

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2021:51

Patientens upplevelse av stigmatisering vid psykisk sjukdom i vårdande sammanhang

Sara Gustafsson
Mona Yousuf-Sahlsten



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Patientens upplevelse av stigmatisering vid psykisk sjukdom i vårdande sammanhang
Författare:	Sara Gustafsson, Mona Yousuf-Sahlsten
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK 18h
Handledare:	Aleksandra Jarling
Examinator:	Annika Billhult Karlsson

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett utbrett folkhälsoproblem i samhället. Människor som söker vård för sin psykiska ohälsa drabbas ofta av vårdarens fördomar och upplever sig stigmatiserade. De känner sig missförstådda och nonchalerade av vården, vilket bidrar till en känsla av hopplöshet och undvikande att uppsöka vård. Denna uppsats beskriver patientens upplevelse av stigmatisering i vårdande sammanhang. Detta presenteras i en sammanställning av 11 artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats i en litteraturstudie. Resultatet visar att stigmatisering leder till en känsla av maktlöshet och utanförskap, medan patientens egentliga behov är att få vara delaktig i sin vård och bli tagen på allvar. Diskussionen uppmärksammar brister i bemötandet hos vårdgivaren i form av avsaknad av livsvärldsperspektiv och kommunikation. Genom att uppmärksamma patientens upplevelser kring stigmatisering belyses betydelsen i bemötandet av patienten. För att kunna ge ett bra bemötande behövs kunskap och förståelse hos sjuksköterskan, därför bör arbetet utföras med respekt och omtanke för den enskilda individen.

Nyckelord: *stigma, psykisk ohälsa, patientperspektiv, patientupplevelse, vårdande, patientuppfattning, omvårdnad*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	4
<i>BAKGRUND</i>	4
Psykisk hälsa och ohälsa	4
Stigmatisering i relation till psykisk ohälsa	5
Att vårda människor med psykisk ohälsa	5
Stigmatisering och lidande	6
Sjuksköterskans vårdande ansvar i relation till patienter med psykisk ohälsa	7
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	7
<i>SYFTE</i>	8
<i>METOD</i>	8
Design	8
Datainsamling	8
Urval	9
Dataanalys	9
Etiska överväganden	9
<i>RESULTAT</i>	9
Brist i vårdrelation	10
Patientens upplevelse i bemötandet	10
Att inte bli tagen på allvar	10
Maktmissbruk	11
En känsla av maktlöshet	11
Patientens upplevelse av skam	11
<i>DISKUSSION</i>	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Vårdlidande	13
Livsvärld	14
Vårdande samtal	15
Hållbarutveckling	16
<i>SLUTSATSER</i>	16
REFERENSER	17
Bilaga 1. Sökhistorik	23
Bilaga 2. Översikt av artiklar	24

INLEDNING

Psykisk ohälsa är ett växande problem som ökar i vårt samhälle. Människor med psykisk ohälsa i behov av vård, vårdas både inom primärvård, sjukhus och inom den specialistpsykiatriska vården. I mötet med sjukvården kan kunskapsbrist, personliga fördomar och förförståelse leda till svårigheter för vårdpersonal i mötet med patienten. Under åren som sjuksköterskestudenter har vår uppmärksamhet riktas mot jämlik vård. Parallellt har även en samhällsdebatt pågått om psykisk ohälsa och bemötandet av dessa patienter. Därav har vårt intresse om stigmatisering kring psykisk ohälsa väckts. Debatten har belyst individens upplevelse av misstro både för sin somatiska och psykiska ohälsa genom att inte bli sedd som en helhet. Ett sådant bemötande kan leda till känslor som frustration, rädsla, ångest och ensamhet samt att känna sig missförstådd. Konsekvenserna kan bidra till att individen drar sig för att söka vård vilket kan leda till ett sämre psykiskt mående.

BAKGRUND

Psykisk hälsa och ohälsa

Begreppet psykisk hälsa är ett samlingsnamn som sammanfattar psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiskt välbefinnande handlar om att vara tillfreds med livet, och att kunna uppleva en balans mellan det goda och negativa. Genom att känna en njutning, glädje och välbehag inför framtiden. Där ingår goda sociala förhållanden och en vilja och förverkliga och uppnå sin förmåga (Folkhälsomyndigheten 2021).

Psykisk ohälsa är ett samlingsnamn för olika lägen av svårighetsgrad och dess längd. Detta inkluderar psykiatriska tillstånd, psykiatriska besvär. Psykiska besvär kan komma i uttryck i exempelvis vemod, ångslan eller sömnbesvär. Likaså kan kroppsliga obehag uppträda som till exempel huvudvärk, magproblem samt yrsel. Psykiska besvär kan exempelvis vara svar på påfrestningar i livet. Besvären är ofta temporära och lindras när situationen har förändrats eller vid anpassning. Psykiska besvär som inte är övergående och svåra att hantera, kan ge bekymmer i att klara av vardagen. Men psykiska besvär uppfyller inte kriterier för en psykiatrisk diagnos (Folkhälsomyndigheten 2021).

Vid psykiatriska tillstånd ställs en diagnos som baseras på olika symptom som funnits under en längre tid utan avbrott. Samt förekomst av nedsatt förmåga att fungera i sin vardag. Psykiatriskt tillstånd delas in i psykiska sjukdomar, syndrom och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Psykiska sjukdomar kan benämnas som ångest, depression, ångestsyndrom, utmattningssyndrom samt överkonsumtion av alkohol eller droger. De kan framträda närsomhelst under livet. Hit räknas även exempelvis bipolär sjukdom och psykossjukdomar (Folkhälsomyndigheten 2021).

Ångest och depression är reaktioner som på olika sätt ger sig tillkänna när livssituationen upplevs ohållbar och individen inte har kontroll över tillvaron. En känsla av maktlöshet och sorg över något eller någon som gått förlorad kan leda till ett tillbakadragande från omständigheter som väcker känslor. Detta beteende är på kort sikt verkningsfullt för att slippa möta smärtande tankar och känslor. På lång sikt leder det till starkare upplevelse att inte kunna klara av sin tillvaro. Detta väcker mer negativa känslor som skuld och skam hos individen (Wiklund 2018, ss. 257–258).

Stigmatisering i relation till psykisk ohälsa

Enligt Folkhälsomyndigheten (2020a) har psykisk ohälsa ökat och är nu en folksjukdom. I Nationalencyklopedin (u.å.) beskrivs stigmatisering som en term för social stämpling. Weiss, Brutto och Moncrief (2016) beskriver fem övervägande beståndsdelar i förloppet mot stigmatisering; märkning, stereotypisering, separation av “oss” från “dem”, förlust av social status med resultat av diskriminering och en obalans i mötet mellan individer. Stigma återfinns i olika nyanser och förekommer globalt i alla kulturer beroende av normer och traditioner. Dieujuste (2016) menar att begreppet tyder på skam eller misstro vilket resulterar i en förminskning av individen och de betraktas som andra klassens medborgare. Folkhälsomyndigheten (2020b) uppmärksammar att stigma kopplat till psykisk ohälsa leder till en sämre självkänsla och tillförlit till sin egen förmåga att klara något. Individen belyser ett sämre bemötande från vården samt en misstro och försämrad behandling när de söker vård för somatiska hälsoproblem. Detta leder till att individer väljer bort kontakten med vården för att inte bli stämplade på grund av sin psykiska ohälsa. Ett bemötande av misstro resulterar i ett lidande orsakat av utebliven vård, som har ödesdigra konsekvenser för den psykiska och fysiska hälsan. Enligt Socialstyrelsen (2019) beror stigma i samband med psykisk ohälsa ofta på okunskap och förutfattade meningar. Sociala normer och en obalans i samhällets maktförhållanden kan leda till att individer med psykisk ohälsa blir orättvist drabbade och ses som mindre värda.

Att vårda människor med psykisk ohälsa

I vårdandet är patientperspektivet centralt vilket innebär att patienten ska vara i fokus. Patienten är den främsta experten på sig själv och sitt hälsotillstånd och välmående. Det innebär dock inte att patienten har den professionella kunskapen som vårdaren har, men har istället egna erfarenheter och kunskaper som behöver visas respekt och omtanke för. Genom att vårda med livsvärlden som grund ger det en riktning för vårdandet och en grundläggande etisk värdegrund i patientperspektivet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 103–104).

Livsvärld kan beskrivas som människans värld av kunskap och upplevelser vi enskilt bär med oss och vad som formar vår inställning till världen. Det förklarar vår förståelse och upplevelse av oss själva och andra individer likväl hur vi bemöter dem (Ekebergh 2015, s.68). Väsentligt för vårdaren är individens värld och en förståelse för hur hälsa, sjukdom och lidande upplevs i sammanhanget (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 126–127). En

helhetssyn har sin grund i ömsesidig respekt för den unika människan. Individens möts i relation till vårdaren, där en tillvaro och kontakt byggs upp. Helhetssyn på individen innebär att ha en helhetssyn på dennes liv (Eriksson 2014, s.28). En helhetssyn grundar sig i att ha förståelse för att människans liv inte är uppdelad i områden som separerar kropp och själ, när människan blir patient ska vårdaren uppmärksamma detta och vårda hela människan (Dahlberg, Todres & Galvin 2008; Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt 2015).

Enligt Skärsäter & Wiklund (2019, s. 24) är psykisk ohälsa ett utbrett hälsoproblem. Sjuksköterskan kommer att möta patienter med psykisk ohälsa oavsett arbetsplats i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan kommer att få ta del av patienternas livsvärld med funderingar på hur psykisk ohälsa påverkar deras liv, samt deras oro, ångslan och vilshenhet. Vid omvårdnad av patienter med psykisk ohälsa behövs insatser att förstärka individens känsla av kontroll i sin tillvaro. Sjuksköterskan bör beakta patienternas resurser och göra dem delaktiga i sin vård. Ur ett etiskt och moraliskt perspektiv ska sjuksköterskan aktivt hindra fördomar, diskriminering och utstötthet. Under det vårdande samtalet och mötet med patienten ligger en stor betydelse i tystnad – tystnad är inte avsaknad av dialog. Tystnad har en viktig roll i kommunikationen mellan patient och vårdgivare där mycket kan förmedlas utan ord.

Det vårdande samtalet handlar om fokus på patientens hälsa, ohälsa och sjukdom och hur tillvaron upplevs av individen. Samtalet synliggör människans livsvärld och skildrar en helhet av dennes existens som lyfter fram det värdefulla i sammanhanget. I samtalet får vårdaren ta del av hur det är för individen som drabbats av psykisk ohälsa, i relation till känslor och upplevelser (Ekebergh 2016, ss. 139–140). För att samtalet ska bli vårdande har vårdaren ett ansvar för ett ömsesidigt möte där båda parter deltar och påverkar samtalets process. Ibland kan svårigheter i vårdande samtal förekomma eftersom det kan finnas vissa hinder med vårdare som tror sig veta bättre än patienten. Risken finns då att vårdaren för en envägskommunikation och talar till patienten istället för med patienten och dämpar dennes livsvärldsröst. Vårdaren bör istället bjuda in patienten med ett tryggt och välkomnande förhållningssätt (Dahlberg & Segesten, 2010, ss. 200–207). Dahlberg och Segesten (2010, s. 193) beskriver patientens upplevelse av att bli dränerade på viljekraft och välmående vid ett möte med en vårdare som saknar genuint intresse för patienten. Vårdaren bör vara medveten om vilken signal som sänds ut genom bemötandet och kroppsspråket. Vårdaren ska bjuda in med ett välvilligt och öppet sinne och inte stänga ute patienten med ett slutet och distanserat kroppsspråk. Att ett möte blir vårdande är vårdarens ansvar som med sin kunskap och kompetens utvecklar samspelet till ett vårdande möte.

Stigmatisering och lidande

Stigmatisering kring psykisk ohälsa och utebliven vård kan leda till negativa konsekvenser för patientens psykiska och fysiska hälsa, vilket bidrar till ett minskat välbefinnande och ett ökat lidande (Folkhälsomyndigheterna 2020b). En av pionjärerna inom vårdvetenskapliga teorier är Katie Eriksson (1994, s. 81) som belyser de olika

formerna av vårdlidande. Vårdlidande är inte ett symptom på att individen har sjukdom utan reaktion på utebliven vård. Kränkning av människan och dennes värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande. Genom att kränka människors värdighet berövar vi deras chans till att fullt vara människa och använda sina innersta hälsoresurser. Kränkning kan visas genom att osynliggöra dem eller att inte respektera deras integritet. Det kan även visa sig genom en bristande etisk hållning eller att inte bli sedd eller bekräftad av vårdgivaren. Vårdlidande innebär ett ökat lidande istället för reducering av besväret för patienten. Konsekvenser som kan uppstå är känslor som frustration, osäkerhet, rädsla, maktlöshet och aggressivitet. Livslidandet handlar om lidande som uppstår i vården relaterat till individens livssituation och den förändring i livet som sker. Att bli sjuk sätter livet på paus vilket kan förvärra en redan svår livssituation. Detta kan ge uttryck i en rädsla för människan om hur framtiden kommer att se ut (Arman 2015, ss 42–43). Dahlberg (2002) beskriver det subtila vårdlidandet, som är det knappt märkbara, som visar sig genom att osynliggöra patienten, det vill säga att inte lyssna på eller låta patienten tala om sitt lidande.

Sjuksköterskans vårdande ansvar i relation till patienter med psykisk ohälsa

Sjuksköterskans ansvarsområde innebär att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom samt återställa ohälsa. Detta ska framföras med respekt för individen oavsett etnicitet, hudfärg, funktionshinder, ålder, sexualitet eller kultur. Sjuksköterskan ska respektera mänskliga rättigheter samt kulturella rättigheter genom ett respektfullt och värdigt bemötande. Vården avser allt från den enskilda personen till allmänheten bland annat genom ett tvärprofessionellt samarbete (Svensk sjuksköterskeförening 2017a). Sjuksköterskan ska leda och ansvara för omvårdnadsarbetet. Arbetet ska utföras självständigt, i teamsamverkan, och i samarbete med patienten och anhöriga. De ska ansvara för bedömning, planering, genomförande och uppföljning av omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening 2017b).

Omvårdnadsåtgärderna, ska lägga en grund för en tillitsfull relation med patienten och anhöriga. Omvårdnaden ska genomföras med en humanistisk syn på den enskilda människan. Den unika individen ska ses som fri med en förmåga att göra egna val och ta ansvar (Svensk sjuksköterskeförening 2016).

PROBLEMFÖRMULERING

Den psykiska ohälsan har blivit ett samhällsproblem då den ökar och räknas nu som en folksjukdom. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i alla åldrar och finns i hela vårt samhälle. Individer med psykisk ohälsa som söker vård kan uppleva sig stigmatiserade och ovärdigt bemötta av vårdpersonal. Stigmatiseringen kring psykisk ohälsa kan utgöra ett hinder för individen att söka vård på grund av känslor som skuld och skam. Patienter kan möta vårdare som har kunskapsbrist gällande psykisk ohälsa samt förutfattade

meningar vilket leder till felaktig eller utebliven vård. En utebliven vård och kränkning av individens mänskliga rättigheter skapar ett vårdlidande och ytterligare försämrade hälsa. Människor med psykisk ohälsa väljer bort kontakten med vården på grund av att de upplever sig stämplade för sitt mående. Det är av stor vikt att uppmärksamma patientens upplevelse av stigmatisering i vårdande sammanhang, då vi genom denna kunskap kan förbättra omvårdnaden och undvika ett lidande.

SYFTE

Syftet var att beskriva patientens upplevelse av stigmatisering i samband med psykisk ohälsa i vårdande sammanhang.

METOD

Design

Uppsatsen är en systematisk litteraturstudie vilket innebär att skapa överblick över kunskapsläget inom ett specifikt omvårdnadsområde (Friberg 2018, s.141). Syftet med uppsatsen är att beskriva patientens upplevelse av stigmatisering inom hälso- och sjukvården. Eftersom studiens syfte var patientupplevelsen valdes främst kvalitativa artiklar. Enligt Friberg (2018, s. 129) har kvalitativa studier en ökad förståelse som mål. Med kvalitativa studier kan patientens upplevelse och erfarenheter lättare begripas.

Datainsamling

Vid sökning av vårdvetenskapliga artiklar användes databaserna Psycinfo, CINAHL och Primo som inriktar sig på omvårdnadsforskning. Sökord som användes var *perceived stigma, perceived stigma toward mental illness, patient perspective, patient experience or patient view or patient perceptions, stigma, mental illness, mental health, nursing, internalized stigma, stigma, experiences, psychiatric illness, nurse, nursing, caring, care, mental health stigma, mental illness, mental disorder, health* och *mental health problems*. Sökorden kombinerades med boolesk sökteknik AND och OR enligt Östlundh (2018, s. 72) används denna teknik för att markera hur valda sökord ska kombineras. Sökningarna utfördes i fritext och i mesh-termer för en översättning av orden från svenska till engelska. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara peer reviewed, vuxna, psykisk ohälsa, stigmatisering i vårdande sammanhang ur patientens perspektiv och vara skrivna på engelska. Exklusion, artiklar ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Årtal begränsades till 2011–2021 eftersom vi var intresserade av den senaste forskningen. Valda artiklar lästes, granskades och bearbetades efter Fribergs granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa artiklar (Friberg 2017, s. 187).

Urval

Efter val av sökord gjordes 8 sökningar vilka gav 588 träffar. Inledningsvis lästes titlarna igenom där 523 artiklar exkluderades som inte ansågs svara an på studiens syfte. Därefter lästes abstrakten i resterande artiklar igenom. Fyrtiotre artiklar valdes då bort. Slutligen valdes 22 artiklar ut som läses igenom i sin helhet av oss båda. Av dessa kvarstod slutligen 11 artiklar som ansågs svara an på studiens syfte och som ligger till grund för resultatet (se **Bilaga 1**).

Dataanalys

Under arbetets gång analyserades textens helhet, textens delar och en ny helhet blev vårt resultat (Friberg 2018, ss. 178–179). Artiklarna lästes flera gånger för att kunna få en förståelse över vad de handlade om. Valda artiklar dokumenterades i en mall (se **Bilaga 2**). I mallen sammanställdes artiklarna i syfte, metod, urval, och resultat. Artiklarnas likheter och skillnader noterades för att få en överblick av innehållet i studierna. Färgkodning användes för att skilja på artiklarnas resultat. Därefter kategoriserades artiklarna i olika områden beroende på innehållet, därmed blev det tydligt att se artiklarnas likheter och skillnader. Därefter bestämdes kategorier och subkategorier. Efter denna process fick vi en större förståelse gällande innehållet i artiklarna.

Etiska överväganden

Etikprövningslagen (SFS 2003:460) gäller forskning som handlar om människor. Det innebär att forskningen måste genomgå forskningsetiska bedömningar enligt lag. Forskningen får endast beviljas om den kan genomföras med respekt för individen såväl som mänskliga rättigheter och respekt för individens autonomi vilket uppmärksammas vid etikprövningen (Sörensen & Olsen 2011, s. 86). De artiklar som har ingått i vårt resultat har genomgått etiskt godkännande och varit vetenskapligt granskade för att nå upp till en hög tillförlitlighet.

RESULTAT

Resultatet presenteras med hjälp av två huvudkategorier och fyra subkategorier.

Kategori	Subkategori
Brist i vårdrelationen	Patientens upplevelse i bemötandet
	Att inte bli tagen på allvar
Maktmissbruk	En känsla av maktlöshet
	Känsla av skam

Brist i vårdrelation

Patienterna upplevde en brist i bemötandet hos vårdpersonalen genom en kränkande attityd och avsaknad av empati. Nedsättande ord och att inte bli tagen på allvar gällande oro om sin hälsa skapade en brist i vårdrelationen.

Patientens upplevelse i bemötandet

Patienterna upplevde att personalen var nonchalant och avvisande i bemötandet vid vårdtillfället. De upplevde att vårdaren inte lyssnade på dem eller att de inte blev tagna på allvar när det kom till deras behov och utmaningar de stod inför angående sitt psykiska mående. Ett sådant bemötande upplevdes som en brist på respekt och utsatte patienten för ytterligare påfrestningar på grund av sin psykiska ohälsa (Hamilton et al. 2016). Patienten som upplevt stigmatisering och kränkning från vårdpersonalen, kunde uppleva sig i konflikt med vårdaren och en känsla av "vi mot dem". Deras enda önskan var att undkomma konflikter och att alla var på samma sida och hade samma mål (Yuksel, Bingol & Oflaz 2014). Det förekom brister i tilliten för vårdaren då patienten fann det svårt att lita på dem. Patienten kände att vårdaren fann dem besvärliga och att de blev bemötta på ett otrevligt sätt. Sådant bemötande väckte en rädsla och oro inför den kommande vården eller snarare bristen av vård (Oleniuk, Duncan & Tempier 2011). Brist på förtroende kan upplevas på flera sätt. Molin, Graneheim och Lindgren (2016) belyste patientens upplevelse av att vara osynlig inför vårdpersonalen. De kunde uppleva att deras frågor inte blev besvarade och behov inte blev tillgodosedda. Erfarenhet av bristande engagemang och sällan veta var vårdaren befann sig var något som förekom. De erfor ofta att vårdpersonalen var upptagen med privata ärenden på arbetstid och därmed svåra att få kontakt med. Patienterna upplevde en rädsla för att störa vårdpersonalen. Trots fysisk närhet upplevdes de inte tillgängliga vilket var en bidragande effekt till ett bristande förtroende för vårdaren (Molin, Graneheim, & Lindgren 2016). De upplevde att stigmatiseringen från vårdaren påverkade vårdrelationen. Det kunde handla om upplevelsen att vårdpersonalen saknade kunskap och empati vilket resulterade i ett avståndstagande och bristande tilltro (Hugget et al.2018).

Att inte bli tagen på allvar

Patienternas intryck var att inte bli tagna på allvar vid uppsökande av vård för somatisk ohälsa samtidigt som de led av psykisk ohälsa. De upplevde sig förminskade när vårdaren istället hävdade att det berodde på deras psykiska diagnos. Känslor som sårbarhet samt att inte få förståelse för sina problem, väcktes hos patienten. De upplevde sig bli bemötta med uttryck om att de var galna och inte kunde skilja på fysiska symptom på grund av sitt mentala tillstånd. Deras önskan var att bli tagna på allvar gällande sitt fysiska mående trots sin psykiska diagnos (Happel, Ewart, Bocking, Platania-Phung & Stanton 2016; Hamilton et al. 2016; Yuksel Bingol & Oflaz 2014). Patienterna kände sig sårbara under sjukhusvistelsen och upplevelsen att vara fångad i en svår situation. De kunde känna en lättnad men även skam när beslut fattades åt dem. De upplevde sig i ett utsatt och sårbart läge gällande sin fysiska hälsa och lade märke till fördomar hos vårdaren. Önskan var att

bli av med den “röda flaggan” det vill säga stigmatisering kring psykisk ohälsa som orsakade den diskriminerande behandlingen (Eldal et al. 2019). Vanligaste hindret för att inte uppsöka vård var relaterat till stigmatiseringen i samband med psykisk ohälsa och att livssituationen inte togs på allvar. Patienterna kände en oro att bli bedömda och märkta av vården (Coates, Saleeba & Howe 2018; Hugget et al. 2018). De hade en rädsla för allvarliga konsekvenser och ett ökat lidande som kunde uppkomma när deras fysiska behandling försumrades eller försenades. För patienten orsakade det en oro för försämrad ohälsa och en rädsla för en tidig död (Happel et al. 2016).

Maktmissbruk

Patienterna upplevde sig maktlösa och kände att vårdgivaren inte tog dem på allvar. Vårdpersonal kunde visa aggression under vårdtiden riktat mot patienter, vilket upplevdes som ett maktmissbruk. Stigmatiseringen och upplevelsen av skam kring psykisk ohälsa var avgörande faktorer till att undvika att uppsöka vård.

En känsla av maktlöshet

Patienterna upplevde maktlöshet och en underlägsenhet när diagnoser och händelser under vårdtillfället användes emot dem samt brist på kunskap och förståelse. Vad Eldal et al. (2019) menade, är att vara patient är en börda, om de inte tillfrisknade snabbt ansågs detta negativt. De kände att de inte fick vara sorgsna utan att fick höra att de skulle ta sig samman och tänka på annat. De upplevde en känsla av vanmakt när tvångsåtgärder användes utan någon motivering. Patienterna tyckte sig bli utsatta för ilska och våld istället för att kunna ha en dialog. Upplevelsen blev en avhumanisering på grund av att vårdgivaren trodde sig veta bäst. För patienten resulterade detta i förödmjukelse och kränkning av ens värdighet (Molin, Graneheim & Lindgren 2016; Eldal et al. 2019). En del av vårdpersonalen var svåra att förhandla med enligt Eldal et al. (2019) upplevde patienten svårigheter att få fram sin önskan till vårdaren. Författarna menade att patienten hade ett behov av vila och en önskan om mänsklig kontakt, men blev istället ignorerad och lämnad. Detta sätt att bli avvisade gav en känsla av maktlöshet. De upplevde att vårdaren bestämt att de inte fick tala med ineliggande medpatienter, för att kunna lätta på sitt hjärta (Eldal et al. 2019). Vidare beskrev patienterna att de inte fick vara delaktiga i sin vård och att beslut fattades åt dem. De upplevde sig ta avstånd från vårdaren i brist på tillit på grund av denna behandling. En sådan negativ kontakt med psykiatrin orsakade ett hinder för patienten att uppsöka vård (Hamilton et al. 2016).

Patientens upplevelse av skam

Patienternas erfarenhet belyste att det förekom diskriminering och fördomar i vården gällande psykisk sjukdom. Även om sjukdomen påverkade deras hälsa och välbefinnande undvek de vården på grund av skammen (Marchand, Palis & Oviedo-Joekes 2015; Patten et al. 2016; Eldal et al. 2019). Patienter som led av fler psykiska diagnoser upplevde mer

skam, sämre tillit och missnöjdhet till sin vårdare. Detta berodde på upplevelsen av stigmatisering, samt att de hade accepterat diskrimineringen och såg fördomarna som en sanning (Verhaeghe & Bracke 2011). Patienter kunde känna att medpatienter hade stigmatiserade värderingar som kunde beskrivas i en oro att kännas igen utanför den psykiatriska enheten, eller ängslan att bli ihågkommen som människan från psykiatrin. Detta orsakade ett undvikande att vilja delta i sociala aktiviteter på avdelningen. Patienterna beskrev aktiviteterna som något påtvingat och de var tvungna att delta i en gemenskap som inte var önskad från deras sida. De upplevde att socialiseringen med de andra patienterna eller personalen var mindre viktig då de ville hålla sig anonyma. Gruppaktiviteter var något som förstärkte skammen och stigmatiseringen. Att vara på avdelningen för länge upplevdes göra ett hinder i återhämtning. Detta berodde på upplevelsen av ängslan i hur livet skulle bli efter vårdtiden. Frågor som väcktes var om familj och vänner skulle stå vid deras sida trots deras psykiska hälsotillstånd (Eldal et al. 2019).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudien är gjord enligt Fribergs analysmetod (2018, ss. 47–48). Litteraturen består av forskning gällande stigmatisering kring psykisk ohälsa i relation till hälso- och sjukvården. Databasinsamlingen resulterade i 11 artiklar. Vi sökte i första hand kvalitativa artiklar då vårt syfte var att ta del av patientupplevelser. Enligt Olsson och Sörensen (2011 s. 23) ger den kvalitativa forskningsmetoden en närhet till människors livssituationer, genom samtal och ett förstahandsmöte mellan deltagare och forskare. Därav upplevde vi att kvalitativa artiklar underlättade vårt arbete. Sökningen gav 2 kvantitativa artiklar som togs med då de ansågs svara på syftet.

För att vi skulle få en helhetssyn på forskningen användes ett helikopterperspektiv. Detta genom att sammanfattningen lästes i de valda artiklarna. Helikopterperspektiv resulterar i en översikt vilket gjorde det lättare för oss att uppmärksamma egenskaperna i studien. Det kunde handla om vilka deltagargrupper som är mest förekommande till exempel sjuksköterskor, patienter eller anhöriga (Friberg 2018, s. 146).

Denna metod var till fördel då vi tidigt i arbetet kunde finna brister i artiklarna som inte svarade på vårt syfte. En kombination av alla sökord fick göras för att kunna få ett adekvat resultat av artiklar gällande vårt syfte. Det fanns svårigheter att hitta artiklar som utgick från patientens perspektiv. Under arbetets gång upptäckte vi 3 artiklar som var ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Därav fick vi göra nya sökningar för att få resterande artiklar till vårt resultat. Vi granskade artiklarna var för sig och förde sedan en gemensam diskussion för att kunna få en objektiv bild. Efter diskussion oss emellan valdes artiklar ut som svarade an på vårt syfte.

En fördel med att göra en litteraturstudie är att materialet finns lättillgängligt. Samt att den kunskap som utvecklas genom att söka, utse och analysera vetenskapliga artiklar i

förhållande till ett välformulerat syfte (Friberg 2018, ss. 142–143). Det kan anses som en nackdel att studera sekundärdata istället för empiriska studier och fråga dem det faktiskt berör. Uppsatsen är skriven på kandidatnivå för att göra en empirisk studie krävs högre utbildningsnivå därför ansågs litteraturstudie som en lämplig metod. Litteraturstudien ger möjligheten att få en viktig överblick om den forskning som besvarade syftet i uppsatsen (Friberg 2018, s. 142).

Under processens gång upptäcktes det hur lika artiklarna var och kunde ibland överlappa varandra. Detta var både till vår fördel och nackdel. Det bekräftade vårt syfte, att vi hade bra sökstrategier och att artiklarnas likheter är styrkan i vårt resultat. Men problematiserade vårt resultat på grund av det var utmanande att skilja patientens upplevelse i olika kategorier. Enligt Graneheim, Lindgren & Lundman (2017) är teman abstrakta och svåra att fånga vilket ger svårigheter att tolka människans upplevelse. Det finns en geografisk begränsning i vårt resultat, som sträcker sig från Europa till Nordamerika och Australien. Resultatet känns därför mer representativt för västvärlden och upplevs inte globalt generaliserbart.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen kommer att sätta fokus på patientens upplevelse av stigmatisering och hur sjuksköterskan kan använda sig av denna kunskap i sitt bemötande. Resultatet ger en nyanserad bild av hur stigmatisering kommer i uttryck i vårdande sammanhang gällande psykisk ohälsa. Ett respektlöst bemötande från vårdgivaren, när patienten är som mest sårbar, ger en känsla av utanförskap och att inte vara värdig att få hjälp. Patienterna tappar modet och slutar att uppsöka vård. De känner sig ensamma och har ingen att lita på gällande sin psykiska ohälsa. Detta påverkar självkänslan och förmågan att vara självständig. Patienten känner ofta en stor skam inför sitt mående när de blir diskriminerade i vården. Skamkänslorna kan leda till en isolering från både familj och vänner och en total ensamhet för patienten.

Vårdlidande

Enligt hälso- och sjukvårdslagen, (SFS 2017:30) ska lika och god vård ges till alla individer, vården ska utformas med respekt för den enskilda människan. Enligt studiens resultat upplevde patienten att vården vände dem ryggen åt och de kände sig övergivna. Putman (2008) belyste att negativ attityd och bemötande till personer med psykisk ohälsa var ett vanligt förekommande problem inom vården. Vårdgivare hade fördomar om att patienter med psykisk ohälsa var mer benägna till att vara våldsamma. Författaren menade att personer med psykisk ohälsa var mer utsatta för våld än vice versa. De trodde att denna attityd berodde på brist i kunskap om psykisk ohälsa. Enligt författaren var utbildning det mest effektiva sättet att ta itu med detta problem och förhindra utveckling av fördomar. Putman (2008) menade att utbildning för vårdpersonal inte innehöll tillräcklig exponering för psykisk ohälsa, därav kvarvarande fördomar hos vårdgivaren. I resultatet på denna studie framkommer att kunskapsbrist kan leda till fördomar och undvikande av patienten.

Att utbildning är en faktor till minskad stigmatisering gällande psykisk ohälsa styrks även av Griswald et al. (2008) och Del Olomo-Romero et al. (2018). Enligt Griswald et al. (2008) var upplevelsen av dålig kommunikationen mellan vårdgivare och patient ett återkommande problem. Patienterna upplevde sig missförstådda och att de inte lyssnade på dem. Enligt författarna kände patienten en försämrad uppfattningsförmåga på grund av sin psykiska ohälsa. Därför behövde patienten att vårdaren tog sin tid med att exempelvis förklara medicineringar. Men istället möttes patienten av en misstro gällande detta behov. Samt upplevelsen att bli behandlad respektlöst när vårdgivaren gjorde narr av patienten för att denne inte kunde ta hand om sig själv.

När vårdaren gav en ofullständig behandling kunde följden bli ett vårdlidande hos patienten. Det är betydelsefullt att vårdaren innehar en förmåga att reflektera om ett vårdlidande har förorsakats. Bristen sker när vårdaren inte lyssnade på eller tog patientens symtom på allvar (Wiklund 2003, ss. 104–105). Bates och Stickley (2012) belyste att sjuksköterskan befann sig i en maktposition och bör bidra till ett minskat lidande för patienten. Det mest förekommande klagomålet från patienten som lider av psykisk ohälsa är vårdarens dåliga inställning och fördomar. Patienten upplevde ett avvisande och nonchalant bemötande från vårdgivaren. Vårdgivaren visade stigma bestående av negativa åsikter om psykisk sjukdom vilket orsakade brister i vården. De saknar ofta utbildning om hur de ska stödja människor med dessa symptom (Dalky, Abu-Hassan, Dalky & Al-Delaymi 2019).

En tänkvärd reflektion är att både patienten och vårdgivarens upplevde en brist i samverkan mellan somatiken och psykiatrin. Griswald et al. (2008) beskrev att patienten hade en önskan om samordnad medicinsk och psykiatrisk vårdkontakt. De upplevde att kommunikation mellan dessa två vårdgivare kunde förbättra bemötandet, minska stigma och ge en bättre övergripande vård. Enligt Noblett et al. (2017) föreslog vårdgivare ett förbättrat samarbete mellan somatisk vård och psykiatrisk vård för att minska kunskapsluckan om psykisk ohälsa. Vårdaren bör erbjuda ett reflekterande förhållningssätt vilket hjälper att minska stigmatiserande attityder. Interaktionen med levd erfarenhet av psykisk ohälsa visade sig förbättra vårdarens kommunikationsförmåga och inställning till patienten (Fokuo et al. 2017; Martinez-Martinez et al. 2019). En god kunskap och ödmjukhet om patientens livssituation väckte en framtidstro och trygghet hos denne. Genom att vårdaren gav patienten uppmärksamhet och engagemang ökade det prognosen för förbättring i patientens mående (Lundgren och Berg 2011).

Livsvärld

I föreliggande studie uppmärksammas bristen i att vårdgivaren inte har patientens livsvärld i åtanke. Patienten upplevde sig mer utsatt för fördomar om de hade en psykisk diagnos i sin journal. Patienter som sökte akutvård beskrev att de blev nedprioriterade på grund av sin psykiska diagnos. Detta bidrog till att de upplevde skam och kände sig skyldiga till att ha utfört något olämpligt eller brottsligt. De upplevde att de inte blev tagna på allvar gällande sin medicinska status och att de var märkta och bedömda efter sin psykiatriska diagnos. Patienten upplevde att deras ångslan avfärdades eller att vårdgivaren inte trodde på deras symptom. De beskrev att de hade drabbats av fysiska

problem men blev istället misstrodda på grund av den psykiska diagnosen i journalen. Detta orsakade istället ett förlängt lidande och väntan på behandling. Patienten kände en oro över att vårdgivaren skiljde på den psykiska hälsan från det fysiska. Deras enda önskan var att bli bemött med respekt och ett icke dömande förhållningssätt (Clarke, Dosome & Hughes 2007).

Livsvärldsperspektivet har en väsentlig plats och var en nödvändighet inom all vård och behandling för att kunna se människan ur ett helhetsperspektiv (Edvardsson 2020, s. 23). För vårdgivaren innebar det att vara öppen och se patienten som en unik individ. Ett reflekterande livsvärldsperspektiv är därför av stor vikt (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003, ss. 26–27). Viktig aspekt att tänka på var att patienter var personer med kunskap och styrkor. De ville inte identifieras med sin psykiska diagnos och upplevde att dessa styrkor inte tas tillvara på i vården. En önskan var att inte bara bli uppskattad för sina styrkor utan de var en utgångspunkt för behandling. En förklaring från patienten var att psykisk ohälsa och upplevelsen är unik för varje individ. De ville vara delaktiga i sin vård och dela med sig av sina erfarenheter och kunskap för att förbättra vården. Enligt patienten var god vård när vårdaren beaktar livsvärlden och de får värdig och respektfull behandling (Massen, Schrevel, Dedding, Broerse & Regeer 2016). Genom att vårda med livsvärlden som grund kunde vårdgivaren lättare skapa en förståelse för patienten. Det är inget enkelt arbete att komma nära en patient. Detta kräver stort tålamod och vilja för att förstå patientens perspektiv. En del patienter kunde ha svårt att samtala om sin situation på grund av svårigheter att uttrycka sig samt en ovilja att dela med sig. Därför ska vårdgivaren lyssna och vara intresserad av patientens livssituation för att ge stöd i det vårdande sammanhanget (Ekebergh & Lindberg 2020).

Vårdande samtal

I resultatet framgår det att patienten upplevde en brist i vården genom avsaknad av samtal. Patientens önskan var att få sin röst hörd och tillsammans med vårdgivaren kunna föra ett samtal gällande sin livssituation, samt att de upplevde sig bli utsatta för aggression och tvång. Detta styrktes av Ådnoy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfor och Karlsson (2013) som belyser att vårdpersonal upplevdes vara likgiltig eller fientlig gentemot patienten och dennes livssituation. Författarna beskrev att patienter som upplevde kris och bad om hjälp blev ignorerade av vårdaren. De upplevde om de fortsatte be om hjälp kunde vårdgivaren höja rösten och bli arg. Patienten kände sig ensam och avvisad när vårdaren var irriterad eller arg. Patienten gav då upp och upplevde sig värdelös som människa. Dahlqvist-Jönsson, Shön, Rosenberg, Sandlund och Svedberg (2015) beskrev att patienten upplevde en känsla av maktlöshet gällande information om sin behandling och läkemedelsordination. Detta gav en känsla att vårdaren hade övertaget. Patientens avsaknad av kunskap om behandling och medicinering bidrog ofta till de var tvungna att gå med på vårdarens alternativ.

När patienten var trygg och skyddad kunde detta lindra ett lidande. Vägen dit handlar om att bli sedd och känna sig meningsfull. Vårdarens uppgift blev att synliggöra och verifiera patientens känslor. De ska uppmuntra dem i att berätta om sina händelser i livet och om sitt lidande (Wiklund 2003, ss. 170–171). Vårdaren behövde vara närvarande och tillgänglig för att ett vårdande samtal kunde utföras, genom uppmärksamhet och bli berörd av patientens livsberättelse (Wiklund 2003, s. 175). Vikten av att vårdaren visade medkänsla och empati i vårdrelationen kunde öka välbefinnandet och leda till

återhämtning för patienten. Genom att vårdaren bekräftade patienten som individ och visade tillit kunde patienten uppnå välbefinnande (Lundgren & Berg 2011). Patienter upplevde att när sjuksköterskan tog sig tid för samtal och lyssnade genuint, fungerade detta bättre än vilket läkemedel som helst. En önskan var att samtalet inte bara handlade om sjukdom utan hade en framtidsutsikt med en förbättrad hälsa. Denna uppmuntran stärkte människan och dennes autonomi under kampen med psykisk ohälsa. Genom att ha samtal med sjuksköterskan kan patienten bli mer delaktig i sin vård (Fokuo et al. 2017).

Hållbarutveckling

Den globala effekten av psykisk ohälsa är omfattande. Det förekommer brister gällande tillgängliga resurser av god vård för individer med psykisk ohälsa. Detta förvärras ytterligare av negativa konsekvenser från omgivningen i form av stigmatisering och kränkning av de mänskliga rättigheterna (Becker & Kleinman 2013). Agenda (2030) belyser vikten i att stärka resurser i form av utbildning och kunskap av hälso- och sjukvårdspersonal. Saknad av kunskap leder till fördomar och stigmatisering. För att minska på stigmatisering bör evidensbaserade insatser användas för att höja kunskap om psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2020b), vilket vi anser i sin tur kan leda till en minskad belastning på sjukvårdspersonalen genom att människor får vård i tid. Sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområde handlar om att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017a). Vi anser att sjuksköterskan kan arbeta hälsofrämjande genom att fånga upp individer med psykisk ohälsa tidigt och därmed förebygga arbetsbelastningen på sjukvården och minska ohälsan hos människan. Agenda (2030) belyser att människor behöver en god hälsa för att kunna bidra till samhällets utveckling. Därav vår tes att sjuksköterskans roll med hälsofrämjande arbete kan bidra till ett samhälle med minskad psykisk ohälsa. Ett välmående samhälle leder till att utvecklingen går framåt.

SLUTSATSER

Litteraturoversikten visar att:

- Ett distanserat och avvikande bemötande skapar ytterligare lidande för patienten bestående av känslor som sårbarhet och utsatthet.
- Patienter upplevde sig misstrodda och förminskade när de sökte vård och undvek kontakt med vården på grund av skammen den väckte.
- Det förekommer brister och avsaknad hos vårdaren att kunna se patienten som en unik individ, och inte bara en diagnos.
- Patienter efterfrågar delaktighet i sin vård och vill bli bemött med respekt och empati.
- Patienternas somatiska ohälsa togs inte lika allvarligt av vårdpersonalen ifall de hade en psykisk diagnos i sin journal.
- Patienterna upplevde sig övergivna av vårdpersonalen när de var i behov av stöttning och samtal.

REFERENSER

Arman, A. (2015). Lidande och lindrat lidande. I Arman, A., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 28–60.

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), ss. 288-296.
<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1177%2F0894318415599220>

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar etik: etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.

Bates, L. & Stickley, T. (2012). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(7), ss. 569-575.
<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x>

Becker, A., & Kleinman, A. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of medicine*, 369(1), ss. 66-73.
<http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1056/NEJMra1110827>

Borg, M. & Karlsson, B. (2021). Personcentrering, återhämtning och patientdelaktighet- I McCormack, B. & McCance, T. (red.) *Personcentrerade arbetssätt inom vård-teori och praktik*. Lund: studentlitteratur. ss. 283–296.

Clarke, D., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International journal of mental health nursing*, 16(2), ss. 126-131.
<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>

Coates, D., Saleba, C. & Howe, D. (2019). Mental Health Attitudes and Beliefs in a Community Sample on the Central Coast in Australia: Barriers to Help Seeking. *Community mental health journal*, 55, ss. 476-486. doi:10.1007/s10597-018-0270-8

Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M. Suserud, B.O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2002). *Vårdlidandet- det onödiga lidandet*. Vård i Norden, 1/2002. publ. no.63 22(1), ss. 4–8.
<https://doi.org/10.1177%2F010740830202200101> <https://docplayer.se/45604569-Vardlidande-det-onodiga-lidandet.html>

Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine Health Care and Philosophy*, 12, 265–271 (2009). <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1007/s11019-008-9174-7>

Dahlberg, S., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande- I teori och praxis*.

Stockholm. Liber, ss. 181-255.

Dahlqvist-Jönsson, P., Shön, U.-K., Rosenberg, D., Sandlund, M. & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(9), ss. 688-697.
<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/jpm.12246>

Dalky, H. F., Abu-Hassan, H. H., Dalky, A. F. & Al-Delaimy, W. (2019). Assessment of Mental Health Stigma components of Mental Health Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Jordanian Healthcare Providers. *Community Mental Health Journal*, 56, ss. 524-531.
<http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1007/s10597-019-00509-2>

Del Olomo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, A., Perna, g., Pomarol-Clotet, E., Varandas, P., Ballesteros-Rodríguez, J., Rebolleda-Gil, C., Vanni, G., Gónzalez-Fraile, E. & The INTER NOS group. (2018). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, ss. 325-339. <https://link-springer-com.lib.costello.pub.hb.se/article/10.1007%2Fs00406-018-0867-5#Sec9>

Dieujuste, C. (2016). The concept of stigma in mental illness as applied to Haitian Americans. *International nursing review*, 63(2), ss. 200-207.
<https://doiorg.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/inr.12267>

Edvardsson, D. (2020). Inledning. I Edvardsson, D. Backman, A. (red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 21-30.

Ekebergh, M., (2016). Vårdande möten. I Arman, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (red.). *Teoretiska grunder för vårdandet*. Stockholm: Liber, ss. 121–226.

Ekebergh, M. & Lindberg, E. (2020). The interaction between learning and caring- the patients' narrative as a foundation for lifeworld-led reflection in learning and caring. *Reflective practice international and Multidisciplinary perspectives*, 21(4), ss. 552-564.
<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1080/14623943.2020.1783223>

Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidsson, L., Skjölberg, Å., Gytri, D. & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice - a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), ss. 791-800. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/full/10.1111/scs.12674>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. 2 uppl., Stockholm: Liber.

Fokuo, J., Goldrick, V., Rossetti, J., Wahlstrom, C., Kocurec, C., Larson, J. & Corrigan, J. (2017). Decreasing the stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community mental health journal*, 53, ss. 257-265.
<http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1007/s10597-016-0016-4>

- Folkhälsomyndigheten (2020a). *Vad är en folksjukdom?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-folksjukdomar/?Vadfolkhalsomyndigheten.se> [2021-05-16]
- Folkhälsomyndigheten (2020b). *Minska stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa.*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/> [2021-06-18]
- Folkhälsomyndigheten (2021). *Vad är psykisk hälsa?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/> [2021-03-24]
- Friberg, F. (2018). Att analysera berättelser (narrativer). I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 171–180.
- Friberg, F. (2018). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativa forskning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 129–138.
- Friberg, F. (2018). Att göra en litteraturstudie. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 141–152.
- Friberg, F. (2018). Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 37–48.
- Friberg, F. (2018). Bilaga III Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, s. 187.
- Graneheim, U., Lindgren, B.M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, ss. 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Griswold, K.S., Zayas, L., Pastore, P., Smith, C., Wagner, M. & Servoss, M.S. (2008). Primary Care After Psychiatric Crisis: *A Qualitative Analysis*. *Analys of family medicine*, 6(1), ss. 38-43.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, Y., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G. & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users reported experiences of discrimination. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), ss. 14-22.
<https://doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/acps.12611>

- Happel, B., Ewart, S., Bocking, J. Platania-Phung, C. & Stanton, R. (2016). That red flag on your file; misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), ss. 2933-2942. <https://onlinelibrary-wileycom.lib.costello.pub.hb.se/doi/full/10.1111/jocn.13355>
- Hugget, C., Birtel, M.D., Awenat, Y.F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S. & Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy*, 91(3), ss. 380-397. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/papt.12167>
- Ingram, E., Jones, R., Schofield, P. & Henderson, C. (2019). Small area deprivation and stigmatising attitudes towards mental illness: a multilevel analysis of Health Survey for England (2014) data. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, ss. 1379-1389. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01722-w>
- Javeed, S., Miller, K., Scerbo, C., Milne, A., Stång, L. & Watling, C. (2019). Implicit Stigma Recognition and Management for Health Professionals. *Akademisk psykiatri*, 44, ss. 59–63. <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1007/s40596-019-01133->
- SFS 2003:460. Lag om Etikprövning. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Lundgren, S. & Berg, L. (2011). The meaning and implications of receiving care. *Scandinavian journal of caring science*, 25(2), ss. 235-234. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00815.x>
- Maassen, E.F., Schrevel, S., Deding, C., Broerse, J. & Regeer, B. (2016). Comparing patients' perspective of “good care” in Dutch outpatient psychiatric service with academic perspectives of patient-centred care. *Journal of Mental health*, 26, ss. 89-94. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00509-2>
- Marchand, K., Palis, H. & Oviedo-Joekes, E. (2016). Patient Perceptions of Prejudice and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Results from the 2012 Canadian Community Health-Mental Survey Data. *Community mental health journal*, 52, ss. 294-301, doi:10.1007/s10597-015-9949-2
- Martinez-Martinez, C., Sanchez-Martinez, V., Sales-Orts, R., Dinca, A., Richard Martinez, M. & Ramos-Pichardo, J.D. (2019). Effectiveness of the direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. *International journal of Mental health nursing*, 28(3), ss. 735-743. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/inm.12578>
- Molin, J., Graneheim, U.-H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care-patients perspective. *International journal of qualitative studies on Health and Well-being*, 11(1), ss. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4724788/>

Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes-Cordoba, E., Gale-Grant, O. & Henderson, C. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care - for patients with mental illness in the general hospital. *Journal of psychosomatic research*, 95, ss. 26-32. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.jpsychores.2017.02.004>

Oleniuk, A., Duncan, R. & Tempier, R. (2011). The impact of Stigma of Mental Illness in an Canadian community: A Survey of Patients' Experiences. *Community mental health journal*, 49, ss. 127-132. <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1007/s10597-011-9453-2>

Putman, S. (2008). Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(8), ss. 684-693. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1365-2850.2008.01288.x>

Regeringskansliet (u.å.). *Agenda 2030, mål 3, Hälsa- och välbefinnande*. Stockholm: Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/> [21-06-19]

SFS 2003:460. *Lag om Etikprövning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. 2. uppl., Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/publikationer/vardegrund-for-omvardnad> [21-06-16]

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. 2. uppl., Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor> [21-06-16]

Svensk sjuksköterskeförening (2017 c). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska> [21-06-16]

Sörensen, S & Olsson, H. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl., Stockholm: Liber, ss. 96-128.

Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2011). Stigma and trust among Mental Health Service Users. *Archives of psychiatric Nursing*, 25(4), ss. 294-302. <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.apnu.2011.02.001>

Weiss, E.L., Gross, G.D. & Moncrief, D. (2016). Can health care reform end stigma towards mental illness? *Journal of progressive Human Service*, 27(2), ss. 95-110. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1080/10428232.2016.1155249>

Wiklund, W. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Liber.

Yuksel, C., Bingol, F. & Oflaz, F. (2014). Stigma: the cul-de-sac of the double bind the perspective of Turkiye; a phenomenological study, *Psychiatric and mental health nursing*, 21(8), ss. 667-668. <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/jpm.12100>

Ådnoy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfor, B. & Karlsson, B. (2013). Callenges in relating to mental health professionals: *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), ss. 110-117. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/full/10.1111/inm.12024>

Östlundh, L. (2018). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 59–82.

Bilaga 1. Sökhistorik

Söktjänst	Sökord	Sökresultat	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Använda artiklar till resultat
Cinahl	"perceived stigma" mental illness patient perspective or patient experience or patient view or patientperceptions	15	10	3	1
Psykinfo	(stigma AND mental illness) AND (patient perspective AND patient perspectives) AND (mental Health AND nursing	38	13	4	1
Primo	(MH "patient perspectives") OR (MH "patient perspectives") OR "experiences" (MH" mental illness") OR (MH "mental Health") OR (MH"psychiatric illness") "nurs" OR "nursing" OR "caring" OR "care" AND "consumer"(MH" mental Health stigma")	194	14	10	5
Cinahl	(MH mental disorders) Patient perspective OR patient experience stigma AND Health care	73	4	2	1
Cinahl	experience by stigma mental Health problems	287	15	5	2

Bilaga 2. Översikt av artiklar

Artikel, författare, årtal, tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Mental Health Attitudes and beliefs in a Community Sample on the central Coast in Australia: Barriers to help seeking</p> <p>Coates, D., Saleeba, C. & Howe, D. 2018</p>	<p>Minska stigma och förbättra hälsokunskap nationellt och internationellt</p>	<p>Undersökningar pågick under 18 månaders tid. Under ett samhällsengagemang delades frågorna ut vid 7 olika tillfällen. Ingen registrering av svarsfrekvens. Uppgifterna analyserades beskrivande med hjälp av Microsoft Excel.</p>	<p>Frivilligt deltagande och total anonymitet, ingen identifierbara data samlades in. Icke presentabelt urval för befolkningen då alla respondenter deltog i ett hälsofrämjande samhällsevanemang. 282 slutförde undersökningen. Majoritet var kvinnor. Hög representation från Aboriginal bakgrund.</p>	<p>(43,48% n=120) har erfarenhet av psykisk sjukdom samt kontakt med psykiatriska tjänster. (71,67% n=86) Använt psykisk hälsovård. (28,33%) Inte varit i kontakt med psykisk hälsovård vid psykisk sjukdom, detta tyder på självdiagnos. (74,45% n=204) Känner sig inte bekväma med att tala med läkare eller psykolog. (41,87%) Kostnad var en orsak att inte söka hjälp.</p>
<p>Contradictory experiences of Safety and Shame in inpatient Mental Health practice- a qualitative study.</p> <p>Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjölberg, Å., Gytri, D. & Moltu, C. 2011 Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Att undersöka upplevelsen av sjukhusvistelse utifrån individer med psykisk sjukdom.</p>	<p>Hermeneutisk fenomenologisk kvalitativ studie. Två intervjuer med fjorton deltagare.</p>	<p>Frivilliga deltagare som varit i kontakt med slutenvården i minst tre veckor. Exklusion: aktiv psykos</p>	<p>En plats att vara känslig och tunn hudad. Sjukhuset och dess miljö upplever patienten som ett skydd från omvärlden och känner sig säker i sitt pågående inre kaos. Men även en känsla av att vara tvingad till socialisering kunde upplevas skamfullt och ovärdigt. Det låg en oro hos vissa patienter om tiden efter sjukhusvistelsen</p>

				och hur den skulle hanteras.
<p>Qualitative analysis of mental health service users reported experiences of discrimination</p> <p>Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthew, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G. & Henderson, C.</p> <p>2016</p> <p>Acta Psychiatrica Scandinavica</p>	<p>För att bättre kunna förstå de som använder mentalvården och deras erfarenheter av stigma och diskriminering</p>	<p>Årlig telefonundersökning med individer och att på detta vis analysera anti stigma kampanjen Time to Change i England. 985 deltog 2013 varav 84 deltog i en kvalitativ inspelad intervju. 50 intervjuer transkriberades och analyserades. Analysen bestod av beteenden som; motivationer, tillskrivna diskriminerade, förväntan på vad som rättvis behandling skulle ha varit och effekten av diskriminering på deltagarna. Tjugotvå utbildade intervjuare, varav mer än 85% hade egna erfarenheter av psykiska problem.</p>	<p>Deltagarna var ett delprov av 2013 års Viewpoint-undersökning vilket är en årlig undersökning som utvärderar effekten av Time to change med hjälp av DISCS-12 intervjuer. Frågorna består av om deltagarna har känt sig orättvist behandlade. Text av vänner, familj, arbetsmarknaden eller i vårdmiljöer. 9599 inbjudna och 985 deltog i telefonintervjuer</p>	<p>Tre vanliga typer av diskrimineringsvälfärd förmåner, systembaserat avvisande och bristande av förståelse. Denna typ gäller statliga förmåner när individen inte kan arbeta pga. sin sjukdom/funktionshinder. Deltagarna beskrev en brist på psykologiska hälsosystemet. Ingen tillgång till snabb behandling, inga tjänster utanför öppettiderna. Långa väntetider och ekonomiskt var det något man avstod ifrån. Brist på förståelse från familjen och vänner, inget känslomässigt stöd eller hjälp i vardagen. Upplevt att familjen tar socialt avstånd då de har nog med sina egna problem.</p>
<p>The Red flag on your file,</p>	<p>Fastställa vårdtagarn</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>Deltagare som hade både</p>	<p>Tre teman togs fram från analysen. I alla</p>

<p>misinterpreting physical symptoms as mental illness</p> <p>Happel, B., Ewart, S., Bus, B., Bocking, J., Platania, C. & Stanton, R.</p> <p>2016</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>as åsikter och erfarenheter om tillgänglighet och kvalitet på vård och behandling för deras psykiska hälsobehov</p>	<p>Intervjuer med psykiatriska vårdtagare via en konsumentnätverksgrupp i en region i Australien. Fyra fokusgrupper. Analys: Ljudinspelningar från intervjuer transkriberades professionellt. Tematisk analysmetod.</p>	<p>somatiska och psykiatriska vårdbehov. Annons i veckobulletin till medlemmar o ACTMHCN. Vid intresse gav deltagarna sitt samtycke. 30 deltagare ingick i studien.</p>	<p>fokusgrupperna beskrivs vårdgivare tillskrivas psykisk ohälsa. Vårdgivare påstod att patienten var galen och sakna insikt och kompetens att skilja på fysiska symtom. från sin psykiska ohälsa. Vårdtagarna upplever sig avvisade och oro om sin fysiska hälsa togs inte på allvar. Vårdgivaren tolkade deras klagomål på fysisk ohälsa som symtom på den psykiska diagnosen.</p>
<p>A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problem</p> <p>Hugget, C., Birtel, M., Awenat, Y., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S. & Haddock, G.</p> <p>2018.</p> <p>Psychology and psychotherapy, theory research and practice.</p>	<p>Undersöka erfarenheter av stigma hos personer med psykiska hälsoproblem</p>	<p>Kvalitativ studie. Tematisk analys tillämpades med hjälp av Braunes and Clarkes, sexstegstrategi. Författarna lyssnade på varje ljudinspelning och läste transkriptionerna för att fördjupa sig i innehållet. För varje transkription antogs kodning rad för rad. Vilket resulterade i två huvudteman och fem underrubriker</p>	<p>Deltagare rekryterade genom en lokal välgörenhetsorganisation. Stigma undersöktes med hjälp av två fokusgrupper på 13 personer med erfarenhet av psykisk ohälsa och stigma. Deltagarna rekryterades efter ålder, kön, psykisk hälsa diagnos för att säkerställa mångfald i erfarenheter. Deltagarna var 18 år eller äldre. Etiskt godkännande: Ja</p>	<p>Deltagarna ansåg att märkning hierarkin har en djupgående inverkan på flera nivåer i samhället. Deltagarna ansåg att stigmatiseringen påverkade deras relation till vårdpersonalen. Vårdpersonalen saknade kunskap och förståelse och distanserar sig istället till patienten. Deltagarna beskrev en rädsla av skuld och en ökad användning av etiketter av vårdpersonalen</p>
<p>Stigma: the cul-de-sac of the</p>	<p>Utforska och</p>	<p>Kvalitativ studie med</p>	<p>33 deltagare rekryterades på</p>	<p>Resultatet visade att nästan alla deltagare</p>

<p>double bind. The perspective of Turkiye: a phenomenological study</p> <p>Yuksel, C., Bingol, F & Oflaz, F.</p> <p>2014</p> <p>Journal of Psychiatric and mental Health nursing</p>	<p>beskriva den stigmatisering som upplevs av individer med psykiska hälsoproblem och relationer mellan stigmatiseringar i samband med psykiska hälsoproblem, psykiatriska diagnoser, behandlingar och sociala miljöer och dess konsekvenser.</p>	<p>frågeformulär som bestod av två avsnitt. Hur är det att leva med psykiska hälsoproblem? Hur påverkar dina psykiska hälsoproblem ditt arbete och privatliv? Ett annat avsnitt bestod av demografiska egenskaper i samband med civilstånd, anställning och psykiatrisk diagnos.</p>	<p>sjukhuset. Intervjuer varierade mellan 45–60 min. 15 män och 19 kvinnor. Etiskt godkännanden genom informerat samtycke. Alla intervjuer spelades in. Därefter skedde transkribering och kategorier och kluster av teman bildades</p>	<p>var oroliga för att stigmatiseras av andra, samhället, deras familjer och vårdpersonalen. Ett annat problem var självstigmatisering. Stigmatiseringen visade att ha en betydande inverkan på individens liv och metoder för att hantera stigmatiseringen är ofta ineffektiva.</p>
<p>Patients Perceptions of Prejudiced and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Health Survey Data</p> <p>Marchand, K., Palis, H. & Ovideo-Jokes, E.</p> <p>2015</p>	<p>Att ta hjälp av nationella representativa data till att bestämma förekomsten av upplevd fördom och diskriminering av vårdgivare</p>	<p>CCHS-MH en tvärsnittsstudie med fokus på kanadensares mentala hälsa. Utbildade intervjuare tog emot all information personligt (87%) eller över telefon</p>	<p>Slumpmässigt urval, 15 år och äldre i de kanadensiska provinserna. Exklusion 3% av de kanadensarna utanför territorierna, institutionerna, reserverna och ursprungsbefolkningens bosättningar samt medlemmar ur styrkorna. Svarsfrekvens 86,3% med en</p>	<p>Kvinnoandelen var högre i urvalet (62,75) kvinnor (37,3%) och den totala andelen kvinnor CCHS-MH respondenter (54,8%) 16,8% icke vita respondenter i CCHS-MH. Ålderskategori 25–54 år likartad 42,5% med en hushållsinkomst på över 80 000 dollar. Diskriminering eller fördomar redogjordes av totalt 329 (10,9%) respondenter. Icke</p>

Community Mental Health Journal			inklusion på 25 113 respondenter som representerar 28.3 miljoner kanadensare.	vita (21,1%) och de i åldern 35–44 år (25%) har upplevt lite mer av stigma och fördomar i hela CCHS-MH urvalet. 39,2% meddelade psykisk störning året innan. Vanligast var stämningstörningar (15,9%) substansstörningar minst förekommande (4.7%).
Quality of Interactions Influences Everyday life in psychiatric inpatient care- Patients Perspectives- Molin, J., Graneheim, U-H. & Lindgren, B-M. 2016 International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.	Utforska vardagen i psykiatrisk a slutenvård en grundat av patientern as upplevelse	GT-design Individuella intervjuer med en introducerande förfrågan: ”Kan du berätta om en vanlig dag på avdelningen”. Dataanalys: Läsa insamlat material, transkription, liknande innehåll samlades in	Vuxna med erfarenhet av psykiatrisk slutenvård under 2011–2015 från tre kliniker. De förfrågades från öppenvården och slutenvården. Det fanns affischer gällande studien i väntrum och andra rum patienten vistades i. 16 deltagare 14 kvinnor och 2 män, vilka hade erfarenhet av 5 olika avdelningar. De var 20–51 år, median 31 år.	Deltagare i studien beskriver att de upplevde sig osynliga för vårdaren. De visste ofta inte var vårdaren befann sig eller att de var svåra att nå när de ofta satt på kontoret. Vårdaren uttryckte att patienten tog plats från någon som var mer förtjänt av den. ”Vi” mot ”dom” tänk från vårdaren. Patienten beskriver värdet i pålitliga interaktioner med vårdaren. Ett samtal skapade förtroende och patienten känner sig lättad i att bli sedd och stöttad. Patienten söker skydd i en stigmatiserad miljö, de vill inte vara dä
The Impact of Stigma of Mental Illness in Canadian community: A	Undersöka patienters upplevelser av stigma under sjukhusvis	Tvärsnittsstudie Frågeformulär: Stigma Experience scale, Sigma Impact Scale.	Intervjuer under juni och augusti 2009.	Enkäter som mäter stigma och dess påverkan kunde skillnader uppfattas i upplevelse av stigma. De som var 19 år

<p>survey of Patient Experiences.</p> <p>Olenvik,A., Duncan,D-R. & Tempier,R. 2011 Community Mental Health Journal</p>	<p>telsen inom psykiatrisk vård och dess påverkan på patienten. Egenskape r som leder till förväntan, intensitet och frekvens av upplevt stigma</p>			<p>eller yngre vid första symtom eller behandling fick större påverkan. Samt patienternas negativa upplevelse av Hälso-och sjukvården.</p>
<p>Perceived Stigma among Recipients of Mental Health Care in General Canadian Population.</p> <p>Patten, S., Williams, J., Lavorato, D., Bulloch, A., Charbonneau, M., Gautam, M., Moss, P., Abbey, S. & Stuart, H. 2016 The Canadian Journal of Psychiatry</p>	<p>Mental Health Experienc es Scale är ett mått för att få en uppfattnin g på om stigma, dåligt bemötande och nedbrytan de synsätt hos personer med psykisk sjukdom. Undersökn ingen gav tillfälle att förklara upplevt stigma gentemot diagnos</p>	<p>Undersökning Intervjuer Respondenterna har varit i kontakt vården för psykiska hälsoproblem under de senaste 12 månaderna. Frågan ställdes om patienterna känt sig orättvist behandlade eller om det förekommit negativa åsikter</p>	<p>Kanadensiska hushåll. 15 år och äldre samt boende i någon av de 10 provinserna i Kanada.</p>	<p>24,4% upplever stigma och frekvensen var högre hos de unga <55 år, de som var arbetslösa. Kön och utbildning sågs inget samband i att känna sig stigmatiserad. De som hade schizofreni upplever stigma i något högre grad än tex de med humör och ångestproblem</p>

<p>Stigma and trust among mental health service users</p> <p>Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2011 Archives of Psychiatric Nursing</p>	<p>Att undersöka om stigmans upplevelse för vårdtagare n skildrar förtroendet för vårdaren som vill dem väl. Kan vårdtagare uppleva mer stigma när denne inte har förtroende för vårdaren? Kan en vårdtagare vara positivt inställd till vårdaren om den känner sig sedd och hörd och har ett förtroende</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie Insamlade undersökningsdata för en större studie 2005 samlades in. Innehållet gällde förhållandet mellan stigma, förtroende och tillfredsställd vårdtagare. Av 215 organisationer valdes 46 varav 10 avslag slutligen 36 psykiska hälsocenter</p>	<p>Ålder 18–65 år, psykiska problem. Exclusion: Kognitiva störningar eller psykisk funktionsvariation, akut sjukdomstillstånd eller bristande kunskaper i holländska. Totalt efter bortfall deltog 650 individer med sitt samtycke och en introduktion från forskaren</p>	<p>Vårdtagare med med flera psykiska symtom samt de mest psykotiska störningarna har sämre tilltro för de anställda. De som får intensivvård har mindre tilltro till vårdgivaren. Sammanlagt upplever vårdtagare som lider av flera psykiska sjukdomar sämre förtroende för vårdaren vilket kan bero på högre stigma, självstigma, rädsla för devalvering och att bli diskriminerade I det sista kan vi se att ett förtroende för sin vårdgivare är en av de viktigaste faktorer till god vård. Känner sig vårdtagaren sedd och hörd samt ett förtroende så är de mer nöjda med sin tillvaro och vård och stigmat minskar</p>
--	--	---	---	---