

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2018:49

Brukarstyrda inläggningar
Patienter och vårdares förförståelse och erfarenheter

Emma Arvidsson
Cynthia Opazo



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Brukarstyrda inläggningar - Patienter och vårdares förförståelse och erfarenheter

Författare: Emma Arvidsson & Cynthia Opazo

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot psykiatrisk vård

Handledare: Niklas Andersson

Examinator: Agneta Kullén Engström

Sammanfattning

Brukarstyrd inläggning (BI) är en ny behandlingsmetod i Sverige för patienter med Borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende, vilket är vanligt förekommande inom den psykiatriska vården. Målet med brukarstyrd inläggning är att patienten ska få hjälp i kris med en kortare sjukhusvistelse vilket för patienten ökar delaktighet och självbestämmande. Det finns begränsat med forskning om BI sedan tidigare varför denna uppsats kan bidra till en ökad kunskap inom området. Syftet med studien är att beskriva vilken förförståelse och tidiga erfarenheter som finns hos patienter och vårdare gällande brukarstyrda inläggningar. Studien bygger på kvalitativa intervjuer med öppna frågor samt en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att det ses positivt på implementeringen av BI men att det finns vissa brister i informationsspridningen mellan vårdare, patienter och andra vårdinstanser som berörs av BI. Både positiva och negativa tidiga erfarenheter av BI framkommer. Det finns flera olika variationer av BI, varför det är av intresse att forska mer kring metoden, för att kunna utvärdera för- och nackdelar och för att kunna göra BI till ett standardiserat behandlingsalternativ. Resultatet kan användas vid implementering av BI på andra sjukhus och för att bättre kunna förstå den förförståelse och de tidiga upplevelser som BI bidrar till.

Nyckelord: *Brukarstyrd inläggning, Borderline personlighetssyndrom, Självskadebeteende, Autonomi, Förförståelse, Erfarenheter, Delaktighet*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Brukarstyrd inläggning</i>	1
<i>Autonomi</i>	2
<i>Borderline</i>	3
<i>Självskadebeteende</i>	4
<i>Suicidnära</i>	5
<i>Att leva med ohälsa i form av självskada</i>	5
<i>Tidigare forskning</i>	6
<i>Förförståelse</i>	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
<i>Ansats</i>	7
<i>Urval</i>	7
<i>Datainsamling</i>	8
<i>Dataanalys</i>	9
<i>Etiska ställningstaganden</i>	10
RESULTAT	11
<i>Implementeringen av BI</i>	11
Introduktion av BI	11
Bristande information inför BI	12
Införandet av BI.....	12
Förväntningar och farhågor om BI	13
<i>Att vara i BI</i>	13
Att vårda inom ramen för BI	13
Upplevd autonomi	14
Att uppleva trygghet	14
Att vårda genom att vägleda.....	15
<i>Upplevelsen av BI</i>	15
Positiva erfarenheter av BI	15
Negativa erfarenheter av BI.....	16
Framtidsvisioner	16
DISKUSSION	17
<i>Metoddiskussion</i>	17

Val av metod.....	17
Urval	17
Datainsamling.....	18
Dataanalys	19
Validitet och reliabilitet	19
Resultatdiskussion.....	20
Implementeringen av BI.....	20
Att vara i BI.....	22
Tidiga upplevelser av BI.....	22
Hållbar utveckling	23
Slutsatser	23
Klinisk implikation.....	24
Fortsatt forskning	24
REFERENSER.....	25
Bilagor.....	29
Bilaga 1.....	29
Bilaga 2.....	30
Bilaga 3.....	32
Bilaga 4.....	33

INLEDNING

Borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende är vanligt förekommande inom den psykiatriska vården och många patienter har oftast långa vårdtider samt återkommande inläggningar. Brukarstyrd inläggning (BI) är en relativt ny behandlingsmetod för patienter med Borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende, med mål att främja patientens autonomi samt undvika långa inläggningar eller hospitalisering. Brukarstyrd inläggning är sedan tidigare implementerad i Nederländerna och Region Skåne har nu infört denna metod genom en randomiserad kontrollerad studie, där en standardiserad version har införts. Denna version sprider sig nu till andra regioner för att implementeras på sjukhus, dock utan att vara en del av själva studien.

Vårdares och patienters erfarenheter kring brukarstyrda inläggningar är inte tillräckligt beskriven eller undersökt. Uppsatsen ämnar ta reda på vårdares och patienters förförståelse och erfarenheter av just BI. Författarna har ingen eller delvis erfarenhet av BI sedan tidigare. Författarna kom i kontakt med BI genom en av författarnas tidigare arbetsplats där BI implementerats och där författaren fått ta del utav informationen inför uppstart. Intresset för uppsatsämnet uppstod då båda författare har erfarenhet utav psykiatrisk slutenvård samt berörd patientgrupp. Författarna har även kunnat se att det sällan finns en tydlig plan och mål för ineliggande vård för denna patientgrupp och att långa inläggningar är vanliga. Ofta upplevs heller ingen förbättring vid utskrivning och det kan väckas många känslor i samband med vårdandet av patienter med självskadebeteende eller borderline personlighetssyndrom.

BAKGRUND

I bakgrunden ges en kort beskrivning utav brukarstyrd inläggning, vad den innebär och innefattar samt syftet med BI. Större delen av tidigare forskning om BI grundar sig på den forskning som finns om personer diagnostiserade med Borderline personlighetssyndrom. BI har länge använts i Nederländerna men är inte utbrett internationellt vilket kan vara anledningen till att forskningsmaterial på BI är begränsat. Det finns få kvalitativa studier där erfarenheter gällande användning av BI beskrivs. I bakgrunden beskrivs också vårdvetenskapliga begrepp relaterade till uppsatsens problemområde.

Brukarstyrd inläggning

Brukarstyrd inläggning (på engelska kallat brief admission) är en krishanteringsintervention där målgruppen är individer med återkommande självskadebeteende och/eller självmordsnära beteende som har minst tre symtom på Borderline personlighetssyndrom och har varit inlagda på en psykiatrisk akutmottagning minst tre gånger, under de senaste sex månaderna (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling 2017a). BI kan också ses som ett tillägg i behandlingsplaner med andra former av terapi, där individen på egen hand bestämmer när den behöver en kort inläggning under några dagar för att förhindra försämring av symtom, inklusive självskada och suicid (Helleman, Lundh, Liljedahl, Daukantaité & Westling 2018).

BI har använts i Nederländerna i nästan trettio år. Syftet med brukarstyrda inläggningar är bland annat att öka patientens autonomi, få verktyg att kunna hantera sitt mående, förmå att söka hjälp tidigt samt att minska vårdtid och förebygga tvångsåtgärder (Helleman et al. 2018). De nederländska kliniska riktlinjerna för personlighetssyndrom nämner också att främjande av det individuella valet är en avgörande del i BI. Genom att individen hittar lösningar för sina svårigheter även i kris, ges möjligheten till erfarenheter av att hantera kriser vilket i sin tur stärker självbestämmandet (Liljedahl et al. 2017b).

Enligt standardisering varar en BI i högst tre nätter och ges maximalt tre gånger per månad under en tydlig behandlingsplan, även kallat kontrakt. Behandlingsplanen upprättas av individen och personalen när individen inte är i kris. I kontraktet framgår bland annat patientens mål med BI samt mål för varje inläggning enligt BI, hur patienten kan påverka sin egen vård, patientens egen beskrivning av sina egna tidiga tecken på när denne kan behöva söka en BI samt vad som kan erbjudas och vad som inte kan tillgodoses en BI (Liljedahl et al. 2017a). Sjukhus som implementerar BI som vårdform, såsom sjukhuset i aktuell studie, kan erbjuda detta till patienter med självskadebeteende och Borderline personlighetssyndrom. I kontraktet skall det också tydligt framgå hur den aktuella avdelningen kan hjälpa patienten att uppnå sina mål under BI, som exempelvis bemötande, hjälpmedel, aktivering eller vila under inläggande BI (Liljedahl et al. 2017a). Det är också av vikt att personalen bemöter patienten med värme och respekt och visar intresse när patienten söker inläggning. När patienten känner igen sina tidiga tecken och är i behov av en inläggning ringer patienten till avdelningen och ber om en inläggning. Personal svarar då på om det finns en ledig sängplats eller inte och i så fall när det förväntas bli en sängplats ledig. Om det inte finns en ledig plats får patienten ringa åter senare under dagen, patienten kan inte boka sängplats som inte är ledig (ibid).

När patienten anländer till avdelningen sker ett inskrivningsmeddelande av en sjuksköterska eller skötare (Liljedahl et al. 2017a). Ingen läkarkontakt sker under inläggande vård. Vårdarna följer en mall vid inskrivning som tar upp mål för vårdtiden, planering under BI samt bestämmer dag och klockslag för utskrivning, vilket är maximalt tre dygn efter inskrivning. Under inläggande vård följs de mål som formulerats vid inskrivning och som är inom ramen för en BI. Patienten visiteras inte vid inskrivning, har inga begränsningar i utgång från avdelningen och sköter sina mediciner helt självständigt vilka förvaras inlåsta i läkemedelskåp på rummet. Om patienten är i behov av extra läkemedel skall patienten ha med sig detta själv eller så får patienten vända sig till öppenvård eller akutmottagning. Vid utskrivning hålls ett nytt samtal mellan vårdare och patient där vården utvärderas dels genom dialog och dels genom ett formulär kallat Individual Experience Scale (IES). Detta fyller patient och vårdare i enskilt. Var sjätte månad utvärderas och omförhandlas kontraktet av de som skrivit under (ibid).

Autonomi

Begreppet autonomi kommer från grekiskans *auto* (själv) och *nomos* (styra; översatt från engelskans *rule*) (Lindberg, Fagerström, Sivberg & Willman 2014).

I den etiska koden för sjuksköterskor ingår att sjuksköterskan skall värna patientens självbestämmande genom att exempelvis ge den information som krävs för samtycke till omvårdnad och medicinsk behandling, eller information om rätten att välja och att avstå behandling (International Council of Nurses & Svensk sjuksköterskeförening (ICN) 2014). En specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård ansvarar för att ”utifrån ett personcentrerat förhållningssätt tillvarata patientens och närståendes erfarenheter, behov, mål och preferenser i planering och genomförande av vård och omsorg” (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor 2014, s. 8). För att en individ skall vara självbestämmande behöver vilja, beslut och agerande vara individens egna. Individen behöver fatta beslut och agera på dessa och ju mer individen bestämmer desto mer autonom blir individen. Förmågan att fatta beslut baserade på preferenser och övertygelser måste finnas där och då måste individen också veta vad den vill ha, ha förmåga att överväga alternativ och vad de skulle leda till samt förmågan att bedöma värdet av utgången (Sandman, Granger, Ekman & Munthe 2012).

Patientens autonomi är beroende av sjuksköterskors attityder och för att autonomi skall respekteras inom vården krävs att vårdpersonal erkänner individens rätt till åsikter, val och handlande baserat på individens egna värderingar och övertygelser (Lindberg et al. 2014). Syrén (2014, s. 194) skriver att delaktighet mellan patient och sjuksköterska kan beskrivas som en ömsesidig process där patientens resurser och inflytande i sin vård är i fokus. Delaktighet är en aspekt i autonomi och genom att göra patienten delaktig i sin vård främjar det autonomi. Pelto-Piri, Engström & Engström (2013) skriver att autonomins betydelse ofta blivit ifrågasatt av filosofer och psykiatriker då patienters autonomi inom den psykiatriska vården ofta förminsas på grund av psykiska störningar. De menar att om för mycket betoning läggs på den psykiatriska patientens autonomi kan det leda till allvarliga konsekvenser, som att patienten till och med kan dö på grund av sin önskan att neka vård. Författarna framhåller betydelsen av en långsiktig planering för att återställa den nedsatta patientens autonomi och förmågan att möjliggöra att patienten återigen tar en del i beslutsfattandet (ibid).

Då ett av målen med BI är att stärka individens autonomi är det av särskild vikt att beakta denna i vården av patienter med Borderline och självskadebeteende. Genom denna kvalitativa studie kan mer kunskap erhållas om vårdares och patienters upplevelse av hur eller i vilken omfattning BI främjar autonomi.

Borderline

Borderline personlighetssyndrom är en psykisk störning som kännetecknas av ett varaktigt mönster av instabilitet i regleringen av känslor, bristande impuls kontroll, relationsproblem och låg självkänsla (Kaess, Brunner & Chanen 2014). Det finns en påtaglig instabilitet avseende identitet, affekter och impuls kontroll vilket bland annat kan yttra sig i dysfunktionella relationer till andra personer, samt en känslighet för avvisande, separation och övergivenhet, trots en eventuell aggressivitet eller vrede (Herlofson & Ekselius 2016, ss. 585–586). Personer med Borderline personlighetssyndrom kan starkt skifta i sina värderingar och snabbt skifta i personlig stil och framtoning. De har ofta en bild av sig själva som sårbara, svikna, defekta och omöjliga att älska och kan uppfatta andra personer som starka och kärleksfulla eller dominanta och svekfulla. Såväl ett utåtagerande beteende som ett undvikande kan vara

ett sätt att hantera påfrestningar (ibid). En annan benämning på syndromet är emotionell instabil personlighetsstörning (Andersson, Öst & Waern 2006).

För att diagnostiseras med Borderline måste fem av de nio kriterierna, i Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) uppfyllas (Kaess, Brunner & Chanen 2014). Återkommande suicidförsök eller självskada, tillsammans med rädsla för övergivenhet är starka indikativ för diagnosen (Gunderson 2011). Även om kriterier för Borderline är lätta att känna igen, menar Gunderson (2011) att diagnosen fastställs allt för sällan på grund av uppfattningen om att återkommande kriser och självskadebeteende är uppsåtliga och manipulativa snarare än tecken på en sjukdom. Patienter med Borderline kommer ofta i kontakt med sjukvården efter självmordsförsök eller efter episoder av avsiktlig självskada (ibid).

Patienter med Borderline personlighetssyndrom inom psykiatrisk vård har ofta oplanerat långa vårdtider vilket har visat sig endast ha begränsad betydelse samt ofta negativa konsekvenser. Regression, återkommande inläggningar och fortsatta självmordstankar efter utskrivning har rapporterats, och den vanligaste behandlingen är för närvarande akuta inläggningar. Enligt de nederländska riktlinjerna för behandling av patienter med personlighetsstörningar kan korta inläggningar vara användbara för dessa patienter i kris. Patienterna uppmuntras till att göra egna val gällande sin behandling vilket främjar autonomin (Helleman, Goossens, Kaasenbrood & van Achterberg 2014).

Självskadebeteende

Självskadebeteende omfattar beteenden som ämnar skada den egna kroppsytan. Begreppet specificerar inte suicidavsikt eller avgränsar användningen. Det engelska begreppet self-harm synliggör inte heller någon skillnad huruvida självskadebeteendet har suicidsyfte eller inte men inkluderar även att svälja substanser, samt suicidhandlingar (Westling et al. 2016). Det går att utröna en viss oenighet kring begreppsdefinitionen i forskningsmaterial men det engelska begreppet kommer, i denna uppsats, att jämföras med den svenska definitionen av självskadebeteende.

Självskadebeteende är vanligt förekommande, både generellt i befolkningen som inom psykiatri (Westling et al. 2016). Varje år vårdas i genomsnitt 7 825 patienter inom slutenvården i Sverige på grund av självskadebeteende (Folkhälsomyndigheten 2016). Men trots att självskadebeteende förekommer vid flera olika psykiatriska diagnoser ingår det endast vid Borderline personlighetssyndrom som ett diagnoskriterium. Westling och Ramklint (2016) menar att detta kan vara en anledning till överdiagnostik av Borderline hos personer med självskadebeteende. Kool, van Meijel, Koekkoek, van der Bijl och Kerkhof (2014) betonar också att individer med självskadebeteende inte alltid söker hjälp eller att all form av självskadebeteende registreras.

Forskning visar att självskadebeteende kan fylla flera olika funktioner och att det hjälper individen att reglera känslor och tankar. På kort sikt kan det fungera som ett sätt att få stopp på dessa känslor och tankar trots att det också kan innebära negativa konsekvenser för individen. Det kan även vara ett sätt för individer som känner sig avdömda eller tomma på känslor att känna någonting överhuvudtaget eller att straffa sig själva (Westling et al. 2016). För många patienter, som ofta har en negativ självbild kan självskadebeteende fungera som överlevnadsmekanism (Kool et al. 2014). Detta ger ett

ökat lidande för patienten och är viktigt som vårdare att se och inte stöta bort, för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt.

Suicidnära

Begreppet suicidnära kommer i uppsatsen vara synonymt med självmordsnära. Begreppet beskriver närheten till självmordshandling och inbegriper personer som under det senaste året gjort ett suicidförsök, har allvarliga suicidtankar och där det bedöms föreligga suicidrisk under den närmaste tiden och utan att ange allvarliga suicidtankar på grund av omständigheterna bedöms vara i farozonen för suicid (Socialstyrelsen 2003).

En suicidnära person kan ofta kommunicera sina avsikter till omgivningen även om det kan vara svårt för närstående att förstå signalerna (Salander Renberg et al. 2013). Personen kan ofta handla motsägelsefullt och ge otydliga signaler. Lättast att uppfatta är direkt uttalade hot om suicid, och dessa uttalanden måste tas på allvar. Annan kommunikation kan vara att samla på sig läkemedel eller att dra sig undan sociala kontakter (ibid 2013). Många suicidnära personer söker också hjälp inom både den somatiska och den psykiatriska vården, och att känna igen och ta den suicidnära personens kommunikation på allvar är av stor vikt för att avbryta den så kallade suicidala processen (ibid 2013).

I begreppet suicidnära kan också ses en skillnad mot begreppet självskadebeteende även om definitionen av självskadebeteende är tvistat. Suicidnära kan förstås som en handling med avsikt till suicid men inte likvärdigt med självskadebeteende som inte direkt är avsett att leda till suicid. Dock kan det vara svårt att avgöra om den tillfogade skadan är gjord i avsikt att hantera de känslor som patienten känner eller ett misslyckat försök att ta sitt eget liv. Detsamma gäller vid suicid hos patienter med tidigare känt självskadebeteende. Är det ett lyckat suicidförsök eller har patientens självskadebeteende gått längre än avsikten varit ifrån början? Det är viktigt att kommunicera med patienter som är självmordnära eller har självskadebeteende för att kunna hjälpa dem i sitt lidande på bästa sätt. Som Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003, s. 39) skriver, finns det tendenser att ignorera lidandet hos patienten då det är kopplat till människans värdighet. Att bli delaktig i patientens lidande och möta patientens livsvärld ökar förståelsen för patienten och även dess handlingars avsikt.

Att leva med ohälsa i form av självskada

Att självskada är ett sätt att försöka hantera smärtsamma känslor och den kroppsliga smärtan kan då vara lättare att hantera än den själsliga. Att självskada kan både vara ett sätt att lugna sig som att straffa sig själv (Nationella självskadeprojektet 2018b). Att leva med självskada är också att leva med ett stigma och i skam, många personer försöker dölja sitt självskadebeteende från omgivningen. Straiton, Roenb, Dieserud och Hjelmeland (2013) menar att om det kommer ut till omgivningen kan det kopplas till uppmärksamhetssökande varför vissa personer hellre håller det för sig själva. Det finns flera olika strategier för att hantera känslan av skam, en kan vara att distansera sig själv från eller minimera betydelsen av en händelse. En annan kan vara att försöka

rättfärdiga beteendet genom att skylla det på en specifik fas i livet eller att exempelvis använda alkohol och att skylla det på sin onykterhet (ibid 2013).

Det vårdvetenskapliga patientperspektivet innebär att patienter ska förstås som experter med innebörden att patienterna är experter på sig själva (Dahlberg & Segesten 2010, s. 103). Patientperspektivet skall därför vara utgångspunkten för vårdvetenskapen och vårdandet, och vårdandet måste beröra patientens värld (ibid. s. 126). Livsvärlden är en persons unika värld genom vilken vi förstår oss själva, andra samt allting annat och eftersom livsvärlden inte kan särskiljas från en person måste vårdandet utgå från densamma (ibid. s. 128).

Självskaдебeteende är idag relativt välstuderat och det finns i Sverige bland annat nationella rekommendationer för hur man skall arbeta med personer med självskaдебeteende, både inom slutenvården som för ungdomar och som underlag för samtalsstöd (Nationella självskaडेprojektet 2018a). I nationella självskaडेprojektets rekommendationer behandlas bland annat bemötandet av patienter med självskaдебeteende, vikten av kompetent vårdpersonal och relevansen av utredning för att få en välfungerande behandling (Westling et al. 2016). Livsvärldsperspektivet skall präglas av öppenhet och följsamhet vilket innebär att möta patienten där den är och vara lyhörd för patientens upplevelse av sin erfarenhet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 154–156). I patientens värld är inte vårdandet åtskilt från annat utan vårdandet sker i ett sammanhang (ibid. s. 128). Med livsvärlden som grund kan omvårdnadspersonal vårda ur ett patientfokus.

Tidigare forskning

Tidigare forskning är knapphändig och det finns inga mätbara kvantitativa studier som är direkt applicerbara inom svensk sjukvård. Dock visar Van Kessel, Lambie och Stewarts (2002) studie att antalet vårdrygn har minskat med hjälp av BI. Samtidigt visar Helleman et al. (2013) variationer mellan olika kliniker och vad som ingår i vården för BI. Norra Stockholm psykiatri har startat upp ett liknande koncept som kallas Självskaडे Inläggning vilka bygger på samma principer som Brukarstyrd Inläggning, dock finns ingen tydlig nationell standardisering att tillgå i Sverige. Liljedahl et al. (2017b) har en pågående randomiserad, kontrollerad studie om BI men som ännu inte har nått ett slutresultat.

Förförståelse

Människans levda kropp beskrivs som ett medel vi erfar omvärlden med. Det är igenom vår kropp som vi upplever omvärlden och oss själva. I samspelet med omvärlden finns det en förväntan hos varje människa om vad som ska ske. Denna förväntan, så kallad förförståelse, byggs på tidigare erfarenheter och spelar roll i hur vi agerar och i våra känslor i specifika situationer (Wiklund 2003, s. 52). Förförståelse omfattar de kunskaper, tankar, intryck och känslor vi har och vi alltid påverkas av våra tidigare erfarenheter. Hur vi ser på vår omgivning och hur vi tolkar den kommer alltid att påverkas av vår förförståelse (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008 s.134). Genom att ta reda på informanternas förförståelse om BI framkommer på vilket sätt informanterna föreställt sig och tolkat BI samt den tidiga informationen de fått. En större förståelse kan

även erhållas för hur informanterna reagerat eller påverkats av BI då de använt metoden/behandlingen.

PROBLEMFORMULERING

Brukarstyrd inläggning är fortfarande i ett tidigt stadie utanför Nederländernas gränser och det saknas till stor del forskning om BI som intervention för patienter inom psykiatrin och med Borderline personlighetssyndrom. Det finns få studier gjorda, både kvantitativa och kvalitativa studier, och ännu färre som beskriver vårdare och patienters egna erfarenheter, vilket är av betydelse för fortsatt implementering av BI på andra sjukhus. Att göra en kvalitativ studie om BI är därför både värdefullt för vårdgivare som redan börjat använda sig av BI samt för vårdgivare som är på väg att erbjuda BI som en alternativ behandlingsmetod. Att studera vårdares och patienters förförståelse ger en bättre uppfattning om vilken information och/eller vilka verktyg personerna behöver för att ge sig in i behandlingen. Det går att bättre förbereda personerna och genom bättre förberedelser och förståelse för konceptet kan negativa konsekvenser minimeras i mötet med patienten.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva vilken förförståelse och vilka tidiga erfarenheter som finns hos patienter och vårdare gällande brukarstyrda inläggningar.

METOD

Ansats

Eftersom syftet är att beskriva individers upplevelser av brukarstyrda inläggningar har en kvalitativ innehållsanalys valts då den hjälper till att tolka stora mängder text, såsom intervjuer, till olika abstraktionsnivåer. Författarna har använt sig av en induktiv ansats, det vill säga att analysen har varit förutsättningslös utifrån människors egna berättelser om sin upplevelse (Lundman & Granheim 2016, s. 188).

Urval

Studien genomfördes på ett mellanstort sjukhus i västra Sverige. Förfrågan om att genomföra studien på sjukhusets vuxenpsykiatriska klinik skickades till klinikens verksamhetschef för godkännande. Brukarstyrd inläggning var vid denna tidpunkt uppstartad på en av klinikens fyra slutenvårdsavdelningar med två platser avsedda för BI. Aktuell vårdenhetschef tillfrågades samt informerades om studien. Det gjordes en förfrågan om att få informera avdelningens sjuksköterskor. Närvarande sjuksköterskor vid ett sjuksköterskemöte informerades om studien och förfrågan om deltagande delades ut till var och en. En sjuksköterska gav sitt godkännande till studien vid detta tillfälle. Därefter tillfrågades sjuksköterskor enskilt vid senare tillfälle varvid resterande tre sjuksköterskor gav sitt godkännande för medverkan. Inga andra inklusionskriterier än legitimerad och yrkesverksam sjuksköterska på berörd avdelning har gjorts.

De fyra sjuksköterskorna var i åldern 25–29 år gamla och hade en varierad yrkeserfarenhet mellan drygt ett år till drygt två år. Två av dessa hade enbart arbetat inom psykiatrin sedan examen från sjuksköterskeutbildningen medan de två andra även hade jobbat inom den somatiska vården.

De två patienterna som deltog i studien tillfrågades personligen vid ett ineliggande tillfälle enligt brukarstyrd inläggning om att delta i studien varvid båda tackade ja till att medverka. Ytterligare en patient var tillfrågad men valde att hoppa av innan intervjun skedde rum på grund av personliga skäl. Endast patienter som utnyttjat vårddygn enligt brukarstyrd inläggning inkluderades. Patienter som var ineliggande utöver sin BI exkluderades. Patienterna bedömdes vid förfrågan om medverkan vara i tillräckligt stabilt mående för att kunna ta ställning om att delta.

Patienterna var i åldrarna 21–58 år och hade tidigare haft kontakt med specialistpsykiatrin flertalet gånger med långa inläggningar, är diagnostiserade med Borderline personlighetsyndrom samt har eller har haft ett aktivt självskadebeteende. Vid tillfällena för intervjuerna hade patienterna under de senaste tre månaderna blivit informerade och skrivit under sitt kontrakt för brukarstyrda inläggningar och haft några inläggningar enligt BI.

Datainsamling

Datainsamlingen består av kvalitativa intervjuer som genomförts enskilt med en tidsåtgång på minst 21 minuter och max 39 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes på den berörda avdelningen i ett avskilt rum där författarna gemensamt med informanterna bokade tid för intervjuerna. Deltagande patienter genomförde sina intervjuer under en självvald inläggning enligt brukarstyrd inläggning, efter sina egna önskemål. Sjuksköterskorna genomförde intervjuerna efter avslutat arbetspass efter sina önskemål. Dahlberg (2014, s. 87) skriver att det inte bör göras mer än en intervju per dag då det kräver koncentration och är tröttande. Intervjuerna i denna studie har genomförts med flera dagars mellanrum och enbart en intervju per författare har gjorts vid varje tillfälle.

Det är en fördel om intervjuerna har med sig i förväg nedskrivna frågeområden som intervjun sedan kan byggas upp kring (Dahlberg 2014, s.88). Författarna hade inför intervjuerna dels haft handledning om intervjuer, samt gemensamt kommit fram till några frågeområden som ansågs vara aktuella i relation till syftet av studien. Intervjuerna bestod av öppna frågor med första frågan avseende om hur förberedelserna för att påbörja brukarstyrda inläggningar upplevdes. De fortsatte därefter med delvis följdfrågor på de svar som uppkom samt frågor som lämpade sig i intervjun utifrån de nedskrivna frågeområdena (se bilaga 3). Dahlberg (2014, s. 87) skriver om intervjuernas möjlighet att kunna ställa följdfrågor för att berika datainsamlingen vilket författarna i stor utsträckning har försökt att efterleva. Följdfrågor ställdes vid flertalet svar samt förfrågan om informanterna kunde ge exempel på sina upplevelser. Därefter har frågor om deras förväntningar och upplevelser av BI ställts med viss variation utifrån varje informants svar.

Genom hela intervjuerna eftersträvades hos författarna att vara öppna och följsamma mot informanterna för att bättre kunna förstå informanterna utifrån deras livsvärld (Dahlberg 2014, s.68). Det finns likheter och skillnader mellan varje individs livsvärld och så även mellan författarna och informanterna. Våra skillnader har beaktats och våra likheter har tagits tillvara på under intervjuerna, och en öppenhet har funnits gentemot att det ses olika på samma fenomen genom att ställa följdfrågor och be informanterna berätta mer utifrån deras perspektiv. Dahlberg (2014, s. 82) menar att det är en fördel för datainsamlingen att visa intresse för informantens livsvärld. Att vara öppen och följsam mot fenomenet och informanten är av största vikt igenom datainsamlingen. Annars kan en alltför stark förståelse och en redan förutbestämd teori om hur syftet kommer att besvaras gentemot dessa, hindra från att upptäcka ny kunskap (ibid. s. 82).

Intervjuerna spelades in via mobiltelefoner och transkriberades ord för ord i dokument på dator. Enligt Dahlberg (2014, s. 108) ska varje uttalande transkriberas även om det är upprepningar, hummanden, skratt med mera för att det kan ha betydelse för hur något sägs. De transkriberade dokumenten underlättar sedan vidare analys av intervjuerna då det är lättare att jämföra i nedskrivna dokument (Dahlberg 2014, s.107). Filer med intervjuer samt de transkriberade intervjuerna fördes sedan över till en fil som enbart författarna har åtkomst till och har på så vis behandlats konfidentiellt. Filerna har raderats från respektive mobiltelefon så att enbart exemplar på sagda fil finns.

Dataanalys

Dataanalysen har baserats på en kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman och Granheim (2016, s.187) för att kunna tolka intervjuerna med en induktiv ansats. Analysen började med att båda författare läste igenom samtliga transkriberade intervjuer flertalet gånger för att skapa en god bild utav texterna. Därefter ströks meningsenheter under som relaterade till studiens syfte, med både manifest och latent innehåll. Det manifesta innehållet är ett textnära innehåll där budskapet är uppenbart, det latent innehåll är inte lika tydligt skrivet utan har ett mer underliggande budskap (Lundman & Granheim 2016 s. 189).

Författarna gjorde först en analys av meningsbärande enheter var för sig, för att sedan jämföra intervjuerna med varandra. Därefter fick författarna fram ett gemensamt innehåll av meningsenheter. Meningsenheter innebär meningsbärande enheter utifrån intervjuer med innehåll relevant till syftet (Lundman & Granheim 2016, s. 190). Meningsenheterna delades upp i två domäner som sedan sattes in i en tabell för att koda. De nedskrivna meningsenheterna kondenserades vilket innebär att man kortar ner text utan att på något vis förlora väsentligt innehåll och koderna blir då mer lätthanterliga i den fortsatta analysprocessen för att få fram kategorier (ibid).

Koderna lästes igenom för att hitta en röd tråd, som sedan följdes för att skapa preliminära kategorier. 22 preliminära kategorier framkom som sedan återigen lästes igenom. Liknande kategorier parades ihop med varandra för att sedan mynna ut i femton nya kategorier genom att återigen läsa igenom koderna med de nu tillhörande kategorierna. Genom reflektion och genom att gå tillbaka till meningsenheterna för att inte tappa kontexten kunde författarna se att några av de preliminära kategorierna var alltför snarlika för att särskiljas i var sin kategori, och de fördes därför ihop till en gemensam kategori med en ny gemensam kategorirubrik. Utifrån dessa kategorier

kunde författarna se ett mönster genom resultatet där en del beskrev förväntningar, en del om de upplevelser och förändringar BI betytt för dem samt tidiga upplevelser som informanterna delgav. Detta mynnade därför ut i tre teman med rubrikerna Implementeringen av BI, Att vara i BI samt Upplevelsen av BI. Teman består av kategorier med samma röda tråd och latenta budskap (Lundman & Granheim 2016, s. 191). Därefter bearbetades på nytt kategorierna tillsammans med meningsenheterna för att se att kategorierna överensstämde med meningsenheternas budskap utifrån dess sammanhang, samt att inga meningsenheter hade missats då flera liknade varandra i det mer latenta innehållet. Slutligen kvarstod elva bestående kategorier.

Tabell 1. Kort sammanfattning av dataanalysen

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
Det är ju mer att eh det är ju självständigt från deras sida mycket mera	Mer självständiga	Autonomi	Att vara i BI
Försöka fokusera på att klara av alltså mig hemma för att, veta om bara att jag kan komma hit ger en trygghet hemma liksom	Ökad trygghet i hemmet	Trygghet	

Etiska ställningstaganden

Studien omfattas inte av lagen om etikprövning för forskning som avser människor (SFS 2003:460) då den är skriven på magisternivå. I förordning 2003:615 står dock att en regional etikprövningsnämnd får lämna rådgivande yttranden över arbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS 2003:615). I en etikprövning sker en avvägning mellan kunskapsvinst och risker med genomförandet av forskningen (Etikprövningsnämnden 2018). Vidare skriver Etikprövningsnämnden (2018) att människans värde och integritet skall respekteras, vilket författarna i största möjliga utsträckning strävat efter genom hela studiens utförande. I Helsingforsdeklarationen (2013) står att patientens hälsa ska vara den främsta uppgiften och att risker och olägenheter för patienten skall bedömas noggrant innan forskning påbörjas. Vidare deklarerar Helsingforsdeklarationen att syftet med studien ska vara att generera ny kunskap.

Deltagarna blev informerade om syftet till studien och anledningen till förfrågan om att vara med i studien. Deltagarna är informerade om att det är ett frivilligt deltagande och att de när som helst kan välja att inte längre delta i studien utan vidare frågor. Deltagare skrev, efter informationen, under ett godkännande för deltagande före själva genomförandet av de kvalitativa intervjuerna. Inför varje enskild intervju förklarades för

informanterna återigen att de när som helst kunde avsluta utan ytterligare frågor och de själva fick vara med och välja plats för intervju. Vi säkerhetsställde att de känt sig trygga med att genomföra intervjuerna genom att efter varje intervju kort samtala om upplevelsen av att intervjuas samt om det uppstått frågor eller starka känslor av något slag. Inspelningar och transkriberingar har behandlats konfidentiellt på så vis att de har sparats i filer oåtkomliga för andra än de båda författarna och kommer att förvaras oåtkomliga för obehöriga även efter avslutad studie.

Ett godkännande att genomföra studien har getts av verksamhetschefen för berörd psykiatrisk klinik och aktuell vårdenhetschef har blivit informerad och gett sitt samtycke. Båda författares namn och kontaktuppgifter samt ansvarig handledares namn och kontaktuppgifter har lämnats till samtliga informanter tillsammans med ett informationsbrev.

RESULTAT

Resultatet av de sex kvalitativa intervjuerna gav till följd elva olika kategorier vilka kommer redovisas under tre olika teman (se tabell 2). De sjuksköterskor som deltog benämns som vårdare i resultatet då även andra professioner har hand om BI på aktuell avdelning.

Tabell 2.

Kategorier	Tema
Introduktion av BI	Implementeringen av BI
Bristande information inför BI	
Införandet av BI	
Förväntningar och farhågor om BI	
Att vårda inom ramen för BI	Att vara i BI
Upplevd autonomi	
Att uppleva trygghet	
Att vårda genom att vägleda	
Positiva erfarenheter av BI	Upplevelsen av BI
Negativa erfarenheter av BI	
Framtidsvisioner	

Implementeringen av BI

Här redovisas informanternas tankar kring de förväntningar de haft om BI, hur de upplevt informationen som gavs innan start samt upplevelser de haft i samband med införandet av BI.

Introduktion av BI

Samtliga informanter uppgav att de fått väldigt bra information inför implementeringen av BI. Vårdarna fick två heldagar för introduktion samt möjlighet att prata med annan

personal med erfarenhet att vårda patienter enligt brukarstyrd inläggning, vilket de ansåg sig ha stor behållning utav.

”Vi blev väldigt bra informerade tycker jag, eh om vad det är och vad det går ut på, vad som förväntas av oss, som vårdare”.

Även patienterna upplevde att de fick bra information. De hade stöd från sin öppenvård och upplevde att den mesta informationen framkom vid kontraktsskrivningen.

”Den var väl bra så sett, men jag tror att det är ganska nytt, men det borde komma kanske nån broschyr eller liknande alltså så här så man kan få alltså lite mer a inte bara kontraktet liksom utan kanske nåt informationsblad”

Det var dock önskvärt för informanterna att ha tillgång till skriftlig information utöver den muntligt givna informationen för att kunna gå igenom informationen igen om det uppkom nya frågor.

Bristande information inför BI

Trots att informanterna upplevde informationen som övervägande bra visade resultatet att allt inte framgått med tydlighet när informanterna väl vårdades inläggande. Exempelvis hade det inte framkommit att då patienterna var i behov av ytterligare vård, utöver den som erbjöds enligt BI, skulle hänvisas till andra avdelningar. Detta sågs som en brist då det påverkade patienterna negativt. Informanterna såg det dock som nödvändigt då det skulle upplevas bekymmersamt att vårda samma patient utifrån olika förutsättningar.

”Vill jag nu när jag har BI kontrakt lägga in mig på en vanlig inläggning då får jag inte vara på samma avdelning”

En informant upplevde att det inte beskrevs några som helst nackdelar med BI, men som informanten i efterhand blivit varse och informationen upplevdes som helhet vara begränsad i sin spridning till annan vårdpersonal som inte var i direkt arbete med BI. Vid efterfrågan av läkemedel i injektionsform som gavs i ångestlindrande syften (enligt fast ordination av läkare från tidigare inläggningar) hänvisades patienten till akutmottagningen.

”När man går in på AKM, å är BI patient och vill ha en injektion, då vet dem inte vad, en del vet inte ens vad BI är”

Detta skapade problem för informanterna då varken de eller personalen på akutmottagningen förstått syftet med att avdelningens personal inte gav injektion. Patienterna beskrev en sämre upplevelse av vården vid dessa tillfällen.

Införandet av BI

Uppstartandet av BI på avdelningen upplevdes inledningsvis som bra, det gick fortare än vårdarna förväntat sig och de kände sig väl förberedda för att påbörja arbetet. Redan dagen efter att första kontraktet skrivits kom första BI patienten för en inläggning varpå det visade sig att allt inte var självklart, informanterna insåg att det var en lärandeprocess.

”Det är lite grann i början får man lära sig på sina misstag liksom...”

Vårdarna uttryckte dock att det fanns en mall de kunde luta sig emot när de stötte på problem och nämnde att det fanns personer väl insatta i BI som kunde kontaktas för att lösa uppkomna situationer. Detta ansåg de vara en trygghet.

”Ja alltså allting var ju inte klockrent då kanske men man har fått lära sig lite allt eftersom å faktiskt så ganska så snabbt då så snappa man ju upp hur det fungera”

Informanterna upplevde att strukturen blivit bättre med tiden men att den ifrån början varit otydlig. De upplevde också att det behövdes en inkörningsperiod för att lära sig hur de skulle gå tillväga i olika situationer.

Förväntningar och farhågor om BI

Det fanns stora förväntningar vid uppstartandet av BI. Vårdare förväntade sig att patienterna skulle komma i ett mer stabilt mående och att de skulle vara mer självgående, vilket sågs som en fördel hos informanterna. Informanterna förväntade sig också att samtalen skulle bli färre och kortare vid BI och att samtalen skulle vara mer fokuserade på här och nu. De farhågor som fanns hos vårdarna var dock att patienterna skulle självskada under sin BI och att man inte visste hur man då skulle agera.

”Jag blev lite rädd i början när jag hörde det tänkte, oj åh herregud en som är, eh, har liksom självskadat dagligen så ska komma på en BI och... kan den personen verkligen följa sin kontrakt eller kommer dem gå över, vad gör jag om jag hittar den patienten som har kommit in under, och gör nån självskada under sin BI åh lite såna tankar har jag haft faktiskt.”

Informanterna såg BI som en möjlighet till att få en inläggning utan att behöva vänta flera timmar på akutmottagningen och inte veta om de skulle bli inlagda eller inte. Det upplevdes som positivt att vårdtiden endast var i tre dagar och BI ansågs kunna bidra till att slippa långa inläggningar samt att slippa vårdas enligt tvångsvård.

”Jag hoppades att det kunde hjälpa mig i vardagen hemma”

Att få ordning på sina rutiner i vardagen var också förväntningar som framkom.

Att vara i BI

I detta tema redogörs för informanternas upplevelse av att arbeta med BI och att hjälpa patienterna utanför ramarna av BI. Dessutom synliggörs informanternas tankar kring självständighet och den upplevda tryggheten.

Att vårda inom ramen för BI

Informanterna upplevde att deras roll i BI var att se till att konceptet efterlevdes av samtlig vårdpersonal och att alla följde strukturen som fanns. De tog hjälp av varandras kunskap för att kunna följa strukturen när det var oklar. Informanterna upplevde att deras roll gentemot BI-patienterna ändrades något då ansvaret låg mer på patienten, och det medicinska ansvaret kunde upplevas vara svårt att släppa till en början.

”Ibland känner man att man kanske hade velat eh, ha det medicinska ansvaret”

Några informanter tyckte det var lätt att släppa på kontrollen då de förväntade sig att patienterna skulle må bättre under BI än under en vanlig inläggning. Det upplevdes positivt att patienterna skulle ta mer ansvar för sin vård och därmed lära sig att bli mer självständiga. Samtidigt var det ibland svårt att inte ha samma översyn på patienten som man tidigare haft.

”Så det är väl såna problem jag har haft lite, att jag är, ah bara säkerställer några extra gånger”

Det upplevdes ett ansvar som vårdare att vården skulle vara rättvis gentemot samtliga patienter och att alla som vårdar skulle göra likadant.

”Det blir orättvist dem andra som också på BI märker av att den här patienten fått fler samtal, dem kräver också det och det sprider sig mellan alla andra”

Det upplevdes också lättare att vårda enligt BI när man kände till patienterna och deras bakgrund sedan tidigare.

Upplevd autonomi

Informanterna upplevde det positivt att få ha tillgång till sina egna mediciner utan att behöva fråga sjuksköterskor vid behov. Samtliga informanter kunde se att patienterna fick ta ett större ansvar. Eftersom informanterna själva fick bestämma när de ville bli utskrivna, inom ramen för tre dagar, uppgav de att de inte behövde oroa sig för att plötsligt bli utskrivna, vilket informanterna upplevde som ett orosmoment under en vanlig inläggning.

”Innan när jag vart inlagd, jag har inte känt mig redo så liksom blir man rädd för varje läkarsamtal att jag kanske men nu bestämmer jag själv hur länge jag ska vara inlagd när jag kommer”

Vårdarna upplevde att patienter under BI klarade sig mer själva och såg patienternas autonomi som enbart positiv. Patienternas egna förmågor kunde stärkas samtidigt som vårdarna kunde fokusera mer på de andra patienterna som var inlagda.

”Att dem ska ringa, lägga in sig, sköter sina mediciner, jag behöver inte liksom, dem är inte på mig som dem brukar”.

Vårdarna kunde lägga över mer ansvar på patienterna under vårdtiden och fanns mer som ett lättare stöd när det behövdes.

Att uppleva trygghet

Det upplevdes som en trygghet för informanterna med enbart vetskapen om att de hade BI att tillgå. När informanterna ringde för en BI visste de att de skulle få en plats och om det var fullt så visste de att det snart skulle bli en plats ledig, vilket hjälpte informanterna att kunna stå ut i sitt illabefinnande ytterligare ett dygn. BI:s struktur gav dem en trygghet och det uppgavs att även anhöriga kände en trygghet genom BI. Informanterna upplevde att de kunde söka utan att de behövde vara alltför dåliga, de

slapp den långa utfrågningen på akutmottagningen och de kunde komma in för att exempelvis bara stabilisera sömnen.

”Så jag tycker det är rätt skönt när man, när man vet liksom vad som gäller och att man, då känner man sig ändå, jag tycker det är en trygghet att veta vad som gäller”

Informanterna uppgav att det gav en ökad trygghet under BI om vårdare och patienter kände varandra sedan tidigare. För patienterna upplevdes tryggheten i att inte behöva återberätta hela sin historia upprepade gånger. Informanterna uppgav även att när de bett om fler samtal eller extra tillsyn och fick detta upplevdes det som en trygghet.

”Man sätter upp vid fasta tider och söker upp patienten för samtal å faktiskt så är det lite så att dem samtalen blir alltid gjorda å det kan jag, där ser jag skillnaden för en vanlig inläggning då är det lätt hänt att det så att säga faller mellan stolarna”

Det upplevdes positivt från informanterna att man kom överens med patienterna om samtalstider då det gav en struktur som gjorde att inga samtal missades, vilket sågs som en brist i vården utanför ramarna för BI.

Att vårda genom att vägleda

När vårdaren på avdelningen inte kunde tillgodose patientens behov inom ramen för BI fanns ett behov av att kunna vägleda och inte lämna patienten helt åt sig själv. Om det uppkom medicinska frågor kunde informanterna stötta patienten genom att hänvisa den till vårdgivare med andra möjligheter.

”Men att man ändå hjälper dem i det liksom, att man inte bara släpper utan hjälper dem och talar om vart dem skall vända sig och såna saker”

Det upplevdes som en lättnad att kunna guida patienten till andra instanser. Det upplevdes som att man ändå hjälpte patienten, även om det skedde på ett annat sätt än vid en vanlig inläggning.

Upplevelsen av BI

Nedan framförs informanternas erfarenheter utav BI samt önsknings och förhoppningar om framtiden med BI.

Positiva erfarenheter av BI

Det fanns flera positiva erfarenheter från informanterna. De upplevde att BI faktiskt hjälpte och att det oftast räckte med tre vårddygn. När patienterna vid utskrivning mådde bättre upplevde informanterna det som ett kvitto på att vården varit god och att BI fungerade, till skillnad från en vanlig inläggning där patienterna hade långa vårdtillfällen och vårdarna inte såg någon förbättring vid utskrivning. Informanterna ansåg dessutom att patienterna blev mindre hospitaliserade med BI och de upplevde att patienterna tog till andra verktyg än läkemedel vid ångest samt att patienterna behövde färre läkemedel.

”... jag skulle nästan vilja påstå att det är lite revolutionerande på nåt sätt inom psykiatrin”

Informanterna upplevde det positivt att slippa vänta flera timmar för en inläggning och de valde alltid BI i första hand vid behov av sjukhusvård. De uppgav även att BI fått en positiv inverkan hemma, då de kände sig mer trygga i och med möjligheten till BI, samt att de fått bättre rutiner. Informanterna uppgav att de skulle rekommendera BI till andra patienter. Under inläggning upplevdes samtalen som mycket viktiga och en resurs i ångesthanteringen.

”Ja, blir samtalen bra, så lugnar ju det ångesten, det gör det... Åh lugnar sig ångesten så blir mina självmordstankar också bättre, så jag slipper bära på dem”

Att samtalen blev bra hade stor betydelse på upplevelsen av sjukhusvistelsen. Det var också positivt att om patienten behövde, fick fler än de två samtal som stått i kontraktet.

Negativa erfarenheter av BI

En av informanterna uppgav att det hade varit önskvärt med ytterligare ett inläggningstillfälle per månad. Informanterna upplevde att det var negativt att patienterna inte kunde få sin injektion på avdelningen samt att de inte hade fått någon förklaring om varför detta inte var möjligt. Det upplevdes även en skillnad i bemötandet från vårdarna på avdelningen. De som var ansvariga för BI upplevdes ha samma bra bemötande som under tidigare inläggningar men från övriga vårdare upplevdes ett avståndstagande. Vid vissa inläggningar kände informanterna sig som en börda för vårdarna då det fanns en påtaglig personalbrist vilket också betydde att de inte fick samma struktur. Precis som bra samtal gjorde gott var också dåliga samtal av betydelse för vistelsen. Ett sämre samtal kunde ibland leda till att patienten skrev ut sig i förtid.

”Personal som inte, inte känns bra att prata med som är... då har jag känt av dem men för det mesta har jag fått bra samtal men dem samtalen som jag har fått som inte varit bra, då har man förlorat någonting tycker jag”

Några informanter har i efterhand ångrat att de skrivit på kontraktet vilket flera av informanterna tyckte var synd. Det upplevdes även negativt hos informanterna när patienter kom in och ingen förändring kunde ses från tidigare vårdtillfällen. Undantag som gjordes från kontraktet där patienter exempelvis fick fler samtal än bestämt sågs som problematiskt för några av informanterna. Tydlighet och struktur fallerade och undantagen uppfattades som en orättvisa i vården.

”eh man tänker litegrann att om man mår så pass dåligt att man behöver en injektion, är då BI formatet tillräckligt för just den här patienten just det här vårdtillfället”

Några vårdare funderade även på om BI var otillräckligt för vissa patienter då patienter behövt söka vård direkt i anslutning till avslutad BI.

Framtidsvisioner

Informanterna såg en ljus framtid för BI. Att BI bara existerade på ett fåtal sjukhus i Sverige upplevdes som något som kunde utvecklas och slutligen finnas på samtliga sjukhus. Informanterna såg också en framtid för avdelningar där enbart BI-patienter togs emot och där inga läkare arbetade utan enbart omvårdnadspersonal.

"jag tycker det är väldigt intressant ehm det känns som att det är ett steg i rätt riktning för psykiatrin att erbjuda detta"

Det fanns en önskan från informanterna att få mer utbildning i samtalsmetodik för att kunna ha bättre samtal under BI samt återkoppling från patienterna för att kunna förbättra de delar som varit mindre bra och för att kunna stötta patienterna bättre.

"Men ändå efterhöra va dem skulle säga om det är nånting mer som man skulle kunna göra under BI liksom för att stötta dem och hjälpa dem i sin vardag och sitt mående och såna saker"

Informanterna hoppades på att BI skulle leda till en förbättring i det psykiska måendet och hade en förhoppning om att det så småningom skulle vara tillräckligt med enbart BI.

"Jag hoppas att jag inte kommer behöva använda BI lika ofta för i början, första månaden så använde jag ju alla tre gånger nästan direkt"

"Och jag hoppas att det ska fortsätta och liksom bana ut till att jag inte kommer behöva BI längre"

På sikt hade informanterna förhoppningen om att kunna trappa ut antalet BI-inläggningar och få ett bättre mående med mindre behov av psykiatrisk slutenvård.

DISKUSSION

I denna del diskuteras val av metod samt resultatet av den kvalitativa studien. Resultatdiskussionen utgår ifrån de tre olika teman som diskuterats fram under analysen.

Metoddiskussion

Val av metod

Metoden har byggts på en kvalitativ innehållsanalys för att bäst kunna besvara syftet där upplevelser står i fokus. Resultatet är dock bundet till sin kontext och kan inte ses som en definitiv sanning utan snarare som alternativa tolkningar (Lundman & Granheim 2012, s. 196). Resultatet kan därmed inte ses direkt överförbart till andra kontexter vilket ger en viss begränsning i dess överförbarhet. Resultatet bör ändå kunna användas för att öka kunskapen vid implementering av BI på olika vårdenheter runt om i Sverige. Annat val av analysmetod var möjligt men kvalitativ innehållsanalys motsvarade bäst studiens syfte och har varit tydlig att följa utifrån vald metodbeskrivning.

Urval

Informanterna i studien valdes främst för sitt deltagande i BI på berörd avdelning. Inför urvalet har inga strikta exklusions- och inklusionskriterier gjorts då författarna önskat stor spridning i erfarenhet, ålder, med mera i urvalet. Det har dock varit en smal spridning på deltagande sjuksköterskor i ålder samt antal yrkesverksamma år. Detta berodde på att den valda vårdenheten hade ett större antal sjuksköterskor i yngre åldrar

och att dessa främst visade sig intresserade av att delta i studien. Antalet informanter blev färre än från början önskat (en till två intervjuer färre). Detta berodde på att de patienter som ingick i BI hade ett varierat mående under studiens genomförande och därmed minskade antalet intressanta deltagare. Patienter som efter sitt kontraktskrivande varit ineliggande utöver BI exkluderades på grund av att de inte bedömdes vara i tillräckligt stabilt mående. Den befintliga datainsamlingen ansågs ändå vara god och därför valde författarna att inte utöka datainsamlingen. Vidare forskning med större antal deltagare och variation i urvalet kan dock ses av intresse för ökad kunskap.

Datainsamling

Eftersom det inte finns mycket studier gjorda på införandet av BI var det av intresse för författarna att informanterna fritt kunnat berätta sina upplevelser utifrån sin egen livsvärld om implementeringen och vilka fördelar samt brister som varit betydande för dem. Därför var öppna frågor att föredra framför en strukturerad intervju trots författarnas ovana. Intervjuer av patienter har skett under en inläggning enligt BI, efter deras önskemål, då det varit svårt för patienterna att mötas upp vid annat tillfälle. Detta ska inte ha påverkat deras deltagande i studien. Frågorna bestod av öppna frågor samt följsamhet mot informanten med följdfrågor. Detta har gett en viss variation i innehållet i varje intervju vilket har varit önskvärt för en större bredd i resultatet.

Författarna har tidigare liten erfarenhet av att göra kvalitativa intervjuer varför handledning har erhållits av uppsatsens handledare, för att öka kvalitén på intervjuerna och dess innehåll. Reflektion ihop med handledare om själva intervjuerna gjordes strax innan den första intervjun genomfördes. Efter den första intervjun träffades författarna och handledare igen för att gå igenom författarens hållning av öppenhet och följsamhet i intervjun samt för att reflektera över intervjuens genomförande. Författarna tog sedan med sig kritiken till kommande intervjuer för att kunna öka på kvaliteten i intervjuerna. Det upplevdes som ett hjälpsamt stöd för författarna att göra på detta viset då efterföljande intervjuer upplevdes något bättre i sin följsamhet och öppenhet gentemot informanten.

Människan har en förmåga att ta saker för givet vilket i det vardagliga livet ger flera fördelar, dock är det av betydelse i forskarsammanhang att ifrågasätta det givna för att kunna se en annan innebörd eller nyans (Dahlberg 2014, s. 70). Författarna har i intervjuerna försökt att inte ta för givet att den första innebörden är överensstämmande med informantens livsvärld. Följdfrågor har därför ställts för att bättre kunna förstå informantens perspektiv, och att ge exempel på olika situationer uppmuntrades av författarna.

Efter första intervjun ägde resterande intervjuer rum inom en treveckorsperiod och inga hinder eller problem med den fortsatta datainsamlingen har uppstått efter att en av deltagarna valt att hoppa av som tidigare nämnts. Det har underlättat för författarna att göra intervjuerna under en kortare period då författarna lättare har kunnat relatera till föregående intervju. På så vis har författarna kunnat vara medvetna om brister i tidigare intervjuer, och en förbättring av en hållning av följsamhet och öppenhet har kunnat eftersträvas.

Dataanalys

Analysen har skett utifrån Lundman och Granheims (2012, ss. 187–199) analys av kvalitativa intervjuer samt Dahlbergs (2014, ss. 69–74) förhållningssätt om att vara tyglad mot fenomenet och inte gå händelserna i förväg. Det har reflekterats ihop med handledare och författare emellan för att kunna eftersträva öppenhet och följsamhet genom processen. Då båda författarna har tidigare erfarenheter från att jobba med vald patientkategori har det varit viktigt att tygla författarnas förförståelse som är byggd på dessa möten. Erfarenheten kan påverka hur man förhåller sig till de intryck och ifrågasättanden som uppkommer vid en kvalitativ intervju, vilket kan leda till att ny kunskap eller nya synsätt kan förloras (Dahlberg 2014, ss. 69–70). Dock kan förförståelsen hos författarna inte helt bortses ifrån. Med hjälp av reflektion under analysprocessen kan förförståelsen tyglas och lämna nya möjliga sanningar öppna.

Under analysen har författarna reflekterat över de koder som tagits fram utifrån meningsenheterna, samt om ett annat budskap kunnat läsas fram latent i meningsenheterna eller om budskapet har varit manifest i texten. Denna reflektion har skett fram till att valda kategorier och teman utsetts. Dahlberg (2014, s.71) skriver om att inte ”bestämma det obestämda för snabbt”. Det har stundtals varit svårt att inte gå händelserna i förväg under analysen då författarna snabbt kunnat se likheter och skillnader i de intervjuer som gjorts. Författarna har fått stötta varandra i att lägga band på sig för att inte gå för fort fram i att se ett resultat.

När själva resultatet skrevs var författarna överens om vilka kategorier och teman som varit representativa för de karakteristiska dragen i studien. All data som har varit relevant till studiens forskningsområde har placerats i kategorier. Inga data får utelämnas eller passa in i fler än en kategori utan ska passas in under enbart en kategori som beskriver Vad? utifrån ett latent eller manifest innehåll (Lundman & Granheim 2012, s. 191). Varje kategori har arbetats igenom av författarna för att säkerställa att koderna syftar till samma innehåll och att de inte är relevanta för mer än en kategori. Utifrån dessa kategorier har sedan ett beskrivande tema, som är gemensamt för flera kategorier, tagits fram med utgångspunkt i kategoriernas samlade innehåll. När resultatet sedan redovisats i text lades citat till styckena för att ge en mer beskrivande form av kategorierna.

Validitet och reliabilitet

Validitet är ett begrepp inom forskning som beskriver resultatets giltighet, det vill säga hur sant resultatet är. Hur resultatet har påverkats av författarnas förförståelse inför fenomenet har också betydelse för hur hög validitet resultatet har. Dock finns det olika uppfattningar om förförståelse helt ska bortses ifrån eller om det faktiskt har betydelse i relation till igenkännande i intervjuerna. Vissa menar på att förförståelse kan skapa en väg för ny kunskap samt en djupare förståelse för fenomenet (Lundman & Granheim 2012, s. 197). För att öka validiteten på studiens resultat kan man använda sig av experter på området för validering. De går då igenom studiens resultat och säkerställer att det karaktäristiska och typiska för de kvalitativa intervjuerna lyfts fram tydligt i resultatet (ibid. ss. 197–198). Författarna har inte använt sig av andra experter för att analysera de kvalitativa intervjuerna utan har istället gemensamt reflekterat över det resultat studien visat, i relation till de kvalitativa intervjuerna resultatet utgår ifrån.

Med reliabilitet menas tillförlitligheten i en viss studies resultat. Då forskning syftar på att ge ökad kunskap inom ett visst område är det av intresse att se hur tillförlitligt resultatet är. Sällan framträder en specifik sanning utan det kan snarare ses som flera alternativa tolkningar av resultatet (Lundman & Granheim 2012, ss. 196–197). Det är alltså resultatets analysprocess med reflekterat omdöme som avgör hur hög reliabilitet studiens resultat får. Författarna har i varje steg av analysprocessen stannat upp och reflekterat över det material som framkommit. Meningsenheterna har åtskilliga gånger arbetats igenom gemensamt för att säkerställa att inga meningsenheter missats och att de meningsenheter som blivit uttagna varit relevanta. Framtagandet av kategorier har bollats fram och tillbaka mellan författarna för att säkerställa att båda tolkat koderna lika och utgått från samma abstraktionsnivå. Kategorierna bygger på olika abstraktionsnivåer sinsemellan utifrån tolkning gjord av författarna. Analysen har skett gemensamt mellan båda författare, vilket Lundman och Granheim (2012, s. 198) menar på ökar tillförlitligheten i resultatet.

Utöver validitet och reliabilitet är generaliserbarhet ett begrepp för att avgöra studiers resultats sanning. Generaliserbarhet, även kallat överförbarhet, innebär hur hög sanning resultatet har i andra kontext och andra sammansättningar av människor. Utifrån urval, datainsamling, analys och andra omständigheter resultatet är uppbyggt på får varje läsare själva avgöra studiens generaliserbarhet (Lundman & Granheim 2012, ss. 198–198)

För en ökad generaliserbarhet hade det varit önskvärt med ett större antal deltagare med en bredare spridning i ålder, kön och erfarenheter som sjuksköterska respektive patient inom slutenvården. Studien ägde dock rum under implementeringen av BI och antal patienter som valt att delta i brukarstyrd inläggning var då begränsat, vilket även begränsade antal deltagare i studien då patienterna som deltog även behövde bedömas vara tillräckligt stabila för att genomföra intervjuerna. Spridning i ålder var även den till viss del begränsad då avdelningens personal mestadels bestod av unga sjuksköterskor. Författarna anser ändå att resultatet kan ge en ökad kunskap om implementering av brukarstyrd inläggning vilket kan vara till nytta för andra sjukhus som väljer att starta upp BI. Detta för att kunna ta tillvara på det som upplevts som positivt men även för att kunna motverka de delar som upplevts som mindre bra.

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis har det framkommit att upplevelsen av information varit väldigt god trots att tidiga erfarenheter av BI har visat vissa brister i implementeringen som påverkat patienterna negativt. Det har framkommit både positiva och negativa tidiga erfarenheter av BI samtidigt som samtliga informanter ställer sig övervägande positiva till BI som koncept och dess spridning till andra sjukhus. Samtliga informanter har belyst trygghet och autonomi som betydande för patienter under BI-kontraktet.

Implementeringen av BI

Resultatet visade att informanterna upplevde sig välinformerade trots att det exempelvis framkom att det varit oklart med huruvida man tillhandahöll injektioner eller inte och att andra avdelningar var dåligt informerade om BI. Liljedahl et al. (2017b) studie visar att

implementeringen av BI är en tidskrävande process och att det krävs att ledning och personal är väl informerade. Denna studies resultat visade på att informanterna delvis varit överraskade att BI kunde startas upp så fort. Även andra berörda vårdgivare så som öppenvård och psykiatrisk akutvårdsmottagning ska vara väl införstådda med konceptet BI (ibid). BI är ett nytt sätt för vårdare att tänka i vården och det kan ge olika uppfattningar i personalgruppen, med risk för att vårdare uppfattat informationen på olika sätt vilket kan ge motsägande uppfattningar om BI (Strand, Gustafsson, Bulik & von Hausswolff-Juhlin 2017).

Det framkom tydligt att akutmottagningen på det berörda sjukhuset i denna studie inte hade blivit informerade om BI:s upplägg och funktion. Patienter som var inlagda enligt BI och blivit hänvisade till andra vårdgivare inom samma klinik blev bemötta med en okunskap om BI som de påverkades negativt utav. Liljedahl et al. (2017b) menar att samarbetet mellan enheterna är av betydelse för att BI ska fungera väl. Resultatet visar att de brister som framkommit till stor del har med samarbete avdelningar emellan att göra. Hade personalen på akutmottagningen varit välinformerade om BI hade deras bemötande förmodligen upplevts annorlunda och det hade blivit ett mindre påtagligt problem för informanterna när det fanns behov av läkemedel i injektionsform.

Det framkom i resultatet att när problem stöttes på i hur man skulle gå tillväga så fanns det ändå en tydlig mall om hur BI är utformat. Det fanns ett gott samarbete i gruppen och de kunde ta hjälp av varandra. Det fanns även en nyckelperson som var ansvarig för BI och som alltid fanns tillgänglig vid oklarheter. Denna nyckelperson var både till för vårdarna samt att hade god kunskap om patienterna och deras kontrakt då denna var med vid varje kontraktsskrivning. Liljedahl et al. (2017b) skriver om betydelsen av att ha en regelbunden kontakt med Brukarstyrd inläggning i Skåne (BIS) för att upprätthålla konceptet och för att kunna lösa de frågor som uppkommer allt eftersom BI implementeras. Det kan ses som en fördel att ha en utvald på varje avdelning som har närmast kontakt med BIS för att underlätta kommunikationen och som är väl insatt i hur BI ska upprätthållas. Liljedahl et al. (2017b) skriver att samarbetet mellan BIS och den nystartande BI ska sträcka sig över lång tid och att det alltid ska finnas någon tillgänglig att nå via telefon om det skulle uppstå problem. Det ses som en stor fördel att det finns ett gott samarbete mellan ursprungsmakarna och de nyare avdelningarna för att bättre kunna standardisera BI och på så vis kunna få en trovärdig mätbarhet om effekten av BI i framtiden.

De vårdande samtalen stod i fokus på förväntningarna inför uppstartandet av BI. Delvis var det att samtalen skulle bli mer fokuserade på här och nu och mer strukturerade. Det var höga förväntningar på att samtalen skulle bli mer givande och vara den största behandlingsformen under BI när inte mediciner kunde ges. Stort fokus hamnar ofta på mediciner i dagens sjukvård. Under BI får medicinerna en mindre fokusering i vården och då får samtalen en större roll i betydelsen för måendet. Det sågs också övervägande positivt på samtalens roll i vården då det efterfrågades mer kunskap för att bättre kunna genomföra samtalen. Fredriksson och Lindströms (2002) studie kan inte dra några slutsatser kring sjuksköterskors bidrag till samtalen men registrerar ändå att sjuksköterskornas förmåga att vara närvarande och att lyssna var betydelsefullt. Studien visar att omsorgsfulla samtal ger patienten en plattform där deras berättelse kan växa naturligt och hjälpa till att läka sår som orsakas av lidande och skam.

Att vara i BI

Autonomi framträder tydligt i resultatet och ses odelat positivt av informanterna. BI som koncept kunde ses stärkta den egna autonomin och ökade framförallt patienternas självbestämmande och delaktighet i vården. Helleman et al. (2013) skriver att BI som intervention kan vara bra för patientens autonomi och självständighet då patienten ses som en jämlike som kan tas på allvar utav vårdare. Detta visade även denna studies resultat på i ett tidigt skede av implementeringen av BI. Strand et al (2017) skriver dock om patienters upplevelse om frihet kontra ansvar och att det ibland upplevdes som allt för krävande utav patienterna att klara av detta och kunna använda BI på ett konstruktivt sätt. Vägledningen som informanterna beskrev kan även ses som ett sätt att öka autonomin och självständigheten, utan att för den skull överge patienten i en situation som kräver ytterligare vård än den som erbjuds under BI.

Sandman och Munthe (2009) skriver att autonomi främst ska ses som en del av en persons liv snarare än en del i personens liv och menar att självförverkligande, sett ur ett generellt, moraliskt och vårdande perspektiv, verkar vara den viktigaste aspekten av autonomi. Det är därmed av vikt att den psykiatriska vården ändrar sitt sätt att vårda, minskar vård enligt tvångsvård med tvångsåtgärder och istället arbetar för att patienten ska bli en mer självständig individ som kan påverka sin vård i större utsträckning. BI är ett bra koncept för patienter som tidigare haft låg självständighet i vården, som ökar deras självständighet och på så vis göra dem till starkare individer med högre livskvalité. Det är viktigt att vårdare står tillbaka och låter patientens självbestämmande få mer plats i vården, förslagsvis genom att använda ett patientcentrerat förhållningssätt.

Att slippa långa inläggningar visade sig vara en stor fördel med BI. Det sågs som påfrestande att vara ineliggande under längre perioder utan en tydlig förbättring och planering för vården och det fanns en rädsla för att plötsligt bli utskriven utan någon förvarning. Siefert (2012) skriver att patienter med borderline personlighetssyndrom har en ökad benägenhet att känna sig övergivna och känsliga för bortstötning. Detta kan ses vid tal om utskrivning vilket ökar ångesten oavsett om vården givit ett bra resultat eller inte. Det stärkte patienterna i sin autonomi att kunna påverka sin egen vårdtid och att de var medvetna innan inläggning att det var en maxtid på tre dygn per inläggning.

Tidiga upplevelser av BI

I resultatet framkommer samtalen som en positiv och betydande del för patientens vistelse. Det framkommer dock inga andra specifika aktiviteter som erbjuds patienterna som använder BI. Andra sjukhus med BI erbjuder sessioner för problemlösning och krishantering både individuellt som för familjen under BI (Helleman et al. 2013). Att erbjuda fler aktiviteter inom ramen för BI kan vara att föredra i ett längre perspektiv för att få en högre kvalitet på vården. Det visades sig i Rise et al. (2014) studie att patienter som hade kontrakt för BI hade större självförtroende för strategier för att kunna hantera sitt illabefinnande, i jämförelse med de patienter som enbart hade vanlig inläggning. Så trots att sessioner under BI kan ses som fördelaktigt för patienten för att kunna hantera sitt illabefinnande så verkar BI ha en positiv påverkan på patientens hälsa. Vårdarna uppgav även viss frustration över att man hos vissa patienter inte kunde se någon förbättring jämfört med tidigare inläggningar. Med fler aktiviteter på avdelningen kan man på ett bättre sätt hjälpa patienterna och se till att innehållet under de tre

innehållsrika, samt ge patienterna verktyg eller funderingar som kan hjälpa dem att klara sig längre hemma nästa gång. Verktyg behöver förstärkas så att patienterna under kris kan ta till sig dessa och försöka ta kontroll över situationen utan att alltid behöva ta till en inläggning för att häva exempelvis ångesten. Om patienten lyckas ta kontroll över sig själv i sin kris stärker detta patienten i sin autonomi vilket ger en långsiktig förbättring hos patienten (Helleman et al. 2013). På andra sjukhus med andra variationer av BI fanns korta krisinterventioner som aktivitet på avdelningarna, med exempelvis dialektisk beteendeterapi (DBT) med fokus att utveckla tekniker för att minska självskadebeteende och anamma ett bättre beteende efter utskrivning (ibid). Det är tydligt att mer forskning behövs på området gällande de mest fördelaktiga behandlingsmetoder för denna patientgrupp (Poustie & Neville 2004) då man kan se att de vanligaste metoderna som används idag inte är tillräckliga. James, Stewart och Bowers (2012) skriver att det finns en stor variation av interventionsmetoder på sjukhus för personer med självskadebeteende men att det inte står klart varför man föredrar vissa metoder framför andra. De menar att det därför finns ett behov av utökad forskning för att undersöka metodernas effektivitet och för att psykiatriska avdelningar skall kunna använda lämpliga metoder (ibid). Att det till stor del saknas forskning om BI som interventionsmetod för patienter inom psykiatri kan också göra att det blir svårare att få en utökad bild av hur BI fungerar i praktiken, samt i relation till denna studie.

Hållbar utveckling

Folkhälsomyndighetens rapport från 2016 beskriver en ökning av inläggande vård relaterat till självskadebeteende sedan 1990 med en utplaning från 2007. Dock är antalet inläggningar fortfarande högt främst hos män och kvinnor i åldern 15–24 år (Folkhälsomyndigheten 2016). Det är viktigt att sjukvården kan erbjuda bra behandlingsmetoder för att kunna motverka den ökning som skett av självskadebeteende. Brukarstyrd inläggning är ett bra behandlingsalternativ för personer med självskadebeteende för att under en kortare kris få hjälp att överkomma behovet av att skada sig själv. Över sikt ser författarna att BI kan minska antalet långa inläggningar för patienter med Borderline och självskadebeteende och på så sätt minska antalet vårddygnet inom slutna psykiatrisk heldygnsvård. Det är av vikt att patienter inte har för långa inläggningar inom slutenvården. Detta eftersom det sällan ses en förbättring hos patienter med Borderline utan att det snarare finns en ökad risk för isolering från samhället som gör det svårare med en återgång till hemmet efter utskrivning. En förhoppning sågs i resultatet att BI över tid skulle kunna öka patientens trygghet och minska behovet av inläggande vård. Om detta i framtiden blir en verklighet innebär det en minskad ekonomisk belastning på slutenvårdavdelningar, ökad autonomi hos den enskilde patienten och minskat behov av resurser för att upprätthålla god vård under långa inläggningar, som inte ger tillfredsställande tillfrisknande. Detta har en positiv effekt både på individen och på samhället, samt att det bringar ekonomiska vinster.

Slutsatser

Av denna studies resultat ser författarna att BI har god potential att bli en ny etablerad behandlingsmetod för patienter med självskadebeteende och personlighetsyndrom. Det kan även efter implementeringen av BI, som ett behandlingsalternativ runt om i Sverige, vara aktuellt att prova på andra patientkategorier. Det är av största vikt att man tar till

vara på konceptet, har ett gott bemötande mot patienten och ökar dennes delaktighet genom att ge all information så att patienten själv kan fatta ett beslut om att delta i BI eller inte.

Klinisk implikation

Av de slutsatser författarna kommit fram till är mötet mellan sjuksköterskan och patienten viktigt för all typ av omvårdnad. Även om konceptet BI upplevts som bra finns det bitar som brustit vilket visats sig i informanternas tidiga upplevelser. Det är specialistsjuksköterskans i psykiatri uppgift att, utan att glorifiera BI, informera om alla delar som kan ha betydelse för patienten och att även kunna ge skriftlig information till patienten så att denna kan fundera på sitt beslut i lugn och ro. Om patienten är väl informerad av specialistsjuksköterskan om för- och nackdelar kan de brister som uppkommit i resultatet troligtvis minskas. Mötet med BI kan då ge ökad livskvalité för patienter och en glädjande arbetsplats för specialistsjuksköterskor.

Fortsatt forskning

Det är av stor vikt att forskningen fortsatt undersöker effektiva behandlingsmetoder för individer med långvarig psykisk ohälsa, och där nuvarande behandlingsmetoder inte räcker fullt ut. Författarna fastställer att det är viktigt att framtida forskning fortsätter att belysa vårdares och patienters erfarenheter av BI för att få bättre insikt i de kvalitativa aspekterna av BI. Efter en större implementering av BI i Sverige kan det då även göras kvantitativa studier om effekten av BI, dels ur ett kostnadseffektivt perspektiv men också om vilken kvalitet det gett vården.

REFERENSER

Andersson, G., Öst, L-G. & Waern, M. (2006). Lovande behandling vid borderlinestörning. *Läkartidningen*, 103, ss. 3188–3190.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

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

Etikprövningsnämnderna (2018). *Bakgrund och bestämmelser*.
<https://www.epn.se/start/bakgrund-och-bestaemmelser/> [2018-05-28]

Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016 - Årlig rapportering*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf> [2018-05-31]

Fredriksson, L. & Lindström, U.Å. (2002). Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), ss.396–404.

Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364(21), ss. 2037-2042.

Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2013) Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients with Borderline Personality Disorder: A Review of the Litterature. *Perspective in Psychiatric Care*, 50, ss. 65-75

Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, ss. 442–450. doi: 10.1111/inm.12074

Helleman, M., Lundh, L-G., Liljedahl, S., Daukantaité, D. & Westling, S. (2018). Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission Skåne RCT, a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, ss. 1–7. doi: 10.1080/08039488.2018.1467966

Helsingforsdeklarationen (2013). *Etiska principer rörande medicinsk forskning som involverar människor*. <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/> [2018-05-28]

Herlofson, J. & Ekselius, L. (2016). Personlighetssyndrom. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (red.). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur, ss. 557–598.

International Council of Nurses & Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

James, K., Stewart, D. & Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), ss. 301-309.

doi:<https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x>

Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, 134(4), ss.782–93. doi: 10.1542/peds.2013-3677

Kool, N., van Meijel, B., Koekkoek, B., van der Bijl, J. & Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry*, 14, s. 64. doi:10.1186/1471-244X-14-64

Liljedahl, S., Helleman, M., Daukantaitė, D. & Westling, S. (2017a). *Brukarstyrd inläggning: Manual för utbildning och implementering, utvecklad för Brief Admission Skåne Randomized Controlled Trial (BASRCT)*. Lund: Media-Tryck, Lunds universitet.

Liljedahl, S., Helleman, M., Daukantaitė, D. Westrin, Å. & Westling, S. (2017b). A Standardized crisis management model for self-harming and suicidal individuals with three or more diagnostic criteria of borderline personality disorder: The Brief Admission Skåne randomized controlled trial protocol (BASRCT) *BMC Psychiatry*, 17(220)

Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B. & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing* 70(10), ss. 2208–2221. doi: 10.1111/jan.12412

Lundman, B. & Granheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187–201.

Nationella Självskadeprojektet (2018a).

<http://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkivmaterial/>
[2018-06-01]

Nationella Självskadeprojektet (2018b). <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/om-sjalvskadebeteende/lattlast-om-sjalvskadebeteende/> [2018-06-01]

Pelto-Piri, V., Engström, K. & Engström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*, 14(1), s. 49.

Poustie, A. & Neville, R. (2004). Deliberate self-harm cases: A primary care perspective. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 18(48), ss. 33–36.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Rise, M. B., Evensen, G. H., Moljord, I. E. O., Rø, M., Bjørgen, D. & Eriksen, L. (2014). How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life – a qualitative study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual. *BMC Health Services Research*, 14(1), ss. 1-11. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-347>

Salander Renberg, E., Sunnqvist, C., Westrin, Å., Wærn, M., Jokinen, J. & Runeson, B. (2013). *Suicidnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning AB.

Sandman, L., Granger, B., Ekman, I., & Munthe, C. (2012). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), ss. 115-127. doi:10.1007/s11019-011-9336-x

Sandman, L. & Munthe, C. (2009). Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30(4), ss.289–310. doi:10.1007/s11017-009-9114-4

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

SFS 2003:615. *Förordning om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Siefert, C. (2012). A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *Psychotherapy*, 49(4), ss. 502–518. doi:10.1037/a0026128

Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter - en kunskapsöversikt*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf
[2018-05-19]

Straiton, M., Roen, K., Dieserud, G. & Hjelmeland, H. (2013). Pushing the Boundaries: Understanding Self-Harm in a Non-Clinical Population. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(2), ss. 78-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.10.008>

Strand, M., Gustafsson, S. A., Bulik, C. M. & von Hauswolff-Juhlin, Y. (2017). Self-admission to inpatient treatment in psychiatry: lessons on implementation. *BMC Psychiatry*, 17, ss.1-7.

doi:<http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1186/s12888-017-1505-x>

Syrén, S. (2014). Vilken är min plats i tillvaron? I Wiklund, G. (red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur, ss. 189–198.

Van Kessel, K., Lambie I. & Stewarts, M. W. (2002). The Impact of Brief Planned Admissions on Inpatient Mental Health Unit Utilisation for People with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*. 31(2), ss. 93–97.

Westling, S., Liljedahl, S., Holmqvist Larsson, M., Parnén, H., Zetterqvist, M. & Ershammar, D. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Lund: Nationella Självskadeprojektet.

Westling, S. & Ramklint, M. (2016). Självskadebeteende vanligt även utan personlighetssyndrom: Felaktig koppling trolig orsak till överdiagnostik av borderline-personlighetssyndrom. *Läkartidningen*, 113(49–50), ss. 1-3.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Natur och Kultur: Stockholm

Bilagor

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som läser till specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård vid Högskolan i Borås. Som sista del i utbildningen har vi till uppgift att skriva ett examensarbete där vi valt att skriva om brukarstyrda inläggningar.

Syftet med detta examensarbete är att beskriva vilka förväntningar och förförståelse som finns hos patienter och vårdare gällande brukarstyrda inläggningar inom psykiatrisk slutenvård. Du har blivit tillfrågad att delta då Du ingår i som patient eller vårdare som omfattas av brukarstyrd inläggning på XX.

På XX har brukarstyrd inläggning startats upp i början av 2018 där patienter själva kan välja att lägga in sig på en slutenvårdsavdelning under max 3 dygn. Då konceptet är helt nytt inom västra Götalandsregionen är vi intresserade av att ta del av patienter och sjuksköterskors förväntningar och förförståelse inför införandet av brukarstyrd inläggning.

Studien kommer att genomföras med enskilda intervjuer. En intervju beräknas ta 30–60 minuter och kommer att genomföras på lokaler på XX. Informationen som framkommer kommer att behandlas konfidentiellt och aidentifieras. Deltagandet är frivilligt och deltagande personer kan när som helst under pågående studie avbryta utan förklaring.

Med vänliga hälsningar

Emma Arvidsson
moremedea12@gmail.com

Cynthia Opazo
cynopa@gmail.com

Handledare:
Niklas Andersson
Niklas.s.andersson@vgregion.se

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS

Förfrågan om deltagande i examensarbete

Vi är två sjuksköterskor som läser till specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård vid Högskolan i Borås. Som sista del i utbildningen har vi till uppgift att skriva ett examensarbete där vi valt att skriva om brukarstyrda inläggningar.

Syftet med detta examensarbete är att beskriva vilka förväntningar och förförståelse som finns hos patienter och vårdare gällande brukarstyrda inläggningar inom psykiatrisk slutenvård. Du har blivit tillfrågad att delta då Du ingår i som patient eller vårdare som omfattas av brukarstyrd inläggning på XX.

På XX har brukarstyrd inläggning startats upp i början av 2018 där patienter själva kan välja att lägga in sig på en slutenvårdsavdelning under max 3 dygn. Då konceptet är helt nytt inom västra Götalandsregionen är vi intresserade av att ta del av patienter och sjuksköterskors förväntningar och förförståelse inför införandet av brukarstyrd inläggning.

Studien kommer att genomföras med enskilda intervjuer. En intervju beräknas ta 30–60 minuter och kommer att genomföras på lokaler på XX. Informationen som framkommer kommer att behandlas konfidentiellt och aidentifieras. Deltagandet är frivilligt och deltagande personer kan när som helst under pågående studie avbryta utan förklaring.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Med vänliga hälsningar

Emma Arvidsson
moremedea12@gmail.com

Cynthia Opazo
cynopa@gmail.com

Handledare:
Niklas Andersson
Niklas.s.andersson@vgregion.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Öppningsfrågor:

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat inom psykiatrin eller på denna arbetsplats?

Hur länge har du haft kontakt med psykiatrin?

Hur gammal är du?

Hur upplevde du informationen om BI?

Vad har du för förståelse om BI/Vad visste du om BI sedan tidigare?

Följdfrågor:

“Hur menar du...”.

”Kan du ge något exempel på det...”

“Kan du förklara närmare...”.

”Du nämnde att... hur upplevde du det...”

Stödjande frågor:

Förväntningar på BI?

Vad har du för upplevelse kring förberedelser av BI?

Upplevelse av genomförandet?

Upplevelse av bemötande hos personal?

Hur upplever du skillnaden av BI jämfört med traditionell inläggning?

Din upplevelse av ansvar som sjuksköterska?

Hur upplever du stöd från kollegor/ledning/BI-ansvarig?

Hur motsvarar BI dina förväntningar?

Hur har din vardag förändrats?

Positiva och/eller negativa erfarenheter?

Hur ser du på framtiden?

Hur har BI förändrat vården för dig?

Bilaga 4

Kontrakt för Brukarstyrd inläggning

Syftet med Brukarstyrd inläggning (BI) är att jag har möjlighet att lägga in mig när jag känner att det finns risk att jag skadar mig eller försöker att ta mitt liv, om mina ansträngningar för att undvika detta inte minskat mina impulser att skada mig själv. Med hjälp av BI kan jag personligen, på ett bättre sätt, ta kontroll över min egen vård. Detta kommer att hjälpa mig att ta kontroll över mig själv och min situation.

Mina mål:

Mitt/mina mål med Brukarstyrd Inläggning (BI) är:

(Fyll i det eller de mål som är viktiga för dig!)

Jag arbetar tillsammans med personen som skriver in mig, vid inläggningen fram ett specifikt mål för varje BI

När och hur söker jag BI?

Vilka är tidiga tecken på att jag behöver en BI?

(Fyll i de tecken som du kan lägga märke till!)

Hur gör jag för att bli inlagd?

Jag tar kontakt med avdelning 1 (Telefonnummer: xxxxxxxx, Adress: xxxxxxxx).

Jag har möjlighet att lägga in mig med BI varje dag mellan kl. 08.00 och 20.00, på de sängplatser som är avsatta för detta. Om ingen av sängarna är lediga är jag välkommen att ringa och fråga igen nästa dag och diskutera på telefon hur jag under tiden kan göra för att få det stöd jag behöver.

Ramar för BI

Vem skriver in mig?

På avdelningen träffar jag omvårdnadspersonal som har ett inskrivningssamtal med mig, enligt den rutin som finns vid BI.

Hur länge kan jag vara inlagd och hur ofta får jag lägga in mig?

En BI kan vara 1-3 dygn och kan användas maximalt 3 gånger/månad. Hur lång en inläggning ska vara samt tidpunkt för utskrivningssamtal bestäms vid inskrivningssamtalet.

Vad kommer jag att erbjudas på avdelningen under BI?

- På avdelningen kommer jag att erbjudas samtal med omvårdnadspersonal 1-2 gånger per dag, 15-20 min per samtal. Detta är inte psykoterapisamtal utan vänliga och enkla samtal om min dag.
- Jag kan delta i aktiviteter som organiseras på avdelningen.

Vad kommer jag inte att erbjudas på avdelningen under BI?

- Samtal med läkare, förändringar i medicinering eller psykoterapi.
- Läkemedel (du måste ta med din egen, i adekvata doser för tiden du kommer att vara inlagd).

Kan jag få hjälp/ bli inlagd utöver detta?

- Utöver möjligheten att bli inlagd med BI har jag tillgång till exakt samma vård som jag skulle haft om jag inte skrivit på det här kontraktet.
- Under BI är jag också ansvarig för att min behandling fortsätter i öppenvården i form av redan inplanerade besök (t.ex. gruppbehandling som jag deltar i).

Vad behöver jag under min BI för att nå mina mål?

Detta kan jag göra på avdelningen för att reglera mina känslor/må bättre/distrahera mig:

(Skriv dina egna exempel, t. ex. vila, duscha, spela spel på min telefon, ta en kopp te, gå en promenad, måla, göra pärlplattor, tala med personalen, lyssna på musik, titta på en film, ringa en vän...)

—

—

—

Jag önskar den här typen av bemötande från personalen:

(Till exempel skulle du vilja stanna på ditt rum för att vila och själv ta kontakt med personalen eller skulle du vilja att de kommer och frågar hur det är med dig för att hjälpa dig att bli mer aktiv? Det kan också vara exempelvis: "Jag vill att de ska vara tydliga när de pratar med mig." eller "Jag vill gärna bli påmind om min krisplan.")

—

—

—

Annat specifikt stöd som jag har i hemmet och kan behöva på avdelningen:

(Beskriv bara om du vet att du har detta!)

Mina ansvarsområden som jag behöver ordna för om jag inte är tillgänglig i tre dagar:

Om jag är förälder ber jag att ta hand om mina barn när jag behöver en Brukarstyrd inläggning.

Om jag har djur ber jag att ta hand om dem när jag behöver en Brukarstyrd inläggning.

Andra jag behöver informera om att jag inte är tillgänglig i tre dagar (ex boendestöd, praktik, skola, arbete):

—

—

—

Hur kommer mina erfarenheter av BI att utvärderas?

Mina erfarenheter och utfall av BI kommer att utvärderas var 6:e månad av de personer som skriver på kontraktet. Jag kommer också utvärdera mina upplevelser med formuläret Individual Experience Scale (IES).

Vad åtar jag mig att följa under BI genom att skriva på det här kontraktet?

- Jag ber om och tar emot hjälp.
- Jag skadar mig inte eller använder andra destruktiva beteenden.
- Jag tar med mig min egen medicin, för tiden jag ska vara inlagd, i en dosett.
- Jag följer avdelningens regler.
- Jag tar inte med några saker som kan minska säkerheten på avdelningen (se separat lista från aktuell avdelning).
- Jag utsätter inte andra på avdelningen för risker
- Jag är inte våldsam eller påverkad av alkohol eller droger.
- Andra regler som är specifika för mig:

—

—

Jag förstår att jag åtar mig att följa detta så snart jag skrivit på kontraktet. Ett undertecknat kontrakt är en förutsättning för att jag ska få tillgång till BI.

Jag har läst och förstått innehållet i kontraktet ovan och åtar mig att följa det.

Ort, datum

Individ _____

Namnförtydligande _____

Behandlare i öppenvård _____

Namnförtydligande _____

Företrädare för avdelning 1 _____

Namnförtydligande _____
