Att lida av psykisk sjukdom i en somatisk vårdmiljö: Längtan efter att bli trodd
En litteraturöversikt

To suffer of mental illness in a somatic care environment: The desire to be believed
A literature review
Sammanfattning

**Bakgrund:** Samsjuklighet förekommer ofta hos personer med psykisk sjukdom. Det är vanligt att de behöver hjälp inom den somatiska vården. Trots att psykisk sjukdom är utbrett i samhället är detta tillstånd fortfarande behäftat med stigma. En form av stigmatisering är diagnostisk överskuggning, vilket innebär att fysiska symptom felaktigt tolkas som symptom på den psykiska sjukdomen. Detta leder till underdiagnostisering och felbehandling. Stigma kan internaliseras och leda till självanklagelser och undvikande av kontakt med till exempel sjukvården.

**Syfte:** Syftet var att undersöka hur personer med psykisk sjukdom upplever den somatiska sjukvården.

**Metod:** En litteraturöversikt innehållande tolv vetenskapliga artiklar; tio kvalitativa samt två kvantitativa.

**Resultat:** Fyra huvudteman utkristalliserades: ”Att inte bli tagen på allvar”, ”Längtan efter någon som lyssnar”, ”Självanklagelser och skam” samt ”Upplevelser av barriärer”.

**Diskussion:** Resultatet diskuterades mot Erikssons omvårdnadsteori och Nordenfelts teori om värdighet samt mot konsensusbegreppen människa, hälsa och miljö. Det mest framträdande temat var upplevelsen av att inte bli tagen på allvar. Patienterna kände att vårdpersonalen viftade bort deras upplevelser och tolkade att de fysiska symptomen gick att härleda till den psykiska sjukdomen. Detta är exempel på stigma i handling, en företeelse som bidrar till minskad värdighet och vårdlidande hos patienten.

**Nyckelord:** Psykisk sjukdom, patienterfarenheter, somatisk vård, tillgång till vård, överskuggning, stigma.
Abstract

**Background:** Medical comorbidity is common in people with mental illness. There is still a strong stigma attached to mental illness. One of these could be diagnostic shadowing, a process where health professionals wrongly presume that physical symptoms are consequences of the patient’s mental illness. Diagnostic overshadowing can lead to underdiagnosis and mistreatment of the physical condition. Stigma and self-discrimination could also prevent people with mental illness from seeking treatment.

**Aim:** The aim was to investigate how people with mental illness experience somatic health care.

**Method:** A literature review was conducted which included twelve articles: ten with qualitative design and two with quantitative design.

**Results:** Four main themes emerged: "Experience of not being taken seriously”, ”Longing for someone who listens”, ”Self-discrimination and shame” and ”Experiences of barriers”.

**Discussion:** The results was discussed in relation to Eriksson's nursing theory, Nordenfelt theory of dignity and the consensus concepts of person, health and environment. The most distinct and common theme was the experience of not being taken seriously. The health professionals did not listen to the patients and assumed that the physical symptoms were consequences of the mental illness. This is stigma in action and it contributes to suffering and affects the patient’s sense of dignity

**Keywords:** Mental illness, patient experience, somatic care, access to care, overshadowing, stigma.
Innehållsförteckning

INLEDNING .......................................................................................................................... 1

BAKGRUND ......................................................................................................................... 1

Psykisk ohälsa – ett mångfacetterat begrepp .................................................................. 1
Klassificering av psykisk sjukdom .................................................................................. 1
Stigma påverkar identiteten ......................................................................................... 2
Stigmatisering och fördöm – en del av vardagen ......................................................... 2
Diagnostisk överskuggning ......................................................................................... 3
Bemöandets betydelse .................................................................................................. 4
Sjuksköterskans etik .................................................................................................... 5

PROBLEMFORMULERING .................................................................................................. 6

SYFTE/FRÅGESTÄLLNING ................................................................................................. 6

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER – BEGREPP OCH TEORIER ........................................... 6

Katie Erikssons teori om hälsa och lidande .............................................................. 7
Vårdkulturens betydelse ............................................................................................... 7
Lennart Nordenfelts teori om vårdighet ..................................................................... 8

METOD ................................................................................................................................... 9

Litteratursökning och urval ......................................................................................... 9
Analys ............................................................................................................................. 10

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN ........................................................................ 10

RESULTAT ............................................................................................................................ 10

Att inte bli tagen på allvar .......................................................................................... 10
Långtänkande efter någon som lyssnar ....................................................................... 12
Självanklagelser och skam ......................................................................................... 13
Upplevelser av barråker ............................................................................................. 13

DISKUSSION ....................................................................................................................... 15

Metoddiskussion ....................................................................................................... 15
Resultatdiskussion ...................................................................................................... 16
Kliniska implikationer ............................................................................................... 19
Föreslag till fortsatt forskning .................................................................................. 19

SLUTSATS ............................................................................................................................ 20
REFERENSFÖRTECKNING .................................................................................................................. 21
BILAGA 1. SÖKMATRIS .......................................................................................................................... 25
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT ...................................................... 27
Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning upplevde vi att patienter som hade en psykiatrisk diagnos ofta förutsattes vara mer besvärliga och tidskrävande än andra patienter samt att det, även hos oss själva, fanns en osäkerhet kring hur man ska bemöta personer som har en psykisk sjukdom. Vi blev intresserade av att ta reda på hur personer som har en psykisk sjukdom upplever att bemötandet i den allmänna sjukvården är och hur det påverkar deras hälsa och välbefinnande.

Bakgrund

Psychisk ohälsa – ett mångfacetterat begrepp


Klassificering av psykisk sjukdom

De psykiska sjukdomstillstånden beskrivs i klassificeringssystemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) och International Classification of Diseases (ICD)

**Stigma påverkar identiteten**


**Stigmatisering och fördomar – en del av vardagen**

Personer med psykisk sjukdom utmanas i livet på många sätt (Corrigan & Watson, 2002). De för en kamp mot sina symtom och funktionsnedsättningar som medföljer den psykiska


**Diagnostisk överskuggning**

Diagnostisk överskuggning kan beskrivas som en form av stigmatisering (Reiss, Levitan & Szyzko, 1982). Begreppet diagnostisk överskuggning myntades i början av 1980-talet för att beskriva läkares tendens att tillskriva attribut och beteenden hos personer med begävningsnedsättning till deras underliggande kognitiva problem och därmed underdiagnosticera närvaro av annan psykopatologi. Experiment gjordes som visade att om personer som var utvecklingsstörda och uppvisade symtom på fobi, så var sannolikheten lägre att detta bedömdes bero på neuros eller emotionell störning jämfört med hos personer som inte hade utvecklingsstörning. Närvaron av en kognitiv funktionsnedsättning gjorde att symtomen tolkades på ett annat sätt än hos personer som var normalbegåvade. Idag finns forskning som visar att fenomenet även gäller för patienter med psykisk sjukdom, genom att

Man talar idag även om behandlingsöverskuggning, ett begrepp som uppkommit då forskning påvisat att personer med psykisk sjukdom inte erbjuds samma behandling som personer utan psykiatrisk diagnos när det gäller exempelvis diabetes och hjärtproblem (Jones, Howard & Thornicroft, 2008). Den forskning som gjorts indikerar att fenomenet framför allt drabbar personer med psykossjukdom och schizofreni (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Jones, Howard & Thornicroft, 2008).

**Bemötandets betydelse**


Uppfattningen om att psykisk sjuka personer skulle vara mer oförutsägbara och farliga, påvisas även i studier där sjukskötterskor varit deltagare (Brinn, 2000; Lethoba, Netswera & Rankhumise, 2006; Mavundla, 2000; Welch et al., 2015). I Welch et al. (2015) framkom att vårdpersonal, i de fall där de behövde hänvisa schizofrenipatienter vidare, ofta varnade sina kolleger för den inkommande patienten.


Negativa attityder och rädslor för personer som har psykisk samsjuklighet kan leda till att sjukskötterskor, även om viljan att hjälpa finns, känner sig ängsliga och känner sig otillräckliga, vilket i sin tur påverkar både patienternas och sjukskötterskornas situation negativt (Reed & Fitzgerald, 2005; Ross & Goldner, 2009).


**Sjukskötterskans etik**


**Problemformulering**

Personer med psykisk sjukdom är ofta i kontakt med den somatiska vården än andra. Det finns en tydlig koppling mellan psykisk sjukdom och olika kroppliga sjukdomar. Psykisk ohälsa är vanligt men trots det möts personer med psykisk ohälsa ofta av fördomar och blir stigmatiserade, både i samhället i stort men även inom sjukvården. Ett gott, öppet och respektfullt bemötande är viktigt i all vård och behandling. Ett bemötande som ingår trygghet kan vara särskilt betydelsefullt i mötet med personer som lider av psykisk ohälsa, då denna patientgrupp ofta bär på oro, rädsla, ångest och otrygghet till följd av den psykiatriska sjukdomsbilden. I kombination med en självstigmatisering, ett fenomen där personen tar till sig och implementerar omgivningens fördomar och misskrediteringar i sin självbild, leder detta till att patienterna kan bli undvikande i sin kontakt på vårdgivare. Således tydliggör ett stort behov av att ta reda på hur personer som har en psykiatrisk diagnos upplever att vårdpersonalens bemötande är när de söker vård för kroppliga symtom och besvär.

**Syfte/Frågeställning**

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka hur personer med psykisk sjukdom upplever den somatiska sjukvården.

**Teoretiska utgångspunkter – begrepp och teorier**

Katie Erikssons teori om hälsa och lidande


Vårdkulturens betydelse


**Lennart Nordenfelts teori om värdighet**


Människovärdet är universellt, alla personer har det hela livet i egenskap av att vara människa (Nordenfelt, 2004). Den moraliska resningens värdighet är kopplad till hur personen handlar. En människa kan handla mer eller mindre moraliskt och den moraliska resningens värdighet kan alltså variera över tid och i olika situationer. Meritvärdigheten är förbunden med status och samhällsposition, till exempel en yrkesroll som innebär att man har vissa rättigheter, denna form av värdighet kan komma och gå under livets gång.

Metod

En litteraturöversikt lämpar sig vid studier av mindre specifika problemområden, och där både kvantitativ och kvalitativ forskning kan vara av intresse (Segesten, 2006), varför denna metod valts till aktuell studie. Vid litteraturstudier sammanställs redan publicerad forskning på ett strukturerat sätt, vilket ger en överblick över tillgänglig kunskap och tydliggör behov av vidare forskning (Friberg, 2006).


Litteratursökning och urval

Studiens syfte och problemformulering är det som styr sökningarna av vetenskapliga artiklar (Friberg, 2006). De sökord vi använde oss av var mental health/mental illness/mental disorder/severe mental illness/serious mental illness/mental health service user, physical health care/somatic care, primary care/general hospital/emergency department, patient perspective/experiences/perceptions, access to medical care, barriers, health personnel attitude, discrimination, stigma och overshadowing (se bilaga 1). För att kombinera sökord, utesluta vissa termer eller innefatta synonymer av sökta ord, tillämpades boolesk söklogik med de grundläggande operatorerna AND och OR. Primärt valdes att söka litteratur i databaserna Cinahl Complete, Medline och Pubmed, eftersom dessa enligt Henricson (2012) rymmer ett stort antal vårdvetenskapliga artiklar. För att avgränsa sökresultaten och finna lämpliga artiklar användes begränsningarna Full Text och Peer Reviewed. Årtalsbegränsning användes inte då tillgången till data visade sig vara begränsad. Ett urvalskriterium för artiklarna var att dessa skulle ge en överblick på valt område ur patienters perspektiv.

De artiklar som framkom, tio kvalitativa artiklar samt två kvantitativa (se bilaga 2), sällades i flera steg med syfte att utröna material som svarade mot syftet, inledningsvis utifrån rubrik. Därefter lästes abstract/sammanfattning, och i de fall sammanfattningen verkade relevant för denna litteraturöversikt, lästes artiklarna i sin helhet och granskades kvalitetsmässigt.
För att säkerställa kvaliteten och undvika missförstånd inkluderades endast artiklar på svenska eller engelska, och samtliga artiklar granskades flertalet gånger av båda författarna. Samarbetet har fungerat bra, båda författarna har läst artiklarna, samarbetat, kontrollerat och engagerat sig i samtliga delar av litteraturöversikten.

**Analys**


**Forskningsetiska överväganden**

Vid all typ av forskning och studier bör forskningsetiska principer ständigt finnas närvarande (Vetenskapsrådet, 2002). I denna litteraturöversikt inkluderades endast studier som uppfyller forskningsetiska krav, antingen i form av att ett noggrant etiskt övervägande tagits hänsyn till under studiens gång, alternativt att studien godkänts av en etisk kommitté.

**Resultat**

I de valda artiklarna utkristalliserades fyra teman kring hur patienter med psykisk sjukdom upplever den somatiska vården. Dessa teman var ”att inte bli tagen på allvar”, ”längtan efter någon som lyssnar”, ”självanklagelser och skam” och ”upplevelser av barriärer”.

**Att inte bli tagen på allvar**

Personerna med psykisk ohälsa uppgav i studierna att de inte blev tagna på allvar och att de fick kämpa för att bli trodda (Clarke, Dusome & Hughes, 2007; DeCoux, 2005; Griswold et al., 2008; Holm, Lyberg & Severinsson, 2014; Lester, Titter & Sorohan, 2005; McCabe & Leas, 2008; Nash, 2014; Ostrow, Manderscheid & Mojtabai, 2014; Wheeler, McKenna & Madell, 2014). De kände att de blev klassade som psykiatriska fall istället för som människor
och att personalen utgick från att det var den psykiatriska sjukdomen som gav upphov till de symtom patienten klagade över. En patient beskrev hur han blev ivägskickad till en psykiatrisk mottagning när han sökte vård för ett gallstensanfall (Clarke, et al., 2007). I en studie, där patienter som hade både en psykisk sjukdom och diabetes ingick, beskrev en av deltagarna att symtom som var relatade till diabetesjukdomen förminska och togs inte på allvar av hälsö- och sjukvården, på grund av den psykiatriska sjukdomshistorien (Nash, 2014).

I en studie (McCabe & Leas, 2008) uppgav flera av deltagarna att de medvetet lät bli att berätta för vårdpersonal att de led av psykisk sjukdom på grund av rädsla för att bli missförstådd och inte tas på allvar. En grupp patienter som starkast upplevde att de inte blev tagna på allvar när de sökte vård var personer med borderline eller hade ett pågående missbruk (Clarke et al., 2007).

Flera deltagare uppgav att de vid besök på akutmottagning stämplades och blev triagerade som psykiatripatienter, oavsett vad de sökte för (Clarke et al., 2007). Deras fysiska symtom negerades om de hade en psykiatrisk diagnos. En patient beskrev att om man blir identifierad som psykpatient så behandlas man som psykpatient även om man har ett fysiskt problem som exempelvis migrän. Vetskapen om detta gjorde att vissa patienter valde att söka somatisk vård på en mottagning där deras psykiatriska diagnos var okänd, trots att de visste att det kunde få negativa konsekvenser för dem själva gällande vården.


Förutom en känsla av hjälplöshet kan upplevelsen av att inte bli tagen på allvar leda till en inre osäkerhet. Äldre personer med depression (Holm et al., 2004) uttryckte att de blev osäkra på sin egen förmåga att bedöma om lidandet var fysiskt eller mentalt när de inte blev trodda av vårdpersonalen. I denna studie ville personerna helst inte nämna att de var deprimerade eftersom de då upplevde att vårdpersonalen ignorerede deras fysiska hälsoproblem.

Motstridiga resultat fanns dock. Birch, Lavender och Cupitt (2005) visade att kvinnor med mental ohälsa överlag var nöjda med den vård de erhållit för fysiska hälsoproblem samt att de kände att de blev mer tagna på allvar inom den allmänna hälso- och sjukvården än inom psykiatrin. Liknande resultat framkom i en europeisk enkätsstudie (Harangozo et al., 2014)
som besvarades av personer som hade diagnosen schizofreni. Dryga 17 procent av dem upplevde att de blev diskriminerade när de sökte för somatiska hälsoproblem; en betydligt större andel, 38 procent, hade haft den upplevelsen när de var i kontakt med personal på psykiatriska mottagningar.

**Längtan efter någon som lyssnar**

Självanklagelser och skam

Självanklagelser förekom bland de personer med psykisk sjukdom som sökte hjälp för fysiska hälsoproblem (Griswold et al., 2008; Holm et al., 2014). Vissa personer anklagade sig själva för att de inte fick vård eftersom de inte sökte den och uppgav att de inte sökte sig till vården eftersom de mådde för dåligt för att klara av det. En patient uppgav att han slutade gå till läkaren i samband med att han blev deprimerad (Griswold et al., 2008). Han anklagade sig själv och menade vidare att de negativa vårderfarenheterna till stor del berodde på egna sjukdomssymtom, så som rösthallucinationer.

I en studie (Nash, 2014) tillfrågades personer med psykisk sjukdom om hur det var att få en diabetesdiagnos. Personerna gav olika svar: vissa var delvis lättade över att få en diagnos, andra kände skam över att ha ådragit sig åkomman och menade att det inte var oväntat utifrån hur de levt. Självanklagelser kunde ge upphov till känslor av skam och att inte vara värdig vård (Clarke et al., 2007; Nash, 2014).

Bland de som upplevt att deras psykiska problem blev nedprioriterade på akutvårdsmottagning, uppgav en del att de skämdes när de sökte vård, som om de vore kriminella eller hade gjort något fel (Clarke et al., 2007). Detta gällde framförallt om patienterna hade förts till mottagningen av polis eller säkerhetspersonal. Vårdpersonalens attityd och bemötande ansågs spela en stor roll för patienternas upplevelser och i de fall patienterna möttes med medkänsla, respekt och en icke-dömande attityd kunde känslan av värdighet stärkas. Genom att personalen bekräftade och uppmärksammade patientens symtom, underlättade det för patienten att se sin psykiska sjukdom som lika legitim och viktig som en somatisk sjukdom. Detta gjorde att skuldkänslorna reducerades och patienterna kunde lättare se att de hade lika stor rätt att söka vård som andra människor.

Upplevelser av barriärer

Ett återkommande tema i de kvalitativa studierna var upplevelsen av barriärer. Griswold et al. (2008), Kaufman et al. (2012) och Ostrow et al. (2014) beskrev bland annat ekonomiska problem och sämre försäkringskydd som hinder för vårdtillgång. Andra faktorer som påverkade var de personliga svårigheter som uppstod till följd av den psykiska sjukdomen, som exempelvis paranoia, social fobi och nedsatt kognitiv förmåga, liksom nedsatt initiativförmåga till följd av depression.

Personer med svår psykisk sjukdom uppgav att de hade behov av en lugn och avstressande miljö när de söker vård för sina fysiska sjukdomar (Clarke et al., 2007; DeCoux, 2005;
Kaufman et al., 2012; Lester et al., 2005). Långa väntetider, överfulla väntremsor och en stressande atmosfär var en anledning till att inte uppsöka hälso- och sjukvård, även om symtom och behov förelåg. En orolig atmosfär bidrog till att besöket på hälso- och sjukvårdsmottagningen blev en stressande och skrämmande upplevelse (Clarke et al., 2007). Personer med psykisk sjukdom vittande om att de kunde ha svårt att vänta i kö och att anpassa sig efter omgivningen, och en orolig atmosfär på mottagningen kunde bidra till att besöket ledde till agitation. I tillägg beskrevs att en känsla av övergivenhet infann sig när basala behov som tillgång till mat, dryck, toalett och information inte tillfredsställdes. Vissa personer gav slutligen upp och åkte hem. En patient beskrev att han på akutmottagningen kände det som att han befann sig i ett ingenmansland. Att inte ha någon annan med sig som stöd, som talade för hans sak, förstärkte denna känsla.

Som hinder i vårdtillgång uppkom även problem relaterade till omgivningen (McCabe & Leas, 2008). Exempel på miljömässiga barrierer kunde vara svårighet att planera och boka in ett möte hos sin läkare eller problem med transport till mottagningen. I de fall patienten var tvungen att ta sig till mottagningen med kollektivtrafik, eller om de hamnade i situationer där de tvingades fråga någon om vägen, kunde personliga svårigheter så som social fobi eller torgskräck göra proceduren alltför påfrestande och skapa stor oro hos patienten. Liknande barrierer påvisades av Wheeler et al. (2014), där anledningar till uteblivet vårdbesök uppgavs vara svårighet med transport, brist på pengar, att mottagningen hade stängts när behovet av vård infann sig, eller att det inte gick att komma i kontakt med en läkare. Dessa hinder uppgavs i högre grad av de deltagare i studien som led av en psykiatrisk diagnos, jämfört med de utan psykisk sjukdom. I flera studier visade det sig att om patienten hade en person med sig som kunde stötta och vägleda under besöket, blev det lättare att ta sig förbi de miljömässiga barrierer som upptost (Clarke et al., 2007; DeCoux, 2005; Lester et al., 2005).

Ostrow, Manderscheid & Mojtabai (2014) visade i en enkätstudie att en tredjedel av deltagarna, som alla led av svår psykisk sjukdom samt en kronisk somatisk sjukdom, upplevde svårigheter att få tillgång till sjukvård; 45 procent av dessa ansåg att svårigheterna kunde härledas till stigma. Det fanns ett positivt samband mellan upplevelse av bristande vårdtillgång relaterat till stigma och antalet psykiska symptom. Ett sådant samband fanns också för högskoleutbildning, där upplevelse av bristande vårdtillgång till följd av stigmatisering verkade vara vanligare ju mer välutbildade patienterna var. För variabeln empowerment noterade forskarna dock ett intressant fynd; det fanns ett negativt samband mellan personlig empowerment och upplevda svårigheter till följd av stigmatisering. Patienter som hade högre upplevelse av personlig empowerment tenderade i lägre utsträckning än övriga deltagare att
härleda vårdbarriärerna till stigma. Deltagare med högre poäng på empowerment-skalan visades även ha en större tillgänglighet till vård.

**Diskussion**

**Metodiskussion**

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka hur personer med psykisk sjukdom upplever mötet med den somatiska sjukvården. I litteratursökningarna visade det sig tidigt att det råder brist på studier som belyser fenomenet utifrån patienters perspektiv, och som rör enbart omvårdnadssupplevelsen, medan det finns betydligt mer forskning kring vårdpersonals upplevelser. För att finna tillräckligt med material begränsades därför inte sökningarna med årtal, och inte heller till att enbart röra sjuksköterskors arbete. Sökningarna riktades även mot psykisk sjukdom generellt och inte på specifika diagnoser, vilket kan ses som en svaghet då olika diagnoser kan medföra helt olika symtom och upplevelser, beroende på person och situation. En generalisering blir problematisk, varför det finns en risk att resultatet i denna studie kan brista i överförbarhet i relation till en enskild diagnos.

En annan aspekt i detta är att de diagnostiska metoderna som används kan skilja åt i olika länder. I USA exempelvis används DSM primärt (https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm), medan Norden och Storbritannien främst använder sig av ICD-10 i den kliniska verksamheten (http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10). Detta medför att samma typ av psykiatrisk diagnos kan definieras eller ha andra uppfyllningskriterier i olika länder. Denna studie utgår dock från psykisk sjukdom som ett helhetligt begrepp, snarare än specifika diagnoser, varför detta troligtvis inte har någon relevant inverkan på resultatet.

Då full text användes som begränsning i sökningarna, finns risk att användbar data missats. En kritik gällande urvalet är att flera av de vårdvetenskapliga artiklarna är publicerade i specialinriktade tidskrifter inom psykiatri och sociologi, och vissa av artiklarna rör mental sjukvård. Författarna till denna studie har dock valt att inkludera dessa artiklar med hänsyn till brist på forskning inom området samt med argument att materialet även rör den allmänna sjukvården och är relevant för valt syftet.

Den förförståelse och kunskap författarna hade vid studiens början kan ses både som en svaghet och en styrka. Sökningarna kan till viss del ha riktats utifrån en förutfattad uppfattning om var svaren står att finna, men förförståelsen och därmed den grundläggande kunskapen kan även ha underlättat sökarbetet. Förförståelsen kan ses som en styrka genom att
den underlättar analysering av resultat samt som ett positivt bidrag när studiens resultat kopplas till den kliniska verkligheten.

**Resultatdiskussion**


Enligt resultatet kunde detta fenomen sättas i förbindelse med behandlingsförsenning men även till en negativ vårdupplevelse som gjorde att patienterna undvek att söka vård eller att de överdriv sina symptom för att få vård. Patienterna upplevde att de inte fått sina behov tillgodosedda och att lidandet förstärktes av själva upplevelsen att inte bli trodd.


Människovärdet har alla, den moraliska resningens värdighet kan variera och är avhängig hur vi handlar, meritvärdigheten är kopplad till vilken position vi har i samhället medan identitetsvärdigheten påverkas av hur andra människor ser på en och vilket bemötande man får. Personer som har psykisk och somatisk sjuklighet kan ha förlorat sin position i samhället på grund av nedsatt arbetsförmåga, sjukskrivning eller förtidspension. Deras identitetsvärdighet kan dessutom hotas av att de blir stigmatiserade i samhället i stort men
även inom sjukvården. Att av vårdpersonal bli bedömd som mindre trovärdig för att man har en psykisk sjukdom är i sig en form av stigmatisering som bidrar till minskad identitetsvärdighet. Denna form av värdighet kan också tas ifrån människan av individen själv eller påverkas av livsprocesser som till exempel sjukdomar och skador. Människor som har både psykisk och somatisk sjuklighet kan ses som extra sårbara för negativ påverkan på värdigheten i och med den dubbla sjukligheten och funktionsnedsättningar som denna kan medföra. Det borde därför vara extra angeläget att vårdpersonalen beaktar värdigheten och är medvetna om hur de genom sin attityd och sina handlingar kan bidra till att patienten får upprätthålla sin värdighet i så hög utsträckning som möjligt. Genom att ha ett etiskt förhållningssätt och handla moraliskt, det vill säga inte tillfoga patienterna ytterligare lidande och skada, bidrar vårdpersonalen samtidigt till att höja sin egen moraliska resnings värdighet, vilket förmodligen kan ha en positiv inverkan på deras arbetstillfredsställelse och självuppfattning.

Ett annat tydligt tema som framkom i resultatet var läggan efter att bli lyssnad till. Det hänger troligen samman med upplevelsen av att inte bli tagen på allvar. Vårdpersonal som inte tar patienternas berättelser på allvar, lyssnar kanske mer på sina egna föreställningar än på den person de har framför sig. Patienter uttryckte att vårdpersonal som tar sig tid och lyssnar gör det lättare för dem att samla sina tankar och underlättar deras kommunikation. Ett aktivt lyssnande ökar dels patientsäkerheten men bidrar även till att patienten upplever att hon eller han blir bemött med respekt.


framkom i resultatet. Många patienter beskrev att om det var röigt och stressigt i väntrummen och om det saknades närhet till mat och toaletter så påverkade det deras inre. De kunde känna oro och bli agiterade. Vissa personer gick helt sonika hem eftersom de inte klarade av att vistas i en sådan miljö under en längre tid. Det fanns dessutom patienter som var medvetna om att deras egen inre värld skulle kunna påverka deras upplevelser. Exempelvis kommunikationssvårigheter, förmåga att ta in information och möjlighet att kunna transportera sig till vårdmottagningar var faktorer som kunde påverka vårdandet.

Resultatet visade att empowerment var kopplat till en ökad tillgång till vård. Det fanns även ett negativt samband mellan empowerment och upplevelse av barriärer till följd av stigmatisering. Kanske talar detta för att den inre världen, det vill säga patientens egna tankar om sig själv och andra, kan påverka den yttre miljön, där tillgång till vård hör till. Om man tror att man kan så öka möjligheterna att kunna påverka omgivningen och olika händelseförlopp i vardagen. Kanske får patienter som har en högre känsla av empowerment också ett annat bemötande av vårdpersonalen än personer med låg tillit till sig själva och sin egen förmåga?


missades de kroppsliga besvären. Drygt 43 procent av de tillfrågade uppgav att de upplevt diskriminering när de sökt hjälp för fysiska hälsovård. Dessa studier bekräftar de resultat som framkommit i den aktuella litteraturöversikten.

**Kliniska implikationer**

För att minska risken för diagnostisk överskuggning och behandlingsöverskuggning är det viktigt att arbeta aktivt för att reducera stigma. Eftersom psykisk sjukdom är vanligt i befolkningen och denna patientgrupp är överrepresenterad inom den somatiska sjukvården behövs en grundläggande kompetens om psykisk sjukdom hos vårdpersonalen. Med ökad kompetens kan förmågan att möta behoven och främja empowerment hos personer som söker somatisk vård och har en psykisk samsjuklighet förbättras. Exempel på åtgärder kan vara:

i. **Utbildning:** Gärna utformade i samarbete med brukarorganisationer. Genom direkta möten med personer som har psykisk sjukdom, utanför vårdsituationen, kan fördorrar blottläggas och utmanas.

ii. **Reflektion:** Etiska ronder kan utnyttjas för att belysa de utmaningar men också möjligheter som finns i mötet med personer som har en psykisk problematik.

iii. **Kontinuitet och miljö:** En fast läkar-/sjukköterskekontact kan ge trygghet, vilket främjar vårdrelationen, men även den fysiska omgivningen är av betydelse då. Genom att skapa en rovigande miljö och undviker att ändra denna mer än nödvändigt skapar en trygghet och kontinuitet.

iv. **Stöd:** Om patienten själv önskar kan stödpersoner, så kallade case managers, användas som lots till en mer tillgänglig och integrerad vård.

v. **Uppföljning:** Patienter som besökt vårdinstansen bör följas upp och ges tillfälle att beskriva sina upplevelser och problemområden.

vi. **Öppenhet:** Att det finns en öppenhet kring psykisk sjukdom på arbetsplatsen kan bidra till att minska stigma. Arbetsgivare bör vara öppna för att anställa personer som har levd erfarenhet av psykisk ohälsa.

**Förslag till fortsatt forskning**

I vår litteratursökning fann vi att en majoritet av gjorda studier undersökte vårdpersonalens upplevelser av att vårda personer med psykisk sjukdom inom den somatiska vården. Patienternas egna upplevelser verkar vara tämligen outforskat. Detta anser vi är ett angeläget område för vidare forskning. Personer med psykiska sjukdomar har förhöjd risk för många
kroniska sjukdomar och de får inte den vård de behöver på grund av olika barriärer. Att ta reda på vad de själva upplever som problem och möjligheter kan lägga grunden för hur omhändertagande av personer med psykisk sjukdom inom den somatiska vården kan förbättras.

Det finns belägg för att diagnostisk överskuggning och även behandlingsöverskuggning förekommer när personer med psykisk sjukdom söker hjälp för fysiska hälsoproblem. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv skulle det vara intressant att undersöka om omvårdnadsöverskuggning förekommer, det vill säga får personer med psykisk sjukdom på grund av bias en annan form av omvårdnad inom den somatiska vården än patienter som inte har en psykiatrisk diagnos och hur kommer detta i så fall till uttryck?

**Slutsats**

Referensförteckning

* = resultatartiklar


van der Kluit, M. J., & Goossens, P. J. (2011). Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: An integrative


### Bilaga 1. Sökmatris

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas</th>
<th>Sökord</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Begränsningar</th>
<th>Antal lästa abstrakt</th>
<th>Antal lästa artiklar</th>
<th>Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(mental illness OR mental health OR mental disorder) AND (physical health care OR somatic care) AND (stigma OR discrimination)</td>
<td>110</td>
<td>Full text, Peer reviewed</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>1, 2, 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(mental illness) AND (access to care) AND (primary care) AND (barriers)</td>
<td>40</td>
<td>Full text, Peer reviewed</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(serious mental illness OR severe mental illness) AND (primary health care) AND (patient experiences OR perceptions)</td>
<td>39</td>
<td>Full text, Peer reviewed</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(mental illness or mental health or mental disorder) AND (health personnel attitudes) AND (stigma or discrimination) AND (medical)</td>
<td>25</td>
<td>Full text, Peer reviewed</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(mental illness OR mental disorder OR serious mental illness) AND</td>
<td>19</td>
<td>Full text, peer reviewed</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Databas</td>
<td>Sökord</td>
<td>Antal träffar</td>
<td>Begränsningar</td>
<td>Antal lästa abstrakt</td>
<td>Antal lästa artiklar</td>
<td>Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------</td>
<td>----------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(patient perspective OR experience OR perception) AND (Physical care OR medical care) AND (Stigma OR discrimination OR health personnel attitude) AND (access)</td>
<td>25</td>
<td>Full text, peer reviewed</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>(psychiatric patient OR mental health service user) AND (access to medical care) AND (emergency department)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(mental illness OR serious mental illness) AND (access to medical care) AND (patient experience or perception)</td>
<td>141</td>
<td>Full text</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Pubmed</td>
<td>(mental illness OR serious mental illness OR mental health) AND (overshadowing)</td>
<td>46</td>
<td>Full text</td>
<td>13</td>
<td>7</td>
<td>1, 8, 12</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>Ar, land, tidskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **DeCoux, M.**      | **Acute versus primary care: The health care decision making process for individuals with severe mental illness.** | **2005, USA, Issues in Mental Health Nursing**                                     | *att söka vård på en akutavdelning.*                                  | **Urval:** Deltagare fick via sjukvården eller självhälpsgrupper en skriftlig inbjudan om att delta. Sammanlagt 27 klienter och 7 familjemedlemmar deltog.  
**Analys:** Deltagarnas uttalanden skrevs ned vid samtalstillfället. Ingen ljudupptagning användes som insamlingsmetod då deltagarna kände sig obekväma med detta.  
Materialet tematiserades sedan genom kvalitativ metod.                                                                                                                                                                                                                           | **att ta vägen”, Familjebehov och Önskelista för optimal service.**  
Deltagarna upplevde sig vara ovälkomna på akutmottagningen.  
Känsla av att inte bli trodd och inte vara värdig hjälp, bli bortvald och nedprioriterad var vanligt.  
Deltagarna förmedlade att akutmottagningens miljö var av betydelse. Den överstimulerande och skrämmande omgivningen, i kombination med brist på tillgång till personal, mat och toalett, ökade deltagarnas psykiska stress.  
Det framkom önskemål om effektiverad triagering och bemanning av psykiatriskötterskor dygnet runt.                                                                                                                                                                                                                           |
<p>| | | | | | |
|                     |                                                                        |                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                     |                                                                        |                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                     |                                                                        |                                                                                      |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>År, land, tidskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>------------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, JJ, Sartorius, N., Rose, D. &amp; Thornicroft, G. (Artikel 7)</td>
<td>Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services</td>
<td>2014, England, <em>International Journal of Social Psychiatry</em></td>
<td>Att undersöka om patienter med schizofreni upplever att de blir utsatta för diskriminering när de söker medicinsk vård.</td>
<td><strong>Metod:</strong> En kvantitativ tvärsnittsstudie.  <strong>Urval:</strong> Data från en tidigare tvärsnittsstudie användes i denna undersökning. De 777 deltagarna var samtliga över 18 år gamla, boende i något av de 27 länder som var anslutna till forskningsnätverket INDIGO och led av schizofrenisjukdom. Data rörande hälsosjukvård, social status, bemötande i vården och privat situation så som graviditet och</td>
<td>hälften i kontrollgruppen.  <strong>Analys:</strong> Innehållet transkriberades och analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys.  Av 718 tillfrågade rapporterade 170 personer (23,7 %) att de upplevt sig få en annan vård för sina fysiska symtom på grund av sin psykiska sjukdom. 47 (8,1 %) av dessa personer hade upplevt en positiv särbehandling medan resterande 123 (17 %) hade upplevt en negativ särbehandling. En betydligt större andel, 273 (38 %) personer av de tillfrågade, hade den upplevelsen när de varit i kontakt med personal på psykiatriska mottagningar.</td>
</tr>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Urval:** Deltagargruppen bestod av personer rekryterade från en psykiatrisk mottagning på ett landsortssjukhus. Tio patienter, tio mentalvårdare och tio medicinska vårdare deltog.  
**Analys:** De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys. | Social isolering och hopplöshetskänslor.  

Sex teman utkristalliserades:  
*Begränsad tillgång till vård/vårdbarriärer,*  
*Patientbarriärer, Bias, Kommunikation, Vårdkvalitet och Välgörande vårdinsatser*  

Vårdbarriärer rörde sjukvårdens uppbyggnad, brist på personal och fysisk plats eller ekonomiska faktorer så som bristfällig sjukvårdsförsäkring. Patientbarriärer fanns till följd av sjukdomssymtom, så som sviktande kognition, sjukdomsinsekt, självinsikt, arbetslöshet eller osunt leverne. Bias förekommande både på personnivå bland vårdpersonal, på social nivå och organisatorisk nivå. Brist i kommunikation, dels vårdgivare emellan, men även mellan patient och vårdgivare sågs som hinder för en integrerad vård. I undersökning av upplevd vårdkvalitet visades att deltagarna generellt var nöjda med kompetens och vård, dock uppkom
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>År, land, tidskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
</table>
**Urval:** 45 patienter med svår psykisk sjukdom, 39 allmänläkare och 8 sjuksköterskor. Patienterna rekryterades genom att bli tillfrågade av samtalsledaren via kommunala center för personer med psykisk sjukdom. Till vårdpersonalen skickades en inbjudan via post.  
**Analys:** Tematisk innehållsanalys. | Tre huvudteman framkom:  
**Tillräckligt bra primärvård,**  
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>År, land, tidskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Upplevelse av stigma och diagnostisk överskuggning var vanligt förekommande. Det fanns ett glapp mellan den somatiska och psykiatriska vården, patienterna tenderade att hamna mellan stolarna och upplevde att de inte blev behandlade utifrån ett helhetsperspektiv. Diabeteskomplikationer rapporterades från deltagare och på frågan vad de skulle göra om det var ombytt roller framkom en efterfrågan på exempelvis mer...
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>År, land, tidsskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ostrow, L., Manderscheid, R. &amp; Mojtabai, R.</td>
<td>Stigma and difficulty accessing medical care in a sample of adults with serious mental illness.</td>
<td>2014, USA, <em>Journal of Health Care for The Poor &amp; Underserved</em></td>
<td>Att undersöka vilka svårigheter som uppstår då personer med psykisk sjukdom söker medicinsk vård vid fysiska problem, vilka faktorer som gav svårigheter i svårigheter som</td>
<td><strong>Metod:</strong> Kvantitativ studie. &lt;br&gt;<strong>Urval:</strong> Urvalet bestod av 1670 vuxna personer med diagnosticerad psykisk sjukdom som medverkat i en tidigare studie, där personer med och utan psykisk sjukdom jämfördes. &lt;br&gt;<strong>Analyser:</strong> Data kategoriserades i tre grupper bestående av påvisad förekomst av svårighet i vårdaccess, svårigheter som tillskrevs stigmatisering och svårigheter som troddes bero på andra orsaker. Regressionanalyser användes sedan för att</td>
<td>Cirka tredjedel av deltagarna (465 personer) upplevde svårigheter att få tillgång till medicinsk vård. Av dessa ansåg 211 att svårigheterna kunde härledas till stigma, medan resterande 254 menade att det berodde på andra orsaker. Det fanns ett positivt samband mellan upplevelse av dålig vårdtillgång till följd av stigma och fler antal psykiska symtom. Ett positivt samband fanns även för högskoleutbildning. När det gällde empowerment sågs ett negativt samband. Patienter som hade högre upplevelse av personlig empowerment tenderade i lägre utsträckning än övriga deltagare att härleda barriärerna till stigma. Tillgängligheten till vård var bättre hos de personer som fick högre poäng på empowerment-skalan.</td>
</tr>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod, urval och analys</td>
<td>Resultat</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Urval:** Patienter inskrivna på psykiatrisk mottagning inom ett distrikt i Auckland tillfrågades. 404 personer deltog i studien, alla över 18 år. Deltagarna tillfrågades om vårderfarenheter och deras vårdtillgangsmönster, vilka sedan jämfördes sedan med data från en nationell studie om hälsotillstånd hos icke-psykiatriska patienter.  
**Analys:** Enkätdata analyserades med användning av deskriptiv statistik. | Brister i sjukvårdsförsäkring och psykiska sjukdomssymtom förknippades med ökade svårigheter att få tillgång till vård.  
**Hälsotillstånd, Primärvårdsgivare, Besök hos vårdutövare, Möjlighet att få tillgång till GP/husläkare, Vårdkvalitet**  
Resultaten tydde på att psykiatriska patienter hade sämre fysisk hälsa i jämförelse med den allmänna befolkningen. Tillgången till vård var mer komplex i den psykiatriska gruppen och dessa patienter var även mer noggrann med vilken vårdgivare de vände sig till. Patienterna med psykisk störning oroade sig delvis för att diskrimineras av vårdgivare, och 18,4 % upplevde att de fick sämre somatisk vård. Diskriminering kopplades främst till upplevelser av att inte bli trodda gällande beskrivning av sina fysiska symtom, att läkare saknade kunskap och kompetens om interaktionen mellan psykisk och fysisk sjukdom eller en syn på att psykiskt sjuka har... |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>År, land, tidskrift</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod, urval och analys</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>svårigheter att kommunicera kring den fysiska hälsan.</td>
</tr>
</tbody>
</table>