



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle
Sektionen för omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete i omvårdnad 15 hp
Vårtermin 2016

”Jag är ledsen men du får tyvärr hjälpa dig själv”

Personer med Emotionellt instabil personlighetsstörning
upplevelser av bemötande i vården

”I'm afraid, you'll have to help yourself”

People with emotionally unstable personality disorder view
on meeting in healthcare

Författare: Johanna Hallén, Katarina Pettersson

Handledare: Mathilde Hedlund Lindberg, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och
samhälle

Examinator: Agneta Öhlén, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är idag ett av våra största folkhälsoproblem och har under en lång period ökat både internationellt och inom Sverige (Socialstyrelsen, 2015). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2010) får psykiskt sjuka sämre vård än andra och behovet av ökad kunskap om bemötande av dessa patienter, deras beteenden och omvårdnadsbehov hos sjuksköterskor är stort (Socialstyrelsen, 2015). Många vård sökande inom både akutsjukvård och somatisk vård som behöver vård efter att de självskadat eller försökt ta sitt liv, lider av Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) (Lamph, 2011).

Syfte: Belysa hinder och framgångsfaktorer för en lyckad vårdrelation mellan sjuksköterska och personer med Emotionellt Instabil Personlighetsstörning (EIPS).

Metod: En allmän litteraturstudie där 10 artiklar studerades för att se samband av bemötande och attityder inom vården emot personer med Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS).

Resultat: Personer med EIPS bemöts av negativa attityder när de söker vård och de upplever svårigheter i vårdrelationen med sjuksköterskor. Det är en komplex situation där både diagnosen i sig och sjuksköterskornas okunskap om diagnosen och hur bemötandet av dessa patienter bör vara som tillsammans skapar denna problematik. Dock finns det faktorer som kan främja att en god vårdrelation kan utvecklas.

Diskussion: Utifrån resultatet kan vi se att om man behandlar människor med EIPS med respekt, som vuxna, ge dem tid, lyssnar på och ser dem kan en vårdrelation uppstå som både är personcentrerad, jämlik och vårdande.

Nyckelord: Borderline Personlighetsstörning, Erfarenheter, Stigma, Tillit, Omvårdnad, Tillfredsställelse

Abstract

Background: Mental illness is one of our major public health problem and has for a long time increased both internationally and in Sweden (Socialstyrelsen, 2015). A need for knowledge of how to treat these patients adequately is needed for all professional nurses, not just in psychiatry. According to a report from Socialstyrelsen (2010), the mentally ill receive inferior care than others and the need for increased knowledge about the treatment of these patients, their behaviors and care needs is great among professional nurses (Socialstyrelsen, 2015). A large proportion of the patients who seek help in emergency departments and somatic care after they have self-harmed or tried to take their own life are people suffering from emotionally unstable personality disorder (Lamph, 2011).

Aim: To highlight obstacle and success factors for a healthy caring relation between a nurse and a person with emotionally unstable personality disorder.

Method: A general literature review in which 10 articles were studied to see the connection of attitudes in health care towards people with emotionally unstable personality disorder.

Results:

People with EIPS is facing negative attitudes when seeking care and they experience difficulties in caring relationship with the nurses. It is a complex situation where both the diagnosis itself and the nurses' lack of knowledge about the diagnosis and how the treatment of these patients should be, that together create this problem. However, there are factors that can help in developing a good health care relationship.

Conclusions: Based on the results we can see that if you treat people with emotionally unstable personality disorder with respect, as adults, give them time, listening to them and see them, a care relationship can occur that is both person-centered, equitable and caring.

Keywords: Borderline Personality disorder, Experiences, Stigma, Trust, Nursing, Satisfaction

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.2. Bakgrund	5
1.2.1. Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS).....	6
1.2.2. Teoretiskt ramverk - Jean Watson.....	7
2. Problemformulering.....	8
3. Syfte	8
4. Metod.....	8
4.1. Design	8
4.2. Urval.....	8
4.3. Datainsamling	9
4.4. Kvalitetsgranskning	9
4.5. Dataanalys	10
4.6. Etiska Övervägande	10
5. Resultat	12
5.1. Hindrande faktorer	12
5.1.1. Syn på diagnosen, en barriär för tillgång till vård	12
5.1.2. Bristande tillit	13
5.1.3. Bemötas av en negativ attityd.....	13
5.1.4. Brist på att respektera autonomi och delaktighet	14
5.2. Framgångsfaktorer	15
5.2.1. Hörd, Sedd, trodd och bekräftad:	15
5.2.2. Empati, Förståelse och Erkännande	16
5.2.3. Vila, aktivitet, lugn och samvaro.	17
6. Diskussion.....	17
6.1 Metoddiskussion.....	17
6.2. Resultatdiskussion	19
6.3. Relevans för omvårdnad och samhället	20
6.4. Fortsatt forskning.....	20
7. Slutsats	20
7.1. Självständighetsdeklaration.....	21
8. Referenser	22
Bilaga 1 Matris över artikelsökning	25
Bilaga 2 Presentation av valda artiklar i resultatdelen	26
Bilaga 3 Artiklars poäng och procentsats	34
Bilaga 4 Upptäckta teman.....	36
Bilaga 5 Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod	38
Bilaga 6 Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	40

1. Inledning

Under vår utbildning samt i vårt arbets- och privatliv, har vi stött på människor med psykisk ohälsa, vilket är ett ämne som vi brinner lite extra för. Att förstå hur patienter upplever vården kan lära oss mycket positivt. Initialt kände vi att vi ville begränsa oss till en diagnos och undersöka hur dessa patienter upplever vården. Vi har personliga erfarenheter av människor med Emotionellt Instabil personlighetsstörning och har funderat på varför det finns en negativ attityd mot dem. Vår erfarenhet är att denna patientgrupp oftast upplever sig blir bemötta med nedvärdering och negativ attityd ifrån både samhälle och hälso- och sjukvården. Denna företeelse är för oss svår att förstå, vilket bidrar till vårt intresse för att undersöka detta. Kan vi minska vår kunskapslucka inom området, genom att undersöka vad forskningen säger, kan vi förvärva nya kunskaper som vi kan applicera i vårt framtida yrke. Då kan vi förhoppningsvis bidra till en positiv attitydförändring gentemot denna patientgrupp.

1.2. Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem och har under en lång period ökat stadigt (Socialstyrelsen, 2015). Begreppet psykisk ohälsa har flera definitioner och troligtvis olika betydelser för varje unik människa. I denna studie definieras psykisk ohälsa med vad Stockholms läns landsting (2016) beskriver det som: Psykisk ohälsa handlar om hur vi mår psykiskt, känslomässigt och själsligt. Det handlar om människans inre välbefinnande, vilket kan påverkas negativt av yttre faktorer t.ex. stress, ekonomiska problem, traumatiska händelser och sjukdomar. Vid psykisk ohälsa kan man känna sig nedstämd, stressad, orolig och ångestladdad men det finns även allvarligare psykiska tillstånd som exempelvis: depression, psykos, personlighetsstörningar och svåra beteendeproblem, där man skadar sig själv eller är en fara andra (Stockholms Läns Landsting, 2016).

Människor med denna problematik finns på alla vårdnivåer, både inom den somatiska och psykiatriska öppen- och slutenvården. En fjärdedel av de patienter som är inlagda för somatisk vård, lider också av psykisk ohälsa (Wahlström & Blomdahl Wetterholm, 2015). Som sjuksköterska kommer man oberoende av vart man arbetar att möta dessa patienter. Ett behov av kunskap i hur man bemöter dem på ett adekvat sätt finns hos alla sjuksköterskor, inte bara inom psykiatri. Kunskap kring detta minskar risken för att patienter upplever vårdlidande, försämrad hälsa och bristfällig omvårdnad. Ett bra omhändertagande vid psykisk ohälsa inom den somatiska vården, kan utifrån patientperspektivet bidra till en upplevelse av en högre vårdkvalité och ge ett positivare utfall av den somatiska behandlingen (Wahlström & Blomdahl Wetterholm, 2015). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2010) får psykiskt sjuka sämre vård än andra och kunskapsluckor finns i hälso- och sjukvården i hur man bemöter dessa patienter, deras problematik och omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2015).

I Hälso- och sjukvårdslagen 2 § (SFS 1982:763) står det att hälso- och sjukvårdens mål är att verka för en god hälsa och vård på lika villkor för alla. Här finns det brister enligt Socialstyrelsen, då de i en rapport från 2015 tydliggör att psykiskt sjuka i dag inte får en lika god, jämlik, säker och kunskapsbaserad vård som andra patientgrupper. Vilket innebär att inte Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) efterföljs av alla vårdgivare. Psykiskt sjuka bemöts inte alltid på ett korrekt sätt när de söker vård. Det finns mycket forskning som gjorts världen över som stödjer detta och en av de studier som gjorts är Dickens, Hallett och Lamont (2015) som visar på att det bland sjuksköterskor finns negativa och förutfattade meningar gentemot patienter som har eller tidigare haft psykisk ohälsa. Som patient i Sverige skall man vårdas av

sjuksköterskor som följer de regler som finns lagstadgade. Efterföljs inte dessa av vårdgivaren riskerar hen att brista i sin yrkesroll, bryta mot lagen, socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och den etiska kod som sjuksköterskor världen över ser som riktlinjer för professionen (International Council of Nurses, 2014).

En stor del av de patienter som lider av psykisk ohälsa och personlighetsstörningar söker vård inom både akut- och somatisk vård efter att de självskadat eller försökt ta sitt liv. Patienter med självska debeteende bemöts ofta av stigmatisering och förutfattade meningar. En stor del av de som söker vård för självska debeteende eller självmordsförsök är människor som lider av Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS), tidigare kallad Borderline personlighetsstörning (Lamph, 2011).

1.2.1. Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS)

Emotionellt instabil personlighetsstörning och Borderline personlighetsstörning är samma diagnos och hör till en av de vanligaste personlighetsstörningarna. Anledningen till att det finns två benämningarna på diagnosen är de olika diagnossystem som det arbetas efter inom psykiatri (Perseius, 2014). I Sverige används benämningen Emotionellt instabil personlighetsstörning och därför använder vi oss av denna benämning i vår studie. Flertalet av de artiklar, som ligger till grund för resultatet, benämner dock diagnosen som Borderline personlighetsstörning.

Mellan 0,5-1,5 % av befolkningen världen över och ungefär 15-30% av vårdtagarna inom den svenska psykiatri har EIPS (Perseius, 2012; Allgulander, 2014). Perseius (2012) uppger att ungefär 75 % självska sig och runt 10 % begår självmord. Diagnosen hör till en av de dödligaste i förhållande till andra personlighetsstörningar då självska debeteende och återkommande självmordsförsök är vanligt. De drabbade beskriver att de ständigt befinner sig i en mer eller mindre suicidal process (Perseius, 2012).

Personer som lider av EIPS har väldigt starka känslor, som kan triggas igång lätt och skifta snabbt. Det gör att de utåt sett kan uppfattas som impulsiva, intensiva och labila. Instabila känslor medför att personerna har svårt att hantera sina känslor och upplever att de lever i ett ständigt känslomässigt kaos (Perseius, 2014). Det är vanligt att känslor av förtvivlan, ångest, irritation och ensamhet växlar om vartannat. Ena stunden kan personen känna sig lugn och glad för att en kort stund därefter växla den totala motsatsen. Ofta upplevs det svårt för omgivningen att förstå vad som händer och vad som triggas igång dessa reaktioner. EIPS personers uppfattning om sina medmänniskor skiftar allt som oftast mellan kärlek och hat, idealisering och nedvärdering. De ser sin omgivning i svart/vitt vilket medför svårigheter att förstå andras känslomässiga upplevelser, vilket i sin tur gör att deras relationer tenderar att bli stormiga, intensiva och inte sällan tar slut (Allgulander, 2014).

Personer med EIPS lider ofta av extrem rädsla för att bli lämnade och kraftig separationsångest är en bidragande orsak till att relationer kan bli problematiska. En person med EIPS upplever inte sällan en separation som ett slut på livet, en bottenlös tomhet förenat med extrem förtvivlan. Den känslomässiga sårbarheten medför ofta att personen i ren desperation utför självdestruktiva handlingar, som självska dor eller suicidförsök (Cullberg, 1992).

Diagnosen kännetecknas också av extrem osäkerhet vad det gäller självuppfattning, livsmål och inre val. Känslor som dominerar inombords är självförakt och extremt självhat, vilket får

personen att inte sällan se sig som ovärdig ett liv, kärlek eller ens medmänsklighet ifrån sin omgivning (Perseius, 2014). En kronisk känsla av total tomhet, värdelöshet och kraftiga skamkänslor är kopplat till diagnosen. Denna ständiga upplevelse av sin egen livsvärld leder inte sällan till självskador, självmordsförsök eller självmord (Allgulander, 2014; Perseius, 2014).

1.2.2. Teoretiskt ramverk - Jean Watson

Jean Watson är en omvårdnadsteoretiker vars omvårdnadsteori ”transpersonell omsorgsrelation” syftar till en mellanmänsklig relation som grundar sig på respekt för alla delar av människan, acceptans av var och ens värde och värderingar (Watson, 1993). Då omvårdnadsprocessen och mänsklig omsorg är centrala delarna i sjuksköterskans yrkesroll, är det viktigt att ha omvårdnadskunskap, en jämlik människosyn och kunna interagera både socialt och personligt i vårdrelationen (Watson, 1993). Watson beskriver att ”mänsklig omsorg fodrar aktning och vördnad för personen och för det mänskliga, värden som är fria från förmyndarmentalitet och som hör samman med mänsklig autonomi och med valfrihet” (Watson, 1993, sid 49). Watson sammanfattar transpersonell omsorgsrelation med ”... ett sätt att göra framsteg, där en individ rör sig mot större självkänsla och harmoni i ande, kropp och själ” (Watson, 1993, sid 88)

Watson har definierat tio karativa faktorer som hon anser centrala i omvårdnadsarbetet. Ordet karativa har ursprung i det latinska ordet ”cartias” och betyder att omhulda, uppskatta, att ge speciell uppmärksamhet (Jesse, 2010). De karativa faktorerna är:

- Humanistisk-altruistisk värdesystem,
- Tro och hopp,
- Känslighet gentemot självet och andra,
- Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit,
- Att ge uttryck för positiva och negativa känslor,
- Kreativ, problemlösande omsorgsprocess,
- Transpersonell undervisning och inläring,
- Stödjande, skyddande, och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö,
- Tillgodoseende av mänskliga behov,
- Existentiella-fenomenologiskt-andliga krafter (Watson, 1993, sid 94).

I denna studie fokusera vi på faktorerna: tro och hopp, mänsklig omsorgsrelation, ge uttryck för positiva och negativa känslor, stödjande/skyddande och tillgodoseende av mänskliga behov. Dessa anser vi centralt för hur man skapar en god vårdrelation med personer med EIPS och vi knyter samman detta i vår resultatdiskussion. De faktorerna syftar till att man ska verka för att utveckla vårdrelationen mellan en sjuksköterska och patient genom att uppmuntra till fritt uttryck, inge tro och hopp samt stöd och skydd. Det är viktigt att vara empatisk, accepterande och öppen i kommunikationen för att kunna utveckla en omvårdnadsrelation som är sann, ärlig och äkta (Watson, 1993). Delar i Watsons teori utgår ifrån att sjuksköterskan ska förstå att det intellektuella och emotionella i varje unik situation skiljer sig åt mellan individer (Jesse, 2010).

2. Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och patienter med denna problematik söker vård inom hela hälso- och sjukvården. I sjuksköterskors arbete möter de människor med psykisk ohälsa. Personer med EIPS upplever sig bli utsatta för negativt bemötande av sjuksköterskor, stigmatisering och bristfällig vård är. Forskning som gjorts visar att både sjuksköterskor och personer med EIPS upplever vårdrelationen som problematisk. Genom att söka svar på vad personer med EIPS upplever som negativt respektive positivt i bemötandet kan vi kanske belysa de faktorer som ur ett patientperspektiv kan verka främjande eller hindrande för att en god omvårdnadsrelation ska utvecklas.

3. Syfte

Belysa hinder och framgångsfaktorer för en lyckad vårdrelation mellan sjuksköterska och personer med Emotionellt Instabil Personlighetsstörning (EIPS).

4. Metod

4.1. Design

Denna uppsats är en allmän litteraturstudie, vilket är en lämplig design då syftet är att undersöka och kartlägga nuvarande kunskaps- och forskningsläge inom valt område (Segersten, 2012). Metoden byggde på att brett söka efter aktuella vetenskapliga artiklar som matchade det syfte och frågeställning författarna valt. Vetenskapliga artiklar är en lämplig form av litteratur att söka efter om man vill hitta aktuell forskning inom ämnet (Segersten, 2012). Utvalda artiklarna analyseras och relevanta fynd sammanställs och presenteras i studiens resultatdel. Litteraturstudier är viktiga informationskällor för omvårdnadsforskning, då resultaten av dem både kan belysa inom vilka områden ytterligare forskning behövs göras samt bidra till ny kunskap som kan appliceras inom omvårdnadsarbetet (Segersten, 2012).

4.2. Urval

Urval för artiklarna som resultatet bygger på, inhämtades ur sökningar från databaserna PubMed, Cinahl och SweMed+. Artiklarna skulle spegla studiens syfte, innehållet vara beskrivet utifrån patientperspektivet samt nedanstående kriterier.

Inkluderingskriterier:

- Deltagarna skulle vara diagnostiserade med Emotionellt instabil personlighetsstörning.
- Åldern på deltagarna skulle vara minst 18år.
- Studien skulle matcha studiens syfte.
- Kvalitativa och kvantitativa
- Publiceringsår: 1994-2015
- Peer reviewed

Exkluderingskriterier:

- Inga litteraturöversikter
- Studier som inte matchar studiens syfte

- Studier på andra språk än engelska eller svenska
- Deltagare i studier som varit under 18år
- Publicerade innan 1994

Sökord som användes var: Borderline Personality disorder, Borderline, Emotionell personlighetsstörning, Borderline personlighetsstörning som kombinerats med Experiences, Stigma samt Trust och tillägget AND har använts i Cinahl för att kombinera dessa (se bilaga 1). Sökningarna begränsades till vetenskapliga artiklar som varit ”peer reviewed”. Detta innebär att artiklarna kritiskt granskats av ämnesområdesexperter som inte är involverade i studien och då opartiskt kan bedöma studiens kvalitet innan beslut om godkännande för publicering tas (Polit & Beck, 2010).

4.3. Datainsamling

Initialt gjorde vi en bred sökning i de olika databaserna med söktermen *Borderline Personality disorder* (BPD) vilket resulterade i ett oöverskådligt antal träffar och vi tvingades smalna av sökningområdet. Då kombinerade vi söktermen BPD med *Experiences*, *Stigma* och *Trust*, i separata sökningar. Detta resulterade i färre träffar, vilket gjorde det enklare att hitta relevanta artiklar. Vi började med att läsa rubrikerna på sökträffarna för att få en uppfattning om studiens innehåll. Därefter lästes de första fem sidorna med sökträffar. När vi läste en intressant rubrik studerade vi studiens abstrakt för att få en djupare förståelse för innehållet. Detta för att kunna bedöma om den var relevant för vidare analys. Om en studie hade relevans, lästes den i sin helhet för att sedan inkluderas eller exkluderas i vår studie.

Sökningar i Pubmed (se bilaga 1) resulterade inte i några artiklar motsvarande syftet. Vi läste 25 abstracts av sökträffarna, endast tre av dessa artiklar lästes i sin helhet, men ingen hade relevans för vår studie. Sökningarna i SweMed+ (se bilaga 1) mynnade ut i sex lästa abstracts, en av dessa artiklar lästes i sin helhet men användes inte i resultatet. Sökningar gjordes även KIB ReSearch där 20 abstracts lästes men ingen i sin helhet (se bilaga 1). I Cinahl utökades sökningarna med att involvera orden *Nursing* och *Satisfaction* för att se om det gav ett ökat antal sökträffar med relevans, men resultaten av sökningar gav i stort endast artikeldubletter.

Ur de sökningar som gjordes i Cinahl (se bilaga 1) läste vi totalt 30 abstracts, 12 av dessa artiklar läses i sin helhet. Författarna läste var för sig igenom de utvalda artiklarna. Detta för att, på ett oberoende och objektivt sätt, granska artiklarnas matchning emot studiens syfte. 10 av de 12 artiklarna som lästes, uppfyllde inkluderingskriterierna, matchade studiens syfte och valdes gemensamt ut av författarna till vidare dataanalys. Se bilaga 2 för en sammanställning och presentation av de 10 artiklar analyserades.

4.4. Kvalitetsgranskning

För att på ett objektivt och kritiskt sätt kunna bedöma artiklarnas kvalitet lästes samtliga 10 artiklar igenom, granskades och kvalitetsbedömdes av studiens två författare, var för sig. De två protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativa- resp. kvantitativa studier (se bilaga 5, 6) som användes, är författade av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Att studier granskas och kvalitetsbedöms av minst två olika personer efter samma bedömningsprotokoll anses minska risken för subjektiva kvalitetsgranskningar anser Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

Protokollen innehöll frågor med svarsalternativ: ja, nej och vet inte. För varje fråga i bedömningsprotokollet som en artikel uppfyllde med ett ja tilldelades 1 poäng, för nej och vet inte tilldelades 0 poäng. Maxpoäng var 14 i båda protokollen. Vi jämförde de individuella poängsummer vi satt på de 10 artiklarna och vi fann konsensus (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Därefter användes datorprogrammet Excel för att räkna ut procentsatsen utifrån varje artikels poängsummer. Procentsatsen delades in i tre nivåer för att bedöma artikelkvaliteten (se bilaga 3). Procentresultaten visade att sex artiklar hade hög kvalitet (mellan 71-100%), tre artiklar hade medelhög kvalitet (51-70%) och en artikel hade låg kvalitet (0-50%). Vi valde själva procentgränserna för de tre kvalitetsnivåerna då det inte fanns några riktlinjer för hur resultaten från protokollen skulle bedömas, detta tillvägagångssätt stöds av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

4.5. Dataanalys

Första fasen innebar att författarna på var sitt håll läste igenom studierna för att få en övergripande uppfattning om innehållet, detta beskrivs som inledningssteget i dataanalysfasen av Friberg (2006). Därefter diskuterade författarna de fynd och tolkningar som gjorts ur studierna. Detta för att identifiera gemensamma teman, mönster eller skillnader som uppkommit under första analysfasen. Friberg (2006) beskriver detta som en lämplig dataanalysstruktur om man skall jämföra flertalet studier inom samma ämnesområde. Efter detta kunde författarna utröna två övergripande teman som matchade studiens syfte, hindrande och främjande faktorer.

Friberg (2006) beskriver att nästa steg är att djupgående analysera studiernas resultat. I detta fall sortera ut de data som identifieras antingen som hindrande eller främjande. Detta gjordes genom att författarna läste igenom alla artiklar var för sig, färgkodade de citat, fraser och textdelar som de oberoende av varandra tyckte föll in under antingen hindrade eller främjande faktorerna (se bilaga 4). Därefter läste författarna igenom varandras kodningar, jämförde dem för att finna samstämmighet i tolkningen av materialet samt säkerställa att all relevant material inkluderats. Polit och Beck (2010) beskriver detta som forskartriangulering och det anses vara en bra arbetsmetod för att minska att irrelevant data eller feltolkningar av datan påverkar det slutgiltiga resultatet.

Av den kodade datan kunde författarna genom en gemensam analys identifiera underteman där de olik färgkodade textenheterna fördes in under passande tema, i syfte att organisera och strukturera insamlad data. Detta för att underlätta förståelsen av innehållet och att lättare kunna utvärdera undertemas värde och betydelse (Segersten, 2006). Vilka synliggör olika teman/faktorer och meningsbärande delar. Detta stöds av Elo och Kyngäs (2008) som beskriver detta som öppen kodning, vilket innebär att citat och meningsbärande delar noteras, kategorier/rubriker skapas som tillsammans bildar innehåll och resultat. Kodningen sammanställdes och varje textenhet som valts ut från artiklarna översattes till svenska. De fynd som gjorts bildar studiens resultat.

4.6. Etiska Övervägande

Enligt Polit och Beck (2010) bygger forskningen på tre grundprinciper när man forskar med levande varelser. Forskningens syfte ska vara gott/nytt, visa respekt för mänsklig värdighet och utföras rättvist. Vid genomförande av en allmän litteraturstudie undersöker och presenterar man endast andra forskares resultat. Eftersom ingen ny data studerats, krävs inget

godkännande från något etiska råd för att få genomföra litteraturstudien. Enligt Polit och Beck (2010) är det dock viktigt att etiska överväganden tas i beaktning vid genomförande av litteraturstudier. Man ska ha en objektiv syn på den forskning studien bygger på och vi har på ett så objektiv och sanningsenligt sätt vi kunnat, utan inverkan av personliga värderingar, analyserat artiklarna samt presenterat vårt resultat utan förvrängning eller utelämnande av data. Polit och Beck (2010) anser att det alltid en risk att personliga tolkningar av insamlad data kan påverka resultatet.

I de artiklar vi studerat finns det ett tydligt ställningstagande kring etiska överväganden. Sju av artiklarna hade godkännande ifrån ett etiskt råd eller kommitté. Övriga studier hade inget etiskt godkännande men redovisar dock ett gott etiskt resonemang.

5. Resultat

Utifrån dataanalysen identifierade vi två huvudteman: Hindrande faktorer och Framgångsfaktorer. De fynd som framkommit om hur personer med EIPS upplever kontakten med sjukvården och sjuksköterskor presenteras i resultatet nedan.

5.1. Hindrande faktorer

Merparten av deltagarna i artiklarna beskriver att de inte sällan bemöts av irritation, oförståelse och stigmatisering när de söker vård (Kealy & Ogrodniczuk, 2014; Nehls, 1999; Bonnington & Roses, 2014; Veysey, 2013). Detta bemötande har fått de vårdsökande att känna sig som jobbiga, resurs- och tidskrävande patienter som man helst undviker att vårda (Veysey, 2013). Deltagarna beskriver att sjuksköterskor verkar ha svårt att veta hur de ska bemöta dem, inte vet hur de kan hjälpa eller vad personer med EIPS behöver hjälp med i kris (Fallon, 2003).

5.1.1. Syn på diagnosen, en barriär för tillgång till vård

Några av deltagarna i Bonnington och Roses (2014) studie berättar att sjuksköterskor vid flera tillfällen uttryckt att personer med EIPS varken var deprimerade, inte hade en depression och inte heller led av mani. Personerna med EIPS upplevde då att deras sjukdom avfärdades som legitim, till att vara av hypokondrisk art samt att de endast sökte uppmärksamhet. I studien av Kealy och Ogrodniczuk (2010) hade deltagarna fått höra av sjuksköterskor att det endast handlade om deras personlighet och ingen sjukdom. I studien av Fallon (2013) framkom det att sjuksköterskorna inte ansåg att personer med EIPS var lika allvarligt sjuka som andra patientgrupper, vilket gjorde att de kände mindre empati för dem. Personerna med EIPS upplevde då att de ansågs vara friska och att deras problem enbart berodde på dålig moral, vilket fick dem att känna sig missförstådda och förminskande i sin upplevelse av lidande. En deltagare i Veyseys (2013) studie hade under vårdtiden på en psykiatrisk avdelning fått det meddelat för sig av sjuksköterskorna, att de ansåg att personer med EIPS var lögnare, manipulativa och oresonliga. Att de bara ansågs ta resurser som andra patienter med riktiga sjukdomar behövde bättre. Sjuksköterskorna hade även uttryckt till hen att personer med EIPS ansågs vara hopplösa fall som inte kan bli friska. Det bästa hen kunde göra var med sitt liv var att försöka göra så lite skada som möjligt för andra och sig själv, enligt dessa sjuksköterskor (Veyseys, 2013).

Att EIPS anses vara mer av ett attitydproblem än en riktig sjukdom stöds i flera av studierna (Kealy & Ogrodniczuk, 2014; Nehls, 1999; Bonnington & Roses, 2014; Fallon, 2013; Veysey, 2013). Tyvärr är det inte sällan de drabbade personerna upplevt svåra trauman i unga år. Sexuella utnyttjanden, fysisk misshandel samt psykisk terror under uppväxten är vanliga bakomliggande orsaker till att man utvecklar EIPS (Fallon, 2003). Trots att de bakomliggande orsakerna till EIPS är kända, blir många bemöta av stereotypa dömande och stigmatisering, istället för en förståelse för personens lidande. Deltagare i studien av Veysey (2014) beskrev att sjuksköterskor ansåg att deras problematik var just att de hade diagnosen EIPS, inte att problematiken grundar sig i tidigare upplevda trauman, vilket då är orsaken till deras agerande och mående. I samma studie upplevde deltagarna att sjuksköterskorna trodde att personer med EIPS hade mer kontroll över sina symptom än patienter med andra diagnoser och att de bara ska ta sig samman och bete sig som folk. Detta bekräftas även av Kealy och Ogrodniczuk (2010) och Nehls (1999). I mötet med vården upplever personer med EIPS att sjuksköterskorna har svårt att möta deras behov och ta dem på allvar, vilket kan bero på patientens problematik med kraftigt svängande humör och växlande mående. En deltagare tror

att sjuksköterskans svårighet att ta hen på allvar kan beror på att personer med EIPS ena stunden kan må bra för att några timmar senare vara självmordsbenägna (Kealy & Ogrodniczuk, 2010).

Deltagarna i studien av Bonnington & Rose (2014) beskrev att när de själva upplevde sig som stabila i sitt mående och beteende så klassificerades deras beteende ändå alltid som sjukt. Om man kände sig glad och betedde sig som man normalt sett gör när man är glad, så var man ändå hyperaktiv i vårdgivarens ögon.

Den gemensamma upplevelsen för denna patientgrupp är att de känner sig nästintill osynliga inom vården och att deras bön om hjälp för att kunna leva ett värdigt liv, oftast förblir ohörd (Nehls, 1999; Fallon, 2013; Bonnington & Roses, 2014; Veysey, 2013; Kealy & Ogrodniczuk, 2014). En deltagare i Veyseys (2013) studie berättade att hen kände sig fångad av diagnosen när hen ihärdig sökt hjälp, stöd och behandling utan att fått någon respons. Orsakerna till detta kan vara att en del vårdgivare anser att diagnosen är kronisk och svårbehandlad. Att erbjuda behandling för denna patientgrupp anses vara slöseri med resurser då troligtvis inte leder till någon större framgång i tillfrisknandet (Kealy & Ogrodniczuk, 2010). Personerna med EIPS tolkade det som att de inte var värda någon behandling och bara tar onödiga resurser från systemet vilket berövade andra värdiga patienter chansen till behandling (Kealy & Ogrodniczuk, 2010).

5.1.2. Bristande tillit

Brist på tillit finns hos både sjuksköterskor och personer med EIPS, vilket kan vara ett hinder för att en god vårdrelation skall kunna utvecklas (Persius, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2005). Den centrala aspekten i denna komplexa situation är inte hur pålitliga personer med EIPS är, utan hur misstro mellan patient och sjuksköterska påverkar vårdrelationen (Nehls, 1999). Bristen på tillit till andra människor berodde i 3 av 4 fall på att patienten varit utsatt för olika övergrepp i barndomen (Veysey, 2013). För att kunna veta vem man kan lita på, beskriver personer med EIPS att de frekvent testar relationen för att se att den är säker, vilket kan vara påfrestande för sjuksköterskan (Persius et al., 2005).

Att personerna med EIPS upplevde sig stämplade bidrog till att de kände att andra människor bör bemötas med misstro och rädsla, eftersom kontakt med andra ökar risken att bli avisad och ogillad (Veysey, 2013). Att i kris våga öppna sig för en sjuksköterska kunde upplevas som svårt, speciellt då personerna med EIPS känner sig känslomässigt låsta, förvirrade och har en inneboende rädsla för avvisade (Helleman, Goossens, Kaasenbrood & Van Acheterberg, 2014).

5.1.3. Bemötas av en negativ attityd

Att mötas av en attityd där man inte anses vara värd god omvårdnad eller respekt, utan istället upplever sig vara till besvär för vården, är en sårbarhetsfaktor. Det kan öka lidande vilket då ökar risken att personer med EIPS ger vika för självdestruktivt beteende. Flera av deltagarna i Lawn och McMahons (2015) studie berättar att om de efter att ha självskadat sig behövt uppsöka en akutmottagning, har väntetiden varit mer än 4 timmar innan de få sina skador omsedda. Andra vård sökande har dock fått sina skador omsedda inom 2 timmar ifrån ankomsttiden till akutmottagningen. Det anser Lawn och McMahon (2015) är tydliga tecken på att vård sökande med självskador inte behandlas jämlikt eller inte tas på allvar. Deltagarna

i studien upplevde att sjuksköterskorna på akuten helst inte ville ge dem omvårdnad för sina skador eftersom de själva orsakat dem (Nehls, 1999).

Trots att 6 av 7 tillfrågade medgav att det var vanligt att bemötas av respektlöshet och negativa attityder ifrån sjuksköterskor på akutmottagningar, trots detta sökte personer med EIPS, med självskadebeteende, frekvent vård där (Fallon, 2013). I samma studie beskrev en deltagare att hen upplevde att personalen ansåg att hen endast spelade ut sitt mående i ett försök att få uppmärksamhet. Självdestruktiva handlingar tas inte på allvar utan avfärdas ofta som bekräftelsesökande beteende (Veysey, 2013). I en studie av Nehls (1999) beskriver deltagarna att vårdgivarna avfärdar självskador, överdoser, självmordsförsök och dylikt som allvarliga. Det ses istället som manipulativa knep hos personer med EIPS i syfte att få uppmärksamhet. Istället borde det ses som en manifestation för sjukdomen precis som hallucinationer anses vara ett sjukdomstecken för schizofrenipatienter (Nehls, 1999).

Det är inte sällan personer med EIPS blir nekade vård när de i kris. 70,5% av deltagarna i studien av Lawn och McMahon (2015) upplevde att de inte togs på allvar när de sökte vård. 57,4% av deltagarna som i kris önskat inläggning när de sökt vård, nekades detta. Vårdpersonalen ansåg inte att deras tillstånd var tillräckligt allvarligt för inläggning och att det var brist på sängplatser (Lawn & McMahon, 2015). En annan anledning som framkom ur studien av Nehls (1999) var att sjuksköterskorna uppgav att det fanns forskning som visade att inläggande vård inte hjälpte denna patientgrupp, därför ville de inte erbjuda personer med EIPS det. När en av deltagarna hade frågat vad hen kunde få för hjälp istället så hade en sjuksköterska svarat: ”Jag är ledsen men du får tyvärr hjälpa dig själv”. När deltagarna blev nekades vård, ökade deras nivåer av stress, ångest, ilska och värdelöshet (Fallon, 2003). Vilket inte sällan ledde till utagerande av självdestruktiva handlingar, för att i ren desperation kunna lindra sitt lidande (Lawn & McMahon, 2015).

Helleman et al. (2014) beskriver att personer med EIPS som blivit inlagda på psykiatrisk vårdavdelning ofta tilldelats rum som legat långt ifrån den allmänna delen av avdelningen. Detta fick dem att känna sig utstötta, isolerade och övergivna, vilket för en person med EIPS redan är ständigt närvarande känslor, detta ökar då bara deras lidande.

Inkommer man i kris till en vårdavdelning, är det enligt Helleman et al. (2014) inte ovanligt att man bemöts av negativa attityder ifrån sjuksköterskorna istället för ett stöttande mottagande. Flera deltagare i studien uttryckte att de inte fick kontakt med sjuksköterskorna, vilka då uppfattades som otillgängliga. Det var vanligt när patienterna sökte stöd, att fick de som svar att de fick söka sig till sina terapeuter och psykiatriker för sådant, då sjuksköterskan ansåg sig arbeta med den medicinska delen (Fallon, 2003). En deltagare beskrev att när man väl fått diagnosen i sin journal vill ingen ta i en med tång, precis som att man skulle ha böldpest. Personer med EIPS vill ju precis som andra människor med kroniska sjukdomar, få vård av utbildad personal för att klara av att leva med sin sjukdom (Nehls, 1999).

5.1.4. Brist på att respektera autonomi och delaktighet

I mötet med vården har det i flertalet studier beskrivits att personer med EIPS upplever att de inte ses och bemöts som människor, utan istället avhumaniseras. De upplever att de inte bemöts med samma respekt som patienter med andra diagnoser eller ens som vanliga människor (Veysey, 2013). En av deltagarna i samma studie uttryckte:

”Vi är också människor, med tankar och känslor, som fått uppleva en massa svårigheter i livet. Om man bara för en minut kunde bortse från allt destruktivt hos mig och se människan bakom allt det, som lider.” (Veysey, 2013, sid 27)

Att bli bemött med respektlöshet och diskriminering beskrev deltagarna som extremt tufft känslomässigt, då de fick sina egna uppfattningar om att de inte var värda något och inte passade in bekräftade. Det i sin tur raserade all form av självkänsla, självförtroende och känsla av att äga ett människovärde för dem. Det ökade även tankegångar på och känslor av att inte vara fullvärdig eller mänsklig (Veysey, 2013). I studien ” Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients” av Nehls (1999) säger en deltagare:

“Ja jag får väl erkänna, jag har Borderline personlighets störning. Jag uppfyller i kriterierna men jag vill bara inte bli stämplad för det. Jag vet inte om någon förstår vad jag försöker säga nu men att få diagnosen Borderline innebär att bli stämplad och dömd istället för att bli diagnostiserad och behandlad. När du väl har fått stämpeln kan du aldrig argumentera emot det eller bli av med den.” (Nehls, 1999, sid 288)

En deltagare i Nehls (1999) berättar att när hen gick till sin allmänläkare för andra kontaktorsaker än sin EIPS, så upplevde hen att läkaren knappt tilltalade hen. Hen kände sig då förbisedd, inte tagen på allvar, fick inget gehör för sina frågor och blev ofta avbruten. I en annan studie beskrivs det av en deltagare att hen vid ett besök i primärvården upplevt att läkaren plötsligt börjat tala annorlunda, när läkaren läst i journalen att hen hade EIPS. Då började läkaren istället fråga om hens psykiska mående, medicinering och andra ovidkommande saker om inte var relevanta för kontaktorsaken. Hen upplevde det som att läkaren då relaterar allt till EIPS diagnosen och att det var det som var orsaken till hens mående och kontaktorsak, inget annat (Bonnington & Rose, 2014).

I studien av Fallon (2003) beskrev flertalet av deltagarna att de fått möta många olika vårdgivare under sin resa genom vårdsystemet. Det hade varit en stor variationsgrad i hur mycket information vårdgivarna delgett de vårdsökande. I en del fall hade personer med EIPS inte ens fått en förklaring på vilka de olika vårdgivarna var, vad de kunde erbjuda eller ens varför patienten remitterats till dem. De upplevde då sjukvården som en skrämmande och otrygg miljö, vilket medförde att de upplevde kraftigt lidande och osäkerhet kring vad som egentligen var felet på dem (Fallon, 2003). Bonnington & Rose (2014) beskriver i sin studie att deltagarna, när de fått kontakt med hälso- och sjukvården, upplevt det som att leva i ett maktlöst limbo. Antingen i väntan på att få en diagnos och behandling men också i de fall där de bara fått sin diagnos men nekats behandling.

I Perseus et al. (2005) uppgav en deltagare att hen upplevt sig diskriminerad då hen sällan fick vara med och bestämma över sin vård. Hen uppgav att vårdgivarna tog alla beslut och allt ansvar utan att någon frågade vad hen själv tyckte, tänkte och kände. Hen uppgav att de alltid pratade över huvudet och aldrig direkt till patienten själv. I studien av Fallon (2003) beskrev flertalet av deltagarna att de ibland upplevde det som att vården överreagerade och tog ifrån dem alldeles för mycket självständighet. De uppgav åtskilliga konflikter som uppstått, handlat om sjukvårdens kontroll över patienten och hens självbestämmande.

5.2. Framgångsfaktorer

En deltagare i studien av Veysey (2013) sa: ”Det finns alltid hopp och det finns alltid en väg att nå någon” (sid 29).

5.2.1. Hörd, Sedd, trodd och bekräftad:

Deltagare i flera studier beskriver att de värdesätter högt de gånger de kommit i kontakt med sjuksköterskor som tagit sig tid för att försöka förstå personen med EIPS, hans livsvärld och de krissituationer hen befunnits sig i (Fallon, 2003; Lawn & McMahon, 2015; Veysey, 2014; Helleman et al., 2014; Langley & Klopper, 2005). Genom att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna, ger det patienten en möjlighet att sätta ord på de känslor och bekymmer som hen upplever, vilket kan lätta deras börda och hjälpa dem att bättre hantera krisen de befinner sig i (Nehls, 1999). I Helleman et al. (2014) berättar en deltagare om när hen fick kontakt med en sjuksköterska som satte sig ner och lyssnade samt frågade vad hen kunde göra för patienten. Hen kände det som att en tung sten lyftes från hjärtat när sjuksköterskan fick hen att känna sig sett, hörd och bekräftad. I Veyseys (2013) studie beskrev en deltagare om när hen befann sig i kris och fick kontakt med en sjuksköterska som validerade hans upplevelse. Detta ledde till att patienten fann förståelse i varför hen befann sig i krisen och vad som föranlett den. En annan deltagare i samma studie beskrev att när hans allmänläkare verkligen lyssnat, sett problematiken ifrån alla håll och validerat personen med EIPS egen upplevelse av sin diagnos, hade det räddat hans liv.

Det som lyfts fram i flertalet studier är att personer med EIPS har en stark önskan om att bli tagna på allvar och hörda (Fallon, 2003; Veysey, 2014; Helleman et al., 2014; Langley & Klopper, 2005). Även om den som lyssnar inte helt kan sätta sig in i patientens upplevelse, kan det hjälpa att hen bara försöker förstå. Deltagarna i Langley och Klopper (2005) beskriver att om sjuksköterskan verkar för att vara ärlig, visa sig mottaglig för patientens upplevelse och är närvarande, kan det för patienten leda till att hen känner sig trygg i vårdrelationen.

Som tidigare nämnts har en stor del av personer med EIPS blivit utsatta för övergrepp i tidig ålder vilket är ett skäl till att det tar tid att bygga upp förtroendet i vårdrelationen. Att ha blivit utsatt för trauman skadar förmågan att lita på andra och bristande tillit är en stor del av diagnosens problematik (Langley och Klopper, 2005). En deltagare i studien uppgav att det tagit år innan hen hade känt förtroende för sin vårdgivare. När förtroende väl uppstått mellan personen som lider av EIPS och sjuksköterska, beskrevs det av flera deltagare att en känsla av hopp inför framtiden tänds inom dem (Langley och Klopper, 2005).

Fallon (2003) beskriver att en hållbar och vårdande relation manifesteras av lugn, tålmod, flexibilitet, empati och gemensamt engagemang. Eftersom personer med EIPS upplever att de bemöts med negativa och dömande attityder, är det viktigt att man som sjuksköterska är rak, tydlig och har gränser, som inte kan upplevas som dömande eller bestraffande. Dessa egenskaper beskrevs som främjande för att bygga upp tilliten mellan personer med EIPS och sjuksköterskan (Fallon, 2003; Lawn & McMahon 2015).

I Helleman et al. (2014) beskrivs fördelar med att personer med EIPS direkt vid ankomst till vårdavdelning får kontakt med en sjuksköterska som visar engagemang och tillgänglighet. Detta beskrevs av deltagarna som hjälpsamt inför framtiden, då de lättare kan överkomma sin rädsla att ta kontakt med sjuksköterskor. En tidigt etablerad kontakt främjar patientens möjlighet att ta sig igenom krisen. Därför är det viktigt att sjuksköterskorna tar ansvar för att kontakta patienterna (Helleman et al., 2014). Ibland kan sjuksköterskan se att personen med EIPS är i en djupare kris än hen vill tillstå, det gäller då att man visar att omgivningen är trygg så att patienten i kris att våga öppna sig och berätta vad som är fel (Miller, 1994).

5.2.2. Empati, Förståelse och Erkännande

Langley och Klopper (2005) anser att man som sjuksköterska bör visa empati, förståelse och erkännande inför patientens upplevelse. Känner sig personer med EIPS erkända och blir visade empati ifrån sjuksköterskan kan det leda till att hen känner sig trygg i vårdrelationen och lättare vågar blotta sig själv (Helleman et al., 2014). Inger sjuksköterskan hopp och tilltro till patienten bidrar det till att hen vågar tro på sig själv, sin förmåga att sätta mål och gränser. En främjande faktor att tänka på i mötet med personer med EIPS, som sjuksköterska, är att de är vuxna människor som förtjänar att bli behandlade med respekt och inte ses underlägsna sjuksköterskan. När de blir behandlade som vuxna samt att man interagerar på samma nivå, känner de sig både sedda och erkända. Vilket minskar upplevelsen av diskriminering och nedvärdering (Langley & Klopper, 2005). När vårdtagare och vårdgivare träffats, utvecklas en relation med potential att bli en trygg och säker plats där man kan fokusera på patientens mål, mående och de hinder diagnosen sätter i personen med EIPS dagliga liv. Vilket främjar patientens känsla av styrka, säkerhet och kontroll i hur hen ska hantera sin sjukdom (Langley & Klopper, 2005). Att patienten får vara delaktig i att upprätta sin vårdplan, med regler och förhållningssätt för hur vårdrelationen ska te sig, främjar hens upplevelse av autonomi (Langley & Klopper, 2005)

De mål och verktyg som har stipulerats i vårdplanen bör beröra hur personen med EIPS skall agera i en kris utan att ta till destruktiva handlingar, hur kontakten med sjuksköterskan ska se ut och vilka insatser som finns tillgängliga för patienten (Langley & Klopper, 2005). En strukturerad vårdplan där patienten har full insyn och rätt till medbestämmande främjar känslan av säkerhet och trygghet i tillvaron, då vårdplan och vårdrelation skall fungera som ett skyddsnät. Det bidrar till att personer med EIPS upplever större kontroll över sina liv, vilket kan medföra att de utvecklar en starkare självkänsla, egenkontroll och en känsla av autonomi (Langley & Klopper, 2005). Att känna ett gemensamt ansvar för vårdrelationen och vårdplanen främjar att resultatet skall bli framgångsrikt. När patienten känner att hen själv har ansvar för att de gemensamt uppsatta målen ska infrias, ökar chanserna för att det kommer lyckas (Langley & Klopper, 2005).

5.2.3. Vila, aktivitet, lugn och samvaro.

Tid och vila är för personer med EIPS, enligt Helleman et al. (2014), viktiga behov vid inneliggande vård. Hen skall kunna släppa allt som känns tungt i det dagliga livet, bara få vila och hämta kraft. Det beskrevs av deltagare från samma studie att planerade aktiviteter under inneliggande vård främjade deras välmående. Om sjuksköterskan tillsammans med patienten planerade enkla aktiviteter, så som att dricka en kopp kaffe med sina medpatienter eller ta ett bad, kunde den strukturerade tillvaron bidra till att patienten återfick kontrollen över sitt liv både under och efter vårdtiden (Helleman et al., 2014).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Vi gjort en allmän litteraturstudie där vi sökt efter vetenskapliga artiklar passande studiens syfte (Segersten, 2012). Vi har sökt efter de kunskapsluckor som personer med EIPS upplever

bemötandet av dem från sjuksköterskor och andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården och hur det påverkar vårdrelationen.

Sökningar har gjorts i databaserna PubMed, Cinahl och SweMed+. De valda artiklarna som ligger till grund för studiens resultat härrör ifrån sökningar i Cinahl. Sökningar i PubMed och SweMed+ gav inte några relevanta artiklar som passade studiens syfte (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011). När vi sökte i Cinahl och kombinerade sökorden med ordet AND, fick vi flera intressanta förslag på artiklar som passade vårt syfte. Vi granskade även artiklarnas referenslistor i syfte att hitta intressanta referenser. När vi sedan granskade våra sökningar i Cinahl, hittade vi samma artiklar vilket gjorde att vi ansåg att detta indikerade på starkt evidens eftersom andra forskare refererat till dessa.

Genom att individuellt läst, granskat och kodat artiklarna, diskuterades sedan gemensamt de fynd som gjorts och kom därefter fram till ett samstämmigt resultat. Enligt Willman, Stoltz och Bathsevani (2011) anses detta som en bra metod för att säkerställa att ingen relevant data utelämnats och det minskar även risken för feltolkningar och förvrängningar av granskad data. Poängen på frågorna från kvalitetsgranskningen och procentsatserna på kvalitetsnivåer som vi valde att sätta stöds av Willman, Stoltz och Bathsevani (2011). De valda procentgränserna grundade sig i att vissa artiklarna hade meningsbärande information som var av vikt för resultatet. Därför hamnade de artiklarna på högre kvalitetsnivå än vad granskningsmallen visade (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011). I resultatet inkluderade vi även en artikel med låg kvalitet, detta då den bekräftade fynden i flertalet av artiklarna med högre kvalitet.

De svårigheter vi stött på under artikelsökningarna var att de flesta artiklar inom valt ämne var gjorda utifrån sjuksköterskors perspektiv. De artiklar som valdes ut som grund för studiens resultat var innehållsrika och behandlade både positiva och negativa aspekter, som passande studiens syfte. Studiens resultat grundar sig på både kvalitativa och kvantitativa studier, vilket enligt Polit och Beck (2010) anses vara en styrka. De båda forskningsmetoderna kompletterar varandra och kan bidra till med användbar data ur olika synvinklar. Kvalitativa studier är beskrivande och kan ge en fördjupad förståelse för ett ämne, medan kvantitativa studier ger ett mer översiktligt perspektiv (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011).

Innehållet i artiklarna har speglat både syfte och frågeställning: att belysa hindrande faktorer och framgångsfaktorer som inverkar på personer med EIPS upplevelse av bemötande inom vården och på vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient. Utifrån de granskade artiklarna har det funnits tydliga teman som stödjer vårt syfte och vi anser att det speglar hur det ser ut för EIPS-patienter världen över. Då artiklar kommer ifrån U.S.A., Storbritannien, Sydafrika, Nederländerna, Australien, Nya Zeeland och Sverige gör det att vi anser resultatet kan tolkas som övergripande.

Då engelska inte är vårt modersmål kan det finnas brister i vår förståelse och tolkning av det skrivna ordet men vi har ständigt diskuterat och reflekterat över innehållet. Även använt språklexikon vid behov samt läst igenom artiklarna flertalet gånger för att verkligen få en god förståelse för texten.

Samarbetet mellan författarna har fungerat utmärkt då vi haft en ärlig och kritisk kommunikation där vi vågat diskutera och reflektera öppet, detta är en styrka. Vi anser att styrkan med en allmänlitteratur studie är att man undersöker aktuellt kunskapsläge och dess

resultat bygger endast på tidigare forskning. Vi tror att om väljer man artiklar med stark evidens som grund för resultatet stärker det studiens evidens och giltighet. Ytterligare en styrka är att studiens resultat bekräftats av forskning gjord utifrån både personer med EIPS- och sjuksköterskors perspektiv.

En svaghet har varit att det har varit svårt att hitta lämpliga artiklar och att det har varit ont om tid för att utföra studien. Vid utförandet av en allmänlitteratur studie finns en risk att författare väljer ut artiklar som stöder författarnas förförståelse vilket kan påverka resultatet. Då området är relativt outforskat kan studiens resultat anses svagt (Friberg, 2006).

6.2. Resultatdiskussion

Eide och Eide (2003) säger att sjuksköterskans uppgift är att lyssna aktivt, vara närvarande och ge stöd till patienten. Flera av studierna i resultatet menar på att sjuksköterskor är allmänt dåliga att lyssna på personer med EIPS och allt de behöver är någon som vill lyssna. Det kan hjälpa till att lugna de starka känslorna som personer med EIPS känner, vilket då kan ge dem en chans att få ett se situationen ur ett nytt perspektiv. Vill inte patienten öppna sig skall inte heller sjuksköterskan tvinga patienten att göra det (Eide & Eide, 2003). Att som sjuksköterska starta ett samtal, inge förtroende och trygghet, kan få patienten att våga öppna sig och prata. Detta kan kopplas till Watsons (1993) karativa faktor: att stödja, skydda och/eller förbättra psykisk, fysisk, social och andlig miljö. Genom att inte tvinga patienten att prata med en sjuksköterska eller att öppna sig, stödjer och skyddar man patienten mot en psykisk påfrestning.

”Vårdrelationens viktigaste syfte är att lindra den psykiskt funktionshindrade människans existentiella ensamhet.” (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, sid 67). Det är centralt i vården och särskilt runt människor som har psykisk ohälsa. Enligt Watson (1993) skall man stötta personen i hans mående och verka för att utveckla en mänsklig omsorgsrelation, präglad av stöd och tillit. Detta beskriver Watson (1993) som den karativa faktorn: tro och hopp. Som sjuksköterska kan vi få tillgång till individers tankar och känslor, om vi uppfattar och behandlar kroppen som en helhet utan att skilja på själen, ande och känslor (Watson, 1993). Som vårdgivare måste vi se till, lyssna och verkligen försöka förstå vad personer med EIPS går igenom vid en kris och i sitt dagliga liv. Att vid möten med dessa patienter behandla dem som vuxna, bibehålla ett lugn och inte överreagera är en viktig del för att kunna skapa en mänsklig omsorgsrelation (Watson, 1993).

”Det som sker mellan sjuksköterska och individ i den mänskliga omsorgsprocessen är inget mindre än en ytterst speciell och ömtålig gåva att ta hand om.” (Watson, 1993, Sid 63). Watson har som mål med omsorgen att den ska stödja människor, att de ska känna harmoni i ande, kropp och själ. När en person med EIPS är i behov av stöd och råd, möts de ofta av negativa attityder som inte är främjande för personens hälsa. I Commons Treloar (2009) beskriver flera av deltagarna som var sjuksköterskor, att de anser det vara svårt att behandla och vårda personer med EIPS. Då de upplevs vara manipulativa samt att diagnosen används som en ursäkt för att kunna bete sig illa. I allmänhet är kärnan i vården att man skall vårda alla på lika villkor och erbjuda samma vård till en människa med EIPS som för alla andra (SFS1982:763). Vi som sjuksköterskor ska ha en äkta vilja att möta människan där den befinner sig, lyssna och råda. Watson (1993) beskriver i sina karativa faktorerna att man ska vara hjälpande, inge tillit, ge utrymme att uttrycka vad man känner utan att mötas av attityder, vara ett stöd och agera som skydd för patienten om t.ex. hen har ett självska debeteende som

behöver omplåstras. Dessa faktorer skall sjuksköterskor ta i beaktning i möten med personer med EIPS.

Flera av studierna i vårt resultat belyser negativa möten och vårdrelationer mellan sjuksköterskor och personer med EIPS. Att personer med EIPS ofta blir bemötta med en negativ attityd är något som även bekräftas i studier gjorda utifrån sjuksköterskans perspektiv inom samma ämne. De bekräftar att de ofta bemöter dessa patienterna på samma sätt personerna med EIPS själva beskriver i denna studies resultat. Bodner, Cohen-Fridel och Iancu (2011) visar dessutom på att sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrin, allmänt har en sämre attityd mot personer med EIPS och i större utsträckning diskriminerar dem än andra patientgrupper.

I studierna som analyserats, har det framkommit att det är viktigt att fråga personer med EIPS vad det är de vill, t.ex. med sin vistelse på en vårdavdelning. Det stöds av Dahlberg et al (2003) om att det är viktigt att fråga, dels för att bygga upp respekt och förtroende, men också för att vårdgivaren skall kunna förstå personens livsvärld. Vid en öppen samvaro mellan parterna kan man lära känna individen bakom masken eller arbetskläderna och då öppnas dörren till en djupare förståelse, vilket Watsons (1993) karaktäristiska faktorer stödjer. Som en vårdgivare i studien av Warrender (2015) beskriver det:

”Jag tror att det blir mindre frustrerande, om du kan kliva tillbaka och fundera på varför personen gör det och det kan hjälpa dig att bli lite mera empatisk” (sid 629).

Denna litteraturstudie belyser att det finns flera sätt att hjälpa personer med EIPS på inom alla delar av hälso- och sjukvården, både öppen- och slutenvården. De främsta är att lyssna aktivt och visa att man som sjuksköterska vill försöka förstå vad människan upplever sin vardag och i kris. Som Watson (1993) skriver att om den mänskliga omsorgen förverkligas, har den större chans att nå sitt mål, att människan upptäcker sin egen styrka och kan ta kontrollen över sitt liv, vilket i slutändan leder till självläkande.

6.3. Relevans för omvårdnad och samhället

Genom att i denna studie belysa hur personer med EIPS upplever att de blir bemötta och behandlade inom hälso- och sjukvården, kan vi ta med oss denna kunskap i vår framtida profession för att verka för en attitydförändring. Psykisk ohälsa är ett av våra största folkhälsoproblem, det är stigmatiserat och tabubelagt i samhället. Därför är viktigt att verka för en attitydförändring gentemot dessa människor. EIPS är en mycket vanlig personlighetsstörning bland befolkningen, trots detta bemöts ofta dessa personer med negativa attityder och dömande. Vår studies resultat kan bidra till en ökad kunskap kring hur omvårdnaden av dessa patienter ser ut och har därför i allra högsta grad relevans för samhället.

6.4. Fortsatt forskning

Forskning utifrån patienter med EIPS perspektiv är bristfällig och det är ett outforskat ämne. Mer forskning bör bedrivas i hur dessa människor vill bli bemötta för att kunna erbjuda dem personcentrerad omvårdnad. Förslag till fortsatt forskning är att göra en kvantitativ studie där man frågar ett stort antal personer med EIPS om deras upplevelse av bemötande i vården och

vilka områden som behöver förbättras. Detta kan generera mer kunskap inom personcentrerad omvårdnad för personer med psykisk ohälsa.

7. Slutsats

Vår studie indikerar att det inom vården världen över känner sig personer med EIPS åsidosatta, bemötta och behandlade med negativa attityder, vilket även vårdgivare bekräftar. Men det finns ljuspunkter inom området, när sjuksköterskor bemöter dessa patienter med respekt, jämlikhet och medmänsklighet. Kanske kan vi bara förändra en människas upplevelse av bemötandet ifrån vården, det är ett litet men viktigt steg i rätt riktning men det kan för just den människan vara livsavgörande.

7.1. Självtändighetsdeklaration

Johanna Hallén och Katarina Pettersson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

8. Referenser

Artiklar märkta med *) är artiklar som är inkluderad i resultatdelen.

- Allgulander, C. (2014) *Klinisk psykiatri*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Bodner, E., Sara Cohen-Fridel, S., Iancu, I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2011, Vol.52(5), pp.548-555. DOI:10.1016/j.comppsy.2010.10.004.
- *) Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. *Soc Sci Med*, 123, 7-17. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.10.048.
- Byström, A-L. (2015). *Borderline – emotionellt instabil personlighetsstörning*. 1177 Vårdguiden. Hämtat den 2016-01-29. URL: <http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Borderline-emotionellt-instabil-personlighetsstorning/>.
- Cullberg, J., (1993) *Dynamisk psykiatri*. Arlöv, Natur och Kultur.
- Commons Treloar, A.J. (2009) A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology* Vol. 38, No. 2, 2009. Hämtat 2016-02-09. URL: <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol382-2009-4-Commons-Treloar.pdf>.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Dickens, G.L., Hallett, N., Lamont, E. (2015). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personalti disorder: Systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Apr; 56:114-27. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019.
- Eide, H., Eide, T. (2003). *Omvårdnsorienterad kommunikation – Relatiosnetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Friberg, F. (2006) Att utforma ett examensarbete. Ingår i F. Friberg (red) *Dags för uppsats*. Sid: 71-82. Lund, Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:2 uppl.). (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- *) Fallon, P. (2003). Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 393-401. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x.
- *) Helleman, M., Goossens, P.J.J., Kaasenbrood, A., Van Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014, Vol.23(5), pp.442-450. DOI:10.1111/inm.12074.

- Jesse, E. (2010). Jean Watson: Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. Ingår i M.R. Alligood, A.M. Tomey (red) *Nursing Theorists and their work 7th edition*. Maryland Heights, Mosby Elsevier.
- *) Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. (2010). Marginalization of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 145-54. DOI: 10.1097/01.pra.0000375710.39713.4d.
- Lamph, G. (2011) Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. *Nursing standard*, 2011, Vol.26(5), p.35-40. Hämtat den 2016-01-28. URL: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2011.10.26.5.35.c8746>.
- *) Langley, G., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 23-32. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x.
- *) Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 510-521. DOI: 10.1111/jpm.12226.
- *) Miller, S. (1994). Borderline personality disorder from the patient's perspective. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(12), 1215-1219. DOI: 10.1176/ps.45.12.1215.
- *) Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 285-293. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<285::AID-NUR3>3.0.CO;2-R.
- Perseus, K-I. (2012) *Att tämja en vulkan – Om emotionell instabilitet och självskadebeteende*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Perseus, K-I. (2014) Personlighetsstörningar. Ingår i I. Skärsäter (red) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Sid: 215-245. Lund, Studentlitteratur AB.
- *) Perseus, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M., Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168. DOI: 10.1016/j.apnu.2005.05.001.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2010) *Essentials of Nursing Research – Appraising Evidence for Nursing Practice 7th edition*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Segersten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. Ingår i F. Friberg (red) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Sid: 97-100. Lund, Studentlitteratur AB.
- Segersten, K. (2006). Att göra en begreppsanalys. Ingår i F. Friberg (red) *Dags för uppsats*. Sid: 89- 96. Lund, Studentlitteratur AB.
- SFS1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm, Socialdepartementet.
- Stockholms läns landsting (2016). *Psykisk hälsa och ohälsa*. Stockholm. Hämtat den 2016-04-06. URL: <http://habilitering.se/habilitering-och-andra-insatser/vad-gor-vi/personlig-varld/psykisk-halsa-och-ohalsa>
- Socialstyrelsen. (2010) *Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård*. Hämtat 2016-01-26 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/pressrum/pressmeddelanden/samrevardgorattpsykisksjukadorifortid>.

- Socialstyrelsen. (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst*. Hämtad 2016-01-26 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykiskt ohälsa*. Hämtad den 2016-01-27 från: <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa>.
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm. Hämtat den 2016-02-01. URL: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.
- *) Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*. Volume 9, Issue 1, 2014. Pages 20-35. DOI: 10.1080/1177083X.2013.871303.
- Warrender, D. (2015) Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health- a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 623–633. DOI: 10.1111/jpm.12248.
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad – Omvårdnad och humanvetenskap*. Översättning av M.G. Thomas. Lund, Studentlitteratur AB.
- Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Wahlström, L., & Blomdahl Wetterholm, M. (2015). Psykiatri och psykologi integrerad i somatik en vinst för kliniken - Konsultationspsykiatri viktig för framtidens sjukvård. *Läkartidningen*, 112, Vol.112. Hämtat den 2016-01-27. URL: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Vardutveckling/2015/10/Psykiatri-och-psykologi-integrerad-i-somatik-en-vinst-for-kliniken/>.

Bilaga 1 Matris över artikelsökning

Databas	Sökterm	Datum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
PubMed	Borderline	20160122	34822	0	0	0
	Borderline Personality disorder	20160122	7528	20	3	0
Peer review*	Borderline Experiences	20160124	1329	5		
Peer review*	Borderline Personality disorder Experiences	20160123	58	0	0	0
Peer review*	Borderline Personality disorder Nursing	20160122	33			

Databas	Sökterm	Datum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Cinahl	Borderline	20160122	3804	20	2	0
Peer review*	Borderline Personality disorder	20160205	1618	1	1	1
Peer review*	Borderline Personality disorder And Experiences	20160124	197	2	2	2
Peer review*	Borderline Personality disorder And Satisfaction	20160205	14	2	2	2
Peer review*	Borderline Personality disorder And Nursing	20160205	120	2	2	2
Peer review*	Borderline Personality disorder And Stigma	20160205	28	2	2	2
Peer review*	Borderline Personality disorder And Trust	20160206	14	1	1	1

Databas	Sökterm	Datum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
SveMed+	Borderline Personality disorder	20150126	52	3	1	0
	Borderline Relation	20150126	10	0	0	0
	Borderline And Patient	20150126	3	3	0	0
KIB ReSearch	Borderline Personality disorder	20150122	3906	20	0	0
MeSH	Experience					
	Satisfaction					

Bilaga 2 Presentation av valda artiklar i resultatdelen

Titel Författare Årtal Land Kvalitet	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat
<p>Titel: Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder.</p> <p>Författare: Langley, G. C., Klopper, H. Årtal 2005, Land: Sydafrika, Kvalitet: Medel</p>	<p>Syfte: Vilka faktorer ser patienter och vårdare som hjälpsamma i vården av psykisk ohälsa?</p>	<p>Metod: -Design: Kvalitativ, utforskande, beskrivande intervjustudie.</p> <p>-Urval: både patienter och vårdgivare, olika inkluderings- och exkluderingsfaktorer, 20 personer och 8 st vårdgivare,</p> <p>-Datainsamling: Intervjuer var semi-strukturerade med öppna frågor, pågick mellan 1-2 timmar i en informell med en vanlig konversations stil på ett privat kontor eller i deltagarens hem.</p> <p>-Analys: systematisk text analys där intervjuerna transkriberades och tolkades, etiskt övervägande finns.</p>	<p>Resultat: Studien kom fram till att tillit är viktigt för båda parterna i studien (både patienter och vårdgivare) för att kunna ha en fungerande och professionell vårdrelation.</p>

<p>Titel: Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder.</p> <p>Författare, Lawn, S., & McHahon, J.</p> <p>Årtal: 2015 Land: Australien,</p> <p>Kvalitet: Hög</p>	<p>Syfte: Att se vilka erfarenheter australiensiska personer med EIPS har genom vård via allmänna och privata vårdgivare.</p>	<p>Metod: -Design: Deskriptiv metod. -Urval: olika inkluderings- och exkluderingsfaktorer, 153 deltagare som valdes ut av olika vårdgivare omkring i Australien via internet. -Datainsamling: 75 olika frågor som bl.a. frågade efter demografiska detaljer, behandling, kontakter med allmän sjukvård. -Analys: etiskt övervägande, svaren analyserades och tolkades, teman som sågs var vilken roll allmänläkaren hade, vilken roll sjukhus hade vid inläggningar, psykiatriska vårdgivares roll samt om deltagarna har haft självskadebeteende eller försökt med suicid.</p>	<p>Personer med EIPS fortsätter att möta diskriminering när dom försöker att få vård, både genom allmän och privata vårdaktörer. Vidare utbildning för vårdgivare behövs för att bemötandet av personer med EIPS inte ska ske med negativa attityder.</p>
---	--	--	---

<p>Titel: Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention - A phenomenological study. Författare: Helleman, M., Goossens, P.J.J., Kaasenbrood, A., Van Achterberg, T. År: 2014, Land: Nederländerna, Kvalitet:</p>	<p>Syfte: Studien vill beskriva uppleva erfarenheter från personer med EIPS som har haft kortare inläggningar på en psykisk vårdavdelning som en del i behandlingen.</p>	<p>Metod: -Design: Deskriptiv metod. -Urval: olika inkluderings- och exkluderingsfaktorer, 153 deltagare som valdes ut av olika vårdgivare omkring i Australien via internet. -Datainsamling: 75 olika frågor som bl.a. frågade efter demografiska detaljer, behandling, kontakter med allmän sjukvård. -Analys: etiskt övervägande, svaren analyserades och tolkades, teman som sågs var vilken roll allmänläkaren hade, vilken roll sjukhus hade vid inläggningar, psykiatriska vårdgivares roll samt om deltagarna har haft självskaðebeteende eller försökt med suicid.</p>	<p>Resultat: Patienter värdesätter att ha en bra kontakt med vårdgivaren och ha en strukturerad vistelse under vårdtid samt att det är en time-out från sitt vanliga liv som kan vara kaotiskt.</p>
<p>Titel: People with a Borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences, Författare: Veysey, S., År: 2014, Land: Nya Zeeland, Kvalitet: Hög</p>	<p>Syfte: Personer med EIPS och deras berättelser på deras upplevda diskriminering.</p>	<p>Metod: -Design: Semi-strukturerade intervjuer.- Urval: olika inkluderings- och exkluderingsfaktorer, 8 deltagare (7 kvinnor, 1 man) mellan 25-65 år, från olika distrikt på Nya Zeeland.-Datainsamling: Intervjuerna transkriberades och skickades ut till deltagarna för läsning och godkännande eller rättning samt att dom frågades att skapa ett aliasnamn som skulle kunna användas för att säkerställa deras anonymitet.-Analys: Tolkande och kvalitativ fenomenologisk metod användes, etiskt övervägande finns.</p>	<p>Resultat: Både hjälpsamma upplevelser och diskriminerade upplevelser som ledde till sämre självförtroende. Berättelser om stigmatisering, minskade självförtroenden, hjälpande arbetssätt.</p>

Titel: Borderline personality disorder: The voice of patients,
Författare: Nehls, N.,
År: 1999,
Land: U.S.A.,
Kvalitet: Hög

Syfte: Att generera kunskap om hur är det att leva med EIPS.

Metod:-Design: Kvalitativ, fenomenologisk intervjuer
-Urval: Inkluderings- och exkluderingsfaktorer, 30 patienter medverkade som rekryterades från ett psykiskt hälsocenter i allmän drift samt att alla av deltagarna var i ett ekonomisk underläge.
-Datainsamling: Individuella, privata intervjuer utfördes på forskarens kontor eller annan lämplig plats, Intervjuerna varade cirka 60 minuter och avslutades när deltagaren kände att det inte fanns mera att berätta. Intervjuerna var inspelade och transkriberade.
-Analys: Tolkande och fenomenologisk analys användes. Författaren fann tre gemensamma teman: att leva med en stämpel, leva med ett självdestruktivt beteende som anses vara manipulativt samt att leva med en begränsad möjlighet till vård. Står inget om etiskt övervägande

Resultat: Studien visar på att mentalvården för personer med EIPS kan förbättras och ökad förståelse istället för att de ska mötas med fördomar.

Titel: Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or Borderline personality disorder: A critical realist analysis.
Författare: Bonningham, O. & Rose, D. **År:** 2014
Land: United Kingdom, **Kvalitet.** Medel

Syfte: Att utforska upplevelser av stigmatisering och diskriminering bland människor med antingen Bipolär sjukdom eller Borderline personlighetsstörning.

Metod: -Design: Kvalitativ studie med djupgående interjuver. **-Urval:** : Ändamålsenligt urval. 29 personer diagnostiserade med BPD eller Bipolär sjukdom. Utöver de 29 så deltog också 5 små fokusgrupper med 3-4 deltagare i varje. Totalt 46 personer deltog. Deltagarna rekryterades via välgörenhetsorganisationer och från patientsföreningar och nätverk. **-Datainsamling:** . Djupgående interjuver där man utgick från några teman för att strukturera interjuverna. Interjuverna gjordes mellan den 10 oktober 2010 till April 2012 och varade ca 1 h-2h 45min. **-Analys:** En tematisk dataanalys gjordes genom dataprogrammet "QSR NVivo8" som gick igenom anonymiserade transkriberade interjuddokument och identifierade huvudteman ur dem. Etiskt övervägande finns

Resultat: Fyra huvudteman identifierades från deltagarnas upplevelser av diskriminering och stigma relaterat till sina diagnoser: **Kulturell imperialism:** Patologisering, normalisering och stereotyper **Maktlöshet Marginalisering Våld.** Deltagarna upplevde att dem blev diskriminerade i flertalet situationer: i mellanmänskliga kontakter, inom vården, rättsväsendet, arbetsmarkanden och i de sociala strukturer som finns i samhället i stort. Forskarna vill belysa ur patienternas synvinkel hur de upplever stigmatisering och diskriminering då det finns väldigt lite kvalitativ forskning inom detta område.

Titel: To tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and their Perceptions of suffering.
Författare: Perseus, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M.
År: 2005 **Land:** Sverige, **Kvalitet:** Hög

Syfte: Syftet med studien var att undersöka livssituationer, lidande och uppfattningar om mötet med den psykiatriska vården bland 10 patienter med borderline personlighetsstörning för att bättre förstå dem vilket kanske kan bidra till en förbättrad vård.

Metod: -Design: Kvalitativ studie med hermeneutisk tolkning har gjorts av de livsberättelser från deltagare delgivit vid interjuver och tolkningar ur biografiskt textmaterial deltagarna spontat och självant producerat innan studien. **Urval:** Patienter som deltog i ett projekt hos en vårdinrättning i Södra Sverige som under mer än 12 månader fått psykosocial behandling. 11 patienter tillfrågades, 10 tackade ja och 1 tackade nej. Det var alla kvinnor i åldrar från 22-49 och hade Borderline personlighetsstörning. - **Datainsamling:** Interjuver gjordes där man använde en interjuvguide med två teman: Upplevelser av symptom, livssituation och lidande. Uppfattningen av vård och behandling inom psykiatri. Guiden användes fritt och gav utrymme för deltagarna att uttrycka sina egna ord. Interjuverna hölls under 50-90 minuter på aktuell vårdinrättning. Interjuverna spelades in med bandspelare. - **Analys:** Alla interjuver och biografiskt material som samlats in transkriberades ordagrant. Texterna lästes av forskarna och tolkades med öppet sinne för att få ett så övergripande intryck. Sedan kodades texterna och organiserades i olika teman och underteman. Etiskt övervägande finns.

Resultat: Tre teman blev resultatet av studien. Det var: Livet på Gränsen, Kampen för hälsa och värdighet, De bra och dåliga åtgärderna inom psykvården vid upplevelse av lidande **Tema 1:** Studien visade att personer med BPD Lever i ett ständigt kaos av desperation och lidande, en kamp för att uppnå hälsa, värdighet och ett liv värt att leva. **Tema 2:** Studien visar att dessa personer upplever ambivalens i sina känslor över att leva och dö. **Tema 3:** Respektfullt bemötande, någon som lyssnar och tar dem på allvar är positivt. Respektlöshet, stigmatisering och nedvärdering från personalen ökade patientens lidande.

<p>Titel: Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective Författare: Miller, S. År: 1994 Land: USA, Kvalitet: Hög</p>	<p>Syfte: Att undersöka hur patienter med BPD upplever sin livsvärld och hur de upplever sin diagnos och behandling av den.</p>	<p>Metod: --Design: Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. -Urval: Patienter som diagnostiserats med BPD vid University of South Florida Psychiatry Center. 10 patienter mellan 21-50 ålder. -Datainsamling: Ostrukturerade interjuver med syfte att deltagare skulle berätta om sig själv och sin livsvärld. Interjuverna genomfördes under 1 år, i snitt 6 ggr/deltagare i interjuver á 90 minuter. Interjuverna spelades in.-Analys: Det inspelade materialet transkriberades. Datan analyserades genom Grounded Theory till olika teman. De kodade texterna och sammanställde materialet i olika kategorier. Står inget om etiskt överväganden</p>	<p>Resultat: Deltagarnas berättelser avslöjade slående likheter i deras upplevelser av sin borderline personlighetsstörning Dock skilde sig dessa upplevelser sig markant från de kliniska beskrivningar som finns av sjukdomen. De gemensamma teman som uppkom var främlingskap, otillräcklighet och förtvivlan identifierades. Samt att de använde liknade copingstrategier för att bemästra sjukdomen: främst dissociation och undvikande av självutlämnande.</p>
---	--	---	---

<p>Titel: Travelling Through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services.</p> <p>Författare: Fallon, P. År: 2003, Land: United Kingdom, Kvalitet: Hög</p>	<p>Syfte: Att analysera BPD patienters upplevelser av kontakten med vården. Att utröna Att beskriva hur olika typer av vårdservice som finns inverkat på individerna. patienternas syn på vilken roll och funktion som den vård som ges till patienterna med BPD</p>	<p>Metod: -Design: Kvalitativ intervjustudie med ostrukturerade interjuver med syfte att insamla livsberättelser.</p> <p>-Urval: 7 deltagare som ansågs lämpliga valdes ut av den ansvarige psykolog som hade dem i behandling. Det var 4 kvinnor och 3 män i åldrarna 25-45.</p> <p>-Datainsamling: Interjuverna gjorde under 1 timme och gjorde på en plats som deltagare själv valt. Uppföljnings samtal hölls med deltagarna för att validera att den teori som utvecklades stämde med deltagarnas upplevelser.</p> <p>-Analys: Grounded Theory användes som teori vid analysen. Intervjumaterialet transkriberades och kodades. Sedan kategoriserades kodningen och sammanställdes till 4 huvudkategorier med olika teman. Etiskt övervägande finns.</p>	<p>Resultat:Personer med BPD värdesätter sin kontakt med vården trots de många negativa upplevelser de upplevt och de återkommande negativa attityder de stött på från vårdpersonal. Det framkom också att goda relationer med andra var avgörande för dem för att kunna bemästra sina överväldigande känslor i nöd, trots att de har svårt att lita på andra. För att överkomma detta hinder bör erfaren personal, under lång tid behandla dessa patienter, för att uppnå en vårdrelation byggd på tillit och förtroende.</p>
---	---	---	---

<p>Titel: Marginalization of Borderline Personality Disorder. Författare: Kealy, D. & Ogrodniczuk, S.J. År: 2010, Land: Canada, Kvalitet: Medel</p>	<p>Syfte: Att undersöka marginaliseringen av borderline patienter inom vården-dit dem vänder sig för att få hjälp.</p>	<p>Metod: -Design: Kvalitativ studie. Urval: okänt, Metod: okänd, Datansamling: okänd, Analys: Okänd. Står inget om etisk överväganden.</p>	<p>Resultat: Patienter med BPD har svårt att få tillgång till professionell hjälp då de ofta avisade av vårdgivare p.g.a. negativa attityder, förutfattade meningar och de bli då en underprioriterad patientgrupp.</p>
--	---	--	--

Bilaga 3 Artiklars poäng och procentsats

Nummer	Artikel	Poäng	%
1	People with a Borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences	12	85,71
2	Borderline personality disorder: The voice of patients	11	78,57
3	Marginalization of Borderline personality disorder	7	50,00
4	Travelling through the system- The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services	10	71,43
5	Borderline personality disorder from the patient's perspective	10	71,43

Hög 70-100%

6	Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder	11	78,57	Medel 50-70 %
7	To Tame a Volcano Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering	10	71,43	Låg 0-50%
8	Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder	8	57,14	
9	Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis	8	57,14	
10	Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention - A phenomenological study	9	64,29	

Bilaga 4 Upptäckta teman

Artikel nummer	”Syn på diagnosen, en barriär för vård”	”Bristande tillit”	”Brist på att respektera autonomi & delaktighet i vården”	”Hörd, sedd, trodd och bekräftad”	”Vila, Aktivitet, lugn och samvaro”	”Empati, förståelse. Erkännande”	”Bemötas av negativ attityd”
1	X	x	x	x			X
2	X	x	x	x	x		x
3	X						
4				x		X	x
5	X		x	x		X	x
6		x	X				
7	X		X				
8						x	
9		x		x	x	X	x
10				x		X	

Artikel nr:

1. Nehls, 1999
2. Veysey, 2014
3. Kealy, 2010
4. Lawn & McMahon, 2015
5. Fallon, 2003
6. Perseus et al., 2005
7. Bonnington & Rose, 2014
8. Miller 1994
9. Helleman et al., 2014
10. Langley & Klopper, 2005

Artikel nr:

1. Nehls, 1999
2. Veysey, 2014
3. Kealy, 2010
4. Lawn & McMahon, 2015
5. Fallon, 2003

6. Perseius et al., 2005
7. Bonnington & Rose, 2014
8. Miller 1994
9. Helleman et al., 2014
10. Langley & Klopper, 2005

Bilaga 5 Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/
analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign)

Bilaga 6 Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/Kvinna

Kriterier för inkludering/exkludering

Adekvat inkludering/exklusion Ja Nej

Intervention

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Repräsentativt urval? Ja Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej

Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej

Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej