

Erfarenheter av psykiatrisk slutenvård från personer med diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning.

En litteraturstudie.

Experiences of psychiatric inpatient care from people with the diagnosis Borderline Personality Disorder.

A literature review.

Roberto Romboni

Johan Nord

Huvudområde: Omvårdnad AV

Högskolepoäng: 15 hp.

Termin/år: HT, 2017.

Handledare: Åsa Audulv.

Examinator: Ove Hellzen.

Kurskod/registreringsnummer: OM105A.

Utbildningsprogram: Specialistutbildning, Psykiatrisjuksköterska, 60 hp.

Abstrakt

Bakgrund: Emotionellt instabil personlighetsstörning är den typ av personlighetsstörning som är mest förekommande inom psykiatrisk vård. Diagnosen karakteriseras av en interpersonell hypersensitivitet. Personer med denna personlighetsstörning upplever ett livslångt kämpande med de skadliga symtom som diagnosen innebär. **Syfte:** Att beskriva erfarenheter av psykiatrisk slutenvård från patienter med diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning. **Metod:** Litteraturstudie med analys av elva artiklar, publicerade mellan åren 1998-2015. **Resultat:** I artiklarna beskrevs erfarenheter av brist på makt som ett genomgående tema. Patienternas upplevelser var brist på information och de påtalade vikten av att information gavs och att deras autonomi beaktades. De beskrev relationen patient-personal som det viktigaste i den psykiatriska slutenvården. Kommunikation och förmågan att lyssna beskrevs som avgörande egenskaper hos vårdpersonalen. Patienterna upplevde övervägande negativa attityder från vårdpersonal. De önskade ett respektfullt bemötande. De eftersökte en balans mellan kontroll/självkontroll och de uttryckte ambivalens angående tvångsåtgärder i ett symtomlindrande syfte. **Diskussion:** Det är troligt att vårdpersonal lätt blir uttröttade av att arbeta med dessa patienter. Vikten av att kunna kommunicera på rätt sätt betonades av patienterna. Vårdpersonal bör enligt patienterna se personen bakom diagnosen. Riktad utbildning som kan ges till de som arbetar med patientgruppen med inriktning på bemötandet bör vara av godo. När makt utnyttjas blir upplevelsen av den totala vårdtiden troligtvis försämrade. **Slutsats:** Studiens resultat visade på uppenbara brister i vårdpersonalens inställning till patienterna. Det fanns en brist på hur information framfördes och utbyttes. Patienternas känsla av maktlöshet ansågs som ett genomgripande tema för studien.

Nyckelord: Emotionellt instabil personlighetsstörning, erfarenheter, litteraturstudie, psykiatri, slutenvård.

Abstract

Background: Borderline personality disorder is the most common type of personality disorder in psychiatric care. The diagnosis is characterized by a interpersonal hypersensitivity. People with borderline personality disorder suffers a lifelong struggle with the destructive symptoms that characterize the disorder. **Aim:** To describe the experience of hospitalized care from the perspective of people with borderline personality disorder. **Method:** In this literature review eleven articles published in scientific journals between the years 1998-2015 were analysed. **Result:** A comprehensive theme in the findings were experiences of lack of power and limited participation. The participants described that they lacked information and they emphasized the importance of autonomy. Staff-patient relations were described as the most important factor to improve inpatient care. Communication and the ability to listen was crucial for the participants perception of a positive treatment period. The participants experienced a predominance of negative attitudes from health personnel. Instead, they requested a respectful response and a balance between control/self-control and they expressed an ambivalence when it came to coercive measures for symptomatic purposes. **Discussion:** Staff easily became weary when working with these patients. However, the results emphasizes the importance of communicating in the right way. Staff should try to see and understand the person behind the diagnosis. Further, staff education should aim to better understand this patient category. When power is misused by staff, the person might perceive the whole treatment period in a negative light. **Conclusions:** The results of the study revealed obvious shortcomings in the staff's attitude towards the patients. There was a lack of information and exchange of information. Patients' sense of powerlessness was considered a fundamental theme of the study.

Keywords: Borderline personality disorder, experiences, inpatient care, literature review, psychiatric.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Problemformulering.....	7
Syfte	8
Metod	8
Litteratursökning.....	8
Inklusion- och exklusionskriterier	9
Klassificering och värdering av studier	10
Analys	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat	11
Att uppleva makt och maktlöshet i relation till vårdpersonal.....	11
<i>Patienternas erfarenheter av information</i>	12
<i>Patienternas erfarenheter av den vårdande relationen</i>	13
<i>Patienternas upplevelser av vårdpersonalens attityder</i>	15
<i>Patienternas upplevda behov inom psykiatrisk slutenvård</i>	16
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats	22
Referenser	
Bilaga 1 – Översikt av inkluderade artiklar	

Introduktion

Eftersom författarna har arbetat som sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården sedan lång tid tillbaka har de under årens lopp kommit i kontakt med ett flertal patienter med diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning. Deras egna erfarenheter av denna patientgrupp är att den ofta är svår att behandla. Dessa patienter väcker mycket känslor hos vårdpersonal och kräver mycket resurser. Det här innebär att vårdpersonal ständigt reflekterar över hur de bör bemöta dessa patienter. Författarnas egna intryck av att dessa patienter är utmanande för vårdpersonalen stärks av att det finns mycket litteratur och studier på hur vårdpersonal ser på denna patientgrupp (Nehls, 1994).

Mot bakgrund av ovanstående vill författarna flytta fokus från vårdpersonalen till patienterna för att uppmärksamma deras tankar och åsikter. Av särskild betydelse är att beskriva hur patienterna upplevt och erfårit det bemötande de fått av vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården.

Således har författarna valt att analysera vetenskapliga artiklar som har ett patientfokus. Författarnas ambition är att öka medvetenheten och kunskapen hos vårdpersonal om hur de bör bemöta denna patientgrupp på bästa möjliga sätt genom att klargöra vilka bemötanden som fungerar bra, mindre bra eller inte alls, och vilka konsekvenser det här kan få för patienten, positiva som negativa.

Diagnosen benämns i DSM-IV som borderline personlighetsstörning och i ICD-10 som emotionellt instabil personlighetsstörning (Internetmedicin, 2017). Författarna till denna studie har valt den senare benämningen och förkortar denna med EIPS.

Bakgrund

EIPS är den typ av personlighetsstörning som är mest frekvent förekommande inom psykiatrisk vård. I Sveriges befolkning är förekomsten cirka två procent (Herlofson, Ekselius, Lundh, Lundin, Mårtensson, Åsberg, 2010, s. 490). Denna diagnos skiljer sig från övriga personlighetsstörningar genom att tidvis vara *jag*-främmande med låg självkänsla, vilket medför motivation och kontakt inom psykiatrin. Kontakt för psykiatrisk vård söks framförallt i samband med separationskriser, reella eller inbillade, som kan utlösa

panikkänslor och självdestruktivitet samt självskadebeteende (Ottosson, 2015, s. 448). EIPS karakteriseras av en interpersonell hypersensitivitet, en ständig farhåga om att bli övergiven och med intensiva men instabila personliga förhållanden. Andra karakteristiska kännetecken är dålig impuls kontroll och affektiv instabilitet med intensiv ilska. Dessa personer har dessutom visats sig ha nedsatt förmåga i arbetssammanhang, fritid och sociala relationer i jämförelse med personer med exempelvis depression. Personer med EIPS nyttjar i stor utsträckning hjälp från psykiatrisk vård, sociala åtgärder, ambulans och akutsjukvård (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011; Helleman, Goosens, Kaasenbrood & Achterberg, 2014).

DSM-IV ställer diagnoskriterier för EIPS som handlar om ett avvikande mönster i beteende och av upplevelser jämfört med gemene man i den sociokulturella miljön. Det kan handla om hur dessa personer uppfattar sig själva och sin omgivning, hur rimliga gensvaren är rent känslomässigt, interpersonellt samspel och hur de kan kontrollera impulser. De ska uppvisa brister i flexibilitet med mönster och detta ska uppenbara sig i flera sammanhang. Det ska också leda till ett lidande eller en funktionsbrist i viktiga avseenden. Mönstret ska kunna kännas igen från tidig vuxenålder. Ett uteslutande av missbruk, medicinering eller somatisk sjukdom ska göras. EIPS faller under kluster B, tillsammans med bland annat narcissistisk och antisocial personlighetsstörning. För att ställa diagnos finns formulär för självskattning, kallat SCID-II i DSM-IV. Detta fylls i av individen och följs sedan upp med en strukturerad intervju efter att svaren gått igenom av exempelvis en läkare eller sjuksköterska. Dessutom behövs en kollateralinformation då läkaren hämtar ytterligare information från vårdgivare, anhöriga och övriga instanser som har inblick och kunskaper om individen. Summan av självskattningen, intervjun och kollateralinformationen möjliggör diagnosättning (Internetmedicin, 2016).

Författarna till en av de första teorierna kring EIPS, Mahler (1971) och Masterson & Rinsley (1975) föreslog på 70-talet att tillståndet berodde på ett avbrott i utvecklingen under separations- och individualisationsprocessen. Teorin var att under denna process hade personer som senare utvecklade EIPS blivit belönade för beteende som visade på beroende och straffade för att agera mot det autonoma. Författarna lade också det största ansvaret för utveckling av tillståndet på mödrarna, även om båda föräldrarna nämndes. Nutida teorier indikerar att utvecklingen av EIPS troligtvis inte beror på en ensam faktor, snarare är det en kombination av flera stressorer. Dessutom begränsar teorierna sig inte till socialisation över

könen eller mor/dotter-relation. Trauma i barndomen, hereditet, biologiska abnormiteter och sociala faktorer är något som bör räknas med. Kvinnor är överrepresenterade hos EIPS, hypotesen är att flickor löper högre risk än pojkar för att utsättas för sexuella övergrepp. Hos de personer som fått diagnosen finns rapporter på att incidenter med fysiska och sexuella övergrepp är signifikant ökade än hos övrig befolkning. Hereditet och genetik har också studerats angående EIPS. Personer som löper högre risk för att utveckla EIPS är barn till personer som själva lider av EIPS eller affektiva störningar, antisocial personlighetsstörning och alkoholism. Studier har även visat att vissa personer med diagnosen lider av hjärnskador eller brister i adrenergisk, kolinergisk eller serotonergisk funktion. Impulsiv aggressivitet och suicidalitet länkas till låga halter av serotonin. På senare tid har hypotesen ställts att vissa sociala faktorer kan spela en roll för utvecklingen av tillståndet, särskilt faktorer som ökar risken för impulsivitet och affektiv instabilitet, såsom förändrade familjestrukturer och brott. Trots framåtskridande etiologiska teorier, forskning och empiriska fakta ser vissa kliniska professionella tveksamheter i EIPS validitet. Vissa läkare anser inte att EIPS är en sjukdom. Utdaterade teorier, förlegade uppfattningar och skadliga attityder påverkar vårdutförandet för personer med EIPS. Vetskapen om nyare teorier angående EIPS natur och utveckling skulle kunna minska stigmat och i slutändan öka kvaliteten på vården till personer med tillståndet (Nehls, 1998).

EIPS ses som en svårbehandlad och destruktiv diagnos och har således ett dåligt rykte och är en svår utmaning för psykiatrin. Sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården står ofta i frontlinjen med dessa patienter. Sjuksköterskornas upplevelser är att dessa patienter är likgiltiga, ogenomträngliga, uppmärksamhetssökande, irriterande, manipulativa och skapar splittring inom personalgruppen och det finns risk för frustration och utbrändhet på grund av deras provokationer och konflikterna de framkallar. Det utåtagerande beteendet som patienter med EIPS många gånger uppvisar lämnar vårdpersonalen med en känsla av maktlöshet och otillräcklighet i att kunna hjälpa dem och deras självdestruktiva beteende skapar oro. Sjuksköterskorna tycker dessa patienter är de svåraste och farligaste att kommunicera med och undvek dem därmed i större utsträckning än andra patienter genom att vara socialt avvisande, mindre bekräftande och mindre sympatiska och optimistiska än till andra diagnoser. Det har till och med rapporterats om diskriminerande behandling från vårdpersonalens sida. Ofta ses dessa patienter som "onda" och inte sjuka. Det skulle kunna

gå att se bristande känslor och beteenden hos sjuksköterskor som ett exempel på strategisk användning av distraktion, gränsvärde och inneslutningsmetoder - men när sjuksköterskorna själva rapporterar om deras minskade empati för dessa patienter går det därför inte att förneka möjligheten till att ett "kallt beteende" bara är en professionell attityd (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011; Dickens, Lamont & Gray, 2016). Att skapa och bibehålla empati kan förstås som något som kan variera. Begreppet empati är något som sker mellan två eller flera individer. Det handlar om att leva sig in i, eller att förstå och ta del av det psykiska tillståndet hos människan i nuet. Det här betyder inte att sjuksköterskan ska tänka som patienten, snarare betyder det att vara nära patienten utan att för den skull gå upp i honom. Empati är en evidensbaserad process, ofta med en medföljande känsla av att vilja lindra lidandet (Travelbee, 2017, s. 193-200).

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee beskriver att sjuksköterskor uppmanas vara empatiska men varnas för att sympatisera. Hon menar att det är lika viktigt med sympati som med empati för att kunna utveckla en meningsfull interpersonell relation mellan patient och sjuksköterska. Sympati menar Travelbee, innefattar en vilja och en drift att hjälpa och att lindra ångest. Somliga patienter kan tycka väldigt synd om sig själva vilket kan framkalla ilska och skuld hos sjuksköterskan som då agerar bestraffande. Dessa patienter behöver förståelse, inte dömande. De försöker att interagera på det sätt de kan. Sympati innebär att sjuksköterskan härbärgerar patientens ångest och därigenom minskar tyngden att bära den emotionella smärtan själv. Det handlar om ett givande och tagande, om att visa sig sårbar. Detta kan avgöra skillnaden mellan livslust och livsleda. Sjuksköterskan måste, liksom patienten, se personen bakom rollen som sjuksköterska och patient (Travelbee, 1964).

Hur ska då vårdpersonal förhålla sig till dessa patienter? Travelbee beskriver att ett mellanmänniskt förhållningssätt är viktigt för båda parter då både sjuksköterskan och patienten har behov som genom detta förhållningssätt kan tillgodoses. Vid det första mötet med patienten observerar sjuksköterskan patienten, gör antaganden och skaffar sig kunskap om denne och vice versa. Utifrån dessa antaganden uppstår vissa medföljande åtgärder. När sjuksköterskan brister i att uppfatta patienten som en individ och istället ser honom som en kategori skapas en barriär för det mellanmänniska förhållningssättet och kommunikationen riskerar att försvåras (Travelbee, 2017, s. 173-192). En mellanmännisk relation kan endast finnas mellan verkliga personer och fungerar inte med abstrakta roller såsom patient-

sjuksköterska. Sjuksköterskan bör använda både kunskap och sin egen personlighet för att skapa förändring i måendet, vilket Travelbee nämner som ett "terapeutiskt användande av sig själv". Detta kräver engagemang och självinsikt samt ett kunnande i att tolka och att ingripa effektivt (Kirkevold, 2000, s. 93).

Personer med EIPS upplever ett livslångt kämpande och lidande med de skadliga symtom som diagnosen innebär (Williams, 1998). Travelbee talar om att lidandet är något som, liksom sjukdom och död, alla förr eller senare kommer att drabbas av. För att kunna erfara lidande måste personen uppleva en smärtsam situation. Begreppet lidande definieras som en person som utstår eller underkastar sig fysisk eller psykisk smärta. Begreppet har flera nyanser, dels fysisk och psykisk smärta och dels för att beskriva människors upplevelse av förlust, plågor, nöd eller skada. Det kan handla om dödsfall, skilsmässa, förlust av ett älskat husdjur eller förlust av status, position, anseende eller integritet. Det kan även vara reella eller inbillade attacker mot en persons stolthet och självrespekt. Lidandet kan också avskärma personer från omvärlden, vilket i sig kan skapa lidande då personen saknar meningsfulla relationer med andra. Hur lidandet upplevs skiljer sig från individ till individ. Det är därför svårt att generalisera om en så unik erfarenhet. Travelbee anser att det är väsentligt att den professionella sjuksköterskan ser sjukdomar som erfarenheter. Det är inte tillräckligt att lära sig etiologin, symtom, behandling, omvårdnad och prognoser - de bör se det svårgreppbara, men ändå reella, i de erfarenheter en människa med sjukdom får genomleva (Travelbee, 2017, s. 98-113).

Det är inte svårt att förstå att personer med EIPS upplever ett stort lidande. I en artikel skriven av en person som lidit av EIPS beskrevs tillståndet som att födas med emotionellt känslig hud, utan någon barriär att stå emot faktiska eller upplevda emotionella attacker. Vad som för de flesta andra skulle anses som trivialt var för författaren till denna artikel katastrofalt. En huvudvärk för andra var en hjärntumör för honom. Även när det kommer till ilska kan känslan ta oproportionerliga höjder. För utomstående verkar det som ett sätt att få uppmärksamhet men för individen själv är det en reaktion mot ett överväldigande emotionellt smärttillstånd, triggat av minnen från det förflutna. Om flera stressorer följer på varandra innebär det ofta en negativ generalisering där det förflutna blandas med nuet och individen översköljs av mörka, ihållande och ibland suicidala känslor. Världen krymper, en känsla av hopplöshet framkommer och individen upplever det som ett chocktillstånd. Den

upplevda smärtan hos personer med EIPS beror inte bara på omogenhet, livlig fantasi eller på kraven hos ett bortskämt barn. Smärtan beskrivs som verklig men ekvationen som skapar känslan är felaktig. Något stängs av i hjärnan så att personen initialt inte kan lyssna beroende på att hen befinner sig i ett överlevnadstillstånd (Williams, 1998). Att vara sjuk är att genomgå något ensam och utan möjlighet att göra något av det eller att kunna tala med andra om det innersta i upplevelsen. Medmänniskor kan försöka men utan att fullt lyckas skapa förståelse. De sjuka fruktar både det kända och det okända, nutid och framtid (Travelbee, 2017, s. 98-113).

För att någonsin kunna förstå, åtminstone på något plan, måste någon slags kommunikation ske. Travelbee beskriver kommunikation som verbal och icke-verbal där verbal kommunikation sker med muntliga eller skriftliga ord och där icke-verbal kommunikation innefattar gester, kroppsspråk och ansiktsuttryck. Målet är att uppnå en interaktion i att lära känna patienten för att skapa förståelse för dennes behov. I kommunikationsprocessen är det lika lätt att förmedla antipati, likgiltighet eller brist på intresse som omtanke, intresse och sympati. I vårdsituationer är det alltså det som kommuniceras som ligger till grund för hur kontakten och patientens upplevelse av vården kommer att bli. Kommunikationen riskerar att bryta samman när den sjuke inte ses som en individ, eller att innebörden i det som kommuniceras missuppfattas. Att anklaga, förebrå eller bolla runt den sjuke kan också sätta käppar i hjulet för en god kommunikation (Travelbee, 2017, s. 135-167).

För att kunna skapa en god kommunikation ska sjuksköterskan ha kompetens till att etablera en förtroendefull relation med patienten och dess närstående, vilket är en förutsättning för god omvårdnad. Sjuksköterskans specifika kompetens är *omvårdnaden* och omfattar ett helhetsperspektiv både vad gäller det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet grundat i en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan har ett självständigt ansvar för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter till att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa och att hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning samt uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Sjuksköterskan ska även ha kunskap om medicinsk vetenskap och beteendevetenskap av relevans för patientens omvårdnad samt förståelse för en hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan ska kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt och aktivt involvera dem i förbättringsarbetet (Svensk

sjuusköterskeförening, 2017). Personer med psykisk ohälsa ska ha möjlighet till en god hälsa och erbjudas vård på lika villkor. Den psykiatriska omvårdnaden ska kontinuerligt utvärderas och förnyas utifrån patientens behov. Psykiatrisjuksköterskan ska ha kunskap om normal och avvikande psykisk utveckling genom hela livet och kunna identifiera, differentiera och handlägga såväl lindriga som komplicerade tillstånd av samsjuklighet. Specialistkompetensen innefattar att kunna bedöma och värdera behovet av akuta insatser och/eller förnyad medicinsk bedömning (Svensk sjuusköterskeförening, 2017). Arbetet ska utföras i enlighet med gällande lagar, författningar och andra styrdokument inom hälso- och sjukvården (SFS 1996:799; SFS 2014:821; SFS 2009:400; SFS 2008:355). Psykiatrisjuksköterskan har dessutom en specifik kunskap i psykiatrisk omvårdnad och ska främja den enskilda människans möjligheter att leva ett värdefullt liv, att växa och utvecklas även i perioder av psykisk sjukdom. Förmågan att skapa goda relationer och att möta den vårdsökande med empati och respekt är viktiga förutsättningar i psykiatrisjuksköterskans arbete. Förmåga till inlevelse och självkännedom är förutsättningar för ett etiskt förhållningssätt i arbetet (Ottosson & Ottosson, 2007, s. 26).

Problemformulering

Personer med EIPS är en erkänt svår patientgrupp att behandla. Det finns studier som visar att vårdpersonal tycker det är svårare att arbeta med dessa patienter än med andra (Bowen, 2013). Dessa patienter är vanliga inom psykiatrisk vård där de genom provokationer och testande av gränser prövar personalens tålamod (Ottosson, 2015, s. 448).

Med författarnas studie vill de sätta patienter med EIPS erfarenheter inom den psykiatriska slutenvården i fokus. Genom att få ta del av och lyfta fram patienternas egna tankar och åsikter kan de lära vårdpersonal om deras eget bemötande, exempelvis vad de ska tänka på och hur de bör agera i vissa situationer, för att på så sätt kunna hjälpa dessa patienter i så stor utsträckning som möjligt, vilket måste vara den självklara ambitionen. Detta skulle underlätta vårdarbetet och på sikt kunna minska antalet slutenvårdsinsatser för denna patientgrupp.

Syfte

Att beskriva erfarenheter av psykiatrisk slutenvård från patienter med diagnosen EIPS.

Metod

Som metod har författarna valt att göra en systematisk litteraturstudie, vilket innebär att de sökt och kritiskt granskat vetenskapliga artiklar för att slutligen ha sammanställt dessa inom det valda ämnet eller problemområdet. Den systematiska litteraturstudien bör fokusera på aktuell forskning inom det valda området och syfta till att finna beslutsunderlag för klinisk verksamhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30).

Litteratursökning

Litteratursökning gjordes via databasen PubMed. Sökningar har även gjorts i databaserna Cinahl och PsycInfo där inga ytterligare träffar framkom. Dessutom gjordes manuella sökningar utifrån referenslistor till redan funna artiklar, men inte heller här framkom några nya artiklar. Författarna använde sig av MESH-termer såväl som fritextsökningar för att hitta relevanta artiklar för studiens syfte. Sökorden som användes var följande: Borderline Personality Disorder, Experience*, Mental Health, Patient Satisfaction, Views, Psychiatric, Psychiatric Hospital, Inpatient, Experience och User - i olika kombinationer (Polit & Beck, 2016[2017], s. 91-96). Dessa presenteras i *Tabell 1: Databassökning*. Sökorden användes utifrån det formulerade syftet där utgångspunkten var erfarenheter av psykiatrisk slutenvård från patienter med diagnosen EIPS. Bearbetning har gjorts enligt Forsberg & Wengström (2015, s. 150-151).

Författarna gjorde en första bedömning i databassökningarna med de olika sökkombinationerna då de gick igenom 361 titlar och 215 abstrakt. Av dessa gick 88 vidare till ytterligare granskning. Alla 88 artiklar lästes igenom från början till slut. Därefter exkluderades 77 artiklar då de inte motsvarade studiens syfte eller var av rätt kvalitet. Elva artiklar kvarstod för kvalitetsgranskning enligt mall (Forsberg & Wengström, 2015, s.194-198; SBU, 2017).

Författarna har valt att inte ha några avgränsningar eftersom de ville hitta så mycket material som möjligt och de kunde i ett tidigt skede se att antalet relevanta träffar i databaserna var relativt få. Det här kan bero på att forskning inte gjorts i lika stor utsträckning som i ett personal-patient perspektiv. Därför har också trunkering använts, vilket innebär att möjligheten till fler träffar ökar då variabler av ändelser medtas (Forsberg & Wengström, 2015, s. 71).

Tabell 1: Databassökning.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3	Urval 4
PubMed 171102	Borderline Personality Disorder AND Experience* AND Mental Health	239	239	152	57	4
PubMed 171103	Borderline Personality Disorder AND Patient Satisfaction	50	50	18	9	5
PubMed 171204	Borderline Personality Disorder AND Views AND Psychiatric	43	43	32	18	1
PubMed 171204	Psychiatric Hospital AND Inpatient AND Experience AND User	29	29	13	4	1

Urval 1: Artiklarna vars titlar inte överensstämde med syftet exkluderades.

Urval 2: Artiklarna vars abstrakt inte överensstämde med syftet exkluderades.

Urval 3: Artiklar vars resultat inte överensstämde med syftet exkluderades.

Urval 4: De artiklar som kvarstod kvalitetsgranskades med granskningsmallar och graderades som hög, medel eller låg (Forsberg & Wengström, 2015, s. 194-198; SBU, 2017).

Elva artiklar från databassökningen har använts i studiens resultat.

Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för denna studie var att artiklarna skulle beskriva patienter med EIPS erfarenheter av psykiatrisk slutenvård. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Ingen geografisk avgränsning har gjorts, dels på grund av intresset för erfarenheter från hela världen, men också för att sökträffarna i stor utsträckning kom från Europas västvärld. Artiklar som beskrev vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter exkluderas från resultatet men kom att användas i bakgrund eller i diskussion. Litteraturstudier exkluderades från resultatet, tillika studier som inte hade en beskriven metod, abstrakt eller var av låg kvalitet. Studierna skulle även vara etiskt godkända.

Klassificering och värdering av studier

De elva artiklarna granskades enligt granskningsmallar och klassades som hög, medel eller låg i kvalitet (Forsberg & Wengstöm, 2015; SBU, 2017). Tabell för granskade artiklar återfinns i *Bilaga 1 - Översikt av inkluderade artiklar*. De kvalitativa artiklarna granskades enligt SBU:s *Mall för kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser* (SBU, 2017) och den kvantitativa artikeln granskades enligt en något modifierad mall grundad på Forsberg & Wengströms (2015, s. 194-198) *Checklista för kvantitativa artiklar - RCT (randomiserade kontrollerade studier) till Kvalitetsutvärderingsmall för kvantitativa deskriptiva studier*. Artikeln med en mixad metod har granskats enligt båda mallar. Artiklarna i resultatet klassades som medel till höga, då författarna ansåg att förfarandet i metodiken följde syftet, det fanns etiskt godkännande och datainsamling och analys följde en röd tråd samt lätt kunde förstås. Några artiklar hade få deltagare vilket kan påverka resultatets utgång i denna studie, detta kan också bero på artiklarnas metod. En fenomenologisk artikel har använts där antalet deltagare (7) anses vara adekvat.

Analys

Författarna har gjort en innehållsanalys av text med en kvalitativ ansats (cf. Elo & Kyngäs, 2008). De började med att läsa samtliga elva artiklar var för sig för att på så sätt skaffa sig en helhetsbild över materialet. När detta var klart jämförde författarna de anteckningar som tagits vid den enskilda genomläsningen och diskuterade sedan dessa med varandra. En

sammanfattning av resultaten, efter genomläsning av texten i sin helhet, genomfördes för att uppnå konsensus. Resultaten från de olika artiklarna bearbetades, delades upp och sorterades med hjälp av olika färgkombinationer i meningsenheter. Dessa meningsenheter kodades sedan till olika grupper som efter ytterligare genomläsning formades till kategorier. Efter kodning och kategorisering kunde författarna se ett huvudtema för resultatet (cf. Elo & Kyngäs, 2008).

Etiska överväganden

Författarna har valt att inkludera artiklar som är godkända av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts. Alla funna artiklar som svarar mot syftet är inkluderade. Detta för att författarnas egna åsikter i denna studie är ovidkommande (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Belmont Report talar om tre kriterier för den etiska forskningen: välgörenhet, respekt för mänsklig värdighet och rättvisa. Välgörenhet innebär att minimera skada och att maximera fördelar för deltagarna. Respekt för mänsklig värdighet betyder bland annat att deltagarna själva kan bestämma om de vill ingå i en studie och att de också har rätt att när som helst dra sig ur. Rättvisa innebär rätten till privatliv, att deltagarna blir rättvist behandlade och att det inte utnyttjas (Polit & Beck, 2016[2017], s. 139-142).

Resultat

I denna litteraturstudie innefattar resultatet elva artiklar. Nio av artiklarna är av kvalitativ ansats och en av kvantitativ ansats. En artikel är en mixad metod. Studierna har utförts i följande länder: Australien, Nederländerna, Storbritannien, Sverige och USA.

Resultatet presenteras utifrån ett huvudtema: Att uppleva makt och maktlöshet i relation till vårdpersonal. Resultatet är sedan uppdelat i fyra kategorier: 1) *Patienternas erfarenheter av information*, 2) *Patienternas erfarenheter av den vårdande relationen*, 3) *Patienternas upplevelser av vårdpersonalens attityder* och 4) *Patienternas upplevda behov inom psykiatrisk slutenvård*.

Att uppleva makt och maktlöshet i relation till vårdpersonal

Den röda tråden som genomsyrar alla kategorier av patienternas upplevelser handlar om upplevelse av makt eller snarare maktlöshet inom den psykiatriska slutenvården.

Patienterna upplevde att delaktighet i beslut som tas och kontroll över sin egen vård är något som i stor utsträckning eftersöks och som patienterna ofta påtalar missbrukas av vårdpersonal. Patienterna är per automatik i en slags beroendeposition och måste underkasta sig vården, vilket kan leda till ett större lidande om vårdpersonalen agerar utifrån någon annan agenda än för patientens bästa, eller utan patientens delaktighet (Borschmann, Trevillion, Henderson, Rose, Szmukler & Moran, 2014; Fallon, 2003; Gilbert, Rose & Slade, 2008; Koekkoek, van der Snoek, Oosterwijk & van Meijel, 2010; Lawn & McMahon, 2015; Malmström, Hörberg, Kouros, Haglund & Ramklint, 2016; Nehls, 1999; Perseius, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2005; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011; Walsh & Boyle, 2009).

Patienternas erfarenheter av information

Patienterna påtalade vikten av att bli informerade om sin vård och behandling och att patienternas autonomi respekterades (Malmström et al., 2016; Morris, Smith & Alwin, 2014; Perseius et al., 2005; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011; Walsh & Boyle, 2009).

Informationen patienterna fick varierade i omfattning och kvalitet. Några erhöll professionell information som erbjöd olika synvinklar på problemen, men en stor grupp av patienterna gav uttryck för att de inte fick tillräckligt med information om mediciner och behandlingsalternativ. De efterfrågade även mer information kring sjukintyg, sjukförsäkringar samt regler och rutiner för att motverka en känsla av maktlöshet. De ville också att familj och släkt skulle få mer information. En patient berättar att hen blev bra behandlad när vårdpersonalen informerade henom om allt som berörde henoms vårdtid. En annan patient sa att hen inte fick någon information överhuvudtaget och fick istället hämta kunskap från medpatienter (Rogers & Dunne, 2011). Patienterna kände att de inte var involverade nog i uppförandet av behandlingsplanen och kände att vårdgivarna inte engagerade sig nog och de uttryckte brist på information till familj. Patienterna kände att de inte fick tillräckligt med information om sjukhuslivet vilket gav en känsla maktlöshet

(Malmström et al., 2016; Walsh & Boyle, 2009). Det kändes som de inte fick ta del av diskussioner som handlade om dem själva (Perseius et al., 2005). Inkonsekvent information ledde till mer frustration (Walsh & Boyle, 2009). En patient fick reda på att ingenting fungerar för EIPS och att hen kommer åka in och ut på sjukhus vid återkommande kriser. Diagnosen tillkom för det fanns inget annat som passade. De var ofta tillsagda att ta nya mediciner utan att vara informerade om hur de fungerade. "De säger inte vad medicinen är för någonting, de bara ger den och säger "antingen sväljer du eller så får du en injektion", så patienterna har inget val. Patienterna i denna studie kände sig inte involverade i beslutsprocessen förrän de blivit överförda till specialistvård, där det först då har lett till en positiv förändring i deras behandling. De fick där ett val att inkludera medicin som en del av behandlingen. De blev också erbjuden alternativa former av behandling, till exempel samtalsterapi (Rogers & Acton, 2012).

Patienternas erfarenheter av den vårdande relationen

I en studie av Lawn & McMahon (2015) framkom det att 27 procent av de 153 deltagarna verkligen känt sig hjälpa av psykiatrisk vårdpersonal. 32 procent kände sig något hjälpta medan 17 procent inte känt sig hjälpa överhuvudtaget. Under en kris framkom det att 27 procent ansåg att vårdpersonalen agerade snabbt. 25 procent tyckte att vårdpersonalen åtminstone agerat medan 14 procent menade att det inte fanns någon reaktion alls. Studien visade att psykiatrisk vårdpersonal var de som sämst responderat. Detta kan jämföras med allmänläkare där responsen var 45 procent.

Flera studier beskrev att relationen mellan patient och personal ansågs som det viktigaste på den psykiatriska slutenvårdsavdelningen. Ett positivt bemötande med en terapeutisk grund som bygger på tillit, empati och ömsesidig respekt förbättrade självkänslan och måendet genom att patienten blivit seriöst bemött (Nehls, 1999; Perseius et al., 2005; Walsh & Boyle, 2009). Återkommande åsikter om vårdarbetet på avdelningarna innefattade vikten av tillgänglighet, stöd och engagemang. Där brist upplevdes i någon av åsikterna medföljde känslor av övergivenhet, kritik och ilska vilket lätt födde konflikter. Där vårdpersonalen fanns tillgänglig och lyssnade, stöttade och agerade lyhört gavs bättre omdömen från patienterna som kände att de blivit sedda (Fallon, 2003; Gilbert et al., 2008; Koekkoek et al.,

2010; Morris et al., 2014; Walsh & Boyle, 2009). En viktig del i vårdpersonalens arbetsuppgifter var att välkomna patienter som blivit inlagda i slutenvården. På det sjukhus där sjuksköterskorna agerade validerande av patienternas problem gavs bra betyg från dem (Walsh & Boyle, 2009). Engagerad personal var högt uppskattad och hade möjlighet att öka självförtroendet och hoppet för deltagarna (Morris et al., 2014). Patienterna upplevde att förhållandet med andra, vilket innefattar vårdpersonal, var det viktigaste stödet i deras liv. Egenskaper som uppskattades var lugn, tålmodighet, flexibilitet och ett intresse för dem som personer, att vårdpersonalen kunde lyssna och fråga på ett personligt plan (Fallon, 2003 & Nehls, 1999). Patienterna beskrev dock en känsla av att vårdpersonalen hade en begränsad förståelse av deras svårigheter och att det här bidrog till problem med att upprätthålla meningsfulla relationer, särskilt vid riskfyllda situationer (Morris et al., 2014; Rogers & Dunne, 2011). Avbrott i behandling när patienterna kastas mellan olika behandlare gav ökad stress (Perseus et al., 2005).

När patienterna talade om sin sjukhusvistelse gick det till stor del ut på erfarenheter av de personer de träffat under vårdtiden. De beskrev kommunikationen som mycket viktig. Det handlade om att kunna lyssna, prata och att förstå. För att kommunikationen skulle kunna uppstå behövde vårdpersonalen finnas tillgänglig och/eller initiera kontakt. Ovanstående förmågor beskrevs som human karakteristika och gav patienterna en känsla av att vara respekterade. Personal som hade ett öppet sinne, utan att vara dömande eller hade en nedlåtande attityd, var uppskattade. Att kunna prata förutsatte att någon kunde lyssna, då beskrevs interaktionen som terapeutisk (Gilbert et al., 2008; Koekkoek et al., 2010). De inlagda patienterna tenderade mer att prata med varandra om sina problem men föredrog att anförtro sig till personal. Vårdpersonalens brist på tillgänglighet, även på instanser med hög personaltäthet, upplevdes dock som ett stort hinder i att erbjuda möjlighet för patienter att dela med sig av personliga känslor och erfarenheter relaterade till deras psykiska tillstånd. Detta bidrog till en ökad känsla av isolering (Fallon, 2003; Koekkoek et al., 2010; Walsh & Boyle, 2009).

Upplevelsen var att vårdpersonalen värderade rutiner och regler framför patienternas behov. Enligt patienterna frågade sjuksköterskorna sällan hur de mådde utan baserade måendet mer på observationer (Morris et al., 2014). Patienterna upplevde att sjuksköterskorna var mer intresserade av att hindra det självdestruktiva beteendet än att bry

sig om orsaken till det (Nehls, 1999). Patienterna kände sig maktlösa eftersom deras känsla var att den primära rollen för sjuksköterskorna var att administrera medicin och att det skulle följas regler (Walsh & Boyle, 2009). Bristfällig kommunikation riskerade att skapa en känsla av att patienterna inte blev stöttade. De beskrev det som att hamna i ett vacuum och trodde detta berodde på en ovilja att arbeta med dem. Patienterna trodde att de upplevdes som komplexa, utmanande och som högriskpatienter. Patienterna beskrev också att viss personal fick dem att känna sig kritiserade och anklagade, alternativt att personalen inte var intresserade av att höra vad de hade att säga. Detta förstärkte patienternas känsla av tomhet och övergivenhet (Morris et al., 2014).

Deltagarna, som i en studie varit under slutenvård inom psykiatrin, upplevde att sjuksköterskorna arbetade utifrån en modell där det mest gick ut på att erbjuda medicin eller att lägga om sår. När sjuksköterskorna presenterades med svåra emotionella problem rådde de i regel deltagarna att kontakta experthjälp såsom psykolog. Deltagarna påtalade dock att det primärt inte var terapi de var ute efter, utan snarare någon som kunde lyssna på dem och ta sig tid till att stötta dem känslomässigt. Tolkningen var att sjuksköterskorna höll sig till den medicinska modellen för att undvika utmaningen som innefattas i en meningsfull kontakt med deltagarna (Fallon, 2003).

Tillit beskrevs av deltagarna i studien som avgörande för en positiv vårdtid. När de upplevde att vårdpersonal på ett adekvat sätt kunde ta hand om en potentiellt riskfylld situation ökade deltagarnas känsla av tillit. Tilliten infann sig dock inte alltid. En deltagare beskrev till exempel att när en sjukare patient inte fick den hjälp hen behövde, på grund av att vårdpersonalen inte visste vad de kunde göra för att hjälpa patienten, ledde detta till misstro i tillit till personalen (Fallon, 2003).

Patienternas upplevelser av vårdpersonalens attityder

Patienterna efterfrågar förståelse och ett respektfullt bemötande där de blir sedda som individer och inte som diagnoser. De vill känna sig omhändertagna och bemötta med empati och en personlig professionalism (Borschmann et al., 2014; Malmström et al., 2016; Perseius et al., 2005; Nehls, 1999; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011).

Några patienter var nöjda med den professionella attityden från vårdgivarna. En patient uttryckte att hen blivit bemött seriöst och en annan patient betonade ett jämlikt möte (Malmström et al., 2016). Vårdpersonal med rak kommunikation, som satte gränser utan att för den skull vara dömande eller bestraffande, var sådana patienterna kände att de kunde lita på. Alla kategorier av vårdpersonal, från läkare till behandlingsassistenter, hade förmågan att inneha dessa egenskaper (Fallon, 2003).

Patienterna beskrev att många ur vårdpersonalen sade att "de bara spelar och är besvärliga", eller att de överdrev sina symtom. De påtalade att vårdpersonalen alltid fick dem att känna att de tog upp en plats på avdelningen på grund av sin diagnos. De kände sig inte omhändertagna och visste inte vem som var kontaktperson (Borschmann et al., 2014; Malmström et al., 2016; Rogers & Dunne, 2011). Enligt en patient visste inte vårdpersonalen hur de skulle bemöta patienterna. Viss vårdpersonal kunde antyda att patienterna var värdelösa eftersom medicinen inte fungerade på dem. Vissa andra attityder som beskrevs var avfärdande, osympatiska och okänsliga. En patient berättade att hen hoppade ner från ett högt träd i suicidsyfte varpå personalen skrattade och sa att "Det var väl lite dumt, var det inte?" (Rogers & Acton, 2012).

Många patienter mindes ohjälpsamma möten med vårdpersonal under tidigare kriser och uttryckte en önskan om att undvika liknande möten i framtiden. De beskrev interaktionerna med ord som "oärligt", "nedlåtande", "respektlöst", "sarkastiskt", "missvisande", "otåligt", "förminskande", "inte tagen seriöst" och "behandlat som ett barn". Andra ageranden som uttrycktes var "att inte hålla vad man lovar", "att prata så att andra hör", "jämförelse med andra patienter" och "att ge religiösa råd". Deltagarna gav i en särskild studie råd till vårdpersonal om att prata med dem istället för att bara sitta och lyssna och att visa en positiv och optimistisk attityd och försäkra deltagarna om att det kommer gå bra. De önskade också att vårdpersonalen inte tvingar fram samtal, att de respekterar deras integritet och att de inte blir ohövliga mot dem (Borschmann et al., 2014).

Patienternas upplevda behov inom psykiatrisk slutenvård

Patienterna uttryckte en önskan om ett kompetent omhändertagande i den psykiatriska slutenvården och såg det som ett sätt att få stöd i att pausa från ansvar och problem i det

dagliga livet. De behövde hjälp med att hantera sina upplevelser av symtomen (Fallon, 2003; Koekkoek et al., 2010; Lawn & McMahon, 2015; Malmström et al., 2016; Nehls, 1999).

Patienterna beskrev att psykiatriker som inte redan kände dem hade svårt att tillgodose deras komplexa behov och att slutenvård var svårare att få till än för deras vanliga vårdteam (Fallon, 2003). I en studie som avhandlade unga patienters åsikter om psykiatrisk vård upplevde några deltagare tillfredsställelse med att få stöd till att organisera och hantera sin vardag. "Jag mötte en sjuksköterska och fick hjälp och stöd att organisera mitt dagliga liv" (Malmström et al., 2016). Patienterna fick förklarat för sig att sjukhusvård inte var optimalt och att det inte fanns något medicinskt evidens som hjälpte. Personal sade: "Jag är rädd att det inte finns någonting, du måste hjälpa dig själv" (Nehls, 1999).

Patienterna var ambivalenta då det kom till restriktioner för att förhindra stort beteende. De kände sig arga över frihetsberövandet då de inte fick lämna avdelningen eller blev avskilda (Fallon, 2003). Patienterna kände också att de var försökskaniner som fick prova åtskilliga mediciner på grund av att vårdpersonal inte visste hur de skulle behandla dem (Rogers & Acton, 2012). Några patienter kände sig övermedicinerade och gick omkring som zombier. De beskrev kommunikation, vad gäller medicinering, som något som måste respekteras. Patienterna upplevde sig förbättrade av fysisk frihet på avdelningen. Att få gå utomhus eller få lämna avdelningen upplevdes som mänskliga rättigheter. När patienterna inte fick gå ut eftersom vårdpersonalen ökat säkerheten för dem upplevdes detta som en tvångsåtgärd och ledde till minskad tillit till personalen. Tvångsåtgärder som ofrivillig intagning och vård upplevdes ofta som negativt. Dessa åtgärder var tänkt för att öka säkerheten för patienten men upplevdes tvärtom, att säkerhetskänslan minskades på grund av tvångsåtgärder som bältesläggning eller avskiljning (Gilburt et al., 2008).

Ibland upplevde patienterna att vården reagerade för kraftigt vilket ledde till att deras autonomi påverkades. Det fanns flera exempel på konflikter i vården som berodde på förhållandet mellan kontroll och självkontroll. När patienterna reflekterade över detta kom de till en konsensus där det måste finnas en balans mellan risk och oberoende. De var rädda för att tappa kontrollen över känslorna och börja självskada eller försämra måendet för den nära omgivningen. De kände att vården var effektiv när det handlar om att ta kontroll då deras självkontroll gått förlorad. De beskrev att de kände sig tryggare med vetskapen om att

dessa känslor blev avstyrda. De identifierade en särskild personal som de fått god terapeutisk kontakt med. (Fallon, 2003)

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna hade som utgångspunkt att utifrån studiens syfte finna relevanta artiklar. De har granskat artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats där artiklar med kvalitativ ansats främst har använts i studien eftersom syftet var att beskriva just *erfarenheter* av den psykiatriska slutenvården från patienter med diagnosen EIPS. Inom psykiatrin är syftet hos kvalitativa forskningsmetoder att förklara och förstå erfarenheter och upplevelser. Varför författarna då valt att även använda sig av kvantitativa artiklar beror på att dessa kan styrka de kvalitativa studiernas resultat. De kvantitativa studierna gör detta genom att se sambandet, förutsäga och förklara samt hitta evidens för att behandlingsmetoder, omvårdnadsåtgärder eller rutiner är till nytta i framtiden (Forsberg & Wengström, 2013, s. 53, 85, 129).

Författarna bestämde sig för att göra en metodisk artikelsökning i de tre databaserna Cinahl, PsycInfo och PubMed eftersom de fokuserar på omvårdnad. Det var emellertid bara från databasen PubMed artiklar till studien kom att användas eftersom den hade flest sökträffar och inga andra eller nya träffar framkom i de andra databaserna. Ambitionen var att få ett så brett utbud som möjligt varpå författarna prövade att söka i tre olika databaser (Forsberg & Wengström, 2013, s. 75, 77). Manuella sökningar gjordes också men de gav ingenting nytt till resultatet.

De artiklar som använts i studiens resultat är publicerade mellan åren 1998 till 2015. Det här ser författarna som en styrka i sin studie, att resultatet kommer från forskning från modern tid. Ännu starkare hade det såklart varit om artiklarna varit senast fem år gamla, eftersom författarna gärna utgår från de senaste rönen. Att artiklarna enbart kommer från västvärlden kan ses som en svaghet ur ett globalt och objektiva perspektiv men desto mer intressant för

oss själva som bor och arbetar i Sverige, som är en del av den västerländska kulturen. Att deltagarna i artiklarna är av både manligt och kvinnligt kön och i varierande åldrar får ses som en större variation av deltagare vilket gör att giltigheten styrks, tycker författarna.

Eftersom samtliga artiklar är skrivna på engelska och för att minimera risken för feltolkning har författarna först valt att läsa igenom artiklarna enskilt flertalet gånger, för att sedan gå igenom dem tillsammans. Detta ser författarna som en styrka med sin studie, att de varit två stycken personer som kontinuerligt och jämsides arbetat med den, något som styrker tillförlitligheten, liksom att författarna har beskrivit sitt tillvägagångssätt och urval tydligt. Författarna upplevde att deras diskussioner sinsemellan under analysen både underlättades och blev bättre av att de läste artiklarna individuellt, vilket de också tycker speglar sig i resultatet. De slutgiltiga rubrikerna som presenterats i resultatet är författarna således eniga om.

Upplevelser och erfarenheter får ses som individuella och ser inte likadana ut för alla individer. Men med tanke på denna studies variation av deltagare är det som framkommit i resultatet överförbart till och av vikt för sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården när det kommer till hur de ska kunna hjälpa patienter med diagnosen EIPS på bästa möjliga sätt.

Resultatdiskussion

Huvudtemat som analyserades fram i resultatet var att uppleva makt och maktlöshet i relation till vårdpersonal. Det framkom från flera artiklar att vikten av autonomi måste respekteras. Artiklarna betonade även betydelsen av information (Malmström et al., 2016; Perseius et al., 2005; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011; Walsh & Boyle, 2009). Uppenbart föreligger det i flera fall från resultatet brister i detta. Travelbee talar om vikten av att kommunikation framförs på rätt sätt. Att framstå som ointresserad eller likgiltig kan göra att information går förlorad. Kommunikationen anses av Travelbee som grundelementet i vårdarbetet och innefattar konsekvenser av information samt bristande sådan (Travelbee, 2017, s. 135-167).

Författarna till denna studie anser att kontinuiteten av information tenderar att variera, dels beroende på informatörer och dels på informatörernas engagemang vid det aktuella tillfället.

Att informationen kan brista kan enligt författarna bero på vårdpersonalens privata status eller på att de inte håller med om de planerade åtgärderna. Bodner et al. (2011) och Dickens et al. (2016) menar att vårdpersonalen lätt blir uttröttade av att arbeta med patienter med EIPS och att attityden till dem försämras över tid vilket också kan leda till bristande engagemang och medföra en loj inställning till att informera dessa patienter. Patientlagen säger dock att patienterna har rätt till information och att vårdpersonal inte får särskilja patienter vid delgivning av information (SFS 2014:821). Åsikterna om information till patienterna styrks i en studie gjord av Hätönen, Kuosmanen, Malkavaara & Välimäki (2008) där patienterna beskriver otillräcklig information. Studiens resultat visar att vårdpersonalen enligt patienterna inte hade modet, viljan eller motivationen att berätta om vårdarbetet. Studien visar också att vårdpersonalen kan se patienterna som andra klassens människor och att patienterna efterfrågar utökad kompetens. Delaktighet i vården och kontinuitet i utbytet av information är en väsentlig del i vårdens kvalitet (Travelbee, 2017). Samtidigt ger dessa patienter ofta upp sitt ansvar över sig själva och sitt liv när de läggs in i den psykiatriska slutenvården (Fallon, 2003; Koekkoek et al., 2010; Lawn & McMahon, 2015; Malmström et al., 2016; Nehls, 1999). Att upplevelsen av när makt från vårdpersonal utnyttjas försämrar den totala erfarenheten av vårdtiden styrks av Ezeobebe, Malecha, Mock, Mackey-Godine & Hughes (2013) där patienterna inte ens fått veta varför de blivit avskilda som en tvångsåtgärd. Studien beskriver att på grund av att manlig personal utnyttjade sin auktoritet med överlägsenhet i storlek och antal personer bidrog detta till att patienterna kände djup ilska mot dem.

Vårdrelationens betydelse beskrevs i resultatet som det viktigaste stödet hos patienter med EIPS. Patienternas erfarenheter av att bli bemötta med tillit, empati och ömsesidig respekt förbättrade deras självkänsla och mående (Nehls, 1999; Perseus et al., 2005; Walsh & Boyle, 2009). Enligt Travelbee är empati något som sker mellan två individer och som handlar om att leva sig in i, eller att förstå och ta del av det psykiska tillståndet hos människan i nuet, och uppmanar sjuksköterskor att vara empatiska (Travelbee, 1964). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att hen ska ha kompetens till att etablera en förtroendefull relation med patienten, vilket är en förutsättning för god omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att det finns ett mellanmänskligt förhållningssätt menar Travelbee är viktigt för relationen mellan patient och sjuksköterska. Skulle sjuksköterskan

inte se patienten som en individ försvåras kommunikationen (Travelbee, 2017, s. 173-192). Den goda relationen skapar bättre ömsesidig förståelse och i slutändan en bättre vårdtid där patienten fått adekvat hjälp för sina problem. Samtidigt är det förståeligt att missförstånd kan ske i kontakten med patienter med EIPS då dessa patienter tenderar att ha känslorna utanpå kroppen och har det svårt med interpersonella relationer (Helleman et al., 2014; Ottosson, 2015, s. 448; Williams, 1998). Williams (1998) säger att patienter som betraktas endast utifrån ett patologiskt perspektiv inte visar sina rätta jag och ger vårdpersonal rådet att inte definiera personer med diagnosen utifrån vad som står i en bok. Travelbee (2017) beaktar det unika hos människor och skriver att vårdpersonal bör agera utifrån detta. Att arbeta med patienter med EIPS på ett personligt men inte privat plan ger bättre kontakt och ett smidigare samarbete mellan vårdpersonal och patient, vilket skapar förtroende.

Enligt Williams (1998) bör patientens vårdtider vara korta för att inte aktivera beroendekänslor och därigenom befästa den sjuka självbilden, vilket också kan medföra en eskalering i självdestruktivt beteende. En person med EIPS söker oftast uppmuntran snarare än inläggning. Vetskapen om hur hen ska sätta ord på känslorna finns oftast inte. När patienten kan avstå från längre vårdtider och istället med hjälp av terapeutiska insatser från öppenvård stärkas i det dagliga livet ökar också självkänslan och patienten behöver som mest en kortare inläggning för krishantering.

Resultatet visar flertalet negativa erfarenheter från patienter angående vårdpersonalens attityder och bemötande (Borschmann, et al., 2014; Malmström et al., 2016; Nehls, 1999; Perseus et al., 2005; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011). Det kan upplevas frustrerande att vårda patienter med EIPS. Minsta möjliga motgång kan stjälpa uppbyggnaden vårdpersonalen gjort tillsammans med patienten i stärkande syfte och istället eskalerar självskadebeteendet. Hela personalgruppen får kämpa med tålamod och beteendet försvårar för personalen att förhålla sig till patienten på ett professionellt plan, även om de utåt sett fortfarande gör det. Detta styrks av Callan och Howland (2009) som i sin studie uppger att denna patientgrupp potentiellt kan skada den terapeutiska miljön och splittra en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Med en hoppfull och optimistisk inställning och med viljan att hjälpa och förbättra patienternas mående, kombinerat med ökad kunskap och förförståelse om EIPS, kan vårdpersonalen lättare hantera de känslostyrda aktioner dessa patienter kan påvisa (Stroud & Parsons, 2012). Om vårdpersonalen lyckas lära känna

patienten, vilket lättast kan göras genom att som Travelbee (1964) skriver, se personen bakom diagnosen kan en starkare allians byggas och en ny slags förståelse möjliggöras. Vårdpersonal ansåg att den träning de erhållit i att hantera personer med EIPS inte var särskilt användbar. De kände att de saknade tillit till sitt eget kunnande och saknade självförtroende i bemötandet av dessa patienter. De eftersökte en betoning av hanterandet i deras utbildning. AT-läkare hade kunskap om att förskriva mediciner men saknade tillräcklig psykoteraeutisk träning för att kunna hantera patienter med EIPS. Riktlinjer som nämnts i denna studie rekommenderar att medicin inte ska användas för dessa patienter i första hand. De kunde dock vara hjälpsamma i att lindra vissa symtom. Studien rekommenderade att de som vårdar patienterna skulle ha viss träning i psykoteraipi riktad mot EIPS, samt att det skulle finnas tillgång till specialistvård med nämnda terapeutiska inriktning (Thompson, Mashhood, Nesci & Rao, 2013). Författarna anser själva att deras bemötande av patienter med EIPS förbättrats under de år de arbetat inom psykiatrisk slutenvård. De håller därför med Thompson et al. (2013) om att riktad utbildning till den personal det berör är av godo, kunskap om hur man på bästa sätt bemöter patienter med EIPS borde betyda ökad kvalitet på vård för dem.

För att återknyta till resultatets huvudtema anser författarna att när makten kan delas mellan patient och vårdpersonal blir upplevelsen av vården positivare. Genom att tillåta patienterna att involvera sig i sin egen vård ökas deras delaktighet och egenmakt (Tambuyzer & Van Audenhove, 2013). Delaktighet i de beslut som tas bör så långt det är möjligt tillgodoses. För att kunna skapa detta är det avgörande att kommunicera med patienten och dessutom, inte bara genom att informera, utan också genom att ta del av hur patienten faktiskt upplever situationer och känslor. På så sätt skapas en förståelse för varandra och vårdpersonal och patienter kan, även om de inte alltid håller med varandra, försöka arbeta mot samma mål. Precis som Travelbee (2017) beskriver blir ett möte med personen bakom diagnosen avsevärt mycket mer positivt än att kommunicera med en sjukdom. En sjukdom är ingen person (Borschmann et al., 2014; Malmström et al., 2016; Nehls, 1999; Perseius et al., 2015; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dunne, 2011).

Slutsats

Denna litteraturstudie har resulterat i en beskrivning av erfarenheter uttryckt av patienter med diagnosen EIPS med inriktning på psykiatrisk slutenvård. Utifrån författarnas analyser av de artiklar som hittats kan de se uppenbara brister i hur inställningen är till dessa patienter. De attityder som framkommit är av mestadels negativ natur, det finns en brist på hur information framförs och utbyts och patienterna känner sig ofta maktlösa, vilket också ansågs som det genomgripande temat för studien.

Författarna anser att fler studier bör göras med inriktning på erfarenheter och upplevelser av slutenvården från patienter med EIPS. Dels för att det lätt uppstår konflikter där missförstånd och/eller brist på engagemang från vårdpersonal är anledningen, och dels för att det i databaserna fanns ett begränsat antal studier jämfört med upplevelser utifrån vårdpersonalens perspektiv. Det här kan bidra till en ökad förståelse och förhoppningsvis ett förändrat arbetssätt och bemötande inom den psykiatriska slutenvården.

Referenser

* Artiklar med i resultatet.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 52(5), 548-555.

*Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, R-C., Rose, D., Szmukler, G. & Moran, P. (2014). Advance statements for borderline personality disorder: a qualitative study of future crisis treatment preferences. *Psychiatric Services*. 65(6), 802-807.

Callan, J. & Howland, R. (2009). Borderline personality disorder: inpatient psychiatric nursing management. *Journal of Psychosocial Nursing*. 47(5), 13-14.

Dickens, G.L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 25(13-14), 1848-1875.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62, 107-115.

Ezeobebe, I.E., Malecha, A.T., Mock, A., Mackey-Godine, A. & Hughes, M. (2013). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21(4), 303-312.

*Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10(4), 393-401.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Gilburt, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experience of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*. 8(92), 1-12.

Helleman, M., Goosens, P J J., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *View Issue TOC*. 23(5), 442-450.

Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2010). *Psykiatri*. Studentlitteratur AB: Lund.

Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H. & Välimäki, M. (2008). Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*. 17(6), 752-762.

Internetmedicin. (2016). *Personlighetsstörningar*. Hämtad 2017-12-09, från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=4850>

Internetmedicin. (2017). *ICD-10 och åtgärds-koder*. Hämtad 2017-12-09, från <http://www.internetmedicin.se/icd.aspx?avssCode=F00&avseCode=F99&katsCode=F60&kateCode=F69&ssCode=F60&klass=KSH&lastScroll=0>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

*Koekkoek, B., van der Snoek, R., Oosterwijk, K. & van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: a pilot study. *Perspect Psychiatric Care*. 46(2), 127-134.

*Lawn, S. & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 22(7), 510-521.

Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.

*Malmström, E., Hörberg, N., Kouros, I., Haglund, K. & Ramklint, M. (2016). Young patients' views about provided psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*. 70(7), 521-527.

Masterson, J. & Rinsley, D. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-178.

*Morris, C., Smith, I. & Alwin, N. (2014). Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. *Journal of Mental Health*. 23(5), 251-255.

Nehls, N. (1998). Borderline Personality Disorder: Gender Stereotypes, Stigma, and Limited System of Care. *Issues in Mental Health Nursing*. 19(2), 97-112.

*Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. *Research in Nursing & Health*. 22(4), 285-293.

Nehls, N. (1994). Brief hospital treatment plans for persons with borderline personality disorder: Perspectives of inpatient psychiatric nurses and community mental health center clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*. 8(5), 303-311.

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Liber AB: Stockholm.

Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Liber AB: Stockholm.

*Perseius, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2005) To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Arch Psychiatric Nursing*. 19(4), 160-168.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

*Rogers, B. & Acton, T. (2012). "I think we're all guinea pigs really": a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 341-347.

*Rogers, B. & Dunne, E. (2011). "They told me i had this personality disorder... All of a sudden i was wasting their time": Personality disorder and the inpatient experience. *Journal of Mental Health*. 20(3), 226-233.

SBU. (2017). *Granskningsmallar*. Hämtad 2017-12-19 från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1996:799. *Patientskadelag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stroud, J. & Parsons, R. (2012). Working with borderline personality disorder: A small scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*. 7(3), 242-253.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-12-14, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad 2017-12-14, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>

Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2013). Is percieved patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*. 18(4), 516-526.

Thompson, K., Mashhood, A., Nesci, J. & Rao, S. (2013). Where should the borders of psychiatry be? The need for more emphasis on borderline personality disorder. *Australian Psychiatry*. 21(2), 183-184.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy? *The American Journal of Nursing*. 64(1), 68-71.

*Walsh, J. & Boyle, J. (2009). Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment. *Issues Mental Health Nursing*. 30(1), 31-38.

Williams, L. (1998). A Classic Case of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*. 49(2), 173-174.

Bilaga 1

Översikt av inkluderande artiklar.

Författare Årtal Land	Titel	Studiens syfte	Design Datainsamling Analysmetod	Deltagare (bortfall)	Huvudresultat	Vetenskaplig kvalité
Borschmann, Trevillion, Henderson, Rose, Szmukler & Moran. 2014. Storbritannien.	Advance statements for borderline personality disorder: a qualitative study of future crisis treatment preferences.	Att undersöka krishanterings- preferenser av ett urval av vuxna med diagnosen EIPS med eget boende.	Kvalitativ. Del av en randomiserad kontrollerad studie. Strukturerad intervju. Tematisk analys.	41 (5) Medelålder 36 år.	Sex teman framkom: Erfarenheter av kriser, kontakt eller avståndstagande från andra i kriser, förvärrande faktorer, möten med vårdpersonal under kriser, specifika nekanden gällande behandling, spridning av gemensamma krisplaner.	Medel. Datainsamling en tveksamt beskriven.
Fallon. 2003. Storbritannien.	Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services.	Att analysera erfarenheter av deltagarnas psykiatriska vård. Att beskriva påverkan av olika former av vård har haft på individuella vårdtagare. Att utnyttja patientperspektivet för att diskutera den	Kvalitativ. Grounded Theory. Ostrukturerade intervjuer. .	7 25-45 år	Fyra kategorier framkom: Att leva med EIPS ,vårdens attityder, relationer, att flyttas runt i systemet. Den sistnämnda kategorin var kärnan i studien.	Hög.

		förväntade rollen och funktionen från vårdpersonal till människor med EIPS.				
Gilbert, Rose & Slade. 2008. Storbritannien.	The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experience of psychiatric hospital admission in the UK.	Att utforska erfarenheter av inläggning inom akut psykiatrisk slutenvård från vårdtagarnas perspektiv.	Kvalitativ. Fokusgrupper, därefter individuella intervjuer. Induktiv tematisk analys.	19 25-60+ år	Kommunikationens roll, tvång, säkerhet från sig själv och säkerhet från andra, tillit, behandling, kulturell kompetens, frihet och miljö. Upplevelser av ovanstående teman.	Medel. Teoretisk referensram saknas.
Koekkoek, van der Snoek, Oosterwijk & van Meijel. 2010. Nederländerna.	Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: a pilot study.	Att fastställa de preliminära effekterna av förebyggande psykiatrisk inläggning av patienter med svår EIPS med bedömning av överenskommen behandling, patienternas vårdbehov och patienternas upplevelser av åtgärden.	Mixed Method. Retrospektiv pre-post design. Enkäter, journalanteckning ar och semi-strukturerade intervjuer. Icke parametrisk Wilcoxon Signed	11 (2) 18-60 år	Patienterna värderade lugn och ro och att de kan pausa från sina problem. De känner att de fått ökad självkontroll. Öppenvårdskontakten minskade i total tid men ökade i minuter per möte. I slutenvården ökade antalet inläggningar men vårdtiderna minskade.	Hög.

			Ranks Test och tematisk analys.			
Lawn & McMahon. 2015. Australien.	Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder.	Att utforska erfarenheter av att söka och få behandling och vård ur personer med EIPS perspektiv.	Kvantitativ. Deskriptiv studie. Enkäter. Meningsgrupper analyserade med Fisher's test.	153	Sju teman framkom: Att leva med diagnosen, allmänläkarens roll, sjukhus, psykiatriska professionellt stöd, stöd från samhället, självmordstankar och självskada och könsskillnader.	Medel.
Nehls. 1999. USA.	Borderline personality disorder: The voice of patients.	Att skapa kunskap om erfarenheterna med att leva med diagnosen EIPS.	Kvalitativ. Tolkande fenomenologisk studie. Individuella intervjuer. Hermeneutisk fenomenologisk analys.	30	Tre huvudkategorier om att leva med sjukdomen: Att leva med en etikett, att leva med självdestruktivt beteende som ses som manipulation, att leva med begränsad tillgång till vård.	Hög.
Malmström, Hörberg, Kouros, Haglund & Ramklint. 2016. Sverige.	Young patients' views about provided psychiatric care.	Att undersöka upplevelser av psykiatrisk vård hos en grupp unga vuxna psykiatripatienter.	Kvalitativ. Del av en större tvärsnittsstudie. Strukturerade och öppna intervjuer. Kvalitativ metod.	127 19-29 år	Sex teman: En önskan om bättre diagnosiska bedömningar, missnöje med behandling, bristfällig information, avsaknad av professionellt bemötande, känsla av övergivenhet, tillfredsställelse med vården.	Hög.

			Kodgrupper.			
Morris, Smith & Alwin. 2014. Storbritannien.	Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK.	Att utforska erfarenheter från individer med diagnosen EIPS i användandet av vuxenpsykiatri och att bättre förstå vilka sorters vårdkontakter som kan vara hjälpande eller inte.	Kvalitativ. Innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer. Induktiv tematisk analys.	9 31-47 år	Tre huvudteman: Den diagnostiska processen influerar hur vårdtagarna känner inför diagnosen, bristfällig omvårdnad och vikten av relationer.	Hög.
Rogers & Acton. 2012. Storbritannien.	"I think we're all guinea pigs really": a qualitative study of medication and borderline personality disorder.	Att utforska erfarenheter av vårdtagare som har blivit behandlade med läkemedel för EIPS.	Kvalitativ. Innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer. Tematisk analys.	7 21-43 år	Tre huvudteman: Personalens kunskaper och attityder, brist på resurser för diagnoser, vägen mot återhämtning för personer med EIPS.	Hög.
Perseus, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson. 2005.	To tame a volcano: patients with borderline personality	Att undersöka livssituationerna, lidandet och upplevelsen av kontakt med psykiatrisk vård	Kvalitativ. Innehållsanalys.	10 22-49 år	Tre huvudteman: Livet på gränsen, kampen för hälsa och värdighet - en balanskonst på slak lina över en vulkan, den goda och den elaka delen av	Hög.

Sverige.	disorder and their perceptions of suffering.	hos tio patienter med EIPS.	Hermeneutiska tolkningar av intervjuer som tillägg till biografiskt material. Hermeneutisk analys.		den psykiatriska vården i lidandets drama.	
Rogers & Dunne. 2011. Storbritannien.	“They told me I had this personality disorder...All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience.	Att utforska erfarenheter av vårdtagare i slutenvård med personlighetsstörning.	Kvalitativ. Innehållsanalys. Fokusgrupper. Tematisk analys.	10 21-45 år	Fem huvudteman: Personlighetsstörningsetiketten, att ha en röst, svängdörrspatienter, kraften med avskiljning, praktiska delar av livet på avdelningen.	Hög.
Walsh & Boyle. 2009. Storbritannien.	Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to	Att utforska strategierna för patienter i psykiatrisk slutenvård att hantera psykisk sjukdom och hur akut psykiatrisk sjukvård kan underlätta individens återhämtning.	Kvalitativ. Explorativ innehållsanalys. Fokusgrupper. Tematisk analys av innehållet.	55 16-68 år	Fem huvudteman: Självhjälp, personal-patient relationer och förväntade roller, fristad, distraktion och världen utanför. Information, kommunikation och patients involvering.	Hög.

	empowerment.					
--	--------------	--	--	--	--	--