det sociala avståndet stort. De som närmar sig begreppet ur ett strukturellt perspektiv avser att personer som är väldigt olika varandra har ett större socialt avstånd. Relation perspektivet avser att individer och grupper kan vara olika varandra men att de trots allt kan vara socialt nära ifall de umgås med varandra regelbundet. (Bottero, 2005 s. 3-14)

Vi kommer i vårt arbete att fokusera på definitionen av socialt avstånd utgående från relation perspektivet som nämndes här ovan. Tidiga representanter för denna syn på det sociala avståndet är bland andra Bogardus Emory, Simmel Georg och Park Robert.

I boken *"Masters of Sociological Thought: Ideas in Historical and Social Context"* beskriver författaren Coser (1998) 15 inflytelserika sociologer och den sociala och intellektuella kontext som de befann sig i. Robert Ezra Park är en av de inflytelserika sociologerna som bland annat var intresserad av de relationer som fanns emellan olika etniska folkgrupper i Amerika. Park blev bekant med begreppet "social distance" efter att sociologen Georg Simmel grundade idén om att avstånd är en aspekt av den sociala interaktionen. Park har definierat socialt avstånd som ett försök att förenkla graden av förståelse och intimitet som karakteriserar personliga och sociala relationer till mätbara termer. Park är även av den åsikten att fördomar är den instinktiva och spontana benägenheten att upprätthålla socialt avstånd från andra grupper. Han anser att fördomar och socialt avstånd är outrotliga aspekter av det mänskliga samfundet. (Coser, 1998 s. 360-362)

I samband med *"Pacific coast race relations survey"* frågade Park om Emory Bogardus kunde utveckla ett kvantitativt mätinstrument för socialt avstånd. (Wark & Gallihe, 2007)

Sarantakos beskriver Bogardus skala i boken *"Social research"* som en skala med ett antal påståenden som anger graden av socialt avstånd mellan respondenterna och målgruppen för en undersökning. När människor testas med den sociala avståndsskalan ber man dem tänka på en etnisk grupp och sedan svara på hur nära kontakt de kan tänka sig att ha med den gruppen. Som ett konkret exempel kan respondenterna bli tillfrågade vilket påstående bäst beskriver deras känslor för en grupp i fråga eller vilket är de närmaste förhållandet som respondenten kunde tänka sig ha med en gruppmedlem. Följande påståenden är uttagna från den ursprungliga skalan: Nära anhörig i form av äktenskap, vän, granne, kollega, bekant, besökare i landet eller person som bör hållas utanför landet. Guttman-skalan är ett annat mätinstrument som mäter socialt avstånd eller närhet. Instrumentet har använts för att redogöra hur nära respondenten skulle låta en viss person komma. Forskningsobjektet kan till exempel vara homosexuella, mörkhyade eller migranter. (Sarantakos 1977 s. 90-92)

6 Metod och forskningsetik

Ibland kan det behövas både kvantitativa och kvalitativa analyser av ett fenomen för att vi skall kunna förstå och beskriva detta på ett tillfredställande sätt. Under de senaste åren har behovet och nyttan med kombinerade metoder blivit ett allmänt samtalsämne. Genom att kombinera metoder kan man åstadkomma resultat som inte kan uppnås enbart genom statistiska metoder. (Barmark 2015 s. 33)

Vårt arbete kommer först och främst att grunda sig på analys av enkäter som samlats in under PAD-projektet. Dessutom kommer vi att besvara ytterligare en forskningsfråga med hjälp av en litteraturstudie. På detta sätt kombinerar vi en kvantitativ metod med en kvalitativ metod. Naturligtvis kommer vi att reflektera över forskningsetiska principer med hänsyn till båda metoderna.

6.1 En kvalitativ metod

En kvalitativ litteraturstudie med induktiv innehållsanalys

En kvalitativ studie kan göras antingen deduktivt eller induktivt. Vid induktiv forskning utgår forskaren från en enskild händelse eller ett problemområde, samlar sedan ihop material och drar slutsatser utgående från dem. Forskaren sätter sig djupt in i texten och mönster formas i form av kategorier och teman som inte är klart synliga från början. När det gäller deduktiv forskning utgår man från ett befintligt forskningsområde och söker sedan upp fakta i enlighet med det.

När man gör en litteraturstudie så gäller det att använda sig av ett så systematiskt närmelesätt som möjligt när man söker sina artiklar. Man ska ständigt tänka på vad det är man vill ha svar på när man väljer sina sökstrategier så man endast inkluderar sådan information som är relevant för studien. Det är väldigt lätt att bli distraherad när man söker litteratur och därför är det viktigt att ha en strategi man följer igenom studien. Genom att använda sig av inklusions- och exklusionskriterier möjliggör man att man får med det som besvarar forskningsfrågan och

utelämnar det som inte gör det. Dessa kriterier gör att man får mindre träffar och endast de relevanta artiklarna kommer fram. (Aveyard, 2007, s.58–59)

När man har en välplanerad strategi så kan man påbörja sitt sökande efter artiklar. Det är viktigt att skriva upp alla källor, sökord och antal träffar direkt för annars måste man söka upp allt från början senare. Typiska databaser som används i sökandet av artiklar är t.ex. Medline, Cinahl, Cochrane library m.m. Sökorden skrivs in genom att mellan sökorden använda orden "AND" eller "OR". "AND" används när man vill att båda sökorden inkluderas medan "OR" används när endast någondera av sökorden inkluderas. (Aveyard, 2007, s.63–65). (Se bilaga 1).

Efter att man hittat de studier man vill ha med och noggrant bekantat sig med dem genom att läsa igenom dem ett flertal gånger, är det dags för nästa steg i processen. Nu gäller det att sammanfatta resultaten, men även att tolka resultaten. Detta för att upplysa om varför en studie eventuellt hade annorlunda resultat än en annan studie och hur resultaten för varje studie formats av metoden som använts. Det gäller att reflektera över likheter och olikheter i de olika artiklarna. För nybörjare av litteraturstudieprocessen kan man använda sig av ett förenklat närmelsesätt som kombinerar resultaten av studier som använt sig av väldigt olika metoder på ett meningsfullt sätt. När man jämför de olika studierna så kommer man att märka att olika teman utvecklas utifrån de väsentliga resultaten. Det är dessa teman som man sedan kommer att börja bygga vidare på och samla ihop väsentlig information till. (Aveyard, 2007, s.111-114) (Se bilaga 2).

Vi kommer alltså att besvara vår andra forskningsfråga med hjälp av en litteraturstudie med kvalitativt design. Marshall och Rossman (2011) anser att det till en början kan vara bra att inleda med en kvalitativ innehållsanalys så man lär sig hur text kan läsas, struktureras och beskrivas. Dock är inte kvalitativ innehållsanalys den enklaste metoden eftersom den kan bli så avancerad som forskaren gör den till. I planeringen hör det till att göra upp en design eller plan samt bestämma vad som är det huvudsakliga fokusområdet, t.ex. personers erfarenheter, en viss kultur eller språk och kommunikation (Henricsson 2012).

Personer, grupper eller organisationer samt kommunikation i interaktioner och händelser blir således det man sätter tyngden på i forskningen. Ofta finns det en frågeställning som blir som en guide i litteraturomgången. Var ligger fokuset inom detta område och vilka metoder har

forskarna använt sig av för att komma fram till sina resultat. (Henricsson 2012 s.333-334)

Storleken på urvalet kan variera och kan verkställas på varierande sätt i en design för innehållsanalys. Urval av dokument och andra källor väljs utifrån de syften och frågeställningar som bör besvaras och beror på hurdana texter det är frågan om.

Artiklar är ett exempel på källor som underlag för en litteraturöversikt och urvalet måste göras utifrån syftet och kriterier för litteratursökningen (Henricsson 2012).

Att vara medveten om trovärdigheten och kvaliteten igenom hela forskningsprocessen är väsentligt för arbetet. Validitet och reliabilitet är vanligt förekommande termer inom innehållsanalys när det gäller trovärdighetsaspekter. Det är naturligt eftersom den kvalitativa innehållsanalysen utvecklats från den kvantitativa. Begreppen ”trustworthiness”, ”credibility”, ”dependability” och ”transferability” har blivit vanligt förekommande i metodlitteraturen som klarlägger kvalitativ innehållsanalys. Att granska vad som gjorts metodologiskt när studien rapporteras är viktigt enligt Graneheim & Lundman (2004). Det gäller för forskaren att noggrant gå igenom hela arbetet utifrån syfte, frågor, design med urval, metoder för datainsamling, analysprocessen samt presentation av resultaten. (Henricsson 2012 s.340–341)

I planeringen av litteraturstudien gjorde vi upp en plan och bestämde oss för vad det huvudsakliga fokusområdet var, nämligen hurdana konsekvenser negativa attityder kan ha inom den somatiska vården för en person som lever med psykisk sjukdom. Flera av artiklarna behandlade personers åsikter om ämnet i fråga.

Personer, grupper, organisationer, händelser och kommunikation blev det som vi satte tyngden på i forskningen. Vår frågeställning fungerade som en guide i litteraturomgången. Under studiens gång koncentrerade vi oss på att ständigt vara kritiska för de artiklar vi hittat med tanke på trovärdigheten och kvaliteten som även (Henricsson, 2012) lyfter fram. Vi granskade vad som gjorts i studierna och med vilka metoder man kommit fram till resultaten, vi gick igenom arbetena utifrån syfte, frågor, design med urval, metoder för datainsamling, analysprocessen samt presentation av resultaten.

6.2 En kvantitativ studie

Till vår fördel har data samlats in i form av enkäter vid ett antal tillfällen under PAD-projektets gång. Enkäten består av frågor som kön (nominalskala), ålder (kvotskala) och frågor i form av ordinalskalor där frågan består av ett påstående och där respondenten får besvara genom att ringa in den grad av samtycke som stämmer in med hans åsikt. Deltagarna i projektet som har samlat in materialet har använt sig av en färdig enkät som grund för undersökningen. Enkäten i fråga förkortas CAMI och heter Community attitudes towards mentally ill. Alla frågor från den ursprungliga skalan har inte använts i den modifierade versionen som använts av PAD-gruppen. Frågorna har dessutom översatts till svenska och finska för att vara så användbara som möjligt i det finska samhället.

Tidigare forskning antyder att graden av social integration är beroende av acceptans och avvisning i det samhälle som målgruppen befinner sig i. CAMI-skalan har utvecklats med OMI-skalan och CMHI-skalan som grund. Syftet med mätinstrumentet är att kartlägga vem av respondenterna som accepterar personer som lever med en psykisk sjukdom i vårt samhälle och vem som avvisar dem. Dessutom vill man se vilka reaktioner som är förknippade med lokala anstalter/stödboende/mentalvårds- eller rehabiliteringstjänster som är till för att hjälpa dem som lever med en psykisk sjukdom. (Taylor & Dear 1981)

Vi kommer i vår analys av data att koncentrera oss på att kartlägga i vilken utsträckning respondenterna har besvarat svarsalternativen på de frågor vi väljer ut från frågeformuläret. Vi kommer dessutom att se om det finns könsskillnader gällande attityderna med hjälp av en sambandsanalys. Vi kommer att använda kalkylprogrammet Excel för att mata in data som vi har i pappersform och där efter överför vi denna information till statistikprogrammet SPSS.

Böckerna med titeln "Statistisk verktygslåda" är en serie böcker som undervisar läsarna i statistik. För oss som inte har någon erfarenhet av statistik var böckerna till stor hjälp för att vi skulle kunna genomföra vår studie. Utan den informationen kunde studien ha blivit opålitlig.

Vår första forskningsfråga kommer hoppeligen att besvaras utgående från de svar vi kommer att analysera med fokus på dessa tre påståenden:

- Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde
- De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter
- Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

Statistikens styrka är möjligheterna att generalisera. Negativa egenskaper kan anses vara att individerna och deras verklighet inte betonas samt att statistiska samband är svåra att förstå enbart utgående från statistiken och det är svårt att dra slutsatser om orsakssamband.

(Barmark 2015 s. 26-27)

Enkäten kan betraktas som en form av intervju men är till skillnad från en samtals- eller djupintervju helt standardiserad. Frågorna i enkäten ställs på exakt samma sätt till alla personer som ingår i undersökningen. Respondentens svarmöjligheter begränsas till ett visst antal alternativ på grund av hög grad av strukturering. För att dra slutsatser som orsakssamband utgående från statistiska samband krävs en teori. Om det finns ett orsakssamband mellan variablerna (det vi undersöker) i undersökningen så måste det vara så att den egenskap som fastställs eller inträffar först påverkar den som inträffar senare.

(Barmark 2015 s. 33-36)

Datainsamlingen för det material som vi kommer att använda oss av har inte samlats in under en och samma tidpunkt men eftersom data har samlats in under en kort tidsperiod, i detta fall från början av oktober 2015 till augusti 2016, kan studien räknas som en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie lämpar sig exempelvis för att beskriva förekomst och utbredning av en sjukdom i befolkningen. I vår undersökning handlar det om att beskriva förekomsten av attityder gentemot mental ohälsa. (Barmark 2015 s. 42)

En ordinalskala inom statistiken är en skala som har en logisk ordning mellan värdena. Värdena ligger på ett band mellan två poler. Attitydskalor är ordinalskalor vilket betyder att denna skala utgör majoriteten av frågorna i enkäten vi kommer att analysera. I en nominalskala finns det ingen logisk ordning mellan kategorierna (värdena) som vi bryter mot

om vi radar upp dessa på ett annat sätt. Svartalternativens utformning avgör vilken skalnivå en variabel hamnar på. (Barmark 2015 s. 91-105)

6.3 Forskningsetik

Tre grundläggande etiska krav anses vara informerat samtycke, skydd av privatliv och krav på att bli korrekt återgiven. Eftersom vi själv inte deltagit i datainsamlingen kan vi inte vara säkra på att den skett enligt de etiska principerna. Dock har vi varit i kontakt med Jukka Piippo som varit en del av PAD-gruppen och som är medveten om undersökningens alla steg. Vi blev informerade om att respondenterna deltog frivilligt i undersökningen och respondenterna var högst antagligen kapabla att själv göra valet om de vill delta eller inte eftersom inga små barn eller minnessjuka åldringar var inkluderande. Deltagarna gavs muntlig information om studien innan enkäterna delades ut. Arcada uppgavs som ansvarig för studien. Endast kön och ålder efterfrågades och ifall man ville bli kontaktad för en eventuell uppföljning kunde man fylla i sin e-post adress. Risken att identifiera en viss person från materialet är mindre i en kvantitativ undersökning än i en kvalitativ sådan. (Jacobsen 31-39)

Vår kvantitativa studie är av betydelse eftersom mer positiva attityder kan öka integreringen i samhället och därmed förbättra prognosen för rehabilitering från en psykisk sjukdom. Det är viktigt att se skillnader i attityderna mellan olika kön samt att se hur utbredda de negativa attityderna är idag för att kunna utveckla interventioner för att reducera stigma. Frågorna kan anses vara aningen känsliga och sårade men utan den här typen av frågor kan det vara svårt att kartlägga attityderna. Dock kan personer som själv upplevt en psykisk sjukdom bli sårade och detta skall vi på alla sätt undvika i en undersökning. (Henricsson 2012, s.71)

En vetenskaplig studie kännetecknas enligt det vetenskapliga samfundet av ärlighet, allmän omsorg och precision i forskningen både i studieprocessen samt vid presentationen och utvärderingen av resultaten. Forskningen bör grunda sig på vetenskapliga kriterier och etisk hållbar informationssamling, forsknings- och utvärderingsmetoder. Vetenskaplig kunskap står som grund och öppenhet samt ansvarsfullhet i publiceringen av resultaten är viktigt. Som forskare bör man respektera arbeten skrivna av andra forskare genom att hänvisa till deras resultat på ett ändamålsenligt sätt. Detta har vi strävat efter genom korrekta källhänvisningar samt litteraturförteckning. Ansvaret för att följa god vetenskaplig praxis ligger i första hand hos forskaren själv. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

Enlig Henricsson (2012, s. 76) är en viktig forskningsetisk princip att studien kan motiveras. Vår litteraturstudie har ett aktuellt och viktigt ämne eftersom attitydernas påverkan på vården inte har undersökts i Finland, åtminstone fick vi inte tag på en sådan forskning. Dock var våra artiklar som inkluderades i studien utländska men genom att få en uppfattning om läget i andra länder kan man se behovet av att göra en mer utförlig undersökning även i Finland.

Det är inte alla som tänker på att en litteraturstudie kan väcka etiska frågor. Studenten har ofta begränsande engelska och metodologiska kunskaper för att kunna förstå och göra rättvisa bedömningar för alla artiklar. Det finns en risk för feltolkningar. (Henricsson 2012, s. 86)

7. Resultatredovisning

I detta kapitel kommer vi utförligt att beskriva vilka resultat vi kommit fram till med hjälp av våra två forskningsmetoder. Vi kommer först att presentera resultaten för vår litteraturstudie och därefter går vi in på resultaten för den kvantitativa undersökningen.

7.1 Litteraturstudiens resultat

Datainsamlingsmetoden gick ut på att söka relevanta artiklar inför studien. Vi använde oss av databaserna Science direct och Academic search elite (EBSCO). Sökorden som användes var bl.a. ”mental illness” ”attitudes” och ”general hospital” (Se bilaga 1). Exklusionskriterierna som användes i litteratursökningen var att alla artiklar var publicerade innan år 2010, men vi använde ett undantag som var publicerat år 2007.

Det fanns en hel del artiklar som handlade om attityder och stigma mot mental ohälsa både gällande vården och i allmänhet, men det visade sig vara betydligt svårare att hitta artiklar som handlade om hurdana konsekvenser stigmatiserande attityder kan ha för den somatiska vården av en person som lever med mental ohälsa.

Resultatet består av sex stycken slutliga artiklar som handlar om hur stigmatiserande attityder kan påverka den somatiska vården (den fysiska vården) av en person som lever med en psykisk sjukdom. En sammanfattning av artiklarna finns till handa som en bilaga.

Teman:

I artiklarna kom det fram olika teman som behandlats närmare. Dessa teman behandlar olika problem som kan uppstå gällande vården av personer med psykisk sjukdom och de olika komponenterna som behandlas i texten är bristfällig vård, förlängd diagnosticering, ignorans, kortare vårdperioder och socialt avstånd. Under rubriken socialt avstånd delas texten in i underrubriker som handlar om olika patientgrupper som enligt en av studierna hade en tendens att bli stigmatiserade av vårdpersonalen. Dessa underrubriker består av de

”oförutsägbara”, de ”känsliga” och de ”farliga” patienterna som behandlas i artikeln.

Bristfällig vård

I artiklarna kom det fram att diagnosticeringen av patienter med psykisk sjukdom kan försämrats till följd av stigma och ett begrepp som behandlades var diagnostisk överskuggning som innebär att vårdarna ser förbi det fysiska problemet när en patient lider av en psykisk sjukdom eller ett besvär. Det visade sig att det uppkom fall där fysiska symptom tolkas som psykiska hos en patient som lider av mental ohälsa och olika orsaker togs fram som ligger bakom detta fenomen.

I artikeln ”*Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study*” där 18 läkare och 21 sjukskötare specialiserade inom psykiatri i Södra London intervjuades, rapporterades att ett eller flera fall av psykisk störning ledde till feldiagnosticering eller förlängd väntan på behandling med varierande konsekvenser och allvarsnivå. Två dödsfall och fem allvarliga skador rapporterades ha uppstått på grund av diagnostisk överskuggning. De två mest allvarliga fallen handlade om patienters dödsfall på grund av att de vägrade bli undersökta och personalen misslyckades med sina försök att göra någon bedömning på behovet av vård. De intervjuade vårdarna ansåg att faktorer som ökar risken för feldiagnosticering var patientens beteende, bakgrundsfaktorer (stökig omgivning), tidspress samt stigmatiserande attityder hos personalen. (Shefer et al.2014)

Det fanns två fall som ledde till patientens död där personalen misstänkte att det kunde vara en följd av psykisk störning som störde diagnosticeringen av de fysiska symptomen. Deras misstankar kunde dock inte verifieras eftersom de inte hade tillräcklig information om fallet eller så undersöktes det inte tillräckligt. I dessa två fall skickades en patient hem från akutavdelningen utan diagnos av ett allvarligt tillstånd och dog flera dagar senare. Det rapporterades även fem fall där fördröjd diagnos ledde till irreversibel och långvarig skada för patientens hälsa. De två allvarligaste fallen slutade med att patienten blev paraplegisk

(förlorad funktion i bål, bäckenorgan och/eller ben) i det ena fallet och i det andra med att tarmarna på patienten måste tas bort helt och hållet. (Shefer et al.2014)

Det rapporterades även om mer frekventa missar som inte hade allvarliga konsekvenser men som var ”nära på” fall. En typisk ”nära på” situation handlade om att personalen ”medicinsk rensade” en patient och skickade honom vidare till den psykiatriska kontaktpersonalen för bedömning av den psykiska hälsan, varpå några andra av personalen insisterade på ytterligare fysiska undersökningar under vilka ett organiskt problem diagnosticerades. I åtta av fallen som rapporterades skedde ingen permanent skada för patienten till följd av den fördröjda diagnosen men patienten fick lida stort obehag genom att behöva pendla fram och tillbaka mellan den psykiatriska avdelningen och den somatiska, ibland mer än en gång. (Shefer et al.2014)

Intervjuarna frågade om personalens bedömning gällande den stora omfattningen av risken för feldiagnos och fördröjd behandling av personer med psykisk sjukdom som har fysiska symptom. Trots de aktuella fallen som beskrivits ovan var 44 % av deltagarna av den åsikten att de inte trodde att risken för feldiagnosticering eller fördröjd behandling var högre på sjukhuset än vad den var för patienter utan psykisk sjukdom. 18 % av de intervjuade var mer kritiska för diagnosticeringsprocessen för patienter med psykisk sjukdom. En av de mest kritiska medarbetarna på ett av sjukhusen kommenterade:

“The general problem that we have in the ED here, which we didn't have with or I have not had with other EDs, is as soon as they [the patients] present with mental health, they [the ED staff] are not interested.” A psychiatric nurse

(“Det huvudsakliga problemet som vi har här på akutavdelningen, som vi inte haft eller jag inte haft med andra akutvårdare, är att så snart som de (patienterna) visar sig ha psykisk sjukdom är de (akutvårdarteamet) inte intresserade.”) En psykiatrisk sjuksköterska.

Andra av de ”kritiska” intervjuade gick inte så långt som att argumentera att akutvårdsteamet inte skulle vara intresserade men påpekade att vissa i akutvårdsteamet hade ett attitydproblem och att riskerna därför inte var begränsade till exceptionella omständigheter. (Shefer et al.2014)

I vissa fall var problemet inte att uttrycka stigmatiserande åsikter som sådana, men att psykisk sjukdom dominerade diskussionen bland den medicinska personalen, även när patienten kom fram med en presentation av fysiska symptom:

”One patient told me [...] that every time he came, someone would say, “He is a known schizophrenic”. That is how they would start presenting his case to each other. He didn’t like that [...] And he feared, and his fear was true, apparently, according to his experience [with regard to reoccurring abdominal pain], that by saying that there is a mental health problem, people overlook the physical health.” A psychiatrist

Översättning: “En patient talade om för mig [...] att varje gång han kom, sade någon, ”Han är en Schizofren”. Detta var hur de inledde att presentera honom för varandra. Han gillade inte det. [...] och han var rädd, och hans rädsla var riktig, uppenbarligen, på grund av hans erfarenhet, [med avseende på återkommande buksmärta], som genom att säga att det finns ett psykiskt hälsoproblem, förbiser människor den fysiska hälsan.” En psykiater. (Shefer et al.2014)

På ”The royal College of Psychiatrists Faculty of Liaison Psychiatry Annual Conference” hölls ett nationellt möte i Maj 2015 i London. Det gjordes både en enkät som 36 % av deltagarna svarade på och dessutom hade deltagarna möjlighet att anmäla sig till en intervju som spelades in.

95 % procent av dem som genomförde frågeformuläret rapporterade oro över vårdkvaliteten som patienter med svår psykisk ohälsa får av sjukvårdspersonal på ett allmänt sjukhus. 44 % rapporterade observationer gällande problem inom vården av patienter med mental ohälsa varje vecka. (Noblett et al. 2017)

Det vanligaste problemet som rapporterades varje vecka av majoriteten av deltagarna (76 %) var en otillfredsställande mängd information som ges inom vården om patienten gällande bl.a. brist på tidigare psykiatrisk historia samt medicinhistoria. Exempel som beskrev otillräcklig uppmärksamhet av hygien och fysiska observationer av patienterna rapporterades inte lika mycket. 42 % sade att detta aldrig händer medan 24 % sade att det rapporterades årligen. . (Noblett et al. 2017)

24 konferensdeltagare intervjuades under konferensen. Av de 24 intervjuerna involverade majoriteten diagnostisk överskuggning. I åtta fall beskrevs patienter vars delirium misdiagnostiserades och togs som en psykisk sjukdom. En av deltagarna beskrev ett fall enligt följande:

"I had a gentleman who was admitted within an acute confusional state. He was not known to have a pre-existing cognitive impairment. He did not touch alcohol. Nevertheless because his liver function tests were found to be deranged, when he came into hospital it was written on his case notes that this was purely a psychiatric difficulty and he was an alcoholic. In the end he was found to have an abnormally high iron load in his blood."

Översättning: "Jag hade en gentleman som togs in i ett akut konfusionstillstånd. Han var inte känd för att ha en existerande kognitiv försämring. Han använde inte alkohol. Trots att hans leverfunktionstester visade sig vara försvagade när han kom till sjukhuset så stod det skrivet i hans uppgifter att detta enbart berodde på en psykisk svårighet och att han var en alkoholist. Till sist kom det fram att han hade en onormalt hög järnbelastning i blodet." (Noble et al. 2017)

Förlängd diagnostisering

I studien *"Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting"* beskrevs fall som ofta ledde till en förlängning av diagnostiseringen hos patienter och de undersöktes samt fick behandling senare än vad som behövdes. I andra fall handlade det om patienter som fick fördröjd behandling på grund av utmanande beteende eller att patienten vägrade ta emot vård. Ytterligare två fall handlade om patienter som upplevde en försenad undersökning eller behandling eftersom deras psykiska sjukdom ansågs vara en kontraindikation. En av de intervjuade beskriver ett fall där en man i 70-års ålder hade Alzheimers och fick hjärtinfarkt på demensavdelningen och flyttades därmed till det allmänna sjukhuset. Läkare som hade ansvar för honom ansåg inte att han behövde någon form av behandling på grund av att han hade demens. (Noble et al. 2017)

Fall beskrevs där behandlingsteamet planerade att skicka patienten hem eller förflytta denne till den psykiatriska sidan helt oförskämt. Dessa fall ledde till att patienten blev desorienterad och patientens fysiska och psykiska hälsa tog skada. En av de intervjuade beskrev ett fall där det medicinska teamet misslyckades med att se att patienten led av depression, och trodde att hennes symptom enbart berodde på hennes nyligen uppkomna stroke. Denna patient kunde ha dött. Hon var utmärglad och svag och led av elektrolyt obalans samt vägrade att äta. Efter att läkarna slutligen gav henne Amitriptylin (ett läkemedel inom klassen tricykliska antidepressiva medel) kom hon” tillbaka till liv” och började äta igen. (Noblett et al. 2017)

Ett vanligt tema i flertalet av fall var förekomsten av både akuta fysiska och psykiatriska symptom samtidigt. Detta gjorde diagnostiseringen och planeringen mer utmanande vilket ledde till eventuella förseningar när man gjorde en vårdplan. Bristen på uppskattning av både psykiska och fysiska symptom vid sidan om varandra ledde ofta till olika diagnoser som fokuserade på antingen de fysiska eller de psykiska symtomen. Det fanns också fall där sjukhuspersonal inte kunde skilja mellan sanna psykiska sjukdomar och de psykologiska aspekterna av en fysisk sjukdom. (Noblett et al. 2017)

Ignorans

Ignorans var ett återkommande problem i artiklarna som behandlades och i en litteraturstudie ”*The physical health of people with mental illness and the "right to health"* kom det fram att ”bördan av mental ohälsa sannolikt varit underskattad eftersom sambandet med andra hälsförhållanden ofta ignoreras. Detta återkommande problem kan ses tydligt trots det starka sambandet mellan mental hälsa och dålig fysisk hälsa. Baserat på en analys av 20 studier (som förstärkte dödsfallen av 36 000 personer med schizofreni i 9 länder) konstaterades det att den övergripande ökade risken för dödligheten är 1,6 gånger högre för personer med schizofreni än för resten av befolkningen. (Battams & Hendersen s.2)

Dödligheten som orsakades av "naturliga" orsaker (till exempel orsaker relaterade till sjukdomar eller fysiska förhållanden snarare än olyckor) var 1,4 gånger högre än förväntat, nämligen i 62 % av dödsfallen. Kardiovaskulär sjukdom (CVD) har påvisats vara den ledande dödsorsaken bland människor med allvarlig psykisk sjukdom. Dödsfall på grund av

kardiovaskulär sjukdom är 2 till 3 gånger högre än hos den allmänna befolkningen. I en australiensisk studie var den totala dödligheten av personer med psykisk sjukdom med förebyggbara orsaker 2,5 gånger större än hos den allmänna befolkningen med det största antalet dödsfall på grund av ischemisk hjärtsjukdom. Även om dödsfallen p.g.a. ischemisk hjärtsjukdom minskat hos befolkningen under de senaste 20 åren hade detta inte speglats hos personer med psykisk sjukdom. (Battams & Hendersen s.2-3)

En undersökning som genomförts av ”the Disability Rights Commission” i Storbritannien (nuförtiden ”the Equality and Human Rights Commission”) fann att personer med allvarliga psykiska störningar som bipolär sjukdom och schizofreni, hade större samband med diabetes, hjärtsjukdomar, stroke, bröstcancer och tarmcancer än den allmänna befolkningen, medan personer med depression hade högre frekvens av stroke, diabetes och respiratoriska sjukdomar än resten av befolkningen. Undersökningen visade att människor med allvarlig psykisk sjukdom hade större sannolikhet att få sjukdomar tidigare än andra (i under 55 års-åldern) och att dö snabbare efter sjukdomens början. Exempelvis var 31 % av personer med schizofreni diagnostiserade med hjärtsjukdom under 55 års ålder jämfört med 18 % av den allmänna befolkningen och 5 år senare hade 22 % av personerna med schizofreni dött, jämfört med 8 % av människor utan allvarliga mentala hälsoproblem. Ovanstående trender har att göra med tillgång till sociala hälsovårdstjänster, inklusive kvaliteten på de hälsovårdstjänster som människor med psykisk sjukdom får. Kvaliteten på den fysiska vården som mottas av personer med allvarlig psykisk sjukdom är fattigare än den allmänna befolkningens.

(Se Battams & Hendersen, 2010 s.3).

Demokratiska republiken Kongo fann att personer med depression som var överviktiga fick färre råd gällande sin diet än andra och att personer med schizofreni fick färre kontroller gällande sina kolesterolnivåer och statinvärden i samband med hjärtsjukdomar samt färre spirometriundersökningar i samband med respiratoriska sjukdomar än andra som led av samma fysiska besvär. Det betonades att den dåliga hälsan hos personer med psykisk sjukdom inte bara handlade om livsstilsfaktorer utan även hälso-tjänster som inte insett behoven de med psykisk sjukdom har. Medan cancerincidensen hos personer med psykisk sjukdom i västerländska Australien befanns vara densamma som hos den allmänna befolkning, visades dödligheten som ett resultat av cancer vara 40 % högre för personer med psykisk sjukdom. Dessutom var sjukhusvistelserna kortare hos personer med psykisk sjukdom. (Se Battams & Hendersen, 2010 s.3)

Åtta fall i studien *"Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting"* beskrev patienter som presenterade ett utmanande beteende. Utmanande beteende beskrevs i samband med att patienten var fysiskt eller verbalt aggressiv eller vägrade ta emot vård. Konsekvenserna av det utmanande beteendet inkluderade att patienten undveks av sjukvårdspersonal och patienter inte fick tillfredsställande vård. En av de intervjuade beskrev sin patient enligt följande:

"She was verbally challenging, grumpy. She refused to do a lot of stuff. But rather than, I suppose, still look at the need that she presented, it seemed easier to just kind of leave her".

Översättning: "Hon var muntligt utmanande, bitter. Hon vägrade göra mycket saker. Men snarare än att se de behoven hon fortfarande hade verkade det lättare att bara lämna henne. "

Olika grad av ignorans rapporterades och dessa fall beskrevs ofta i samband med andra påverkande faktorer. De intervjuade rapporterade att de kände sig oroliga när de skötte om patienter som hade ett utmanande beteende. De ansåg att detta ofta ledde till att patienten blev ignorerad, vilket i sin tur ledde till ytterligare försummelse av vissa aspekter av vården som att fysiska observationer inte togs i beaktande. (Noblett et al. 2017)

"I have loads of places where I can go and talk about how distressing it is for me to see him sometimes and it is usually quite often. My medical colleagues have no outlet for that, and what they end up doing is avoiding him." - One of the interviewees.

Översättning: "Jag har många olika platser dit jag kan gå och berätta om hur stressigt det är för mig att se honom ibland och det händer ganska ofta. Mina medicinska kollegor har inget utlopp för det, och vad det leder till är att de ignorerar honom" – En av de intervjuade. Intervjuer beskrev också fall där de underliggande stigmatiserande attityderna hos medarbetarna, i kombination med brist på kunskap om den psykiatriska sjukdomen bidrog till negativa känslomässiga reaktioner mot patienter." Whereas personality disorders in general, and in particular borderline, people lose their temper. They get angry. You know, [general hospital staff] have trouble understanding some aspects of it." –En av de intervjuade (Noblett et al. 2017)

En av de intervjuade sade alltså att personliga störningar som borderline ofta leder till att patienter inom denna kategori förlorar sitt humör och blir arga, och att personalen har problem att förstå vissa aspekter av det. Den allmänna synen på vården av patienter med mental ohälsa kunde inte kategoriseras i positiva och negativa svar. Emellertid var två av svaren klart positiva, och en av deltagarna sade att tjänsterna håller på att utvecklas till det bättre och stigmatiseringen av psykiska problem håller på att bli bättre hela tiden. Fyra av deltagarna hade negativa synpunkter gällande kvaliteten av vården och ansåg att det berodde på en brist på kunskap om mental ohälsa, negativa attityder och ångest till följd av att ta hand om patienter med utmanande psykiska besvär. (Noblett et al. 2017)

Kortare vårdperioder

Det visade sig i studien *”Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study”* att en del av personalen som arbetade med patienter med psykisk sjukdom, speciellt med dem med mer komplexa symptom försökte göra vårdperioderna så korta som möjligt. Detta betyder, som ett exempel, att de anställda endast gjorde det fortast möjliga observationerna för dessa patienter för att sedan skicka dem vidare till det psykiatriska teamet var de ”hörde hemma”. De ansåg att patienterna ifråga var på det psykiatriska teamets ansvar och inte deras. De talade till det psykiatriska teamet om patienterna som ”deras patienter”. En psykiatrisk sjuksköterska rapporterade fall där akutteamet hade kommenterat enligt följande:

”I just resent the fact that I’m dealing with your patients when I should be looking after my own (“Jag förnärmar mig över det faktum att jag tar hand om dina patienter när jag borde ta hand om mina egna”). (Shefer et al. 2014)

Några anställda på akutsidan sade att ”trycket” av att skicka patienter med psykisk sjukdom vidare till avdelningen där de ”tillhör” inte är ovanliga för dessa patienter men att det hör till deras uppgift som triage-enhet. Detta tryck verkade vara särskilt starkt när det gällde patienter

med historia av psykisk sjukdom. Den psykiatriska enheten kunde ofta ses som en dumpningsplats för personer som har psykiska problem. Så snart det såg ut att handla om ett psykiskt problem så slog folk av och sade ”Vi måste göra vad vi kan så de skickas vidare till den psykiatriska sidan så vi kan ta hand om våra egna patienter. Patienter med mental ohälsa gick som till ”ett eget bås”. Det blev som att dessa patienter hörde till gruppen ”mental ohälsa”. Det var inte fysiskt. Personalen skapade på så sätt en uppfattning om vad problemet handlade om utan en fullständig bedömning och patienterna fick kortare vård än vad de kanske behövde. En läkare kommenterade det med att han förstår att det blir så, men att han också kan förstå att det är fel. (Shefer et al.2014)

Många av de intervjuade kommenterade att uppfattningen om kategoriseringen av de psykiska patienterna ändå varit starkare tidigare på andra sjukhus de arbetat på, och att relationerna mellan de två avdelningarna på deras sjukhus var relativt bra. Dock kunde man uppmärksamma att kategoriseringen av de två patientgrupperna var närvarande på sjukhusen. (Shefer et al.2014)

Splittring av vården mellan patienter med mental ohälsa och utan mental ohälsa kunde också observeras i litteraturöversikten ”*Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review*”. Återkommande teman kunde urskiljas som demonstrerade att allmänna sjuksköterskors attityder reflekterade en uppfattning om att det skulle skiljas på de psykiska patienterna och de fysiska. De ansåg att patienter med psykiska symptom inte hörde till deras arbete. En del sjuksköterskor verkade uppskatta tekniskt komplexa uppgiftsfokuserade vårdssituationer högt, medan de gav mindre värde åt själva omsorgen för patienten och förhållandet till dem. (ROSS et al., 2009, s. 562)

Tydliga åsikter kunde uppmärksammas hos sjuksköterskor som visade att allmänna sjuksköterskor inte vårdade patienter med psykisk sjukdom som en prioritet, utan visade att de hade bättre och mer konstruktiva saker att fokusera på med sina resurser, tid och pengar och ville ge sin tid till patienter de ansåg att på riktigt var sjuka och förtjänade vården mer. De ville inte slösa sin tid på patienter som enligt dem ”själv orsakat sin sjukdom” och ansåg att patienter med psykisk sjukdom blockade en sängplats för dem som hade större behov av vård (de med fysiska symptom). Detta ledde till att de med psykisk sjukdom fick kortare vårdperioder på den somatiska sidan trots sina fysiska besvär. Observationer gjordes som visade att den psykiska hälsan ofta blev lämnad till sist och sköttes först sedan när det fanns

tid kvar för dem, och av dem som kände at de hanterade det. Denna prioritering kunde uppmärksammas implicit i sjuksköterskornas beteende och val, men på vissa områden var det också uttryckt mer tydligt. (ROSS et al. 2009s. 562)

Allmänna sjuksköterskor som inte var medvetna om att deras patienter med kardiologiska besvär hade större risk för att prognosen försämrades och patienten fick mentala besvär, att sepsis (blodförgiftning) kunde åstadkomma förvirring hos äldre, eller att deras patienter med HIV eller Parkinsons sjukdom hade risk att utveckla demens, kunde inte förse dem med kompetent vård. Sådan oförmåga att möta patienternas mentala besvär ledde till att konsekvenserna var förvärrade fysiska och psykiska symptom, utvecklingar av komplikationer samt förlängd sjukhusvistelse. Brist på kunskap om mental ohälsa var direkt en förutsägelse för uppkomsten av negativa attityder och stigma. (ROSS et al. 2009s. 562)

Socialt avstånd

I en litteraturöversikt ”*Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review*” (ROSS et al. 2009) där relevant litteratur gällande vårdarens attityder, diskrimination och negativa attityder mot patienter med psykisk sjukdom analyserades, förstärktes uppfattningen om att sjuksköterskor ibland spelar de beklagliga rollerna som aktörer för stigma mot patienter med psykisk sjukdom. En stor andel av sjuksköterskorna visade sig dela stereotypiska åsikter om mental ohälsa. Patienter med mental ohälsa sågs som farliga, oförutsägbara, våldsamma och bisarra personer. Dessa åsikter gav naturligt sett upphov till avståndstagande attityder. Sjuksköterskorna i studien visade sig ofta inneha en rädsla för att göra eller säga ”fel sak” som skulle göra att patienterna började bete sig oförutsägbart eller våldsamt. (ROSS et al. 2009, s. 564)

I synnerhet visade det sig att sjuksköterskor på allmänna sjukhus ofta hade negativa attityder i form av rädsla och fientlighet mot patienter med mental ohälsa, och detta hade en skadlig inverkan på vården. Sjuksköterskor visade sig dessutom ha negativa attityder och diskriminerande beteende mot andra sjuksköterskor som led av mental ohälsa. Detta ledde till att de höll ett socialt avstånd till dessa sköterskor och i värsta fall undvek dem helt och hållet. (ROSS et al.2009,s. 565)

En undersökning med namnet ”*Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study*” gjordes för att öka förståelsen för den kategorisering som utförs av kirurgiska sjuksköterskor på sjukhus för personer med mental ohälsa. I denna studie kunde man uppmärksamma det sociala avstånd som vissa sköterskor tog till personer som led av psykisk ohälsa i november 2014 utfördes en gruppintervju som behandlade sjuksköterskors förståelse och erfarenhet om att vårda patienter med mental ohälsa. 16 personer deltog i studien och diskursanalys användes för att analysera transkriberad data. Analysen visade att deltagarna använde sig av fyra kategorier för patienter med mental ohälsa. Dessa kategorier bestod av de hanterbara, de oförutsägbara, de känsliga och de farliga patienterna. För deltagarna var dessa kategorier ett stöd för att lättare förklara och bestyrka deras kliniska kunskaper som var sammanbundna med utmaningarna och barriärerna som de upplevde inom vården av patienter med mental ohälsa. (Brunero et al. 2017)

De hanterbara patienterna upplevdes som icke-problematiska och vården av dessa patienter var utförbar. Det strävades efter att hålla patienterna lugna och under kontroll med fokus på säkerheten och användning av medicinering för att på så sätt försäkra sig om att patienterna stannade för att behandlas för sitt fysiska besvär. Därmed var patienterna hanterbara. I en av fokusgrupperna kommenterade en av deltagarna att enligt honom är personer med mental ohälsa intressanta. Under diskussionen var en av respondenterna helt av annan åsikt och berättade att när han hör en patient gråta och klaga om sitt liv så känner han bara för att gå ut. Detta på grund av han personligen är en så praktisk person och tycker att man ska kunna stå ut med livet som det är. De andra deltagarna tyckte kommentaren var rolig och därefter följde ett medhållande skratt. (Brunero et al.2017)

Kategorin ”oförutsägbara” skapades på basis av vårdarnas okunskap för att förutse patienternas beteende och oro över att deras interaktion med patienterna kunde skapa problem i vårdandet av patienten. I gruppen diskuterades fördelar och utmaningar gällande vårdandet av en person med mental ohälsa. Deltagarna delade med sig om sina rädslor gällande patienter med t.ex. schizofreni eftersom dessa patienter kunde vara förutsägbara och då vågade de inte finnas där som stöd för dem på samma sätt som de kunde finnas där för någon som inte led av en sådan sjukdom. En deltagare berättade om en patient med psykisk sjukdom som hade haft lust att tala en stund, men vårdaren i fråga vågade inte svara på patientens frågor eftersom han

var rädd att patienten skulle bete sig oförutsägbart om han svarade fel saker. Då kommenterade patienten att ”du vågar inte svara för att du är rädd”. Medhållande skratt följde i gruppen när deltagaren berättade det här, vilket kunde tyda på att de höll med honom och situationen i fråga var en utmanande situation för dem. Detta typiska problem kan ha den oavsiktliga konsekvensen att organisationen tar fler risker och använder sig av fler riskabla strategier med patienter med psykisk sjukdom. (Brunero et al.2017)

De känsliga: Deltagarna berättade om sina erfarenheter med patienter som hade en tendens att börja gråta och upplevde dessa patienter som problematiska och emotionellt uttömmande. De upplevde att de inte hade tillräckligt kunskaper för att kunna hantera dessa känsliga patienter. Detta försvarade de med att de hade så mycket att göra gällande de fysiska besvären och därför åsidosatt de det psykiska. De upplevde även att patienter med psykiska besvär bättre passade in på den psykiatriska sidan eftersom där fanns vårdare skolade till att ta hand om patienter med mentala besvär. De kommenterade att även om avdelningen inte skulle vara så sysselsatt som den var, skulle de ändå inte vara kapabla att vårda det psykiska eftersom de inte var skolade för det. (Brunero et al. 2017)

De farliga: I grupperna diskuterades även patienter som sågs vara en risk för våld gentemot personalen, andra patienter och dem själva. Att de inte umgicks med dessa patienter försvarade personalen med att säga att de hade andra patienter att se efter och att det fanns för mycket att göra på avdelningen för att hinna bli och prata med patienter med mental ohälsa. Deltagarna upplevde sig hotade både fysiskt och mentalt av personer som upplevdes som farliga. Detta ledde till att de ignorerade dem. (Brunero et al. 2017)

Respektlöshet

"Rätten till hälsa" för personer med psykisk sjukdom har konstaterats vara svår att uppnå, delvis på grund av att man fokuserat på andra konkurrerande rättigheter. Rätten till frihet har varit centralt i fokus, i samband med tvingad institutionalisering och behandling samt missbruk av mänskliga rättigheter i vissa länder och på en del sjukhus, institutioner och behandlingsanläggningar. . I flera länder finns det inte lagstiftning som skyddar mänskliga rättigheter inom denna kategori. Där sådana fall gått till rätten, har man fokuserat på

mänskliga rättigheter som frihet, värdighet och jämlikhet, men mindre på rättigheter som rätt till hälso-och sjukvård eller psykiatriska tjänster. (Se Battams & Hendersen, 2010 s.5)

Psykiska sjukdomar som schizofreni och depression kan leda till att patienten inte uppsöker vård och faktorer som påverkar detta är social tillbakadragenhet och brist på motivation. Dessutom finns det en hel del barriärer till att känna igen samt hantera fysisk hälsa hos människor med schizofreni och andra psykiska sjukdomar (Se Battams & Hendersen s.10)
Dessa omfattar:

- Läkare- och hälsovårdsfaktorer
- Reserverad vård hos icke-psykiatriska vårdare i vården av personer med mental ohälsa
- Brist på adekvat uppföljning av patienter med psykisk sjukdom, på grund av patienternas beteende och brist på motivation.
- Byte av läkare som kan resultera i att flera patienter inte har en tillgänglig historia på sin mentala sjukdom.
- Läkarnas uppmärksamhet som fokuserar främst på patientens psykiska problem så att de fysiska undersökningarna blir åsidosatta och ”diagnostik överskuggning” av läkare.
- Att psykiska symptom upplevs som psykosomatiska.
- Inte tillräckligt med tid och resurser för fysiska/medicinska undersökningar

I studien *"Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting"* rapporterades fall där kontaktpersonalen upplevde kommunikationen bristfällig med patienterna, som när det inte diskuterades om vårdplaner eller förvaltningsplaner med patienterna eller där patienternas önskemål ignorerades. Fyra av de intervjuade beskrev fall där patientens värdighet inte respekterades. Det rapporterades att sjuksköterskan fick patienter att vandra halvklädda eller helt avklädda ibland. (Noblett et al. 2017)

Sexton fall omfattade redovisning över attityder hos allmän sjukhuspersonal gentemot patienter med mental ohälsa. Sättet på vilket attityderna presenterades varierade. En del beskrev personal som använde nedsättande uttalanden när de talade om patienter med psykisk sjukdom. Chefen för avdelningen sade enligt följande: *"Oh, you have come to see the nutter"*. Översättning: *Åh, du har kommit för att se på "knäppisen"*. (Noblett et al. 2017)

År 2015 i studien ”*Does a Physician’s Attitude toward a Patient with Mental Illness Affect Clinical Management of Diabetes?*” gjordes en studie som innehöll både kvantitativa och kvalitativa resultat från ett video-vinjetexperiment. All data samlades in från ett och samma urval. Med hjälp av strukturerade intervjuer, kvalitativa intervjuer och skriftliga noteringar behandlades olika aspekter av patienthantering. Det undersöktes om ifall läkarens attityder gentemot patienter med svår psykisk sjukdom påverkade hanteringen av en kronisk sjukdom. Sammanlagt 256 primära läkare intervjuades år 2010. Experimentet medförde att läkare observerade video vinjetter av patient-aktörer med misskött diabetes. Patienterna led av olika psykiska sjukdomar (schizofreni med bisarra eller normal påverkan, depression, eksem mm.) Läkare utförde strukturerade och semistrukturerade intervjuer samt diagram om klinisk ledning och attityder. (Welch et al. 2015)

Läkare rapporterade mer negativa attityder för patienter med schizofreni med bisarr påverkan. Det var få skillnader i kliniska beslut mätt kvantitativt, men kvalitativ data avslöjade mindre förtroende för patienter i allmänhet. Läkare varnade ofta kollegor om schizofreni och formade därmed förväntningar innan själva interaktionen inträffade. Läkare visade sig ha ett större socialt avstånd till dem med schizofreni till skillnad från andra sjukdomar. Jämförelser avslöjade att uppföljningstiden för patienter med schizofreni var statistiskt sett kortare för patienter med schizofreni än för patienter med andra psykiska sjukdomar på grund av socialt avstånd mot dessa patienter. (Welch et al. 2015)

När det kom till att samla mer information om ett patientfall för vidare förståelse föreföll det också skillnader mellan olika patientgrupper. Intresset var högst för eksem och minskade för depression och var betydligt mindre för schizofreni. Respondenter med patienter med schizofreni tenderade att ha mindre tillit till informationen de fick av patienten och önskade därmed bekräftelse från andra källor. Patienter med schizofreni ansågs ha de svagaste personliga egenskaperna och upplevdes som den största faran för både andra och sig själva. Dessa resultat överensstämmer med vanliga stereotyper om personer med psykisk ohälsa. . (Welch et al. 2015)

7.2 Resultatredovisning för enkätundersökningen

Efter att vi matat in enkätsvaren i kalkylprogrammet SPSS bestämde vi oss för att räkna fram "Frequency", som på svenska betyder frekvens, för att kartlägga attitydernas utspridning. Majoriteten av respondenterna är inte rädda för att bo granne med en person som har en psykisk sjukdom (73 %) medan 5 % av respondenterna höll med påstående att det är skrämmande att bo granne med en sådan person. 33.8% av respondenterna svarade jakande och 8.6% nekande på att man borde betona mindre skyddandet av samhället från personer med en psykisk sjukdom. 23.8 % svarade jakande och 1.9% svarade nekande på att personer som varit psykiatriska patienter är pålitliga barnvakter. Utgående från vårt material kartläggs attityder som är förknippade med stämpeln "mental ohälsa" i allmänhet och vi kan därför inte se skillnader i attityderna gällande de olika diagnoserna.

När vi har nominal- eller ordinalskalor är det bästa sättet för att undersöka samband kostabellsanalys (Barmark 2015). Det här använde vi oss av då vi undersökte samband mellan kön och attityder. Snabbt märkte vi dock att korstabellsanalysen inte var pålitlig på grund av stora skillnader mellan antalet män och kvinnor. Vi fortsatte analysen med att jämföra dessa kön proportionellt genom att använda oss av procenträkning utgående från de antal som nämnts i korstabellens resultat. Svaret omvandlades utifrån decimaltalet till procent. På påståendet " Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre " svarade 40 % av kvinnorna och 31 % av männen jakande. 10 % av både männen och kvinnorna svarade nekande på detta påstående. Mer detaljerade resultat presenteras under tabellerna. För påståendet "Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde" var 2 % av kvinnornas svar och 1 % av männens svar jakande. 49 % av kvinnorna och 40 % av männen svarade nekande. På det sista påståendet "De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter" svarade 23 % av kvinnorna och 26 % av männen jakande. 0.2 % av kvinnorna och 0.1 % av männen svarade nekande.

Resultatredovisning med hjälp av tabeller

I detta kapitel redovisas resultaten av enkätundersökningen i form av tabeller för att ge en snabb överblick och för att göra det lättare att förstå resultaten. Tabellerna härstammar från SPSS och är det svar vi fick då vi räknade ut frekvensen samt studiens statistiska samband med hjälp av programmet.

Tabeller

Den första tabellen ger en översikt över respondentantalet och s.k. missing values som består av tomma svar.

Tabell 1. Frekvens över hur svaren fördelats

| Statistik | | Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde | Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre | De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter |
|-----------|---------|--|--|---|
| N | Valid | 210 | 203 | 207 |
| | Missing | 0 | 7 | 3 |

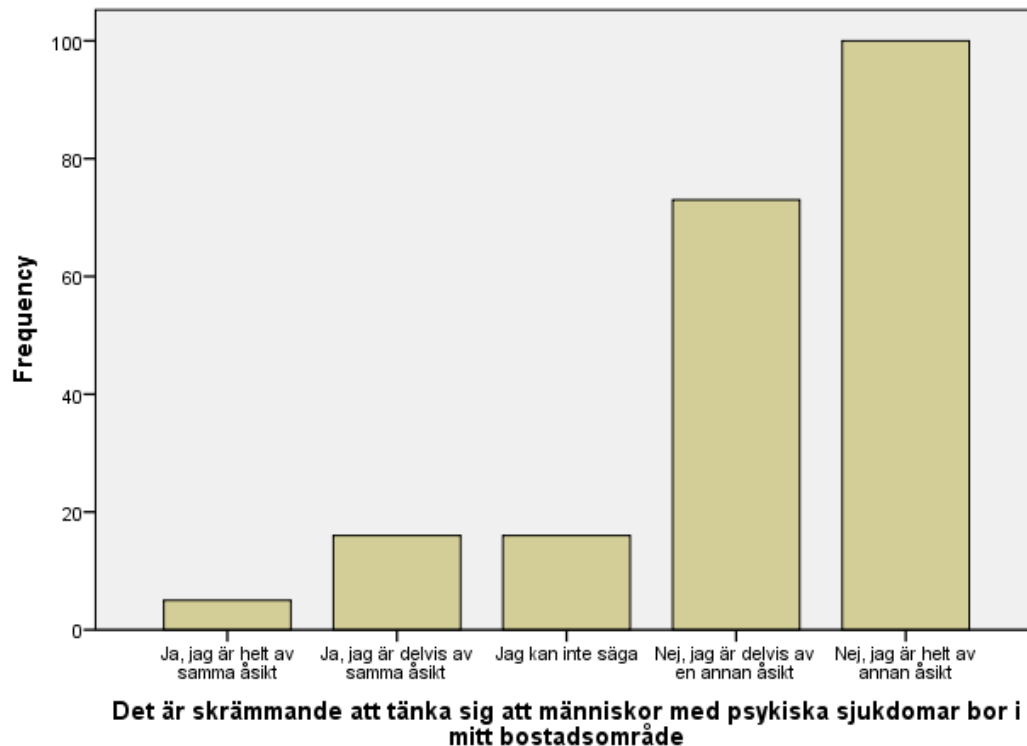
Från tabellen kan vi se att svarsprocenten på de olika frågorna var relativt hög i tanke på att respondentantalet var 210 och som mest var det sju respondenter som lät bli att svara på ett påstående.

De olika påståenden som ingått i enkätundersökningen presenteras på följande sätt: första tabellen i ordning är ett stapeldiagram som lämpar sig för att visuellt ge en överblick över hur svarsalternativens respondentantal förhåller sig till varandra. Här nere kan vi se att de allra flesta har hållit med påståendet men även många har inte kunnat svara på frågan och därför valt svarsalternativet "jag kan inte säga". Efter denna tabell återföljer en noggrannare redogörelse av hur respondenterna svarat. Till sist i ordning för varje enskilt påstående finns

en tabell som utgörs av en korstabulation och jämför skillnaden på hur de olika könen har svarat. Som tidigare nämnts ger dessa korstabulationer ingen större inblick i hur könen förhåller sig till varandra eftersom antalet män och kvinnor skiljer sig stort. Vi har ändå valt att behålla tabellerna för att påvisa hur vi gått till väga och för att visa varifrån vi tagit den information med vars hjälp vi har räknat ut de procentuella skillnaderna.

Figur 1. Svartsfördelningen på det första påståendet

Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde



Utgående från tabellen kan vi se att majoriteten inställt sig positivt gentemot detta påstående. De flesta svaren placerade sig på ”Nej, jag är helt av annan åsikt” och ”Nej, jag är delvis av annan åsikt”. Vi förväntade oss fler negativa attityder angående det önskade sociala avståndet i samband med mental ohälsa.

Tabell 2. En mer detaljerad översikt över svarsfrekvenserna för det första påståendet

Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ja, jag är helt av samma åsikt | 5 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| | Ja, jag är delvis av samma åsikt | 16 | 7,6 | 7,6 | 10,0 |
| | Jag kan inte säga | 16 | 7,6 | 7,6 | 17,6 |
| | Nej, jag är delvis av en annan åsikt | 73 | 34,8 | 34,8 | 52,4 |
| | Nej, jag är helt av annan åsikt | 100 | 47,6 | 47,6 | 100,0 |
| | Total | 210 | 100,0 | 100,0 | |

Tabellen ger en mer detaljerad bild över hur respondenterna valt att svara på de olika svarsalternativen. Då vi ser på denna tabell kan vi ta en närmare titt på ”frequency”, ”frekvens”, som ger en överblick över hur många respondenter svarat på respektive svarsalternativ. Exempelvis har fem respondenter uttryckt sig att hen är av helt samma åsikt och ”valid percent”, ”giltiga procentantalet”, står för den relativa andel som svarat på frågan med eventuella tomma svar borträknade. Det här är vanligen det man rapporterar om.

Tabell 3. Svarsfördelningen mellan könen för det första påståendet

Respondentens kön * Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde Crosstabulation

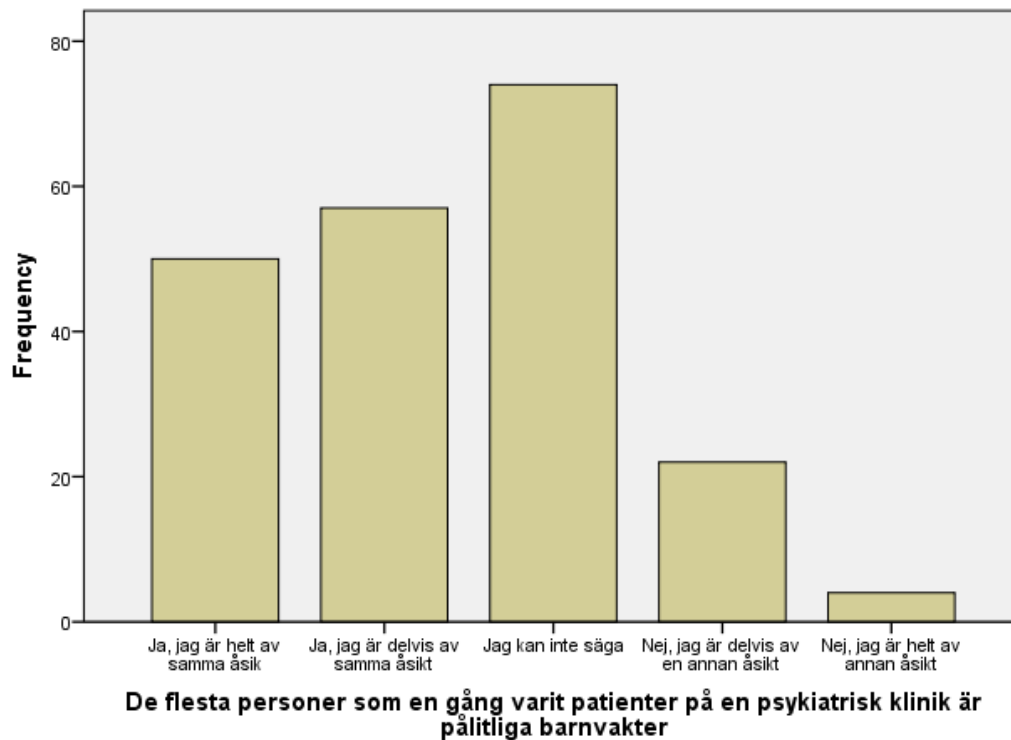
Count

| | | Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde | | | | | |
|-------------------|---------|---|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | Ja, jag är helt av samma åsikt | Ja, jag är delvis av samma åsikt | Jag kan inte säga | Nej, jag är delvis av annan åsikt | Nej, jag är helt av annan åsikt | Total |
| Respondentens kön | Kvinnor | 4 | 13 | 9 | 48 | 72 | 146 |
| | Man | 1 | 3 | 7 | 25 | 26 | 62 |
| Total | | 5 | 16 | 16 | 73 | 98 | 208 |

Tabellen ger en vag bild om hur de olika könen attityder förhåller sig till varandra. Det är svårt att se egentliga skillnader eftersom respondentantalet för respektive kön skiljer sig stort. Vi har som sagt ändå valt att ha med dessa korstabeller för att visa hur vi gått till väga.

Figur 2. Svarsfördelningen på det andra påståendet

De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter



Det verkar som respondenterna haft svårt att ta ställning till detta påstående eftersom så stor mängd av respondenterna svarat ”jag kan inte säga”. Ifall vi ser på de positiva svaren och de negativa svaren har ändå majoriteten förhållit sig instämmande till påståendet.

Tabell 4. En mer detaljerad översikt över svarsfrekvenserna för det andra påståendet

De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ja, jag är helt av samma åsik | 50 | 23,8 | 24,2 | 24,2 |
| | Ja, jag är delvis av samma åsikt | 57 | 27,1 | 27,5 | 51,7 |
| | Jag kan inte säga | 74 | 35,2 | 35,7 | 87,4 |
| | Nej, jag är delvis av en annan åsikt | 22 | 10,5 | 10,6 | 98,1 |
| | Nej, jag är helt av annan åsikt | 4 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| | Total | 207 | 98,6 | 100,0 | |
| Missing | 9,00 | 3 | 1,4 | | |
| Total | | 210 | 100,0 | | |

Från frekvenstabellen kan vi igen se antalet respondenter som svarat på respektive svarsalternativ i ”frekvens” kolumnen samt vilken den giltiga procenten är för varje svar.

Tabell 5. Svarsfördelningen mellan könen för det andra påståendet

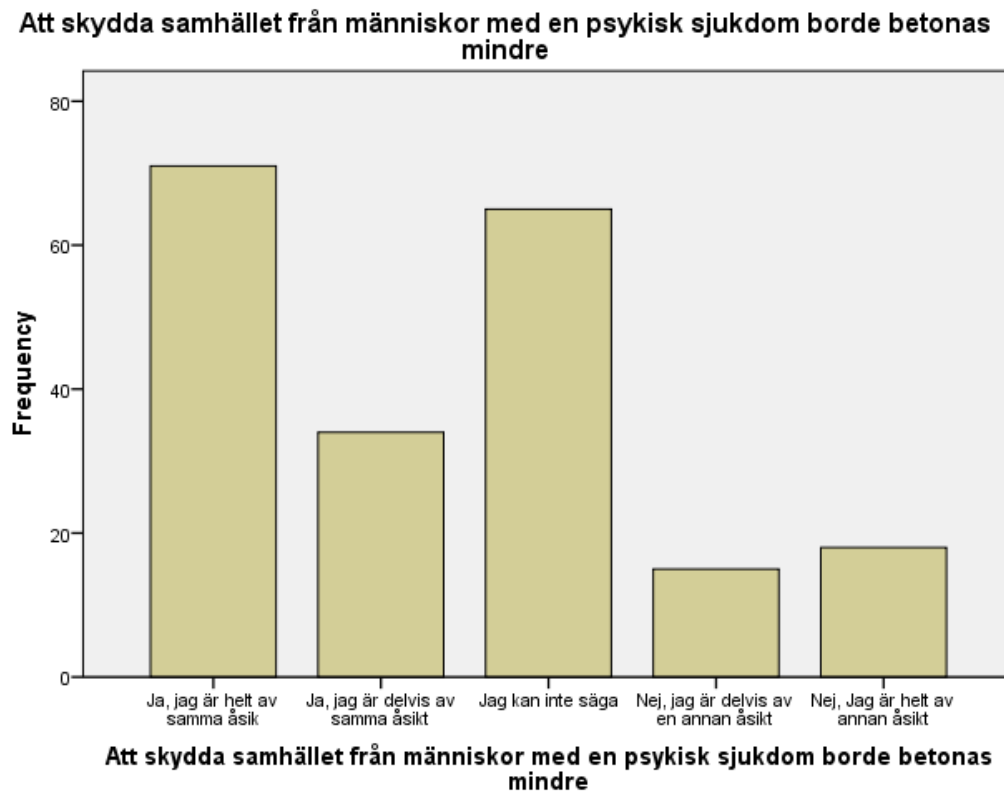
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter * Respondentens kön Crosstabulation

Count

| | | Respondentens kön | | Total |
|---|--------------------------------------|-------------------|-----------|------------|
| | | Kvinna | Man | |
| De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter | Ja, jag är helt av samma åsikt | 34 | 16 | 50 |
| | Ja, jag är delvis av samma åsikt | 43 | 14 | 57 |
| | Jag kan inte säga | 48 | 25 | 73 |
| | Nej, jag är delvis av en annan åsikt | 16 | 5 | 21 |
| | Nej, jag är helt av annan åsikt | 3 | 1 | 4 |
| Total | | 144 | 61 | 205 |

Som tidigare nämnts, får vi inte ut så mycket information genom att enbart titta på korstabellen angående förhållandet mellan kvinnornas och männens svar. Därför har vi underlättat förståelsen med hjälp av att räkna ut den procentuella procenten för båda könen svar.

Figur 3. Svartsfördelningen på det tredje påståendet



Sist men inte minst finns här en frekvenstabell i form av ett stapeldiagram för det sista påståendet. Figuren ger en snabb översikt över hur respondenterna svarat.

Tabell 6. En mer detaljerad översikt över svarsfrekvenserna för det tredje påståendet

Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ja, jag är helt av samma åsikt | 71 | 33,8 | 35,0 | 35,0 |
| | Ja, jag är delvis av samma åsikt | 34 | 16,2 | 16,7 | 51,7 |
| | Jag kan inte säga | 65 | 31,0 | 32,0 | 83,7 |
| | Nej, jag är delvis av en annan åsikt | 15 | 7,1 | 7,4 | 91,1 |
| | Nej, Jag är helt av annan åsikt | 18 | 8,6 | 8,9 | 100,0 |
| | Total | 203 | 96,7 | 100,0 | |
| Missing | 9,00 | 6 | 2,9 | | |
| | System | 1 | ,5 | | |
| | Total | 7 | 3,3 | | |
| Total | | 210 | 100,0 | | |

Här kan vi igen ta en närmare titt på kolumnerna "frequency" och "valid percent".

Tabell 7. Svarsfördelningen mellan könen för det tredje påståendet

Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre * Respondentens kön Crosstabulation

Count

| | | Respondentens kön | | Total |
|---|--------------------------------------|-------------------|-----|-------|
| | | Kvinna | Man | |
| Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre | Ja, jag är helt av samma åsikt | 52 | 19 | 71 |
| | Ja, jag är delvis av samma åsikt | 22 | 11 | 33 |
| | Jag kan inte säga | 42 | 22 | 64 |
| | Nej, jag är delvis av en annan åsikt | 10 | 5 | 15 |
| | Nej, Jag är helt av annan åsikt | 13 | 5 | 18 |
| Total | | 139 | 62 | 201 |

För att få en större uppfattning om de olika könen attityder kan ni gå tillbaka till början av detta underkapitel där resultatet för enkätundersökningen har presenterats i löpande text med hjälp av procenttal.

8 Diskussion

Syftet med vår studie var att redogöra för vilka attityder allmänheten i Finland har gentemot personer som lider av en psykisk sjukdom. Vi ville fokusera på det sociala avstånd som respondenterna önskar sig ha från gruppen i fråga. Dessutom ville vi gå vidare och undersöka ifall eventuella negativa attityder påverkar den somatiska, d.v.s. fysiska vård som ges åt patientgruppen i fråga.

Som metod använde vi oss av ett kvantitativt närmelsesätt i form av en enkätundersökning. Materialet samlades in av tidigare medlemmar i PAD-gruppen och vi slutförde uppgiften med att analysera det resultat som fått av respondenterna. För att få en överblick om hur vården påverkas av attityderna gjorde vi en litteraturstudie av redan befintlig forskning som presenterats i form av forskningsartiklar. Litteraturstudien gjordes med ett induktivt tillvägagångssätt där vi utgick från den empiri som finns till handa och kom på så sätt till en slutsats. Analysen gjordes med hjälp av en innehållsanalys. I detta kapitel kommer vi kortfattat att sammanfatta resultaten av studien samt reflektera kring resultaten utgående från det teoretiska perspektiv vi valt att ha. Dessutom kommer vi att spegla resultaten till bakgrunden.

8.1 Litteraturstudien

Centrala teman som lyftes fram i resultatet var bristfällig vård, ignorans, kortare vårdperioder, socialt avstånd och respektlöshet. Dessa teman behandlar olika problem som kan uppstå i samband med den somatiska vården av personer med psykisk sjukdom.

Underrubriker för socialt avstånd bestod av oförutsägbara, känsliga och farliga patienter som hade en tendens att bli stigmatiserade av vårdpersonalen. Vårdpersonalen önskade sig ha ett större socialt avstånd från dessa personer. Majoriteten av vårdpersonalen visade sig dela stereotypiska åsikter om mental ohälsa. Socialt avstånd var ett återkommande problem i artiklarna, och begreppet hör även till vår teoretiska referensram. Socialt avstånd visade sig ha negativa konsekvenser på kvaliteten av vården, och för att patienten ska få det bästa ut av vården krävs socialt stöd av vårdarna, vilket även kommer fram i vår teoretiska referensram om Salutogenes. För att kunna vårda en patient med psykisk sjukdom på bästa sätt krävs ett

humant perspektiv som får patienten att känna sig meningsfull och får patienten att trots sin sjukdom känna att livet går att hantera.

I kategorin ”Bristfällig vård” behandlades problem som till exempel feldiagnosticering, förlängd diagnosticering och diagnostisk överskuggning. Ignorans var ett återkommande och centralt problem i artiklarna som behandlades. Patienter med psykisk sjukdom sattes som i ”egna bås”, och vårdarna på den somatiska sidan ansåg att patienterna som led av något psykiskt inte var på deras ansvar. Det sociala avståndet till patienterna hade icke önskvärda konsekvenser och ibland även fatala sådana.

Ignoransen innebar att undvika patienter samt att ignorera deras psykiska eller fysiska ohälsa. Ofta fokuserade man endast på en dimension av hälsan vilket inte är kännetecknande för en holistisk vård. Detta återkommande problem kan ses tydligt trots det starka sambandet mellan mental ohälsa och dålig fysisk ohälsa som framkom i artiklarna. När en patient hade ett utmanande beteende, ledde det ofta till att vårdarna ignorerade dem för att slippa undan.

Det visade sig att en del av vårdpersonalen som arbetade med patienter som led av en psykisk sjukdom, speciellt dem med mer komplexa symptom, försökte göra vårdperioderna så korta som möjligt. Ansvaret för dessa patienter överfördes till det psykiatriska teamet. Även detta problem var återkommande i flera olika artiklar.

Respektlöshet innebar att rätten till hälsa var svår att uppnå, delvis på grund av att man fokuserade på andra konkurrerande rättigheter. Där fall angående respektlöshet behandlades i rätten fokuserade man på mänskliga rättigheter som frihet, värdighet och jämlikhet men mindre på rättigheter som rätt till hälso- och sjukvård eller på psykiatriska tjänster. Det fanns barriärer till att känna igen samt hantera fysisk hälsa hos personer med psykiska sjukdomar. I artikeln ”Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature” skrev Ross et al. (2009) att sjukvårdsbranschen har lyckats med att konfrontera flera olika utmaningar genom tiderna och som en konsekvens har man märkbart kunnat minska på lidandet och förse patienter med en god vård som kännetecknas av humanitet och medlidande. Det är nu dags för vårdare att ta tag i utmaningen att eliminera stigma och diskriminering i vården av personer med mental ohälsa.

I dessa undersökningar kunde man se att önskan om ett stort socialt avstånd var ett återkommande problem, så centralt att detta begrepp blev till ett eget tema i vår innehållsanalys. Socialt avstånd är ett hinder för social integrering vilket är en del av det sociala stöd som behövs för att uppnå hälsa enligt det salutogenetiska perspektivet. Möjlighet till vård är även en del av begreppet socialt stöd som definierades av Langeland och Vinje (2016). Eftersom den fysiska hälsan prioriterades och psykiska hälsan åsidosattes kan man se detta som ett hinder för en helhetsmässig vård. Eftersom den psykiska hälsan inte värdesattes lika högt på den somatiska sidan kan man tolka det som respektlöshet mot patienterna i fråga. Respektlöshet är även en komponent som bidrar till socialt stöd och därmed främjar hälsan.

Utgående från det salutogenetiska perspektivet inom den psykiatriska vården har vårdpersonalen på den somatiska sidan misslyckats med att erbjuda vård som omfattar komponenterna ”tillgivenhet”, ”möjlighet till vård”, ”social integrering”, ”värdesättning”, ”tillförlitlig stödgrupp” samt ”vägledning”. Dessa komponenter beskrevs under begreppet socialt stöd i vårt kapitel om salutogenes i referensramen och ansågs vara en resurs för hälsa. Vi kan se i artikeln ”The physical health of people with mental illness and the ’right to health’” att personer som led av fetma samt depression fick inte lika mycket rådgivning gällande kosten som den övriga befolkningen fick. Detta tyder på brister gällande komponenten ”vägledning”.

I artikeln ”Liaison psychiatry professionals’ views of general hospital care for patients with mental illness in the general hospital setting” beskrevs ett fall där en 70 årig man som hade alzheimers och insjuknade i en hjärtinfarkt på demensavdelningen blev utan vård eftersom läkaren på det allmänna sjukhuset ansåg att han inte behövde någon form av behandling på grund av att han hade demens. I det här fallet fanns de brister gällande komponenten ”möjlighet till vård” som är en del av det sociala stöd som bidrar till hälsa.

Då vi jämför våra resultat med artikeln ”*The variability of nursing attitudes towards mental illness*” kan man se att vården på somatiska avdelningar generellt sett varit sämre för personer som lider av mental ohälsa i jämförelse med vården som ges på de psykiatriska avdelningarna. Resultaten var inte överraskande men det var tragiskt att se hur fatala följder attityderna kan ha för vården.

Sambandet mellan negativa attityder och bristfällig vård kunde i framtida studier undersökas i en inhemsk miljö. Med hjälp av de databaser vi använde för litteratursökningen kunde vi inte hitta inhemsk forskning gällande vår forskningsfråga. Man kunde även göra en utvärdering gällande olika metoder som använts för att minska på dessa negativa konsekvenser. Utvärdering av anti-stigma kampanjer i Finland finns inte tillgängligt i tidigare forskning enligt Aromaa (2011).

8.2 Enkätundersökningen

Trots vårt antagande att de negativa attityderna fortfarande är starkt närvarande i vårt samhälle visade det sig att majoriteten innehar positiva attityder gentemot psykisk ohälsa. 73 % av respondenterna ansåg att de inte känner rädsla angående tanken att bo nära en person som lider av psykisk ohälsa. 5 % av respondenterna ansåg att det vore skrämmande. Denna fördelning är positivt överraskande. Till påståendet att man borde betona mindre skyddandet av samhället från dessa personer förhöll sig 33,8 % av respondenterna instämmande. 8,6 % ansåg att man inte borde göra det. Det sista påstående vars svar vi betraktade handlade om att personer som någon gång varit patienter på en psykiatrisk anstalt trots detta är pålitliga barnvakter. 23 % var av den åsikten att de höll med påståendet medan 1,9 % förhöll sig motstridande gentemot detta påstående.

Vi undersökte även om det finns könsskillnader angående attityderna. Utgående från tidigare forskning var vårt antagande att kvinnor innehar mer positiva attityder. Utgående från våra resultat höll fler kvinnor (40 %) med om att vi inte borde skydda samhället från denna grupp medan 31 % av männen förhöll sig instämmande till detta. Trots detta tyckte 2 % av kvinnorna att vi borde skydda samhället till skillnad från männens 1 %. Då vi snabbt betraktar dessa resultat kunde man dra slutsatsen att kvinnorna önskar sig ha ett mindre socialt avstånd men å andra sidan är en högre procent av kvinnorna av den åsikten att vi borde skydda samhället. Gällande grannskapet var 49 % av kvinnorna och 40 % av männen av den åsikten att det inte vore skrämmande att bo nära personer med en psykisk sjukdom. I likhet med senaste svar förhöll sig 2 % av kvinnorna och 1 % av männen negativt till detta påstående och var av den åsikten att det vore skrämmande. 23 % av kvinnorna och 26 % av männen ansåg att personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk anstalt fortfarande är pålitliga barnvakter. 0,2 % av kvinnorna och 0,1 % av männen förhöll sig motsägande till detta.

Till de två första påståendena förhöll sig fler kvinnor än män positivt fastän motsägande åsikterna var fler i kvinnogruppen. På det sista påståendet var de fler män som accepterade personer med en psykisk sjukdom som barnvakter. Dessutom var fler kvinnor än män av den åsikten att dessa personer inte är pålitliga. Attityderna verkar vara ganska jämnt fördelade mellan könen och det är svårt att ta ställning till vem som innehar bättre attityder. I artikeln som beskrev i vår litteraturöversikt av Aromaa (2011) var skillnaden mellan könen tydliga och det visade sig att kvinnor generellt sett har betydligt bättre attityder gällande mental ohälsa. Det ansågs även att könet är den mest betydande variabeln för attityderna.

Utgående från kapitlet "Vården i förändring" var Finland en föregångare med att börja prata öppet om mental ohälsa. Detta kan vara förklarande till att attityderna hos allmänheten var bättre än vi förväntade.

Centrala aspekter inom vår teoretiska referensram är att den subjektiva upplevelsen av ens hälsa grundar sig på känslan av sammanhang. Denna känsla uppstår då begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet präglar personens liv. Hälsoresurser är bland andra sociala stöd och självidentitet. Faktorer som ingår i det sociala stödet är tillgivenhet, möjlighet till vård, social integrering, värdesättning samt tillförlitlig stödgrupp och vägledning. Eftersom negativa attityder enligt tidigare forskning har en negativ påverkan på engagemanget för att uppsöka vård samt för den sociala integreringen vore det önskvärt att de få negativa attityder som fortfarande existerar skulle elimineras. Ett större socialt stöd från medmänniskorna skulle främja hälsan. Vi är trots allt nöjda med att de negativa attityderna inte är fler än så här. Det önskvärda sociala avståndet var mindre än vi trodde det skulle vara. Detta främjar även integreringen i samhället.

I framtida studier kunde man jämföra attitydernas fördelning mellan olika generationer samt utreda vilka metoder för att eliminera stigma skulle passa bäst för den finländska befolkningen.

Sammanfattning

Då vi jämfört resultaten från enkätundersökningen med vår litteraturstudie verkar det som om attityderna skulle vara mer negativa hos sjukvårdspersonal i jämförelse med den övriga befolkningen. Trots att högre utbildning nämns vara en betydande faktor bakom mer positiva attityder enligt Aromaa (2011) så kunde man i artikeln "Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature, skriven av Ross (2009) se att sjukskötare som jobbar inom psykiatri kan ha negativa attityder gentemot mental ohälsa. Stigma och negativa attityder var speciellt riktade mot personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. Psykiatriska sjukskötare hade även generellt sett mer negativa tankar om möjligheter till rehabilitering och denna hopplöshet kunde lätt överföras till patienterna.

Med tanke på att dåliga erfarenheter inom vården kan bidra till negativa attityder gentemot en patientgrupp kan skillnaden mellan våra studiers resultat bero på att vårdpersonalen utsätts i större sträckning för eventuella dåliga erfarenheter i samband med patienternas mentala ohälsa och utvecklar därmed sämre attityder än den övriga befolkningen.

9 Kritisk granskning

Som tidigare nämnts då vi presenterade hur den kvantitativa studien gått till var det en fördel för oss att materialet samlats in tidigare av personer som ingått i PAD-gruppen eftersom vi har haft mer tid att fokusera på andra delområden i detta arbete. Trots denna fördel blev det till en nackdel för den forskningsetiska hållbarheten eftersom vi inte haft någon kontroll över att urvalet och undersökningen skett enligt de forskningsetiska principerna. Dock har Jukka Piippo som varit en av dem som genomfört studien tidigare erfarenhet av forskning och vi hoppas därmed att de flesta kraven uppfyllts.

Eftersom majoriteten av data samlats in under olika tillfällen som behandlade mental ohälsa och eftersom dessa evenemang dessutom var frivilliga är det möjligt att endast de som är intresserade av mental hälsa deltog i undersökningen. Svaren vi fått från enkätundersökningen är inte nödvändigtvis representativa för hela vårt samhälle trots att fördelen med det kvantitativa närmelsesättet är att resultaten är generaliserbara.

De kvantitativa studierna som ingick i kursen "Vetenskapsteori och metodik" var väldigt kortfattade och eftersom vi inte någonsin har tidigare erfarenhet av statistik blev detta en stor utmaning i processen. Vi har trots detta tillit till att resultaten blev korrekta eftersom vi fått stor hjälp av bokserien "Statistisk verktygslåda" som detaljerat beskriver hur man skall gå till väga då man matar in insamlad data på SPSS. Vi säkerställde att data matades in korrekt genom att en av oss läste upp svaren högt medan andra skrev in koden för svaret i fråga i SPSS.

Gällande den kvalitativa studien finns det även en del faktorer att reflektera kring eftersom det här är vårt första akademiska forskningsarbete. Sökorden som använts är väsentliga och vägledande för det resultat som vi slutligen fått i vår litteraturstudie. Sökord som t.ex. "attitudes" gav med stor sannolikhet resultat som omfattar forskning där attityder har undersökts och där hypotesen bakom intresset för forskningen eventuellt varit att det finns negativa attityder och stigma. Dock fanns det artiklar i vår studie där forskning har gett resultatet att det inte finns så mycket negativt att säga kring den somatiska vård som ges för personer som lider av mental ohälsa och på detta sätt fick vi ett någorlunda pålitligt svar på den fråga vi ville att skulle besvaras. På grund av de tidsmässiga resurser vi haft för arbetet inkluderade vi endast sex artiklar i vår studie. Detta bestämde vi även på grund av att vi hade

svårt att hitta artiklar som behandlade just det som vi valt att forska i trots otaliga sökningar. Det skulle ha varit önskvärt att studera åtminstone 10 artiklar för att kunna generalisera resultatet i så hög grad som det är möjligt att generalisera ett resultat från en kvalitativ undersökning. Dock inkluderade vi alla artiklar som vi båda ansåg att behandlade den fråga som vi ställt.

Artiklarna var utländska och det är inte säkert att stigma kring mental ohälsa och vården av dem som lever med psykisk ohälsa är den samma i Finland som den är i länder där forskningarna var gjorda. Vi valde huvudsakligen forskning som gjorts i länder vars kultur påminner om vår för att få ett så sanningsenligt resultat som möjligt. Dessutom läste vi båda igenom allt material för att jämföra att vi förstätt den komplicerade engelska texten korrekt. För att underlätta översättandet använde vi oss av en engelsk-svensk ordbok.

Källor

- Andersson Sven 2009, *Hälsa och psykologi*, Studentlitteratur AB, Lund.
- Angelöw, B., Jonsson, T. & Stier, J. 2015, *Introduktion till socialpsykologi*, 3 uppl., Studentlitteratur AB, Lund.
- Antonovsky, A., 1987, *Hälsans mysterium*, uppl. 2, Bokförlaget natur och kultur, Stockholm.
- Aromaa, E., 2011, 12.12.-Senaste uppdatering, *Attitudes towards mental disorders in a general population in Finland*.
Tillgänglig: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37001/978-952-245-525-3.pdf?sequence=1> [2018, 26.2.].
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K., 2011, "Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland", *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 65, nr. 2, s.125-132.
- Aveyard, 2007, *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*, Open University Press Mc Graw Hill, England.
- Barmark, M. & Djurfeldt, G., 2015, *Statistisk verktyglåda 0*, Studentlitteratur, Lund.
- Battams, S. & Henderson, J. 2010, "The physical health of people with mental illness and "the right to health"", *Advances in mental health*, vol. 9, nr. 2, s. 116-129.
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008, "Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.", *Scandinavian journal of caring science*, vol. 22, nr. 2, s. 170-177.
- Bottero, W., 2005, *Stratification: Social division and inequality*, Routledge, London, New York.
- Brunero, S., Buus, N. & West, S., 2017, "Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study", *Archives of psychiatric nursing*, vol. 31, nr. 6, p. 614-623.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M.A.R., Scott, A., Staniulienė, V. & Zanotti, R., 2010, "Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, nr. 3, s. 350-362.
- Coser, L., 1998, *Masters of sociological thought: Ideas in historical and social context*, 2 uppl, Harcourt brace Jovanovich, USA.
- Eriksson, T. & Wiedersheim, P., 2014, "Att utreda, forska och rapportera", 10 uppl., Liber, Malmö.
- Eskola Jarkko & Karila Antti, 2007, *Mielekäs Suomi: Näkökulmia mielenterveystyöhön*, Edit Prima OY, Helsinki.
- Flyckt, L., *Psykisk störning*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/psykisk-störning> [2017, 17.11.].
- Forskningsetiska delegationen 2012, "God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland, s. 44.
- Gassne, J., 2008, *Salutogenes, Kasam och socionomer*, Lunds universitet.
- Goffman, E., 1972, *Stigma: den avvikandes roll och iden*, 4 uppl., Norstedts förlag, Stockholm.
- Henricson, M. 2012, *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, Studentlitteratur AB, Lund.

- Hinshaw, S., Cicchetti, D. & Toth, S., 2007, *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change*, Oxford university press, Oxford, New York.
- Jacq, K., Norful, A.A. & Larson, E., 2016, "The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 20, nr. 6, s. 788-796.
- Jacobsen, 2010, "Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete, Studentlitteratur: Kristiansand.
- Karolinska institutet, Svensk Mesh, u.å. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/term/D012929/social-distance> [6.6.2018]
- Langeland, E. & Vinje, H. 2017, "Chapter 28 The Application of Salutogenesis in Mental Healthcare Settings" in *The handbook of Salutogenesis*, Springer.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017, *Psykiatria*, 12 uppl, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Nationalencyklopedin, salutogen.
Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/salutogen> [2018, 4.1.].
- Nationalencyklopedin, somatisk. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/somatisk> [6.6.2018]
- Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes- Cordoba, E., Gale-Grant, O. & Henderson, C., 2017, "Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting., *Journal of psychosomatic research*, vol. 95, s. 26-23.
- Rosén, A. u.å.-senaste uppdatering, *Attityd*.
Tillgänglig: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/attityd> [2017, 13.11.].
- Ross, C.A. & Goldner, E.M. "Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 16, s. 558-567.
- Sarantakos, S. 1998, *Social research*; Macmillan press LTD, Hong Kong.
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L., Murray, J. & Thornicroft, G. 2014, "Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study.", *Public library of science*, vol. 9, nr. 11, s. 1-8.
- Taylor & Dear u.å., "Scaling community attitudes towards the mentally ill. Tillgänglig: <https://camiscale.com/> [6.6.2018]
- Toth, S.L., Hinshaw, S.P. & Cicchetti, D. 2007, *The Mark of Shame*, Oxford University Press, US.
- Wahlbeck, K. & Aromaa, E. 2011, *Research on stigma related to mental disorder in Finland: a systematic overview*. Tillgänglig: <https://thl.fi/documents/189926/1496851/Research+on+stigma+related+to+mental+disorders+in.pdf/10807128-233a-4603-81ba-d7cd66af066e> [2018, 26.2.].
- Wark, C. & Gallihe, J. 2007, "Emory Bogardus and the origins of the social distance scale", *The american sociologist*, vol. 38, nr. 4.
- Welch, L., Litman, H., Borba, C., Vincenzi, B. & Henderson, D. 2015, "Does a Physician's Attitude toward a Patient with Mental Illness Affect Clinical Management of Diabetes? Results from a Mixed-Method Study.", *Health services research*, vol. 50, nr. 4, s. 998-1020.
- WHO, 2016, *Mental health: strengthening our response*.
Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> [2017, 17.11.].

WHO u.å.-senaste uppdatering, *Stigma and discrimination*.

Tillgänglig: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination> [2017, 20.11.].

Bilagor

Blaga 1. En redogörelse av vår informationsökning

| Databas | Sökord | Begränsningar | Träffar, valda |
|-----------------------|---|---------------|---|
| Academic search elite | Mental illness AND physical symptoms | 2010-2018 | 261 träffar, artikel 1 inkluderades |
| Google scholar | Mental illness AND attitudes AND nursing profession | 2007-2018 | 18 000 träffar, artikel 2 inkluderades |
| Academic search elite | Mental illness AND somatic care OR general hospital AND attitudes | 2010-2018 | 127 träffar, artikel 3 & 5 inkluderades |
| Academic search elite | Mental illness AND physical health AND right to health | 2010-2018 | 23 träffar, artikel 6 inkluderades |
| Science direct | Mental illness AND general hospital AND nurses | 2010-2018 | 527 träffar, artikel 4 inkluderades |

| | | | |
|-----------------------|--|-----------|------------------------------|
| Academic search elite | Mental illness AND attitudes AND consequences OR effects OR outcomes | 2010-2018 | 1299 träffar, 0 inkluderades |
|-----------------------|--|-----------|------------------------------|

Bilaga 2. En redogörelse för de artiklar som inkluderats i litteraturstudien

| Författare, årtal | Artikelns namn | Sammanfattning |
|--|--|--|
| Guy Shefer et al. 2014 (artikel nr.1) | Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study | Forskarna redogjorde hur vanligt det är att fysiska symptom tolkas som psykiska hos en person som lider av mental ohälsa samt vilka orsaker som ligger bakom detta fenomen som kallas ”diagnostisk överskuggning”. Detta undersöktes på fyra olika jourpolikliniker i London. Bakomliggande faktorer ansågs vara tidsbrist, en rörig omgivning samt stigmatiserande attityder. Två dödsfall och fem allvarliga skador rapporterades ha uppstått på grund av diagnostisk överskuggning. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>C. A. Ross & E. M. Goldner 2007 (artikel nr. 2)</p> | <p>Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature</p> | <p>Forskarna gjorde en litteraturstudie för att utforska stigma, negativa attityder och diskriminering som är förknippade med mental ohälsa. Sjukskötare inom allmänmedicin visade sig ofta bära negativa attityder förknippade med rädslor, klander samt fientlighet och detta visade sig vara skadligt för vården. Bristfällig säkerhet samt kunskapsbrist kunde bidra till dessa attityder. Stigma riktades även mot kollegor som led av psykisk ohälsa. Även sjukskötare inom den psykiatriska vården bar negativa attityder som ledde till diskriminering, de hade även en sämre syn på rehabilitering av psykisk sjukdom.</p> |
| <p>J. Noblett et al. 2017 (artikel nr. 3)</p> | <p>Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting</p> | <p>I studien som omfattade dels en kvantitativ metod och dels av en kvalitativ metod undersökte vården inom allmänmedicin. Så mycket som 99 % av dem som besvarade enkäterna var oroliga över kvaliteten av den somatiska vården som ges de psykiskt sjuka. 44 % har upplevt problem gällande vården varje vecka. Som allmänna problem ansågs diagnostisk överskuggning, försenad diagnostisering samt respektlöshet för patientens självbestämmanderätt. Bidragande faktorer kunde delas upp under följande kategorier: yrkesnivå, vårdrelation samt miljöfaktorer.</p> |
| <p>Brunero, S. et al. 2017 (artikel nr. 4)</p> | <p>Categorising Patients with Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward:</p> | <p>Studien omfattade en fokusgrupp intervju med sjukskötare inom den kirurgiska vården. Marginalisering av vissa patientgrupper samt bristfällig vård försvarades med att kategorisera patienterna som utmanande, oberäknliga, emotionella och farliga. Sjuksköterna tyckte att dessa patienter hör till den psykiatriska vården och de måste ge rikligt medicin för</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | A Focus Group Study. | att kunna undersöka de fysiska symptomen. De prioriterade den fysiska hälsan och åsidosatt den psykiska. De skyllde på en orolig miljö, tidsbrist samt brist på kunskap. |
| Welch L. S. 2017 (artikel nr. 5) | Does a Physician's Attitude toward a Patient with Mental Illness Affect Clinical Management of Diabetes? Results from a Mixed-Method Study | Studien som omfattade enkäter och intervjuer undersökte ifall det fanns samband mellan negativa attityder och bristfälligheter inom vården då det gällde patienter som vårdas för diabetes. Uppföljningstiden varierade för de olika patientgrupperna. Vårdarna höll kontakt med patienter som lider av schizoaffektiv störning en kortare tid. De litade även sämre på den information som dessa patienter uppgav och vårdarna använde sig därför av alternativa datainsamlingsmetoder. Stigmatiserande information dokumenterades inte men gavs muntligt till kollegorna. Schizoaffektiva patienter ansågs vara inkompetenta, mindre varma och våldsamma trots att de betedde sig lika som de andra. Inga större bristfälligheter i vården upptäcktes. |
| Battams Samantha & Henderson Julie 2010 (artikel nr. 6) | The physical health of people with mental illness and the "right to health" | En litteraturstudie gjordes för att utreda hur rätten till somatisk vård uppfylls i verkligheten för dem som lider av en svår psykisk sjukdom. Det visade sig att kvaliteten på vården är sämre för denna patientgrupp. Postoperativa komplikationer är vanliga för personer med schizofreni. Överviktiga personer som lider av depression får sämre näringsråd och personer som lider av schizofreni hade färre kolesterol kontroller samt spirometriundersökningar i förhållande till den övriga befolkningen. Trots att cancer prevalensen är lika stor |

| | | |
|--|--|---|
| | | för den övriga befolkningen är dödsfallen fler för patienter som lider av en psykisk sjukdom. |
|--|--|---|

Bilaga 3. Enkäten

Community Attitudes towards Mental Illness

Vi ber dig vänligen att svara på detta frågeformulär som utgör en del av PAD projektets uppföljning. Uppgifterna kan inte användas till att identifiera dig, vi begär endast om din e-postadress så att vi kan skicka ett uppföljande frågeformulär åt dig om ett par månader.

Vi uppskattar att du svarar så ärligt som möjligt, tack!

Kön

Kvinna

Man

Ålder: _____

E-postadress: _____

1. Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

2. Så långt det är möjligt bör psykiatrisk verksamhet bedrivas i öppna vårdformer

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

3. Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle, som har en psykisk sjukdom

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

4. Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

5. Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom för att få psykiatrisk vård

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

6. Den lokala befolkningen behöver inte vara rädd för de människor som besöker deras närområde för att få psykiatrisk vård

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

7. Ingen har rätt att utestänga människor med en psykisk sjukdom från deras grannskap

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

8. Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

9. Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

10. De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

11. Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

12. Människor med en psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta människor tror

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

13. Människor med en psykisk sjukdom ska inte behandlas som utstötta från samhället

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

14. Människor med en psykisk sjukdom bör isoleras från resten av samhället

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

15. Utlokalisering av en psykiatrisk verksamhet till ett bostadsområde utgör ingen fara för lokalbefolkningen

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

16. Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

17. Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

18. Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

19. Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

20. Att ha människor med en psykisk sjukdom boende i ett bostadsområde må hända vara bra för dem, men riskerna för lokalbefolkningen blir i så fall alltför stora

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt

21. Jag skulle hellre vilja ha en kvinna som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne, än en man som tidigare varit patient inom psykiatrin som granne

- Ja, jag är helt av samma åsikt
- Ja, jag är delvis av samma åsikt
- Jag kan inte säga
- Nej, jag är delvis av en annan åsikt
- Nej jag är helt av en annan åsikt