

Sandra Cerne & Ulrika Juto

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT 2016

Kandidatexamen

Handledare: Henrik Lerner

Examinator: Birgitta Fläckman

**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 utbredd 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 overshadowing, 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 were 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 SJKDOM	1
STIGMA PÅVERKAR IDENTITETEN	2
STIGMATISERING OCH FÖRDOMAR – EN DEL AV VARDAGEN	2
DIAGNOSTISK ÖVERSKUGGNING	3
BEMÖTANDETS BETYDELSE	4
SJKSKÖTERSANS ETIK.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	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 VÄRDIGHET	8
METOD	9
LITTERATURSÖKNING OCH URVAL	9
ANALYS.....	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	10
ATT INTE BLI TAGEN PÅ ALLVAR.....	10
LÅNGTAN EFTER NÅGON SOM LYSSNAR	12
SJÄLVANKLAGELSER OCH SKAM.....	13
UPPLEVELSER AV BARRIÄRER.....	13
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	16
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	19
FÖRSLAG 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

Psykisk ohälsa – ett mångfacetterat begrepp

Hur psykisk hälsa respektive ohälsa ska definieras är omdiskuterat. Enligt Världshälsoorganisationen, WHO (2014), definieras mental hälsa som ett tillstånd av välbefinnande där individen kan realisera sin potential, hantera den normala stressen som hör livet till och klarar av att vara produktiv i arbetet och bidra till samhället. Begreppet psykisk ohälsa används ofta som övergripande term och omfattar då allt från svåra störningar och sjukdomar till mildare psykiska hälsoproblem med varierande symtom (Vilhelmsson, 2014). När en person har milda symtom kan det innebära lidande men det behöver inte innebära att personen har en diagnos.

Psykisk ohälsa är ett av vår tids folkhälsoproblem (Skärsäter, 2014). Trettio procent av befolkningen riskerar att utveckla en psykisk sjukdom någon gång i livet och en tredjedel av alla besök inom primärvården görs av personer som lider av psykisk ohälsa. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och annan sjuklighet, så kallad samsjuklighet. Personer med psykisk problematik är överrepresenterade inom alla delar av hälso- och sjukvården. Forskning visar att bland annat hjärtsjukdom, fetma, hypertoni, diabetes och KOL är vanligare hos personer som har en svår psykisk sjukdom jämfört med dem som inte har det (Miller, Bayard Paschall & Svendsen, 2006). Patienter med psykisk ohälsa kommer alltså i kontakt med, inte bara den psykiatriska vården, utan även den somatiska vården oftare än personer som inte har en psykisk sjukdom.

Klassificering av psykisk sjukdom

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

(Ottosson & Ottosson, 2007; Skärsäter, 2014). DSM är den sjukdomsmanual som det amerikanska psykiatriska samfundet antagit, vilken används både i den kliniska verksamheten samt inom forskning. I Sverige klassificeras sjukdomar främst utifrån ICD, och Socialstyrelsen använder sig i dagsläget av den svensköversatta versionen ICD-10-SE (<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>). Enligt ICD-10 grupperas psykiska sjukdomar in i stressrelaterade tillstånd, ångest och tvång, somatoforma och psykosomatiska tillstånd, ändrad sinnesstämning, vitala symtom, psykoser, utvecklingsstörningar samt missbruk och beroende.

Stigma påverkar identiteten

Socialpsykologen Erving Goffman (1986) presenterade stigmatiseringsteorin i boken *Stigma*. Han beskriver att stigma är en djupt misskrediterande egenskap och den som stigmatiseras slentrianmässigt tillskrivs negativa egenskaper av omgivningen. Stigmat kan vara av olika natur och kan även vara kopplat till grupp. Den avvikande personens identitet och roll i samhället formas av omgivningen. Den stigmatiserade personen reduceras till att vara det stigmat symboliserar och utsätts för olika sociala sanktioner. Sanktionerna fungerar som sociala kontrollmekanismer genom att definiera vad som är socialt accepterat eller inte; vad som anses vara normalt respektive avvikande är socialt konstruerat. Det som upplevs som avvikande i en kultur behöver inte vara det i en annan kultur och avvikelserna kan även vara föränderliga över tid.

Som stigmatiserade i vårt samhälle tar Goffman (1986) upp personer som betar sig avvikande, både fysiskt, psykiskt och socialt. Det kan handla om psykisk sjukdom, prostitution eller olika former av funktionsnedsättningar. Personer som är stigmatiserade måste dagligen konfronteras med den stereotypa bild som ”de normala” reflekterar tillbaka mot dem, och det är svårt att värja sig mot andra människors bemötande och stereotypa föreställningar. De ”normala” personerna i samhället diskriminerar de avvikande, ofta på ett omedvetet sätt. Som ett svar på sociala avvisanden och att inte bli tagna på samma allvar som andra utvecklar de stigmatiserade personerna olika överlevnadsstrategier, till exempel undvikande, vilket påverkar deras möjligheter att leva livet till fullo.

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

ohälsan. Dessutom möts de av omgivningens fördomar och de stigmatiseras, det vill säga behandlas annorlunda för att de avviker från normen på grund av sin psykiska ohälsa. Stigmatiseringen gör det svårare att få jobb och boende men också att få tillgång till tillfredsställande sjukvård. Det är vanligt att personer som är utsatta för stigmatisering tar till sig, och accepterar omgivningens fördomar, vilket blir en så kallad självstigmatisering. Enligt Corrigan och Watson (2002) visar forskning att självstigmatisering och rädsla för att bli avvisad leder till att många personer med psykisk ohälsa inte tar tillvara olika typer av möjligheter i livet.

Thornicroft, Brohan, Kassam & Lewis-Holmes (2008) beskriver stigma som ett tresidigt problem bestående av okunskap, fördomar samt ett diskriminerande beteende. Forskning visar att allmänhetens kunskap om psykisk sjukdom är ytterst undermålig. I en brittisk rapport (Department of Health, 2012) framkom att 55 procent av de 1632 personer som tillfrågades, trodde att en psykiskt sjuk människa definieras som "en person som inte kan hållas ansvarig för sina egna handlingar".

Stigma, fördomar och diskrimination är fenomen djupt rotade i både kultur och samhällsnormer (Arboleda-Flórez, 2003). Inte sällan särbehandlas människor utifrån kön, religion, etnicitet eller sociokulturell status. Det som särskiljer stigmatisering av psykisk sjukdom är att de människor som drabbas finns inom alla samhällsklasser och grupperingar, och många sjukdomar är av kronisk art som ger stora handikapp i vardagen. Ofta uppstår en ond cirkel där samhällets syn på den sjuke, som exempelvis inkapabel eller osocial bidrar till att den sjuke ytterligare drar sig undan och undviker det sociala livet.

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 begåvningsnedsättning 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

patienters fysiska symtom förbises och hänvisas bero på den psykiatriska problematiken (Jones, Howard och Thornicroft, 2008). Jones, Howard och Thornicroft (2008) menar att det förmodligen finns många förklaringar till problemet; det kan handla om brist på kunskap kring psykiatriska sjukdomar, fördomar och bias, men också på att kommunikationen mellan vårdpersonal och patient inte fungerar optimalt.

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

Enligt Ottosson och Ottosson (2007) är bemötandet viktigt i all sjukvård men det spelar särskilt stor roll vid psykisk ohälsa. Vårdrelationen mellan patient och vårdgivare är per definition ojämlig, och den hjälpsökande patienten är i underläge och befinner sig i en ovan miljö och känner kanske ångest och oro. Om personalen signalerar att patienten själv är expert på sig själv, sin kropp och sina upplevelser, så kan negativa upplevelser dämpas.

Medmänsklighet och respekt är extra betydelsefullt när en människa står i en beroendeställning. Om personalen är nedlåtande har det inverkan på självkänslan hos patienten. Det är viktigt att personal som vårdar personer med psykisk ohälsa visar respekt och har en medvetenhet om att tröskeln för vad man tolererar i friskt tillstånd kan vara sänkt. Det som i vanliga fall upplevs acceptabelt kan i en hjälpsökande situation istället upplevas förödmjukande och påfrestande.

I en befolkningsundersökning av Crisp, Gelder, Rix, Meltzer och Rowlands (2000) påvisades att personer med psykisk sjukdom ofta uppfattas och bedöms som farliga och oförutsägbara. Den patientgrupp som är mest drabbad av dessa fördomar och stigmatisering, är patienter som lider av en schizofrenisjukdom, alkoholmissbruk eller drogmissbruk (Crisp et al., 2000; Welch, Litman, Borba, Vincenzi & Henderson, 2015). I en grekisk studie Tzouvara och Papadopoulos (2014) framkom att den allmänna befolkningen uttryckte stor sympati för personer med psykisk sjukdom, dock ansågs dessa personer vara sämre än andra, ha en lägre social status och hade, enligt omgivningen, ett stort behov av strikta riktlinjer och regler.

Uppfattningen om att psykisk sjuka personer skulle vara mer oförutsägbara och farliga, påvisas även i studier där sjuksköterskor 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 kollegor för den inkommande patienten.

Reed & Fitzgerald (2005) visade att hälften av sjuksköterskorna som arbetade på ett allmänsjukhus uttryckte negativa attityder gentemot personer med psykisk sjukdom. Några uppgav att de inte tyckte om att vårda personer med psykiska problem och att om de hade haft ett val skulle de låtit bli att göra det. De ansåg att det inte var en roll de var utbildade för att klara av och tyckte att patienterna som hade en psykisk problematik inte uppskattade deras omvårdnad samt var svåra att samarbeta med. Majoriteten av de tillfrågade sjuksköterskorna uttryckte dock en stark vilja att hjälpa dessa personer.

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

Forskning (Ross & Goldner, 2009; van der Kluit, Goossens & de Leeuw, 2013) visar att sjuksköterskors attityd och bemötandet av patienter med psykisk samsjuklighet, påverkas av sjuksköterskans egen upplevelse av kompetens och erfarenhet av att hantera personer med psykisk sjukdom. Andra underliggande faktorer som visat sig påverka sjuksköterskornas attityd är stöd, hur ofta sjuksköterskorna tidigare har mött patienter med psykisk samsjuklighet, erfarenhet och utbildning inom området. Personliga egenskaper som att vara extrovert, emotionellt stabil och att vara öppen för nya erfarenheter kan spela roll för vilka attityder sjuksköterskorna har gentemot personer med psykisk samsjuklighet (van der Kluit, Goossens & de Leeuw, 2013).

Sjuksköterskans etik

International Council of Nurses, ICN, antog år 1953 den första etiska koden för sjuksköterskor (http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf). Den är tänkt att vara vägledande för ett etiskt handlande utifrån samhällets behov och värdegrund. Enligt denna kod ska sjuksköterskan bland annat främja en miljö där mänskliga rättigheter och värderingar hos enskilda personer respekteras. Patienterna ska få korrekt och tillräcklig information, givet på ett sätt som är anpassat efter individen, för att främja

patientens delaktighet och ett samtycke till vård och behandling. Professionella värden som respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet ska uppvisas. Sjuksköterskan har enligt koden ett ansvar för att främja insatser för särskilt sårbara befolkningsgrupper. Sjuksköterskan ska även arbeta för jämlikhet och rättvisa när det gäller fördelning av tillgång till hälso- och sjukvård, och andra vård- och omsorgstjänster. Enligt koden ska sjuksköterskan arbeta för att skapa en vårdkultur som främjar öppen dialog och ett etiskt förhållningssätt. Det ingår även i rollen som sjuksköterska att bidra till en etisk organisationskultur samt att ta ställning mot oetiska metoder och förhållanden.

Problemformulering

Personer med psykisk sjukdom är oftare i kontakt med den somatiska vården än andra. Det finns en tydlig koppling mellan psykisk sjukdom och olika kroppsliga 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 inger 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 tydliggörs 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 kroppsliga 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

Konsensusbegreppen *människa*, *hälsa* och *miljö* har stor betydelse för omvårdnad (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) och kommer att användas som stöd under analysen av resultatet. Vidare avser vi att använda Katie Erikssons omvårdnadsteori och Lennart Nordenfelts teori om värdighet.

Katie Erikssons teori om hälsa och lidande

Enligt litteraturen är personer som lider av både psykisk och somatisk sjuklighet sårbara och utsatta för lidande. Katie Eriksson fokuserar mycket på lidandet och hur vårdpersonal kan bidra till att lidandet lindras eller förstärks. Hennes omvårdnadsteori som utgångspunkt kan bidra till bättre förståelse när man studerar hur personer som har en psykisk sjukdom upplever bemötandet i den somatiska vården. Vårdandets huvudsyfte är enligt Eriksson (2015a) att lindra patientens lidande. Hon ser människan som en helhet mellan kropp, själ och ande (2015b). Denna helhet befinner sig i olika grader av *hälsa*. Genom vårdandet kan hälsa regleras och möjliggöras. Eriksson menar att alla professioner i vården ska sträva efter att se människan som helhet, lindra lidandet och därigenom främja hälsa.

Eriksson (2015a) använder en metaforisk bild, lidandets drama, för att beskriva processen då lidandet lindras. Hon beskriver dramat i tre akter: att bekräfta lidandet, att vara i lidandet samt att försonas med lidandet. Patienten söker efter en vårdare som är villig att vara medaktör i lidandets drama. När patienten får bekräftelse i sitt lidande skapas förutsättningar för försoning och acceptans. Det är svårt och påfrestande för en människa att gå in i denna kamp. För att patienten ska klara det och kunna försonas med sitt lidande är det viktigt att vårdpersonal finns där som stöd. Först när en människa accepterar livet som det är kan hon försonas med det. Så länge lidandet förträngs, genom att exempelvis låtsas som att det inte finns, påverkas hälsan negativt. Lidandets kamp är även människans försök och strävan efter att bevara och återuppväcka sin värdighet.

Vårdkulturens betydelse

Eriksson (1987) använder begreppet vårdkultur när hon beskriver det vårdvetenskapliga konsensusbegreppet *miljö*. Vårdkulturen består av flera komponenter: exempelvis traditioner, ritualer och värderingar. Kulturen blir välkomnande om den har ett tydligt ethos, det vill säga att vårdpersonalen har en etisk hållning. I en vårdande kultur finns en uttalad vilja att lindra varje unik patients lidande. Alla människor påverkas av den miljö de befinner sig i.

Vårdkulturen har därför stor betydelse. I en icke-vårdande kultur är klimatet ogästvänligt och främjar då inte hälsan utan kan istället bidra till vårdlidande. Eriksson talar om den yttre världen, mellanvärlden och den inre världen. Den yttre världen är den vi i vardagligt tal kallar miljö i betydelsen omgivning. Den utgörs av till exempel inredning, möbler och tillgång till information. Mellanvärlden är relationernas värld, här framträder vårdkulturen. Alla

människor har också en inre, privat värld. De olika världarna samexisterar. När något ändras i den yttre världen så inverkar det även på den inre världen och vice versa. Vi påverkas av yttre omständigheter men våra tankar och känslor påverkar också hur vi förhåller oss till vår omvärld.

Eriksson (1987) talar om vårdgemenskap och menar att den kännetecknas av en djup mänsklig gemenskap. Värme, respekt, ärlighet och tolerans lägger grunden för en närhet som skapar förutsättningar för patienten att ta sig förbi sina egna och situationens begränsningar. Delaktighet handlar inte enbart om att göra patienten delaktig i vårdplaneringen utan också om en upplevelse av att vara engagerad i sitt eget liv och känna att andra människor också är det. Denna form av delaktighet är hälsofrämjande och kan bidra till en lindring av lidandet. En vårdande gemenskap betyder att patienten bjuds in och tas emot av andra människor. Detta skapar ett relationellt rum där patienten kan uttrycka sig själv och få ett gensvar. Att som vårdpersonal ha en etisk hållning och ett etiskt språk gör det lättare för patienter att upprätthålla sin värdighet.

Lennart Nordenfelts teori om värdighet

Värdigheten, som är kopplat till konsensusbegreppet *människa*, kan enligt filosofen Lennart Nordenfelt (2004) delas in i fyra typer: människovärdet, den moraliska resningens värdighet, meritvärdighet samt identitetsvärdighet.

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.

Identitetsvärdigheten är enligt Nordenfelt (2004) svårast att identifiera men är i ett sammanhang av sjukdom och värdighet kanske den mest intressanta. Den handlar om rätten att få vara sig själv och innefattar individens självbild, integritet, autonomi och känsla av att ha en tillhörighet. Identitetsvärdigheten påverkas av hur andra människor ser på en och vilket bemötande man får. En person kan berövas sin värdighet genom respektlösa eller grymma handlingar från andra människor, men kan även berövas av individen själv eller påverkas av de processer livet medför så som sjukdom, skada eller ålderdom.

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).

I enlighet med Fribergs modell, som finns beskriven i boken *Dags för uppsats* (2006), anlades inledningsvis ett så kallat helikopterperspektiv där en översikt över området tydliggjordes. Utifrån överblicken synliggjordes relevanta nyckelord som användes för att rikta sökningarna mot valt syfte. Urvalskriteriet för artiklarna var att dessa skulle ge en syn på valt område ur patienternas perspektiv. Utvalda studier kvalitetsgranskades utifrån problemformulering, teori, syfte, metod, urval, resultat och tolkningen av resultat, enligt Fribergs anvisningar (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

I analysarbetet användes Fribergs (2006) modell som stöd. Studierna lästes igenom noggrant ett flertal gånger med syfte att få en känsla av grundinnebörden. Därefter granskades artiklarna och jämfördes utifrån studiernas syfte och resultat. På detta sätt påvisades skillnader och likheter och återkommande teman, vilket möjliggjorde kategorisering av data. Som verktyg i processen användes färgkodning. Eftersom författarna upplevde sig ha en förförståelse utifrån lästa litteraturstudier, egna erfarenheter av att möta personer med psykisk sjukdom i vården samt personlig erfarenhet av psykisk ohälsa diskuterades detta sinsemellan för att upprätthålla ett kritiskt förhållningssätt vid valet av artiklar och tolkning av resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Vid all typ av forskning och studier bör forskningsetiska principer ständigt finnas närvarande (Vetenskapsrådet, 2002). I denna litteraturöversikt inkluderades enbart 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, Tritter & 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 relaterade till diabetessjukdomen förminskades och togs inte på allvar av hälso- 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 negligerades om de hade en psykiatrisk diagnos. En patient beskrev att om man blir identifierad som psykiatripatient så behandlas man som psykiatripatient 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.

Kaufman, McDonnell, Cristofalo och Ries (2012) och DeCoux (2005) visade att personer som hade en psykisk sjukdom och som vårdats för somatisk sjuklighet upplevde att de inte blev trodda; att vårdpersonalen utgick från att de överdrev eller hittade på sina symtom. Några deltagare i studien av DeCoux uppgav att detta ledde till en känsla av hjälplöshet. Deltagarna menade att negativa erfarenheter även påverkade deras mönster i hjälpsökande och gjorde så att de fördröjde vårdsökandet nästa gång de behövde hjälp.

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 ignorerade 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 enkätstudie (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

I flera av studierna framkom att patienterna tyckte att det var viktigt att sjukvårdspersonal hade en hög kommunikativ och interpersonell kompetens. Det upplevdes som betydelsefullt att personalen tog sig tid att förklara, men även att de bemötte patienterna med respekt, var empatiska och lyssnande (Clarke et al., 2007; Griswold et al., 2008; Holm et al., 2014; McCabe & Leas, 2008). Om detta brast fanns det enligt patienterna en risk för att viktig medicinsk information skulle kunna missförstås. Vårdpersonalen kunde också gå miste om viktig information som patienten hade om sig själv och sina sjukdomssymtom. Dessutom kunde kommunikationsbristerna leda till att vårdupplevelsen som helhet blev negativ. En patient beskrev att när han var på en läkarmottagning och mådde psykiskt dåligt så var det svårt för honom att beskriva vad han gick igenom. Det krävdes känslighet och lyhördhet för att han skulle kunna förmedla vad som pågick (McCabe & Leas, 2008). En annan patient beskrev det som att när man har svårt att föra sin egen talan så hamnar man i ett tomrum (Clarke et al., 2007). En upplevelse av övergivenhet och att inte vara värdig uppmärksamhet för sina problem infann sig.

I en studie av Lester, Tritter och Sorohan (2005) rapporterade patienterna att de kände sig tvungna att överdriva sina symtom för att faktiskt få hjälp. Trots att patienterna uppgav att skådespelet tog mycket energi och skapade oro, kände de att de inte hade något val. Vidare framkom även att patienterna hellre uppsökte sin husläkare eller allmänläkare, än en specialistläkare inom psykiatrin. Anledningen var att patienterna upplevde husläkaren som mer benägen att lyssna, tog patienten på allvar och var villig att lära; en uppfattning som även delades av deltagarna i studien av Wheeler et al. (2014). Vikten av en god vårdrelation påvisas även i en studie av Griswold et al. (2008) där patienterna såg en fast läkarkontakt som mycket positiv. Tryggheten som uppstod underlättade själva vårdandet och gjorde det även lättare att få viktiga medicinska kontroller gjorda, vilket minskade antalet besök på akutmottagning.

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 levde. 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 försäkringsskydd 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 väntrum 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 vittnade 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 barriärer 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 barriärer påvisades av Wheeler et al. (2014), där anledningar till uteblivet vårdbesök uppgavs vara svårighet med transport, brist på pengar, att mottagningen hade stängt 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 barriärer som uppstod (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 symtom. 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

Metoddiskussion

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 omvårdnadsupplevelsen, 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 metoder 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 mentalsjukvård. 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 syfte.

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 sökandet. 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

Litteraturöversiktens syfte var att beskriva hur personer med psykisk sjukdom upplever den somatiska vården. Det tydligaste temat som framkom var upplevelsen av att inte bli tagen på allvar. Patienterna uppgav att vårdpersonalen tolkade de fysiska symtomen de uppgav som psykiska symtom. Istället för att ta till sig patientens beskrivning och upplevelse drog de förhastade slutsatser utifrån den psykiatriska diagnos som fanns i bakgrunden. Detta är ett tydligt uttryck för diagnostisk överskuggning, som är en form av stigmatisering. Nash (2013) beskriver diagnostisk överskuggning som stigmatisering i handling.

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

Enligt Lindholm & Eriksson (1993) är omvårdnadens huvudsyfte att lindra lidandet. Lidandet kan inte tas bort, men om vårdpersonalen visar medkänsla och delar lidandet med patienten, så kan det lindras. När patienten får bekräftelse skapas förutsättningar för en läkandeprocess. Det är större chans att hon orkar gå in i lidandets kamp om det finns vårdpersonal som är bekräftande. Att, som resultatet visar, inte bekräfta patientens upplevelser utan istället vara misstänksam och utgå från att man som personal ”vet bättre”, är en kräkning som inte bara gör det svårare att ta sig igenom sjukdomen utan även ökar risken för att ett vårdlidande uppstår. Vårdlidandet läggs därför i och med detta på ett redan dubbelt sjukdomslidande som en person med psykisk och somatisk sjuklighet bär på.

När vårdpersonalen inte agerar etiskt blir det även svårare för patienten att upprätthålla sin värdighet, menar Eriksson (2015b). Nordenfelt (2004) beskriver olika typer av värdighet: människovärdet, den moraliska resningens värdighet, meritvärdighet samt identitetsvärdighet.

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 längtan 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.

Eriksson (1987) menar att en positiv vårdgemenskap, baserad på värme, respekt och tolerans, ger en närhet som skapar förutsättningar för patienten att ta sig förbi sina egna och situationens begränsningar. Resultatet visade att personer med psykisk sjukdom upplever många barriärer i mötet med den somatiska vården, dels hos sig själva men även hos vårdpersonal och övrig omgivning. För att kunna reducera dessa barriärer, och på så sätt främja vårdsökandet hos personer med psykisk sjukdom, krävs en känslighet och medvetenhet hos vårdpersonalen. Brinn (2000) visar att sjuksköterskor inom den somatiska vården upplever rädsla och osäkerhet i mötet med patienter som har psykisk sjukdom. Personal som hade psykiatrisk erfarenhet var tryggare och segregerade mindre än sjuksköterskor som saknade denna erfarenhet.

Eriksson (1987) använder begreppet vårdkultur när hon beskriver miljön. Hon talar i detta sammanhang om den yttre världen, mellanvärlden och den inre världen. Den yttre världen är den fysiska omgivningen, till exempel möblering, ljudnivå och så vidare. När något i den yttre världen händer så påverkar det den inre världen och vice versa. Detta var något som tydligt

framkom i resultatet. Många patienter beskrev att om det var rörigt 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 ökar 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?

Mellanvärlden är enligt Eriksson (1987) den relationella världen där samspelet med andra människor sker. I en vårdande gemenskap bjuds patienten in och har möjlighet att uttrycka sig själv och bli bekräftad. Enligt resultatet var det vanligt att personer med psykisk sjukdom upplevde att de inte kände sig tagna på allvar vilket torde kunna beskrivas som motsatsen till att få bekräftelse. Om vårdpersonalen inte lyssnar och tar patientens upplevelser på allvar är det sannolikt mycket svårt för patienten att på ett autentiskt sätt uttrycka sig själv. Framhållas bör dock att det fanns patienter som ansåg att bemötandet inom den somatiska vården trots allt var bättre än inom den psykiatriska vården, där de kände sig mer stigmatiserade. Frågan är om det säger mer om bemötandet inom den psykiatriska vården än om hur bra den somatiska vården fungerar för personer med psykisk sjukdom.

Resultatet bygger på studier från andra länder men förhållandena verkar vara likartade i Sverige. En svensk studie visade att nästan hälften av personer med psykisk ohälsa upplevde att de blev diskriminerade när de sökte hjälp i den somatiska sjukvården (Myndigheten för delaktighet, 2014). Undersökningen genomfördes i Västerbotten och byggde på intervjuer med 167 personer inom den psykiatriska öppenvården där de fick beskriva sina upplevelser av diskriminering inom olika områden; 45 procent ansåg att de blivit orättvist behandlade inom den somatiska sjukvården. I en annan kvalitativ studie, som genomfördes i Skåne riktades kritik mot primärvården (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, 2012). En vanlig synpunkt var att man inom primärvården utgick från att besvären är psykiska, därmed

missades de kroppsliga besvären. Drygt 43 procent av de tillfrågade uppgav att de upplevt diskriminering när de sökt hjälp för fysiska hälsoproblem. 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 fördomar 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-/sjuksköterskekontakt kan ge trygghet, vilket främjar vårdrelationen, men även den fysiska omgivningen är av betydelse då . Genom att skapa en rogivande 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 outforskade. 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

Syftet med litteraturöversikten var att belysa hur personer med psykisk sjukdom upplever den somatiska vården. I resultatet framkom att personer med psykisk sjukdom upplevde att de inte blev tagna på allvar och att de ofta fick kämpa för att bli trodda och lyssnade till. Resultatet visade att diagnostisk överskuggning förekommer. Patienterna uppgav att de fysiska symtom de beskrev felaktigt tolkades som symtom beroende på den psykiska sjukdomen. Detta är en form av stigma, som kan leda till underdiagnostisering och felbehandling, men även till att patienter undviker kontakt med sjukvården.

Referensförteckning

* = resultatartiklar

Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(10), 645-650. Hämtad från databasen PsycINFO.

* Birch, S., Lavender, T., & Cupitt, C. (2005). The physical healthcare experiences of women with mental health problems: status versus stigma. *Journal of Mental Health*, 14(1), 61-72. Hämtad från databasen Cinahl.

Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*, 14(27), 32-36. Hämtad från databasen Cinahl.

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2012). *Diskriminering av personer med psykisk ohälsa: En intervjuundersökning i Skåne*. Stockholm: CEPI. Från <http://www.socialvetenskap.se/forskning/diskriminering-av-personer-med-psykisk-ohalsa/>

* Clarke, D., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131. Hämtad från databasen Cinahl.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7. doi:10.1192/bjp.177.1.4

Corrigan, P.W., & Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Hämtad från databasen Pubmed.

* DeCoux, M. (2005). Acute versus primary care: The health care decision making process for individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 935-951. doi: 10.1080/01612840500248221

Department of Health (2013). *Attitudes to mental illness, 2012 report. Prepared for time to change*. London: Department of Health.

Eriksson, K. (1987). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

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

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

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur AB.

Goffman, E. (1986). *Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

- * Griswold, K., Zayas, L., Pastore, P., Smith, S., Wagner, C., & Servoss, T. (2008). Primary care after psychiatric crisis: a qualitative analysis. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 38-43. Hämtad från databasen Cinahl.
- * Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J., Sartorius, N., Rose, D & Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4) 359–366. doi: 10.1177/0020764013490263
- Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- * Holm, A. L., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2014). Living with stigma: depressed elderly persons' experiences of physical health problems. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-8. doi:10.1155/2014/527920
- Jones, S., Howard L. och Thornicroft, G. (2008) Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x
- * Kaufman, E. A., McDonell, M. G., Cristofalo, M. A., & Ries, R. K. (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:10.3109/01612840.2011.638415
- * Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7500), 1122-1126. doi:10.1136/bmj.38440.418426.8F
- Lethoba, K. G., Netswera, F. G., & Rankhumise, E. (2006). How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, 29(4), 4-11. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18091354.x
- Mavundla, T. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569-1578. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01661.x
- * McCabe, M., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 303-312. Hämtad från databasen Cinahl.
- Miller, B.J, Bayard Paschall C. & Svendsen, D.P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(10), 1482-1487. Hämtad från databasen Cinahl.

- Myndigheten för delaktighet (2014). *Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter: Redovisning av effekter och resultat från regeringsuppdraget Hjärnkoll 2009-2014*. (Serie A 2014:11). Stockholm: Myndigheten för delaktighet.
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*, 17(4), 22-26. Hämtad från databasen Cinahl.
- * Nash, M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by mental health nurses: an exploratory study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(8), 715-723. doi:10.1111/jpm.12140
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69-81. doi: 1065-3058/04/0600-0069/1
- * Ostrow, L., Manderscheid, R., & Mojtabai, R. (2014). Stigma and difficulty accessing medical care in a sample of adults with serious mental illness. *Journal of Health Care for The Poor & Underserved*, 25(4), 1956-1965. doi:10.1353/hpu.2014.0185
- Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005) The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 249-257. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Reiss, S, Levitan, G. & Szyzko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567-574. Hämtad från databasen PsycINFO.
- Ross, C.A & Goldner, E.M. (2009). Stigma, negative attitude and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Segesten, K. (2006). Sex modeller. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 85-88). Lund: Studentlitteratur AB.
- Skärsäter, I. (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2doi:10.1186/1752-4458-2-3
- Tzouvara, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(10), 931-938 8p. doi:10.1111/jpm.12146
- 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

literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 519-527.
doi:10.3109/01612840.2011.571360

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Från
www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vilhelmsson, A. (2014). Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används? *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(1), 63-73. Från <http://socialmedicinsk.tidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1089>

Welch, L. C., Litman, H. J., Borba, C. C., Vincenzi, B., & Henderson, D. C. (2015). Does a physician's attitude toward a patient with mental illness affect clinical management of diabetes? Results from a mixed-method study. *Health Services Research*, 50(4), 998-1020. doi:10.1111/1475-6773.12267

* Wheeler, A., McKenna, B., & Madell, D. (2014). Access to general health care services by a New Zealand population with serious mental illness. *Journal of Primary Health Care*, 6(1), 7-16. Hämtad från databasen Cinahl.

WHO. (2014) *Mental health: a state of well-being*. Hämtad 2016-03-18, från
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Wiklund Gustin, L., & Lindvall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl	(mental illness OR mental health OR mental disorder) AND (physical health care OR somatic care) AND (stigma OR discrimination)	110	Full text, Peer reviewed	7	3	1, 2, 3
Cinahl	(mental illness) AND (access to care) AND (primary care) AND (barriers)	40	Full text, Peer reviewed	5	5	4, 5
Cinahl	(serious mental illness OR severe mental illness) AND (primary health care) AND (patient experiences OR perceptions)	39	Full text, Peer reviewed	6	4	6
Cinahl	(mental illness or mental health or mental disorder) AND (health personnel attitudes) AND (stigma or discrimination) AND (medical)	25	Full text, Peer reviewed	2	2	7
Cinahl	(mental illness OR mental disorder OR serious mental illness) AND	19	Full text, peer reviewed	3	1	9

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
	(patient perspective OR experience OR perception) AND (Physical care OR medical care) AND (Stigma OR discrimination OR health personnel attitude) AND (access)					
Cinahl	(psychiatric patient OR mental health service user) AND (access to medical care) AND (emergency department)	25	Full text, peer reviewed	3	2	10
Pubmed	(mental illness OR serious mental illness) AND (access to medical care) AND (patient experience or perception)	141	Full text	7	2	11
Pubmed	(mental illness OR serious mental illness OR mental health) AND (overshadowing)	46	Full text	13	7	1, 8, 12

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
Birch, S., Lavender, T. & Cupitt, C. (Artikel 2)	The physical healthcare experiences of women with mental health problems: Status versus stigma.	2005, England, <i>Journal of Mental Health</i>	Att undersöka behoven av somatisk sjukvård hos kvinnor som samtidigt har problem med psykisk ohälsa.	Metod: Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer. Tolkande fenomenologisk metod (IPA). Urval: Sex personer plockades fram från två projekt för personer med psykisk ohälsa utifrån kriterierna kvinnligt kön samt svår psykisk sjukdom under en längre tid. Analys: Innehållsanalys enligt Smith Jarman och Osborn.	Två huvudteman framkom: <i>Upplevelse av sjukvård som gav status</i> samt <i>Upplevelse av sjukvård som tillskrevs stigmatisering</i> . Status kunde delas in undergrupperna <i>Känsla av att ha kontroll</i> , <i>Önskvärt utfall</i> samt <i>Emotionellt stöttande</i> . Stigmatiseringen kunde delas in tre undergrupper bestående av <i>Maktlöshet</i> , <i>Objektifiering</i> samt <i>Brist på kunskap</i> . Kroppsliga sjukdomar och somatisk vård upplevdes ge känsla av kontroll och innebära att man stöttades av omgivningen. Stigmatisering i sjukvården upplevdes inom områden som var kopplade till typiskt kvinnliga frågor som graviditet och barnafödande. Stigmatisering i denna grupp tros ha sin grund i redan existerande stigmatisering utifrån kvinnornas psykiska sjukdom.
Clarke, D., Dusome, D. & Hughes, L. (Artikel 8)	Emergency department from the mental health client's perspective	2007, Australien, <i>International Journal of</i>	Undersöka hur patienter som vårdas inom psykiatrin upplever att det är	Metod: En kvalitativ ansats, med åtta fokusgrupper bestående av psykiatriska patienter samt deras familjer	Följande teman framkom: <i>Väntan på akutmottagning</i> , <i>Attityd hos vårdpersonalen</i> , <i>Diagnostisk överskuggning</i> , <i>“Ingen annanstans</i>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
		<i>Mental Health Nursing</i>	att söka vård på en akutavdelning.	<p>Urval: Deltagare fick via sjukvården eller självhjälsgrupper en skriftlig inbjudan om att delta. Sammanlagt 27 klienter och 7 familjemedlemmar deltog.</p> <p>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.</p>	<p><i>att ta vägen”, Familjebehov och Önskelista för optimal service.</i></p> <p>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 effektiviserad triagering och bemanning av psykiatrisköterskor dygnet runt.</p>
DeCoux, M. (Artikel 6)	Acute versus primary care: The health care decision making process for individuals with severe mental illness.	2005, USA, <i>Issues in Mental Health Nursing</i>	Utröna vilka faktorer som inverkar på behandlingsvalet för personer som också har en svår psykisk sjukdom.	<p>Metod: Kvalitativ intervjustudie.</p> <p>Urval: Tio deltagare med psykisk sjukdom samt en kronisk somatisk sjukdom, handplockades från ett krisboende för psykiskt sjuka.</p>	<p>Teman som framkom var: <i>Akut behov av vård, Den opålitlige patienten, Förstärkning av behandlingsförsening och Möjliggörande faktorer.</i></p> <p>Studien påvisade att ett akut vårdbehov verkade öka patientens benägenhet att söka vård. Nio av tio</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
				Semistrukturerade intervjuer, information från journaler och observation av miljöerna där deltagarna befann sig. Analys: Tematisk innehållsanalys.	deltagare hade erfarenhet av att vårdpersonal trodde att de hittade på symtom på somatisk sjukdom. Faktorer som bidrog till behandlingsförsening, till följd av att personerna drog sig för att söka hjälp, var bland annat långa väntetider, stressad atmosfär och brist på information. <i>Möjliggörande faktorer</i> sågs vara bland annat tillgänglighet, kunskap och stöd av någon person.
Griswold, K., Zayas, L., Pastore, P., Smith, S., Wagner, C. & Servoss, T. (Artikel 10)	Primary care after psychiatric crisis: a qualitative analysis	2008, USA, <i>Annals of Family Medicine</i>	Att undersöka om stödpersoner kan förbättra tillgängligheten till primärvård för personer med svår psykisk sjukdom samt förstå patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården efter en psykiatrisk kris.	Metod: Kvalitativ. En interventionsgrupp erhöll en stödperson, kontrollgruppen fick inte det. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med respektive grupp. Intervju vid baseline samt efter ett år. Urval: 112 patienter som sökt vård på psykakut deltog i den kvalitativa delen. Efter ett år fanns 56 deltagare kvar. Hälften deltog i interventionsgruppen,	Resultatets teman rörde <i>Vårderfarenhet, Vårdkontakt, Integrerad vård</i> och <i>Funktionella resultat</i> . Vid baseline uttryckte patienterna negativa uppfattningar gällande både den psykiatriska vården och den somatiska. Vissa uppgav sig inte söka vård då de mådde för dåligt psykiskt. Självanklagelser förekom. Upplevelser att läkaren inte lyssnade var vanligt, och det fanns en önskan om att vårdpersonal skulle förklara tydligare. I frågor rörande respekt för patienterna, eller frånvaro av respekt, uttryckte en del att de blivit respektfullt och fint omhändertagna, medan andra vittnade om respektlöst

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
				hälften i kontrollgruppen. Analys: Innehållet transkriberades och analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys.	bemötande, läkare som varit nedlåtande för att personen inte skött om sin hälsa tillräckligt väl och klandrat patienten själv för situationen. Patienter som tilldelades en stödperson hade efter sex månader en bättre kontakt med primärvården jämfört med kontrollgruppen. Efter ett år var dock skillnaden inte signifikant.
Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, JJ, Sartorius, N., Rose, D. & Thornicroft, G. (Artikel 7)	Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services	2014, England, <i>International Journal of Social Psychiatry</i>	Att undersöka om patienter med schizofreni upplever att de blir utsatta för diskriminering när de söker medicinsk vård.	Metod: En kvantitativ tvärsnittsstudie. Urval: 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 hälso-sjukvård, social status, bemötande i vården och privat situation så som graviditet och	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.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
				barnafödande plockades ut. Analys: Data kategoriserades och diskriminering mättes och jämfördes med hjälp av DISC, Discrimination and Stigma-Scale.	
Holm, A. L. Lyberg, A., Severinsson, E. (Artikel 12)	Living with stigma: depressed elderly persons' experiences of physical health problems	2014, Norge, <i>Nursing Research and Practice</i>	Att fördjupa förståelsen för hur äldre personer med depression upplever sina fysiska hälsoproblem.	Metod: Kvalitativ. Djupintervjuer med 15 deprimerade äldre personer (2 män och 13 kvinnor). Urval: Personerna rekryterades till studien på psykiatriskt hälsocenter. Personerna kontaktades av en chefssjuksköterska och tillfrågades via telefon om de ville delta. Intervjuerna genomfördes i hemmet eller på kontor. Analys: Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Hermeneutisk analysmetod.	Leva med stigma blev ett huvudtema, med underkategorier bestående av <i>Längtan att bli tagen på allvar, Osäkerhet kring om smärtan är av fysisk eller psykisk karaktär, samt En känsla av att leva i en krigszon.</i> Deltagarna uppgav att de helst inte ville nämna för vårdpersonal att de var deprimerade. Detta för att de upplevde att vårdpersonalen då ignorerade deras fysiska hälsoproblem. De uppgav även att läkare inte redogjorde för varför deras fysiska hälsoproblem inte undersöktes. Känsla av hjälplöshet och förlust av oberoende framkom. Stigmatisering berövade patienterna dess integritet, identitet och värdighet, vilket i sin tur förstärkte

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					social isolering och hopplöshetskänslor.
<p>Kaufman, E. A., McDonell, M. G., Cristofalo, M. A. & Ries, R. K.</p> <p>(Artikel 5)</p>	<p>Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: frontline patient and provider accounts.</p>	<p>2012, USA, <i>Issues in Mental Health Nursing</i></p>	<p>Att erhålla djupa beskrivningar av vilka hinder som finns när det gäller att söka och erhålla primärvård för patienter som har svåra psykiska sjukdomar.</p>	<p>Metod: Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med fokus på frågor rörande barriärer till sjukvård.</p> <p>Urval: Deltagargruppen bestod av personer rekryterade från en psykiatrisk mottagning på ett landsortssjukhus. Tio patienter, tio mentalvårdare och tio medicinska vårdare deltog.</p> <p>Analys: De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Sex teman utkristalliserades: <i>Begränsad tillgång till vård/vårdbarriärer, Patientbarriärer, Bias, Kommunikation, Vårdkvalitet och Välgörande vårdinsatser</i></p> <p>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, sjukdomsinsikt, 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</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					<p>problemfaktorer i form av överbeläggning och brist på resurser. Vålgörande vårdinsatser, så som tillgång till drop in-tider, specialistsjukvård på kliniken, påminnelse-system och så kallade <i>case managers</i> uppgavs vara främjande för vårdkvaliteten.</p>
<p>Lester, H., Tritter, J. Q. & Sorohan, H. (Artikel 11)</p>	<p>Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study.</p>	<p>2005, England, <i>BMJ: British Medical Journal</i></p>	<p>Att undersöka upplevelsen av att ge och få primärvård ur patienters och vårdgivares perspektiv. Patienterna hade svår psykisk sjukdom.</p>	<p>Metod: Kvalitativ. Fokusgrupper: sex patientgrupper, sex vårdpersonalgrupper samt sex kombinerade fokusgrupper. 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.</p>	<p>Tre huvudteman framkom: <i>Tillräckligt bra primärvård, Föregripa och få till stånd tillgänglighet</i> samt <i>Hantering av kronisk sjukdom i förhållande till återhämtning</i>. Patienterna såg primärvården som en hörnsten i behandlingen. Kontinuitet var viktigt, de flesta föredrog att konsultera sin egen husläkare, som upplevdes lyssnande, än att vända sig till en annan läkare med psykiatrikompetens. Vårdpersonals attityd och vilja att lära sig var viktigast. Det fanns önskemål om snabb tillgång till primärvård. Upplevda hinder rörde bland annat den psykiska sjukdomen i sig själv, dåligt självförtroende och den väntade vårdmiljön; högljudda och överfulla väntrum försvårade vård sökandet vid ångest och psykos.</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					<p>Stor skillnad mellan patienters och vårdpersonals syn på psykisk sjukdom framkom. Personal beskrev tillståndet som kroniskt medan patienterna hade en mer positiv syn, såg sjukdomen som möjlig att bemästra och ville hellre fokusera på faktorer som kunde bidra till återhämtning och tillfrisknande.</p>
<p>McCabe, M. & Leas, L. (Artikel 4)</p>	<p>A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness.</p>	<p>2008, Australien, <i>Psychology, Health & Medicine</i></p>	<p>Undersöka tillgången till, och hinder för sjukvård samt tillfredsställelsen med den sjukvård som ges till personer som har en svår psykisk sjukdom.</p>	<p>Metod: Kvalitativ innehållande semistrukturerade intervjuer. Urval: 20 personer med svår psykisk sjukdom som deltog i verksamhet vid ett center för psykiatrisk rehabilitering. 16 vårdare (tillhörande olika professioner) som framförallt var verksamma inom psykiatri. Analys: En innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet bestod av data från både vårdpersonals och patienters upplevelser. Teman bland patienterna var <i>Medvetenhet och tillgång till hälso- och sjukvård, Barriärer till hälso- och sjukvård och Tillfredsställelse med hälso- och sjukvård.</i> Många patienter uttryckte att deras fysiska hälsoproblem inte togs på allvar. Även missnöje över att läkares bemötande var för affärsmässigt och opersonligt framkom. Det fanns en längtan efter att vårdpersonal skulle vara mer lyssnande och empatisk. Deltagarna tyckte det fanns för lite utrymme att ställa frågor och få förklaringar kring sjukdomen. Social isolering och</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					dålig tillgång till transporter sågs också som hinder.
<p>Nash, M. (Artikel 1)</p>	<p>Mental health service users' experiences of diabetes care by mental health nurses: an exploratory study.</p>	<p>2014, Irland, <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i></p>	<p>Att undersöka hur personer som vårdas inom psykiatri upplever diabetesvård.</p>	<p>Metod: En deskriptiv kvalitativ ansats. Semistrukturerade telefonintervjuer rörande 15 öppna och 15 slutna frågor. Urval: Deltagargruppen bestod av sju personer, fyra kvinnor och tre män, som samtliga led av svår psykisk sjukdom samt diabetes. Deltagarna bodde i kommunen, var tillräckligt stabila för att medverka i undersökningen och var över 18 år. Analys: Samtalen spelades in och transkriberades ordagrant, och bearbetades sedan genom kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultat: Sex teman framkom: <i>Stigma, Diagnostisk överskuggning, Gap mellan psykisk och fysisk hälsa, Sjukdomskomplikationer</i>, ett tema rörande: <i>Vad skulle du gjort annorlunda om du var psykiatrisköterska?</i>, samt ett tema rörande <i>Upplevelse av att få en diabetesdiagnos</i>.</p> <p>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</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					<p>praktisk undervisning och tydliga instruktioner.</p> <p>Frågan om hur deltagarna upplevt att få diabetesdiagnosen genererade i blandade svar; delvis en lättnad över att få en diagnos, skam över att ha ådragit sig åkomman, åsikt om att det inte var oväntat och liknande.</p>
<p>Ostrow, L., Manderscheid, R. & Mojtabai, R. (Artikel 9)</p>	<p>Stigma and difficulty accessing medical care in a sample of adults with serious mental illness.</p>	<p>2014, USA, <i>Journal of Health Care for The Poor & Underserved</i></p>	<p>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</p>	<p>Metod: Kvantitativ studie. Urval: Urvalet bestod av 1670 vuxna personer med diagnostiserad psykisk sjukdom som medverkat i en tidigare studie, där personer med och utan psykisk sjukdom jämfördes. Analys: 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. Regressionsanalyser användes sedan för att</p>	<p>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.</p> <p>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 högscoleutbildning. 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.</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
				se samband mellan faktorer och svårigheter.	Brister i sjukvårdsförsäkring och psykiska sjukdomssymtom förknippades med ökade svårigheter att få tillgång till vård.
Wheeler, A., McKenna, B., & Madell, D. (Artikel 3)	Access to general health care services by a New Zealand population with serious mental illness.	2014, Nya Zealand, <i>Journal of Primary Health Care</i>	Att undersöka mönster i vårdtillgång hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom i jämförelse med patienter utan. Detta för att öka kunskap hos vårdpersonal om hur de kan handla för att bidra positivt till patienters tillfrisknande.	Metod: En kvantitativ enkätstudie. 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 vårdtillgångsmönster, vilka sedan jämfördes sedan med data från en nationell studie om hälsotillstånd hos icke-psykiatriska patienter. Analys: Enkätdata analyserades med användning av deskriptiv statistik.	<i>Hälsotillstånd, Primärvårdsgivare, Besök hos vårdutövare, Möjlighet att få tillgång till GP/husläkare, Vårdkvalitet</i> 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

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
					svårigheter att kommunicera kring den fysiska hälsan.