



Marie Aleson och Lina Häggqvist
Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp,
Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT 2017
Kandidatexamen
Handledare: Viktoria Wallin
Examinator: Susanne Amsberg

**Patienters upplevelser av att vårdas inom somatisk sjukvård i
samband med psykisk ohälsa
En litteraturöversikt**

**Patients´ experiences of being cared for within somatic care in
conjunction with mental illness
A literature review**

Sammanfattning

- Bakgrund:** Psykisk ohälsa betraktas idag som ett folkhälsoproblem. Patienter med psykisk ohälsa lider ofta av samsjuklighet och vårdas därför ofta inom somatisk vård. Vårdvetenskapen förespråkar ett helhetsperspektiv på människan där kropp och själ samverkar och den ena delen aldrig kan uteslutas. Vid psykisk ohälsa kan lyhörddhet i vårdrelationen vara avgörande. Sjukvårdspersonal upplever dock att de saknar kunskap i att vårda patienter med psykisk ohälsa.
- Syfte:** Syftet var att belysa patienters upplevelser av att vårdas inom somatisk sjukvård i samband med psykisk ohälsa.
- Metod:** Litteraturöversikt genomfördes med tio vetenskapliga artiklar, åtta med kvalitativ design och två med kvantitativ design. Artiklarna analyserades enligt Fribergs (2012) metod för litteraturöversikt.
- Resultat:** Sex huvudteman identifierades: upplevelser av att möta sjukvårdspersonal, att känna sig förstådd, att vårdgivaren följer upp, att få vara delaktig, hinder för vård och trygghet.
- Diskussion:** Utifrån Erikssons teori om vårdrelation och lidandet diskuteras resultatet. Kunskapsbrist kring psykisk ohälsa skapar osäkerhet hos sjukvårdspersonalen och lidande för patienten. Betydelsen av att se hela människan diskuteras.
- Nyckelord:** Psykisk ohälsa, somatisk vård, patientupplevelse, vårdrelation

Abstract

Background: Mental illness is nowadays considered a public health problem. Patients with mental illness often suffer co-morbidity and are therefore often cared for within somatic care. According to caring science the holistic perspective of the human with both body and soul is advocated where one part can never be excluded. Sensitivity in the caring relationship can be crucial for a patient suffering from mental illness. However, health personnel themselves experience a lack of knowledge caring for patients with mental illness.

Aim: The aim of the literature review was to illustrate patients' experiences of being cared for within somatic care in conjunction with mental illness.

Method: Literature review including ten scientific articles was implemented, eight with a qualitative design and two with a quantitative design. The articles were analyzed according to Friberg's (2012) method for literature review.

Results: Six main themes were identified: experiences of meeting health personnel, experiences of being understood, follow-up by the caregiver, experiences of being involved, experiences of barriers for care and security.

Discussion: The result is discussed according to Eriksson's theory of the caring relationship and suffering. Lack of knowledge within mental illness creates insecurity among health personnel and also creates suffering for the patient. The importance of seeing to the human as a whole is discussed.

Keywords: Mental illness, somatic care, patient experience, caring relationship.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 HÄLSA.....	1
2.2 PSYKISK OHÄLSA	2
2.2.1 <i>Psykisk ohälsa i samhället</i>	2
2.2.2 <i>Psykisk ohälsa i somatisk vård</i>	3
2.2.3 <i>Omvårdnad vid psykisk ohälsa</i>	4
2.2.3.1 <i>Vårdrelationen vid omvårdnad av psykisk ohälsa</i>	5
2.2.4 <i>Delaktighet</i>	6
2.2.5 <i>Sjukvårdspersonalens upplevelse av att vårda patienter med psykisk ohälsa</i>	6
2.3 PROBLEMFÖRMULERING.....	7
3. SYFTE	7
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	8
4.1 ATT SE HELA MÄNNISKAN.....	9
5. METOD	9
5.1 DESIGN	9
5.2 URVAL	9
5.3 DATAINSAMLING	10
5.4 ANALYSMETOD	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
7. RESULTAT	11
7.1 UPPELVELSER AV ATT MÖTA SJUKVÅRDSPERSONAL	11
7.2 ATT KÄNNA SIG FÖRSTÅDD	12
7.3 ATT VÅRDGIVAREN FÖLJER UPP	13
7.4 ATT FÅ VARA DELAKTIG	13
7.4.1 <i>Kommunikationens betydelse</i>	14
7.4.2 <i>Upplevelser av samarbete</i>	14
7.5 UPPELVELSER AV HINDER FÖR VÅRD.....	15
7.6 ATT UPPELVA TRYGGHET.....	15
8. DISKUSSION	16
8.1 METODDISKUSSION.....	16

8.2 RESULTATDISKUSSION	17
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER	22
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	23
9. SLUTSATS	23
REFERENSFÖRTECKNING	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	30
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	32

1. Inledning

Författarna har under verksamhetsförlagd utbildning uppmärksammat att det är vanligt förekommande att patienter inom somatisk sjukvård har någon form av psykisk ohälsa eller att det finns dokumenterat i journalen att patienten tidigare vårdats för psykiska ohälsotillstånd. Vid flera tillfällen har författarna upplevt att sjukvårdspersonal tycks ha ett annorlunda förhållningssätt till patienter med psykisk ohälsa där vi upplevt att sjukvårdspersonalen har förutfattade meningar och pratar om dem på ett negativt sätt innan de ofta ens har träffats. Med anledning av detta vill författarna med denna litteraturöversikt undersöka hur patienter med psykisk ohälsa upplever att vårdas inom somatisk sjukvård.

2. Bakgrund

2.1 Hälsa

Enligt WHO är hälsa ”ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet” (WHO, 1948). Denna känsla av helhet är inte densamma för alla utan är relativ i förhållande till just den individens yttre och inre omständigheter och förutsättningar. Det är människans egen uppfattning av sin hälsa som är det viktiga (Eriksson, 1993). Hälsa kan även beskrivas utifrån termen livskraft då man menar att man mår så bra att man har en känsla av att man kan genomföra de livsprojekt man själv anser vara nödvändiga för att kunna ha ett gott liv (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa är något som avspeglar människans aktuella och totala livssituation och upplevelsen av hälsa kan till exempel drastiskt förändras om man själv eller en närstående drabbas av sjukdom eller om man av någon anledning upplever att livet saknar mening.

Eriksson (1993) talar även om hälsa i förhållande till samhället som att varje samhälle har ett normsystem kopplat till hälsobegreppet och genom exempelvis försäkringssystem och lagar som sätter samhället villkor och gränser för individen och dess hälsa. Inom dessa ramar bestämmer således samhället vem som är frisk eller sjuk. Genom prover och undersökningar kan sjukvården bedöma en persons hälsa men det är ett komplext system eftersom sjukdom enligt vårdvetenskapen till stor del är subjektiv och den som känner sig sjuk kanske inte uppvisar ”rätt” symtom eller tvärtom kan den som enligt prover är väldigt sjuk känna sig frisk. Hälsa enligt Eriksson (1993) är alltså en kombination av både en objektiv och en subjektiv dimension.

2.2 Psykisk ohälsa

För att sjukvårdspersonal ska kunna vårda patienten på bästa sätt måste det finnas kunskap om patientens subjektiva uppfattning om sin egen hälsa (Eriksson, 1993). Enligt Socialstyrelsen (2013) inkluderas både psykiska besvär och psykiatriska sjukdomar inom begreppet psykisk ohälsa. I benämningen psykiska besvär menas subjektiva besvär såsom oro och nedstämdhet (Socialstyrelsen, 2013). Psykiatriska sjukdomar omfattar sjukdomar/störningar som diagnostiserats enligt klassificeringssystemen ICD-10, International Classification of Diseases, och DSM V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ottoson, 2015). Exempel på sådana är schizofreni, depression och bipolär sjukdom.

Psykisk ohälsa är både biologisk och psykosocial till sin natur och Skärsäter (2014) menar att människan har en personlig sårbarhet som under olika omständigheter kan utlösa symtom som då varierar från person till person. Många människor som lever med psykisk ohälsa utan att ha kriterier som är förenliga med en psykiatrisk diagnos upplever ett starkt lidande som påverkar dem dagligen i livet (Hedelin, 2006). Denna typ av psykisk ohälsa betraktas dock inte utifrån som lika allvarlig som den diagnostiska trots att den kan ge många liknade symtom som till exempel stark oro och ångest.

Författarna kommer fortsatt att avse Socialstyrelsens (2013) definition när det gäller begreppet psykisk ohälsa, det vill säga både psykiska besvär och psykiatriska sjukdomar.

2.2.1 Psykisk ohälsa i samhället

Socialstyrelsen fastslog i en rapport från 2013 att psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2013). En miljon människor i arbetsför ålder lider årligen av psykisk ohälsa och är den största anledningen till sjukskrivning i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2013) lider årligen fem till åtta procent av Sveriges befolkning av ångestsyndrom eller depression och under en livstid drabbar någon gång samma syndrom 25 procent av befolkningen. Dock visar statistik att enbart tre till fyra procent behandlas inom psykiatri vilket pekar på att ett stort antal patienter med psykisk ohälsa behandlas inom primärvården. Psykiska sjukdomar står årligen för 40 procent av de totala sjukskrivningskostnaderna vilket gör det till den största gruppen av sjukskrivna. Samhällets kostnad för psykisk ohälsa beräknas uppgå till 70 miljarder kronor om året. Enligt WHO:s europeiska hemsida så har under det senaste året 27 procent av EUs invånare lidit av någon form av psykisk ohälsa (www.eur.who.int). WHO:s internationella världshälsorapport från 2001 som hade fokus på psykisk ohälsa konstaterade att 25 procent av världens befolkning under senaste året lidit av psykisk ohälsa men att två

tredjedelar av dessa inte söker vård då det fortfarande råder stigma, diskriminering och nonchalans (www.who.int). Att det råder stigma i samhället angående psykisk ohälsa bekräftar en studie där forskarna genomförde en randomiserad undersökning bland cirka 6 000 personer i ett samhälle där de tillfrågade fick se filmer där personer med psykisk ohälsa medverkade. Resultatet visade att de tillfrågade såg psykisk sjuka som allt ifrån farliga och oförutsägbara till mentalt svaga (Reavley & Jorm, 2011).

I en annan studie blev personer med någon form av psykisk ohälsa tillfrågade om de upplevde fördomar från omgivningen på grund av sina diagnoser (Peters, Schwenk, Ahlstrom & McIalwin, 2017). Resultatet visade att de ofta kände att människor runtomkring förutser att de är svaga, söker uppmärksamhet och är oförmögna att klara av saker. Även deras föräldrar och vänner kommenterade att de är självupptagna och överdramatiska.

2.2.2 Psykisk ohälsa i somatisk vård

Var man än arbetar inom sjukvården som sjuksköterska så kommer man att möta personer med psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014). Kropp och själ påverkar varandra och samsjuklighet är vanligt när man lider av psykisk ohälsa, det vill säga att man lider av två eller fler sjukdomstillstånd samtidigt. Den som till exempel lider av depression eller ångestsyndrom har inte sällan smärtproblematik. Samtidigt så löper de som har kroppsliga sjukdomar stor risk att drabbas av depression. Jämfört med resten av befolkningen löper personer med psykisk ohälsa även större risk för försämrad hälsa i övrigt, ökad dödlighet och sämre levnadsförhållanden vilket betyder att de ofta befinner sig inom just somatisk vård. Lilja, Hellzén, Lind & Hellzén (2006) påvisar i en studie att det är vanligt att människor som lider av depression även har andra symtom som leder dem till att söka somatisk vård. Skärsäter (2014) betonar vikten av att alltid arbeta utifrån ett helhetsperspektiv och att utforma all omvårdnad utifrån patientens behov. Lilja et al. (2006) framhåller att sjuksköterskor ofta har en biologisk utgångspunkt men att denna inte behöver vara ett hinder utan kan utgöra startpunkten för en helhetsvård av patienten. Nyckeln till att vårda ligger dock i att identifiera de individuella hälsoresurserna. Newcomer och Hennekens (2007) bekräftar i en studie att dödligheten bland personer som lider kardiovaskulära sjukdomar har minskat i USA. Däremot ser trenden annorlunda ut när man konstaterar att dödligheten bland de som lider av psykisk ohälsa i kombination med kardiovaskulär sjukdom i genomsnitt förkortar sitt liv med 25 år jämfört med resten av befolkningen. Även Fagiolini och Goracci (2009) konstaterar i sin studie att personer som lider av psykisk ohälsa löper risk att förkorta sitt liv, de anger en förkortningen med 30 procent. De fastslår att många patienter som lider av framförallt

schizofreni och bipolär sjukdom ofta lider av samsjuklighet i form av diabetes eller hjärt-och-kärlsjukdom. Vidare har dessa patienter svårt att få hjälp av sjukvårdspersonalen bland annat på grund av försämrade kognitiv förmåga och att de inte sällan har kommunikationssvårigheter. Risk föreligger att de blir feldiagnostiserade och undermedicinerade. Författarna diskuterar vikten av att dessa patienter får rätt hjälp för att förhindra kroniska ohälsotillstånd. Svedberg (2006) anser det betydelsefullt i psykiatrisk omvårdnad att stärka patientens egna hälsoresurser och tillföra friskfaktorer genom att stärka patientens sociala sammanhang genom motivation då möjligheterna för patienten att utvecklas förstärks istället för att fokus ligger på patientens hinder som tvärtom bara försvårar hälsoprocessen.

2.2.3 Omvårdnad vid psykisk ohälsa

Willman (2014) anser att det inom omvårdnad är sjuksköterskans uppgift att arbeta hälsofrämjande och stärka patientens egna resurser i hälsoprocessen. Vidare framhåller Skärsäter (2014) att det inom omvårdnad av patienter med psykisk ohälsa är äktheten i mötet som är en avgörande grund för en god vårdrelation. Genom att skapa en god vårdrelation ges möjlighet att möta patienten i sin specifika situation och utifrån det sätta in adekvata åtgärder. Målet med omvårdnad vid psykisk ohälsa är att patienten ska kunna hantera sin tillvaro och fungera i vardagen. Ofta har personer som lider av någon form av psykisk ohälsa svårt att formulera sina behov vilket ställer krav på sjuksköterskan att bemöta patienten på rätt sätt för att kunna ge rätt vård. Ottosson (2015) menar att ett respektfullt och medmänskligt vårdande är av stor betydelse för patientens delaktighet i sitt eget vårdande då patienten i vården annars befinner sig i en beroendeställning. Sjuksköterskans roll ska vara stöttande och stärkande och i uppgiften ingår att hjälpa patienten att själv ska ta kontroll och vara delaktig i sin vård (Skärsäter, 2014). Psykisk smärta kan vara svår att verbalisera och tar sig olika uttryck hos olika individer. Ett trovärdigt samtal där patienten får styra vad som sägs och att som sjukvårdspersonal visa omsorg kan ofta hjälpa. I detta ingår att bemöta patientens oro eller ångest och inte förringa denna som då kan förvärras. Om patienten upplever ångest eller fara är det inte bra att gå in i en dialog eller konfrontera patienten om detta. Inte heller är det bra att lämna patienten ensam utan bästa hjälp är att lugnt stanna, lyssna, bekräfta och hjälpa till att hitta distraktion för stunden. En lugn miljö är att föredra. Även Hedelin (2006) menar att samtalet har en betydande roll i den hälsofrämjande processen. Under samtalet kan sjukvårdspersonalen genom ett empatiskt förhållningssätt förmedla både hopp och stöd till

patienten. Samtalet handlar också om att på ett öppet och följsamt sätt lyssna till patientens berättelse kring sin situation utan att flika in med lösningar eller förklaringar. Det krävs att sjukvårdspersonalen har en förmåga att kunna leva sig in i varje patients unika situation vilket gör att samtalet inte kan utföras slentrianmässigt utan engagemang.

Lassenius (2014) påpekar att det är vanligt att den fysiska kroppen blir lidande för patienter med psykisk ohälsa på grund av starka mediciner som påverkar kroppen negativt. Inaktivitet försämrar den psykiska ohälsan ännu mer och därför är det viktigt att uppmuntra patienter att röra på sig. Fysisk aktivitet har däremot enligt Skärsäter (2014) bevisad god inverkan på personer med psykisk ohälsa, dels som distraktion från negativa tankar men det hjälper även till att lösa upp anspänningar i kroppen som är vanligt förekommande i samband med psykisk ohälsa. Skärsäter (2014) menar också att avslappningsövningar har en ångestreducerande effekt och är bra för patienter som besväras av spända muskler.

2.2.3.1 Vårdrelationen vid omvårdnad av psykisk ohälsa

Vårdrelationen kan vara avgörande för en patient som lider av psykisk ohälsa (Nyström, 2014). Det är vårdgivarens ansvar att försöka skapa en så god och professionell kontakt som möjligt genom att vara lyhörd inför patientens unika berättelse kring sin situation.

I en god vårdrelation får patienten ut något bra av mötet och upplever sig bekräftad och förstådd vilket Snellman (2014) beskriver som en *vårdande relation*. Ibland kan det uppstå *icke-vårdande relationer* vilket ofta leder till att patienten får utstå mycket lidande helt i onödan. Det kan då handla om att patienten inte känner sig sedd eller lyssnad på eller att vårdaren har haft ett arrogant och otrevligt bemötande.

Upplevelser av dåligt bemötande är en av de största anledningarna till att patienter anmäler sjukvårdspersonal till förtroendenämnden och utifrån vårdgivarnas perspektiv finns det olika förklaringar till varför det ibland inträffar (Snellman, 2014). Underbemanning, tidsbrist och stress är några faktorer som kan påverka bemötandet men även okunskap är en anledning till att mötet med patienten inte alltid blir optimalt. Det kan vara svårt som vårdare att skapa en god relation om man inte vet hur man ska hantera eller vårda en patient som befinner sig i en väldigt svår livssituation. Kunskapsbristen leder då till att det blir det svårt att identifiera och tillgodose patientens behov.

2.2.4 Delaktighet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) finns det krav på att alla patienter ska behandlas lika, bemötas med respekt och värdighet och att sjukvården ska främja en god kontakt mellan vårdgivare och patient.

Som sjukvårdspersonal är det betydelsefullt att komma ihåg att patienten alltid bör ses som en samarbetspartner i den hälsofrämjande processen (Svedberg, 2006). Delaktighet är en viktig del i vårdandet för att patienten själv ska känna ansvar och engagemang i sin process mot bättre hälsa och välbefinnande. Det är därför av stor vikt att sjukvårdspersonalen är lyhörd inför patientens tankar och att patienten delges valmöjligheter, information och stöd när det är dags att ta beslut kring exempelvis en behandling. Vid utebliven delaktighet kan en patient som lider av psykisk ohälsa känna sig maktlös och utanför vilket ofta förvärrar ohälsotillståndet.

2.2.5 Sjukvårdspersonalens upplevelse av att vårda patienter med psykisk ohälsa

En studie visar att det bland sjuksköterskor förekommer fördomar mot patienter med psykisk ohälsa (Lethoba, Netswera & Rankhumise, 2006). Bland annat framgår det i studien att sjukvårdspersonalen anser att psykiskt sjuka patienter gillar att stå i centrum, inte bryr sig om hur de ser ut och att de är väldigt oförutsägbara och svåra att vårda. Även i en svensk studie konstateras det att sjuksköterskor i somatisk vård har fördomar mot patienter med psykisk ohälsa i större utsträckning än de sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). De uttryckte särskilt att de tyckte att personer med schizofreni var svåra att prata med samt att de upplevdes som farliga och oförutsägbara. Särskilt vanligt var dessa föreställningar hos sjuksköterskor som var yngre och/eller med mindre erfarenhet. I denna studie framkom även att det fanns negativa attityder mot exempelvis patienter med ätstörningar och att sjuksköterskor anser att patienter med psykisk ohälsa har sig själva att skylla. Det konstateras i artikeln att utfallet av studien med sjuksköterskorna korrelerar bra med hur attityden bland befolkningen i stort ser ut.

2.2.5.1 Kunskapsbehov

Socialstyrelsen fastslår att patienter med psykisk ohälsa inte får den kunskapsbaserade vård som de har rätt till (Socialstyrelsen, 2013). Att kunskap om psykisk ohälsa är betydelsefullt har Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Loyttyniemi, Souminen & Välimäki (2016) visat. Sjuksköterskor som saknade vidareutbildning uttryckte sympati för dessa patienter med

psykisk ohälsa med även rädsla för att vårda dem. Attityd till psykisk ohälsa sågs av författarna vara kopplat till kunskap som de kom fram till kunde minska förekomst av stigmatiserade attityder och uppfattningar. Författarna till artikeln diskuterar hur viktigt det är att det i grundutbildningen eller på arbetsplatsen uppmärksammas psykisk ohälsa för att undvika att sjuksköterskor får stigmatiserade uppfattningar och attityder till patienterna.

I en annan studie undersöktes sjuksköterskors attityd till och vetskapen om förekomsten av psykisk ohälsa i form av depression i samband med hjärtinfarkt (Haws, Ramjeet & Grey, 2011). Resultatet av studien visar tydligt att sjuksköterskorna underskattade förekomsten av depression och att de hade svårighet att känna igen symtom på detta i samband med hjärtinfarkt vilket författarna noterade hade med utbildning att göra. De som i närtid hade fått utbildning i hur man hanterar depression visste i väsentligt högre grad hur vanligt förekommande depression var i samband med hjärtinfarkt och kunde således bättre hjälpa dessa patienter. Även Schafer, Wood & Williams (2010) konstaterar att det saknades utbildning i hur man sjuksköterskestudent inom somatisk sjukvård möter patienter med psykisk ohälsa. Där konstaterade man även att en viktig faktor i bemötandet av dessa patienter är kulturellt betingat och författarna kom fram till att det behövs utbildning i hur man som sjukvårdspersonal utmanar sina egna fördomar. De som hade egna erfarenheter av personer med psykisk ohälsa hade en markant mer positiv inställning än de övriga.

2.3 Problemformulering

Människor med psykisk ohälsa är många till antalet och det klassas idag som ett folkhälsoproblem. Patienter med psykisk ohälsa förekommer inom all sorts somatisk vård då deras fysiska hälsa ofta är dålig. Enligt lag ska sjukvårdspersonal behandla alla patienter med respekt och utifrån den enskildes behov och förutsättning. Forskning visar dock att det verkar finnas kunskapsbrist och att dessa patienter från vårdens håll ofta möts av fördomar som kan medföra att de inte får den vård som de behöver och har rätt till. Med denna litteraturstudie vill vi belysa hur patienter med psykisk ohälsa upplever att vårdas inom somatisk sjukvård för att bidra till ökad förståelse och att bättre kunna vårda dem.

3. Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelser av att vårdas inom somatisk sjukvård i samband med psykisk ohälsa.

4. Teoretiska utgångspunkter

Eriksson (2015a) beskriver vårdandet som en aktiv handling mellan vårdare och patient. Erikssons teori har sina rötter i humanvetenskapen och bygger på kärleken till medmänniskan som det viktiga i vårdrelationen som ska vara som en bro mellan människor (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Genom att ansa, leka och lära menar Eriksson att man kan stötta patienten till att bevara, förändra eller starta hälsoprocesserna för att uppnå hälsa och en känsla av välbefinnande (Eriksson, 2015a). Vidare menar hon att det inte räcker att enbart utföra vårdarbete för att vårda utan vårdandet behöver fyllas med mer substans i form av värme, beröring, kärlek, bekräftelse och stöd.

Eriksson talar om lidandet som en del av sin teori (Eriksson, 2015b). Hon menar att det finns olika typer av lidande. *Sjukdomslidandet* är framförallt lidande i form av kroppslig smärta som upplevs i förhållande till sjukdom och behandling samt det själsliga och andliga lidande som är kopplat till skam och skuld i förhållande till sin sjukdom. Den senare kan antingen vara självupplevd eller kopplad till hur man som patient blir bemött inom vården. *Livslidandet* beskriver Eriksson (2015b) som det lidande som är kopplat till personens hela livssituation, hur det känns att vara människa. *Vårdlidandet* är det lidande som patienten kan uppleva i en vårdsituation. Till skillnad från sjukdomslidande och livslidande, som Eriksson (2015b) menar är en del av att vara människa och som egentligen inte kan utplånas utan bara lindras, så menar hon att vårdlidandet är ett onödigt lidande för patienten som bör elimineras. Vårdlidandet uppkommer ofta i situationer med avsaknad av reflektion och brist på kunskap. Kränkning av en människas värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande, vilket innebär att man minskar människans möjlighet att fullt ut vara människa och därmed inskränker personens möjligheter att använda sina innersta hälsoresurser. En människa kan kränkas direkt genom exempelvis nonchalans eller slarv, eller indirekt via bristande etik genom exempelvis att inte ge personen tillräckligt med utrymme.

Eriksson menar att människan är en lidande varelse som lever i en ständig kamp då hälsan plötsligt kan sättas på spel på grund av exempelvis en allvarlig sjukdom (Wiklund, Gustin & Lindwall, 2012). Människan är enligt Eriksson (2015b) i grund och botten kapabel till att kämpa men det krävs både mod och kraft samt ett kärleksfullt stöd utifrån och det är även viktigt att människan får bevara sin värdighet under lidandets gång. Enligt Eriksson är människan beroende av andra människor då det är avgörande att få berätta och bli lyssnad på och därmed bekräftad i sitt lidande. Genom att dela lidandet med någon kan människan använda lidandet som ett medel för utveckling istället för en begränsande faktor. I ensamheten

upplever människan det största lidandet. Lidandet behöver hopp för att kunna lindras. För att lindra lidande och inge hopp behövs en ömsesidighet mellan att hjälpa och att bli hjälpt, det vill säga god kommunikation.

4.1 Att se hela människan

Enligt Eriksson är människan beroende av andra men hon hävdar samtidigt att människan i grund är en tänkande och reflekterande varelse som är kompetent att ta ansvar för sitt liv och sina egna handlingar (Wiklund, Gustin & Lindwall, 2012).

Inom vårdvetenskapen beskrivs människan som en enhet som kan förstås utifrån flera olika aspekter där man menar att den enskilda individen har kroppsliga, själsliga, andliga och sociala aspekter som tillsammans bildar en helhet (Wiklund Gustin, 2015). Människan bör därför aldrig reduceras till att betraktas utifrån endast en av dessa aspekter. Enligt Bergbom (2012) är människan en mottagare av vård men ska även beaktas som en medaktör och deltagare i sitt eget vårdande.

Som vårdgivare är det viktigt att ständigt ha med sig att det finns ett starkt samband mellan kropp och själ för att kunna bedöma viken typ av omvårdnadsbehov som finns (Wiklund Gustin, 2015). Vårdgivaren bör även se till att patienten får ta del av kunskapen kring sambandet mellan kropp och själ för att patienten själv ska få en ökad förståelse för sina reaktioner. Ångest kan exempelvis ge både starka och obehagliga symtom i den fysiska kroppen vilket inte alla är medvetna om. Även Eriksson menar att det är vårdgivarens uppgift att tillhandahålla patienten kunskap (Wiklund, Gustin & Lindwall, 2012).

5. Metod

5.1 Design

För att svara på syftet med studien har författarna gjort en litteraturöversikt av empiriska studier vilket är en metod som lämpar sig väl vid studier för att skaffa sig en överblick över ett visst avgränsat område som redan är beforskat för att kunna beskriva detta (Friberg, 2012).

5.2 Urval

Urvalskriterierna för studien var artiklar publicerade mellan 2006-2016, skrivna på engelska samt att artiklarna var vetenskapligt granskade (peer-reviewed). Syftet med studierna skulle handla om hur personer med psykisk ohälsa upplever att bli vårdade inom somatisk sjukvård.

Författarna har noga kontrollerat att artiklarna är etiskt granskade och samtliga artiklar är sökta med begränsningen peer review vilket stärker kvalitén då det är andra forskare som har granskat artiklarna innan de har publicerats.

5.3 Datainsamling

Författarna inledde datainsamlingen med att identifiera ämnesord och centrala begrepp för sökningarna. Dessa översattes noggrant till engelska med hjälp av MeSH som är en digital ordbok för vårdrelaterade begrepp på KI.se. Med hjälp av dessa sökord söktes artiklar i databaserna Cinahl Complete och PsycINFO efter kvalitativa och kvantitativa artiklar. Ämnesorden söktes var för sig samt kombinerade på olika sätt för att få fram artiklar relevanta för syftet: mental disorder, mental illness, attitudes to mental disorder, attitudes to mental illness, patient experience, primary care, health care, inpatients, patient satisfaction och experience of being a patient. Fritextsökningar har även gjorts där dessa ämnesord inkluderats med citationstecken och parenteser samt med ett OR eller ett AND mellan parenteserna. Utifrån de träffar där författarna fann för syftet relevanta titlar lästes abstrakt för att kontrollera om artiklarnas resultat överensstämde med litteraturstudiens syfte. Sökningarna som slutligen gav träffar som innehöll artiklar relevanta för syftet presenteras i *Bilaga 1*. De tio artiklar som valdes ut till resultatet presenteras i *Bilaga 2*. Både kvalitativa och kvantitativa studier användes i resultatet (Friberg, 2012).

Kvalitetsgranskningen av artiklarna utgick från Fribergs (2012) frågeställningar vid granskning av kvalitativa och kvantitativa studier. Friberg (2012) menar att risken vid denna typ av litteraturöversikt kan vara att man får en begränsad mängd relevant forskning och att det föreligger en risk för selektivt urval som kan bli missvisande. Med hänsyn till detta är det av stor vikt att urvalet och artiklarna granskas med ett kritiskt förhållningssätt.

5.4 Analysmetod

Artiklarna analyserades enligt Fribergs modell för litteraturöversikt vilket kortfattat innebär att utvalda artiklar läses igenom flertalet gånger för att söka likheter och skillnader och därefter sorteras och sammanställs dessa fynd under teman (Friberg, 2012). Alla studier lästes och kvalitetsgranskades enskilt av båda författarna. Båda författarna läste artiklarna flera gånger för att kunna fördjupa sig och identifiera nyckelord kopplat till syftet som representerade upplevelser av somatisk vård i varje studie som sedan kunde tematiseras.

Därefter söktes i artiklarna likheter och olikheter mellan de olika studiernas utgångspunkter och resultat utefter metoden som beskrivs enligt Friberg (2012). Utefter att teman identifierats skapades och sorterades dessa likhet och olikheter in i en översiktstabell för de teman som identifierades. Därefter kunde slutsatser dras i förhållande till resultaten. I de studier där det har gjorts undersökningar med både enkäter och intervjuer har författarna valt att enbart använda resultatet från intervjuerna då enkäterna oftast har varit en metod för artikelförfattarna att kunna urskilja de som ska vara med i djupintervjuerna.

6. Forskningsetiska överväganden

Då detta är en litteraturstudie är det enligt Sandman och Kjellström (2013) viktigt att artiklarna som används är godkända av en etisk kommitté. Det är vidare betydelsefullt att kritiskt granska texterna som används för studien då det annars enligt Sandman & Kjellström (2013) kan föreligga risk att styra resultatet mot en viss riktning vid valet av artiklar. Så långt som det är möjligt har författarna i studien därför försökt hålla sig neutrala till begreppen och inte styra resultat mot en viss riktning. Författarna är medvetna om att det i artikeln av Gaillard, Shattell & Thomas (2009) inte har gjorts en etisk granskning. Denna artikel bygger på samma material som den av Shattell, McAllister, Hogan och Thomas (2006). I den förstnämnda artikeln, som hade etiskt godkännande, och handlar om hur deltagarna har blivit förstådda hade de i studien uttryckligen sagt att det inte går att tala om att bli förstådd inom sjukvården utan att också tala om att bli missförstådd vilket var anledningen till att den senare artikeln om att bli förstådda skrevs.

7. Resultat

7.1 Upplevelser av att möta sjukvårdspersonal

Patienter upplevde sig diskriminerade i akutsammanhang då de inte blivit tagna på allvar och inte ansetts tillräckligt sjuka för vård utan ibland skickats hem utan vård (Lawn & McMahon, 2015). De upplevde att sjukvårdspersonalen inte trodde på dem eller hade tillräcklig kunskap om psykisk ohälsa för att ens benämna sjukdomen vid namn i journalen. Patienter beskrev också en känsla av att ha blivit dömda på förhand och att de inte blivit tagna på allvar för sin fysiska smärta och menade att de till och med blivit utkastade från akutmottagningen (Morgan, Reavley, Jorm & Beatson, 2016). Patienter upplevde att sjukvårdspersonalen talade till dem på ett icke respektfullt sätt och att de inte fick någon empati eller något stöd. I en studie beskrev patienter en upplevelse av att de många gånger

kände sig diskriminerade, stämplade och objektifierade på grund av sin diagnos (Gaillard, Shattell & Thomas, 2009). De upplevde att de blev förminskade och kom i underläge gentemot vårdgivaren i vårdrelationen vilket ledde till att de inte kände att de kunde vara sig själva. Det förekom att patienter upplevde att sjukvårdspersonalen kändes dömande, oengagerad och talade till dem på ett nedlåtande sätt och behandlade dem som om de var mindre intelligenta på grund av deras psykiska ohälsa (Cranwell, Polacsek & McCann 2016).

Patienter med psykisk ohälsa upplevde att de kände sig vilse och att de inte passade in i vårdssystemet som de upplevde som icke flexibelt och inte individanpassat utan mer anpassat för den stora massan med somatiska akuta besvär (Campbell, Gatley & Gask, 2007). De upplevde det som om läkare gav upp när de inte passade in i mönstret och kunde bli botade.

7.2 Att känna sig förstådd

Många patienter upplevde att det var betydelsefullt att sjukvårdspersonalen aktivt lyssnade på dem då det ingav känsla av att de blev förstådda (Campbell et al., 2007; Morgan, et al., 2016; Shattell, McAllister, Hogan & Thomas, 2006; Gaillard, et al., 2009). I de studier där patienterna inte upplevde att det var någon i sjukvårdspersonalen som lyssnade på dem så kände de att personalen inte alls förstod dem (Biddle, Donovan, Gunnell & Sharp, 2006; Lester, Tait, England & Tritter, 2006).

Även Schroeder (2012) beskriver att patienter med psykisk ohälsa upplevde att de behövde det genuina och personliga vårdmötet. De patienter som upplevde att ingen lyssnade på dem fick en sämre vårdrelation som ledde till försämrad tillit till vårdgivaren och en känsla av att bli lämnad. Patienterna beskrev att de upplevde att de inte var berättigade till en god vård.

Patienter beskrev att de känner sig förstådda när de upplever att de blir behandlade som människor och inte som sin diagnos (Shattell et al., 2009; Morgan et al., 2016). De beskrev att de kände att de enbart upplevde sig förstådda när vårdgivaren verkligen lyssnade på dem, hade ögonkontakt och kändes närvarande. Patienterna beskrev att deras upplevelse av att känna sig förstådd var en fysisk upplevelse som kändes i magen. De sa även att fysisk kontakt från sin vårdgivare i form av till exempel en kram eller en enkel klapp på axeln fick dem att känna en samhörighet och att de blev förstådda. Den fysiska kontakten med vårdgivaren upplevdes vara av betydelse då det fick patienten att uppleva att stöd från vårdgivaren och att vårdgivaren förstod. Patienterna kände sig förstådda när de blev bemötta med positivt stöd, respekt och uppmuntran (Morgan et al., 2016).

Andra patienter upplevde att sjukvårdspersonalen inte förstod dem (Lester et al., 2006). De upplevde att de stod utanför de vanliga samhället och enbart den som själv hade upplevt psykisk ohälsa kunde förstå dem. Detta kunde beskrivas som upplevelsen av att tala med läkare som att det var som att beskriva färg för en blind man. I andra exempel där patienter inte kände sig förstådda beskrev de att de upplevde en stor frustration och ilska och att det påverkade dem negativt som ett stort stresspåslag (Gaillard et al., 2009). Det beskrevs som att det var som att ropa utan att någon hör.

7.3 Att vårdgivaren följer upp

Många patienter upplevde att uppföljning var en viktig del av vården och stärkande för vårdrelationen (Ruud et al., 2016; Campbell et al., 2007; Schroeder, 2012.) Patienter som inte upplevde kontinuitet eller att sjukvårdspersonalen kommunicerade tillräckligt med dem och gjorde uppföljningar blev frustrerade vilket ledde till att de kände sig osäkra på grund av den ovisshet det skapade (Cranwell et al., 2016).

Patienter som upplevde att vårdgivaren var tillgänglig, tog sig tid och gjorde uppföljningar upplevde en god relation till vårdgivaren och kände trygghet (Campbell et al., 2007). Dessa patienter upplevde sin läkare på vårdcentralen som mer engagerad än den på sjukhus eftersom de på sjukhus inte kände samma trygghet då det inte fanns samma kontinuitet i vården. Även andra patienter upplevde att deras allmänläkare var mer mån om dem än specialistläkaren i den bemärkelsen att uppföljningen fungerade bättre vilket ledde till en mer personlig och förtroendefull relation (Ruud et al., 2016).

7.4 Att få vara delaktig

Patienter upplevde att kommunikation och information med sjukvårdspersonal var det som låg till grund för om de kände sig delaktiga i sin vård eller inte (Morgan et al., 2016; Cranwell et al., 2016, Ruud et al., 2016; Shattell et al. 2006; Gaillard et al., 2009; Campbell et al., 2007, Lester et al., 2006; Schroeder, 2012). Patienter som inte fått tillräckligt med information om varken sin diagnos eller om de olika behandlingsalternativen eller mediciner upplever sig mycket missnöjda med delaktigheten i sin egen vård (Gaillard et al., 2009; Ruud et al., 2016). Patienter upplevde sig å ena sidan delaktiga och nöjda när de kände sig involverade i sin egen vårdprocess och fick ta del av all information medan å andra sidan andra patienter i samma undersökning kände att sjukvårdspersonal bestämde över huvudet på dem och de inte fick vara delaktiga i beslut kring medicinering och dylikt. Patienter upplevde sig underminerade

då sjukvårdspersonal inte involverade dem i beslut som rör deras vård (Lester et al., 2006). Patienter som inte upplevde sig delaktiga kände sig icke autonoma och att de inte hade någonting att säga till om och upplevde sig pressade till att gå med på vårdgivarens behandlingsplan (Gaillard et al., 2009). De patienter kände som att de hade otillfredsställda behov när de inte kände sig involverade i sin behandling (Campbell et al., 2007).

7.4.1 Kommunikationens betydelse

Patienter upplevde att de av sin vårdgivare fick begripliga förklaringar till sina diagnoser och behandlingar samt att de även utifrån sina enskilda behov fick verktyg för att hantera svåra situationer, till exempel genom mindfulness (Morgan et al., 2016). Det beskrivs att det upplevdes väldigt bra när sjukvårdspersonalen respekterade patienternas kunskap om sig själva och att de blev involverade i de olika behandlingsalternativen (Lester et al., 2006). Patienter som inte upplevde kontinuitet eller att sjukvårdspersonalen kommunicerade tillräckligt med dem och gjorde uppföljningar blev frustrerade vilket de upplevde försvårande för sin vård (Cranwell et al., 2016). I denna undersökning upplevde också patienterna att de vid olika tillfällen blivit felinformerade vilket hade orsakat dem stress.

Patienter upplevde det väldigt positivt och som att de var delaktiga när vårdgivaren ställde öppna frågor till dem rörande deras känslor (Shattell, 2006).

Patienter upplevde stöd från vårdgivaren när de fick känslan av genuin omsorg, att sjukvårdspersonalen gav av sig själva och kunde förmedla hopp genom god kommunikation (Schroeder, 2012).

7.4.2 Upplevelser av samarbete

Samarbetet med sjukvårdspersonalen fick patienterna att känna att de ingick i ett team där de var på samma nivå som vårdgivaren (Cranwell et al., 2016). Även i studien av Shattell et al. (2006) beskrev patienter att de kände sig på samma nivå när läkaren fysiskt satte sig på samma nivå, behöll en ögonkontakt och mötte patienterna där de befann sig just då i sin unika situation. Patienterna beskrev att det kändes som ett samarbete dem emellan snarare än ett ojämnt maktförhållande som beskrivs i både Schroeder (2012) samt Gaillard et al. (2009). Patienterna kände sig underlägsna sin vårdgivare och förminskade som människor då de blev tillsagda vad de skulle göra istället för att vara delaktiga i vård och planering.

7.5 Upplevelser av hinder för vård

Patienter upplevde att sjukvårdspersonalen inte hade tillräckligt med kunskap om deras diagnoser för att de skulle känna sig hjälpta (Lawn et al., 2015; Biddle et al., 2006). Patienter upplevde även att läkarna inte kunde svara på deras frågor angående sina behandlingar och att denna okunskap orsakade dem stress och upplevdes som ett hinder då de inte kände förtroende för sjukvårdspersonalen (Schroeder, 2012; Biddle et al., 2006).

Sjukvårdspersonalens okunskap ledde även till att patienter upplevde att de blivit feldiagnostiserade och felmedicinerade (Gaillard et al., 2009; Campbell et al., 2007). Patienter beskrev att sjukvårdspersonal ignorerat deras fysiska smärta och enbart koncentrerat sig på de psykiska symtomen eller deras diagnoser (Morgan et al., 2016; Cranwell et al., 2016). I samtliga av dessa studier upplevde patienterna att sjukvårdspersonalen inte hade sett till dem som en helhet. I Gaillard et al. (2009) beskriver patienter att de upplevt sig objektifierade av vårdgivarna som mer koncentrerar sig på vad som står i journalen än på att faktiskt prata med dem och patienterna upplevde att de var ett problem, något som är trasigt och skulle fixas. Upplevelsen av att inte bli lyssnad på får patienter att känna en minskad tillit till sjukvårdspersonalen vilket upplevdes som ett hinder till att få rätt vård (Schroeder, 2012).

Patienter upplevde att sjukvårdspersonalen undviktit dem eller deras psykiska ohälsoproblem och de fanns flera hinder för att få vård. De upplevde att de fick utstå längre väntan på akuten, blev utskrivna för tidigt från sjukhuset, fick dålig uppföljning efter sjukhusvård och att de inte fick träffa sjukvårdspersonal när de var i behov (Morgan et al., 2016).

Patienter som hade förlorat förtroendet för vården på grund av att de upplevt att de inte hade blivit tagna på allvar förlorade motivationen att uppsöka vård igen (Campbell et al., 2007).

7.6 Att uppleva trygghet

Patienter kände sig nöjda med sjukvårdspersonalens hjälp då de upplevde att de fick den medicinska hjälp de behövde samt att de upplevde att läkaren hade den kunskap som var relevant och om inte så remitterades de vidare till specialist vilket patienterna upplevde som positivt (Morgan et al., 2016). Sjukvårdspersonalens okunskap och attityd gjorde dock att unga vuxna kände sig stressade och mådde ännu sämre än de gjorde innan kontakten med vården (Biddle et al., 2006). Även Gaillard et al. (2009) samt Lawn et al. (2015) beskriver patienter som efter besök i vården känner sig ännu sämre än innan på grund av stress och

dåligt bemötande från sjukvårdspersonal. I dessa fall har patienterna känt sig dömda, diskriminerade och lämnade (Shroeder, 2012, Lawn et al., 2015, Gaillard et al. 2009).

Patienterna upplevde trygghet och välbehag när de kände sig förstådda, det vill säga att de kände att sjukvårdspersonalen gav genuin omsorg och stöd och uttryckte att de alltid fanns där för patienterna när de behövde (Schroeder, 2012; Morgan et al., 2016).

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

För studien gjordes en avgränsning till att söka artiklar i databaserna Cinahl och PsycInfo. I Cinahl finns ett brett utbud av artiklar relaterade till omvårdnad och PsycInfo har artiklar relaterade till psykisk ohälsa. Båda databaserna söktes grundligt igenom av författarna, både tillsammans och var för sig. Efter urval lästes artiklarna återigen noggrant och systematiskt för kvalitetsgranskning innan de inkluderades vilket är en styrka för studien. Om fler databaser hade använts för litteraturöversikten hade förmodligen fler artiklar kunnat hittas som gett ett utökat material, dock anser författarna att dessa båda databaser hade ett tillräckligt brett spektrum av artiklar relevanta för syftet med litteraturöversikten. Dessutom anser författarna att dessa båda databaser gav ett hanterbart antal artiklar. I båda databaserna har samma sökord använts. Artiklar som inkluderats i studien har varit som äldst tio år gamla eftersom författarna anser att det var av vikt att forskningen på området skulle vara aktuell.

För att få tips om olika sökvägar tog författarna hjälp av en bibliotekarie vilket kan vara en fördel när man skriver uppsats enligt Henricson (2012). Författarna fick då rådet att använda de valda ämnesorden i olika fritextsökningar vilket gav ett flertal träffar både i Cinahl och PsycInfo vilket författarna anser vara en styrka med studien då det gav fler artiklar att läsa igenom men även gjorde att studien gavs en större bredd.

Användandet av ordet ”attitude” som sökord kan möjligen ha påverkat resultatet då det kan ha en negativ klang precis som att sökordet ”satisfaction” kan ha en positiv klang. En av artiklarna som hittades med sökordet ”attitude” gav dock träff på en artikel med ett resultat där patienterna hade haft positiva upplevelser inom vården.

För att få fram upplevelser inom den somatiska vården använde sig författarna av olika sökord för att få en så bred sökning som möjligt. Då ”somatic care” inte gav några träffar använde sig författarna även av ”primary care” och ”health care”. Författarna är medvetna om att det kan finnas brister i språket och översättningar som kan ha gjort att artiklar om ämnet inte kommit med.

De studier som har använts i resultatet är övervägande från Storbritannien, USA och Australien. Detta kan möjligen vara en svaghet för studien då den inte i samma mån representerar den svenska vården eller de svenska patienternas upplevelser. Det hade varit en fördel att finna artiklar som relaterar mer till den svenska sjukvården men eftersom det har varit svårt att hitta kan det tolkas som att området i Sverige inte är särskilt utforskat utifrån patienters perspektiv. Författarna anser dock att de funna artiklarna är representativa med hänsyn till syftet som är att beskriva patienters upplevelser då det är västerländska länder med liknande demografi som i Sverige och författarna ser det som en styrka för litteraturöversikten.

Majoriteten av artiklarna som valts är av kvalitativ design eftersom dessa typer av studier avser att beskriva människors levda erfarenheter och upplevelser (Henricson, 2012) vars resultat torde svara väl an mot författarnas syfte.

Artikeln av Ruud et al. (2016) däremot är en retrospektiv studie av kvantitativ metod där man har följt patienter under en sjuårsperiod för att se hur de mår och hur de påverkats av vården genom åren. Författarna ansåg att det var av intresse att inkludera denna artikel då patienternas upplevelser av vården följts under en längre tid och därför ansågs kunna bidra till litteraturstudien på ett intressant sätt.

Författarna har även valt att inkludera en annan kvantitativ artikel där patienter har fått fylla i färdiga enkäter. Författarna anser att resultatet är av vikt eftersom det är ett stort urval på 153 personer med diagnosen och att frågorna är ställda utifrån både positiva och negativa upplevelser. Styrkan att inkludera denna artikel i en litteraturöversikt anser författarna är att det ingår ett större antal deltagare än i de flesta kvalitativa studierna och att antalet upplevelser blir mer omfattande.

I litteraturöversikten har författarna inkluderat alla typer av psykisk ohälsa, det vill säga både psykiska besvär och psykiatriska sjukdomar. I resultatartiklarna återfinns dock mest patienter med psykiatriska sjukdomar vilket kan ses som en svaghet för studien. Om det hade varit möjligt att hitta fler artiklar med patienter med psykiska besvär till exempel utmattningssyndrom, hade möjligtvis resultatet sett annorlunda ut.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att patienter med psykisk ohälsa upplever att de i mötet med sjukvårdspersonal inom somatisk sjukvård blir diskriminerade och inte tagna på allvar. Detta är i linje med vad Giandinoto och Edward (2014) funnit, nämligen att stigma påverkar

vårdrelationen negativt då det kan göra att sjukvårdspersonalen agerar undvikande mot patienter med psykisk ohälsa då de är av uppfattningen av att dessa patienter förväntas vara farliga och omedgörliga. Sjukvårdspersonalen visade sig då ta på sig undvikande attityd mot patienter med psykisk ohälsa. Att bemöta patienter på detta sätt kan upplevas väldigt kränkande vilket enligt Erikssons (2015b) teori kan tolkas orsaka patienter ett onödigt vårdlidande. Resultatet av vår litteraturoversikt visade att patienterna upplevde sig diskriminerade vilket kan leda till att de inte ens ges möjlighet att få den vård som de behöver eller är berättigade till vilket torde strida mot det som Eriksson (2015b) beskriver om vårdandet som ska vara en ömsesidig relation mellan vårdare och patient. Resultatet av litteraturoversikten visade även att patienter som upplevde att sjukvårdspersonalen fanns där för dem kände sig trygga. Eriksson (2015b) menar att människan är beroende av andra och av att bli bekräftad och lyssnad på och att det är denna bekräftelse som hjälper människan i processen att uppnå hälsa genom att få dela sitt lidande.

Resultatet av litteraturoversikten visade att patienter känner sig förstådda när de upplever att sjukvårdspersonalen verkligen lyssnade på dem. De som inte kände att de blev lyssnade på upplevde en försämrad tillit till sin vårdgivare och därmed blev vårdrelationen lidande. Resultatet visade att patienter som kände kontinuitet i sin vård och att sjukvårdspersonalen gjorde uppföljning upplevde detta stärkande för vårdrelationen. Patienterna uppskattade att de fick träffa samma sjukvårdspersonal hellre än att personalen var experter på området vilket tyder på att tryggheten i vårdrelationen är av betydelse för patienter med psykisk ohälsa.

I resultatet visade sig fysisk beröring ha betydelse då patienter upplevde att de blev förstådda när de fick fysisk kontakt genom en klapp på axeln. Enligt Eriksson (2015a) är beröring och närhet betydelsefullt i själva vårdandet. Snellman (2014) menar just att det är vårdrelationen som är grunden som gör att patienten kan känna sig förstådd och bekräftad. Även Eriksson (2015b) betonar vårdrelationen och menar att patienten behöver få känna sig bekräftad och sedd för att kunna hantera sitt lidande och ha möjlighet att kunna utvecklas. Eriksson (2015b) menar vidare att en ömsesidig och god kommunikation i vårdrelationen kan förmedla hopp vilket patienter också uttryckte att de upplevde när personalen gav dem genuin omsorg och gav av sig själva. En god kommunikation handlar både om att ge patienten utrymme att berätta men även att sjukvårdspersonalen lyssnar aktivt utan att ge råd eller förklaringar. Ett aktivt lyssnande är att bekräfta patienten och upplevs hjälpande i hälsoprocessen. Patienter med psykisk ohälsa kan, som Fagiolini och Goracci (2009) beskriver, ha svårt att uttrycka sina behov varpå det än mer ligger på sjukvårdspersonalen att upprätta en god relation och bemöta på rätt sätt för att de ska kunna få en god vård.

I resultatet framkommer att patienterna upplever sig delaktiga i sin vård när de upplever god kommunikation och information kring beslut som rör deras vård. Detta överensstämmer med vad Svedberg (2006) beskriver om att patienter som får vara delaktiga och av sjukvårdspersonalen ses som en samarbetspartner har lättare för att känna engagemang i sin egen vård. I resultatet beskriver patienter som inte upplevde sig delaktiga i sin vård att personalen istället bestämde över huvudet på dem och de bara blev tillsagda vad de skulle göra. Patienterna kände sig underminerade och att de inte fick sina behov tillfredsställda vilket orsakade frustration och stress hos patienten. Att inte uppleva sig delaktig kan skapa en känsla av maktlöshet som enligt Svedberg (2006) resulterar i att patientens ohälsotillstånd förvärras. Enligt Erikssons (2015b) teori skulle detta vara att betrakta som ett vårdlidande. Patienter som däremot upplevde att sjukvårdspersonal respekterade deras egen kunskap om sig själv och kände sig involverad upplevde sin vård positivt. Eldh (2014) menar att de viktigaste förutsättningarna för att skapa en delaktig vård är att sjukvårdspersonal visar respekt för patientens kunskap och har förmågan att aktivt kunna lyssna på ett inkännande sätt. Då patienten har möjlighet att förmedla sin kunskap skapas också ett utrymme för sjukvårdspersonalen att lära sig av patientens erfarenheter vilket sjukvårdspersonalen senare kan ha nytta av i möten med andra patienter som befinner sig i samma situation. Enligt Eriksson (2015a) är just god kommunikation när man som vårdgivare respekterar patientens egen uppfattning om sin hälsa eller sitt tillstånd. Patienter som inte upplever sig delaktiga hamnar i en beroendeställning. Det är patientens upplevelser som ska stå i centrum och styra och sjukvårdspersonalen ska ha en stärkande och stöttande ställning.

Patienter upplevde att de kände sig objektifierade och att sjukvårdspersonalen stirrade blint på det som stod i journalen istället för fråga och lyssna. Patienterna upplevde att sjukvårdspersonal inte såg dem som en helhet. Detta är inte förenligt med det som Skärsäter (2014) benämner som att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv där man bör möta i patient i sin specifika situation för att kunna utforma omvårdnaden efter den patientens behov.

Utifrån resultatet anser författarna att det blir viktigt att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv då personer som lider av psykisk ohälsa ofta har en somatisk ohälsa utöver denna. Utifrån människoperspektivet är det också omöjligt att se eller behandla en del av människan då individen har så många aspekter som tillsammans bildar en enhet. Psykiskt lidande kan även ta sig fysiska uttryck och tvärtom. Patienterna i vår litteraturöversikt saknade aspekten av att sjukvårdspersonalen såg hela dem och de upplevde inte att de fick den vården som de behövde. En del kände sig diskriminerade för att de inte ansetts tillräckligt sjuka och att deras smärta inte tagits på allvar. Detta blir ett vårdlidande för patienten och ett fortsatt

sjukdomslidande. Kunskap om att kropp och själ hör ihop finns men det verkar ändå finnas ett glapp mellan vad vi vet och vad vi gör som sjukvårdspersonal. Om det saknas kunskap hos sjukvårdspersonalen blir det svårt att tillgodose patientens individuella behov. I studien gjord av Haws et al. (2011) hade en del av sjuksköterskorna svårt att identifiera symtom på depression i samband med hjärtinfarkt vilket berodde på kunskapsbrist. Det är sjukvårdspersonalens ansvar att förmedla kunskap för att även patienten själv ska få en ökad förståelse för sin situation menar Eriksson (2015b).

När patienter med samsjuklighet inte blir tagna på allvar för sina fysiska problem tappar de tillit till vården vilket ofta leder till att de slutar att söka hjälp för sina somatiska besvär. Detta kan vara en anledning till att många patienter med psykisk ohälsa dör i förtid som Fagiolini & Goracci (2009) kom fram till i sin studie.

Resultatet av studien visar att patienterna upplevde att det fanns kunskapsbrist hos sjukvårdspersonalen vilket ledde till att de fick fel mediciner eller behandling och att det skapade otrygghet och stress vilket upplevdes som ett stort hinder i deras behandling. Detta kan ses överensstämmande med Eriksson (2015b) som betonar att vårdlidandet ofta beror på okunskap hos sjukvårdspersonalen. I resultatet framkom att patienterna upplevde bland annat att personalen var okunnig och att deras fysiska smärta inte togs på allvar utan att deras psykiska ohälsa stod i centrum. Kaufman, McDonnell, Michael, Cristofalo & Ries (2012) har däremot funnit att sjukvårdspersonal upplever att det är patienterna som är hindret för vården. De beskriver att sjukvårdspersonalen upplever att patienterna inte förstår sin egen sjukdom, inte fullföljer medicinering och inte kommer på avtalad tid. Enligt resultatet upplevde patienterna att de får vänta längre än andra patienter på vård, blev utskrivna tidigare och inte fick träffa sjukvårdspersonal när de behövde. Sjukvårdspersonalen i Kaufman et al. (2012) upplevde dock att det var patienternas symtom såsom paranoia, ilska och social fobi som får patienterna att avvika från vård eller från väntrummet. Enligt Nyström (2014) är det sjukvårdspersonalens ansvar att vara lyhörd för patienternas behov. Snellman (2014) menar dock att det kan vara en utmaning då det inte sällan råder personalbrist och att det inte finns tillräckligt med kunskap om psykisk ohälsa bland personalen. Att som patient inte känna sig sedd i väntrummet skapar ett vårdlidande. Även att inte få sin smärta tagen på allvar gör att patienten får utstå än mer sjukdomslidande än förut då detta även kan bli kopplat till skam och skuld kring sin sjukdom som blir resultatet om patienter av sjukvårdspersonalen blir bemötta med skepsis. För att patienten ska orka uthärda lidandet är det enligt Eriksson (2015b) viktigt att inte bli kränkt eller att förlora sin värdighet vilket gör att ett gott bemötande är avgörande.

Sjuksköterskor upplever själva att de saknar utbildning inom psykisk omvårdnad vilket de menar inte ger dem självförtroende nog att vårda patienter med psykisk ohälsa utifrån ett helhetsperspektiv (Giandinoto & Edward, 2014). Detta går i linje med en studie gjord av Goode, Melby och Ryan (2014) där det framkom att rädslan och osäkerheten som sjukvårdspersonalen kände när de mötte patienter med psykisk ohälsa snarare var förknippad med kunskapsbrist än med själva patienten. Samtliga deltagare i studien som jobbade på en akutmottagning var eniga om att mer kunskap och träning behövs och förslag som de själva hade var att få mer kunskap via digitala kurser, få tillgång till bedömningsverktyg samt få kliniska riktlinjer att följa.

Utifrån resultatet kan man tolka det som att patienterna känner av sjukvårdspersonalens osäkerhet kring psykisk ohälsa. Som människa och framförallt som patient är man beroende av andra menar Eriksson (2015b) och då patienten känner sig obekräftad i vårdsituationen ökar lidandet. Å andra sidan menar Eriksson att människan är kapabel att kämpa men hon behöver stöd och ingivelse av hopp i sin process vilket kräver kunskap kring kommunikationens betydelse från sjukvårdspersonalen.

Som Ihalainen-Tamlander et al. (2016) konstaterar reducerar kunskap förutfattade meningar, ökar empatin och bidrar till en bättre vårdrelation. Detta tyder på hur viktigt det är att få utbildning kring psykisk ohälsa då det är vårdgivarens uppgift att skapa en vårdande relation som kan vara avgörande för en patient. Detta har även Walters, Raven, Rosenthal, Russell, Humphrey & Buszewicz (2007) kommit fram till och menade att utbildning inom psykisk ohälsa av sjuksköterskestudenter på grundnivå resulterade i att studenterna fick en större förståelse för patienterna och att det även hjälpte dem att ändra sina attityder mot patienter med psykisk ohälsa. Några studenter visade sig även vårda mer personcentrerat och inkluderande gentemot patienten.

Patienter med psykisk ohälsa förekommer överallt och är den största anledningen till sjukskrivning enligt Socialstyrelsen (2013). Därför är det av stor vikt att all sjukvårdspersonal oavsett arbetsplats får kunskap kring hur patienter med psykisk ohälsa ska vårdas. Att stärka patienters egna hälsoresurser genom motivation och stöd är en viktig del i vårdandet där fokus ligger på patientens resurser istället för på de hinder som den psykiska ohälsan eller samsjukligheten (Svedberg, 2006). Hedelin (2006) talar om pedagogiska interventioner i arbetet med hälsofrämjande åtgärder inom psykisk ohälsa. Det finns olika typer av interventioner men de som har visat sig fungera bra inom primärvården är de som innehåller generell information om psykisk ohälsa tillsammans med mer specifik och personlig information till patienten. Utöver detta fick patienter också lära sig och öva på metoder för

egenvård som de kunde ha nytta av i vardagen. Sådana metoder kunde exempelvis vara avslappning, träning, skriva ned tankar och allmän hjälp med att strukturera sin vardag. Utvärdering visade att patienter kände sig mycket nöjda med denna typ av handfast rådgivning och uttryckte till och med att det var det som kunde hålla dem uppe. Detta anser författarna är i linje med det som Eriksson (2015b) beskriver som att människan i grunden är kapabel men kan vid olika skeden behöva stöd. Det är alltså sjukvårdspersonalens ansvar att stötta patienten genom lidandet för att slippa känslan av att stå ensam.

8.3 Kliniska implikationer

Att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv är avgörande för att kunna vårda patienter med psykisk ohälsa då människan består av en helhet med kropp och själ där dessa bildar en enhet där det är omöjligt att enbart vårda den ena delen. Många patienter är inte medvetna om att psykiskt lidande kan manifesteras sig som smärta i den fysiska kroppen eller tvärtom att fysisk sjukdom kan ge oro och ångestproblematik. Att som patient få ta del av sambandet mellan kropp och själ kan underlätta synen och förståelsen för hela situationen och minska lidandet. Det är betydelsefullt för hela vårdandet att patienten upplever trygghet inom sjukvården och i vårdrelationen. Kontinuitet visade sig vara en bidragande faktor till trygghet för patienter med psykisk ohälsa och författarna är av uppfattningen att sjukvården har ett stort ansvar att se till att möta upp patienternas behov och bygga upp en förtroendeingivande relation.

Eftersom det är vanligt att patienter med psykisk ohälsa söker hjälp inom somatisk vård är det viktigt att hälso- och sjukvården tar ett ansvar och utökar kunskapsnivån bland samtlig sjukvårdspersonal. Genom en ökad kunskap är det lättare att ha förståelse för patienter med psykisk ohälsa vilket även resulterar i att både vårdandet och bemötandet blir bättre. Det är sjukvårdspersonalens ansvar att förmedla kunskap kring sambandet mellan kropp och själ till patienter som lider av psykisk ohälsa. Vården ansvarar för att inte orsaka patienter ett större lidande och ohälsotillstånd än sjukdomslidandet redan orsakat dem. Vårdlidandet är ett lidande som är helt onödigt och bör elimineras.

Kommunikation och samtal är en betydelsefull del i vårdandet där patienten kan få utrymme och möjlighet att berätta om sin situation. Som sjukvårdspersonal kan man behöva träna på sitt förhållningssätt både när det gäller att vara lyhörd men även när det gäller att åsidosätta fördomar som kan förekomma kring psykisk ohälsa. Genom att uppmärksamma eventuella fördomar bland sjukvårdspersonal på arbetsplatser kan personalen på ett medvetet

sätt reducera dessa tillsammans. Ett tillvägagångssätt skulle kunna vara professionell handledning, workshops och föreläsningar.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Författarna har observerat att det är saknas studier utifrån patienters perspektiv som är gjorda Sverige. I denna litteraturöversikt har vi fokuserat generellt på alla patienter med psykisk ohälsa men det skulle även vara intressant att se om det finns någon skillnad på upplevelser bland kvinnor och män.

Det hade även varit intressant att undersöka hur rädsla hos personalen smittar av sig i personalgruppen när det kommer till att vårda patienter med psykisk ohälsa.

9. Slutsats

Syftet med litteraturöversikten var att belysa patienter med psykisk ohälsas upplevelser av att vårdas inom somatisk vård. Resultatet visar att patienter med psykisk ohälsa många gånger upplever ett lidande utifrån hur de blir bemötta av sjukvårdspersonalen inom somatisk vård. De uttryckte upplevelser av att bli diskriminerade, missförstådda, att de blev åtsagda eller talade över huvudet på, inte tagna på allvar och att personalens okunskap ledde till upplevelsen att inte få rätt vård.

En god vårdrelation där det förekommer delaktighet och kommunikation och där det för patienterna ges utrymme att förmedla sin kunskap om sig själv är avgörande. Att få förståelse för en patient är endast möjligt om man som sjukvårdspersonal ser patienten som en medaktör. Samarbetet ger sjukvårdspersonalen kunskap som är en förutsättning för att kunna identifiera både hälsoreсурser och omvårdnadsbehov. Det är av stor vikt att helhetsperspektivet på människan står i centrum i alla vårdssammanhang både då patienten själv kanske inte alltid förstår sambandet mellan kropp och själ och då samsjuklighet är vanligt hos patienter som lider av psykisk ohälsa.

Det förekommer fördomar och okunskap bland sjukvårdspersonal kring psykisk ohälsa. Ur okunskap föds fördomar som skapar ett hinder för att kunna möta patienters lidande vilket kan förvärra deras tillstånd av psykisk ohälsa. Det är tydligt att det behövs mer kunskap om psykisk ohälsa, både för sjukvårdspersonalens skull för att kunna finna trygghet i att vårda och för att patienter ska slippa onödigt lidande.

Referensförteckning

*= Resultatartiklar

Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Biddle, L., Donovan, J., Gunnell, D. & Sharp, D. (2006). Young adults' perceptions of GPs as a help of source for mental distress: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56(533): 924-931. Hämtad från databasen CINAHL 23 februari 2017.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M.(2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(2): 170-177. Hämtad från databasen CINAHL 7 feb 2017.

*Campbell, S., Gately C. & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Cronic illness*, 3(1): 46-65. doi: 10.1177/1742395307079193

*Cranwell, K., Polacsek, M. & McCann, T. (2016). Mental health consumers' with medical co-morbidity experience of the transition through tertiary medical services to primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2): 127-135. Doi: 10.1111/inm.12174

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1993[1989]). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (2015a). *Vårdandets idé*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2015b). *Den lidande människan*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.

Fagiolini, A. & Goracci, A. (2009). The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3): 22-29. doi: 10.4088/JCP.7075su1c.04

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Gaillard, L., Shattell, M., & Thomas, S. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3): 191-199. doi:10.117/1078390309336932

Giandinoto, J., & Edward, K. (2014). Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness. *British Journal of Nursing*, 23(13): 728-732. doi:10.12968/bjon.2014.23.13.728

Goode, D., Melby, V., & Ryan, A. (2014). Management of patients with mental health needs. *Emergency nurse* 22 (5): 32-37. Hämtad från databasen CINAHL 7 februari 2017.

Haws, J., Ramjeet, J., & Gray, R. (2011). A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction. *Journal of clinical Nursing*, 20(21/22): 3215-3223. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03828.x

Hedelin, G. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. I I. Skärsäter & B. Arvidsson (red.), *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T. & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nursing towards people with mental illness: a cross-

- sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 23(6/7): 427-437. doi:10.1111/jpm.12319.
- Karlsson, E.-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kaufman, E., McDonell, M., Cristofalo, M., Ries, R. (2012). Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: Frontline Patient and Provider Accounts. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3): 172-180. doi:0.3109/01612840.2011.638415
- Lassenius, O. (2014). Kroppen i hälsans rörelse - fysisk aktivitet som möjlighet till återhämtning. I L. Wiklund Gustin, (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- *Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experience of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7): 510-521. doi:10.1111/jpm.12226
- *Lester, H., Tait, L., England, E., & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 56(527), 415-422. Hämtad från databasen CINAHL 9 februari 2017.
- Letobha, KG., Netswera, FG., & Rankhumise, E. (2006). How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, 29(4), 4-11. Hämtad från databasen CINAHL 7 feb 2017.
- Lilja, L., Hellzén, M., Lind, I. & Hellzén, O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 269-278. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00946
- *Morgan, A., Reavly, N., Jorm, A. & Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(8): 754-762. doi:10.1177/0004867416655605

- Newcomer, J., & Hennekens, C. (2007). Severe Mental Illness and Risk of Cardiovascular Disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(15): 1794-1796. doi:10.1001/jama.298.15.1794
- Nyström, M. (2014). Vårdrelationer: en empirisk belysning. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ottosson, H., & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, J. (2015). *Psykiatri*. (8., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.
- Peters, H., Schwenk, H., Ahlstrom, Z., & McIalwin, L. (2017). Microaggressions: The experience of individuals with mental illness. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1): 86-112. doi: 10.1080/09515070.2016.1164666
- *Reavley, N., & Jorm, AF. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1086-1093. doi: 10.3109/00048674.2011.621061
- *Ruud, T., Aarre, T., Boeskov, B., Husevåg, P., Klepp, R., Kristiansen, S., & Sandvik, J. (2016). Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with SMI in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(33). doi:10.1186/s13033-016-0064-8
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- *Schroeder, R. (2012). The Seriously Mentally Ill Older Adult: Perceptions of the Patient–Provider Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1); 20-40. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00338.x

SFS 2017:30. Hälso-och sjukvårdslag. Stockholm: Fakta Info Direkt.

Shafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2010). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse education today*, 31(4). 328-332. doi: 10.1016/j.nedt.2010.06.010

*Shattell, M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. (2006). She took the time to make sure she understood: Mental health patients' experiences of being understood. *Archives of psychiatric nursing*, 20(5): 234-241. Hämtad från databasen CINAHL 9 februari 2017.

Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer: en filosofisk belysning. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013: Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Hämtad 8 februari, 2017 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-627.pdf>

Svedberg, P. (2006). Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I I. Skärsäter & B. Arvidsson (red.) *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

Walters, K., Raven, P., Rosenthal, J., Russell, J., Humphrey, C., & Buszewicz M. (2007). Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Medical Education* 41(1): 100-108. Hämtad från databasen CINAHL 16 mars 2017.

WHO (World Health Organization). (1948). Definition of health. Hämtad 15 mars 2017 från <http://www.who.int/about/mission/en/>

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.)
Stockholm: Natur & kultur.

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K Edberg & H. Wijk (Red.),
Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete 2017-01-31	Attitude to mental illness Patient experience	69	Peer reviewed English 2006-2016	5	2	Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems
Cinahl Complete 2017-02-03	Attitude to mental illness And mental disorders And patient experience	67	Peer reviewed English 2006-2016	5	3	Experience of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder
Cinahl Complete 2017-02-09	Attitudes to mental illness AND ("Experience of being a patient")	88	Peer reviewed English 2006-2016	6	2	She took the time to make sure she understood: Mental healthpatients' experience of being understood
Cinahl Complete 2017-02-22	("mental illness" OR "mental disorder") AND (patient experience) AND ("health care")	115	Peer reviewed English 2006-2016	7	3	Mental health patients' experience of being misunderstood
Cinahl Complete 2017-02-23	("mental illness" OR "mental disorder") AND (patient experience) AND ("primary care")	37	Peer reviewed English 2006-2016	5	2	Young adults perceptions of GPs as a help source for mental distress

Cinahl Complete 2017-02-23	("mental illness" OR "mental disorder") AND (patient experience) AND ("primary care")	37	Peer reviewed English 2006-2016	6	2	Patient involvement in primary care mental health
PsycInfo 2017-02-24	("mental illness" OR "mental disorder") AND (patient experience) AND ("primary care")	78	Peer reviewed English 2006-2016	5	2	1. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study 2. Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with SMI in a rural area: a seven- year follow-up study of a clinical cohort 3. Mental health consumers' with medical co-morbidity experience of the transition through tertiary medical services to primary care
PsycInfo 2017-03-02	("mental illness" OR "mental disorder") AND ("patient satisfaction") AND ("health care")	112	Peer reviewed English 2006-2016	7	3	The Seriously Mentally Ill Older Adult: Perceptions of the Patient-Provider Relationship

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Biddle, Donovan, Gunnell & Sharp, 2006	Young adults' perceptions of GPs as a help of source for mental distress: A qualitative study	2006, Storbritannien British Journal of General Practice.	Utforska unga vuxnas uppfattning av allmänläkares hjälp vid psykisk ohälsa	Mixad metod – enkät och intervjuer. Enkät till personer (16-24 år) som besökt primärvård för någon anledning. Urval för sociodemografisk spridning. Grounded theory. Intervju – teamisering – nästa intervju byggd på den tematiseringen – teamiserat igen – ny intervju – nya deltagare i fem intervjuomgångar. 8 % besökt allmänläkare för psykiska besvär.	Många hade upplevt psykisk ohälsa. De flesta som hade besökt öppenvården hade dock lågt förtroende för läkare ang kunskap om psykisk ohälsa. Bara 8 % hade aktivt besökt allmänläkaren för psykiska besvär. Få som besökt sin läkare för psykisk ohälsa var mycket positiva men några tyckte att tablettorna som de fått utskrivna hade hjälpt dem på ett okej sätt eller att de blivit remitterade vidare. Bara de som uttryckligen krävt vård för psykisk ohälsa hade fått det och upplevde att de var nöjda.
Campbell, Gatley & Gask, 2007	Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study	2007 Storbritannien Chronic Illness	Undersöka patienter med kronisk psykisk ohälsas erfarenheter och berättelser kring vårdkvalitén inom primärvården.	2 primärvårdsområden. Randomiserade utskick av enkäter ut till 50 personer som uppfyllde uppsatta kriterier om psykisk ohälsa. Dessa blev tillfrågade om de ville medverka i en intervju. 16 personer blev intervjuade med öppna frågor där samtalet spelades in och transkriberades. Djupintervjuer med öppna frågor. Svar jämförda och kommenterade av patienten med standardenkät. Svar tematiserade och kategoriserade av författarna.	Patienterna upplevde att allmänläkarna saknar kompetens kring psykisk ohälsa och att de hamnat mellan stolarna. Vården är inte personcentrerad.
Cranwell, Polacsek & McCann, 2016	Mental health consumers' with medical co-	2016, Australien	Skapa förståelse för den levda erfarenheten av transition från tertiär till	Förklarande fenomenologisk studie av patienters upplevelser.	Fyra huvudteman varav ett var brist på kontinuitet mellan tertiär och primärvård som försvarade

	morbidity experience of the transition through tertiary medical services to primary care	International Journal of Mental Health Nursing	primärvård hos personer med psykisk ohälsa och samsjuklighet.	12 patienter och fyra vårdgivare inom primärvård. Intervju i patienternas hem.	framförallt kommunikationen. Lämnade patienter frustrerade, förvirrade och ledsna.
Gaillard, Shattell & Thomas, 2009	Mental health patients' experiences of being misunderstood	2009, USA Journal of the American Psychiatric Nurses Association	Undersöka patienter med psykisk ohälsas upplevelser av att bli missförstådda inom sjukvården.	Sekundär analys från artikel ovan gjord av Shattell et al. 2006. Författarna har använt samma material från resultatet som framkom ur de 20 fenomenologiska intervjuerna men syftet var vinklat från ett annat perspektiv.	Patienterna upplevde att de blev stämplade på grund av sin diagnos, att de blev behandlade som barn samt att de blev behandlade som objekt.
Lawn & McMahon, 2015	Experience of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder	2015, Australien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Utforska personer med borderlines upplevelser av behandling inom sjukvården.	Enkätundersökning med 75 frågor online, personer som finns i ett elektroniskt nätverk för psykisk ohälsa, öppet för alla som upplever sig ha borderline. Frågor om demografi, diagnos, behandling, kontakt med läkare och sjukhus, självskadebeteende, stöd från psykiatri och andra. 153 deltagare. Statistisk analys (korstabeller, chi2test, Cramers V..)	Upplevde stora utmaningar och diskriminering när de sökte vård. Särskilt inom akutsjukvården.
Lester, Tait, England & Tritter, 2006	Patient involvement in primary care mental health	2006 Storbritannien British Journal of General Practice	Beskriva patienters och vårdgivares uppfattning kring patienter med psykisk ohälsas delaktighet inom primärvård.	18 fokusgrupper med 5-12 deltagare (pat, läkare, sjuksköterskor). Rekryterade patienter genom lokalt nätverk för psykisk ohälsa. Personal som hade intresse i frågan om psykisk ohälsa. Inspelade, transkriberade och kodade. Diskussionsämnen framprovade innan utifrån en litteraturstudie.	Patienterna upplevde att bara de som själv har upplevt psykisk ohälsa kan förstå vad de går igenom.

Morgan, Reavley, Jorm & Beatson, 2016	Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems	2016, Australien Australian & New Zealand Journal of Psychiatry	Undersöka omfattningen av diskriminering och positiv behandling av hälsovården utifrån personer med psykisk ohälsas perspektiv	Ca 5000 randomiserade telefonintervjuer, av dessa rapporterade 1381 om psykisk ohälsa. Frågor om upplevelsen med dessa. Innehållsanalys av svar till öppna frågor, identifierade nyckelord, statistisk analys av urval (sociodemografi)	12 % hade upplevt diskriminering från sjukvården, 40 % upplevde att de blivit mer positivt bemötta pga sin sjukdom/psykiska ohälsa,
Ruud, Aarre, Boeskov, Husevåg, Klepp, Kristiansen & Sandvik, 2016	Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with SMI in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort	2016, Norge International Journal of Mental Health Systems	Undersöka patienter med allvarlig psykisk ohälsa (SMI) kliniska förbättring och tillfredsställelse med primärsjukvården och samarbetet mellan instanser i sjukvården.	Uppföljningsstudie av patienter som varit med i förstudie, 57 st tillfrågade – 40 gav skriftligt medgivande, intervjuer, retrospektiv jämförelse, kvantitativ studie, data analyserad med SPSS.	Patienter med affektiva syndrom var särskilt nöjda med övergången. De uppskattade kontinuitet i vårdrelationen med öppenvården, särskilt med sin läkare. Något mindre nöjda med delaktighet i sin egen vård samt information.
Schroeder, 2012	The Seriously Mentally Ill Older Adult: Perceptions of the Patient–Provider Relationship	2012 USA Perspectives in Psychiatric Care	Göra den levda erfarenheten från äldre med allvarlig psykisk störning hörd gällande hur de upplever förhållandet mellan patient och vårdgivare inom sjukvården.	Kvalitativ hermeneutisk fenomenologisk design. Strategiskt urval – äldre med allvarlig psykisk störning på ett boende i USA. Inspelade djupintervjuer med 8 patienter, kodade och tematiserade.	Två huvudteman där patienterna beskrev exempel på upplevelser av att ha mött bra vårdgivare respektive mindre bra vårdgivare. De bra vårdgivarna beskrevs som förstående, stöttande och hoppingivande. De mindre bra vårdgivarna beskrevs som opålitliga och dåliga på att följa upp patienterna. Många upplevde det som att de inte var värda en god vård.

Shattell, McAllister, Hogan & Thomas, 2006	She took the time to make sure she understood: Mental health patients' experience of being understood	2006, USA Archives of psychiatric nursing.	Utforska patienter med psykisk ohälsas upplevelser av att känna sig förstådda av sjukvårdspersonalen.	Rekrytering genom tidningsannonser. Strategiskt urval för demografisk variation. Inkluderade om de känt sig förstådda av sjukvårdspersonal vid psykisk ohälsa. 20 personer. Fenomenologiska intervjuer. Öppna frågor om upplevelser. Systematisk dataanalys enligt beprövad modell. Tematiserat och transkriberat, presenterat för forskargrupp för kontroll. Författarna validerat resultat genom presentation för 3 av de intervjuade.	Patienterna kände sig förstådda när de blev behandlade som att de var betydelsefulla, när personalen lyssnade på dem och när personalen la sig på "deras nivå".
--	---	---	---	--	---