



# **Bemötande av patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården**

Isa Eklöf & Mia Lundell

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	20095, 21734
Författare:	Isa Eklöf & Mia Lundell
Arbetets namn:	Bemötande av patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	HUS
<p>Sammanfattning:</p> <p>Med detta examensarbete tog vi del av projektet “Vi bryr oss om” som är ett etikprojekt och är drivet i samarbete med HUS och yrkeshögskolorna Arcada, Metropolia samt DIAK. Tidigare forskning visar att det fortfarande finns fördomar mot patienter med psykisk ohälsa. Avsikten med examensarbetet är att utreda vårdarnas attityder inom det somatiska vårdandet mot patienter som lider av psykisk ohälsa samt hur dessa attityder påverkar bemötandet och vårdandet av patienter i syfte att minska dessa patienters vårdlidande. Den teoretiska referensramen i arbetet är Katie Erikssons teori om lidande, där fokusen ligger på vårdlidande. Frågeställningarna som valdes och stöder studiens syfte är följande: Hurudana attityder finns det mot patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska sjukvården? Hur påverkar vårdarnas attityder mot patienter med psykisk ohälsa på det somatiska vårdandet? Hur skall man inom det somatiska vårdandet bemöta patienter som lider av psykisk ohälsa? Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie där sju forskningsartiklar har analyserats med hjälp av innehållsanalys enligt Kyngäs &amp; Vanhanen. Resultatet visar att det ännu idag råder stigmatiserande attityder samt fördomar mot denna patientgrupp. Negativa attityder kan leda till sämre vård genom t.ex. undertolkning av symtom och förorsaka vårdlidande. I resultatet kommer det också fram att relationen mellan vårdaren och patienten spelar en viktig roll. Kontinuitet och stabilitet hos vårdare ökar patientens förtroende mot vårdare samt främjar patientens tillit till att söka upp sjukvårdstjänster.</p>	
Nyckelord:	Psykisk ohälsa, stigma, attityder, somatisk sjukvård, HUS, vi bryr oss om, vårdlidande
Sidantal:	49
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	25.5.2020

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Registered nurse
Identification number:	20095, 21734
Author:	Isa Eklöf & Mia Lundell
Title:	Encounter of patients with mental illness in somatic care
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	HUS
Abstract:	
<p>This thesis is part of the ethics project “We care” which is made in collaboration between HUS and universities of applied sciences Arcada, Metropolia and DIAK. Previous studies show that people today still hold prejudicial attitudes toward patients with mental illness. The purpose of this study is to investigate what kind of attitudes exist among care providers in somatic care toward patients with mental illness and how these attitudes affect the encounter and caring of patients in aim to avoid causing any suffering of care to these patients. The theoretical framework chosen to this study is also suffering, written by Katie Eriksson, focusing on suffering of care. The research questions which support the aim of this study are: What kind of attitudes do care providers have toward patients suffering from mental illness in somatic care? How does the attitudes care providers have toward patients with mental illness affect the somatic care? How should patients suffering from mental illness be encountered in somatic care? This thesis is a qualitative literature study and the method used in this study is content analysis by Kyngäs &amp; Vanhanen. Seven articles which contribute to the result have been chosen to the analysis section. The results show that today there are still attitudes comprehending stigma and preconceptions toward this type of patients. Negative attitudes can lead to poorer care by underestimating symptoms and by causing suffering of care. Additionally, the results show that the relation between the care provider and patient has a significant meaning in terms of the encounter. Continuity and stability among healthcare staff also increase the trustworthiness to patients and general seeking of health care services.</p>	
Keywords:	Mental illness, stigma, attitudes, somatic care, HUS, we care, caresuffering
Number of pages:	49
Language:	Swedish
Date of acceptance:	25.5.2020

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	20095, 21734
Tekijä:	Isa Eklöf & Mia Lundell
Työn nimi:	Psykiatrisen potilaan kohtaaminen somaattisessa hoitotyössä
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	HUS
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa “Me välitämme” -etiikkaprojektia, joka on tehty yhteistyönä HUS:in ja ammattikorkeakoulujen Arcadan, Metropolian sekä DIAK:in kanssa. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että vielä tänäkin päivänä ihmisillä on ennakoivia asenteita mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita kohtaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia asenteita hoitohenkilökunnalla on mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita kohtaan somaattisessa hoitotyössä sekä millä tavoin nämä asenteet vaikuttavat kohtaamiseen ja hoitotyöhön tätä potilasryhmää kohtaan. Tavoitteena on vähentää potilaan hoitokärsimystä. Teoreettiseksi viitekehikseksi valikoitui näin ollen kärsimys, Katie Erikssonin kirjoittamana, painopisteellä hoitokärsimys. Tutkimuskysymykset, jotka tukevat tutkimustarkoitusta ovat: Millaisia asenteita hoitajilla on mielenterveyspotilaita kohtaan somaattisessa hoitotyössä? Millä tavoin hoitajien asenteet vaikuttavat mielenterveydenhäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon somaattisessa hoitotyössä? Miten mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä potilaita kuuluu kohdata somaattisessa hoitotyössä? Opinnäytetyö on kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus ja menetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä, Kyngäs &amp; Vanhasen mukaan. Seitsemän tutkimusartikkelia, jotka myötävaikuttavat tutkimustyön tuloksessa valittiin analyysiosioon. Tutkimustulokset osoittavat, että nykypäivänä vallitsee edelleen stigmatisoivia ja ennakoivia asenteita tätä potilasryhmää kohtaan. Tulokset osoittavat myös, että hoitajan ja potilaan välinen suhde vuorovaikutustilanteessa on tärkeä ja että jatkuvuus ja vakaus hoitohenkilökunnassa lisää potilaan luottamusta henkilökuntaa kohtaan sekä halukkuutta hakeutua hoitoon.</p>	
Avainsanat:	Mielenterveys, stigma, asenteet, somaattinen hoitotyö, HUS, me välitämme, hoitokärsimys
Sivumäärä:	49
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	25.5.2020

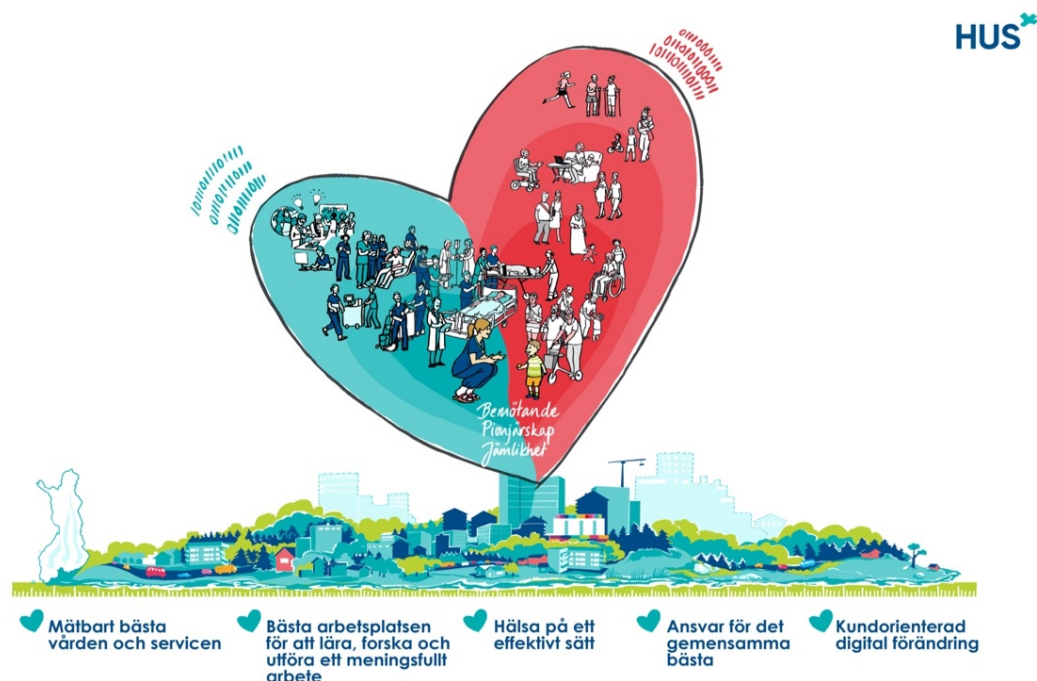
# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>7</b>
2.1	Psyisk ohälsa.....	8
2.2	Somatisk vård.....	9
2.3	Bemötande .....	9
2.4	Stigma och attityder.....	10
2.5	Stigmatologi .....	11
<b>3</b>	<b>Studiens syfte och frågeställningar .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Teoretisk referensram.....</b>	<b>13</b>
4.1	Lidande.....	13
4.2	Vårdlidande .....	15
4.3	Sammanfattning .....	17
<b>5</b>	<b>Metod.....</b>	<b>17</b>
5.1	Datainsamling.....	17
5.2	Innehållsanalys.....	18
<b>6</b>	<b>Material.....</b>	<b>20</b>
6.1	Attityder bland vårdgivare inom somatisk sjukvård .....	20
6.2	Faktorer som kunde påverka erfarenheterna om god psykiatrisk vård .....	22
6.3	Faktorer som kunde hindra eller underlätta tillgång till somatisk vård.....	25
6.4	Sammanfattning .....	28
<b>7</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>29</b>
7.1	Attityder bland vårdgivare.....	30
7.2	Attityders påverkan på vård.....	31
7.3	Bemötande av patienter som lider av psykisk ohälsa.....	33
7.4	Resultatet i relation till den teoretiska referensramen .....	34
<b>8</b>	<b>Etiska överväganden .....</b>	<b>37</b>
<b>9</b>	<b>Kritisk granskning.....</b>	<b>39</b>
<b>10</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>41</b>
	<b>Källor / References .....</b>	<b>43</b>
	<b>Bilagor / Appendices.....</b>	<b>47</b>

# 1 INLEDNING

Med vårt examensarbete tar vi del i projektet “Vi bryr oss om”, som görs i samarbete med HUS. Detta är initierat av HUS år 2017 och är ett etikprojekt var studeranden har möjlighet att ta med etiska överväganden och synvinklar inom vården. Över ca en halvmiljon patienter, som består av invånare inom de 24 medlemskommunerna, vårdas årligen på HUS och därpå en stor mängd av vården för svåra och sällsynta sjukdomar är koncentrerade där (Om HUS). Strategiprogrammet som HUS publicerat för åren 2012–2016 innehåller information om deras värderingar och mål. Med målen tar de fasta på till exempel att alla patienter ska vårdas oavsett sin bakgrund och att bemötandet sker på ett respektfullt, individuellt och humant sätt (HUS – en föregångare, s. 5–6).

I vårt examensarbete undersöker vi stigma och attityder mot patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska sjukvården – hur de möjligtvis kan påverka vårdandet och hur vi kan göra vården bättre genom vårt bemötande. Vi vill ta hänsyn till HUS värderingar som är bemötande, jämlikhet och pionjärskap. I figur 1 är de uppdaterade värderingarna och strategiska målsättningarna nämnda tillsammans med den tecknade bilden.



Figur 1. HUS värderingar (Bild: HUS strategi)

Vi blev intresserade av detta projekt eftersom det gav en möjlighet till ett ganska brett område, att hitta ett ämne och att få skriva om något som intresserar oss själva. Det som vi redan hade funderat på var intresset av patienter med någon psykisk diagnos i bakgrunden, projektet gav möjligheten att fördjupa oss i det. Vi har båda mött patienter i olika situationer under praktiker och arbete. Inom somatiska vården har vi vissa gånger stött på patienter med psykisk ohälsa och märkt att dessa patienter inte alltid får sådant bemötande som det psykiska tillståndet av patienten skulle kräva eller att de bemöts annorlunda än patienter utan psykisk diagnos.

Var femte finländare lider av en mental störning, och till och med 1,5% av befolkningen insjuknar årligen. Åtminstone var tionde finländare upplever minst en allvarlig depressionsperiod under sitt liv (Huttunen, 2017). Vården av denna patientgrupp är en stor del av våra hälso- och sjukvårdstjänster, vilket betyder att det skulle vara viktigt att lägga mer märke på bemötande för att minska vårdlidande.

Som teoretisk referensram har vi valt teorin om lidandet (Eriksson, 1994), med tyngdpunkten på vårdlidande, eftersom vårdlidande och en patients bristande bemötande går starkt hand i hand. Som datainsamlingsmetoder kommer vi att använda tidigare forskning och annan litteratur om ämnet och materialet kommer sedan att analyseras med hjälp av innehållsanalys enligt Kyngäs & Vanhanen.

I arbetets bakgrund finns viktig information om vad psykisk hälsa och ohälsa innebär. Vi hoppas läsaren får förhandskunskap gällande detta ämne så att det går smidigt att läsa arbetet. Efter det kommer vi ta upp tidigare forskning, där vi beskriver sju artiklar som vi sedan kommer att analysera under resultatdelen.

## **2 BAKGRUND**

Psykisk hälsa är ett mycket mångfacetterat begrepp som varierar under hela livet, beroende på livssituation och andra omständigheter. Det har redan länge försökts definiera begreppet psykisk hälsa och det finns en hel del olika definitioner för det. Som exempel Sigmund Freud, läkare och forskare, definierade psykisk hälsa som förmåga att älska och arbeta. Psykisk hälsa syftar på personens välmående och mentala förmåga, och nuförtiden anser man att en person har god psykisk hälsa då hen självständigt klarar av att hantera

sina dagliga aktiviteter, nära relationer samt sitt arbete och sin fritid, så att varken personen själv, eller någon annan lider av det. Ofta kan man också tänka sig, att en person med god psykisk hälsa lever enligt samhällets normer och allmänt accepterade samhällsmodeller. (Hietaharju & Nuuttila, 2012)

Enligt WHO (världshälsoorganisationen) är psykisk hälsa ett tillstånd av välbefinnande, där människan kan se sin egen förmåga och kan klara av livets utmaningar och att kunna arbeta och ta del i gemenskapens verksamhet. (WHO, 2018)

Orsaker som kan påverka en persons psykiska hälsa kan vara till exempel ärftlighet, olika biologiska samt sociala faktorer och kulturella värden. Några andra faktorer som kan berätta något om psykisk hälsa är hur personen fattar beslut, hur hen kan skapa och upprätthålla relationer, hur hen kan älska och njuta av livet samt också hur personen tål måttlig stress och andra motgångar i livet. (Hietaharju & Nuuttila, 2012)

## **2.1 Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är ett begrepp som innehåller olika typer av problem i varierande allvarlighetsgrad. Stress, oro, nedstämdhet kan vi alla känna ibland utan att lida av någon psykisk sjukdom, och det är viktigt att känna igen när det är frågan om en sjukdom och när det är normala känslor som hör till livet, exempelvis stress. Ifall man lider av allvarligare symptom kan det leda till någon typ av psykiatrisk diagnos. (Kunskapsguiden.se)

Det har varit svårt att enas om en tillfredställande definition av ordet sjukdom men ett samråd av begreppets medicinska innebörd finns. Enligt Stedmans medicinska ordbok (US) ska oftast åtminstone två av dessa kriterier finnas med för att det kan sägas vara en sjukdom; igenkännande av sjukdomsalstraren, en identifierad grupp av tecken och symptom samt konstanta anatomiska ändringar. Ordboken French Academy of Medicine framhäver att sjukdom är en uppsättning av onormala symptom resulterade av samma förorsakare. Identifikationen av detta leder till en diagnos och ändamålsenlig behandling. (Falissard et al. 2017)

Falissard et al. (2017) beskriver att den psykiska ohälsan påverkar patienten som ett tänkande subjekt och inte kroppen som består av organen. Denna fördelning kan kritiseras. En patient med bröstcancer påverkas nog också som ett tänkande subjekt och en patient



med schizofreni har uppenbarligen problem med hens hjärna. Upplevelsen om att ha en psykisk eller somatisk sjukdom är dock väldigt olika i praktiken vilket gör att fördelningen är allmänt acceptabel. (Falissard et al. 2017)

Psykiatriska diagnoser saknar enligt många psykiatrer en etiologisk orsak. Diagnoserna borde därför istället mera begrundas som ohälsa än sjukdom. Många somatiska sjukdomar saknar tydliga etiologier som t.ex. akut lymfatisk leukemi. Tvärtom så kan man nuförtiden förklara uppkomsten av psykiatriska sjukdomar med bland annat skadlig barndom och genetisk sårbarhet. (Falissard et al. 2017)

## **2.2 Somatisk vård**

För att förstå vad somatisk vård är använder vi här några synonymer för begreppet. Synonymer till "somatisk" är fysisk, kroppslig och motsatsordet för "somatisk" är psykisk. Människor som lider av psykiska störningar har ofta också fysiska sjukdomar i kroppen som är bristfälligt skött på grund av att man ofta tolkar symptomen tillhöra den psykiska ohälsan eller till en sidoeffekt av medicineringen. (Synonymer.se & terveyskirjasto.fi)

Rask et al. (2016 s. 2) skriver hur somatiska symptom som inte kan kopplas till någon allmänt definierad sjukdom råder i hög grad i allmänna medicinen. Dessa representerar ett spektrum av förbigående symptom till alltmer allvarliga och långvariga tillstånd som kan ofta karakteriseras av flera stycken olika symptom. Flera somatiska symptom är en utmaning för både patienter och sjukvårdspersonal eftersom många tillstånd inte går att förklaras eller hitta orsak till även efter utförliga undersökningar. Dessutom kan symptomen vara svåra att vårda eller uppkomma i kombination med ångest och depression. (Rask et al., 2016, s. 2)

## **2.3 Bemötande**

Aktan-Collan (2017) beskriver hur uppskattande bemötande i tidiga barndomen utformar en grund för att en individ ska känna sig trygg genom livet såväl som det stöder uppväxten och inläringen. Vi bemöter människor samt blir bemötta av dem i vår vardag utan att

kanske lägga något extra märke till det, medan det som man lättare kan urskilja och uppmärksamma är situationerna då man blivit dåligt bemött. På både arbetsplatsen och redan i tidigare skede i skolan, kan osakligt bemötande handla om mobbning, trakasserier, försummelse och annat opassande beteende. (Aktan-Collan, 2017 & Arbetarskyddscentralen)

I lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) fastställs de juridiska principerna för hur bemötandet av patienter ska förverkligas. Inom vården av patienter vid HUS ska bemötandet av patienter ske så att människovärdet, övertygelse och integriteten respekteras. Behov av patientens närstående, speciellt gällande barnpatienter, ska tas i beaktande. Till den utsträckning det är möjligt ska modersmålet, kulturen samt det individuella behovet av patienten tas hänsyn till. (HUS)

## **2.4 Stigma och attityder**

Stigma innebär för personen en oönskad stämpling och kan orsaka till exempel känslor av skam, minskad självuppskattning samt lidande. Med fördomar menas negativ attityd mot en person, i detta fall personer med psykiska störningar. Det är vanligare att personer med psykosjukdom, jämfört med andra mentala störningar, blir utsatta för stämpling och fördomar. Okunskap är en stor faktor som kan orsaka fördomar och stämpling, och gällande speciellt psykosjukdomar finns det tyvärr felaktiga uppfattningar om sjukdomen, och hur den syns på personer som lider av dessa sjukdomar. (Mielenterveystalo.fi)

Stigma kan orsaka stora hinder för att söka hjälp till psykiska problem, och kan leda till ensamhet och isolation samt att patienten försöker gömma sin sjukdom. Självstigmatisering försvagar ens egen upplevelse av förmåga och medkänsla för sig själv, och ökar känslan av att vara utanför. (Korkeila, 2015)

Patienter med psykiska störningar kan ses som opålitliga, oförutsägbara och potentiellt även våldsamma. Stigma angår inte bara patienter som lider av psykosjukdomar, utan också patienter med andra psykiatriska störningar, exempelvis depression. Patienter med depression kan lika bra ses som förutsägbara. Stigmatisering inträffar ofta oavsett patientens beteende. (Korkeila, 2015)

Även om personer med psykiatriska störningar kan lida av mobbning, är det ändå inte alltid medvetet att man orsakar stigmatisering åt en annan. Stämpling kan ta form av till exempel tanklösa och dåligt valda ord. Också hos professionella inom sjukvården – även inom psykiatrisk specialvård – kan man se stämplande uppfattningar och olämplig kommunikation. (Korkeila, 2015)

Personer med psykiska störningar är även mindre benägna att få behörig behandling för sina somatiska sjukdomar än andra. En orsak till detta kan vara för överdriven separering mellan primärvård och psykiatrisk vård och för tillfället stöder strukturerna fortsättning av stigmatisering och utveckling av omfattande hälsovårdstjänster. Patienter inom all slags sjukvård skulle ha nytta av behandling av psykiatrisk komorbiditet förknippad med somatiska sjukdomar. Psykiatriska patienter skulle också dra nytta av en förbättring av behandling av deras somatiska sjukdomar. (Korkeila, 2015)

Samtidigt som det finns överbehandling av psykiska störningar, finns det också underbehandling inom primärvården. En patient som aktivt söker hjälp och berättar om sina svårigheter är mer benägna att få behandling utan att egentligen behöva det, än en patient som har tappat sitt intresse och sin förmåga, som drar sig tillbaka och berättar om sina somatiska symtom, även om hens behov av hjälp skulle vara större. (Korkeila, 2015)

Höga kvaliteten av öppenvård och mentalvårdstjänster inom primärvården kräver arbete för att lindra stigmatisering, men enskilda projekt åstadkommer inte tillräcklig förändring i befolkningen. Stigma är ett fenomen som orsakas av olika mekanismer, men patienternas stigma i sjukvården kan minskas med hjälp av skolning. (Korkeila, 2015)

## **2.5 Stigmateori**

Här presenteras stigma mera fördjupat med hjälp av några forskningar för att hjälpa läsaren att förstå begreppet samt se vad stigmatisering kan ge för följder åt patienter.

Enligt Goffman (1972, s. 12) innebär stigma att man stämplar en person enligt hans avvikande egenskaper från att vara det som man i sitt medvetande uppfattar som fullständig och ordinär människa till en ovanlig och annorlunda människa. En stigmatiserad person kan dessutom ha en synlig orsak, alltså vara "misskrediterad" till att bli stigmatiserad eller vara "misskreditabel", vilket innebär att personen eventuellt kan

bli stigmatiserad men det kan ske först när någon får utrett den misskreditabla angelägenheten (Goffman, 2014 s. 11–12).

Goffman (1972, s. 14) talar om *de normala* i mening om att vara motsatsen för den stigmatiserande personen. De s.k. normala människorna har starka attityder mot personer med stigma och anser dem ofta vara omänskliga. Den stigmatiserade personen blir diskriminerad varvid hens livsmöjligheter försämras. När man börjar bygga upp en “stigmatologi” sätter sig stigmatiseringsprocessen igång. Stigmatologin är en ideologi som förklarar varför den stigmatiserande personen har ett mindre värde än de s.k. normala människorna och får dem andra att tro hen vara till fara. Stigmatologier används ofta som bildliga uttryck som t.ex. krympling, idiot utan att se på den ursprungliga meningen av orden. Goffman, 1972, s. 14–15)

När en stigmatiserad person och en “normal människa” kommer i kontakt med varandra och båda parterna försöker bevara en lugn samtalskontakt skapas enligt Goffman en ur sociologisk synvinkel primär situation. Båda parterna måste ta i beaktande stigmas orsak och verkan. Eventuellt kan den stigmatiserade personen känna osäkerhet hur hen uppfattas och tas emot. Personen med stigma vet inte vad den andra verkligen tycker och tänker av hen. Ofta finns det också känslor av att bli ifrågasatt hos den stigmatiserade som leder till att personen vill vara försiktig och bedöma i förväg huruvida intryck hen gör mot de andra människorna. Förmodligen kan hen också uppleva att bli bedömd av saker som han utför som om det skulle vara något konstigt i det. (Goffman, 1972, s. 22–23)

### 3 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med examensarbetet är att utreda vårdarnas attityder inom det somatiska vårdandet mot patienter som lider av psykisk ohälsa samt hur dessa attityder påverkar bemötandet och vårdandet av patienter i syfte att minska dessa patienters vårdlidande. Med vårdare i detta arbete menas vårdpersonal – alltså både sjukskötare och läkare.

I vårt examensarbete vill vi få svar på följande frågeställningar:

- Hurdana attityder finns det mot patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska sjukvården?
- Hur påverkar vårdarnas attityder mot patienter med psykisk ohälsa på det somatiska vårdandet?
- Hur skall man inom det somatiska vårdandet bemöta patienter som lider av psykisk ohälsa?

### 4 TEORETISK REFERENSRAM

Vi har valt teorin om lidande av Katie Eriksson som teoretisk referensram med tyngdpunkt på vårdlidande. I det här kapitlet tar vi upp de tre olika formerna av lidande i vården som Eriksson (1994) tar upp i sin bok ”Den lidande människan”. Dessa tre former är sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Vi kommer att fokusera mest på vårdlidande, eftersom det är mest relevant med tanke på ämnet i detta arbete.

#### 4.1 Lidande

Katie Eriksson (2001) beskriver lidande som grundkategorin för att ge skäl för vårdandet. Skälet för att vårda har alltid genom tiderna varit att minska på det mänskliga lidandet. Lidandet går hand i hand med hälsa eftersom de är båda oupphörligt närvarande i livet av den enlighet som vi uppfattar människan som helheten av kropp, själ och ande. Den vårdvetenskapliga kunskapsutvecklingen förverkligas utifrån lidandet. (Eriksson, 2001, s. 17)

Ursprungligen har syftet för vårdandet och olika vårdorganisationer uppkommit för att lindra lidandet, men som Eriksson säger så är det idag ofta så, att istället för att lindra

lidandet skapar vi lidande för människan, alltså patienten i det här sammanhanget. (Eriksson, 1994, s. 82)

Den lidande människan gentemot hens hälsa och hela livssituationen utgör meningssammanhanget i vårdvetenskapen. Den grundläggande uppgiften inom vårdandet är att oberoende av lidande och sjukdom hjälpa människan leva samt lindra lidandet så långt det är möjligt. Det kan ofta i det kliniska arbetet vara svårt att se skillnaderna i de olika perspektiven av lidande och sjukdom. (Eriksson, 2001, s. 26)

Det kan ibland vara svårt att skilja på de olika formerna av lidande i vården, eftersom de ofta kan gå in i varandra och därför ska vi nu närmare berätta om dessa olika former och gå lite djupare in på vårdlidande. (Eriksson, 1994, s. 83)

### *Sjukdomslidande*

Om sjukdomslidande talar man då en person lider av smärta orsakad av en sjukdom. Man kan också använda begreppet ”clinical suffering”, som är en följd av sjukdomen och något som är synbart även för vårdarna. Kliniska lidandet kan jämföras med sjukdomslidande, och kan delas i två olika kategorier; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Kroppslig smärta är något som förorsakas av behandlingen eller själva sjukdomen. Själsligt och andligt lidande kan orsakas då personen upplever skam, förnedring eller skuld i samband med sin behandling eller sjukdom. (Eriksson, 1994, s. 83–84)

Det är ofta människan blir utsatt för skam, förnedring och skuld inom vården och sjukdom samt behandling är vanliga orsaker för detta. Känslor av skam och förnedring kan orsakas i många olika situationer inom vården. Det kan vara till exempel patientens egna upplevelser om att känna sig misslyckad eller hos äldre patienter då de ska anpassa sig till att ha blivit institutionaliserade och andra olika händelser vid sjukdom samt behandling. Det är inte bara patienten som kan ses som lidande, olika situationer kan bli lidande också för anhöriga. (Eriksson, 1994, s. 84–85)

### *Livslidande*

Livslidande är något som kan vara relaterat till allt det som innebär att vara en människa bland andra och att leva. Det är lidande som berör människans hela livssituation; sjukdomen, ohälsa samt själva situationen att vara patient. Ett oerhört lidande kan

innehålla känslan av att man kommer att dö, men vet inte när eller att inte bli sedd. Kärlekslösheten är en annan, kanske den djupaste formen, av livslidande. Ens hela livssituation kan förändras på många olika sätt, och svår smärta samt fysiskt lidande inverkar ofta förlamande på hela personen. (Eriksson, 1994, s. 93–94)

## 4.2 Vårdlidande

Inom vårdlitteraturen är vårdlidande som fenomen rätt så okänt ännu. Ökad forskning och diskussioner runtom vårdetiska frågor tyder på att fenomenet ökat mera inom vården på 1990-talet. Florence Nightingale tar upp hur lidandet i vården bildas ur ensamhet, bekymmer, osäkerhet, väntan samt av rädslan för oväntade händelser. Nightingale antyder att det inte finns ett svar på ifall onödigt lidande och sjukdom utan smärtor kan skyddas från patienten med hjälp av vård men påpekar att “lidande inte är ett symptom på sjukdom utan ett svar på otillräcklig vård.” (Eriksson, 1994, s.86–87)

Vårdlidande kan delas in i många kategorier, alla som blir drabbade av lidande oavsett om det är vården eller utebliven vård som gett upphov till det så känner och upplever människan det på sitt individuella sätt. Här presenteras de mest allmänna kategorierna för vårdlidandet:

1. Kränkning av patientens värdighet
2. Fördömelse och straff
3. Maktutövning
4. Utebliven vård

Kategorierna 2–4 kan alla kopplas till den första kategorin;

### *Kränkning av patientens värdighet*

Denna kategori anses som den allmännaste formen av lidande som förekommer. Eriksson skriver att människans möjlighet att vara en hel och full varelse brister när patientens värdighet kränks. Värdigheten kan kränkas genom direkta och konkreta handlingar som respektlösa yttranden och slarviga vårdåtgärder när man borde skydda patienten t.ex. vid intima områden. Patientens värdighet kan också kränkas genom otillräcklig etisk hållning, att inte “se” människan eller ge utrymme åt hen. (Eriksson, 1994, s. 87)

## *Fördömelse och straff*

Dessa två begrepp går ofta in i varandra, och de kan ofta anknytas till kränkning av människans värdighet. Det finns en uppfattning om att det är vårdarens uppgift att besluta om vad som är rätt och fel gällande patienten, men även om vårdaren kan bedöma vad som kunde vara bäst för patienten i vissa situationer, så är det viktigt att komma ihåg att patienten alltid har rätt att själv bestämma. Inom vården kan patienten känna av fördömelse om hen inte passar inom det område som vårdaren tycker vara den “perfekta patienten”. Straff igen kan ske när vårdaren låter bli att ge så kallad vårdande vård eller ställer sig respektlöst mot patienten med att till exempel inte kommunicera med en sådan patient som känns krånglig och tung. (Eriksson, 1994 s. 91)

## *Maktutövning*

Man vet att det i någon mån sker maktutövning inom vården men ännu finns det inte mycket kunskap inom området. Maktutövning i sig betyder att man orsakar lidande för någon. Det kan både ske direkt och indirekt. Man tar ifrån någons frihet genom att kräva t.ex. patienten utöva sådana handlingar som hen inte själv av egen vilja skulle göra. Att vårdaren kräver patienten till duschen i följd av vårdarens egen vana av rutiner är det frågan om en tvingande vårdhandling och direkt maktutövning. Vårdarens attityder som kräver patienten göra något mot sin vilja uttrycker sig mera som indirekt maktutövning. (Eriksson, 1994 s. 91–92)

## *Utebliven vård*

Det kan hända att man inte ordentligt kan se och uppskatta vad en patient behöver som sedan leder till att man inte utför sådan vård som patienten behöver eller att en vårdhandling uteblir helt. Utebliven vård uttrycker sig också i olika former från mindre slarvfel och förseelser till grövre medveten misskötsel. Det sker alltid en kränkning av människans värdighet då en vårdhandling inte görs och därmed handlar det också om en slags maktutövning över den maktlösa. (Eriksson, 1994 s. 92–93)



### **4.3 Sammanfattning**

Grunden för att ge vård är att minska på människans lidande och hjälpa hen att leva i mån av möjligheter. Alla de olika formerna; sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande går lite in i varandra och handlar om att människan känner lidandet. Det som åstadkommer känslan av lidandet skiljer sig mellan de olika formerna. Lidandet kan ske i form av både fysisk och psykisk smärta.

Vårdlidande skapas av själva vården som ges eller den uteblivna vården. Därpå går vårdlidandet att sättas i de olika kategorierna: Kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning och utebliven vård men i alla de nämnda fallen sker det en kränkning av patientens värdighet och således är det också den allmännaste formen av vårdlidande.

## **5 METOD**

Arbetet har genomförts som en kvalitativ litteraturstudie, vilket enligt Forsberg & Wengström (2016, s. 27) innebär att man utgår från en tydligt skapad forskningsfråga, som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja samt värdera och analysera väsentlig forskning.

Vi har samlat in och analyserat tidigare forskning om attityder mot patienter som lider av psykisk ohälsa inom den somatiska sjukvården. Olika databaser har använts för att hitta vetenskapliga artiklar för materialinsamlingen. I detta arbete används innehållsanalysen av Kyngäs & Vanhanen (1998) för data-analysmetoden.

Under nästa rubriker kommer vi att berätta noggrannare om vad denna metod går ut på, redovisar för det samt redogör med vilka avgränsningar vi valt materialet för analysen.

### **5.1 Datainsamling**

Litteratursökningen påbörjades på hösten 2019 och pågick till våren 2020. För datainsamlingen använde vi böcker samt databaser, mest dock Academic Search Elite (EBSCO). Som sökord användes flera olika kombinationer av orden; psychiatric care, mental health, mental illness, psychiatric disorder, psychiatric illness, psychiatric patient,

somatic care, general hospital, primary health, stigmas with mental illness och stigmatization. Sökorden kombinerades sedan med sökoperatörerna AND och OR. Till slut valdes sju artiklar från datainsamlingen.

Som inkluderingskriterier har varit följande; artiklarnas språk skulle vara finska, svenska eller engelska för att underlätta skribenternas förståelse av innehållet och att minska risken på felaktiga analyser och tolkningar. Artiklarna som inkluderats skulle också vara vetenskapligt granskade, alltså "peer reviewed". Artiklar som inte var tillgängligt i gratis full text exkluderades. Vissa av artiklarna är äldre än 10 år och är inkluderade för att de är relevanta för studien.

Artiklarna är valda med tanke på studiens syfte och frågeställningar för att kunna få så preciserade resultat som möjligt. Artiklarna är lästa flera gånger igenom för att få en överblick över innehållet i dem och försäkra oss att det stöder studiens syfte. Sedan har vi gjort anteckningar om alla de valda artiklarna och därifrån fångat begrepp som ofta kommer upp i materialen.

I bilaga 1 finns en tabell med en sammanfattning av artiklar som använts i detta arbete. I bilaga 2 finns mer information om datainsamlingen, där man kan se vilka databaser som använts, hur många träffar vi fick med vilka sökord samt hur många och vilka artiklar vi sedan valt.

## **5.2 Innehållsanalys**

I detta arbete har vi valt att arbeta med innehållsanalysen av Kyngäs & Vanhanen (1998). Denna analysmetod är väldigt använd bland vårdvetenskapliga undersökningar. Med hjälp av innehållsanalysen som metod går det att systematiskt och objektivt analysera dokument samt att ordna, beskriva och kvantifiera det som undersöks. Det som innehållsanalysen har sin grund på är att med hjälp av den utveckla modeller som redogör för fenomenet som är sammanfattat. Modellerna stöder förklaringen av fenomenet. Analysen går att genomföras någondera induktivt, alltså utgående från källorna eller deduktivt, då tidigare information har bildat färdiga ramar för analysen. Innehållsanalys som metod hjälper att analysera systematiskt och objektivt olika dokument. Siktet med det är att få en uppfattning om det fenomen som studeras i en förkortad och allmän form. Olika kategorier som t.ex. begrepp, begreppssystem och begreppskarta bildas som slutprodukt av

analysen som beskriver fenomenet. Med dessa kategorier menas helheten som beskriver det fenomen som studeras, där hierarkin, begreppen och andra möjliga sammanhang framställs. (Kyngäs & Vanhanen, 1998, s. 3–5)

Det finns inga strikta regler enligt Kyngäs och Vanhanen (1998) för att göra analysen, endast anvisningar för hur man kan framskrida under processens lopp. Innan påbörjandet av innehållsanalysen bör det bestämmas vad som analyseras i innehållet. Är det frågan om det manifesta, alltså det som tydligt framkommer i dokumentet eller det latent, som hänvisar till information som är osynligt i dokumentet. Valen av studiens syfte och frågeställningar är väsentligt innan man väljer metoden för analysen. Analysenheten är det första som väljes för att starta analysen. Valet av analysenheten styrs av forskningsarbetet och dess material. Analysenheten kan bestå av ett enda ord eller från en kombination av två ord. Dessutom kan en mening eller t.o.m. en tankehelhet utgöra en analysenhet. Efter att analysenheten är vald ska det läsas igenom flera gånger för att man kan grunda ett botten för analysen. För att aktivt läsa materialet skapar man frågor: vem berättar, var sker det, när skedde det, varför sker det och vad det sker? Beroende på om det är materialet eller i förväg utvalda kategorier, begrepp, teman eller begreppssystem så påverkar det hur analysen styrs framåt efter att man bekantat sig med materialet. (Kyngäs & Vanhanen, 1998, s. 5)

Resultaten av forskningen presenteras enligt den modell som bildats i analysen. Den kan bestå av begreppssystem, begreppskarta eller kategorier. Därpå ska det i resultaten beskrivas innehållet av kategorierna med hjälp av underkategorier och förenklade uttryck. Med tanke på trovärdigheten av resultatet är det viktigt att man kan koppla det till materialet. Forskaren som gör arbetet har också ett etiskt ansvar på att resultatet korresponderar med materialet. (Kyngäs & Vanhanen, 1998, s. 10)

Denna innehållsanalys har utförts induktivt, menande att vi utgått från de källor vi har valt för studien. Gällande de valda artiklarna har hela innehållet analyserats men vi har valt att endast ta fasta på det manifesta i artiklarna, alltså det som tydligt framkommer i materialet. I resultatdelen har materialet kategoriserats till tre huvudtemaområden som utgjorts ifrån arbetets forskningsfrågor och under varje temaområde har vi skapat både huvud- och underkategorier, som beskrivs även i form av en figur under resultaten. Kategoriseringsprocessen började genom en noggrann analys av materialen och de

anteckningar vi gjort under denna process. Begrepp och större teman som uppkom ofta tog vi med i anteckningarna, och ombildade dem sedan till nya, större, huvudteman och mindre underkategorier. Under kategoriseringsprocessen har studiens forskningsfrågor hållits på minnet, för att komma fram med kategorier som även tar fasta på dem och kategorierna kan bra kopplas tillbaka till det material vi valt. Forskningsfrågorna har även fungerat som ett slags hjälpmedel i kategoriseringsprocessen, och har på ett sätt styrt kategoriseringen till rätt håll. I resultaten presenteras innehållet i dessa kategorier.

## **6 MATERIAL**

Under nästa rubriker kommer vi att ta upp tidigare forskning och studier som kommit fram från datainsamlingen och relaterar till vårt ämne samt kunde svara på våra frågeställningar. Utifrån dessa artiklar får vi svar på forskningsfrågorna och är därför valda med till arbetet.

### **6.1 Attityder bland vårdgivare inom somatisk sjukvård**

I Kina har det gjorts en undersökning där syftet var att komma fram med bevis- och jämförandeforskning om attityder mot psykiska sjukdomar bland sjukvårdspersonal inom primärsjukvården. Studien genomfördes genom ett frågeformulär som svarades av totalt 361 sjukvårdspersonal inom sex olika städer som var engagerade i psykisk hälsovård. Intervjuerna delades ytterligare i två delar och svarandet genomfördes anonymt för att eliminera möjlig partiskhet, samt att uppmuntra deltagarna att berätta ärligt om sina attityder. (Ma et al., 2018)

Studien visade att de flesta primärvårdsleverantörerna fortfarande hade pessimistisk och negativ inställning till patienter med mental ohälsa. 71,3% av dem som svarade på frågeformulären var av samma åsikt om att patienterna med mental ohälsa ofta impulsivt förstör sjukhusets egendom och 72,9% tyckte att patienter med mental ohälsa är en börda för deras familjer och samhället. (Ma et al., 2018)

Ytterligare resultat som studien visade om leverantörernas attityder och tankar var till exempel att patienter med en psykisk sjukdom inte kan bidra till samhället, att människor borde undvika dessa patienter samt deras familjer och att sociala aktiviteter för denna

patientgrupp borde begränsas. 71,3%-83,7% var överens om att dessa patienter ofta beter sig oförväntat och impulsivt samt att de ofta tappar nerverna utan orsak. Vanligt är också att man har en uppfattning om att en person med en psykiatrisk sjukdom är farlig, och på grund av detta och att dessa patienter av en del vårdare sågs som onormala, ville inte alla vårdare helst vara i kontakt med patienter med mental ohälsa. (Ma et al., 2018)

Även om studien tyder på att attityderna var mycket negativa mot patienter med psykisk ohälsa, sägs det också att nuförtiden har det skett en viss förbättring med tanke på tolerans och attityder mot denna patientgrupp. Det kom även upp positiva korrelationer mellan attityder samt förmågor hos primärvårdsleverantörer och till och med var av den åsikten att med hjälp av läkemedel kan man kontrollera symtomen på psykiska sjukdomen och att rehabilitering av en psykisk sjukdom är väldigt effektivt – vilket indikerade att leverantörerna har insett vikten av läkemedelsbehandling inom vården av en allvarlig psykisk sjukdom. (Ma et al., 2018)

I studien skrivs det också om att sjukvårdsleverantörernas negativa attityder mot mental ohälsa kan påverka mentalhälsovården genom till exempel att arbeta passivt eller motvilligt – vilket sedan kan också påverka patientens självutvärdering och följsamhet, vilket i sin tur minskar effekten av den behandling som de ger patienten. Det verkar som att omfattande strategier är nödvändiga för att berika primärvårdsleverantörernas professionella kunskap om mental ohälsa och att eliminera diskriminering samt olämpliga uppfattningar mot personer med en psykisk sjukdom. (Ma et al., 2018)

Läkaren tyckte i en annan undersökning att patienter med en långvarig psykisk sjukdom utgör problem för kommunikationen mellan läkaren och patienten. De mentalt sjuka sågs som störande och läkaren i studien tänkte att de skapar mera arbete i praktiken. Att läkaren undandrar sig från patienterna har bakomliggande känslor i sig som rädsla, frustration, äckel och skuld. Detta beteende påverkar mycket sannolikt på kvalitén av vården som förses åt människorna med mental ohälsa. (McCabe & Leas, 2008)

## 6.2 Faktorer som kunde påverka erfarenheterna om god psykiatrisk vård

I en studie gjord av Håkan Johansson och Mona Eklund studerades det om patienternas åsikter om vad de tycker att god psykiatrisk vård innebär. Studien utfördes med intervjuer med patienter som var delade i två olika grupper. En grupp med patienter från en öppenvårdsavdelning och en grupp med patienter på en slutenvårdsavdelning. (Johansson & Eklund, 2003)

En av de viktigaste aspekterna som bidrog till god vård var relationen mellan patienten och vårdaren. Patienterna som var nöjda med vården tyckte att läkaren var empatisk, förstående, hade tillräckligt tid och att läkaren hade på riktigt förstått patientens problem och situation. Att ha någon som på riktigt lyssnar, att inte behöva känna sig ensam och att på riktigt få kontakt med läkaren. En del av patienterna talade om viljan att få en djupare kontakt med sin läkare, att kommunikationen inte skulle vara så ytlig. För att få en djupare kontakt, skulle det betyda att samma läkare skulle behöva vårda samma patient för en längre tid. En viktig faktor för en god relation mellan patient och personal var kontinuitet och stabilitet bland personalen. Patienterna kände också att det var viktigt att personalen själv kände sig stabila samt säkra av sig själva och att de kunde förmedla detta också för patienterna. (Johansson & Eklund, 2003)

Faktorer som gjort att patienter inte varit nöjda var då de kände att läkaren inte var intresserad, ville inte lyssna eller förstå patienten och att det överlag inte hade varit ett gott bemötande mellan patient och läkare. Viktiga faktorer som kunde påverka relationen var stöd för patienten, att läkaren visade att hen var intresserad och engagerad. Som exempel att inte titta patienten i ögonen, att inte komma ihåg patientens namn eller att läsa patientjournalen medan patienten berättar om sina problem kunde påverka negativt på relationen. Något som patienterna också betonade starkt var att de inte skulle vilja uppleva att läkaren skulle vara ointresserad eller oberörd. Att de inte vill lyssna, utan istället endast ordinera mediciner för att slippa snabbare av med patienten. (Johansson & Eklund, 2003)

Tiden var också något som sågs som viktigt. Att patienten fick tillräckligt med tid för att kunna öppna upp och berätta mer, för att på riktigt kunna berätta om sin situation och komma djupare in i sin berättelse. De tyckte att läkarna var för snabba i att ingripa och

villa komma fram med olika förslag för vård, medan patienterna kände att de behöver mera tid. Då läkarna för snabbt försöker ingripa och komma med idéer och försöka förstå, gjorde också att patienterna ibland kände att läkaren egentligen inte var tillräckligt kompetent i sitt arbete. Det orsakade också ibland att läkaren gjorde felaktiga tolkningar och drog slutsatser för snabbt, på grund av att hen inte hade lyssnat på patienten. (Johansson & Eklund, 2003)

Patienterna tyckte att viktigt var också att läkarnas arbete inte får styras av sina egna värderingar eller tankar om psykiatriska patienter, att istället vårda varje patient individuellt och fokusera sig på just denna patients unika situation. Patienterna tog upp tankar om att de tyckte att vården är likadant för alla, och att de inte fick behandling för just deras egen situation och egna problem. (Johansson & Eklund, 2003)

Att läkaren och patienten hade ungefär samma förståelse och förklaring för patientens problem ansågs också som viktigt, eftersom det ledde till att patienterna kunde behålla en del av sin självständighet och autonomi och på så vis känna att de kan själv också ha en påverkan på sin vård. De ville också att det de kommunicerade skulle ses som meningsfullt och förståeligt. Att de skulle förstå att vad de upplever är en del av dem och deras vanor – inte drömmar eller bara en sjukdom. (Johansson & Eklund, 2003)

Patienterna uttryckte också att de behövde känna sig respekterade och viktiga, att de skulle bli bemötta som personer som behöver förståelse, och inte bara ett objekt som ska tolkas och bli utvärderad. (Johansson & Eklund, 2003)

I en annan studie, skriven av Fortin et al. (2018), var syftet att bedöma tillfredsställelse hos patienter som fick primär eller specialiserad psykisk hälsovård. Studien inkluderade 325 patienter med olika psykiska sjukdomar, och studien genomfördes med intervjuar.

I studien togs det upp att hälsosystem som förbättrar tillgängligheten samt kontinuiteten, och ger adekvat behandling, kan möta patientens behov bättre. Studien visar även att interventioner är mer effektiva bland patienter med psykiska sjukdomar som är nöjda med sin vård samt att patienter som är mer nöjda har större tendens att använda sjukvårdstjänster mer och att sedan följa med sin behandling. (Fortin et al., 2018)

Patienterna som deltog uttryckte signifikant större tillfredsställelse i situationer där kontinuiteten i vården bibehölls, då de hade en person som svarade för deras vård och då

de själv hade färre behov. Positivt förknippat med tillfredsställelse inom primärvården var också att få önskad hjälp från sjukvårdstjänster samt anhöriga. Att involvera anhöriga i patientens vårdprogram och att förbättra deras samarbete med personalen kunde förbättra återhämtningen samt tillfredsställelsen bland patienter inom primärvården. (Fortin et al., 2018)

I en kvalitativ studie av McCabe och Leas (2008) tas det reda på hur människor som lider av mental ohälsa har tillgång till primärvård samt vilka hinder och tillfredsställelser de upplever.

Människor med mental ohälsa som t.ex. schizofreni lider i större grad av dödlighet och olika somatiska hälsoproblem än andra i befolkningen. Kardiovaskulära sjukdomar är en betydlig förorsakare för dödligheten bland människor med mental ohälsa. Enligt studier visar det sig att de psykiskt sjuka individerna meddelar väldigt oproportionerligt deras höga blodtryck eller andra problem de upplever med sin kropp, och det finns även en högre grad av felaktiga diagnoser och underdiagnostiserande av somatiska sjukdomar. Personer med mental ohälsa dog av fysiska sjukdomstillstånd utan att bli släppta till sjukhus och få vård, vilket tyder på att det finns skillnad i hur mentalt sjuka och övriga människor blir intagna till sjukhus och får vård. (McCabe & Leas, 2008)

Rädslan av negativa attityder ihopkopplat med att lida av mental ohälsa samt svårigheter i kommunikationen med läkaren i primärvården sågs som ett betydande hinder för att söka sig till hälso- och sjukvården bland människor med mental ohälsa. Svårigheter med tillgången lika väl som diskrimineringen som är relaterad till den mentala ohälsan var centrala hinder som tillförde låga nivåer av tillfredsställelse i hälsosökande beteende bland människor med mental ohälsa. Personer med schizofreni och depression kände sig ofta att de inte kunde bilda en empatisk relation med deras läkare och de tänkte att läkaren inte bryr sig, att läkaren bara går enligt ett inlärt sätt och att de inte kan tala för dem om deras fysiska hälsoproblem och bekymmer för läkarna. Dessa faktorer orsakade att det var svårt för dessa patienter att beskriva sina symtom och att söka vård. Anmärkningsvärt är också, gällande kommunikationen med läkarna, att personerna kände sig att de inte skulle ha blivit hörda av läkaren och att de hade stora svårigheter i att berätta för läkaren om bekymmer angående deras hälsa. Patienternas önskan om vidare undersökningar och



remisser för specialister var vanligen ignorerat och deras bekymmer av sin fysiska hälsa kopplades till den mentala ohälsan. (McCabe & Leas, 2008)

Primärvårderna förlitar sig starkt på personens förmåga att märka och berätta om sina symptom av ohälsa, vilket kan vara en utmaning för människor som lider av mental ohälsa. Läkarna i primärvården är "dörrvakten" för hälsovården och utgör därför ett viktigt bidrag för vården av människor som lider av mental ohälsa. Både från patienternas och från vårdleverantörernas synvinkel vore det förmånligt om primärvårdsleverantörerna skulle fokusera på förebyggandet av hälsan och på tidiga upptäckter av fysiska hälsoproblem bland denna patientgrupp i fråga. Förbättringar på igenkännande av allmänna hälsoproblem före tillståndet försämras, skulle sätta igång snabbare remisser och behandling för att ta itu med hälsoproblemen som personerna men mental ohälsa upplever. (McCabe & Leas, 2008)

I en undersökning av Freidl et al. (2007) söktes det reda på hurdana attityder det förekommer hos patienter med bland annat somatoformt smärtsyndrom inom både psykiatriska och neurologiska avdelningar angående stigmat inom psykisk ohälsa.

Enligt Freidl et al. (2007) lämnar patienter ofta bli att söka hjälp till problem då det gäller deras psykiska hälsotillstånd eller åtminstone fördröjer att söka läkarvård på grund av de stigmatiserande attityderna. Detta leder till att en diagnos inte kan ges och påbörjan av rätt vård dröjer. Rädslan för att bli stigmatiserad var en av anledningarna att nästan 1400 respondenter med neurotiska sjukdomar, som till exempel somatoforma störningar, lät bli att berätta deras symptom för läkaren. (Freidl et al., 2007)

### **6.3 Faktorer som kunde hindra eller underlätta tillgång till somatisk vård**

En kvalitativ studie gjord i Sverige utforskade erfarenheter och synpunkter av patienter, släktingar samt läkare om individuella och organisatoriska faktorer som hindrar eller underlättar tillgång till somatisk vård för personer med allvarliga mentala störningar. (Björk Brämberg et al., 2018)

Resultaten i den studien indikerade att patienternas självstigmatisering och kognitiva funktionsnedsättningar tillsammans med klinikernas bristande kunskap om mentala

störningar är faktorer som orsakar hinder för att få somatisk vård. Alla patienter i studien nämnde självstigmatisering som ett hinder för tillgång till hälsovård. De berättade också om tidigare erfarenheter av att inte tas på allvar, eller känslan av att läkaren inte har trott på dem. När man sedan kombinerar detta med patienternas egna tankar om deras psykiatriska sjukdom, ledde det ibland till att patienten tvivlade om de somatiska symtomen hen kände egentligen var riktiga. Patienternas tidigare erfarenhet om att deras sjukdom alltid användes som en ram för att tolka deras somatiska symtom och tendensen hos läkare att alltid se den psykiatriska diagnosen först var ett bekymmer för dessa patienter och en faktor som tycktes öka också deras självstigmatisering. Patienterna tyckte att också bristen på samarbete mellan de olika delarna inom sjukvården kunde ses som ett hinder för vården, eftersom det då blir svårt att se situationen som en helhet och det kräver att patienten för sig själv måste försöka förstå hela helheten. (Björk Brämberg et al., 2018)

Med självstigmatisering menar man att en person accepterar andras fördomar och tar den som en sanning, vilket kan leda till att personen på grund av skamkänslor eller dåligt självförtroende inte söker hjälp till sina problem. På grund av självstigmatisering kan det vara att personen också undviker sociala sammanhang eller avstår från att till exempel ta kontakt med vården eller avbryter behandlingen helt. (Hansdotter, 2014)

Både läkare och anhöriga till dessa patienter nämnde att patienternas kognitiva funktionsnedsättningar var hinder för tillgång till sjukvård. De anhöriga som deltog i studien hade erfarenhet om hur patienternas psykiska sjukdom kunde påverka besöket hos läkaren, och hur läkare tolkade symtomen som ett resultat av det psykiatriska tillståndet hellre än ett somatiskt hälsoproblem. (Björk Brämberg et al., 2018)

Läkarna i studien nämnde brist på kunskap om mentala sjukdomar som ett problem gällande arbete inom somatisk sjukvård. De tyckte att deras studier om detta ämne hade varit otillräckligt, och att de behövde ytterligare träning för att kunna bättre vårda dessa patienter. Också problem gällande till exempel kommunikation med patienter med en psykossjukdom upplevdes svårt på grund av svårigheter i att förstå deras beskrivning om symtom. Detta kunde ibland leda till att läkarna undervärderade patienternas symtom. (Björk Brämberg et al., 2018)

I en studie skriven av Stumbo et al (2018) var syftet att med hjälp av intervjuer förstå, både patienternas och primärvårdleverantörernas, attityder och övertygelser om att ge förebyggande vård till patienter med psykiska sjukdomar. Studien berättar att jämfört med den allmänna befolkningen har personer med någon psykisk sjukdom högre antal tidiga död samt olika kroniska tillstånd som kunde förhindras – och en förklaring till detta är otillräcklig användning av förebyggande vård. (Stumbo et al., 2018)

Det har föreslagits och identifierats att potentiella hinder för användning av förebyggande tjänster bland patienter med psykisk ohälsa kan vara till exempel bristande medvetenhet om förebyggande vård, dålig läkemedelsföljsamhet, hög instabilitet, undvikande på grund av rädsla för att upptäcka att de har ett kroniskt tillstånd samt dåliga förhållanden med personalen och brist på kontinuitet i vården. (Stumbo et al., 2018)

Studien visar att leverantörerna kände att patienter med psykisk ohälsa inte var lika intresserade av förebyggande hälsovård som patienter utan psykiska sjukdomar och 68% av dem som deltagit rapporterade att brist på intresse för förebyggande verksamhet hos patienten hade måttligt eller kraftigt påverkat deras förmåga att ge förebyggande vård till denna patientgrupp. Ytterligare hinder för förebyggande vård bland leverantörer var bland annat patientintresse (22,6%), brist på tid för patienten (61,5%) samt kommunikationssvårigheter (17,6%). (Stumbo et al., 2018)

Patienternas tankar igen kunde ses nästan som motsatsen, då de flesta av patienterna rapporterade ett stort intresse för att förbättra hälsorelaterade praxis som till exempel kostvanor, motionering samt rökning och alkoholkonsumtion – till och med 53% rapporterade att de var mycket intresserade och ytterligare 35% att de var något intresserade. Från patientens synvinkel var hinder för slutföring av förebyggande vård till exempel behovet att fokusera på mer viktiga hälsoproblem (22%), inte intresserad av förebyggande vård (12,3%) och kommunikationssvårigheter med personalen (8,8%). En del av patienterna noterade speciellt bristen på kommunikation om förebyggande vård under primärvårdsbesöken. (Stumbo et al., 2018)

De flesta (88%) av personalen rapporterade att de var ”något” eller ”inte alls” säkra på att patienter ur denna patientgrupp skulle göra de nödvändiga förändringarna som skulle behövas för att förbättra deras hälsa, medan endast 44% rapporterade lika låga nivåer av

förtroende för patienter utan psykiska sjukdomar. Personalen ansåg att personer med psykiska sjukdomar var särskilt utmanade att följa med rekommendationer, speciellt då det gäller att ändra hälsobeteenden som till exempel tobaksrökning. (Stumbo et al., 2018)

Med tanke på livsstilsförändringar i allmänhet, var de flesta (82%) av den åsikten att om läkaren skulle rekommendera dem att göra livsstilsförändringar, skulle de försöka göra det. Patienterna ombads att rapportera sannolikheten för att följa specifika rekommendationer för förebyggande tester eller beteendeförändringar, och resultatet visade att de var betydligt mer benägna att genomföra förebyggande tester (till exempel laboratorieprov eller screeningar) än att göra beteendeförändringar såsom att sluta röka eller dricka alkohol. (Stumbo et al., 2018)

Liksom personalen, nämnde även patienterna ofta att brist på tid under besöken sågs som ett hinder för vård och patienterna kände att personal som tydligt hade bråttom ofta misslyckades i att förstå patientens bekymmer eller i att ta tid för att utveckla ett tillförlitligt förhållande med patienten. Även om patienterna uppskattade situationerna där de kände att personalen tog lite extra tid med dem, förstod de också att läkarna hade bråttom och noterade att även små förändringar i personalens beteende kunde få dem att känna mer respekterade samt hörda. (Stumbo et al., 2018)

Studien tar upp också att personal inom primärvården inte verkar känna igen det potentiella positiva inflytandet de kunde ha för dessa patienter och att tankar om att dessa patienter inte är intresserade av förebyggande vård eller villiga att göra hälsoförändringar samt att de inte kommer på plats på besöken kan påverka negativt kvaliteten av vården. (Stumbo et al., 2018)

## **6.4 Sammanfattning**

Från patientsynvinkel förekommer det ofta i artiklarna att brist på tiden, de negativa och stigmatiserande attityderna bland personalen samt kommunikationssvårigheter påverkar på uppsökningen av vård bland de psykiskt sjuka. Det som å andra sidan upplevs som god vård enligt patienterna är en god relation mellan vårdaren eller läkaren och patienten. En dålig relation leder möjligen till att patienten inte vågar uppsöka vård eller upplever svårighet i att beskriva om sina symtom. Kontinuitet och stabiliteten av personalen kom-

mer också ofta upp i artiklarna som anses vara väldigt viktiga för patienterna. Därpå spelar tillgängligheten av vården roll, eftersom genom att patienternas behov möts har de större tendens att använda sjukvårdstjänster och sedan följa sin behandling.

De professionellas tankar mot patienter med mental ohälsa kommer upp mera i negativ än positiv klang. Många förhåller sig negativt och pessimistiskt, tänker att patienterna är en börda för sina familjer och för samhället. Det finns också sådana fördomar om patienter med mental ohälsa att de skulle bete sig oförväntat och impulsivt. Problem i kommunikationen kom likaså upp i de professionellas tankar samt att sådana patienter skulle kräva mera tid i praktiken.

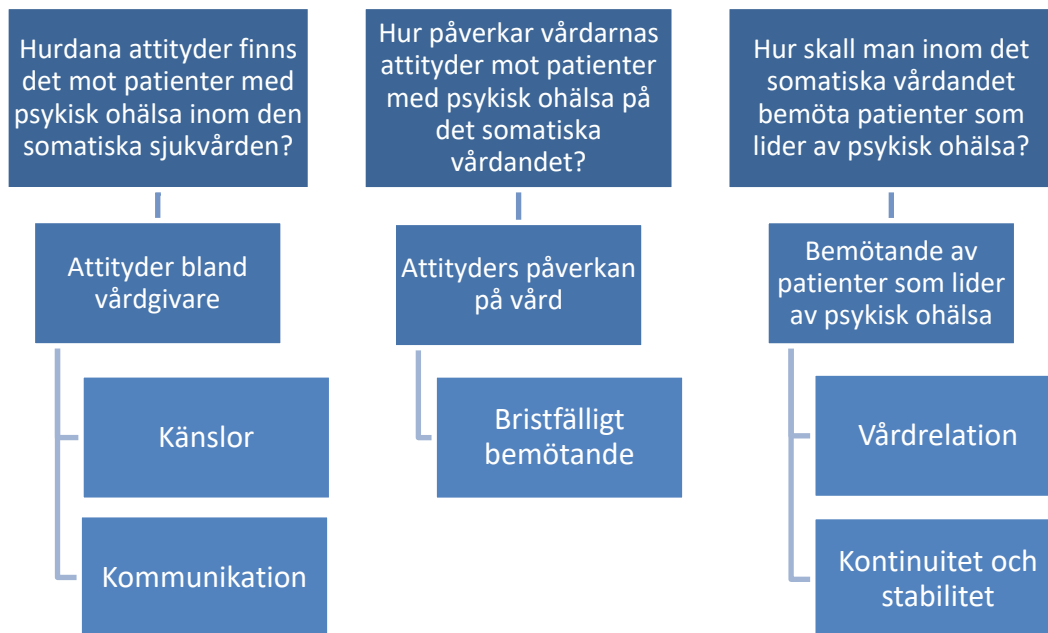
Trots att de flesta studier vi hittat behandlar negativa attityder, kommer det också fram att det dock skett förbättring med tanke på tolerans och attityder gällande denna patientgrupp. Det ses positiva korrelationer mellan attityder och förmågan hos primärvårdsleverantörer. Det anses att med hjälp av läkemedel kan både symptomen som orsakas av den psykiska sjukdomen kontrolleras och rehabiliteringen ske effektivt.

## **7 RESULTAT**

I detta kapitel kommer vi att presentera resultatet som samlats genom innehållsanalysen av de sju artiklar som valts till arbetet. Dessa sju artiklar har valts på grund av att de innehåller relevant information gällande vårt ämne, och kunde svara på de forskningsfrågor vi valt för arbetet. Avsikten med vårt arbete var att utreda vårdarnas attityder mot patienter som lider av psykisk ohälsa inom det somatiska vårdandet, samt hur dessa attityder kunde påverka vårdandet och bemötandet av patienter, i syfte att minska patienters vårdlidande. Forskningsfrågorna handlade om att reda ut hurdana attityder det kan finnas mot denna patientgrupp, hur det somatiska vårdandet påverkas av attityderna och hur patienter med psykisk ohälsa borde bemötas.

Kategorierna som vi valt för att presentera resultaten med stiger klart fram från materialet och besvarar bäst forskningsfrågorna för studien. Huvudkategorierna har sedan vidare delats till underkategorier, som presenteras under följande rubriker.

I figur 2 kan man se att ur de sju artiklar som använts, har vi genom innehållsanalys kommit fram till tre huvudtemaområden som utgjorts från arbetets forskningsfrågor, och under varje temaområde tre huvudkategorier samt fem underkategorier. Som överst finns studiens forskningsfrågor – huvudtemaområden – som har styrt kategoriseringsprocessen, och hjälpt oss att komma fram till huvud- och underkategorier för att tydligt kunna komma fram med våra resultat.



Figur 2. Kategoriseringsprocess.

## 7.1 Attityder bland vårdgivare

Tidigare forskning visar att det ännu i dagens samhälle finns negativa attityder bland vårdgivare mot personer som lider av mental ohälsa. Denna kategori har delats i underkategorierna ”känslor” och ”kommunikation”.

### *Känslor*

Studier visar att det fortfarande framkommer pessimistiska och negativa inställningar från primärvårdsleverantörernas håll mot patienter med mental ohälsa. En stor del av personalen var av samma åsikt att dessa patienter ses som farliga, att deras beteende ofta är impulsivt, oförväntat och att patienterna har hög tendens att tappa nerverna utan orsak och till exempel förstöra sjukhusets egendom. Patienterna ses också som en börda för

samhället och för patienternas familjer. Det tycktes också att patienter med mental ohälsa borde undvikas och deras tillgänglighet för sociala aktiviteter borde begränsas. Denna patientgrupp sågs också som personer som inte kan bidra till samhället. (Ma et al., 2018)

Attityderna kring att patienterna är besvärliga skapas av underliggande känslor som rädsla, frustration, äckel och skuld. (McCabe & Leas, 2008)

En annan studie har visat att anhöriga till dessa patienter också har haft erfarenheter om att patientens psykiska sjukdom hade en viss påverkan på besöken hos läkaren, och att läkare ofta tolkar somatiska symtom som ett resultat av den psykiska sjukdomen, istället för att se det som ett somatiskt hälsoproblem. (Björk Bämberg et al., 2018)

### *Kommunikation*

En del vårdare har haft erfarenheter om att denna patientgrupp kan vara farlig, och onormal samt bete sig oförväntat, vilket har hos en del vårdare resulterat i att man inte gärna vill vara i kontakt med patienter med mental ohälsa. (Ma et al., 2018)

Kommunikationsproblem mellan läkaren och patienten ansågs av läkaren uppkomma i samband med långvarigt psykiskt sjuka patienter och tankar om att de skulle skapa mera arbete i praktiken fanns. Det finns också upplevelser att den mentala ohälsan används som svepskäl när det kommer till patienternas bekymmer om sin fysiska hälsa. Det finns en mycket stor sannolikhet till att denna typ av beteende påverkar kvalitén på vården som ges åt patienter med mental ohälsa. (McCabe & Leas, 2008)

Även om studierna visade en hel del negativa attityder bland vårdgivare, måste man också ta till hänsyn att det nog har visats att det har skett en lite förbättring i situationen, gällande attityder och tolerans mot dessa patienter. (Ma et al., 2018)

## **7.2 Attityders påverkan på vård**

Tidigare studier har visat att negativa attityder mot patienter som lider av psykisk ohälsa kan ha en viss påverkan på det somatiska vårdandet. Denna huvudkategori har delats till en underkategori – ”Bristfälligt bemötande”.

## *Bristfälligt bemötande*

Via studier har det kommit fram att negativa attityderna mot patienter med mental ohälsa kan påverka vården genom t.ex. att vårdpersonal arbetar passivt eller motvilligt med dessa patienter, vilket kan sedan vidare påverka också patienternas självutvärdering och följsamhet - vilket i sin tur kan sedan minska effekten av den behandling som ges åt patienterna (Ma et al., 2018). Studier visar också att patienternas önskan om vidare undersökningar ofta blir ignorerade och att patienternas bekymmer gällande sin fysiska hälsa ofta kopplas rakt till den mentala ohälsan (McCabe & Leas, 2008)

Läkarnas motvillighet och tendens att för snabbt ingripa och försöka komma med idéer innan patienten hunnit berätta och öppna upp tillräckligt gjorde att patienter kände att vårdaren inte var tillräckligt kompetent, och orsakade ibland att läkaren gjorde felaktiga tolkningar samt drog slutsatser för snabbt på grund av att hen inte lyssnat på patienten (Johansson & Eklund, 2003). Svårigheter gällande kommunikation med patienter med mental ohälsa och svårigheter att förstå deras beskrivning av symtom, kan ibland leda till att läkarna undervärderar patienternas symtom – vilket leder till att patienter inte nödvändigtvis får den vård de behöver (Björk Bämberg et al., 2018).

En studie har visat att otillräcklig användning av förebyggande vård kan vara en orsak till att personer med en psykisk sjukdom har ett högre antal tidiga död, jämfört med den allmänna befolkningen. (Stumbo et al., 2018)

En del patienter tyckte också att vården är likadant för alla, att de inte fick behandling för just deras egen situation och egna behov samt problem. (Johansson & Eklund, 2003)

Man har också kunnat konstatera att patienter på grund av stigmatiserande attityder ofta lämnar bli, eller i alla fall fördröjer, att söka hjälp till deras hälsotillstånd - vilket i sin tur leder till att en diagnos inte kan ges och påbörjan av vård dröjer. Rädslan för stigmatisering var även en av anledningarna som orsakade att flera patienter lät bli att berätta om deras symtom för vårdpersonal. (Freidl et al., 2007)



### 7.3 Bemötande av patienter som lider av psykisk ohälsa

För att minska vårdlidande hos patienter som lider av psykisk ohälsa kan det vara bra att tänka på vilka sätt dessa patienter borde bemötas inom den somatiska sjukvården. Denna kategori har delats i två underkategorier, ”Vårdrelation” samt ”Kontinuitet och stabilitet”.

#### *Vårdrelation*

En fungerande relation mellan patient och vårdare ansågs som en av de viktigaste faktorer som bidrar till god vård och patienterna tyckte att vårdaren borde ha tillräckligt med tid och vara empatisk och förstående, samt ha förståelse för patientens problem och situation (Johansson & Eklund, 2003). Brist på tid ansågs också vara en orsak till att man misslyckas att utveckla ett tillförlitligt förhållande med patienten, medan patienterna nog förstod att personalen har bråttom, men även små förändringar i personalens beteende kunde få dem att känna mer respekterade och hörda (Stumbo et al., 2018).

Det ansågs viktigt att i en vårdrelation ha någon som på riktigt lyssnar och att få en ordentlig kontakt med personalen samt att inte behöva känna sig ensam. Patienterna ansåg att andra viktiga faktorer som kunde påverka relationen var att få tillräckligt stöd och att personalen visade intresse samt engagemang mot patienten och vården. (Johansson & Eklund, 2003)

Något som också ansågs viktigt gällande vårdrelation var, att personalens arbete inte skulle få styras för mycket av sina egna värderingar eller tankar, utan att de istället skulle vårda varje patient mer individuellt. Patienterna kände även att de ville bli bemötta som individer, som en person som behöver förståelse - inte bara som ett objekt som ska tolkas och bli utvärderad av läkaren. Kommunikation överlag och känslan av att också själv få påverka sin vård var även en annan faktor som kunde påverka vårdrelationen på ett positivt sätt. (Johansson & Eklund, 2003)

Dåliga förhållanden med personalen har också konstaterats vara ett hinder för användning av förebyggande tjänster bland patienter med mental ohälsa. (Stumbo et al., 2018)

## *Kontinuitet och stabilitet*

För att få en god relation med sjukvårdspersonal, ansågs det att det i så fall behövdes en viss kontinuitet och stabilitet i vården, där samma personer skulle vårda samma patient för en längre tid - också för att uppnå en djupare kommunikation med personalen (Johansson & Eklund, 2003). En sak som patienterna kunde se som hinder för vården var bristande samarbete mellan olika delar inom sjukvården, eftersom det då ofta kan bli svårt att se patientens situation som en helhet, vilket igen orsakar att patienten själv måste försöka förstå hela helheten och hålla mer koll över sin egen vård (Björk Brämberg et al., 2018).

Det kom fram att olika hälsosystem som har möjlighet att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i vården samt ger mer adekvat behandling bemöter patientens behov bättre. Vårdens kontinuitet, och situationer där patienten hade en person som svarade för deras vård gav en mycket större tillfredsställelse bland patienter. (Fortin et al., 2018)

Det har också konstaterats i en annan studie att brist på kontinuitet är en möjlig faktor som orsakar hinder för patienter att använda förebyggande tjänster. (Stumbo et al., 2018)

### **7.4 Resultatet i relation till den teoretiska referensramen**

Vi valde teorin om lidandet med tyngdpunkten på vårdlidande (Eriksson, 1994) som teoretisk referensram och kommer näst att analysera resultatet i relation till teoretiska referensramen.

Lidande och hälsa är i samverkan med varandra eftersom de båda fallen uppkommer ständigt i människans liv. Grunden för att vårda beskrivs av Eriksson vara att minska på det mänskliga lidandet. I den tid vi idag lever i så är det ofta så att vi istället skapar lidandet för patienten än minskar på det, vilket vore utgöra grundorsaken för vårdandet (Eriksson, 2001, s. 17 & Eriksson, 1994, s. 82). I artiklarna som vi analyserade kom det i många fall upp hur personalen åstadkommer med olika aktioner lidande för patienten. I resultatet kommer det upp hur attityderna som råder bland vårdgivarna var till stor del negativa och innehade mycket fördomar om hur patienter med mental ohälsa beter sig och skulle tillföra extra arbete för vårdgivarna, vilket kan leda till vårdlidande hos patienten.

### *Känslor och kommunikation (Attityder bland vårdgivare)*

Kränkning av människans värdighet, som är den första kategorin i vårdlidandet och som alla andra kategorier går att förenas till, kan ske t.ex. genom att inte "se" patienten och att utföra slarviga vårdåtgärder (Eriksson 1994, s. 87). I studien som Ma et al gjort (2018) kommer det fram att genom de pessimistiska tankarna och attityderna som vårdpersonalen har kan det leda till ett passivt och motvilligt arbete gentemot patienterna och så förorsaka nedgång i patienternas självutvärdering och följsamhet. Det i sin tur kan försvaga effekten av behandlingen som patienten får. Känslorna som vårdgivarna har mot patienterna tillsammans med kommunikationsproblemen som läkarna också upplever emot patienter med psykiatrisk bakgrund kan minska på kvalitén av vården. Dessa känslor har lett till att denna patientgrupp vill undvikas. (Ma et al., 2018 & McCabe & Leas, 2008) Genom att undvika kommunikering med en patient för att hen känns krånglig och tung är man respektlös och förorsakar vårdlidande åt patienten (Eriksson, 1994 s. 91).

### *Bristfälligt bemötande (Attityders påverkan på vården)*

I en annan studie gjord av McCabe & Leas (2008) tas det upp hur vidare undersökningar ofta ignoreras och bekymren om patienternas fysiska hälsa många gånger kopplas till den mentala ohälsan patienten lider av. I en ytterligare studie av Björk Bämberg et al. (2018) tas det likaså upp hur läkarna ofta förknippar fysiska hälsoproblem som patienten upplever till någon psykisk diagnos. Utebliven vård som också är en kategori i vårdlidande kan ske genom mindre slarvfel eller i grövre fall genom medveten misskötsel (Eriksson, 1994, s. 92–93). Om läkaren oberoende av om det sker medvetet eller omedvetet, inte skickar patienten för vidare undersökningar eller förringar patientens bekymmer enbart på grund av den psykiatriska diagnosen i bakgrunden kan det tolkas som någon "straff", som yttras eftersom ingen vårdande vård ges eller så kan det leda till att sjukdomslidande som patienten känner av blir värre.

Sjukdomslidande behöver inte nödvändigtvis alltid handla om något fysiskt, utan själsligt och andligt lidande räknas hit också. Själsligt och andligt lidande kan skapas utav en fördömande attityd av vårdpersonalen och ligger tätt intill det som kallas för vårdlidande. (Eriksson, 1994, s. 83–84)

## *Vårdrelation, kontinuitet och stabilitet (Bemötande av patienter som lider av psykisk ohälsa)*

Vårdrelationen mellan vårdaren och patienten spelar stor roll för hur patienten upplever sin vård. Faktorer som kunde ha en positiv påverkan på vårdrelationen kunde vara t.ex. att bli individuellt mött av vårdaren, att ha tillräckligt med tid samt att bli hörd och förstådd (Johansson & Eklund, 2003), och i situationer där en vårdrelation mellan patient och vårdare inte är av denna typ kan vårdlidande orsakas åt patienten. Eriksson (1994, s. 87) skriver att genom att inte på riktigt ”se” människan och ge hen tillräckligt utrymme, kan patientens värdighet kränkas och på så sätt orsaka vårdlidande.

I situationer där vårdaren misslyckas i att skapa en god vårdrelation med patienten och p.g.a. till exempel egna attityder arbetar passivt eller motvilligt orsakas också vårdlidande genom att bete sig respektlöst och att inte vill kommunicera med patienter, eftersom hen kan kännas tung eller svår. (Eriksson, 1994, s. 91)

Utan en viss kontinuitet och stabilitet i vården, som exempel i situationer där en patient måste gå och söka vård från flera olika enheter, kan det lätt hända att informationen inte rör sig vidare och patienten blir utan rätt vård. Enligt Eriksson (1994, s. 92–93) är utebliven vård en del av vårdlidande, och kan hända t.ex. i situationer där vårdaren inte riktigt har kunnat se och uppskatta patientens behov, vilket i sin tur leder till att fel vård ges eller vården uteblir helt – eftersom det alltid då en adekvat vårdhandling uteblir sker en kränkning av människans värdighet.

## 8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Arcada är en del av det finländska verksamhetsförbundet, vilket innebär att alla studeranden bör följa de etiska riktlinjerna och god vetenskaplig praxis för skriftliga arbeten inklusive examensarbetet. Att utföra arbetet med god vetenskaplig praxis betyder att man som skribent tar hänsyn till andras arbeten på ett respektfullt sätt och håller sig ärlig, omsorgsfull samt noggrann genom hela arbetet. Datainsamlingen, dokumentationen och presentationen bör också ske på ett etiskt hållbart sätt och man ska ta i beaktande andra forskarens arbete samt resultat, och ha respekt mot deras arbete. Under hela arbetsprocessen och datainsamlingen har vi respekterat och varit omsorgsfulla mot de tidigare studier och artiklar vi använt, genom att vara noggranna och hålla oss till det som artiklarna verkligen innehåller – och inte lagt till något eget. Etiska överväganden har visats även gällande den substans vi valt för denna studie. Vid publicering av sitt arbete och sina resultat ska skribenten utöva den öppenhet samt ansvarsfull kommunikation som kännetecknar akademisk verksamhet och ta i beaktan etiken inom sitt yrkesområde (Arcada, 2008). Resultaten har vi beskrivit på ett klart och tydligt sätt, så att läsaren har lätt att förstå de slutsatser vi har kommit fram till. Vi har även ämnat till att beskriva hela arbetsprocessen och vår väg till slutresultaten på ett öppet samt tillförlitligt och systematiskt sätt som stödjer även arbetets överförbarhet.

Under hela examensarbetsprocessen har vi följt Arcadas egna etiska riktlinjer, ”God vetenskaplig praxis i studierna vid Arcada”(Arcada, 2008). Vi har läst igenom dessa riktlinjer och under skrivandets gång haft dem på minnet, och tycker att vi har följt en god vetenskaplig praxis i arbetet. Eftersom detta arbete gjordes som en litteraturstudie behövdes inga vidare lov ansökas om.

Strategi och värderingar för HUS har uppdaterats år 2019, och innehåller bemötande, jämlikhet samt pionjärskap. Bemötande ses som grunden för all verksamhet på HUS, och inom hälso- och sjukvården ses bemötandet och äkta närvaro som kärnan i hela verksamheten. Med jämlikhet menar man att inom HUS vill man säkerställa att alla har en likvärdig möjlighet att få vård. Dessa värderingar kan man starkt relatera med vårt arbete, med vilket vi har villat tangera ämnet om bemötande och likvärdighet för alla patientgrupper – i detta fall patienter med mental ohälsa.

Etiska rekommendationer för social- och hälsovården innehåller bland annat att alla har samma rätt att få den vård och service hen behöver, och att vården och servicen som ges borde vara tillförlitliga samt säkra. Den goda vården innebär till exempel individuellt samt ett mänskligt bemötande av patienten. Etiska utgångspunkten inom vården är att respektera patientens självbestämmanderätt, rätten att välja samt deras grundläggande rättigheter och att kunna iakttä likabehandling för alla och notera jämlikheten i bemötandet. (ETENE, 2011)

De slutsatser som kan dras av de resultat vi kommit fram till är att genom att respektera patienten med att bemöta hen individuellt, vara närvarande och lyssna på patienten kan göra att relationen bli bättre. När relationen är på en gynnsam nivå kan det i sig bidra tillfredsställelse åt patienten som är en viktig komponent i framkallelse av mod åt patienten för att våga uppsöka vård och berätta om sina symtom så att en vård kan påbörjas och fortskrida.

Vi hoppas att de professionella inte skulle styras av de stigmatiserade attityderna och fördomarna som många kan ha för denna patientgrupp. Genom att vårdgivarna blir bättre medvetna om de rådande attityderna, och inser samt godkänner dem, kan det ske en förändring. På det sättet korresponderar det också med att patienternas vård kan förbättras genom ett bättre bemötande. Vår önskan är att situationen skulle bli bättre för denna patientgrupp – att de inte i fortsättningen skulle hamna bli utsatta för stigmatisering och dömande attityder så att all form av lidande också skulle avta.

Skribenterna deltog i etikdagen som ordnades på Mejlans sjukhus 3.3.20 för att presentera det man kommit underfund med i arbetet till den tidpunkten i form av poster. Vi hade möjlighet att diskutera med förbi passerande människor som kunde vara patienter, besökare eller personal. Det var väldigt givande att få höra vad andra tyckte om vårt ämne och att vi själva var tvungna att besvara på frågor. Flera poängterade på de valda temanens viktighet och att det vore intressant att få läsa arbetet när det blir klart. En sjukskötare vi diskuterade med angående bemötandet, betonade på att tidsbristen som i denna dag är väldigt kraftigt på tapeten vore ändå inte få synas åt patienterna. Den tid man ger åt patienten, även för en kort stund, ska man verkligen vara närvarande för patienten.

## 9 KRITISK GRANSKNING

Som avsikt med detta arbete hade vi att utreda vårdarnas attityder inom det somatiska vårdandet mot patienter som lider av psykisk ohälsa, samt hur dessa attityder påverkar bemötandet samt vårdandet av patienter – i syfte att minska vårdlidande hos dessa patienter. Med forskningsfrågorna ville vi kartlägga hurdana attityder det möjligen kunde finnas mot patienter med mental ohälsa inom den somatiska sjukvården, hur dessa attityder kunde påverka den vård som ges åt patienterna och hur patienter med psykisk ohälsa borde bemötas. Vi hade från tidigare personliga erfarenheter lagt märke till att det kunde finnas negativa attityder mot denna patientgrupp, och med en snabb koll genom några databaser kom vi snabbt till en slutsats att det nog finns bra med information om detta ämne och bestämde oss att gå vidare med arbetet.

Inför studien hade vi tre forskningsfrågor vi ville få svar på, och det lyckades vi med. Frågorna blev svarade, och vi är nöjda med de resultat vi fick. Resultaten presenterade vi på ett klart och tydligt sätt, och de besvarar tydligt de frågor vi ämnade få svar på. Upplägget på arbetet ändrades flera gånger under arbetsprocessen, och den slutliga ordningen tycker vi att blev den klaraste och tydligaste med tanke på läsaren, på ett vis att det är lätt att hitta information från arbetet. Enligt vår åsikt framskrider arbetet i en logisk ordning.

Även om det nog har forskats en hel del inom detta ämne redan tidigare, hade vi inte problem med avgränsning av ämnet. Med relevanta och tillräckligt tangerande sökord fick vi tillräckligt med antal träffar – oftast inte för mycket, men inte heller för lite – vilket gjorde det ganska lätt att hållas till ämnet och hitta svar till våra forskningsfrågor. Eftersom det nog finns en stor mängd forskningar kring detta ämne, kom vi fram till att med tillräckligt specifika sökord (t.ex. ”stigma of mental illness” och ”primary care”) kunde vi hitta tidigare forskningar som var relevanta med tanke på vårt ämne.

Som sagt, finns det en hel del information och forskningar om detta ämne, så inga stora svårigheter med informationssökningen möttes. Början var lite uppmanande med att hitta en bra databas och relevanta sökord, för att komma fram till artiklar och forskningar som tangerar just vårt ämne, men efter att vi kommit igång med sökningen framskred det mycket effektivt. Vid påbörjandet av detta arbete, hade vi en tanke om att vi skulle ha velat använda nyare forskningsartiklar (max tio år gamla), men efter en del svårigheter med informationssökningen och på grund av att vi hittade en del äldre artiklar som kändes

relevanta för vårt ämne, bestämde vi att ändå använda även några äldre artiklar. Detta kunde vara något som kunde tas i beaktan i vidareforskning av ämnet. Gällande artiklarna, kunde vi ha använt flera artiklar för att få ett bredare resultat till våra forskningsfrågor, men personligen tycker vi att även med dessa sju artiklar som vi valt lyckades vi ändå svara alla tre forskningsfrågorna.

Som metod valde vi att använda innehållsanalys, eftersom vi tyckte att den passade bra för denna typ av arbete. Med en litteraturstudie tyckte vi att vi hade möjlighet att få mer mångsidigt material eftersom det redan forskats mycket inom detta ämne. Vi tänkte i början av arbetet och tycker fortfarande att arbetet kunde ha bra utförts också med hjälp av enkät eller intervju. Detta på grund av att med hjälp av enkät eller intervju skulle man ha fått förstahandsinformation rakt från personer som själv lidit av mental ohälsa, och troligen ha fått viktig information av patienter själv gällande hur de skulle hoppas att de skulle bli bemötta inom somatiska sjukvården. Dock är detta ett mycket känsligt ämne, och vi hade möjligtvis kommit emot svårigheter med att hitta frivilliga deltagare samt att få ärliga svar om hur informanten upplever situationen. Med tanke på fortsatta studier vore vi ändå rekommendera att också göra empiriska forskning gällande detta ämne för att få andra perspektiv och uppdaterad information.

Detta arbete gjordes som ett pararbete, och överlag anser vi att det har fungerat bra. Utmaningen som vi stötte på var de olika tidtabellerna i bådars personliga liv, vilket gjorde att vi ganska sällan samtidigt skrev på arbete. Trots detta lyckades vi väldigt bra med kommunikationen genom att vara i kontakt med varandra med jämna mellanrum och alltid ifall det var något vi funderade över så talade vi om det för att hitta en lösning. Genom pararbete har vi kunnat få hjälp från varandra, och i situationer där vi varit osäkra om hur vi skall gå tillväga har det varit till enorm hjälp att kunna jobba tillsammans. Arbetsprocessen har framskridit smidigt under hela examensarbetsprocessen och en viktig faktor som tillbringat med det är att vi kunnat motivera och kämpa varandra. För att kunna jobba så smidigt som möjligt delade vi arbetsuppgifterna jämnt mellan skribenterna och kontrollerade varandras texter regelbundet. Vid behov har vi sedan alltid kunnat ändra eller tillägga något. Genom att ha två personer som jobbar med samma ämne, tycker vi att vi hade möjlighet att komma fram till ett mycket mångsidigt arbete genom diskussioner vi haft tillsammans. Dessa diskussioner och bådars egna styrkor som skribenter har resulterat i att vi under arbetets gång fått många nya perspektiv på olika saker från varandra.



## 10 DISKUSSION

Genom innehållsanalysen fick vi svar på forskningsfrågorna som valdes för arbetet. Resultaten presenterades med hjälp av kategorier, och under den första kategorin beskrev vi attityder som råder inom somatiska sjukvården mot de patienter som lider av psykisk ohälsa och det kom fram att attityderna som vårdgivarna upplever är i stark utsträckning påverkade av stigma som innehar fördomar. Psykisk ohälsa bland patienterna påverkade hur läkarna ställde sig mot patienterna och hur kommunikationen var väldigt snäv och ofta även ville undvikas på grund av tidigare negativa upplevelser eller enbart av fördomar de hade. Därpå ansåg många att personer med psykisk ohälsa bidrar med mindre insatser för samhället (Ma et al. 2018). Det var inte heller ovanligt att läkaren ofta tolkade somatiska symptomen uppkomma från den psykiska ohälsan och använde det som en "orsak", snarare än att observera det som något somatiskt hälsoproblem (Björk Bämberg et al., 2018 & McCabe & Leas, 2008).

Den andra forskningsfrågan handlade om hur de attityder som kommer fram och lyfts fram i arbetet påverkar det somatiska vårdandet. Dessa negativa attityder kan tillbringa vårdlidande åt patienten ifall vårdpersonalen arbetar passivt och motvilligt – vilket igen kan leda till flera problem med att t.ex. patienternas självvärdering och följsamhet blir sämre och således minskar på effektiviteten av den behandling som ges (Ma et al., 2018). Andra problem handlade om att patienten upplevde att inte bli individuellt bemött eller att inte bli sedd och hörd ordentligt av läkaren. Det att läkaren inte alltid uppmärksammat patienten tillräckligt kunde även leda till för snabba slutsatser och felaktiga tolkningar (Johansson & Eklund, 2003). Kommunikationssvårigheter mellan patient och vårdgivare kunde också åstadkomma en undervärdering av symptomen vilket kan ha allvarliga effekter av att patienten inte får rätt vård (Björk Bämberg et al., 2018). Därpå påverkade de stigmatiserade attityderna på att flertal patienter undvek att söka vård och berätta om sina symptom vilket fördröjer diagnosen och inledningen av rätt vård (Freidl et al., 2007).

I den tredje forskningsfrågan ville skribenterna utreda hur man ska bemöta patienter som lider av psykisk ohälsa inom det somatiska vårdandet och en betydande faktor som enligt patienterna bidrar till god vård är patient-vårdar-relationen. Tiden som man ger patienterna, oberoende av brådskande omständigheter som patienterna var medvetna om, fick dem känna att de blivit hörda och respekterade. Att vårdaren är empatisk, stödjande och

medkännande samt innehar förståelse för de problem patienten har i situationen påverkar positivt på relationen. Värderingar och tankar som personalen äger får inte påverka arbetet. Ett individuellt bemötande och vård samt fungerande kommunikationen och att patienten själv får ha en påverkan på sin vård ansågs som viktigt gällande vårdrelationen. (Johansson & Eklund, 2003, Stumbo et al., 2018)

Kontinuiteten och stabilitet av personalen – att samma person skulle ansvara en längre tid för en viss patients vård – gynnar att en god relation kan bildas mellan patienten och sjukvårdspersonalen och som också kunde åstadkomma en bättre kommunikation bland personalen (Johansson & Eklund, 2003). Patienternas behov möttes bättre genom en kontinuitet i vården och de kände tillfredsställelse när de hade en person som ansvarade för deras vård (Fortin et al., 2018).

I vårt arbete har vi valt att tangera somatiska sjukvården och vårdpersonal överlag, vilket betyder att vi valt artiklar som innehöll information gällande både läkarnas och sjukvårdarnas synvinklar om ämnet. Detta ämne är väldigt brett och vi skulle rekommendera att vidare forskningar gjordes speciellt i Finland. Uppdaterad information skulle rekommenderas för att lindra lidandet och åstadkomma bättre vård för patienter med psykisk ohälsa. Vid fortsatta forskningar om ämnet, vore det intressant att få mer information om endast sjukvårdarnas attityder – och dess påverkan på vården – och möjligen hur dessa attityder kunde ändras. Som sagt, är ämnet brett vilket gjorde att vi valde att i detta arbete inte fokusera på hur attityderna kunde påverkas och ändras mot bättre. Det vore också intressant att få läsa någon intervjustudie med patienters egna tankar gällande ämnet, hur de upplever och tolkar deras vård.

## KÄLLOR / REFERENCES

- Aktan-Collan, K., Arvostava kohtaaminen, Duodecim, tillgänglig: <https://www.duodecim.fi/2017/12/01/arvostava-kohtaaminen/>, hämtad: 22.10.2019
- Arbetskyddscentralen, tillgänglig: [https://ttk.fi/sv/arbetstrivsel\\_och\\_arbetarskydd/grunderna\\_for\\_arbetarskydd/arbetsgemenskap/trakasserier\\_och\\_osakligt\\_bemotande](https://ttk.fi/sv/arbetstrivsel_och_arbetarskydd/grunderna_for_arbetarskydd/arbetsgemenskap/trakasserier_och_osakligt_bemotande), hämtad: 23.10.2019
- Arcada, 2008, *God vetenskaplig praxis i studier i Arcada*, tillgänglig: [https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf), hämtad: 9.3.2020
- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., Rusner, M., 2018, *Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care*, BMC Family Practice, vol 19, tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=bbf98d27-78e6-4b88-8a20-0e46db307672%40pdc-v-sessmgr05>, hämtad: 23.10.2019
- Eriksson, K., 1994, *Den lidande människan*, 1 uppl., Liber Utbildning, Arlöv, s. 82-94
- Eriksson, K., 2001, *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*, 3 uppl., Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, s. 17 & 26
- ETENE 2011, *Den etiska grunden för social- och hälsovården*, tillgänglig: <https://etene.fi/documents/1429646/1571620/Publikation+33+Den+etiska+grund+n+för+social-+och+hälsovården%2C+2011.pdf/3cd3621e-5301-43d7-9eeb-5f6aecf84f5e/Publikation+33+Den+etiska+grund+n+för+social-+och+hälsovården%2C+2011.pdf>, hämtad: 24.4.2020
- Falissard, B., Monégat, M., Harper, G., 2017, *Psychiatry, mental health, mental disability: time for some necessary clarifications*, Eur Child Adolesc Psychiatry, nr 26: 1151-1154, tillgänglig: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=93c5ade9-2d22-446c-9779-7e0571de1214%40pdc-v-sessmgr02>, hämtad: 24.1.2020
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2016, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur & kultur, s. 27, tillgänglig: <https://www.smakprov.se/smakprov/?isbn=9789127146549&partner=smakprov>, hämtad: 21.4.2020

- Fortin, M., Zhirong, C., Fleury, M., 2018, Satisfaction with primary and specialized mental health care among patients with mental disorders, *International Journal of Mental Health*, vol. 47, no. 2, 97-117, tillgänglig: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=b20cb7ac-4617-46a7-80b2-991d416b0bb7%40sdc-v-sessmgr01> hämtad: 7.3.2020
- Freidl, M., Spitzl, SP., Prause, W., Zimprich, F., Lehner-Baumgartner, E., Baumgartner, C. & Aigner, M., 2007, *The stigma of mental illness: Anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder*, *International Review of Psychiatry*, vol. 19, nr. 2, s. 123-129, tillgänglig: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=00f0510c-8319-4066-8ea6-dd90328eeb7a%40sdc-v-sessmgr01>, hämtad: 10.12.2019
- Goffman, E., 1972, *Stigma – Den avvikandes roll och identitet*, Norstedts Akademiska Förlag, Stockholm, s. 12, 14, 15, 22 & 23
- Goffman, E., 2014, *Stigma – Den avvikandes roll och identitet*, 4 uppl., Studentlitteratur AB, Lund, s. 11-12
- Hansdotter, Å., 2014, *stigmatisering och psykisk ohälsa*, Vetenskap & Hälsa, tillgänglig: <http://www.vetenskaphalsa.se/stigmatisering-och-psykisk-ohalsa/>, hämtad: 23.10.2019
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M., 2012, *Käytännön mielenterveystyö*, SanomaPro, s. 12-13
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P., Agge, E., 2008, *Tämä potilas kuuluu meille – sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä*, Fioca Oy
- HUS, *God vård och gott bemötande*, tillgänglig: <https://www.hus.fi/sv/patienten/patientens-rattigheter/god-var-d-och-gott-bemotande/Sidor/default.aspx>, hämtad: 23.10.2019
- HUS, *HNS – en föregångare*, tillgänglig: [https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HNS\\_Strategi\\_\\_2012-2016.pdf](https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HNS_Strategi__2012-2016.pdf), hämtad: 21.4.2020
- HUS, *Om HUS*, tillgänglig: <https://www.hus.fi/sv/om-hns/Sidor/default.aspx>, hämtad: 21.4.2020
- Huttunen, M., 2017, *mielenterveyden häiriöt*, terveyskirjasto, tillgänglig: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002#s3](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002#s3), hämtad: 21.10.2019

- Johansson, H. & Eklund, M., 2003, *Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol 17, nr. 4, s. 339-346, tillgänglig:  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3dadf150-f4bc-45e9-b927-5596fa0e64c7%40pdc-v-sessmgr04>, hämtad: 30.12.2019
- Korkeila, J., 2015, *mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa*, Duodecim, nr. 6, tillgänglig:  
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/6/duo12160?keyword=leimautuminen>, hämtad: 3.1.2020
- Kunskapsguiden, *vad är psykisk hälsa*, tillgänglig:  
<https://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx>, hämtad: 22.10.2019
- Kyngäs, H., Vanhanen L., 1998, Sisällön analyysi, Hoitotiede vol. 11, s 3-10
- Ma, Z., Huang, H., Nie, G., Silenzio, V., Wei, B., 2018, *Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community-Based Study in Rural China*, BioMed Research International, vol 2018, tillgänglig:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=b20cb7ac-4617-46a7-80b2-991d416b0bb7%40sdc-v-sessmgr01>, hämtad: 8.3.2020
- McCabe, M & Leas, L., 2008, *A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness*, Psychology, Health & Medicine, 13(3): 303-312 Tillgänglig:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=b20cb7ac-4617-46a7-80b2-991d416b0bb7%40sdc-v-sessmgr01>, hämtad: 7.3.2020
- Mielenterveystalo, *stigma eli häpeäleima*, tillgänglig:  
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>, hämtad: 22.10.2019
- Mieli.fi, *psykisk hälsa*, tillgänglig: <https://mieli.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa>, hämtad: 18.10.2019
- Rask, M., Carlsen, A., Budz-Lilly, A., Rosendal, M., 2016, *Multiple somatic symptoms in primary care patients: a cross-sectional study of consultation content, clinical management strategy and burden of encounter*, BMC Family Practice, vol 17:100, s. 2, tillgänglig:  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=7d538b7c-6049-49ca-8187-9adfc410dca5%40pdc-v-sessmgr02>, hämtad: 13.4.2020

Stumbo, S., 2018, *Perspectives on Providing And Receiving Preventive Health Care From Primary Care Providers and Their Patients With Mental Illnesses*, American Journal of Health Promotion, vol 32(8), tillgänglig: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=b20cb7ac-4617-46a7-80b2-991d416b0bb7%40sdc-v-sessmgr01>, hämtad: 8.3.2020

Synonymer.se, *Somatisk*, tillgänglig: <https://www.synonymer.se/sv-syn/somatisk> hämtad: 27.2.2020

Terveyskirjasto.fi, *Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla*, tillgänglig: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00007](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007), hämtad: 27.2.20

WHO, *Mental health: Strengthening our response*, 2018, tillgänglig: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, hämtad: 23.11.2019

## BILAGOR / APPENDICES

Bilaga 1. Sammanfattning över artiklar använda i tidigare forskning

Författare & årtal	Artikel	Sammanfattning
Freidl et al. 2007	<i>The stigma of mental illness: Anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder</i>	Studien behandlar attityder bland människor som lider av b.la. somatoformt smärtsyndrom. Det kom fram att patienter fördröjer eller söker inte alls vård då det gäller psykiska hälsotillstånd p.g.a. stigmatiserande attityder.
Johansson & Eklund 2003	<i>Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care</i>	Patienternas åsikter om god psykiatrisk vård. Som viktigast sågs en god vårdrelation, att bli hörd och att inte behöva känna sig ensam. Andra faktorer var tillräckligt med tid och vårdens kontinuitet. Det som orsakade missnöje var dåligt bemötande samt en ointresserad läkare.
Fortin et al. 2018	<i>Satisfaction with primary and specialized mental health care among patients with mental disorders</i>	Syftet med studien var att bedöma nöjdhet hos patienter som fick primär eller specialiserad hälsovård. De kom fram till att t.ex. patienter som är nöjda följer bättre med behandlingen och att involvera anhöriga förbättrade nöjdheten inom vården. Kontinuiteten av vården ansågs också som viktigt.
Ma et al. 2018	<i>Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: a Community-Based Study in Rural China</i>	Syftet var att studera attityder mot psykiska sjukdomar bland personal. Resultaten visar att de flesta ännu idag hade negativ inställning mot patienter med mental ohälsa.

		Negativa attityder kan påverka vården och minska effekten av behandling.
Stumbo et al. 2018	<i>Perspectives on Providing and Receiving Preventive Health Care From Primary Care Providers and Their Patients With Mental Illnesses</i>	Syftet var att förstå attityder och övertygelser om att ge förebyggande vård till patienter med psykiska sjukdomar. Denna patientgrupp har högre antal tidiga dödsfall än resten av befolkningen. Personalen kände att patienterna inte var intresserade av förebyggande hälsovård, och patienternas tankar var motsatsen. Brist på tid sågs som ett hinder för vård.
McCabe & Leas 2008	<i>A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness</i>	Syftet med studien var att få reda på tillgången av primärhälsovård bland psykiskt sjuka samt vilka hinder och tillfredställelser de upplever.
Björk Bämberg et al. 2018	<i>Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care</i>	Utforskade erfarenheter och synpunkter som hindrar/underlättar tillgång till somatisk vård för psykiatriska patienter. Resultaten visar att självstigmatisering och kognitiva funktionsnedsättningar samt personalens bristande kunskap var hinder för vården. Känslor av att inte tas på allvar eller att inte bli trodd sågs som hinder.



Bilaga 2. Artikelsökning för tidigare forskning

<b>Sökord</b>	<b>Databas</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Använda artiklar</b>
Stigmas with mental illness AND stigmatization AND psychiatric patients	Academic Search Elite (EBSCO)	4 (avgränsat med full text)	1 artikel: Freidl et al. 2007
Good care AND psychiatry	Academic Search Elite (EBSCO)	45 (avgränsat med full text och peer reviewed)	1 artikel: Johansson & Eklund 2003
Somatic care OR primary health care AND mental illness OR mental health AND psychiatric patient	Academic Search Elite (EBSCO)	58 (avgränsat med full text, peer reviewed, årtalen 2009–2019)	1 artikel: Björk Bämberg et al. 2018
Psychiatric patients OR mental illness OR mental disorder AND primary health care OR primary care OR public health care	Academic Search Elite (EBSCO)	77 (avgränsat med full text och peer reviewed)	4 artiklar: Ma et al. 2018 Stumbo et al. 2018 Fortin et al. 2018 McCabe & Leas 2008