



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **SJUKSKÖTERS KANS STIGMATISERING AV PSYKISK OHÄLSA INOM SJUKVÅRDEN**

- ett hinder för omvårdnad?

**Madeleine Nilsson, Elin Bladmyr**

---

Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Masuma Novak & Lars-Olof Persson
Examinator:	Nils Sjöström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Sjuksköterskans stigmatisering av psykisk ohälsa – ett hinder för omvårdnad?
Titel (engelsk)	Nurses stigma of mental illness in medical care – a barrier to nursing?
Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå/Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2015
Författare	Madeleine Nilsson, Elin Bladmyr
Handledare:	Masuma Novak & Lars-Olof Persson
Examinator:	Nils Sjöström

---

## SAMMANFATTNING

### **Bakgrund:**

Stigmatisering i samhället är ett stort problem för personer med psykisk ohälsa, och finns i hög utsträckning hos sjukvårdspersonal. Den här artikeln vill därför beskriva hur stigmatisering påverkar omvårdnaden för personer med psykisk ohälsa.

### **Metod:**

En sammanställning av fjorton artiklar med kvalitativ, kvantitativ eller mixad ansats, gjordes i form av en litteraturstudie.

### **Resultat:**

Sammanställningen resulterade i fyra huvudteman: Uppfattningen av patienten, Vårdrelationen, Vårdkvalité samt Sjuksköterskans egen förmåga. Dessa teman bidrog till en samlad bild av stigmatiseringens uttryckliga påverkan på sjuksköterskans arbete.

### **Diskussion:**

Diskussionen analyserar bland annat varför stigmatiseringen får komma till uttryck, hur den kan undkommas och varifrån fördomarna egentligen kommer.

### **Slutsats:**

Studien kommer fram till att det främst är de humanistiska arbetsuppgifterna som påverkas av stigmatiseringen, samt att dessa arbetsuppgifter till stor del baseras på sjuksköterskans subjektiva värderingar. Sjuksköterskan måste i sitt arbete tänka på att visa acceptans och respekt för patientens situation, individuella önskemål och värderingar.

**Nyckelord: Stigmatisering, Sjuksköterska, Omvårdnad, Psykisk ohälsa**

# Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Vad innebär stigmatisering? .....	1
Personer med Psykisk Ohälsa (PPO) .....	1
Förekomst av stigmatisering .....	1
Stigmatiseringens påverkan på patienten .....	2
Sjuksköterskans arbetsuppgifter .....	3
Vårdrelation .....	3
Personcentrerad vård och kommunikation.....	4
Sjuksköterskans etiska handlande .....	4
Ansvar och rättigheter .....	5
Sjuksköterskans ansvar .....	5
Mänskliga rättigheter enligt FN .....	5
Problemformulering.....	5
Syfte: .....	5
Metod .....	6
Litteraturstudie.....	6
Datainsamling .....	6
Urval .....	6
Urvalsprocessen .....	6
Kvalitetsgranskning .....	7
Dataanalys .....	7
Forskningsetiska överväganden.....	7
Resultat.....	8
Uppfattningen av patienten.....	8
Vårdrelationen .....	9
Kommunikation .....	9
Jämlikhet i vårdrelationen.....	10
Individualiserat bemötande .....	10
Vårdkvalité .....	11
Prioritering och beslutsfattande .....	11
Sjuksköterskans egen förmåga .....	12
Ökade krav på omvårdnad .....	13
Diskussion .....	14
Metoddiskussion.....	14

Sökprocess .....	14
Urval och granskning .....	14
Sammanfattad bedömning .....	15
Resultatdiskussion .....	15
Uppfattningen av patienten .....	15
Vårdrelationen.....	16
Vårdkvalité.....	17
Sjuksköterskans egen förmåga.....	18
Sjuksköterskans etiska handlande .....	18
Vidare forskning .....	19
Implikationer för praxis .....	20
Slutsatser .....	21
Referenser: .....	22
Artiklar: .....	22
Böcker:.....	23
Internet:.....	24
Författning: .....	25
Bilaga 1: Söktabell .....	26
Bilaga 2: Kvalitetsgranskning .....	27
Bilaga 3: Citatsammanställning .....	31

# Inledning

Pauline Greenland, en sjuksköterska från Queensland, skrev 2005 en analys av en tankeväckande vårdsituation som påverkat hennes professionella förhållningssätt. På en pediatrik avdelning träffade hon ett spädbarn med sin mor. Analysen beskriver hur mötet med modern färgades av förutfattade meningar, och hur detta påverkade vårdsituationen negativt. Negativa attityder och inställningen "we deal with her type all the time" bland kollegorna fick vårdpersonalen att helt förbise moderns osäkerhet, och hur detta påverkade hennes beteende i vårdsituationen. Sjuksköterskan lät sig påverkas av kollegors fördomsfulla information om patienten och därigenom blev hon icke-professionell i sitt bemötande. Händelsen hjälpte henne att identifiera vilka faktorer som hindrade henne i hennes arbete som sjuksköterska, och hur hon i fortsättningen bättre skulle kunna hantera sina fördomar. För oss påvisade denna studie ett väldigt intressant och viktigt ämne som är högst aktuellt i dagens omvårdnadsarbete. Vi ville därför fördjupa oss mer om hur fördomar och förutfattade meningar skapar stigmatisering och om hur detta kan påverka omvårdnaden.

## Bakgrund

### Vad innebär stigmatisering?

Fördomar, diskriminering, förutfattade meningar och stereotypa indelningar resulterar alla i stigmatisering. Även om begreppen inte är synonyma kan de alla ses som delar i, eller anledningar till stigmatisering. Med en fördom menas en förutfattad, vanligtvis negativ uppfattning om en annan individ eller grupp, en uppfattning som oftast inte är korrekt underbyggd av fakta. Stigmatisering är nära sammankopplat med begreppet attityd, vilket innebär förhållningssätt eller inställning (Psykologiguiden, 2015). Det definieras som ett negativt beteende grundat på fördomar - mer specifikt en individs upplevelse av negativa attityder och fördomar. Det omfattar bland annat social utstötning, och att inte vara betraktad som "normal" (Lilja & Hellzén, 2010).

Fördomar och deras effekt på ens eget handlande är inte någonting som individen nödvändigtvis är medveten om. Bruner och Tagiuri började 1954 forma en teori om detta som senare vidareutvecklats till begreppet "implicit personality theory" (Oxford Reference, u.å.). Utöver medvetna stereotyper inverkar också omedvetna fördomar på individens beteende, även om det inte ligger några illvilliga avsikter bakom. Stigmatisering utgår alltså inte endast från medvetet agerande, utan även från omedvetna fördomar.

### Personer med Psykisk Ohälsa (PPO)

En grupp av patienter som ofta drabbas av fördomar och stigmatisering är Personer med Psykisk Ohälsa (PPO). I den här uppsatsen kommer vi att använda PPO som en övergripande term. Enligt psykiatrisk diagnostik räknas substansberoende som en psykiatrisk diagnos (Psykologiguiden, 2015). Även detta inkluderas i arbetet.

### Förekomst av stigmatisering

#### *Stigmatisering över världen*

Stigmatisering mot PPO förekommer globalt, men är mer utmärkande i vissa delar av världen. Sydafrika är ett exempel på ett sådant land. PPO ses i detta samhälle som galningar, vilket gör det svårt för dem att leva ett normalt liv (Egbe, Brooke-Sumner, Kathree, Selohilwe, Thornicroft & Petersen, 2014). Stigmatiseringen förekommer i samhället och i sjukvården, men också i den egna familjen. PPO förvägras ofta mat och personlig hygien, och många

undviker att söka hjälp hos sjukvården då de som söker ofta blir slagna, skrikna på, ignorerade eller förlöjligade. Sjuksköterskorna uttryckte rädsla, och flera professionella sjuksköterskor i Sydafrika vägrade att ge vård till PPO. Psykiska sjukdomar anses här komma från övernaturliga krafter, onda andar, förbannelser och uppfattas av både familj och sjukvårdspersonal som ett straff (Egbe et al, 2014; Ngui, Khasakhala, Ndetei & Roberts, 2010). I låginkomstländer finns stigmatisering i hög utsträckning hos vårdpersonal, vilket leder till att färre personer väljer att arbeta inom psykiatrin. Stigmatiseringen tar sig ofta uttryck i att sjukvårdspersonal felbedömer patientens värderingar (Ngui et al, 2010).

Stigmatisering förekommer emellertid också i höginkomstländer. En studie från Australien, gjord av Reavley, Mackinnon, Morgan och Jorm (2014), kom fram till att sjukvårdspersonal generellt hade lägre stigmatiserande attityder än resten av befolkningen, men när det kom till viljan att hålla ett socialt avstånd från PPO fanns det ingen skillnad mellan grupperna. Ngui et al. (2010) uttrycker att något som framkallar stigmatisering mot patientgruppen är om deras problem ses som icke behandlingsbara, vilket gör dem till en ekonomisk börda då de inte kan bidra till samhället.

I USA undersökte McGinty, Goldman, Pescosolido & Barry. (2015) hur stigmatiseringen skiljde sig åt beroende på beskrivningen av PPO i media. Vad media förmedlar visade sig ha en stor influens på befolkningen. Media porträtterar ofta PPO i samband med grova brott, fara och oförutsägbarhet. Porträtterar media abnorma beteenden, som till exempel att prata med sig själv, hallucinationer eller att isolera sig från familj och arbete, bidrar det till att stigmatisering och diskriminering ökar. Befolkningen vill öka det sociala avståndet mellan sig själv och PPO för att undvika fara, och är positiva till tvångsvård. Trots en ökad kunskap kring PPO förekommer stigmatisering och diskriminering fortfarande i lika stor omfattning som den gjorde för 30 år sedan (McGinty et al, 2015; Wahl, 2003).

### ***Stigmatisering hos sjukvårdspersonal***

Stigmatisering hos sjukvårdspersonal har ovan beskrivits som mindre uttalad än stigmatiseringen hos befolkningen, och trots detta utgör den fortfarande ett problem inom sjukvården. Skillnader förekommer mellan olika yrkesgrupper inom vård och omsorg, och variabler som kön, ålder och diagnos spelar in - den mest utsatta diagnosen i studien var schizofreni (Reavley et al, 2014). McGinty et al. (2015) uttrycker att stigmatisering leder till mer stigmatisering. PPO som med hjälp av behandling och interventioner blivit av med sitt problem väljer ofta att inte berätta om detta för vänner och familj. Detta leder till att "lyckliga slut" undanhålls, vilket bidrar till en snedvriden bild av verkligheten som i sin tur bidrar till mer stigmatisering.

### **Stigmatiseringens påverkan på patienten**

Det kan vara enkelt att föreställa sig att PPO är storkonsumenter av vård - verkligheten ser dock helt annorlunda ut. Risken för stigmatisering och rädsla för att få en stämpel på sig får PPO att tvärtom dra sig för att söka sig till sjukvården (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008).

En hög förekomst av somatisk sjukdom hos individer med psykisk sjukdom är bevisad – 50 procent av patienter med psykisk sjukdom har även en diagnostiserad somatisk sjukdom, 35 procent lider av odiagnostiserade medicinska problem, och var femte patient har en medicinsk sjukdom som ytterligare förvärrar deras psykiska tillstånd, detta enligt Felkner et al. (2009) (citerad i Zolnierek, 2009).

Tidigare negativa erfarenheter av bemötande och stigma, både i sjukvården och i det normala samhället, är faktorer som tillsammans med de redan negativa aspekterna av psykisk ohälsa ökar social isolering och ensamhet (Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). PPO är ofta helt eller till

viss del begränsade i sitt sociala samspel med andra, och negativ respons kan begränsa denna förmåga ytterligare (Perese & Wolf, 2009). Stigmatisering kan även förekomma hos familj och vänner till PPO, och risken för ett försämrat socialt stöd för patienten ökar. Patienten blir i högre grad ensam i sina problem, utan de stödjande skyddsnet som annars ofta synliggörs vid framför allt kris och/eller sjukdom. Isolering kan fungera som en skyddsmekanism mot den negativa attityd som individen riskerar att möta i samhället. En självvald isolering kan inte ses som en synonym till ensamhet, men Borge, Martinsen, Ruud, Watne, & Friis. (1999) har visat att fler än hälften av individerna med allvarlig psykisk ohälsa upplever problem med ensamhet. Detta belyser ytterligare djupet i problemet - om individen saknar den buffert och det stöd som vänner och relationer utgör mot livets svårigheter (Boydell, Gladstone & Crawford, 2002), och istället möts av negativa attityder och stigma i samhället - vad har individen att förvänta sig av sjukvården?

Följande citat från Jormfeldt (2006) sammanfattar väl den utmaning som PPO ställs inför:

*"Det är mycket svårt att "tvätta av sig" en stämpel som bråkmakare eller okunnig om man väl fått den på sig, både i sina egna och i andras ögon. Det blir då svårt att använda det sociala sammanhanget som en arena för meningsfulla handlingar som syftar till att skapa positiva relationer" (s.33 Jormfeldt, 2006).*

## Sjuksköterskans arbetsuppgifter

Citatet ovan beskriver en utmaning som inte bara PPO står inför utan även sjuksköterskan. Vilka strategier kan sjuksköterskan använda för att effektivt bryta den norm som beskrivs ovan? Hur ska sjuksköterskan skapa positiva erfarenheter för att motverka de negativa?

## Vårdrelation

Att skapa en god vårdrelation omfattar att lindra lidande, främja trygghet, autonomi, delaktighet och empowerment samt att möjliggöra personcentrerad vård. Detta är kanske vad som krävs för att bryta de negativa erfarenheterna som kommer av stigmatiseringen? Dessa begrepp är viktiga för sjuksköterskans profession. För att skapa en god vårdrelation bör sjuksköterskan vara medveten om att varje patient har unika värderingar och upplevelser. Patient och vårdare ska visa respekt för varandra och förstå att de ser verkligheten på olika sätt (Wiklund, 2009). Villkor för att en god vårdrelation ska kunna uppnås är bland annat gemensam tillit till varandras problemlösningsförmåga. Vårdaren ska se patienten ur ett helhetsperspektiv och inte som en diagnos (Nyström, 2009). I en studie gjord av O'Brien (2001) uttryckte deltagarna att en god vårdrelation med en sjuksköterska skapade en trygg hamn eller ett säkerhetsnät. Att veta att sjuksköterskan fanns där för dem gav dem en möjlighet att leva med sin sjukdom. En vårdrelation med en sjuksköterska skapa trygghet, då en social gemenskap inte finns att tillgå eller inte räcker till. Wiklund (2009) har beskrivit vårdlidande som en konsekvens av en icke fungerande vårdrelation.

En respektfull vårdrelation och dialog mellan patient och sjuksköterska är en viktig aspekt som främjar delaktighet (Eldh, 2012). När patienten får vara delaktig i vårdrelationen omfattar detta bland annat att ha en allierad, att ha valmöjligheter, att bli respekterad och att dela på makten (O'Brien, 2001). När sjuksköterskan delar med sig av makten i en vårdrelation, är detta ett uttryck för empowerment. Vårdaren ska främja empowerment genom att främja hjälp till självhjälp och se styrkor, förmågor och rättigheter hos patienten istället för behov och brister. Detta omfattar ömsesidig tillit och respekt där ingen part känner sig underordnad. (Lidén, 2009). Empowerment kan enligt Svedberg (2006) bidra till en minskad stigmatisering.

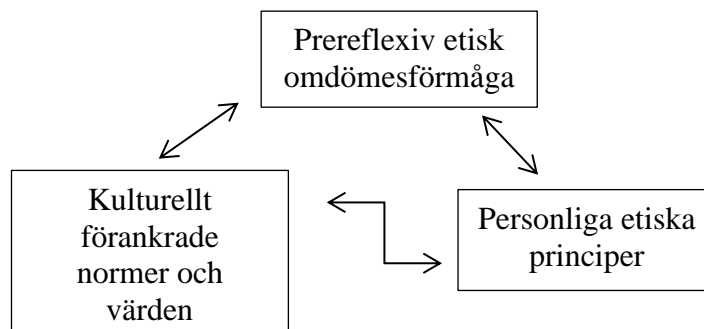
## Personcentrerad vård och kommunikation

Personcentrerad vård är ett begrepp som alltmer genomsyrar den svenska omvårdnaden idag. När en sjuksköterska ska vårda en patient med psykisk ohälsa är det viktigt att visa förståelse för att patienten inte ska känna sig dömd. Flera patienter tog upp att de inte var stolta över sin psykiska sjukdom utan snarare kände sig fördömda (O'Brien, 2001). Att sjuksköterskan har en helhetssyn blir extra viktigt när patienten inte själv har det. Istället för att fokusera på individens sjukdom eller specifika avvikande beteende ses helheten av människan och uppmuntrar patientens delaktighet i sin egen vård. Detta holistiska synsätt involverar livsberättelser och erfarenheter, för att få en sammantagen bild av alla olika aspekter som format personen som söker vård, och dennes individuella behov (Fossum, 2013).

Sjuksköterskans förmåga att kommunicera är viktig, speciellt vid de tillfällen då patientens förmåga brister. Hinder för en god vårdrelation kan till exempel vara brist på tid - samtal och god kommunikation är nämligen ofta det första som försvinner i en stressad miljö (Nyström, 2009). För att säkerställa patientens delaktighet är det viktigt att främja förutsättningarna för detta. En viktig aspekt handlar om information, korrekt anpassad till den individuella patienten så att denna kan få insikt och ta informerade beslut.

## Sjuksköterskans etiska handlande

Birkler (2011) beskriver hur sjuksköterskans etiska praktik styrs av tre kategorier: Prereflexiv etisk omdömesförmåga, personliga etiska principer och kulturellt förankrade normer och värden. Samspelet mellan dessa kategorier avgör sjuksköterskans etiska handlande. När det råder jämvikt mellan de tre kategorierna handlar sjuksköterskan utan att reflektera, men när det förskjuts åt något håll uppstår en brytpunkt och sjuksköterskan måste stanna upp och reflektera för att kunna välja rätt handlande. Sambandet mellan dessa kategorier gestaltas i figur 1.2.



Figur 1.2 – De tre kategorier som enligt Birkler (2011) styr sjuksköterskans etiska handlande

Prereflexiv etisk förmåga handlar om sjuksköterskans intuitiva förmågor att hantera etiska dilemman. Detta baseras på erfarenhet och känsla. Sjuksköterskans handlande förekommer ofta den faktiska reflektionen. Kulturellt förankrade normer handlar om sammanhanget sjuksköterskan befinner sig i. Kollegorna på vårdinstansen har normer och värden mellan sig som gäller för alla. Det är inga nerskrivna regler, men alla känner ändå av dem och reagerar på om de inte följs. När det kommer nya sjuksköterskor till avdelningen skolas de in och uppfostras till att följa de gemensamma normerna. De anpassas kulturellt till den nya miljön. Sjuksköterskan både stöds och begränsas i den normativa ram som finns på arbetsplatsen. I



andra sammanhang kallas detta även för vårdkultur. Personliga etiska principer, handlar om de normer och värderingar som utvecklats i privatlivet. Sjuksköterskans personliga erfarenheter och uppfostran ligger till grund för dessa. Om sjuksköterskans etiska principer inte stämmer överrens med de kulturellt förankrade normerna och värderingarna på avdelningen leder detta till ett brott, vilket i sin tur leder till reflektion innan handling.

## Ansvar och rättigheter

Sjuksköterskan har även skyldigheter gentemot lagar och förordningar.

### Sjuksköterskans ansvar

I sjuksköterskans etiska kod finns ett antal punkter som knyter an till problemformuleringen. Sjuksköterskan ska främja en miljö ”där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).” Sjuksköterskan ska även ansvara för ”att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information (Svensk sjuksköterskeförening, 2014)”. Detta är förenligt med bestämmelser i Patientlagen, kapitel 3, paragraf 6 och 7 (2014:821).

Sjuksköterskan ska dessutom verka för ”jämlighet och social rättvisa när det gäller fördelningen av resurser, tillgång till hälso- och sjukvård och andra vård- och omsorgstjänster (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).” Detta finns också omnämnt i patientlagen, kapitel två, paragraf 6 (2014:821). ”Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).” I Sverige finns även en diskrimineringslag som säger att all diskriminering är förbjuden ”i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (2008:567)”. Sjuksköterskan har också ett ansvar i att bemöta patienten med ”respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).”

### Mänskliga rättigheter enligt FN

FN:s förordning om grundläggande mänskliga rättigheter är också applicerbar när det gäller sjukvård. Bland annat är det värt att nämna artikel 1, "Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter", samt artikel 22, "Var och en har, i egenskap av samhällsmedlem, rätt till social trygghet" (FN, 2012). PPO har samma rättigheter som övriga samhällsmedlemmar till samhällets trygghetssystem, vilket i Sverige inkluderar den fria sjukvården.

## Problemformulering

Stigmatisering av personer med psykisk ohälsa är ett uttalat problem inom sjukvården. Detta leder till att individer drar sig för att vända sig till vården när behovet finns. Vad som är mindre känt är vad som gör att stigmatiseringen uppkommer och hur den kommer till uttryck. I inledningen beskrivs en sjuksköterska som, hos både sig själv och sina kollegor, upplevde stigmatisering i sin professionella roll och såg negativa effekter på vårdkvalitén. Det behövs mer forskning kring den här typen av stigmatisering för att förstå vad den kan få för effekter och hur den ska hanteras, och därför är det av stor vikt att undersöka detta ytterligare.

## Syfte:

Att beskriva hur stigmatisering påverkar sjuksköterskans omvårdnad för personer med psykisk ohälsa.

# Metod

## Litteraturstudie

En litteraturstudie är enligt Friberg (2012) en strukturerad arbetsmetod med syftet att, för ett specifikt område eller problem, skapa en översikt över kunskapsläget. Genom att analysera befintlig forskning kan det skapas en bättre grundad uppfattning av problemet och dess olika aspekter, exempelvis vilken existerande forskning som finns respektive saknas, samt vilka metoder som tidigare använts för att belysa problemet. Ett specifikt intresse utvecklas via analyser av litteratur och forskning och leder till en ökad förståelse, och genom denna sammanställning skapas ny litteraturbaserad kunskap.

## Datainsamling

För att finna forskning relevant för omvårdnadsområdet användes databaserna Cinahl och PubMed till litteraturstudiens datainsamling, samt databasen Scopus för viss referenssökning. Fler än en databas användes för att få ett bredare resultat av artiklar vid sökningarna. Inledande sökningar för att kartlägga området omfattade sökord som: *Stigma, mental disorders, mental illness, impact, nurse-patient relations* samt *attitude of health personel*. Efter den inledande kartläggningen beslutades, med hjälp av MeSH-termer och CinahlHeadings, framför allt sökord som *stigma, nursing* och *mental disorders* vara relevanta för fortsatta sökningar. Dessutom användes Cinahls funktioner som ”major subject” i sökningarna. Se Bilaga 1 för fullständig data om sökprocessen.

## Urval

### Urvalsprocessen

Vid sökningen av artiklar granskades i första hand titlarna i träfflistan, följt av abstract till de artiklar som ansågs relevanta. Det visade sig snabbt att även om forskningen kring förekomsten av stigmatisering mot psykisk ohälsa är omfattande, så var det svårt att finna studier som representerade vårt exakta syfte, nämligen effekten av denna stigmatisering på omvårdnad. Innan slutligt urval av artiklar kunde göras var det därför nödvändigt att utöver abstract även lägga större tyngdpunkt på att granska artiklarnas resultat, för att se om detta presenterade någonting relevant för studiens syfte. Utöver detta involverade en stor del av sökprocessen även manuella sökningar, där sökningar efter ytterligare artiklar även gjordes i artiklarnas referenslistor. Detta presenterade i vissa fall resultat något äldre än de inklusionskriterier vi från början hade tänkt oss, men eftersom dessa artiklar var referenser i mer aktuella artiklar som matchade inklusionskriterierna, ansåg vi att dessa ändå kunde inkluderas.

Under sökprocessen användes inklusions- och exklusionskriterier för att vinkla sällningen av artiklar mot syftet. Inklusionskriterierna var krav på etisk granskning, samt Peer Reviewed, för att artiklarna skulle kunna vara med i litteraturstudien. Kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades, och även några artiklar med blandad metod. Huvudsakligt fokus låg på sjuksköterskan som arbetade i mer generell sjukvård— andra yrkeskategorier exkluderades. Ett par studier med sjuksköterskor inom psykiatri valdes ändå att tas med för deras relevans till resultatet. För att få en global spridning på resultatet, valdes artiklar från olika geografiska områden. Tillgång till artiklarna var en nödvändighet -vissa artiklar exkluderades endast på grund av att fulltext inte gick att få tag på via Göteborgs universitetsbiblioteks databas.

## Kvalitetsgranskning

Två granskningsmallar användes: SBU:s granskningsmall (2014) för de nio kvalitativa studierna, samt Landstingets i Östergötlands (LÖ) (u.å.) protokoll för granskning av de tre kvantitativa studierna. Båda mallarna refererar vidare till Evidensbaserad omvårdnad av Willman, Stoltz & Bahtsevani. (2006). För de två artiklarna med blandad kvantitativ och kvalitativ metod hittades ingen granskningsmall, istället gjordes en subjektiv bedömning med granskningsmallarna som stöd.

SBU:s granskningsmall omfattade 21 punkter. Eftersom granskningsmallen var mycket utförlig betraktades ett resultat på över 16 poäng som hög kvalitet och över hälften som medelkvalitet. Beslutet att ha just 16 poäng som en gräns för hög kvalitet togs då alla frågor inte bedömdes vara applicerbara på alla studier. Därför valdes en gräns på 75 procent av full poäng för hög kvalitet, och 50 procent för medelkvalité.

LÖ:s granskningsmall omfattade totalt 14 ja-och-nejfrågor. Inte heller här bedömdes alla frågor vara relevanta för samtliga av de kvantitativa studierna. Beslutet togs att även här applicera en poänggräns på 75 procent för hög kvalitet, samt 50 procent för medelkvalité vid kvalitetsbedömningen.

Sammanfattningsvis granskades nio kvalitativa artiklar, tre kvantitativa artiklar, samt två artiklar med mixad metod. Ingen artikel bedömdes ha för låg kvalitet för att kunna användas i studien. Vissa av artiklarna bedömdes ha medelkvalité, baserat på avsaknad av exempelvis redovisad analysmättnad samt forskarnas relation med urvalet. Resultatet bygger till större delen på kvalitativa studier, vilka har en begränsad generaliserbarhet. Få av studierna uppmärksammar problematiken kring detta.

## Dataanalys

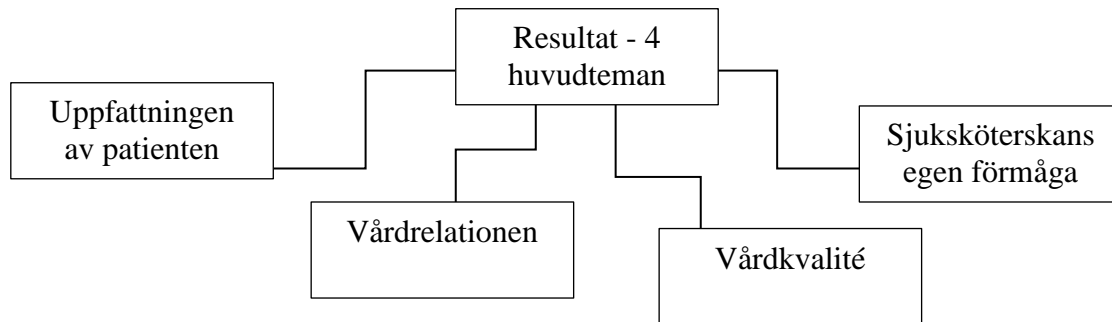
Författarna till studien läste noggrant igenom artiklarna var för sig. Innehåll som var relevant för syftet och kunde användas i resultatet markerades. Artiklarnas resultat sammanfattades främst för att vara ett stöd för minnet men också för att få en övergripande bild av informationen. Eftersom syftet är smalt kunde inte alla delar i alla artiklar användas. Flera av artiklarna hade syften som tangerade litteraturstudiens frågeställning, men inte helt besvarade den. I dessa artiklar togs endast de delar som var viktiga för syftet med. Efter första genomläsningen sammanställdes separat teman i samtliga artiklar, för att senare jämföra med varandra. Då temana i stort sett var enhetliga ansågs analysen av materialet vara trovärdig, och en slutlig kartläggning av gemensamma teman kunde göras.

## Forskningsetiska överväganden

Samtliga artiklar har fått ett etiskt godkännande, dock är det ingen av dem som bidrar med utförligare etisk diskussion. Vissa av studierna omfattade skriftligt medgivande från deltagarna, och vissa studier inkluderade deltagarnas slutliga granskning och godkännande av dataanalysen.

# Resultat

En sammanställning och jämförelse av artiklarnas resultat utmynnade i fyra stycken övergripande teman som var relevanta mot denna studies syfte. Dessa teman gestaltas i figur 1.1.



Figur 1.1 – Sammanställning av resultatets huvudteman

## Uppfattningen av patienten

Den dominanta uppfattningen hos sjuksköterskor när det gäller att vårda PPO är negativ, och någonting som inte är önskvärt (Mavundla, 2000). De vanligaste åsikterna handlar om att dessa patienter är oberäknliga, svårhanterliga samt farliga och aggressiva.

PPO uppfattas även som svåra att kontrollera i studierna av (Reed & Fitzgerald, 2005; Lethoba, Netswera & Rankhumise, 2006). I studien av Lethoba et al. (2006) tyckte 76 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna att patienterna är oberäknliga. Denna instabilitet uppfattade sjuksköterskorna som ett hinder i arbetsprocessen (Mavundla, 2000) och bristen på förmåga att kontrollera detta oönskade beteende resulterade i en minskad känsla av säkerhet på arbetsplatsen (Reed & Fitzgerald, 2005). Se citat 1 (bilaga 3).

En annan vanlig uppfattning är att denna patientgrupp associeras med ett svårt beteende, vilket inte fick sjuksköterskorna att känna sig uppskattade (Reed & Fitzgerald, 2005, Wolf et al, 2015). Sjuksköterskor förväntar sig problem med dessa patienter (Mavundla, 2000), och många känner att det inte ingår i deras roll att hantera denna typ av beteende (Reed & Fitzgerald, 2005).

Den kanske mest återkommande uppfattningen av PPO är att patienterna anses farliga och skapar rädsla hos sjuksköterskorna (Kukulu & Ergün, 2007; MacNeela, Scott, Treacy, Hyde & O'Mahony, 2012; Mavundla, 2000; Reed & Fitzgerald, 2005 & Wolf et al, 2015). Rädslan kan ha sitt ursprung i flera faktorer. Många upplever denna typ av patienter som aggressiva och/eller våldsamma (Mavundla, 2000; Reed & Fitzgerald, 2005 & Wolf et al, 2015) och därmed en risk för andra patienter och vårdpersonal. I en studie om attityder mot patienter med schizofreni av Kukulu & Ergün (2007) hade 76 procent av sjuksköterskorna uppfattningen att patienterna var aggressiva.

En annan faktor är rädsla över att den egna förmågan och kunskapen inte är tillräcklig, vilket i sin tur kan skapa en rädsla för ett eventuellt ansvar i situationer som är svåra att hantera och

även en rädsla för att säga fel sak, och därmed orsaka patienten skada eller öka risken för fara (Mavundla, 2000; Reed & Fitzgerald, 2005). Se citat 2 och 3 (bilaga 3).

Slutligen, i studien av McDonald, Frakes, Apostolidis, Armstrong, Goldblatt & Bernardo (2003) jämfördes en urvalsgrupps och en kontrollgrupps respons på ett fiktivt patientfall. Grupperna skulle beskriva omvårdnadsåtgärder som de planerade att vidta, samt deras upplevda sannolikhet att den fiktiva patienten matchade ett sjukdomstillstånd som antydde i patientfallet. I urvalsgruppen inkluderades välkänd psykosmedicinering som en extra faktor. Även om en definitiv effekt på omvårdnaden inte här kunde bevisas, så fanns det signifikanta skillnader mellan de två grupperna gällande deras planering samt den upplevda sannolikheten för sjukdom. Detta visar på att sjuksköterskornas stereotyper riskerar att inverka på hur omvårdnaden planeras, och som följd också dess effektivitet och kvalitet. Detta styrks av Reed & Fitzgerald. (2005), som menar att sjuksköterskornas attityd mot patienten är länkad med faktorer som påverkar patientens omvårdnad.

## Vårdrelationen

Vårdrelationen är ett återkommande tema i samtliga studier. Sjuksköterskor som etablerat en god vårdrelation beskriver att de får mycket positiv feedback tillbaka från patienten. Detta ledde till att den positiva feedbacken blev en morot för att fortsätta etablera goda vårdrelationer. Erfarenheten av att ta hand om PPO blev positiv. Då sjuksköterskan, av olika anledningar, inte klarade av att bilda en fungerande vårdrelation blev feedbacken från patienten negativ. Sämre vårdrelationer gav upphov till missnöjda patienter, vilket påverkade omvårdnaden negativt. Detta eftersom ogillande och negativa attityder förstärks av de missnöjda patienterna. (Reed & Fitzgerald, 2005). Fenomenet talar för vikten av att etablera en god vårdrelation. För att kunna göra detta krävs bland annat god kommunikation, jämlikhet i vårdrelationen och ett individualiserat bemötande.

## Kommunikation

En viktig del i vårdrelationen är god kommunikation. 98 procent av sjuksköterskor som arbetade på vårdcentraler identifierade i en studie att lyssna och att utveckla kontinuerliga vårdrelationer som sina styrkor i arbetet med PPO. I samma studie uttryckte sjuksköterskorna att patienterna ofta anförtrorde dem saker. De tyckte att det var viktigt att ge dem tid att göra detta. De ansåg att patienterna valde dem att prata med eftersom de tyckte att sjuksköterskor var en sympatisk yrkeskategori, och därför att de ofta hade mer tid än läkare (Crosland & Kai, 1998).

Stigmatiseringen mot PPO leder ofta till en sämre kommunikation. En anledning till detta är fördelning av tid. Sjuksköterskor i hemsjukvården uppgav att de inte lägger tillräckligt med tid på patienter med missbruk för att hinna kommunicera och därigenom utveckla en kontinuerlig vårdrelation (Peckover & Chidlaw, 2007). Sjuksköterskorna uttryckte att de fokuserar på att få de medicinska uppgifterna gjorda och komma därifrån så fort som möjligt, då de inte vill stanna längre än nödvändigt. Eftersom patientgruppen upplevs som farlig ledde det till kortare möten som komprimerade möjligheten för patienten och sjuksköterskan att hinna lära känna varandra. Detta utgjorde en kontrast mot samma sjuksköterskors diskussion om andra patienter, då de la mer tid på god kommunikation och omvårdnad än på de medicinska uppgifterna (Peckover & Chidlaw, 2007). En studie av Lethoba et al. (2006) resulterade i signifikanta skillnader mellan hur mycket tid anställda med olika lång erfarenhet ansåg sig ha att tilldela PPO. Majoriteten av sjuksköterskorna med mindre än två års erfarenhet (55 procent) och mellan fem och tio års erfarenhet (66 procent) uppgav att de inte hade tid att vårda patienter med psykisk ohälsa. Samtidigt hade 56,3 procent av sjuksköterskorna med mellan tre och fyra års erfarenhet tillräckligt med tid för att vårda

patienterna. PPO lägger stor vikt vid att få tillräckligt med tid och att bli lyssnade på när det handlar om att utveckla en relation. De uttrycker också att även kroppsspråket har stor betydelse i ett samtal. Om vårdpersonalen indikerar chock eller äckel med sitt kroppsspråk som respons på det personen berättar bidrar detta till en icke fungerande kommunikation (Shattell, McAllister, Hogan & Thomas, 2006).

Många sjuksköterskor i en studie gjord av Reed & Fitzgerald.(2005) uttryckte att de undvek djupare samtal. Se citat 4 (bilaga 3). Hur kommunikationen med PPO sker kan skilja sig åt mellan kvinnor och män. Hälften av männen i en studie från Sydafrika tyckte att det var normalt att skrika på patienter med psykisk ohälsa, jämfört med endast 14 procent av kvinnorna (Lethoba et al, 2006).

### **Jämlikhet i vårdrelationen**

En förutsättning för att vårdrelationen ska fungera är jämlikhet, vilket förstärks av patienterna i en studie gjord av Shattell et al. (2006). Vidare uttryckte patienterna att avslappnad konversation hjälpte dem att jämna ut maktskillnaderna. En deltagare i en studie gjord av Akhavan & Tillgren (2015) uttryckte att det var otrevligt när sjukvårdspersonalen pratade över huvudet på patienterna. En annan uttryckte att patienterna borde få vara delaktiga i sin egen vård. De trodde även att sjukvården skulle bli mer jämlik om den var mer rättvis - om sjukvården var lika tillgänglig för alla och om patientens sociala status flyttades upp i vårdhierarkin skulle jämlikheten öka. De ansåg inte att sjuksköterskan alltid visste bäst.

### ***Sjuksköterskan vet bäst***

I en studie gjord av MacNeela et al. (2012) skulle sjuksköterskor föreslå omvårdnads mål och interventioner till ett fiktivt patientfall gällande PPO. Interventionerna de föreslog var försäkrans, uppmuntran och strukturerade avtal; försäkrans kommer att utvecklas ytterligare under nästa rubrik. Sjuksköterskorna tänkte använda uppmuntran som en del i att forma patientens attityd till ett önskvärt beteende och för att överkomma motstånd. Intentionen bakom valet av uppmuntran var att den fiktiva patienten skulle uppnå sjuksköterskans förutbestämda mål.

I strukturerade avtal ingick bland annat uppfodrande, påstridiga förslag och förhandlande. Sjuksköterskans arbete blev i denna kontext att upprätthålla normativa standarder, även om det innebar att förhandla med patienten. Förhandlingarna gick ut på att sjuksköterskan ville uppnå den lägsta accepterade normen för beteende, då inget annat fungerade. Interventionen kunde även innehålla direkta avslag kring patientens uttryckta preferenser. När sjuksköterskorna i studien ser den fiktiva patienten som en svår patient legitimerade det begränsande interventioner. Eftersom båda interventionerna valdes med intentionen ökad compliance gav detta upphov till en tänkt vårdrelation där sjuksköterskan hade makten (MacNeela et al, 2012). I en studie av Kukulku & Ergün. (2007) svarade 80,7 procent av sjuksköterskorna att patienter diagnostiserade med schizofreni inte är kapabla att ta beslut som påverkar deras egna liv. Detta betyder att sjuksköterskan inte tagit del av patientens berättelse som en individ, utan som en gemensam berättelse för alla med samma diagnos. Bemötandet har inte varit individualiserat.

### **Individualiserat bemötande**

För att sjuksköterskor ska kunna skapa en god vårdrelation med patienter måste de ha ett individuellt bemötande. De måste ta del av patienternas värderingar och normer, och respektera dessa. Detta kom Kukulku & Ergün. (2007) fram till i en studie om sjuksköterskors hantering av patienter med schizofreni. I en studie gjord av Lethoba et al. (2006) svarade 80 procent av de manliga sjuksköterskorna och 51,5 procent av de kvinnliga att de trodde att PPO tyckte om att vara i centrum av uppmärksamhet. De åstadkom detta genom avvikande

beteende, till exempel genom att ta av sig sina kläder eller genom att prata med sig själva när de befann sig i en folkmassa. Majoriteten av kvinnorna och männen ansåg även att PPO inte brydde sig om hur de såg ut. Peckover & Chidlaw (2007) upptäckte att det saknades helhetssyn och empati i omvårdnaden trots att kompetent klinisk vård bedrevs. De såg att sjuksköterskorna i studien inte diskuterade PPO i personliga eller individuella termer. Sjuksköterskorna hade i sina sinnen skalat av patienternas personligheter. PPO sågs på grund av detta inte längre som individer utan hade blivit avhumaniserade.

Tidigare togs en studie, utförd av MacNeela et al. (2012), upp där sjuksköterskor fick föreslå omvårdnads mål och interventioner till ett fiktivt patientfall. En av dessa interventioner var försäkrans, som i artikeln är ett samlingsnamn för strategisk rådgivning och olika kommunikationsstrategier. Tanken med interventionen var att genom samtal med patienten skulle sjuksköterskan kunna samla in relevant data och patienten skulle bli mindre spänd. Sjuksköterskorna pratade om interventionen på ett sådant sätt att det blev tydligt att den, istället för att vara personcentrerad, skulle syfta till att omedelbart minska svårigheterna med patienten. Sjuksköterskorna var inte intresserade av att låta patientens åsikter och tankar vara en del i omvårdnaden, vilket inte bidrog till en god vårdrelation. I en studie av Lethoba et al. (2006) kom de fram till att många sjuksköterskor hade svårigheter med att utveckla vårdrelationer med PPO. 100 procent av deltagargruppen under tjugofem år svarade att de inte kunde etablera en god vårdrelation med en patient med psykisk ohälsa. I de andra åldersgrupperna svarade minoriteten detsamma, medan majoriteten uttryckte att de kunde etablera en god vårdrelation.

## Vårdkvalité

Citat 5 (se bilaga 3) kommer från en studie där sjuksköterskor som arbetade på akuten intervjuades om sina upplevelser av omhändertagandet av PPO. Personalen ställde i triagen inte tillräckligt djupa frågor angående risk för våld, mot sig själv och andra. De prioriterade inte heller att göra suicidriskbedömningar. När triagen gav en olämplig bedömning ledde detta till sämre kontinuitet i vården, brist på uppföljning, medicinska komplikationer, suicidalitet och brist på respekt för patientens privata sfär (Wolf et al, 2015). Vårdpersonalens negativa uppfattningar av PPO på vårdcentraler påverkade deras tillhandahållande av vård, vilket i sin tur påverkar vårdkvaliteten negativt (Akhavan & Tillgren, 2015). En studie från Turkiet presenterar resultat där sjuksköterskornas negativa attityder i vårdandet av patienter med schizofreni leder till en sämre vårdkvalité och påverkar vårdrelationen negativt (Kukulu & Ergün, 2007).

Trots att vissa sjuksköterskor låter stigmatisering leda till en sämre vårdkvalité finns det de som har en motsatt åsikt. Sjuksköterskorna i Sharrock & Happells. (2006) studie anser att PPO har rätt till vård med hög kvalité och att sjuksköterskan som profession har en viktig roll i att kvalitetssäkra den. Några av patienterna uttryckte att jämlikhet i vården, som är en del i en hög vårdkvalitet, är att bli behandlad med respekt och bli lyssnad på. De förväntar sig även att vårdpersonalen ska ha kunskap om deras sjukdomar och ta deras symptom på allvar (Akhavan & Tillgren, 2015). Citat 6 (se bilaga 3) är ett bra exempel på att detta inte alltid är fallet.

## Prioritering och beslutsfattande

Stycket ovan belyser även en viktig del av sjuksköterskans arbete, nämligen beslutsfattande och prioritering. I triagen på en akutmottagning sker en konstant prioritering där patienternas tillgång till vård avgörs, men PPO blir ofta nedprioriterade. Se citat 7 (bilaga 3).

Sjuksköterskorna på akutmottagningen upplevde att de diskriminerande attityderna påverkade deras beslutsfattande och prioritering negativt, på grund av stereotypa fördomar och subjektiva beslut (Wolf et al, 2015). Detta handlar inte endast om sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning, utan förekommer även på andra avdelningar. MacNeela et al. (2012) kom fram till att även sjuksköterskor som arbetar på medicinsk – kirurgiska avdelningar påverkades i sin prioritering. Sjuksköterskorna valde omvårdnads mål som, istället för att vara i patientens individuella intresse, påverkade det avvikande beteendet till ett mer normativt sådant, och bidrog till en lugnare avdelning. Reed & Fitzgerald. (2005) gjorde en liknande upptäckt då sjuksköterskorna i studien prioriterade renlighet och hygien över psykologiskt välmående samtidigt som medicinskt tvång användes för att kontrollera beteende.

I hemsjukvården påverkades sjuksköterskornas beslutsfattande av fördomar. En vanlig fördom handlade om säkerhetsrisker för sjuksköterskan relaterat till rädsla, vilket tidigare beskrivits. Denna fördom ledde till att sjuksköterskan valde att bedriva vården i en klinisk miljö istället för i patientens hem. Detta val baserades inte på en systematisk riskbedömning, utan på sjuksköterskans fördomar (Peckover & Chidlaw, 2007). En annan studie som diskuterar sjuksköterskans förmåga till beslutsfattande är MacNeela et al. (2012). Studien undersöker sjuksköterskor som arbetar på medicinsk – kirurgiska avdelningar på allmänna sjukhus. De fick först delta i en övning som handlade om beslutsfattande där deltagarna fick tänka högt kring ett fiktivt fall. De deltog sedan i intervjuer där de själva fick välja en egen erfarenhet att berätta om. I studien framkommer två attityder kring PPO; dels en riskorienterad attityd som även beskrivits i Reed & Fitzgerald. (2005), och dels en sårbarhetsattityd. Deltagarna uttryckte dessa attityder både i övningen och i intervjuerna, där de oftast höll sig till samma attityd oberoende av om fallet var fiktivt eller verkligt. Sjuksköterskorna som uppfattade patienten som sårbar fick en passiv och hjälplös roll i relationen. Detta leder till en brist på autonomi och självkontroll hos sjuksköterskan, vilka är attribut som är nödvändiga för beslutsfattande. Sjuksköterskan blir svag för patientens subjektiva upplevelser och känner en förstörd sympati gentemot patienten. Sympati är något som PPO i studien gjord av Shattell et al. (2006) uttrycker att de inte uppskattar eftersom de anser att det är olämplig, vilket visar att attityden inte är i patientens intresse.

## Sjuksköterskans egen förmåga

Aspekter som tidigare nämnts, i form av rädsla, oberäknliga patienter och känslan av förlorad kontroll, är alla faktorer som lägger en grund för osäkerhet. Osäkerhet påverkar i sin tur sjuksköterskans självförtroende, och därmed den egna förmågan i yrkesrollen. Se citat 8 (bilaga 3). Vård av PPO ökade i många fall sjuksköterskans egen känsla av sårbarhet. Känslan av sårbarhet, minskad kontroll och osäkerheten kring att hantera patienter med ett svårt beteende påverkar sjuksköterskans bild av sig själv och sin professionella roll. I studien identifierades det att sjuksköterskans känsla av att inte vara tillräcklig orsakade ångest. Ångesten ledde sedan ofta till så kallade "coping strategies", bland annat i form av undvikande beteende samt emotionell bortkoppling i omvårdnaden. Detta resulterade i en omvårdnad där PPO inte behandlades jämlikt med andra patienter, och där deras behov inte möttes. Se citat 9 (bilaga 3).

I vissa studier aktualiserades aspekter kring att denna typ av omvårdnad inte egentligen ingår eller borde ingå i sjuksköterskans profession. Sjuksköterskorna i studien uttryckte att omvårdnad av PPO aktualiserade en yrkesroll som sjuksköterskorna inte var utbildade eller tränade till att axla (Reed & Fitzgerald, 2005). Detta stöds av Crosland & Kai. (1998) som kom fram till att 63 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna uttryckte en oro kring att råka inkräkta på andra professioners yrkesroller.



Trots de negativa aspekterna som nämnts, finns det en viktig faktor att ta upp kring sjuksköterskornas vilja till förbättring. Många av studierna identifierade en önskan till mer kunskap och utbildning inom området, för att bättre kunna vara denna patientgrupp till hjälp. (Wolf et al, 2015; Reed & Fitzgerald, 2005; Crosland & Kai, 1998). Crosland & Kai (1998) kom fram till att 61 procent av sjuksköterskorna var villiga att utöka sin roll om de fick adekvat stöd. Dock uttrycktes det i samma studie att vissa barriärer står i vägen för detta – 89 procent menade att tiden var otillräcklig, och 80 procent tyckte att arbetsbördan redan var för tung. Ökad kunskap och tillgång till stöd ansågs öka sjuksköterskans känsla av trygghet samt minska ångest, och denna i sin tur ledde till en ökad förmåga att ge god omvårdnad (Reed & Fitzgerald, 2005). Se citat 10 (bilaga 3).

### **Ökade krav på omvårdnad**

Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell. (2012) kom fram till att stigmatisering mot PPO tillsammans med resursbrister av olika slag interagerade och resulterade i höga krav på sjuksköterskor för att säkerställa att patienterna fick den vård de hade rätt till. Stigmatiseringen kom inte från sjuksköterskorna själva, utan från andra personalkategorier. Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde motvilja och olust hos specialiserad personal och allmänläkare som var förpliktade att ta emot PPO för att behandla fysiska problem. Sjuksköterskorna fick därför arbeta hårt för att PPO skulle ta mod till sig och uppsöka denna personal, och för att personalen skulle ta emot dem. När sjuksköterskorna inte kunde ge ett snabbt och tydligt svar om vägen för vård till PPO ledde detta ofta till ångestladdade reaktioner, vilket påverkade vårdrelationen negativt. Detta problem uttrycktes också av distriktsjuksköterskor i hemsjukvården. Allmänläkarna de samarbetade med ville helst inte ta emot PPO på grund av den ökade arbetsbördan. (Peckover & Chidlaw, 2007).

Liknande problematik upptäcktes även av Lovi & Barr. (2009) i intervjuer med sjuksköterskor som arbetade på beroendekliniker. Sjuksköterskorna beskrev motstånd hos personal på generella vårdavdelningar mot att ställa upp för dem vid personalbrist. Vissa sjuksköterskor vägrade, medan andra kom in på avdelningen med en mycket fientlig attityd. I de fall beroendeklinikens patienter vårdades på andra avdelningar på sjukhuset var det mycket sällan sjuksköterskorna hörde av sig till beroendekliniken för att få rätt rutiner. Detta ledde till att många av patienterna inte fick återbesök bokade. Sjuksköterskorna på beroendekliniken fick på grund av detta föra sina patienters talan för att se till att de fick den vård de hade rätt till. Detta inbegrep även att hålla miljön på avdelningen säker och trygg, att se till att patienterna inte blev utslängda om de fick ett återfall, samt att se till att personalen som avlöste dem hade rätt kompetens. Sjuksköterskorna tyckte att den kirurgiska avdelningen prioriteras högre än beroendekliniken. Att det fysiska prioriterades högre än det psykiska på de generella avdelningarna beskrivs även i en studie gjord av Sharrock & Happell. (2006). Miljön på avdelningarna gjorde det svårt att inkorporera psykisk vård, trots att många av patienterna var i behov av båda delarna. Resursbrister som beskrivs i studierna är bland annat personal-, tid-, plats- och ekonomibrister (Wolf et al, 2015), men också att prioritet ligger på de fysiska problemen och att vården är mycket uppgiftsinriktad (Sharrock & Happell, 2006). Tillsammans skapar stigmatiseringen och resursbristen ökade krav på sjuksköterskan som måste se till att vården planeras, att samarbete mellan olika instanser och professioner fungerar, samt att vården håller en hög kvalitet och är kontinuerlig (Happell et al, 2012).

# Diskussion

## Metoddiskussion

### Sökprocess

Vissa svårigheter uppenbarade sig under sökprocessen. Framför allt belystes en brist på forskning som exakt matchar syftet, vilket framhävde ett behov av att gå djupare i artiklarna och analysera deras resultat för att kunna bedöma huruvida de var användbara och matchade mot studiens syfte.

Det initiala syftet var annorlunda formulerat vid arbetets början. Istället för effekten på omvårdnad var planen att analysera effekten på sjuksköterskans arbete. Dessa två fenomen är nära besläktade i sin natur, men omvårdnad bedömdes i större omfattning vara applicerbart mot de resultat som framkom under sökprocessen, då detta framkom tydligare än specifik inverkan på sjuksköterskans arbete.

Vissa aktuella exklusionskriterier kunde inte användas direkt i databassökningen, utan fick istället ingå i den manuella sällningen av träffar. Detta omfattar exempelvis huruvida det var patienter eller sjuksköterskor som var drabbade av psykisk ohälsa, och därmed drabbade av stigmatisering.

Valet gjordes att utöver psykisk ohälsa inkludera substansberoende. Detta utökade mängden användbara träffar under sökprocessen, samt det slutliga urvalet av artiklar, och ledde till ett fylligare resultat. Det kan tyckas att detta val gjorde problemområdet alldeles för brett, men då forskningen som matchar studiens specifika syfte är väldigt begränsad var detta inte fallet.

### Urval och granskning

Under sök- samt urvalsprocessen existerade ingen egentlig begränsning i tid/årtal för artiklarnas publicering. Ett spann på 10 samt 15 år användes i databassökningarna, dock valdes majoriteten av artiklarna genom andrahandskällor såsom referenslistor. Tyngpunkten låg här på artikelns relevans för studiens syfte, och inte på artikelns ålder. Bristen på forskning inom det specifika ämnet, samt det faktum att läget kring denna typ av stigmatisering har stått som oförändrat under en längre tid, resulterade i bedömningen att en begränsning i tid inte var nödvändig. Detta anses inte ha påverkat studiens resultat negativt.

Då tillgång till fulltext via Göteborgs Universitets databas var en nödvändighet, fanns det artiklar av eventuellt intresse för studiens syfte som inte kunde inkluderas i resultatets urval. Detta kan ha lett till att studien gått miste om viss aktuell forskning. Artiklarnas kvalitet granskades med hjälp av vedertagna verktyg, samt med ytterligare tillvägagångsstöd i litteraturen (Friberg, 2012; Willman et al, 2011).

Resultatet grundar sig på artiklar med en vid global spridning och visar en samlad bild av sjuksköterskor och patienter från olika delar av världen. Denna bild kan inte ses i förhållande till ett enda land, utan måste ses som en helhet där olika kulturer, samhällen och människor blandas in. Dock är detta högst relevant i en värld där landsgränserna löses upp med invandring, utvandring, flykt och globalisering. Vi kan ta del av varandras kulturer, nyheter, känslor och åsikter så enkelt nu att ett land inte längre kan ses som en avgränsad del utan som en del i en krympande värld.

Resultaten analyserades separat av båda studieförfattarna, för att sedan jämföras gemensamt. Fyra övergripande huvudteman kunde här identifieras, och resultatet kunde sorteras upp efter denna indelning

Slutligen måste det påpekas att all tolkning som gjorts av artiklarna har grundat sig på författarna till studiens perspektiv och förståelse. Att undkomma denna aspekt av subjektivitet är svårt.

### **Sammanfattad bedömning**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur stigmatisering påverkar omvårdnaden för personer med psykisk ohälsa. Resultatet som har framkommit belyser att flertalet aspekter av stigmatisering är aktuella inom vården och påverkar sjuksköterskan i dennes arbete samt omvårdnad av patienter. Den aktuella temaindelningen i resultatet valdes, dels baserat på gemensamma teman som framkom i resultatets innehållsanalys, samt dels på vad som bäst svarade mot syftet.

## **Resultatdiskussion**

### **Uppfattningen av patienten**

Omvårdnad omfattar att styrka individen och dennes resurser och styrkor - inte att helt ta ifrån patienten autonomi och makt. I resultatet ser vi fördömande attityder, och sjuksköterskor som redan från början tycker och tänker en hel del över huvudet på patienten. Sjuksköterskan beslutar ofta själv huruvida ett problem är av vikt eller ej, istället för att utgå från individens behov och vad denne tycker är viktigt i den aktuella situationen. Detta strider mot essensen i personcentrerad vård. Sjuksköterskornas grundantagande verkar här vara att patientens beteende ska kunna kontrolleras. Men enligt delaktighet och empowerment ska inte patienten kontrolleras. Tvärtom, patienten ska styrkas för att själv kunna ta makten över sitt eget beteende (Sävenstedt, 2009), stödjas i sitt självbestämmande (Jormfeldt, 2006) och vara delaktig i sin egen vård (Eldh, 2012). Om patienten inte får vara delaktig, skapar detta en känsla av maktlöshet som i sin tur är en riskfaktor för att förvärra sjukdom.

Genom att försöka kontrollera patientens beteende kan resultatet bli att sjuksköterskan förvärrar sjukdomen istället för att främja hälsa (Jormfeldt, 2006). Sjuksköterskan har då gått emot professionens syfte och gör inte längre sitt arbete. Om sjuksköterskan istället hade arbetat med empowerment hade detta höjt patientens självkänsla och lett till minskad stigmatisering (Svedberg, 2006). Det hela bottenar i att sjuksköterskan måste se styrkor, förmågor och rättigheter samt visa respekt för patienten för att ge god omvårdnad, något vårt resultat visar tydliga brister i. Dock kan det finnas aspekter som talar emot detta resonemang. I vissa fall är det svårt att skilja på fördömning och realistisk farhåga, i de fall då en patient i verkligheten är farlig för vårdpersonal och närstående. Hos denna patient ska sjuksköterskan ändå kunna se styrkor och möjligheter, och främja delaktighet, dock kanske inte i den omfattning som är aktuell för andra patienter. Detta återkopplar till att omvårdnaden måste baseras på individen och dennes förutsättningar.

Det framkommer att ett okontrollerbart beteende ses som ett hinder och en osäkerhet på arbetsplatsen. Aggressivitet är ett beteende som ofta representerar något annat. En person är inte aggressiv bara för sakens skull. Det kan stå för till exempel rädsla, ångest eller lidande. Att sjuksköterskan sätter sin egen säkerhet i första rummet är inte konstigt, men när detta sker kan patienten bli försummad. Sjuksköterskan bör vara extra uppmärksam på lidande, eftersom det är subjektivt och kan vara svårt att uttrycka. Om sjuksköterskan inte ser vad aggressiviteten står för sviker hon patienten. Patienterna uttryckte att sjuksköterskan var en bro mellan schizofreni och verklighet, vilket betyder att det är möjligt för sjuksköterskan att inta en annan roll än rädsla. Vid somatisk sjukdom är ångesten ofta starkare - sjuksköterskan behövs då för att ge förutsättningar för tröst och att visa att en medmänniska är intresserad.

Enligt O'Brien (2001) kan patienterna döma sig själva för att de har en psykisk sjukdom. Det är då extra viktigt att sjuksköterskan visar förståelse och inte dömer patienten. Trots detta ser vi i resultatet att sjuksköterskan dömer patienten för dennes psykiska sjukdom. Vad gör detta med patientens självbild? Kan sjuksköterskan vårda personcentrerat om hon redan på förhand dömt patienten efter dennes beteende? Detta är ett exempel av många där normer och värderingar skulle kunna ligga till grund för sjuksköterskans tankesätt. Även vårdkulturen på arbetsplatsen är intressant att undersöka i relation till resultatet. Kan stigmatiseringen ha sin grund i sjuksköterskans normer? Hur ska stigmatiseringen minskas, och kan stigmatiseringen göras medveten?

### **Vårdrelationen**

Som tidigare nämnts är respekt, kommunikation samt att utgå från ett helhetsperspektiv viktiga aspekter i en god vårdrelation. Om det saknas kommunikation mellan patient och sjuksköterskan kan det inte heller existera en bra vårdrelation, vilket kan leda till vårdlidande (Wiklund, 2009). Brister i kommunikation och en dåligt fungerande vårdrelation skapar sedan i sin tur dåliga förutsättningar för övriga grundläggande omvårdnadsbegrepp, såsom trygghet, autonomi, delaktighet, empowerment samt personcentrerad vård. Problemen kretsar mycket kring det holistiska perspektiv och den personcentrerade vård som dagens omvårdnad är uppbyggd kring, och som vi i studiens resultat funnit tydliga brister i. Sjuksköterskorna visar ofta upp ett beteende som, oavsett om det är grundat i rädsla, brist på tid eller brist på kunskap, inte är förenligt med detta perspektiv. Omvårdnadens planering och genomförande grundas på diagnoser och negativa förväntningar på problem som kan uppstå, och inte på individen och dennes individuella behov. Att i omvårdnaden inte se individen och utgå från denne stämmer över huvud taget inte överens med riktlinjerna i dagens omvårdnad. En dålig vårdrelation skapar dålig vårdkvalité, vilket i förlängningen leder till missnöjda patienter och fortsatt stigmatisering inom sjukvården.

Förutsättningar för grundläggande omvårdnadsbegrepp är någonting som ska främjas av sjuksköterskan i omvårdnaden. En god vårdrelation skapar enligt O'Brien (2001) trygghet, och omfattar även en aspekt av tillit. Sjuksköterskan måste bidra till att skapa trygghet för patienten - om sjuksköterskan inte har tid eller vilja att se individens behov, kan trygghet inte skapas. Detsamma gäller för delaktighet och empowerment. Patienten ska få vara med och bestämma i omvårdnaden, och genom samarbete med sjuksköterskan främja egenmakt och känslan av egen förmåga. Resultatet visar istället på en klar ovilja hos sjuksköterskorna att inta en aktiv roll i omvårdnaden av PPO. De vanligaste problemen som uppstår grundar sig i rädsla, brist på tid och/eller kunskap, eller i en redan negativ, förutfattad uppfattning av patientgruppen. En tydlig avhumanisering sker, där patienterna behandlas utifrån sin diagnos och de problem som sjuksköterskan förväntar sig utifrån denna, istället för att bli behandlade som individer. När sjuksköterskan inte intar sin roll som vårdare för patientgruppen strider det mot förordningar. FN säger till exempel att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter (FN, 2012). Sjuksköterskans egna skyldigheter tar upp jämlik och social rättvisa i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I relation till detta framstår avhumanisering, och ovilja till att ge omvårdnad som ett brott mot jämlikheten i vården. Jämlikhet har visat sig vara en viktig aspekt i vårdrelationen, och har därför en stor effekt på den efterföljande vårdkvalitén. Jämlikhet är även någonting som patienterna själva efterfrågar i en god omvårdnadsrelation. Stereotyper är inte förenliga med en jämlik relation; snarare motverkas detta då man istället för att se en individ ser en diagnosgrupp.

Vissa diagnoser är mer utsatta än andra när det gäller stereotyper, exempelvis anses schizofreni som "värst" bland de psykiatriska diagnoserna (Reavley et al, 2014). Så fort sjuksköterskan kategoriserar patienten till en grupp förknippad med negativa fördomar och

åsikter, ställer hon sig över patienten. Omvårdnaden kretsar ofta kring att forma patienten efter hanterbara och accepterade normer, istället för att försöka arbeta utifrån och/eller runt existerande problem och förutsättningar. Sjuksköterskan anser sig veta bäst; ett paternalistiskt perspektiv som över huvud taget inte är förenligt med autonomi och delaktighet. Ibland anses PPO inte kapabla till att ta beslut relaterade till sitt eget liv - en stereotyp baserad på en grupp och inte utifrån en individuell bedömning. Sjuksköterskan måste arbeta med en förmåga till acceptans, och inte utifrån en fördömande attityd. Situationen borde accepteras som den är, och utifrån detta sker sedan planering av arbete och behov av åtgärder. En större faktor av acceptans i sjuksköterskans arbete motverkar också negativa eller opassande reaktioner på patienternas beteende och/eller berättelser, en respons som visat sig kunna skada relationen mellan sjuksköterska och patient.

En tanke som väckts hos författarna till denna uppsats är att vad patienterna uttrycker i studier och vad litteraturen säger om hur omvårdnaden bör vara, ofta stämmer överrens. Detta gäller exempelvis kommunikationen, där patienterna uttrycker att de vill vara på samma nivå som sjuksköterskan. De uttryckte också att kroppspråket spelar stor roll i ett samtal. Flertalet patienter uttryckte att chock eller äckel inte är ett adekvat sätt att reagera på när någon berättar om sig själv. Detta kan ses som självklart, men belyser också behovet av ytterligare utbildning hos sjuksköterskan. Ett förslag till utbildning är att sjuksköterskan får möjlighet att lära sig av och utveckla vårdrelationer med PPO under handledning. I resultatet konstaterades det att en god vårdrelation ledde till positiv feedback från patienterna, och vice versa. Detta minskar även stigmatisering. Kanske skulle en lyckad vårdrelation med PPO samt ett större fokus på patientens funderingar och önskemål kunna bidra till en bättre omvårdnad. Sjuksköterskan kan sedan sprida sina positiva erfarenheter vidare till sina kollegor, och i fortsättningen kan de tillsammans skapa en ny vårdkultur.

### **Vårdkvalité**

Den kvalitetsgranskning som görs av sjukvården, verkar fokusera på om de praktiska arbetsuppgifterna blir gjorda eller inte. De uppgifter som har med fysisk vård att göra som till exempel blodprover, läkemedelshantering, nålsättning m.m. De humanistiska arbetsuppgifterna blir ofta lidande, som till exempel samtal, bemötande och tidsprioritering. Dessa arbetsuppgifter är kopplade till sjuksköterskans etiska handlande som tidigare nämnts, varför även de påverkas av sjuksköterskans subjektiva värderingar. I studien gjord av McDonald et al. (2003) kunde det inte bevisas att stigmatiseringen påverkade omvårdnad. De undersökte enbart praktiska arbetsuppgifter. Detta kan vara eftersom sjuksköterskorna på avdelningen de har undersökt är så inrutade i sina arbetsuppgifter att de gör dem på rutin. Eftersom studien inte har undersökt exempelvis bemötande, samtal och vårdrelationer har ingen signifikans kunnat påvisas. I studier med kvalitativ ansats där de humanistiska arbetsuppgifterna undersökts, finns det däremot mycket som talar för att omvårdnaden påverkas. Vårt resultat visar att medan de praktiska arbetsuppgifterna förblir opåverkade, begränsas de humanistiska arbetsuppgifterna kraftigt, och både omvårdnaden och patientens upplevelse påverkas negativt. Problemet är att studier med kvalitativ metod är svårare att forma evidensbaserad forskning kring. Vidare kvantitativ forskning kring hur stigmatisering påverkar sjuksköterskans humanistiska arbetsuppgifter krävs, även om det kan bli svårt att genomföra. Det framkommer i resultatet att stereotyper har en betydelse vid initial bedömning av vårdbehov. Frågan är om detta är ett verktyg eller ett problem i omvårdnaden - eller om det rentav kan vara både och beroende på situationen? Stereotyper kan i vissa fall underlätta ett mer rutinbaserat omvårdnadsarbete, men riskerar tyvärr att vara en inkörsport till ojämlig vård och en icke individualiserad omvårdnad.

## **Sjuksköterskans egen förmåga**

Sjuksköterskans motvilja att arbeta med PPO skulle kunna ligga i ett medvetet val. Sjuksköterskorna i studierna har på ett eller annat sätt valt att arbeta på medicinska avdelningar och på samma sätt valt bort psykiatrin. Visserligen borde kanske det valet respekteras eftersom människor har rätt till att bestämma vart de vill arbeta. Samtidigt har personen valt att bli sjuksköterska. I samhället finns en stor heterogen grupp patienter, som består av bland annat personer med psykisk ohälsa, gamla, unga, personer med fysiska handikapp och rökare. Dessa grupper återkommer i vården, inte uppdelade på varsin avdelning. Utan på alla avdelningar. Kanske kan viljan att inte arbeta med PPO jämföras med vilken socialt icke accepterad diskriminering som helst. Detta är inte kompatibelt med patientens rätt till vård samtidigt som det strider mot Diskrimineringslagen (2008:567). Även om sjuksköterskan gjort ett medvetet val angående vilken patientgrupp denne vill arbeta med kan valet inte accepteras. Trots detta försöker samhället dela upp avdelningarna på detta sätt. Resultatet visar att avdelningarna ibland är så specialiserade att det blir svårt för sjuksköterskorna att bedriva holistisk vård. Samtidigt är det så vården är uppbyggd.

Resultatet tyder på att det finns stigmatisering hos andra personalkategorier. Detta ökar kravet på att sjuksköterskan kritiskt sållar all information hon får, från samhället, chefer, kollegor, media och läkare. Vi har i resultatet sett hur sjuksköterskor försöker skydda sina patienter från stigmatisering, samtidigt som vi har sett sjuksköterskor som själva stigmatiserar, medvetet och omedvetet. Hur kommer det sig då att vissa sjuksköterskor stigmatiserar och andra inte? Artiklarna svarar på varför sjuksköterskor med brist på utbildning stigmatiserar. Samtidigt finns det deltagare i studierna som inte stigmatiserar trots brist på utbildning. Om vi återgår till teorin av Birkler (2011) så skulle detta kunna handla om något som ligger i sjuksköterskans personliga etiska principer. Det kan röra sig om ett resultat av uppfostran, eller om erfarenheter kring till exempel en anhörig med liknande problematik som patienten. Detta skulle kunna vara ett svar på hur stigmatiseringen och den ojämlika vården kan brytas. Mer forskning krävs för att belysa detta samband.

## **Sjuksköterskans etiska handlande**

För att sjuksköterskan ska kunna basera sitt handlande på erfarenhet krävs kunskap och utbildning, vilket många av artiklarna tar upp (Wolf et al, 2015; McDonald et al, 2003; MacNeela et al, 2012; Crosland & Kai, 1998; Lethoba et al, 2006; Lovi & Barr, 2009 & Peckover & Chidlaw, 2007). Att Birkler (2011) i teorin tar upp Prereflexiv etisk omdömesförmåga som en kategori visar på hur djupt förankrad tilliten till sjuksköterskans intuition är i vården. Kanske är det denna tillit som gör att ojämlikheten i vården kring PPO har fått fortsätta, utan att någon form av kvalitetsgranskning uppmärksammat detta. Vårt resultat visar dock att sjuksköterskan inte kan förlita sig på sina intuitiva förmågor fullt ut. Kanske är det när sjuksköterskan går på sin magkänsla som vården blir subjektiv och ojämlig.

Även kategorin Kulturellt förankrade normer är subjektiv. Eftersom det handlar om flera personer blir den kollektivt subjektiv och därför svårare att bryta än om den hade varit individuell. Birkler (2011) tar främst upp positiva resultat i teorin. Till exempel att handlande som strider mot den etiska normen och därför är oetiskt betraktas som ohysat, och därför inte accepteras. Vad som inte tas upp är när de kollektiva normerna utesluter en patientgrupp och därför är oetiska i sig. Det borde då bli det etiska handlandet som betraktas som ohysat och inte accepteras, varför detta resulterar i en begränsning. Denna begränsning märks tydligt i vårt resultat, där sjuksköterskornas kollektiva uppfattning av patienterna är att de är aggressiva och okontrollerbara.

I resultatet märks det tydligt att sjuksköterskorna i studierna från Turkiet och Sydafrika uttrycker starkare fördomar, och utövar mer uttalad stigmatisering än i de andra studierna, som främst kommer från höginkomstländer. Kanske hör detta samman med kollektiva normer på vårdinstanserna. I Egbe et al. (2014), beskriver de hur utbredd diskrimineringen mot PPO är i det sydafrikanska samhället, vilket skulle kunna betyda att den också är mer tillåten i vårdssammanhang. Det skulle då kunna vara så att det i vårdkulturen anses konstigt att inte diskriminera en person med psykisk ohälsa, medan uttrycklig diskriminering i höginkomstländer ofta är tabu. Detta skulle kunna förklara skillnaden mellan studiernas resultat.

I studien av McGinty et al. (2015) framkommer medias påverkan på befolkningens fördomar. Eftersom även sjukvårdspersonalen är en del av befolkningen, är frågan om inte även de påverkas av hur mediabilden framställer PPO. Eftersom även sjuksköterskans Personliga etiska principer är i sin natur mycket subjektiv kan slutsatsen dras att alla tre kategorierna som påverkar sjuksköterskans etiska handlande är just subjektiva. Subjektivitet är, som resultatet visar, inte en bra grund för att bedriva jämlik vård.

### **Vidare forskning**

I resultatet tas två attityder upp, en attityd där patienten uppfattas som en risk och en där patienten uppfattas som sårbar. I studien är det olika sjuksköterskor som arbetar utifrån de olika attityderna. Valet av attityd påverkar sjuksköterskans arbetssätt och vilka interventioner som används i omvårdnaden. Attityderna påverkar även sjuksköterskans professionella roll. I studien finns inga patienter representerade varför attitydens påverkan på patienten inte kunnat fastställas. Då den sårbarhetsorienterade attityden framkallar sympati hos sjuksköterskan och detta inte är något patienten uppskattar kan vi dock anta att attityderna inte är bra för patientens välmående. Hur kan dessa attityder identifieras i sjukvården? Finns det andra attityder som ännu inte upptäckts? Att attityderna är ett resultat av stigmatisering har påvisats -frågan är hur de ska hanteras. Detta är ett område som kräver vidare forskning.

I resultatet finns även en sektion om tid där det påvisas att sjuksköterskor med olika lång erfarenhet har olika mycket tid till patienterna. Funderingar kring detta inbegriper om detta är ett administrativt fenomen, där sjuksköterskor med olika lång erfarenhet har olika arbetsuppgifter, en generationsskillnad eller något annat. I samma studie fanns också information om att 100 procent av alla under 25 år upplevde att de inte kunde forma en vårdrelation med PPO (Lethoba et al, 2006). Tyvärr finns ingen annan studie med liknande resultat att jämföra detta fynd med. Därför måste diskussionen begränsas till spekulationer och hänvisa till vidare forskning. Samma sak måste konstateras kring skillnaden mellan kvinnor och män som denna studie också fann.

Specialiserad somatisk vård bedrivs på somatiska avdelningar. Om ett annat somatiskt problem uppstår, får en annan specialiserad somatisk avdelning ta hand om detta. Utbyte av information sker och vissa personalkategorier, framförallt läkare, får ta hand om ”sina” patienter oavsett vilken avdelning de ligger på. Varför fungerar inte det här samarbetet med psykiatri? Kan det ha att göra med att den naturvetenskapliga skolan värderas högre än den humanvetenskapliga? Eller är det för att psykiatri på många sätt är mer komplex än de medicinska sjukdomarna? Tiden kanske inte räcker till för att stanna och prata med patienten, trots att behovet finns där. Om sjuksköterskan inte anser sig ha tid, blir inte kontentan att patienten inte har någon alls att prata med? Detta framhäver ett problem med överbelastning inom vissa områden av dagens sjukvård. Ett övergripande fenomen i resultatet var brist på tid, där nödvändig fysisk vård prioriteras över psykiska behov. Det är inte säkert att detta bara gäller PPO. Även andra patienter som befinner sig i en kris i livet på grund av medicinsk

sjukdom kan ha behov av samtal. Kanske kan ett samarbete mellan fysisk och psykisk vård hjälpa sjuksköterskan i omvårdnaden. Behovet av avdelningar för både fysisk och psykisk vård behöver forskas kring. Kan det öka jämlikheten i vården, kan det minska stigmatiseringen och kan det öka vårdkvalitén för alla patientgrupper, inte bara PPO?

Mer forskning krävs också för att belysa sambandet mellan personliga erfarenheter och medvetandegjord stigmatisering, trots brist på utbildning. Varför stigmatiserar vissa sjuksköterskor och inte andra, trots samma utbildningsgrad? Grundar det sig i personliga etiska principer eller en brist på reflektion innan handling? Är det en genus- eller generationsfråga? Sjuksköterskans personlighet och sociala härkomst kan ha stor inverkan - vissa kan ha mer omfattande fördomar än andra, exempelvis baserat på personlighetstyp, grupptillhörighet och/eller världsbild.

Det finns forskning om fler minoritetsgrupper som stigmatiseras i vården, exempelvis utländsk härkomst, HBTQ, och minoriteter i landet. Frågan är vem som är den normala patienten, och hur många procent av den totala patientgruppen denne faktiskt utgör?

Vidare kvantitativ forskning kring hur stigmatisering påverkar sjuksköterskans humanistiska arbetsuppgifter krävs, även om det kan bli svårt att genomföra.

### **Implikationer för praxis**

Resultatet belyser många aspekter som är viktiga för att kunna ge en god omvårdnad. Sjuksköterskan måste göras/bli medveten om de fördomar hon har och varifrån de kommer, samt hur hon med dessa kan riskera att påverka både vården, patienten och sina medarbetar. Sjuksköterskan måste uppmärksamma dessa fördomar och se hur de påverkar henne i hennes arbete.

En kontinuerlig utvärdering bör ske i arbetet: Varför gör jag så här? Varför känner jag så här? Är detta grundat i evidens, eller är det baserat på en vårdkultur? Hur ska jag bete mig i den här situationen och hur ser jag på den här patienten?

Fördomar kan inte utrotas men de kan hanteras med rätt vilja. Detta har bevisats eftersom det finns sjuksköterskor som kan motstå stigmatiseringens påverkan på omvårdnaden. Ett förslag till utbildning är att sjuksköterskan får möjlighet att lära sig av och utveckla vårdrelationer med PPO under handledning.



## Slutsatser

En sämre vårdrelation skapar sämre vårdkvalité, vilket i förlängningen leder till missnöjda patienter och fortsatt stigmatisering inom sjukvården. Vårt resultat visar att medan de praktiska arbetsuppgifterna förblir opåverkade, begränsas de humanistiska arbetsuppgifterna kraftigt, och både omvårdnaden och patientens upplevelse påverkas negativt. Kanske skulle en lyckad vårdrelation med PPO samt ett större fokus på patientens funderingar och önskemål kunna bidra till en bättre omvårdnad. Sjuksköterskan kan sedan sprida sina positiva erfarenheter vidare till sina kollegor, och i fortsättningen kan de tillsammans skapa en ny vårdkultur.

Sjuksköterskan måste arbeta med en förmåga till acceptans, och inte utifrån en fördömande attityd. Patientens situation borde accepteras som den är, och utifrån detta planeras sedan arbetet och behov av åtgärder. Det hela bottenar i att sjuksköterskan måste se styrkor, förmågor och rättigheter samt visa respekt för patienten för att ge god omvårdnad, något vårt resultat visar tydliga brister i. Vi har i diskussionen kommit fram till att sjuksköterskans etiska val i högsta grad grundas på subjektiva normer och värderingar, vilket är en grogrund för fördomar och stigmatisering. Detta påverkar även de humanistiska arbetsuppgifterna som nämns ovan. Frågan är om det inte behövs en objektiv kategori för sjuksköterskan att förhålla sig till för att välja rätt handling. Detta för att förhindra omedveten stigmatisering och öka även minoritetspatientens tillgång till rättvis och jämlik vård.

Sjuksköterskans personliga erfarenhet, attityd och etiska handlande baseras ofta på en subjektiv grund. Subjektivitet är, som resultatet visar, inte en bra grund för att bedriva jämlik vård.

## Referenser:

### Artiklar:

- Akhavan, S., & Tillgren, P. (2015). Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: A mixed methods study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 65-12. doi:10.1186/s12939-015-0196-5
- Borge, L., Martinsen, E., Ruud, T., Watne, O., & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 50(1), 81-84.
- Boydell, K., Gladstone, B., Crawford, E. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 123-131.
- Crosland, A., Kai, J. (1998). "They think they can talk to nurses": practice nurses view of their roles in caring for mental health problems. *British Journal of General Practice*, 48, 1383-1386.
- Egbe, C.O., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G., Petersen, I. Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: Perspectives from key stakeholders (2014) *BMC Psychiatry*, 14 (1), art. No. 191, .DOI: 10.1186/1471-244X-14-191
- Greenland, P. One nurse's experience with the effects of assumptions and judgements on practice. (2005) *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 18 (3), pp. 268-272.
- Happell, B., Scott, D., Plantain-Phung, C., Nankivell, J. (2012). Rural physical health care services for people with serious mental illness: a nursing perspective. *Australian journal of rural health*, 20, 248-253.
- Kukulu, K., Ergün, G. (2007) Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 302-309.
- 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.
- Lovi, R., Barr, J. (2009). Stigma experienced by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi Study. *Contemporary nurse*, 33(2), 166-178.
- MacNeela, P., Scott, A., Treacy, M., Hyde, A., O'Mahony, R. (2012) A risk to himself: Attitudes toward psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units. *Research in Nursing & Health*, 35, 200-213.
- Mavundla, T. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569-1578 10p. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01661.x
- McDonald, D., Frakes, M., Apostolidis, B., Armstrong, B., Goldblatt, S., & Bernardo, D. (2003). Effect of a psychiatric diagnosis on nursing care for nonpsychiatric problems. *Research In Nursing & Health*, 26(3), 225-232 8p.
- McGinty, E.E., Goldman, H.H., Pescosolido, B., Barry, C.L. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma

and discrimination (2015) *Social Science and Medicine*, 126, pp. 73-85. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.010

Ngui, E.M., Khasakhala, L., Ndeti, D., Roberts, L.W. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective (2010) *International Review of Psychiatry*, 22 (3), pp. 235-244. DOI: 10.3109/09540261.2010.485273

O'Brien, L. (2001). The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe mental illness: The client's experience. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 176-186.

Peckover, S., Chidlaw, R. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and social care in the community*, 15(3), 238-245.

Perese, E., & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues In Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609 19p.

Pinto-Foltz, M., & Logsdon, M. (2008). Stigma towards mental illness: a concept analysis using postpartum depression as an exemplar. *Issues In Mental Health Nursing*, 29(1), 21-36 16p.

Reavley, N.J., Mackinnon, A.J., Morgan, A.J., Jorm, A.F. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community (2014) *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48 (5), pp. 433-441. DOI: 10.1177/0004867413500351

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, 249-257.

Sharrock, J., Happell, B. (2005). Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian journal of advanced nursing*, 24(2), 9-15.

Shattell, M.M., McAllister, S., Hogan, B., Thomas, S.P. (2006) "She took the time to make sure she understood" Mental health patients' Experiences of Being Understood. 20(5) 234-241

Zolnierok, C. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(8), 1570-1583 14p. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x

Wahl, O. F. (2003). News media portrayal of mental illness: Implications for public policy. *American Behavioral Scientist*, 46(12), 1594-1600. doi:10.1177/0002764203254615

Wolf, L., Perhats, C., Delao, A.M. (2015). US emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the management of behavioral health patients in the emergency department: A mixed methods study. *Australian emergency nursing journal*, 18, 138-148.

## Böcker:

Birkler, J. (2011) *Etiskt hantverk - Att hantera etiska dilemman i klinisk omvårdnad*. Liber: Stockholm.

Bra Böckers lexikon nr 21 SJÖ-STOC. (1989) Stigmatisering. Höganäs: Bra Böcker.

Eldh, A C. (2012) Delaktighet och gemenskap. I Edberg, A-K. & Wijk, H. Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (s. 45-61). Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2013) Framgångsrika kommunikationsmodeller. I Fossum, B. Kommunikation: Samtal och bemötanden i vården (s. 199-221). Lund: Studentlitteratur.

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

Jormfeldt, H. (2006) Hälsa i psykiatrisk omvårdnad – autonomi, gemenskap och meningsfulla handlingar. Skärsäter, I. & Arvidsson, B. Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur

Lidén, E. (2009) Omvårdnadens institutionella inramning. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling. (s.147-178) Lund: Studentlitteratur.

Lilja, L.& Hellén, O. (2010) Vårdares attityder och stigmatisering. I Skärsäter, I. Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå. (s.383-396) Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. (2009) Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. I (Red) Friberg, F., & Öhlén, J. Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt (s.409-424). Lund: Studentlitteratur

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

Sävenstedt, S. (2009) Informations- och kommunikationsteknik som stöd i omvårdnad. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling. (s.435-456) Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2009) Lidande - en del av människans liv. I (Red) Friberg, F., Öhlén, J. Omvårdnadensgrunder - Perspektiv och förhållningssätt (s.295-324). Lund: Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P.& Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

## Internet:

FN (2012). FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtad 2015-10-19, från:

<http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>

Landstinget i Östergötland (u.å.) Protokoll för granskning av vetenskapliga kvantitativa artiklar. Hämtad 2015-10-29, från:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xI8UMtankh8J:vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/242599/Granskningsmall_kvantitativa.dotx+&cd=1&hl=sv&ct=clnk&gl=se)

[xI8UMtankh8J:vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/242599/Granskningsmall\\_kvantitativa.dotx+&cd=1&hl=sv&ct=clnk&gl=se](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xI8UMtankh8J:vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/242599/Granskningsmall_kvantitativa.dotx+&cd=1&hl=sv&ct=clnk&gl=se)

Svensk sjuksköterskeförening (2014) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2015-10-15, från:

[http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Oxford Reference. (u.å.). Implicit personality theory. Hämtad 2015-10-16, från:  
<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095959427>

Psykologiguident (2015). Psykologilexikon. Hämtad 2015-12-16, från:  
<http://www.psykologiguident.se/www/pages/?Lookup=substansberoende>

### Författning:

SBU. (2014) Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik– patientupplevelser. Hämtad 2015-10-29, från:  
[http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

SFS 2008:567. Diskrimineringslag. Stockholm: Kulturdepartementet. Hämtad 2015-10-15, från:  
[https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567\\_sfs-2008-567/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/)

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2015-10-15, från:  
[https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

## Bilaga 1: Söktabell

Datum Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
12/10 Cinahl	Stigma* Nursing Mental disorders	Peer Reviewed 2010-2015	67	12	2	Hapell et al. (2012)
13/10 Cinahl	(MM "Stigma) AND (MH "mental disorders+") AND "nursing"	Peer Reviewed	79	20	2	Kukulu & Ergün (2007)
13/10 Cinahl	(MM "Stigma) AND (MH "mental disorders+") AND "nurse attitudes"	Peer Reviewed	10	3	2	Lovi & Barr (2009)
13/10 Pubmed	"Stereotyping" Or "Prejudice" Or "Social Stigma" AND Mental disorders AND Nurses + Mesh		57	10	5	Peckover et al. (2007)
Manuell sökning						Lethoba et al. (2006)
Manuell sökning						Wolf et al. (2015)
Manuell sökning						MacNeela et al. (2012)
Manuell sökning						Shatell et al. (2006)
Manuell sökning						Sharrock et al. (2006)
Manuell sökning						Crosland & Kai. (1998)
Manuell sökning						McDonald et al. (2003)
Manuell sökning						Akhavan & Tillgren. (2015)
Manuell sökning						Reed & Fitzgerald. (2005)
Manuell sökning						Mavundla. (2000)

## Bilaga 2: Kvalitetsgranskning

Författare	Land	År	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Akhavan + Tillgren	Sverige	2015	The aim of this study is to describe and assess client/patient experiences and perceptions of care in four primary health care units (PHCUs) involved in Sweden's national Care on Equal terms project.	Mixed-method. Fokusgruppsdiskussioner, strukturerade intervjuer och data från NPS.	Två stora kategorier: "Perception of equitable health care" och "To achieve more equitable healthcare" delades in i flera underkategorier.	Hög
Crosland et al.	England	1998	To describe practice nurses' current experiences of caring for patients with mental health problems and to explore their perceptions about enlarging this role.	Enkät-Undersökning	Fyra teman presenteras: Kontakt med patienten, ledning av patienten, utbildningsbehov, samt synen på den egna rollen.	Medel
Happell et al.	Australien	2012	The aim was to ascertain what nurses thought of the availability and appropriateness of physical health services for clients in regional, rural and remote areas, and their own health care provision in that context.	Fokusgruppsintervjuer	Fyra teman identifierades: "Stigma mot psykisk sjukdom", "barriärer till vård", "sjuksköterskans anpassning" och "integration och samhälle".	Hög
Kukulu &	Turkiet	2007	The purpose of	Enkät-	Procentuell	Medel

Ergün	t		this study was to evaluate the attitudes and opinions of nurses who work on psychiatric wards in Turkey concerning individuals who are diagnosed with schizophrenia.	Undersökning	sammanställning av attityder kring schizofreni, hanteringen av patienter, åsikter kring diagnosen, samt åsikter om behandlingen.	1
Lethoba et al.	Sydafrika	2006	The purpose of the research was to describe professional nurses' perceptions of nursing mentally ill people in a general hospital setting and was carried out amongst a sample size of 124 professional nursing staff.	Enkät-Undersökning	Två huvudteman presenterades: "Perception of self", samt "Perception of the mentally ill".	Hög
Lovi& Barr	Australien	2009	The original aim of the study was to explore the experiences of working in an AOD unit.	Djup-intervjuer med öppna frågor	Oanade resultat ledde till en inriktning mot stigma. Analysen gav dessa tre teman: olämpliga omdömen, försvarande roll, utbildning för sjuksköterskor för att öka lämplighet och kunskap.	Hög
MacNeela et al.	Irland	2012	The aim of this study was to assess whether nurses working in general hospitals have access to stereotyped	En separat undersökning i ett större forskningsprogram. "Tänka högt övning" och "critical incident"-	I resultatet framkommer framförallt två olika attityder i förhållande till patienten. En riskorienterad attityd och en	Hög



			perceptions or specialized insights on psychiatric patients.	intervju.	sårbarhetsorienterad attityd.	
Mavundla et al.	Sydafrika	2000	The aim of this study was to explore professional nurses' perception of nursing mentally ill patients in a tertiary hospital in Durban	Fenomenologiska djupintervjuer samt fältanteckningar.	Fyra teman identifierades: Självuppfattning, Uppfattning av patienten, Uppfattning av miljön, Känslor som hindrar omvårdnaden av psykiskt sjuka patienter.	Hög
McDonald et al.	USA	2003	The purpose of this study was to test how knowledge of a patient's psychiatric diagnosis might affect nursing care during an acute medical problem.	Studie med respons på fiktivt patientfall; två grupper samt en kontrollgrupp.	Signifikanta skillnader fanns när det gällde troligheten i den misstänkta somatiska diagnosen, samt i respons på patientens ångestupplevelse.	Hög
Reed & Fitzgerald	Australien	2005	The purpose of this study was to explore rural nurses' attitudes and how they affect care, the problems they associate with providing care, and the impact of education, support, and experience.	Intervjuer. Kvalitativ beskrivande studie.	Analysen bidrog med fyra teman som tillsammans bildade resultatet: "Inte vår roll", "Skräck", "Stöd i utbildning och hjälp" samt "Psykisk omvårdnad integrerat med omvårdnad".	Hög
Sharrock & Happell	Australien	2006	The aim of this study was to explore and describe the subjective experience of nurses in providing care for this client	Grounded theory. Djupintervjuer.	Resultatet presenterades under dessa rubriker: Kontext, Kämpar för tillräcklig kompetens för att ge psykisk	Hög

			group.		omvårdnad, Grundutbildning , Supportsystem.	
Shattell et al.	USA	2006	Studien undersökte psykiskt sjuka patienters upplevelser av att bli förstådda.	Fenomenologisk intervjumetod med öppna frågor	Grunden till att bli förstådd är att bli missförstådd vilket var ett vanligare fenomen hos gruppen. Analysen kom fram till tre teman: ”Jag var viktig”, ”Vi skapade en relation” och ”De kom till min nivå”.	Medel
Wolf et al.	USA	2015	The purpose of this study is to describe US emergency nurses' perceptions of the current state of emergency care for the BHP and to report identified facilitators and challenges.	Mixed-method, där resultaten från en enkät och ett antal intervjuer med öppna frågor används.	De presenterar svaren på fem frågor, där den sista besvaras av intervjuerna.	Hög
Peckover et al.	England	2007	The research aimed to explore the understandings of qualified district nurses who had a role in managing the overall caseload, the wider community nursing team and its resources at the time of the study.	Intervjuer med öppna frågor	Sjuksköterskorna arbetade i hemsjukvården och resultatet berörde bl. a. hur stigman mot drogmissbrukare gjorde att de fick sämre vård.	Hög

## Bilaga 3: Citatsammanställning

### Citat 1

*"...this is consuming the nurse because you're trying to stay on top of what's going on with that patient to provide safe and adequate care, for them, and you know, it's just sometimes overwhelming" (Wolf et al., 2015 s.143).*

### Citat 2

*"Do I have enough knowledge and skill to deal /... / Can I really manage this patient?" (Mavundla, 2000 s. 1573)*

### Citat 3

*"I don't try and delve too much... you would get yourself into a bit of trouble... they could perhaps twist what you say, misconstrue, get it out of context... it's not my place to discuss certain things because I feel that I'm not qualified in that aspect to make comments or agree." (Reed & Fitzgerald, 2005 s.254)*

### Citat 4

*"I probably don't go into things in-depthly enough ... I'm frightened of what I'll find (...)" (Reed & Fitzgerald, 2005 s.254)*

### Citat 5

*"...getting rid of them ... often means sedating them and putting them down, and then we've created another barrier because we can't evaluate the psych(iatric) problem (Wolf et al, 2015 s.144)."*

### Citat 6

*"You can't take the (psychological) component away from someone if they've got a physical problem, and nor should you have to. I mean it's holistic care. Just because someone's got a broken leg doesn't mean they're not going to be sitting there paranoid (Sharrock & Happell, 2006 s.12).*

### Citat 7

*"...no one took his clothes and no one asked him the word, we didn't even know he was suicidal. No one took the time to ask the right questions..." (Wolf et al, 2015 s.144).*

### Citat 8

*"Not knowing what you are doing often makes you uncomfortable. You've got no way of really assessing what is going on and you tend to find that extremely, I mean it's quite horrible." (Reed & Fitzgerald, 2005 s.252)*

### Citat 9

*"Mmm, keep your distance. Yeah, probably not the best treatment for them, but... Well, it's my way of coping. It's an avoidance issue." (Reed & Fitzgerald, 2005 s.252)*

### Citat 10

*"I wasn't as comfortable initially... but the more information we've got about that it makes you feel a lot better..." (Reed & Fitzgerald, 2005 s.252)*