Linköpings Universitet | Institutionen för hälsa, medicin och vård
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård
Självständigt arbete för yrkesexamen på avancerad nivå, 15 hp
Höstterminen 2025

Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet

En kvalitativ litteraturstudie och utveckling av ett utbildningsmaterial för psykiatrisk vårdpersonal

---

Being a Patient in Emergency Psychiatry – Between Safety and Powerlessness

A qualitative literature review and development of educational material for psychiatric healthcare staff

Per Gawelund

Handledare:
Johan Lundgren, leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent
Katarina Berg, leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska i anestesi- och intensivvård, medicine doktor

Linköpings Universitet
SE-581 83 Linköping, Sweden
013-28 10 00, www.liu.se

Sammanfattning

Bakgrund: Akut psykiatrisk vård möter patienter i psykisk kris, där upplevelser av trygghet och maktlöshet ofta samexisterar. Tidigare forskning visar att vårdmiljön, bemötandet och användningen av tvångsåtgärder har stor inverkan på patientens upplevelse.

Syfte: Syftet med studien var att analysera och skapa en djupare förståelse av patienters erfarenheter av att vårdas inom akut psykiatrisk vård. Vidare var syftet att omsätta dessa resultat i ett utbildningsmaterial i form av en digital föreläsning riktad till psykiatrisk vårdpersonal.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar. Artiklarna analyserades med kvalitativ innehållsanalys och syntes inspirerad av meta-syntes. Resultaten bearbetades därefter till ett pedagogiskt utbildningsmaterial utifrån vuxenpedagogiska principer.

Resultat: Resultatet visade ett övergripande tema: *Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet*. Sex huvudkategorier och 13 underkategorier identifierades. Patienter beskrev vården som en känslomässig berg-och-dalbana, där trygghet kunde växa fram genom empatiskt bemötande, struktur och delaktighet, samtidigt som upplevelser av rädsla, skam, otrygghet och maktlöshet ofta framkom. Utöver litteraturstudien resulterade arbetet i ett utbildningsmaterial i form av en digital föreläsning som sammanfattade resultaten och inkluderade diskussionsfrågor för reflektion i klinisk praktik.

Konklusion: Patienters erfarenheter visar att akut psykiatrisk vård rymmer både läkande och sårande inslag. För att främja trygghet och minska maktlöshet behövs en personcentrerad vård där bemötande, delaktighet och relationellt arbete prioriteras. Det framtagna utbildningsmaterialet kan bidra till att sprida kunskap, stimulera reflektion och därigenom främja en mer empatisk och personcentrerad vård.

Nyckelord: Akutpsykiatrisk vård, lärande, patientupplevelser, personcentrerad omvårdnad, vuxenpedagogik

Abstract

Background: Emergency psychiatric care addresses individuals experiencing acute mental health crises, where feelings of safety and powerlessness often coexist. Research has shown that the care environment, staff interactions, and the use of coercive measures significantly influence patients' experiences.

Aim: The aim of this study was to analyze and deepen the understanding of patients' experiences of receiving care in acute psychiatric settings. Furthermore, the study sought to translate these insights into an educational resource in the form of a digital lecture targeted at psychiatric healthcare professionals.

Method: A qualitative literature review was conducted based on ten peer-reviewed articles. The material was analyzed using qualitative content analysis and synthesis inspired by meta-synthesis methodology. The findings were subsequently adapted into a pedagogical educational resource, informed by principles of adult learning.

Results: The analysis identified one overarching theme: *Being a patient in emergency psychiatry – a balancing act between safety and powerlessness.* Six main categories and 13 subcategories emerged. Patients described the care experience as an emotional rollercoaster, where safety was fostered through empathetic staff, structure, and participation, while feelings of fear, shame, and helplessness were also prevalent. Additionally, the project resulted in a recorded lecture that presented the study's findings and included discussion questions to support reflection and clinical learning.

Conclusion: Patients' narratives reveal that emergency psychiatric care can be both healing and harmful. To promote safety and reduce powerlessness, care must be person-centered, emphasizing respectful interactions, active participation, and relational engagement. The educational resource developed through this study has the potential to enhance staff knowledge, encourage reflection, and support the delivery of more empathetic and person-centered care.

Keywords: Adult learning, emergency psychiatric care, patient experiences, person-centered care

Innehållsförteckning

Inledning **1**

Bakgrund **1**

Psykisk hälsa 1

Psykisk ohälsa 1

Akut psykiatrisk vård 1

Psykiatrisk slutenvård 2

Former och strukturer 2

Kontaktvägar 2

Personcentrerad vård 3

Problemformulering 4

Syfte **4**

Metod **4**

Design 4

Datainsamling 5

Sökstrategi **5**

Urvalsprocess **5**

Kvalitetsgranskning 6

Analys 7

Etiska ställningstaganden 8

Didaktiska överväganden 8

Resultat **9**

En berg-och-dalbana av känslor 9

Våga låta trygghet och tillit växa fram **10**

Vad händer med mig? Förvirring, sorg och skam i mötet med vården **10**

När psykiatrin känns som en skräckfilm **10**

Mötet med vårdpersonalen – bemötande som lindrar eller skadar? 11

Känslan att bli respekterad och lyssnad på **11**

Vårdpersonal som inte vårdar – från nonchalans till förnedring 12
Ett vårdsystem som hjälper eller stjälper 13
Vårdmiljön – en plats för återhämtning eller stress? 13
Upplevelsen av en underbemannad och stressad vårdpersonalen 14
Frihetens gränser – från självbestämmande till maktlöshet 14
Inbjuden till sin egen återhämtning 14
Fånge i psykiatrin 15
Stöttad av andra 16
Påfrestande närhet 16
Vård och behandling som både läker och sårar 17
Tvångsåtgärder – på gott och ont 17
När fokus på individen tappas bort 18
Tema: Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet 18
Utbildningsmaterialet 19
Diskussion 20
Resultatdiskussion 20
Metoddiskussion 21
Konklusion 22
Kliniska implikationer och vidare forskning 22
Referenser 23
Bilagor 30
Bilaga 1 – Sökmatriser 30
Bilaga 2 – Mejl till chefer och andra nyckelpersoner inom psykiatrin 31

Inledning

Akut psykiatrisk vård spelar en avgörande roll i att hantera allvarliga psykiska kriser genom att stabilisera symtom, lindra lidande och främja återhämtning. Trots dess betydelse präglas denna vårdform av komplexa utmaningar, där stigmatisering och användning av tvångsåtgärder kan påverka patienters upplevelser och förtroende negativt (Harris m.fl., 2016; Paradis-Gagné m.fl., 2021).

Patienter som vårdas inom akutpsykiatrin befinner sig ofta i ett tillstånd av psykisk kris, där känslor av rädsla, förvirring och maktlöshet är vanliga. Samtidigt är vården tänkt att erbjuda trygghet, struktur och stöd – en paradox som gör denna vårdkontext särskilt komplex. I detta sammanhang spelar vårdpersonalens förhållningssätt en avgörande roll. Genom att tillämpa personcentrerad vård, med fokus på empati, respekt för autonomi och anpassning till individens behov, kan vårdteamet gemensamt bidra till att skapa en trygg och stödjande vårdmiljö. En sådan vård främjar inte bara patientens upplevelse av delaktighet och värdighet, utan stärker även vårdens kvalitet och effektivitet (Gabrielsson m.fl., 2020; Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, 2024).

Bakgrund

Psykisk hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO, 2022) definierar psykisk hälsa som individens förmåga att nyttja sina resurser för att uppnå mål, delta aktivt i samhället och hantera vardagens utmaningar. Definitionen lyfter fram hälsans positiva dimensioner och betonar att psykisk hälsa inte enbart innebär frånvaro av sjukdom. I linje med detta framhåller Jormfeldt m.fl. (2007) att avsaknad av psykisk ohälsa inte räcker för ett meningsfullt liv, faktorer som optimism, social gemenskap och god självkänsla är avgörande för en mer nyanserad förståelse. Jormfeldt (2011) vidareutvecklar detta perspektiv genom att betona att psykisk hälsa även innefattar individens möjlighet till delaktighet i samhället och förmåga att hantera livets påfrestningar.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa har ökat markant i Sverige under 2000-talet och berör en stor del av befolkningen. Allt fler individer uppger oro, ångest och stress, vilket har bidragit till ökad efterfrågan på psykiatrisk vård samt en högre förskrivning av antidepressiva läkemedel (Folkhälsomyndigheten, 2023). Begreppet psykisk ohälsa omfattar ett brett spektrum av tillstånd – från lindriga besvär som nedstämdhet och oro till mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatriska diagnoser. Tidig upptäckt är avgörande för att kunna erbjuda relevant stöd och behandling. Samtidigt betraktas vissa tillstånd, såsom tillfällig oro eller reaktioner på livshändelser, som normala variationer och faller därmed utanför definitionen av psykisk ohälsa. Psykiatriska tillstånd som svår depression, bipolär sjukdom eller psykos identifieras genom specifika symtom som uppfyller fastställda diagnostiska kriterier (Bremberg & Dalman, 2015).

Akut psykiatrisk vård

Akut psykiatrisk vård utgör en viktig del av psykiatrin och syftar till att erbjuda snabb och effektiv hjälp vid allvarliga psykiska kriser, såsom självmordstankar, psykos eller svår ångest. Det övergripande målet är att stabilisera patientens tillstånd, lindra symtom och skapa en trygg grund för fortsatt behandling och återhämtning (Folkhälsomyndigheten, 2021). Patienter söker akut psykiatrisk vård av olika skäl, där de vanligaste är depression, mani, ångest, missbruk och psykotiska episoder (Harris m.fl., 2016). Även mer specifika tillstånd, såsom katatoni, biverkningar

av neuroleptika eller psykiska symtom relaterade till somatiska sjukdomar, kan föranleda akuta vårdkontakter inom psykiatrin (Ottosson m.fl., 2017).

Trots den centrala betydelsen av akut psykiatrisk vård rapporterar många patienter negativa erfarenheter kopplade till otillfredsställda vårdbehov. Enligt Schmidt m.fl. (2018) kan bristande tillgänglighet, otillräckliga insatser och ett respektlöst bemötande leda till att patienter återkommande söker akut vård, då deras behov inte tillgodoses vid första kontakten. Samtidigt visar Corrigan m.fl. (2014) att vissa patienter undviker att söka vård igen efter negativa erfarenheter, vilket riskerar att försvåra tidig intervention och adekvat behandling. Även Benzein m.fl. (2019) och Gabrielsson m.fl. (2020) understryker att brister i bemötandet – särskilt vid användning av tvångsåtgärder – kan förstärka känslor av utsatthet och förlust av kontroll. För att möta dessa utmaningar betonar Chiovitti (2008) vikten av att anpassa vården utifrån patientens individuella behov – något som är avgörande för att stärka tilliten och främja återhämtning inom akut psykiatrisk vård.

Psykiatrisk slutenvård

Psykiatrisk slutenvård syftar till att stabilisera psykiska symtom och erbjuda stöd genom farmakologisk behandling, rådgivning och terapeutiska insatser, samtidigt som en trygg och strukturerad vårdmiljö upprätthålls (Molin m.fl., 2016). Vården bedrivs på sjukhusavdelningar med dygnet-runt-verksamhet och riktar sig till patienter vars psykiska symtom är så omfattande att deras förmåga att hantera vardagen är allvarligt nedsatt (Allgulander, 2024). Eftersom akut psykiatrisk vård ofta bedrivs inom slutenvård, präglas patienternas erfarenheter starkt av den strukturerade och intensiva miljö som kännetecknar denna vårdform (Johnson m.fl., 2022; Schmidt m.fl., 2018).

Slutenvård kan ges frivilligt enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017)(HSL), eller som tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991)(LPT). LPT tillämpas när en patient lider av en allvarlig psykisk störning och vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt än genom tvång. För att lagen ska kunna användas krävs att patienten motsätter sig vård eller, på grund av sitt tillstånd, saknar förmåga att ta ställning till vårdbehovet (Harris m.fl., 2016). I denna kontext spelar faktorer som övervakning, låsta dörrar, personalens bemötande och förekomst av tvångsåtgärder en avgörande roll för hur vården upplevs (Benzein m.fl., 2019; Gabrielsson m.fl., 2020). Forskning visar att känslan av autonomi och delaktighet ofta utmanas i slutenvård, vilket kan leda till negativa erfarenheter och minskad tillit till vårdpersonalen (Corrigan m.fl., 2014; Schmidt m.fl., 2018).

Harris m.fl. (2016) betonar att patienter efter utskrivning ofta är i behov av fortsatt vård och utredning, vilket ibland innebär remittering till specialiserade psykiatriska enheter för långsiktig rehabilitering.

Former och strukturer

Akut psykiatrisk vård tillhandahålls genom flera vårdinstanser, såsom prehospitala akutpsykiatriska enheter (PAM – psykiatriambulanser), psykiatriska akutmottagningar, allmänna akutmottagningar samt slutenvårdsavdelningar (Harris m.fl., 2016; Johnson m.fl., 2022; Sundqvist m.fl., 2022). Dessa vårdmiljöer kännetecknas av hög intensitet och komplexitet, särskilt vid hantering av allvarliga tillstånd som suicidbenägenhet eller psykotiska episoder (Chiovitti, 2008). För att möta patientens helhetsbehov krävs insatser som beaktar både fysisk och psykisk återhämtning.

Kontaktvägar

Kontaktvägarna inom akut psykiatrisk vård varierar beroende på tillståndets allvar (Ottosson m.fl., 2017). Patienter som själva söker hjälp anländer vanligtvis till en psykiatrisk akutmottagning, där en sjuksköterska genomför ett inledande samtal följt av en medicinsk bedömning av läkare. Vid

allvarliga tillstånd såsom suicidbenägenhet, självskadebeteende eller psykos prioriteras omedelbara insatser. Trots detta är vårdtillgången ofta begränsad, då akutmottagningarna präglas av hög belastning, vilket kan leda till långa väntetider och försämrat psykiskt mående (Hughes m.fl., 2009).

Ottosson m.fl. (2017) beskriver att patienter som anländer med poliseskort får snabbare tillgång till vård och säkerhetsåtgärder. Samtidigt kan poliseskort upplevas som stigmatiserande och skapa misstro mot vårdsystemet, vilket i sin tur kan minska benägenheten att söka hjälp i framtiden (Corrigan m.fl., 2014; Puntis m.fl., 2018).

Vid akuta psykiska kriser – exempelvis självmordstankar eller psykotiska symtom – eller när patienten är ovillig eller oförmögen att själv ta sig till vården, kan psykiatriska akutteam genomföra hembesök i samverkan med öppenvården (Lindström m.fl., 2020; Sunnqvist m.fl., 2022). Trots att dessa mobila team syftar till att erbjuda tidig vård på patientens villkor, visar forskning att vissa individer avstår från insatsen. Detta kan bero på tidigare negativa vårderfarenheter, rädsla för tvångsåtgärder eller känslor av skam och utanförskap kopplat till psykisk ohälsa (Cook m.fl., 2014).

Mobila team kan förbättra vårdtillgången vid psykiska kriser, men enligt Odes m.fl. (2024) är deras tillgänglighet ofta ojämn och begränsad av brist på personal och resurser. Samma studie visar att dessa team kan minska behovet av polisens inblandning, vilket annars riskerar att leda till tvångsåtgärder. I vissa fall används mobila team även vid tvångsvård, där polisen bistår med transport och säkerhet. Studier visar att patienter upplever mötet med akutteam som mindre hotfullt än andra akuta vårdkontakter. Både patienter och närstående beskriver insatsen som stödjande och trygg i en utsatt situation (Lindström m.fl., 2020; Sunnqvist m.fl., 2022).

Vid akuta psykiatriska tillstånd kan även psykiatriambulansen (PAM) vara en vårdkontakt. PAM är en specialiserad ambulans bemannad med psykiatrisk vårdpersonal och används vid psykiska kriser där snabb intervention krävs. Den kan larmas via nödnummer 112 och är särskilt betydelsefull vid suicidala tillstånd eller psykotiska episoder (Lindström m.fl., 2020).

När vårdkontakten initieras av närstående – exempelvis vid personlighetsförändringar, suicidalt beteende eller missbruk – är deras engagemang ofta avgörande, då patienten kan sakna insikt om sitt vårdbehov. Detta kan dock skapa en konflikt mellan patientens autonomi och behovet av vård, särskilt vid tvångsvård (Meadows m.fl., 2015).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att patientens erfarenheter, behov och delaktighet utgör grunden för vårdinsatsen (McCormack & McCance, 2006). Enligt Benzein m.fl. (2019) handlar personcentrerad vård om att se individen som en helhet och att beakta patientens livssammanhang och subjektiva perspektiv. Detta är särskilt viktigt inom akut psykiatrisk vård, där patienter ofta befinner sig i en psykisk kris och kan uppleva förlorad kontroll över sin situation (Gabrielsson m.fl., 2020).

Den akuta vårdkontexten präglas av hög intensitet och behov av snabba insatser, vilket kan påverka upplevelsen av autonomi och bemötande (Gabrielsson m.fl., 2020; Harris m.fl., 2016). McCance & McCormack (2013) betonar att personcentrerad vård förutsätter en öppen och empatisk dialog där patientens berättelse utgör grunden för vårdrelationen.

Svensk sjuksköterskeförening (2024) framhåller att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård har en central roll i att stärka patientens känsla av delaktighet och autonomi, särskilt i akuta vårdsituationer där patientens egen förmåga att föra sin talan kan vara begränsad. Gabrielsson m.fl. (2020) menar att ett respektfullt och personcentrerat bemötande kan minska negativa effekter av tvångsåtgärder och stärka patientens känsla av att bli sedd och respekterad.

Problemformulering

Trots att personcentrerad vård utgör en grundprincip inom psykiatrisk vård och omvårdnad, beskriver många patienter bristande bemötande inom den akuta psykiatriska vården. Utifrån min kliniska erfarenhet – inom psykiatriambulans (PAM), psykiatrisk akutmottagning och akutpsykiatrisk slutenvård – har jag återkommande mött patienter som inte känner sig lyssnade på, sedda eller respekterade.

Det handlar inte enbart om enskilda vårdsituationer, utan om återkommande upplevelser av stressfyllda miljöer, bristande delaktighet och frånvaro av empati – något som kan skapa misstro och ovilja att söka psykiatrisk hjälp i framtiden (Corrigan m.fl., 2014). Detta kan få allvarliga konsekvenser för personer i akut psykisk kris. Forskning betonar att ett empatiskt bemötande är särskilt viktigt i situationer där patientens autonomi är nedsatt (Gabrielsson m.fl., 2020; McCormack & McCance, 2006).

Inom akut psykiatrisk vård, där patienterna ofta befinner sig i utsatta och sårbara situationer, är det därför viktigt att synliggöra deras subjektiva upplevelser av vården. Att lyfta dessa röster är centralt för att utveckla en vårdmiljö som präglas av trygghet, delaktighet och möjlighet till återhämtning.

Genom att belysa patienternas erfarenheter kan studien bidra till ökad förståelse för vad som stärker känslan av stöd, identifiera faktorer som främjar återhämtning och delaktighet, samt i förlängningen stärka utvecklingen av en mer personcentrerad psykiatrisk vårdmiljö. Mot denna bakgrund utvecklades ett pedagogiskt utbildningsmaterial i form av en digital föreläsning. Syftet var att sprida kunskap och stimulera reflektion kring bemötande, vårdmiljö och personcentrerad vård i akuta psykiatriska sammanhang, och därigenom bidra till en mer kunskapsbaserad och reflekterande klinisk praktik.

Syfte

Syftet med studien var att analysera och skapa en djupare förståelse av patienters erfarenheter av att vårdas inom akut psykiatrisk vård. Vidare var syftet att omsätta dessa resultat i ett utbildningsmaterial i form av en digital föreläsning riktad till psykiatrisk vårdpersonal.

Metod

Design

En kvalitativ litteraturöversikt med induktiv ansats genomfördes för att belysa vuxna patienters erfarenheter av akut psykiatrisk vård. Materialet analyserades med manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) och Graneheim m.fl. (2017). Resultaten syntetiserades därefter i en övergripande tolkning inspirerad av metasyntes Crowe m.fl. (2017).

Utöver litteraturstudien utvecklades ett pedagogiskt utbildningsmaterial. Detta utformades som en digital föreläsning byggd på studiens resultat och strukturerad utifrån vuxenpedagogiska principer. Föreläsningen kompletterades med diskussionsfrågor för att stimulera reflektion och kollegialt lärande i klinisk praktik.

Urval

Inklusionskriterier: kvalitativa, peer review-granskade studier på engelska publicerade 2000–2025, genomförda i Europa/USA/Kanada/Australien/Nya Zeeland, med deltagare ≥18 år och fokus på patienters erfarenheter av akut psykiatrisk vård.

Exklusionskriterier: kvantitativa/mixade metoder; studier utan fokus på akut psykiatri eller på patienters egna erfarenheter; interventioner utan patientperspektiv; bristfälligt rapporterad etik (t.ex. avsaknad av godkännande/hantering av konfidentialitet).

Datainsamling

Sökstrategi

Systematiska sökningar genomfördes i de ämnesrelevanta databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021). För att besvara studiens syfte utformades sökstrategin utifrån PEO-modellen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016), vilken är särskilt lämplig för att strukturera forskningsfrågor i kvalitativa litteraturstudier. I Tabell 1 presenteras hur Population, Exposure och Outcome definierades i denna studie.

Tabell 1. Datainsamlingen i enlighet med PEO-modellen.

Population	Exposure	Outcome
Vuxna psykiatriska patienter	Akut psykiatrisk vård	Upplevelse av att vårdas

Både kontrollerade ämnesord (MeSH i PubMed, CINAHL Headings i CINAHL och APA Thesaurus i PsycINFO) och fritexttermer kombinerades med booleska operatorer och språk-/tidsfilter enligt inklusionskriterierna. För att säkerställa en jämförbar sökprocess tillämpades så likvärdiga filter som möjligt i samtliga databaser, trots vissa skillnader i deras respektive filterfunktioner. Se Tabell 2 för en översikt över använda sökord inom respektive PEO-komponent. Sökningarna genomfördes september 2024 till mars 2025. Fullständiga söksträngar finns i Bilaga 1.

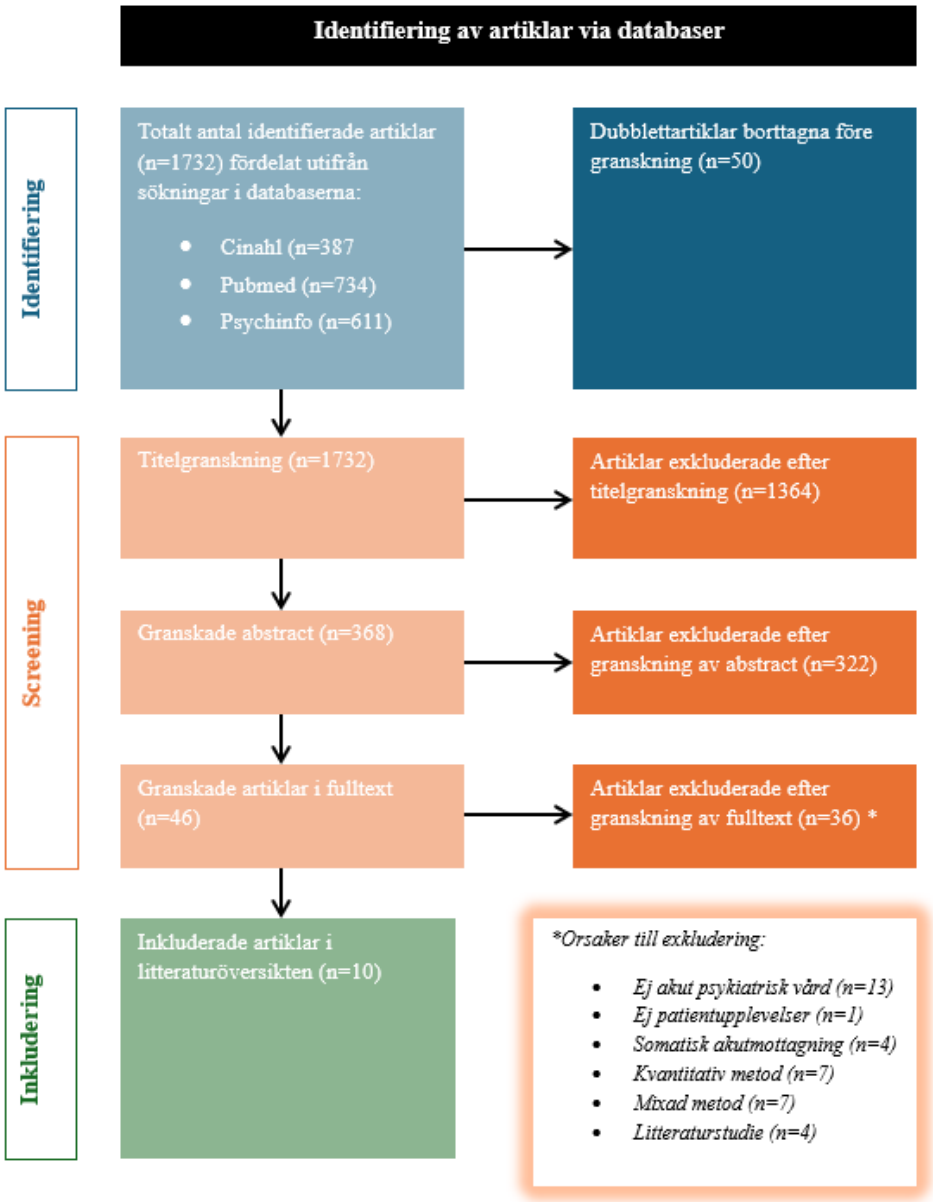
Tabell 2. Sökord till litteraturstudien.

Komponent	Sökord
Population (P)	Patients
Exposure (E)	Psychiatric Emergency Services, Acute psychiatric care, Acute mental health care, Psychiatric emergency department, Psychiatric ward
Outcome (O)	Patient experience, Patient satisfaction

Sökdata sparades i respektive databas (Folder-funktion) och exporterades till Excel för dokumentation av träffar, urval och dubbletthantering. Tidskrifternas vetenskapliga kvalitet kontrollerades i databasen Ulrichsweb, enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016) rekommendationer.

Urvalsprocess

Totalt genererades 1 732 träffar. Efter borttagning av dubbletter (n = 54) granskades 1 678 titlar och 368 abstrakt lästes. 46 artiklar gick vidare till fulltextgranskning. Av dessa exkluderades 36 på grund av att de var kvantitativa, hade mixad metod eller litteraturstudiedesign, saknade fokus på patienters upplevelser eller inte handlade om akut psykiatri. Tio studier uppfyllde samtliga kriterier och, efter kvalitetsbedömning, inkluderades i den slutliga analysen (Figur 1).



Figur 1. Redovisning av databassökningar enligt Prisma (Page m.fl., 2021).

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsbedömning av inkluderade studier genomfördes med SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2024).Bedömningen omfattade syfte, metod, urval, datainsamling, analys samt trovärdighet och överförbarhet. Kvalitetsnivåerna definierades enligt följande:

- **Hög kvalitet:** tydligt beskrivet syfte, metod och urval, väl genomförd datainsamling och analys, samt god trovärdighet och överförbarhet.
- **Medelhög kvalitet:** viss otydlighet i metod eller urval, men ändå relevant och tillförlitlig för studiens syfte.
- **Låg kvalitet:** allvarliga metodologiska brister, exempelvis bristfällig analys eller otillräcklig etisk redovisning. Studier med låg kvalitet exkluderas.

Inga av de tio studierna bedömdes ha låg kvalitet. En studie bedömdes ha medelhög kvalitet och de resterande nio bedömdes ha hög kvalitet. Den studie som bedömdes ha medelhög kvalitet valdes att inkluderas då den, trots vissa mindre metodologiska brister, tillförde viktiga perspektiv till studiens syfte.

Analys

Patienters upplevelser analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) samt Graneheim m.fl. (2017), med induktiv ansats och fokus på manifest innehåll. Materialet lästes noggrant och meningsbärande enheter som belyste erfarenheter av akut psykiatrisk vård identifierades. Dessa extraherades och dokumenterades i en Excel-fil tillsammans med artikelreferens, kondensering och kod, vilket underlättade analysens transparens och spårbarhet. Enheterna kondenserades för att behålla kärninnehållet i förkortad form, och kodades med ord eller fraser som fångade deras essens. Koder med liknande innehåll grupperades till underkategorier, som i sin tur organiserades i bredare kategorier. Kategorierna och underkategorierna benämndes på ett sätt som syftade till att på ett tydligt och troget sätt fånga och sammanfatta patienternas upplevelser samt återge rösterna bakom de artiklar de hämtades ifrån. Ett övergripande tema formulerades för att sammanfatta återkommande mönster i patienternas upplevelser och utgöra en brygga till den efterföljande syntesen (Tabell 3).

För att fördjupa förståelsen genomfördes en syntes inspirerad av meta-syntes enligt Crowe m.fl. (2017). Resultaten från de inkluderade artiklarna integrerades, jämfördes och tolkades för att skapa en samlad och nyanserad bild av fenomenet. Syntesen bygger vidare på innehållsanalysen och lyfter resultaten till en högre nivå av tolkning och meningsskapande.

Tabell 3. Exempel på analysprocess enligt Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	**Kondenserad enhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**	**Tema**
Vissa deltagare uttryckte en känsla av trygghet, vilket stod i kontrast till hur de kände sig före sjukhusvistelsen, där de kände sig utom kontroll eller upplevde symtom (t.ex. att de hörde röster).	Deltagare upplevde trygghet under vårdtiden, i kontrast till tidigare känslor av kontrollförlust och psykiska symtom.	Trygghet i vårdmiljön som kontrast till tidigare kaos	Våga låta trygghet och tillit växa fram	En berg-och-dalbana av känslor	Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet
Förutom att de kände sig förvirrade kom många ihåg att de kände sig rädda eller överväldigade när de kom in på avdelningen för första gången.	Många upplevde rädsla, förvirring och överväldigande känslor vid första mötet med avdelningen.	Initial känsla av överväldigande	När psykiatrin känns som en skräckfilm		
Tillstånd att besöka hem ger ytterligare frihet; du kan göra mer av vad du vill själv. Detta upplevs som en möjlighet och värderas väldigt högt.	Tillstånd att besöka hem upplevs som en värdefull frihet att själv bestämma över aktiviteter.	Upplevd självständighet genom hempermission	Att bli inbjuden till sin egen återhämtning	Frihetens gränser – från självbestämmande till maktlöshet	

Etiska ställningstaganden

Studien baseras på publicerat material och krävde ingen etikprövning. Dock tillämpades ett forskningsetiskt förhållningssätt i val av artiklar och vid hantering av data, i enlighet med vetenskapliga och etiska riktlinjer (World Medical Association (WMA), 2013). I enlighet med god forskningssed har särskild hänsyn tagits till respekt för mänsklig värdighet, integritet och till att resultaten återges med noggrannhet och transparens.

Eftersom litteraturstudien bygger på tidigare publicerade studier har uppmärksamhet riktats mot att ursprungliga forskningsetiska överväganden beaktats i de inkluderade artiklarna, såsom informerat samtycke, frivillighet och deltagarnas konfidentialitet. Vid analysen och syntesen av resultaten har strävan varit att återge deltagarnas röster och upplevelser på ett respektfullt och rättvisande sätt, utan att rycka beskrivningar ur sitt sammanhang.

Författaren har klinisk erfarenhet från psykiatriambulans, akutmottagning och slutenvård. Denna förförståelse kan påverka urval, tolkning och syntes, och har därför kontinuerligt reflekterats över under hela forskningsprocessen. Genom ett medvetet och reflexivt förhållningssätt har forskaren strävat efter att medvetandegöra och hantera sin egen position, samt låta deltagarnas perspektiv och erfarenheter framträda på egna villkor.

Didaktiska överväganden

Spridningen av examensarbetets resultat skedde huvudsakligen genom en inspelad föreläsning som distribuerades digitalt via e-post till psykiatrisk vårdpersonal i Region Östergötland. Eftersom formatet innebar envägskommunikation utan möjlighet till dialog i realtid, utformades presentationen med särskild omsorg för att säkerställa tydlighet, engagemang och tillgänglighet även utan interaktivitet.

Utbildningsmaterialet bygger på studiens resultat, där de sex huvudkategorierna och det övergripande temat strukturerade innehållet. Materialet bearbetades till en pedagogisk videoföreläsning med hjälp av PowerPoint. Målgruppen var psykiatrisk vårdpersonal, särskilt inom akuta vårdmiljöer. Syftet var att fördjupa förståelsen för patienters upplevelser och att främja ett mer empatiskt och personcentrerat bemötande.

Föreläsningen utgår från ett vuxenpedagogiskt perspektiv, där lärande betraktas som en erfarenhetsbaserad process och kunskap förväntas integreras i den kliniska praktiken (Knowles m.fl., 2025). För att stödja detta tillämpades principer för multimodalt lärande – såsom tydliga rubriker, visuella stöd och koncis text i kombination med muntlig förklaring – vilket minskar risken för kognitiv överbelastning och underlättar kunskapsinhämtning (Mayer, 2021).

Att materialet tillgängliggjordes som videofilm möjliggör ett flexibelt lärande i klinisk vardag, exempelvis vid arbetsplatsträffar, workshops eller för individuell kompetensutveckling. Föreläsningen kan ses flera gånger och i egen takt, vilket ökar tillgängligheten och skapar förutsättningar för reflektion och gemensamt lärande (Hrastinski, 2019; Salmon, 2013).

För att ytterligare främja kollegialt lärande kompletterades föreläsningen med diskussionsfrågor. Chefer och arbetsgrupper uppmuntrades att använda dessa som underlag för reflektion i efterföljande forum, vilket kan bidra till att resultaten omsätts i praktisk handling. På så sätt stimulerades ett kollektivt lärande, vilket är en grundläggande förutsättning för verksamhetsutveckling (Illeris, 2017; Mezirow, 2000).

För att öka spridningen och tillgängligheten publicerades den inspelade föreläsningen även på YouTube. Syftet var att möjliggöra fri åtkomst för vårdpersonal, studenter och andra intresserade av

psykiatrisk vård. Genom att använda YouTube som plattform kan utbildningsmaterialet nå en bredare publik och bidra till ökad kunskap och reflektion även utanför den akademiska kontexten.

Resultat

De 10 artiklar som resultatet i denna litteraturstudie baseras på är publicerade mellan år 2002 och år 2022. Samtliga dessa är kvalitativa studier. Fyra av studierna är genomförda i Sverige, fyra från Storbritannien och två från USA.

Utifrån den kvalitativa innehållsanalysen kom författaren fram till temat ”Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet”, sex kategorier; ”En berg-och-dalbana av känslor”, ”Mötet med vårdpersonalen – bemötande som lindrar eller skadar?”, ”Ett vårdsystem som hjälper eller stjälper”, ”Frihetens gränser – från självbestämmande till maktlöshet”, ”Relationer som stöttar eller skaver?”, ”Vård och behandling som både läker och skapar sår” samt sammanlagt 13 underkategorier sorterade under varje kategori (Tabell 4).

Tabell 4. Översikt av underkategorier, kategorier och tema.

Underkategori	Kategori	Tema
• Våga låta trygghet och tillit växa fram • Vad händer med mig? Förvirring, sorg och skam i mötet med vården • När psykiatrin känns som en skräckfilm	En berg-och-dalbana av känslor	Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet
• Känslan att bli respekterad och lyssnad på • Vårdpersonal som inte vårdar – från nonchalans till förnedring	Mötet med vårdpersonalen – bemötande som lindrar eller skadar?	
• Vårdmiljön – en plats för återhämtning eller stress? • Upplevelsen av en underbemannad och stressad vårdpersonalen	Ett vårdsystem som hjälper eller stjälper	
• Inbjuden till sin egen återhämtning • Fånge i psykiatrin	Frihetens gränser – från självbestämmande till maktlöshet	
• Stöttad av andra • Påfrestande närhet	Relationer som stöttar eller skaver?	
• Tvångsåtgärder – på gott och ont • När fokus på individen tappas bort	Vård och behandling som både läker och sårar	

En berg-och-dalbana av känslor

Att vara patient i den akuta psykiatriska vården innebär ofta en känslomässig berg-och-dalbana, där motstridiga upplevelser samexisterar. För vissa växer en känsla av samhörighet och stabilitet fram över tid – att våga låta trygghet och tillit växa fram blir en central del av återhämtningsresan. Samtidigt vittnar många om en omtumlande inledning, där frågor som "Vad händer med mig?" kan innebära förvirring, sorg och skam i mötet med vården. För en del patienter blev upplevelsen ännu mer skrämmande – där den akuta psykiatrin snarare förknippades med rädsla och misstro, och där liknelser med skräckfilmer speglar en verklighet präglad av otrygghet och hotfulla inslag.

Våga låta trygghet och tillit växa fram

Patienterna visade att vården inte enbart handlade om att bli omhändertagen – den krävde också ett personligt ansvar. Detta uttrycktes i viljan att samarbeta med personalen, att visa förståelse för deras utmaningar samt att ta egna initiativ till exempelvis i samtal eller informationssökning (Johansson m.fl., 2009). Denna ömsesidiga flexibilitet upplevdes bidra till ett mer konstruktivt vårdförlopp.

Sjukhusmiljön beskrevs av många som en plats där man tillfälligt kunde ta en paus från livets krav. Den erbjöd ett visst mått av struktur, stillhet och avstånd till vardagens påfrestningar – något som kunde kännas tryggt och läkande (Katsakou m.fl., 2012). För en del patienter var denna trygghet tydligt kopplad till vårdpersonalens bemötande och närvaro, som fungerade som ett emotionellt skyddsnät (Chevalier m.fl., 2018).

Patienter upplevde också att vistelsen hjälpte dem att återfå en känsla av kontroll – särskilt i kontrast till hur de hade mått innan inläggningen, då känslor av kaos, hallucinationer eller psykisk smärta dominerat tillvaron (Chevalier m.fl., 2018).

Flera patienter uttryckte en medveten acceptans inför sjukhusvistelsen, även om den inte alltid var önskad. Det handlade om att förstå att vården trots allt kunde erbjuda en nödvändig grund för att stabilisera sin tillvaro – både psykiskt och socialt (Katsakou m.fl., 2012). För vissa innebar detta en anpassningsperiod, där man lärde sig leva med avdelningens rutiner och samvaro med andra patienter. Hos andra fanns en mer uppgiven men pragmatisk syn – en vetskap om att detta var det bästa alternativet just nu, att det handlade om att härda ut och ta sig igenom tiden tills utskrivningen var möjlig (Chevalier m.fl., 2018).

Tillit och trygghet visade sig också kunna växa fram i de små vardagliga samtalen – det där lilla småpratet som signalerade närvaro och intresse från personalens sida. Dessa ögonblick uppmuntrade till en öppen dialog och kunde skapa en känsla av att det fanns en trygg plats där man kunde vara sig själv, utan rädsla för att bli dömd eller avvisad (Lindström m.fl., 2020).

Vad händer med mig? Förvirring, sorg och skam i mötet med vården

En del patienter beskrev hur de aldrig hade föreställt sig att de skulle behöva psykiatrisk vård, och därmed saknade föreställningar om hur en slutenvårdsavdelning skulle vara. Att hamna där kändes overkligt och kunde ge upphov till en identitetsmässig krock – att se sig själv i en kontext som man inte förut trodde att man hörde hemma i (Chevalier m.fl., 2018).

Flera patienter beskrev hur själva inskrivningsprocessen präglades av ett nedsatt tillstånd – där sjukdomens allvar innebar att information inte riktigt gick in. Vissa mindes händelseförloppet som suddigt, och det fanns en insikt om att man troligtvis var för sjuk för att förstå vad som hände i stunden (Chevalier m.fl., 2018).

Mötet med vården väckte inte bara känslor av förvirring och oro, utan också skam. I synnerhet uttrycktes ett behov av att hålla vårdkontakten privat, till exempel genom önskemål om att psykiatriambulansen skulle vara så anonym som möjligt – allt för att undvika att grannar eller utomstående skulle få veta vad som pågick. För vissa patienter uppstod känslor av frustration, sorg eller till och med ilska i samband med att psykiatriambulansen anlände – särskilt när det inte var de själva som hade sökt hjälp, utan någon annan som larmat (Lindström m.fl., 2020).

När psykiatrin känns som en skräckfilm

Patienter som tidigare inte varit i kontakt med psykiatrisk vård formade ibland sina förväntningar utifrån vänner, familj eller media. Dessa källor målade ofta upp psykiatriska avdelningar som mystiska, märkliga eller skrämmande platser, vilket påverkade patienternas syn redan innan intagningen. Även de som varit inlagda tidigare beskrev hur första tiden på avdelningen kunde

präglas av rädsla och förvirring – en osäkerhet kring vad som väntade, hur miljön fungerade och vad som skulle hända härnäst. Vårdmöten, som exempelvis ronder, kunde upplevas som särskilt laddade eftersom viktiga beslut fattades där – men samtidigt var dessa möten få och svåra att påverka (Chevalier m.fl., 2018).

I flera fall beskrev patienter hur de inte aktivt valt att bli inlagda, utan snarare gått med på det av rädsla för att annars bli tvångsomhändertagna. Detta informella tvång skapade känslor av resignation snarare än frivillighet, och förstärkte känslan av att vården bedrevs på villkor de inte kunde påverka (Chevalier m.fl., 2018). Flera patienter beskrev en upplevelse av hjälplöshet och otrygghet i vårdmiljön, och uttryckte en längtan efter bättre kontakt med personalen – inte minst för att få hjälp att hantera sin rädsla, och kunna ta emot vården på ett mer frivilligt och medskapande sätt (Johansson & Lundman, 2002).

Upplevelser av att vårdpersonal var hotfulla eller opålitliga förekom, och vissa patienter uttryckte till och med att sådana drag var inneboende hos personer som arbetar inom psykiatrin (Chevalier m.fl., 2018). Flera undvek att tala öppet med personalen av rädsla för att bli dömda eller att informationen skulle användas emot dem – vilket ytterligare förstärkte känslan av att inte vara trygg. Flera situationer på avdelningarna förstärkte känslan av oro och otrygghet. I en berättelse från Shattell m.fl. (2008) beskrevs det hur en kvinna ertappades med en cigarett, vilket ledde till att en väktare samt ”sex eller sju” personal kallades in. Händelsen illustrerade hur regelbrott hanterades med kraftiga insatser, vilket uppfattades som hotfullt och skrämmande. En annan händelse i nämnda studie reflekterade en patient över hur en annan patient, som klagat på att han inte fick tillräckligt med tid att äta, möjligen blivit utskriven som konsekvens av sitt missnöje. Upplevelsen väckte frågor om tystnadskultur och repressalier hos patienten.

Flera patienter vittnade också om att de inte litade på vårdpersonalens förmåga att hjälpa dem med deras sjukdom – eller kände att de inte förstod deras situation på djupet (Shattell m.fl., 2008). Misstron kunde även rikta sig mot själva institutionen, där vissa uttryckte skepsis kring den maktstruktur och de kontrollmekanismer som kännetecknade vårdmiljön (Chevalier m.fl., 2018). Några patienter började ifrågasätta om vården verkligen var till för att hjälpa. En individ spekulerade i om bristfällig behandling snarare bidrog till återinskrivningar och därmed ökade vårdens intäkter. En rädsla att bli betraktad mer som inkomstkälla än en lidande människa (Shattell m.fl., 2008). Till detta kom upplevelser av att personal redan visste ”för mycket” om en, vilket kunde kännas obehagligt – som om man redan var definierad och dömd innan man ens fått en chans att visa vem man var (Lindström m.fl., 2020).

Mötet med vårdpersonalen – bemötande som lindrar eller skadar?

I det akuta psykiatriska sammanhanget kan mötet med vårdpersonalen vara avgörande – både som en källa till lindring och som en källa till ytterligare lidande. När patienter känner sig respekterade och lyssnade på, skapas en grund för trygghet, delaktighet och återhämtning. Personal som visar empati och är närvarande stärker känslan av att vara en människa med värde, även i sårbara stunder. Men i kontrast till detta framträder också vittnesmål om vårdpersonal som inte vårdar, där bemötandet i stället blev en förlängning av det psykiska lidandet. Försummelse, brist på respekt och till och med kränkande beteenden förvandlade ibland vårdmötet till en upplevelse av avstånd, objektifiering och förlorad värdighet.

Känslan att bli respekterad och lyssnad på

Flera patienter berättade om erfarenheter av att få ett personligt och varmt bemötande från personalen. Att bli sedd som en individ och inte enbart som en "patient" upplevdes som lindrande i en annars belastande vårdsituation. Exempelvis kunde enkla gester som ett "hej", ett lyssnande öra eller när någon tog sig tid för samtal skapa en känsla av att vara omhändertagen (Johansson &

Lundman, 2002; Shattell m.fl., 2008; Stenhouse, 2011). Flera patienter beskrev även hur enstaka positiva möten med vårdpersonal kunde ha en stark påverkan. Personal som gick utöver sina arbetsuppgifter för att visa omtanke uppfattades som extra stödjande. Ett bemötande som präglades av respekt och empati kunde därmed förändra en initial känsla av rädsla eller misstro till en upplevelse av samarbete och gemensamt ansvar (Chevalier m.fl., 2018).

Patienterna uttryckte uppskattning över att personalen visade sig lyhörd för deras känslomässiga tillstånd och anpassade sitt bemötande därefter. Att bli förstådd även när orden saknades, och att personalen var närvarande och tillgänglig, skapade trygghet och tillit (Johansson m.fl., 2009; Lindström m.fl., 2020). Att personalen hade kännedom om patientens tidigare historia kunde också bidra till en känsla av trygghet, då det minskade behovet av att återupprepa svåra erfarenheter. Denna typ av kontinuitet stärkte känslan av att vara erkänd och förstådd (Lindström m.fl., 2020).

Särskilt i mötet med prehospitala psykiatriska team beskrev patienterna hur personalens professionella men empatiska sätt att agera – genom lugnt kroppsspråk, tålmodiga förklaringar och förmågan att avdramatisera situationen – gjorde en stor skillnad. Detta inkluderade även att ge patienter tid att tala, lyssna in deras berättelser och respektera deras behov av autonomi och deltagande i beslutsfattandet (Sunnqvist m.fl., 2022).

Patienterna beskrev också hur vårdpersonalen, genom att visa ödmjukhet, erkänna misstag och ta ansvar, förtjänade deras förtroende. Denna form av respektfull kommunikation bidrog till att lindra lidande och stärka känslan av integritet. Bemötandet uppfattades som särskilt meningsfullt när det skedde med ömsesidig respekt och i en atmosfär där patienten upplevde sig bekräftad och erkänd som människa (Johansson m.fl., 2009).

Vårdpersonal som inte vårdar – från nonchalans till förnedring

Flera patienter beskrev hur de blev utestängda från vårdprocessen – att de inte fick information om vad som skulle ske, varför det skedde eller hur de själva kunde påverka situationen (Chevalier m.fl., 2018; Johansson & Lundman, 2002). Frånvaron av kommunikation gjorde det svårt att förstå syftet med vården, vilket i sin tur skapade oro och frustration. Patienterna vittnade om en brist på lyssnande från personalens sida och att ingen efterfrågade deras perspektiv eller behov. I vissa fall uttrycktes detta som en total känsla av att vara ignorerad – att personalen inte såg människan bakom patientrollen. Denna tystnad, likgiltighet och brist på närvaro upplevdes som att personalen inte brydde sig (Johansson & Lundman, 2002).

Patienterna beskrev även en fysisk och emotionell distans till personalen. Det kunde handla om att personalen befann sig innanför låsta dörrar i sjuksköterskestationer, vilket gjorde det svårt att få kontakt. Att behöva knacka på och inte få svar, eller att känna sig till besvär bara genom att söka hjälp, förstärkte känslan av utanförskap (Chevalier m.fl., 2018).

När personalen inte tog initiativ till kontakt upplevdes det som ointresse, vilket ledde till att vissa patienter drog sig undan och inte vågade närma sig. Det bristande bemötandet skapade en mur mellan personal och patienter, där det professionella förhållningssättet upplevdes som kyligt och opersonligt (Chevalier m.fl., 2018; Stenhouse, 2011).

Flera patienter berättade om direkt respektlöst eller till och med hotfullt bemötande. Det kunde handla om att bli utskälld av en sjuksköterska, att personalen visade brist på medkänsla, eller att man upplevde sig mobbad eller kränkt av dem som var satta att ge vård. Sådana erfarenheter påverkade inte bara tryggheten i stunden, utan också viljan att samarbeta eller söka hjälp i framtiden (Ezeobele m.fl., 2014; Shattell m.fl., 2008).

En annan aspekt som flera patienter tog upp var hur makt kunde utövas på subtila sätt, till exempel genom underförstådda hot om tvångsmedicinering (Rose m.fl., 2015). Även inskrivningsrutiner som visitering, borttagning av personliga ägodelar eller ständig övervakning kunde upplevas som integritetskränkande och skapa en kvävande känsla av kontroll (Chevalier m.fl., 2018).

Ett vårdsystem som hjälper eller stjälper

För patienter i akut psykiatrisk vård spelar det omgivande vårdsystemet en avgörande roll för hur vården upplevs – som en hjälpande hand eller som en ytterligare börda. Vårdmiljön beskrevs av vissa som en plats för återhämtning, en fristad från kaoset inombords, medan andra upplevde miljön som stressande och otrygg – snarare ett hinder än ett stöd. Samtidigt framkommer upplevelsen av en underbemannad och stressad vårdpersonal som ett återkommande tema. Bristande tillgänglighet, tidspress och administrativt fokus skapade känslor av ensamhet och osynlighet – vilket visar exempel på vårdsystemets oförmåga att möta patienters behov på ett mänskligt och närvarande sätt.

Vårdmiljön – en plats för återhämtning eller stress?

Flera patienter beskrev vårdavdelningen som en plats där de kunde känna sig trygga, lugna och glada – en tillflyktsort som erbjöd möjlighet till vila och reflektion. Den fysiska miljön upplevdes då som hemtrevlig, med tydliga rutiner och möjlighet till avskildhet, vilket bidrog till en känsla av struktur och överblick. En viss grad av personligt utrymme, exempelvis genom att ha ett eget rum eller en avskärmning, kunde också vara avgörande för att skapa känslan av värdighet och integritet (Johansson m.fl., 2009).

Även miljön i psykiatriambulansen beskrevs som stödjande. Patienterna uppskattade möjligheten att sitta bekvämt i fordonet och föra samtal på sina egna villkor, i stället för att behandlas som akutfall på bår. Att få möta vården i hemmet eller under lugna former bidrog också till trygghet och ökad känsla av kontroll (Lindström m.fl., 2020).

Samtidigt framkom tydligt att vissa fysiska och sensoriska aspekter av miljön kunde vara starkt negativt laddade. Lukter, ljud och andra intryck kunde väcka känslor av obehag eller äckel, och underminerade i sådana fall upplevelsen av trygghet (Johansson m.fl., 2009). Avskiljningsrum beskrevs som kalla, tomma och sterila – fysiskt och symboliskt avhumaniserande, med element som exempelvis en bar madrass och avsaknad av fönster (Ezeobele m.fl., 2014).

Många patienter beskrev vårdavdelningen som en kaotisk och stressande plats, där de kände sig otrygga – inte minst till följd av andra patienters beteenden eller brist på närvarande personal. Otryggheten kunde förstärkas av att personalen upplevdes som överansträngd och otillgänglig, särskilt under perioder av hög belastning (Chevalier m.fl., 2018; Rose m.fl., 2015).

Bristen på aktiviteter var också något som påverkade upplevelsen av miljön. Många upplevde vården som monoton och tråkig – särskilt under helger när färre insatser erbjöds. Det skapade en känsla av passivitet och isolering, som förstärktes av avdelningens slutna karaktär (Chevalier m.fl., 2018).

Institutionella regler kunde dessutom upplevas som onödigt strikta och provocerande. Särskilt tydligt blev detta i berättelser om rökrestriktioner, där patienter uttryckte irritation över att inte få röka fritt – särskilt eftersom många av dem var rökare och det fanns få andra sätt att fördriva tiden. Sådana regler, oavsett syfte, blev ofta symboler för maktlöshet och en vardag där man inte själv fick bestämma över sina behov (Chevalier m.fl., 2018).

Upplevelsen av en underbemannad och stressad vårdpersonalen

Många patienter beskrev en grundläggande frustration över att vårdpersonalen inte levde upp till den tillgänglighet som utlovats vid inskrivningen. Det initiala budskapet – att man kunde komma och prata när som helst – krockade med verkligheten, där sjuksköterskorna ofta var frånvarande eller för upptagna för att samtala. Denna kontrast skapade besvikelse och ledde till att patienterna drog sig för att söka kontakt, av rädsla för att belasta personalen ytterligare (Stenhouse, 2011).

I vissa fall väcktes även känslor av skuld när patienter ändå sökte stöd och kände att de ”tog av någon annans tid”. Sjuksköterskornas otillgänglighet tolkades därmed inte bara som en praktisk brist – utan som ett hinder för att uttrycka behov, känslor och sårbarhet (Stenhouse, 2011).

Upplevelsen av att personalen var ”fast på kontoret” återkom i flera berättelser, även i situationer där patienter befann sig i akut kris (Rose m.fl., 2015). Denna bristande närvaro bidrog till ett klimat där emotionell stress undertrycktes, och där viktiga terapeutiska ögonblick gick förlorade. Flera patienter lyfte också att personalen var uppslukad av uppgifter som inte uppfattades som direkt vårdrelaterade – såsom administration och andra logistiska sysslor. Detta väckte frågor hos patienterna om arbetsfördelningen och om huruvida vårdpersonalens tid utnyttjades på bästa sätt. Patienter efterfrågade därför mer stödpersonal för att frigöra tid för sjuksköterskorna att fokusera på omvårdnadsarbete och relationsskapande. I dess frånvaro upplevdes personalen som överarbetad och vårdmiljön som mindre mänsklig och empatisk (Stenhouse, 2011).

Vid personalbrist ersattes ordinarie personal ofta av timanställda eller hyrpersonal. Dessa beskrevs av patienter som främmande ansikten – personer som inte kände till avdelningen, inte hade etablerade relationer till patienterna och inte heller visade intresse för att skapa kontakt. Denna brist på kontinuitet förstärkte känslan av att vara otrygg, osedd och ensam i en redan pressad situation (Rose m.fl., 2015).

Flera patienter berättade också att de själva tvingades ta ansvar för att söka stöd, men att detta ansvar komplicerades av deras tillstånd – exempelvis låg självkänsla, initiativförmåga eller en vilja att klara sig själva. Den vanligaste anledningen till att de inte sökte hjälp var dock övertygelsen att personalen ändå inte skulle ha tid. Det skapade ett cirkulärt mönster där både personalens begränsningar och patienternas egen tvekan bidrog till ett ömsesidigt avstånd (Stenhouse, 2011).

Frihetens gränser – från självbestämmande till maktlöshet

Inom den akuta psykiatriska vården är upplevelsen av frihet och självbestämmande ofta skör och föränderlig. I vissa fall kände sig patienter inbjudna till sin egen återhämtning; där delaktighet, inflytande och respekt för den egna rösten skapade en känsla av kontroll och hopp. Att få vara med och forma sin vård blev ett sätt att återvinna både värdighet och framtidstro. Men i andra berättelser framträdde en mörkare bild och många patienter beskrev sig vara en fånge i psykiatrin. Här dominerade upplevelser av kontroll, inlåsning och maktlöshet, där både miljö och regler förmedlade en känsla av att vara fråntagen sin frihet, både kroppsligt och själsligt.

Inbjuden till sin egen återhämtning

Tillgång till frihet – exempelvis genom tillstånd att vistas utanför avdelningen eller att göra hembesök – sågs som betydelsefulla steg i återhämtningsprocessen. Denna typ av rörelsefrihet beskrevs som stärkande och bidrog till en upplevelse av ökad autonomi. Att kunna lämna den slutna miljön, om än tillfälligt, sågs som en påminnelse om livet utanför och möjligheten till återgång (Johansson & Lundman, 2002).

Delaktighet tog sig även uttryck i att få samtala med vårdpersonalen om hur man mådde, vad man behövde och vilka alternativ som fanns. Patienterna betonade vikten av att bli inbjudna till dialog,

att få information på ett tillgängligt sätt, och att känna att deras upplevelser togs på allvar. Denna ömsesidighet i samtalet bidrog i flera fall till att patienter valde att stanna kvar frivilligt, trots att de initialt var negativa till vården (Johansson & Lundman, 2002).

När patienter fick möjlighet att uttrycka sin vilja och aktivt delta i planeringen skapades en känsla av att de hade ett val – och därmed ansvar – i sin återhämtning. Att bli lyssnad på och bekräftad i detta sammanhang stärkte känslan av egenvärde och hopp (Johansson & Lundman, 2002). I vissa fall inkluderades även närstående i vårdmötet, vilket upplevdes som stödjande både för patienterna och deras familjer. När information delades med dem som stod nära och de fick möjlighet att förstå och bidra, skapades en gemensam grund för fortsatt återhämtning även utanför vårdens kontext (Lindström m.fl., 2020).

I studien av Lindström m.fl. (2020) beskrev patienterna vårdpersonal som aktivt bjöd in dem i processen och anpassade insatser efter individuella behov. Delaktigheten upplevdes inte som symbolisk utan genuin – personalen tog sig tid att lyssna, förklara och inkludera patientens perspektiv i besluten. I dessa möten fanns grunden för att ta aktiva steg mot återhämtning – på egna villkor.

Fånge i psykiatrin

Flera patienter beskrev avdelningen som ett fängelse – eller ännu starkare, som en bur där de kände sig reducerade till något mindre än människa. Miljön präglades av instängdhet och oförutsägbar kontroll. Regler upplevdes som godtyckliga och ologiska, ibland oförklarade eller plötsligt förändrade utan förvarning (Shattell m.fl., 2008). Det skapade en känsla av maktlöshet och osäkerhet, där varje dag kunde innebära nya begränsningar utan att man förstod varför. För vissa blev upplevelsen av att befinna sig på en psykiatrisk avdelning så lik ett fängelse att det påverkade deras identitet och självbild. Frihetsberövandet sågs inte som tillfälligt eller terapeutiskt, utan som ett tillstånd där man snarare var fånge än patient (Chevalier m.fl., 2018).

Patienterna beskrev att de var tvungna att rätta sig efter rutiner och regler som inte alltid kändes relevanta eller anpassade. Att behöva lägga sig vid en viss tid eller be om tillstånd för att lämna avdelningen upplevdes som symboler för personalens makt över deras liv (Katsakou m.fl., 2012). Vissa kände sig som objekt för en vård de inte kunde påverka – en känsla som förstärktes när information uteblev eller kom för sent. Även för patienter som formellt samtyckt till vård kunde det finnas en bakomliggande press – exempelvis hot om tvångsåtgärder om man inte gick med på behandling. Den låsta dörren blev i sådana fall en ständig påminnelse om att samtycket kanske inte var helt frivilligt (Johansson m.fl., 2009).

Att inte få vistas utomhus på flera dagar beskrevs som särskilt påfrestande. Ett fönster mot världen utanför blev ett symboliskt andningshål – ett sätt att se friheten men inte nå den (Shattell m.fl., 2008). Bristen på frisk luft och rörelsefrihet framkallade frustration, rastlöshet och i vissa fall ilska (Chevalier m.fl., 2018; Rose m.fl., 2015). Att befinna sig på en låst avdelning beskrevs många gånger som en källa till otrygghet. För vissa patienter förstärktes denna känsla av andra faktorer, exempelvis minnesförlust till följd av behandling, eller osäkerhet kring varför de över huvud taget var där. Kombinationen av inlåsning och bristande kognitiv orientering skapade djup rädsla, trots personalens försök att lugna (Johansson m.fl., 2009).

En återkommande upplevelse var att inte ha något val: att inte bli erbjuden alternativ till slutenvård, att inte veta varför man blivit inlagd, och att inte få förklarat sina rättigheter. Detta skapade inte bara förvirring, utan också känslan av att ha fråntagits kontrollen över sitt eget liv (Katsakou m.fl., 2012). Brister i frihet och medinflytande kunde också få konsekvenser för patienternas beteenden. Flera vittnade om att den frustration och desperation som uppstod i instängdheten i vissa fall bidrog till utåtagerande eller konflikter – något som i sin tur kunde leda till fasthållning eller

tvångsmedicinering. Det blev ett självförstärkande kretslopp där förlust av frihet ledde till känslomässig upptrappning, vilket i sin tur tolkades som ett behov av ytterligare kontroll. (Rose m.fl., 2015).

Relationer som stöttar eller skaver?

Relationerna som finns eller uppstår i den akuta psykiatriska vården kan ha en stor inverkan på patienters upplevelser – som kraftfulla stöd eller som ytterligare belastningar. Många patienter vittnar om hur de blev stöttade av andra, där särskilt medpatienter men även anhöriga erbjöd förståelse, gemenskap och trygghet i en annars svår tid. Denna form av relationellt stöd beskrevs som en viktig del av det känslomässiga återhämtningsarbetet. Samtidigt fanns en annan sida av samspelet – en där närheten till andra patienter upplevdes som påfrestande och väckte känslor av stress, oro och utmattning. Att befinna sig tätt inpå andra i ett tillstånd av psykisk kris kunde i vissa fall förstärka känslan av utsatthet och göra det svårt att finna ro.

Stöttad av andra

Ett genomgående tema är att det i många fall är andra patienter – snarare än vårdpersonal – som bidrar med det mest kännbara stödet under vårdtiden. I studien av Shattell m.fl. (2008) beskrivs hur patienter framför allt fick omvårdnad och emotionellt stöd från sina medpatienter, medan vårdpersonalens roll i detta avseende var påfallande frånvarande. Även när deltagarna tillfrågades direkt om omvårdnad nämndes i första hand de stödjande relationerna med andra patienter, snarare än sjuksköterskor. Även i Stenhouses (2011) studie framkommer att denna aspekt, där deltagarna upplevde att de ”gav råd” till varandra i brist på personalens tillgänglighet. Detta skapade en känsla av kamratskap och samhörighet, där man kunde dela erfarenheter, känslor och strategier för att hantera den psykiska ohälsan tillsammans.

På liknande sätt beskrev deltagarna i Chevalier m.fl. (2018) hur en gemensam erfarenhet av sjukhusvistelse, psykisk sjukdom eller det stigma som ofta följer med, möjliggjorde djupa och ömsesidiga band som var stärkande på ett icke-dömande sätt. Flera patienter berättade också att det var tröstande att höra andra människors berättelser om psykisk ohälsa, vilket inte bara skapade förståelse utan också ett utrymme för lärande. Genom att dela sina egna erfarenheter kunde de också hjälpa andra patienter att hitta sätt att hantera sin sjukdom (Shattell m.fl., 2008).

Utöver relationerna till andra patienter lyfter Johansson & Lundman (2002) fram att även anhöriga spelade en viktig roll i stödet under vårdtiden. Både anhöriga och andra patienter upplevdes som avgörande för patienternas välmående, då de kunde bidra med både emotionellt stöd och känslan av att inte vara ensam.

En annan aspekt av stödet handlar om närvaron av andra människor i sig. Chevalier m.fl. (2018) visar att även när aktiv social interaktion saknades, kunde själva känslan av att inte vara ensam – att dela ett rum eller utrymme med andra – upplevas som meningsfull och lindrande i kontrast till den isolering många hade upplevt i hemmet. Det bör dock noteras att detta stöd inte var garanterat. Stenhouse (2011) betonar att möjligheten att skapa stödjande relationer med andra patienter var beroende av vilka som fanns på avdelningen vid tillfället. Om det inte fanns något att relatera till i de andra patienternas erfarenheter, kunde känslan av samhörighet utebli.

Påfrestande närhet

En återkommande upplevelse var att den fysiska miljön, där patienter ofta delar rum och gemensamma utrymmen, skapade en ofrivillig närhet som inte alltid var önskad. I studien av Johansson m.fl. (2009) beskrivs hur det kunde vara svårt att påverka eller undvika andra patienters agerande. Att inte kunna dra sig undan ledde till att känslan av att aldrig få vara ifred blev starkt påtaglig. Denna brist på personlig integritet upplevdes som påfrestande och kunde förstärka känslor av maktlöshet. Liknande tankar återfinns i Chevalier m.fl. (2018) studie, där vissa patienter aktivt

undvek socialt umgänge eller valde att tillbringa tid ensamma, eftersom de upplevde att deras personliga gränser inte respekterades av andra patienter.

Utöver den fysiska närheten beskrev flera patienter att de snabbt skapade starka känslomässiga band till andra patienter. Stenhouse (2011) belyser att denna typ av intensiv närhet kunde bidra till ökad sårbarhet, särskilt när relationer bröts abrupt genom utskrivning eller när en medpatient avled. Att ta del av andras lidande och bära deras berättelser kunde leda till känslomässig överbelastning – ett slags sekundärt lidande som blev svårt att hantera i en redan pressad situation. Liknande upplevelser framträder i studien av Johansson m.fl. (2009) där patienter beskrev att det väckte starka känslor av maktlöshet att bevittna medpatienters lidande, samtidigt som det förstärkte upplevelsen av den egna utsattheten.

Vård och behandling som både läker och sårar

Den psykiatriska vårdens intention är att hela, men patienters berättelser vittnar om att vård och behandling samtidigt kan ge upphov till nya sår. Särskilt tydligt blir detta i beskrivningarna av tvångsåtgärder, där erfarenheter pendlar mellan att känna sig skyddad och att känna sig kränkt. Vissa upplevde tvånget som nödvändigt för att återfå kontrollen, medan andra förknippade det med stark maktlöshet och brist på förståelse. Därutöver beskriver många patienter en upplevelse att inte bli sedd som en individ ensam av sitt slag – där vården inte förmådde se bortom diagnoser, rutiner och standardiserade insatser. I stället för individuell omsorg blev bemötandet ofta opersonligt, vilket förstärkte känslan av att vara en patient i mängden snarare än en människa med unika behov.

Tvångsåtgärder – på gott och ont

I både Johansson & Lundman (2002) och Katsakou m.fl. (2012) studier framkommer att patienter kan uppleva tvångsvård som ett skydd i en livshotande kris, särskilt vid självskadebeteende eller suicidrisk. I studien av Katsakou m.fl. (2012) ansåg samtliga patienter i den "positiva gruppen" att den ofrivilliga inläggningen varit nödvändig eftersom de i akut sjukdom inte kunde uppfatta sitt eget hjälpbehov. Studien av Johansson & Lundman (2002) lyfter på liknande sätt beskrivningar av patienter om att de kunde känna sig trygga även under tvång, eftersom vården mötte deras behov och ibland till och med upplevdes som frivillig. Vissa patienter kunde, enligt Johansson & Lundman (2002), känna att de hade ansvar i sin vård trots tvång, vilket minskade känslan av att vara tvingad.

De patienter som benämndes ”ambivalenta” i studien av Katsakou m.fl. (2012) delade liknande upplevelser – de erkände behovet av vård men önskade att det kunde ske genom mindre ingripande medel, exempelvis frivillig korttidsvård. Trots detta såg de sjukhusvistelsen som ett sätt att återhämta sig och undvika större risker.

I kontrast till dessa mer positiva upplevelser framträder en stark kritik mot tvångsåtgärder i flera studier, särskilt när det gäller avskiljning och tvångsmedicinering. I Ezeobele m.fl. (2014) studie visar att avskiljning ofta uppfattades som ett bestraffande ingrepp där patienterna kände sig övergivna, maktlösa och utnyttjade. Många beskrev att de inte fick någon förklaring till varför de isolerades, och att personalen ibland hånade dem eller provocerade fram deras aggression. Upplevelsen av maktutövning snarare än vård var starkt framträdande, vilket ledde till långvarig ilska och känslor av orättvisa. Även i studien av Rose m.fl. (2015) framkommer hur tvångsmedicinering uppfattades som en våldshandling snarare än behandling. Denna upplevelse förstärkte känslan av att inte bli bemött som människa utan som ett objekt som måste kontrolleras.

En gemensam nämnare bland de mer negativa erfarenheterna är bristen på kommunikation och delaktighet. Flera patienter i Ezeobele m.fl. (2014) studie uttryckte att de inte fick någon information om varför tvångsåtgärder sattes in, vilket ökade känslan av övergivenhet och brist på

kontroll. På likande sätt visar Johansson & Lundman (2002) att oförståelse kring orsaken till tvångsvården kunde leda till rädsla och misstro. Patienter i Katsakou m.fl. (2012) studie beskrev att tvångsvården försämrade deras mående, då de behandlades mot sin vilja och inte fick möjlighet att hantera sin kris på egna villkor. Det framkommer också att tidigare erfarenheter av tvångsvård påverkade hur patienter såg på framtida insatser. Vissa uttryckte rädsla för att återigen bli föremål för ofrivillig vård, vilket skapade ett långsiktigt hot mot deras känsla av självständighet (Katsakou m.fl., 2012).

Samtidigt bör det nämnas att även i de mest negativa beskrivningarna fanns undantag. En minoritet i Ezeobele m.fl. (2014) studie (20 %) upplevde avskiljning som något positivt, då det gav möjlighet till stillhet, bön och reflektion. I studien av Chevalier m.fl. (2018) återfinns upplevelser från patienter som i efterhand var tacksamma för att någon annan tog beslutet åt dem när de själva var för sjuka för att göra det.

När fokus på individen tappas bort

I studien av Shattell m.fl. (2008) framkommer problem med hur patienter placerades i gruppterapier utan hänsyn till deras diagnoser. En patient med alkoholmissbruk hamnade exempelvis i en samtalsgrupp för depression och självmord, medan en annan med bipolär sjukdom fick delta i en grupp riktad till personer med missbruksproblematik. På liknande sätt beskrev deltagare i studien av Katsakou m.fl. (2012) att den vård de fick inte motsvarade deras upplevda behov. De efterfrågade mer flexibla och specialiserade alternativ, såsom psykologisk behandling, öppenvård eller stöd från hembehandlingsteam. För vissa patienter hade behandling inom allmänpsykiatrin eller krisboenden upplevts som mer ändamålsenligt än den slutenvård de fick.

Flera studier visar också på ett genomgående underskott av terapeutiska inslag i vårdmiljön. Rose m.fl. (2015) visar att interaktionen mellan personal och patienter var minimal och att samtalsterapi sällan erbjöds, trots att patienter upplevde det som hjälpsamt. Den psykiatriska avdelningen beskrevs av många som "oterapeutisk", vilket till stor del tillskrevs brist på tillgänglig och engagerad personal. Chevalier m.fl. (2018) bekräftar dessa erfarenheter och visar att vissa patienter ifrågasatte vårdens övergripande upplägg. Särskilt ifrågasattes om en vårdmodell som i huvudsak fokuserar på medicinering är tillräcklig, eller om det borde finnas större inslag av samtal, psykoterapi och individanpassad behandling.

En annan aspekt av den upplevda bristen på individualisering handlar om miljöns innehåll och kvalitet. I studien av Chevalier m.fl. (2018) beskrivs hur aktiviteter som erbjöds kunde uppfattas som barnsliga eller irrelevanta för vuxna patienter i kris. I de fall där underhållning som böcker eller bordtennis fanns tillgänglig, var dessa ofta trasiga eller otillräckliga.

Tema: Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet

Patienters erfarenheter av akut psykiatrisk vård rymmer en komplex väv av känslor, perspektiv och behov. I deras berättelser framträder en paradoxal vårdmiljö – en plats där trygghet och maktlöshet ofta existerar sida vid sida, där mötet med personalen kan vara både läkande och skrämmande, och där gränsen mellan stöd och kontroll ibland kan upplevas som oklar (Chevalier m.fl., 2018; Johansson & Lundman, 2002; Katsakou m.fl., 2012; Shattell m.fl., 2008).

Ett centralt tema i patienternas berättelser är känslan av att pendla mellan att vara mottagare av omsorg och objekt för kontroll. Många patienter beskrev hur den akuta psykiatriska avdelningen kunde upplevas som en trygg plats att vila på – en paus från ett kaotiskt eller ohanterligt liv (Johansson m.fl., 2009; Katsakou m.fl., 2012). Samtidigt framkom att denna trygghet ofta var villkorad, beroende av bemötande, tillgänglighet och möjlighet till meningsfull kontakt med personalen (Lindström m.fl., 2020; Sunnqvist m.fl., 2022). Särskilt tydlig blev den sårbarhet som

uppstår när vården präglas av underbemanning och stress (Rose m.fl., 2015; Stenhouse, 2011). När personalen inte har tid eller ork att möta patienterna i det mänskliga, uppstår ett känslomässigt tomrum som riskerar att underminera hela vårdrelationen (Chevalier m.fl., 2018; Ezeobele m.fl., 2014). I dessa lägen beskrev många patienter en frustration, förbittring och skuld över att deras behov av närvaro och stöd inte kunde tillgodoses – men vissa uttryckte även förståelse för personalens arbetsbörda (Stenhouse, 2011). Dessa perspektiv pekar på att både vårdare och vårdsökande kämpar i ett system som uppvisar stora brister (Shattell m.fl., 2008).

Betydelsen av små, vardagliga handlingar – som småprat, ett vänligt bemötande eller någon som lyssnar utan att döma – lyftes fram av flera patienter som avgörande för att skapa tillit och trygghet (Johansson m.fl., 2009; Lindström m.fl., 2020; Sunnqvist m.fl., 2022). När dessa möten saknades, eller när patienter upplevde sig ignorerade eller ännu värre kränkta, växte känslor av ensamhet, hopplöshet och hos vissa rädsla (Chevalier m.fl., 2018; Stenhouse, 2011). Detta visar på hur centralt den medmänskliga närvaron är i psykiatrisk vård, inte minst i det akuta skedet. Det framgår tydligt att patienterna inte bara efterfrågade medicinsk behandling, utan framförallt ville bli sedda, efterfrågade och bekräftade (Shattell m.fl., 2008). När den psykiatriska vården lyckades möta dessa behov kunde avdelningen bli en plats för vila och återhämtning – men när detta uteblev och mänskliga kontakten brast, kunde samma plats istället upplevas som skrämmande, kontrollerande och i vissa fall till och med traumatiserande (Ezeobele m.fl., 2014; Katsakou m.fl., 2012).

Många patienter beskrev skam och sorg över att hamna i psykiatrisk vård. Stigmat kring psykisk ohälsa förstärktes av den fysiska synligheten av vården – som till exempel en psykiatriambulans som väcker grannars blickar (Lindström m.fl., 2020). Flera patienter uttryckte även osäkerhet, rädsla och förvirring inför det nya och ofta oöverskådliga sammanhang de hamnade i (Chevalier m.fl., 2018; Johansson & Lundman, 2002). Detta visar på vikten av att personalen var inbjudande och kommunicerade på ett tydligt sätt vid första mötet, särskilt vid krisreaktioner och inläggning, då patienternas kognitiva och emotionella resurser ofta är kraftigt påverkade (Shattell m.fl., 2008).

Patienter beskrev också maktlöshet och ibland misstro mot vårdens intentioner. Vissa uppfattade personal som hotfulla, andra misstänkte att ekonomiska incitament kunde ligga bakom vårdens utformning (Shattell m.fl., 2008). Detta speglar en djupare kritik hos vissa patienter där psykiatrisk vård upplevs som institutionell snarare än individuell; att makt, kontroll och ekonomi får styra framför omsorg, relation och bästa möjliga behandling (Chevalier m.fl., 2018; Ezeobele m.fl., 2014).

Utbildningsmaterialet

Utbildningsmaterialet utformades som en digital PowerPoint-föreläsning bestående av 18 bildrutor med en total speltid på cirka 12 minuter. Materialet presenterar studiens övergripande tema och de sex huvudkategorierna. Forskningsresultat visualiseras med kortfattad text och passande bilder. Lämpliga övergångar och animeringar användes för att förstärka budskapet.

Föreläsningen inleds med en introduktion till ämnet, kort presentation av syfte och metod, följt av resultatet av de sex kategorier. Detta leder fram till temat och sammanfattning av de viktigaste aspekterna av syntesen. Den avslutande delen består av slutsatserna, de kliniska implikationerna och tre diskussionsfrågor som kan användas i kollegiala lärande- eller reflektionsmöten.

Föreläsningen finns publicerad på YouTube: Att vara patient i akutpsykiatrin – mellan trygghet och maktlöshet

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visar att patienters erfarenheter av akut psykiatrisk vård präglas av en balans mellan trygghet och maktlöshet. Denna skilda upplevelse speglar den komplexitet som kännetecknar psykiatrisk akutvård, där både stödjande och kränkande erfarenheter samexisterar.

En central aspekt var bemötandet från vårdpersonalen, som upplevdes som avgörande för om vården lindrade eller förvärrade lidandet. Detta bekräftar tidigare forskning som visat att empati, respekt och delaktighet är grundläggande för patienters känsla av trygghet (Gabrielsson m.fl., 2020; McCormack & McCance, 2017). Brister i bemötandet riskerar däremot att förstärka stigma och minska tilliten till vården (Corrigan m.fl., 2014).

Resultatet belyste även vårdmiljöns och organisationens betydelse för patienternas upplevelser. Underbemanning och organisatoriska begränsningar bidrog till känslor av ensamhet och osynlighet, vilket överensstämmer med tidigare forskning som visat att bristande resurser inom akutpsykiatrin kan leda till otillfredsställda vårdbehov (Schmidt m.fl., 2018).

Resultatet belyser även betydelsen av vårdmiljön och vårdsystemets förutsättningar. Underbemanning och organisatoriska begränsningar upplevdes bidra till känslor av ensamhet och osynlighet, vilket överensstämmer med tidigare forskning som visat att bristande resurser inom akutpsykiatrin kan leda till otillfredsställda vårdbehov Schmidt m.fl. (2018).

Vidare framkom att tvångsåtgärder ofta upplevdes som kränkande och skrämmande, men samtidigt kunde uppfattas som en form av skydd – förutsatt ett empatiskt bemötande och tydlig kommunikation från vårdpersonalen. Detta ligger i linje med studier som betonar vikten av att minimera tvång och utveckla personcentrerade strategier som stärker patientens autonomi (Kontio m.fl., 2012).

Sammantaget tydliggjorde resultaten behovet av en vård som förenar säkerhet med respekt för autonomi, där personalens bemötande och organisatoriska förutsättningar är avgörande för patientens upplevelse. Studien bidrar till att synliggöra patienternas perspektiv och betonar vikten av personcentrerad vård som en väg mot ökad trygghet och återhämtning.

Utbildningsinsatsen i form av en digital föreläsning kan ses som ett första steg i arbetet med att överbrygga det ofta förekommande gapet mellan forskning och klinisk praktik inom akutpsykiatrisk vård. Genom att förmedla patienters erfarenheter i ett pedagogiskt och tillgängligt format skapas förutsättningar för reflektion och lärande hos vårdpersonal. Detta kan i sin tur bidra till en ökad medvetenhet om bemötandets betydelse och om hur den vårdmiljö som personalen är med och formar påverkar patienters upplevelse av trygghet och delaktighet.

Även om utbildningsinsatsen inte har utvärderats empiriskt inom ramen för denna studie, kan den betraktas som ett potentiellt verktyg för att initiera förändringsprocesser på både individuell och organisatorisk nivå. Genom att synliggöra patientperspektivet och skapa en arena för kritisk reflektion kan sådana insatser bidra till ökad medvetenhet och en successiv kulturförändring mot en mer personcentrerad vård.

Metoddiskussion

En kvalitativ litteraturstudie med induktiv ansats valdes för att möjliggöra en fördjupad förståelse av patienters erfarenheter i enlighet med studiens syfte. Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004), vilket gav en systematisk struktur, och syntesen följde Crowe m.fl. (2017) för att skapa en övergripande förståelse. Metoden är särskilt lämplig för att sammanställa erfarenheter över olika kontexter, men bygger samtidigt på sekundärdata, vilket gör resultaten beroende av kvaliteten i de inkluderade primärstudierna och hur dessa genomförts och rapporterats (Whittemore & Knafl, 2005).

För att stärka trovärdigheten tillämpades en systematisk sökning i tre centrala databaser (PubMed, CINAHL, PsycINFO), med tydliga inklusions- och exklusionskriterier, ett PRISMA-flöde som tydligt redovisade urvalsprocessen samt kvalitetsgranskning med stöd av SBU:s granskningsmall (SBU, 2024). Användningen av etablerade analysramar bidrog till en strukturerad och transparent bearbetning av materialet.

Författaren har medvetet valt att begränsa urvalet till engelskspråkiga studier från västerländska kontexter, i syfte att säkerställa en hög grad av jämförbarhet vad gäller syn på psykisk ohälsa, vårdsystem och samhällsstruktur. Samtidigt innebär denna avgränsning en risk för urvals- och publikationsbias, då relevanta erfarenheter från låg- och medelinkomstländer eller studier publicerade på andra språk exkluderats. Detta kan ha begränsat resultatets mångfald och därmed dess kulturella överförbarhet. Sådana perspektiv hade kunnat bidra med alternativa förståelser av exempelvis tvång, vårdmiljö och bemötande, och deras frånvaro kan begränsa resultatets bredd samt förmågan att fånga hela variationen av patienters erfarenheter (Higgins m.fl., 2019). I en svensk kontext, där psykiatrisk vård ges till personer med olika kulturell och etnisk bakgrund, utgör detta en potentiell begränsning. Dock bedöms studiens fokus på personcentrerad vård som tillämpbart även i mångkulturella sammanhang, eftersom denna vårdmodell bygger på respekt för individens unika värderingar, erfarenheter och livsvärld.

Ytterligare en begränsning är att urval och analys genomfördes av en ensam bedömare, vilket medför en potentiell risk för selektions- och tolkningsbias. För att motverka denna risk tillämpades flera strategier som syftar till att stärka den analytiska transparensen och minska risken för ensidiga tolkningar. Dessa inkluderade regelbundna avstämningar med handledare, peer debriefing, systematisk dokumentation samt en iterativ process där data kontinuerligt jämfördes med framväxande underkategorier, kategorier och temat. Genom dessa åtgärder eftersträvades en ökad trovärdighet och förankring i data (Graneheim & Lundman, 2004; Lincoln & Guba, 1985). Trots dessa åtgärder kvarstår dock att analysen i grunden utgör en tolkande process, vilket innebär att forskarens perspektiv och erfarenheter ofrånkomligen påverkar resultatet.

Författarens kliniska erfarenhet från psykiatriambulans, akutmottagning och slutenvård har utgjort en betydelsefull förförståelse i denna studie. Inom kvalitativ forskning betraktas förförståelse inte som ett hinder, utan som en resurs som kan bidra till djupare förståelse av det studerade fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). Samtidigt kräver detta en medveten och reflexiv hållning, då tidigare erfarenheter kan påverka urval, tolkning och syntes. Genom kontinuerlig självrannsakan och reflektion kring den egna positionen eftersträvades en balans mellan närhet och distans till materialet, i syfte att bevara patienternas upplevelser på deras egna villkor. En sådan reflekterande inställning utgör en grund för tillförlitlighet i kvalitativ forskning (Lincoln & Guba, 1985).

Valet av en digital föreläsning som utbildningsmaterial medför både fördelar och begränsningar. En tydlig styrka är att materialet är lättillgängligt, kan återanvändas vid behov och anpassas till olika lärandesammanhang, vilket gör det flexibelt och resurseffektivt. Samtidigt innebär det digitala formatet en avsaknad av interaktivitet i realtid, vilket kan begränsa möjligheterna till fördjupad

diskussion och gemensam reflektion – aspekter som är centrala för ett fördjupat lärande. För att motverka denna begränsning föreslås, i mejlet till chefer och andra nyckelpersoner inom psykiatrin i Östergötland, att visa filmen vid arbetsplatsträffar, workshops eller planeringsdagar. Därigenom skapades förutsättningar för kollegial reflektion, vilket är förenligt med ett vuxenpedagogiskt synsätt där lärande betraktas som en social och erfarenhetsbaserad process (Knowles m.fl., 2025). För att dessa inslag ska få önskad effekt krävs dock ett tydligt organisatoriskt stöd och en kultur som främjar kollegialt lärande.

En ytterligare begränsning är att utbildningsinsatsen inte utvärderades med en strukturerad metod, vilket försvårar bedömningen av dess faktiska påverkan. Samtidigt indikerar tidigare forskning att reflekterande undervisningsformer kan bidra till förändrade attityder, ökad empati och förbättrat bemötande inom vården (Batt-Rawden m.fl., 2013; Levett-Jones m.fl., 2019). Mot denna bakgrund kan utbildningsinsatsen betraktas som ett meningsfullt första steg mot ett mer reflekterande och personcentrerat arbetssätt, även om dess långsiktiga effekter behöver undersökas i framtida studier.

Konklusion

Patienters erfarenheter visar att akutpsykiatrin rymmer både läkande och sårande aspekter. För att främja trygghet krävs personcentrerat arbete som prioriterar bemötande, delaktighet och relation. Det utvecklade utbildningsmaterialet kan bidra till att sprida kunskap, stimulera reflektion och främja ett mer personcentrerat bemötande inom akut psykiatrisk vård.

Kliniska implikationer och vidare forskning

Resultaten visar att en trygg, lyhörd och tillgänglig vårdmiljö är avgörande för patienters upplevelse av akut psykiatrisk vård. Bristande kontakt med personalen, en stressad arbetsmiljö och inslag av informellt tvång kan skapa ett otryggt klimat som försvårar återhämtning. Studien belyser vikten av att vårdpersonal arbetar personcentrerat, med fokus på empatiskt bemötande, delaktighet och relationellt arbete. Kliniskt innebär detta att psykiatrisk vård bör organiseras så att relationellt arbete prioriteras – genom minskad administrativ belastning, kontinuitet i personalgruppen och en kultur som främjar mänskliga möten. I detta ingår att förändra rutiner och strukturer som inte utgår från ett personcentrerat förhållningsätt.

Det framtagna utbildningsmaterialet i form av en digital föreläsning erbjuder ett konkret verktyg för kompetensutveckling inom akutsjukpsykiatrin. Genom att kombinera forskningsresultat med ett pedagogiskt upplägg kan materialet bidra till ökad kunskap, stimulera reflektion och på sikt påverka attityder och bemötande i den psykiatriska vården.

Vidare forskning skulle kunna utvärdera utbildningsinsatsens effekter – exempelvis hur föreläsningen påverkar personalens kunskap, förhållningssätt och bemötande, samt i vilken utsträckning detta kan förbättra patienternas upplevelse av vården.

Referenser

Allgulander, C. (2024). *Klinisk psykiatri*. Studentlitteratur.

Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *88*(8), 1171–1177. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. (2019). Familj och sociala relationer. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. McGraw-Hill Education/Open University Press.

Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga: En kunskapsöversikt*. Forte.

Chevalier, A., Ntala, E., Fung, C., Priebe, S., & Bird, V. J. (2018). Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLOS ONE*, *13*(9), e0203457. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203457

Chiovitti, R. F. (2008). Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(2), 203–223. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.018

Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. A. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, *103*, 101–109. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37–70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Crowe, M., Gillon, D., Jordan, J., & McCall, C. (2017). Older peoples' strategies for coping with chronic non-malignant pain: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, *68*, 40–50. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.009

Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A., & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(4), 303–312. https://doi.org/10.1111/jpm.12097

Folkhälsomyndigheten. (2021, februari 25). *Psykisk hälsa och suicidprevention – Lägesrapport 2020*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicidprevention-lagesrapport-2020/

Folkhälsomyndigheten. (2023, november 14). *Statistik om psykisk hälsa i Sverige*. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/

Gabrielsson, S., Tuvesson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, *41*(11), 976–984. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756009

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, *26*, 14–19. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell.

Hrastinski, S. (2019). What Do We Mean by Blended Learning? *TechTrends*, *63*(5), 564–569. https://doi.org/10.1007/s11528-019-00375-5

Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, *18*(2), 152–160. https://doi.org/10.1080/09638230802053326

Hälso- och sjukvårdslagen. (2017, februari 9). *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Illeris, Knud. (2017). *How we learn: Learning and non-learning in school and beyond*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(6), 639–647. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x

Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(6), 501–507. https://doi.org/10.3109/08039480903118208

Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T. T., Fossey, M., Newbigging, K., Carr, S. E., Hensel, J., Carrà, G., Hepp, U., Caneo, C., Needle, J. J., & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: Approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*, *21*(2), 220–236. https://doi.org/10.1002/wps.20962

Jormfeldt, H. (2011). Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *6*(2), 7126. https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.7126

Jormfeldt, H., Svedberg, P., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2007). Perceptions of the concept of health among nurses working in mental health services: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *16*(1), 50–56. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00444.x

Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(7), 1169–1179. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z

Knowles, M. S., Holton, E. F., Robinson, P. A., & Caraccioli, C. (2025). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. Routledge.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, *48*(1), 16–24. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x

Lagen om psykiatrisk tvångsvård. (1991, juni 20). *Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/

Levett-Jones, T., Cant, R., & Lapkin, S. (2019). A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, *75*, 80–94. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.006

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Lindström, V., Sturesson, L., & Carlborg, A. (2020). Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service—A qualitative interview study. *Health Expectations*, *23*(2), 442–449. https://doi.org/10.1111/hex.13024

Mayer, R. E. (2021). *Multimedia learning*. Cambridge University Press.

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber.

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. Wiley Blackwell.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(5), 472–479. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Meadows, G. N., Enticott, J. C., Inder, B., Russell, G. M., & Gurr, R. (2015). Better access to mental health care and the failure of the Medicare principle of universality. *Medical Journal of Australia*, *202*(6), 297–297. https://doi.org/10.5694/mjac14.00330

Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. Jossey-Bass.

Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—Patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *11*(1), 29897. https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897

Odes, R., Looper, P., Manjanatha, D., McDaniel, M., & Goldman, M. L. (2024). Mobile Crisis Teams' Implementation in the Context of new Medicaid Funding Opportunities: Results from a National Survey. *Community Mental Health Journal*, *60*(7), 1399–1407. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01296-1

Ottosson, J.-O., Ottosson, H., Ottosson, M., & Åsgård, U. (2017). *Akut psykiatri*. Liber.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M.-H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(3), 590–609. https://doi.org/10.1111/inm.12855

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor. (2024, november 29). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård* [Text]. https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-specialistsjukskoterskor-med-inriktning-psykiatrisk-vard

Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Bolton, S., Davies, F., Hayes, A., Harriss, E., & Molodynski, A. (2018). A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. *BMC Psychiatry*, *18*(1), Article 1. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2

Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: Experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *24*(1), 90–96. https://doi.org/10.1017/S2045796013000693

Salmon, G. (2013). *Etivities: The key to active online learning*. Routledge.

SBU. (2024, november 12). *Granskningsmallar*. https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/

Schmidt, M., Ekstrand, J., & Tops, A. B. (2018). Self-Reported Needs for Care, Support and Treatment of Persons Who Frequently Visit Psychiatric Emergency Rooms in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(9), 738–745. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481471

Shattell, M. M., Andes, M., & Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, *15*(3), 242–250. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00397.x

Stenhouse, R. C. (2011). ‘They all said you could come and speak to us’: Patients’ expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *18*(1), 74–80. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01645.x

Sunnqvist, C., Berngarn, A., Ezinne Ekezie, P., Lundgren, E., Nilsson, E., & Örmon, K. (2022). A pilot evaluation of a prehospital emergency psychiatric unit: The experiences of patients, psychiatric and mental health nurses, and significant others. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(4), 2255–2262. https://doi.org/10.1111/ppc.13055

Svensk sjuksköterskeförening. (2024, januari 4). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Text]. https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska

Världshälsoorganisationen (WHO). (2022, juni 17). *Mental health*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

World Medical Association (WMA). (2013). *Helsingforsdeklarationen*. https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/

Bilagor

Bilaga 1 – Sökmatriser

PubMed

Sökträng/ sökord	Begränsningar (filters/limits)	Antal träffar	Antal efter begränsning	Antal lästa i abstrakt/ fulltext	Antal inkluderade artiklar
Psychiatric Emergency Services AND Patient Experience	Engelska 2000–2025 Vuxna (19+)	393	141	Lästa abstrakt: 30 Lästa i fulltext: 6	2
Patient experience AND Acute psychiatric ward	English 2000–2025 Vuxna (19+)	213	43	Lästa abstrakt: 10 Lästa i fulltext: 5	3
Acute psychiatric care AND Patient experience	English 2000–2025 Vuxna (19+) Free full text	467	120	Lästa abstrakt: 25 Lästa i fulltext: 1	1

CINAHL

Sökträng/ sökord	Begränsningar (filters/limits)	Antal träffar	Antal efter begränsning	Antal lästa i abstrakt/ fulltext	Antal inkluderade artiklar
Psychiatric Emergency Services AND Patient Experience	English 2000–2025 Vuxna Peer Reviewed	270	72	Lästa abstrakt: 38 Lästa i fulltext: 7	2

PsycINFO

Sökträng/ sökord	Begränsningar (filters/limits)	Antal träffar	Antal efter begränsning	Antal lästa i abstrakt/ fulltext	Antal inkluderade artiklar
Patient experience AND Acute psychiatric ward	English 2000–2025 Vuxna (18+) Peer Reviewed	261	103	Lästa abstrakt: 15 Lästa i fulltext: 1	1
Acute psychiatric care AND Patient experience	English 2000–2025 Vuxna (18+) Peer Reviewed	261	41	Lästa abstrakt: 8 Lästa i fulltext: 1	1
Acute psychiatric care AND Mental health AND Patient experience	English 2000–2025 Vuxna (18+) Peer Reviewed	505	163	Lästa abstrakt: 25 Lästa i fulltext: 3	2

Bilaga 2 – Mejl till chefer och andra nyckelpersoner inom psykiatrin

Hej!

Som en del av mitt examensarbete som specialistsjuksköterskestudent inom psykiatrisk vård vid Linköpings universitet har jag skapat en videoföreläsning som nu finns tillgänglig på YouTube. Föreläsningen belyser patienters skilda upplevelser av akutpsykiatrisk vård och har titeln:

Att vara patient i akutpsykiatrin
– mellan trygghet och maktlöshet

I föreläsningen lyfts behovet av personcentrerad vård och relationens betydelse i akuta situationer. Målet är att sprida kunskap och skapa reflektion kring dessa viktiga frågor.

Föreläsningen är knappt **12 minuter lång** och riktar sig till **alla yrkeskategorier** inom akutpsykiatrin – skötare, sjuksköterskor, läkare och övriga medarbetare. Den kan gärna användas som underlag för samtal och reflektion vid arbetsplatsträffar, workshops eller planeringsdagar.

🎥 Se föreläsningen här:
https://youtu.be/St2FdOPH668?si=o-2m_7Bc73bYvqmL

Jag skulle verkligen uppskatta om du som får detta mejl vill **sprida föreläsningen** vidare till medarbetare och andra som kan ha nytta av eller vara intresserade av ämnet.

Tveka inte att höra av dig om du vill samtala vidare om innehållet eller fundera på hur det kan tillämpas i er verksamhet. Om du är intresserad av att ta del av mitt examensarbete i sin helhet, hör gärna av dig via mejl så skickar jag över dokumentet.

Ha en fin dag!

Med vänliga hälsningar

Per Gawelund
Sjuksköterska, specialistsjuksköterskestudent i psykiatrisk vård
Linköpings universitet