



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Upplevelser av stigmatisering i vården hos patienter med Borderline Personlighetstörning

En litteraturstudie

Författare: Tobias Hjerpe och Sofia Nilsson

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Upplevelser av stigmatisering i vården hos patienter med Borderline Personlighetstörning

En litteraturstudie

Författare: Tobias Hjerpe och Sofia Nilsson

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Problemområde: Patienter med Borderline Personlighetsstörning (BPD) beskrivs i litteratur som svåra att vårda, och studier har identifierat negativa attityder om patientgruppen. Negativa attityder kan bidra till upplevelser av stigmatisering. **Bakgrund:** Studiens utgångspunkt grundas i Joyce Travelbees omvårdnadsteori. Studien utförs enligt den humanistiska forskningstraditionen. **Syfte:** Syftet med studien är att undersöka hur patienter med BPD upplever stigmatisering i vårdsituationer. **Metod:** En litteraturstudie har genomförts och en integrerad analysmetod har tillämpats. **Resultat:** Resultatet omfattar tre huvudrubriker; *Fördomar i bemötandet*, *Svikande Vård*, och *Maktlöshet*, som beskriver upplevelser av stigmatisering i vården. **Slutsats:** Många BPD-patienter har upplevelser av stigmatisering vilket påverkar deras vårdupplevelser negativt. Bemötandet upplevs inte holistiskt och vården uppfattas inte tillgodose patienternas individuella behov.

Nyckelord

(Borderline personlighetsstörning, Emotionell instabil personlighetsstörning Stigma, Fördomar, Vård, Maktlöshet)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Innehållsförteckning | 1 |
| Introduktion..... | 2 |
| Problemområde | 2 |
| Bakgrund | 3 |
| <i>Borderline</i> | 6 |
| Stigma i relation till psykisk ohälsa | 8 |
| Syfte | 9 |
| Metod | 9 |
| Urval och datainsamling | 9 |
| Data analys | 13 |
| Forskningsetiska avvägningar | 14 |
| Resultat | 15 |
| Brister i bemötandet | 15 |
| Svikande vård..... | 16 |
| Maktlöshet | 18 |
| Diskussion | 19 |
| Diskussion av vald metod..... | 19 |
| Diskussion av framtaget resultat | 22 |
| Slutsats och kliniska implikationer | 27 |
| Författarnas arbetsfördelning | 27 |
| Referenser..... | 28 |
| Bilaga 1 (2) | 36 |

Introduktion

Problemområde

Människor med Borderline personlighetsstörning (BPD) har en bild av omvärlden som pendlar mellan kärlek och hat, och har problem med sin självbild och självdestruktiva beteenden (Holt et. al, 2012). Diagnosen är karakteriserad av störd självbild, kroniska tomhetskänslor, självdestruktivt beteende som inkluderar suicidala utspel och självmordsförsök (Ottoson, 2010). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000) beskriver diagnosen som instabilitet och impulsivitet i mellanmänskliga situationer. Prevalensen har rapporterats vara 0,5 - 2 % av normalbefolkningen (Svenskpsykiatri, 2006) och patientgruppen är vanlig inom psykiatrisk vård och beskrivs som tålamodsprövande för personalen på grund av de starka affektionerna och det självdestruktiva beteendet (Ottoson, 2010). James och Cowman (2007) undersökte i en studie vilka attityder som förekom bland sjuksköterskor på en psykiatrisk avdelning gällande patienter med borderline. Resultaten visade att sjuksköterskorna ansåg sig ha en betydande roll för patientgruppen men att de benämnde gruppen som svår att vårda. Fyndet indikerade att interaktionen mellan personal och patienter med BPD är fylld av en potentiellt stigmatiserande problematik (ibid.), och liknande attityder har påträffats i fler studier (Sulzer, 2015; James & Cowman, 2007; Markham, 2003; Wollaston & Hixenbaugh, 2008). Undersökningar visar att stigmatisering av psykisk sjukdom skapar lidande, dålig självkänsla och maktlöshet hos patienter (Lundberg, 2010; Oleniuk, Duncan, Tempier., 2013; El-Badri & Mellsop., 2007) Många av studierna gällande stigmatisering och psykisk ohälsa inriktar sig på schizofrenipatienter (Omori, Mori, White., 2014; Loch, Wang, Guarniero, Lawson, Hengartner, Rössler, Gattaz., 2014; Harangozo et. al., 2014; Mestdagh & Hansen, 2014) men studier som kartlägger stigmatisering och BPD förekommer inte i lika stor utsträckning. Det är därför av intresse att göra en litteraturstudie som undersöker hur patienters perspektiv och upplevelser av stigmatiserande vårdssituationer beskrivits i tidigare studier och hur den upplevda stigmatiseringen yttrar sig. Frågan är en angelägenhet för sjuksköterskans profession eftersom stigmatisering påverkar patientens upplevelse av omvårdnaden (Skärsäter, 2014).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Föreliggande studie utgår ifrån Joyce Travelbees (1926-1973) omvårdnadsteori och hennes fokus på mellanmänskliga relationer i vården. Föreliggande studie utgår även ifrån Goffmans definition av stigma samt ett humanvetenskapligt perspektiv.

Travelbees omvårdnadsperspektiv

Joyce Travelbees (1966/2014) omvårdnadsteori fokuserar på relationer mellan människor, och hon tar upp vikten av bemötande och orsaker till varför bemötandet kan bli lidande. Hon benämner detta som ett mellanmänskligt perspektiv. Travelbee menar att de negativa faktorerna som påverkar bemötandet har sitt ursprung dels ur människans psyke, så som stereotyper, dömande attityder, och ovilja eller oförmåga att se bortom sin egen livserfarenhet. Det finns också organisatoriska orsaker, så som att arbetsgivaren premierar beteende som inte inkluderar ett bra bemötande, eller ger tid nog i planeringen av arbetet för att sjuksköterskan ska kunna genomföra ett gott bemötande (ibid). Travelbees (1966/2014) syn på människan och sjukdom är grundat i det existentiella synsättet. I hennes definition av sjukdom lägger hon lika mycket värde vid den objektiva och subjektiva upplevelsen av sjukdom. Sjuksköterskans uppgift är att försöka bota och lindra individens tillstånd oavsett om sjukdomen kan fastslås objektivt. Detta omfattar bland annat att hjälpa individen finna mening i sitt tillstånd. Travelbee menar att sjuksköterskan ska vara förändringsagent för patienten, eftersom patienten befinner sig i ett lidande och ett tillstånd som ej bör accepteras som statiskt. En central aspekt i hennes perspektiv är att sjuksköterskan skall främja känslor av hopp hos individen, och uppmuntra till en framtidstro med ett minskat lidande. Vidare menar Travelbee att hoppet inte kan existera utan att individen är trygg i att hjälp står att finna när den behövs, att patienten har kontroll över sina val, samt att patienten känner tillit till de människor som är involverade i arbetet för att nå den framtid som patientens hoppas på. Det handlar även om att skapa realistiska förväntningar hos individen gällande framtiden (ibid).

Sjuksköterskans uppgift enligt Travelbee (1966/2014) är att se människan som en unik person med individuella behov. Det omfattar exempelvis att utforma en specifikt anpassad omvårdnadsplan och inte göra generella antaganden utifrån vad sjuksköterskan tror att

patienten behöver. Travelbee menar därför att etiketten patient är en kategori som är hjälpsam endast i semantiska kontexter. Kategorisering av patienter bidrar till att avhumanisera patienter, vilket reducerar patienten till en diagnos, ett rumsnummer eller en uppgift. Denna reduktionsprocess kan också yttra sig i att patienten uppfattas utifrån förutbestämda karaktärsdrag. För att undgå detta bör rollerna som sjuksköterska och patient överskridas, och då kan en mellanmänsklig relation bildas. Överskridandet uppnås genom kommunikation och interaktion, samt att sjuksköterskan visar empati och sympati. Empatin sker i form av att kunna sätta sig in i patientens perspektiv och sympati är en drivkraft för sjuksköterskan att vilja utföra omvårdnadshandlingar, enligt Travelbee (1966/2014). Travelbees omvårdnadsperspektiv har relevans i förhållande till stigmatisering då patienter som vårdas för psykisk ohälsa löper risk i att delas in i kategorier som bidrar till upplevelser av ett sämre bemötande (Hellzén & Asplund, 2006).

Stigma

Begreppet stigma härstammar från antiken och användes som en nedsättande term på en persons moraliska status. Under kristen tid har termen använts i plural: stigmata. Uttrycket beskriver ett fenomen där Kristus sår framträder på någons kropp. I nutid har termen konceptualiserats och syftar på social utstötning och värdering av sociala roller i samhället (Goffman, 1963). Skärsäter (2014) definierar stigma som individens upplevelser till följd av en grupp eller samhällets negativa attityder mot individen och med attityder avses värderingar mellan grupper/individer om grupper/individer.

När en attityd är negativ mot en individ på grund av dennes grupptillhörighet brukar det betecknas som en fördom. Fördomar kan leda till att gruppen diskrimineras, det vill säga behandlas annorlunda på grund av negativa attityder (Holt et al, 2012). Attityder, fördomar och stigmatisering är enligt Skärsäter (2014) nära förknippade då attityderna leder till känslor av utanförskap. Stigmatisering kan fylla flera olika funktioner som exempelvis stärka den egna gruppen genom att värdera andra individer nedsättande (Corrigans, Watson & Ottati, 2003).

Vidare beskriver Goffman (1963) stigma i form av ett reducerande i vårt medvetande av en individ som besitter en mindre önskvärd egenskap och när en individs egenheter inte sammanfaller med vad vi anser vara det normala. De som inte avviker normen anser då att

den stigmatiserade individen är mindre mänsklig och vidtar diskriminerande åtgärder. Den stigmatiserade individen reagerar på detta genom att försöka rätta till sina tillkortakommanden och upprätthålla normalitet. Goffman (1963) menar också att det finns två kategorier som uppträder empatiskt gentemot den stigmatiserade individen vilka är de egna och de vise. De egna är de som innehar samma stigma som individen själv och de vise är de som räknas till den normala kategorin men som genom en speciell situation har blivit väl förtrogna med den stigmatiserade individens liv. I mötet med de visa känner den stigmatiserade ingen skam utan kan uppleva sig som en jämbördig. Exempel på visa individer kan vara sjuksköterskor som genom sitt yrke fått förståelse för den stigmatiserades liv (ibid.).

Det humanistiska perspektivet

Föreliggande studie kommer att undersöka patientens perspektiv och utgå från en humanistisk forskningstradition. Inom denna tradition ligger fokus på självupplevelse, självutveckling och självuppfattning (Stolt, 2003). Den humanistiska vetenskapen kan inte falsifieras eller verifieras och anser att människan står för det högsta värdet. Om det finns något som är mänskligt finns det även något som är omänskligt, som omänsklig vård. Om en patientgrupp stigmatiseras i vårdmiljön brister den humanistiska vårdrelationen (Skärsäter, 2014). Humanvetenskapens mål är att införskaffa djupare insikter, förståelse och helhetssyn på människans komplexitet i sjukdom och hälsa (ibid). De sociala, kulturella, psykologiska och historiska faktorerna spelar in i hälsobilden och på så sätt får man bredare och mer mångvetenskaplig bild av människan och hennes hälsa, istället för att reducera henne till biologiska och patologiska förhållanden (Qvarsell & Torell, 2001). För att upprätthålla en humanistisk präglad vård krävs kontinuerligt arbete och reflektion, där människan sätts i centrum (Stolt, 2003). Den humanistiska vårdrelationen formas av ett holistiskt tänkande, medkänsla och barmhärtighet, där människans fria val och integritet skall respekteras (ibid.). Det humanistiska perspektivet går i linje med Travelbees (2014) syn på hälsa med fokus på individens subjektiva upplevelse. Den här litteraturstudien kommer att lägga fokus på beskrivna patientupplevelser vilket går i linje med humanismens fokus på människans självupplevelse.

Sjuksköterskans riktlinjer och lagar

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskan bland annat uppvisa professionella värden som lyhördhet, medkänsla och respektfullhet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Hen skall även främja ett etiskt förhållningssätt och arbeta för att upprätthålla omvårdnadens värdegrund, Sjuksköterskan ska ta ställning mot oetiska metoder och skapa en arbetsmiljö som främjar en god vård (ibid.). Enligt patientlagen 2 kap 3§ ska vård vara lättillgängligt för patienter och de ska ha rätt till att få en medicinsk bedömning inom snarast tid (SFS 2014:821). Enligt 3 kap 1§ och 2§ har patienten rätt till att få information om sitt hälsotillstånd och vilka möjliga vårdalternativ de har att tillgå, samt när hen kan förvänta sig att få vård. Det gäller exempelvis även information om läkemedel, biverkningar och stödinsatser. Enligt 3 kap 6§ och 7§ skall informationen anpassas efter patientens individuella förutsättningar och den som informerar skall försäkra sig om att patienten har förstått. Enligt 5 kap 1§ - 3§ skall vården utformas i samråd med patienten och patienten har rätt att medverka vid utformningen och genomförandet av vården. Patientens behov skall tillgodoses och insatser ska samordnas på ett adekvat sätt. Enligt 6 kap 2§ står det att läsa att en patient har rätt till en fast vårdkontakt, om hen ber om det eller om det behövs på grund av hens behov som patient. Slutligen i 11 kap 1§ - 4§ skall patientsäkerhet upprätthållas och patienten har rätt att framföra klagomål som ska tas på allvar (ibid.).

Borderline

Personlighetsstörning avser ett avgränsat psykiatriskt tillstånd som kännetecknas av ett beteende som starkt avviker från vad som förväntas av individens sociokulturella miljö (Svenskpsykiatri, 2006). Borderline myntades för att förklara patienter med ett tillstånd som uppvisade karaktäristika från olika patientgrupper (Perseus, 2012). I Diagnostic Statistical Manual of Mental Health (DSM) kvarstår namnet Borderline (American Psychiatric Association, 2013), men i International Classification of Disorders (ICD) benämns tillståndet nu för tiden som Emotionell Instabil Personlighetsstörning (WHO, 2016). Begreppet Borderline (BPD) används i föreliggande studie då alla analyserade studier använder den beteckningen. Diagnosen förekommer mest hos kvinnor och i yngre åldrar. I DSM-V benämns BPD som ett mönster av instabilitet i interpersonella relationer, självbild och känslor samt en markant impulsivitet (American Psychiatric Association, 2013).

Patientgruppen är vanligt förekommande i öppen- och slutenvårdsavdelningar (Svenskpsykiatri, 2006). Komplexiteten hos BPD kan delvis förklaras med samsjuklighet, då BPD enligt Zanarini et al (1998) ofta är samsjukligt med andra psykologiska tillstånd och patologier. Inom BPD-diagnosen ingår problematik med den egna självbilden, dålig utveckling av jag-funktioner, separationsångest och självdestruktivitet (Ottosson, 2010). Det är inte ovanligt att patienter med BPD söker sig till vården i samband med en separationskris som kan vara både reell eller inbillad (ibid.). Enligt SPF:s kliniska riktlinjer innehar patienter med BPD en känslomässig sårbarhet och stora humörsvängningar som omgivningen kan ha svårt att förstå. Separationsrädslan kan leda till självskadebeteende och självmordsförsök. Relationer tenderar att bli stormiga och självanklagelser, självförakt och en känsla av värdelöshet är vanliga inslag i självbilden (Svenskpsykiatri, 2006). Vidare påvisar Nicol, Pope, Sprengelmeyer, Young, Hall (2013) interaktionsproblematiken då de menar att patienter med BPD hade svårare att korrekt avgöra ansiktsuttryck, och bedömde oftare ansiktsuttryck som ej tillmötesgående och ej trovärdiga.

Stigmatiseringens påverkan på BPD kan härledas till en studie av Rüsç et al (2008) som fann att kvinnliga BPD patienters slutförande av terapi kunde förutses med *experiential avoidance*. Begreppet definieras som “the attempt to alter the form, frequency, or situational sensitivity of private events even when doing so causes behavioral harm”. Med andra ord vill patienter med BPD undvika situationer som känns jobbiga och påfrestande även när undvikandet medför mycket stor skada (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). För en del patienter avtar problematiken med åren, men en dålig prognos kan ligga till risk för självmord (Ottosson, 2010).

Enligt SPF:s kliniska riktlinjer bör patienter med BPD bemötas med värme och empati i behandlingskontakten och vårdpersonal bör aktivt lyssna på patienterna och visa respekt. Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en speciellt utvecklad psykoterapiform som sker både individuellt och i grupp. Vid samtidig depression och annan samsjuklighet behandlas ibland BPD även farmakologiskt med bland annat SSRI preparat och antipsykotiska läkemedel (Svenskpsykiatri, 2006). Mindfulness, som är en gammal österländsk metod som fokuserar på ett medvetet närvarande, har visat sig vara en framgångsrik egenvårdsbehandling för patienter med BPD (Skärsäter, 2014). En studie av Ramon, Castillo och Morant undersökte vad patienter med personlighetsstörning ansåg vara aspekter av en idealisk vård. Det innefattade att bli bekräftad, att bli bemött på ett holistiskt sätt och att vården var lätt tillgänglig (ibid).

Enligt Skärsäter (2014) bör vården involvera en allians mellan personal och patient och vara väl strukturerad. För att bilda denna form av allians krävs kommunikation, empati och rollöverskridning enligt Travelbees (2014/1966) omvårdnadsteori.

Stigma i relation till psykisk ohälsa

Forskning visar att det är vanligt att personer med psykisk ohälsa upplever diskriminering och orättvis behandling på grund av sin diagnos (Lundberg, 2010; Thesen, 2001). Inom psykiatrisk vård konfronteras vårdaren ofta med svåra patienter vilket medför stress och påverkan på relationen mellan patient och vårdare (Skärsäter, 2014). Beteendet från dessa patienter kan i vissa fall tolkas som manipulation, aggressivitet och suicidalt beteende vilket genererar negativa emotioner hos vårdpersonalen (Rossberg & Friis, 2003). Hellzén och Asplund (2006) menar att patienter delas in av hälsopersonal i olika typologier; den gode patienten, den oförmögne patienten, den osynlige patienten, och den dålige patienten. Den dålige patienten beskrevs som en fysisk och psykisk påfrestning för vårdaren. Patienter med BPD kan falla inom ramen för detta genom "... ett karaktäristiskt sätt att framkalla känslor av intensiv, maktlös ilska och hjälplöshet hos vårdpersonalen" s155. (Näslund, 1998). Lundbergs studie (2010) visar på att många personer med psykisk ohälsa förväntar sig att diskrimineras eller avvisas i vissa sammanhang vilket leder till en anteciperad typ av stigma. För att hantera ett eventuellt avvisande kan då ett undvikande beteende utvecklas som en form av copingstrategi (ibid.).

Negativa attityder gentemot patienter med BPD har identifierats i tidigare forskning där sjuksköterskor uppfattar patientgruppen som svår och att de saknar kunskap om hur dessa patienter ska vårdas (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos, 2009; Cleary, Siegfried & Walter, 2002). Markham (2003) undersökte i sin studie vilka känslor som patienter med BPD genererade hos sjuksköterskor och fann att sjuksköterskorna höll mer distans till de patienterna än till andra patientgrupper. De uttryckte också mindre optimism när de gällde att vårda patienter med BPD. I en studie av Wollastoon och Hixenbaugh (2008) benämndes patientgruppen som manipulativ, hotfull och oberäknelig av de intervjuade sjuksköterskorna. De negativa attityder som existerar gentemot patientgruppen kan bidra till upplevelser av stigmatisering (Skärsäter, 2014) och till det som Travelbee (2014/1966) benämner som en avhumaniserande kategorisering.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att undersöka hur patienter med borderline upplever stigmatisering i vårdsituationer.

Metod

Enligt Kristensson (2014) är litteraturstudier en sammanställning av relevant kunskap från vetenskaplig litteratur som skapar en översikt vilken kan användas i forskningssyften. Genom användandet av nyckelbegrepp och inklusions- alt. exklusions-kriterier kan en litteraturstudie svara på en specifik fråga (ibid). Ansatsen i föreliggande studie är induktiv, vilket betyder att studien går från specifika observationer till generella antaganden. Slutledningarna från induktiva ansatser är inte generaliserbara (Henricson, 2012), men kan leda till hypotesformering för framtida verifiering med deduktiv ansats (Polit & Beck, 2012).

Urval och datainsamling

Inklusionskriterier för studierna var upplevelser av vårdsituationer, upplevelser av Stigma eller stigma-nära erfarenheter hos patienter med BPD. Ytterligare inklusionskriterier som identifierades vara av värde under urvalsprocessen var artiklar skrivna under de senaste 15 åren och åldersgruppen på deltagare 19+. Studier som inte var skrivna på engelska exkluderades, samt de som inte uppfyllde övriga kriterier. Sökstrategin, datainsamlingen, och urvalsprocessen följer den metod beskriven för litteraturstudier av Kristensson (2014), med tillägg av manuell sökning beskrivet av Axelson (2012). Litteraturstudier och översiktsstudiers referenslistor kan enligt metoden för manuell sökning användas för att identifiera fler studier med relevans för syftet (ibid). Manuell sökning användes då relevanta artiklar riskerade vara för få, och metoden tillät då att bredda urvalet och tillåta striktare gallring enligt studiekvaliteten. Manuell sökning kallas av Polit och Beck (2006) för snöbollseffekt.

Studien började med sökning på databaserna PubMed, PsychINFO, och CINAHL. Författarna använde sig av indexord och MeSH-termer, vilket enligt Kristensson (2014) fungerar som

nyckelord som tilldelas artiklar som finns i databaser. Indexord katalogiseras i databasens ordlista som kallas Thesaurus (ibid.). Initialt användes sökorden Borderline Personality Disorder (MeSH), stigma (MeSH), patients (MeSH) och attitude (MeSH). Författarna till föreliggande studie använde även fritextsökning med sökorden experience och labeling när de ansåg att MeSH-termerna inte samlade in tillräckligt med material. Fritextord är valda söktermer för att matcha ord som förekommer i beskrivningen av varje specifik studie, och fördelen är att de kan lokalisera nyligen publicerade studier som ännu inte blivit indexerade (SBU, 2014). Sökningen ämnade att lokalisera studier som fokuserar på beskrivna upplevelser av patienter med BPD. Sökorden kombinerades med den booleska operatören AND. De booleska operatorerna ger databasen specifika instruktioner, och AND innebär att minst ett av orden skall ingå i träffarnas referenser (SBU, 2014). Den booleska operatören AND ökar därmed sökningens sensitivitet (Kristensson, 2014). När författarna till föreliggande studie påbörjade sökningen gjordes först en sökning på varje enskilda sökord, men vidare gallringen skedde inte då eftersom sökningarna genererade för många träffar. Sökorden kombinerades därför för att avgränsa och underlätta urvalsprocessen.

Första steget i urvalsprocessen gjordes genom att exkludera de artiklar vars titlar ej hade relevans för syftet eller problemområdet. Efterföljande steg var genomläsningen av abstrakt, vilket resulterade i ytterligare reducering av antalet artiklar enligt relevans till syftet och ovan nämnda inklusions och exklusionskriterier. Ytterligare två artiklar identifierades genom ovan beskrivna manuell sökning/snöbollsmetod. I nästa steg genomgick artiklarna en djupare genomläsning för att bedöma relevans till det valda studieområdet och för att kvalitetsgranskas, endast artiklar som bedömdes vara av hög kvalitet behölls förutom en som bedömdes medelhög. I det slutliga urvalet kvarstod de två artiklar som identifierats genom manuell sökning. En av de utvalda artiklarna var kvantitativ, resten var kvalitativa.

Kvalitetsgranskningen gjordes med en mall för kvalitativa studier och en mall för kvantitativa studier, båda från SBU (2014). I kvalitetsbedömningen lästes artiklarna först igenom och bedömdes individuellt av författarna och sedan fördes diskussion för att nå konsensus i tolkning av mallarnas frågor. En kvalitetsgranskning undersöker om forskarna påverkat studiernas resultat eller om kvalitén på något sätt är bristfällig (Willman, Stoltz, Bahtsevani, 2011) och de studier som inte höll god kvalitet exkluderades. För hög kvalitet sattes gränsen till 80 % - 100 %. För medelhög kvalitet sattes gränsen till 70 % - 79 %. För låg kvalitet sattes gränsen till 60 % - 69 %. I kvalitetsbedömningen lästes artiklarna först igenom och bedömdes

individuellt av författarna och sedan fördes diskussion för att nå konsensus i tolkning av mallarnas frågor. En kvalitetsgranskning undersöker om forskarna påverkat studiernas resultat eller om kvalitén på något sätt är bristfällig (Willman, Stoltz, Bahtsevani, 2011).

Tabell. 1

| Databas CINAHL | Sökord | Antal träffar | Antal lästa abstrakt | Antal lästa fulltext och granskade | Med i resultatet |
|-------------------|---|---------------|-------------------------|--|---------------------|
| #1 | "Borderline Personality Disorder" (MeSH) | 1099 | 0 | 0 | 0 |
| #2 | "Stigma" (MeSH) | 3908 | 0 | 0 | 0 |
| #3 | "Experience" | 56591 | 0 | 0 | 0 |
| #4 | "Patients" (MeSH) | 384359 | 0 | 0 | 0 |
| #5 | #1 AND #2 | 30 | 10 | 4 | 1 |
| #6 | #1 AND #3 | 134 | 17 | 5 | 1 |
| #7 | #1 AND #4 | 531 | 13 | 5 | 1 |

Tabell. 2

| Databas PsycINFO | Sökord | Antal träffar | Antal lästa abstrakt | Antal lästa fulltext och granskade | Med i resultatet |
|---------------------|---|---------------|-------------------------|--|---------------------|
| #1 | "Borderline Personality Disorder" (MeSH) | 3546 | 0 | 0 | 0 |
| #2 | "Stigma" (MeSH) | 7349 | 0 | 0 | 0 |
| #3 | "Experience" | 146455 | 0 | 0 | 0 |
| #4 | "Attitude" (MeSH) | 144773 | 0 | 0 | 0 |
| #5 | "Patients" (MeSH) | 217026 | 0 | 0 | 0 |
| #6 | #1 AND #2 | 19 | 3 | 1 | 0 |
| #7 | #1 AND #3 | 596 | 19 | 6 | 3 |
| #8 | #1 AND #4 AND #5 | 71 | 3 | 2 | 0 |
| #9 | #1 AND #4 | 157 | 2 | 2 | 1 |

Tabell. 3

| Databas PubMed | Sökord | Antal träffar | Antal lästa abstrakt | Antal lästa fulltext och granskade | Med i resultatet |
|----------------|--|---------------|----------------------|------------------------------------|------------------|
| #1 | Borderline Personality Disorder (MeSH) | 2637 | 0 | 0 | 0 |
| #2 | Stigma (MeSH) | 5096 | 0 | 0 | 0 |
| #3 | Experience | 124060 | 0 | 0 | 0 |
| #4 | #1 AND #2 | 10 | 3 | 0 | 0 |
| #5 | #1 AND #3 | 188 | 3 | 0 | 0 |

Tabell.4 Manuell Sökning

| Sökord | Antal träffar | Antal lästa abstrakt | Antal lästa fulltext | Med i resultatet |
|--------|---------------|----------------------|----------------------|------------------|
| - | - | 2 | 2 | 2 |

Data analys

I föreliggande studie användes integrerad analys definierat enligt Kristensson (2014).

Metoden är ett sätt att presentera resultat så att läsaren lättare får översikt. I den integrerade analysen identifierar likheter och olikheter och dessa tilldelas etiketter, vilka kan bilda kategorier och teman (ibid).

Först utfördes en naiv genomläsning av studierna utan temaproduktion som fyllde funktionen av att få en känsla för studiens innehåll. Individuella omläsningar utfördes för att identifiera likheter och olikheter i de olika artiklarna som kunde delas in i kategorier och bilda teman. Utifrån identifierade teman, omlästes studierna för att om möjligt identifiera nya, och raffinera redan identifierade teman. För att minska subjektivitet i tolkning av artiklarna genomförde författarna individuella tolkningar, för att sedan sammanföra och diskutera fram gemensamma tolkningar och nå konsensus.

Forskningsetiska avvägningar

Författarna till föreliggande studie har eftersträvat att bibehålla en objektivitet utan att förvränga eller tolka fynden i valda studier. Studier har valt utefter huruvida de berör syftet och inte efter vad deras resultat innehåller. De studier som inkluderats i resultatet har granskats gällande kvalitet och forskningsetiska avvägningar med granskningsmallar från SBU (2014).

Enligt både Helsingforsdeklarationen (2000) och Nurembergkoden (1949) skall forskning endast utföras av kompetenta individer. De utvalda studierna skall vara godkända av en etisk kommitté. Etiska överväganden skall därför vara tydligt formulerat i de studier som väljs ut. Om den här studien skulle ha utförts empiriskt skulle det handla om att göra patientintervjuer och etiska principer ska då följas. En intervjustudie görs på människor och måste därför godkännas av en etisk kommitté. Principerna innefattar att deltagaren kan ge ett informerat samtycke vilket innebär att de ska ha fått adekvat information gällande forskningen och att de har förstått informationen. Vidare skall forskarna så långt som möjligt inte vilseleda deltagarna, utan ge full information om studiens syfte, utformning, och betydelse. Om vilseledning behövs för studien, så krävs ytterligare övervägning av en etisk kommitté angående kostnad vs. nytta. Vidare skall studien förväntas vara till gagn för den grupp som studeras (ibid.). Deltagarna skall även kunna dra sig ur studien utan konsekvenser, konfidentialiteten skall upprätthållas, och data skall förvaras säkert (Polit & Beck, 2006). I en studie involverande människor är det forskarnas uppgift att säkerställa deltagarnas hälsa. Om forskarna misstänker att hälsan kan skadas, skall studien omedelbart avslutas. De skall även ha en plan för att följa upp deltagarnas hälsa efter avslutad studie, och kunna erbjuda behandling för all form av skada som resulterat från studiens inverkan (Helsingforsdeklarationen, 2000). Detta är relevant för den här studiens syfte och patientgrupp eftersom gruppen skulle kunna uppleva obehag i samband med intervjuerna. Intervjustudier som riktar sig till människor med psykisk problematik, som BPD, riskerar att bli ett terapiesamtal och då gå allt för mycket på djupet (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta blir ett extra stort problem om intervjuaren saknar kvalificering inom terapiesamtal (Helsingforsdeklarationen, 2000).

Resultat

Analysen av de utvalda valda genererade tre teman: *fördomar i bemötandet, svikande vård och maktlöshet*.

Brister i bemötandet

Patienter med BPD känner ofta att de möts av fördomar i kontakt med vårdpersonal och att de inte blir bekräftade som en hel människa (Morris, Smith & Alwin 2014; Bonnington & Rose 2014; Rogers & Dunne 2011; Veysey 2014; Horn, Johnstone & Brooke 2007; Lawn & McMahon, 2015).

Lawn och McMahons (2015) kvantitativa enkätstudie med 153 deltagare, med syfte att undersöka vårderfarenheter hos Australiensiska patienter med BPD, fann att 65,4 % av deltagarna någon gång upplevt diskriminering i kontakt med vården och 53,6 % angav att de behandlats respektlöst på grund av deras diagnos.

Perseus, Ekdahl Åsberg och Samuelsson (2005), genomförde en intervjustudie med 10 kvinnor, och fann att patienterna upplevde att vårdpersonalen har fördomar som resulterar i att personalen inte förstår varför patienterna är utåtagerande och självskadande. Vidare framkommer det att personalen upplevs skapa sina egna tolkningar till patienternas beteende (ibid.) I enlighet med detta fann Morris Smith och Alwin (2015) i sin intervjustudie med 9 individer som haft kontinuerlig kontakt med psykiatrisk vård i Storbritannien, där syftet var att studera upplevda vårderfarenheter hos patienter med BPD, att fördomar upplevs påverka vårdpersonalens tolkningar av patienternas beteenden och att de har specifika förväntningar på patienterna till följd av deras diagnos. I linje med detta fann Veysey (2014) i en intervjustudie med 8 deltagare med syfte att undersöka upplevelser hos patienter med BPD av diskriminering, att fördomar om patienterna leder till att de snabbt kategoriseras enligt vårdpersonalens förväntningar och stereotyper. Detta förekom speciellt vid synliga självförvårdade skador (ibid.). En vanligt förekommande fördom som patienter med BPD tillskrivs är att deras beteenden uppfattas vara ett konfliktsökande och ett rop på uppmärksamhet istället för på hjälp, vilket beskrevs i flera studier (Bonnington & Rose; 2014, Morris, Smith & Alwin, 2014; Horn, Johnstone & Brooke, 2007). I Bonnington och Rose (2014) studie, där 46 (varav 22 individer med BPD) intervjuades i fokusgrupper med syftet att

utforska upplevelser av stigmatisering, framkom att patienterna upplevde att vårdpersonalens förväntningar är källan till existerande negativa attityder. Allmänheten ansågs sakna negativa attityder om BPD, då de patienter i studien som haft liten eller ingen kontakt med vården ansåg att det inte fanns negativa stereotyper om diagnosen.

Rogers och Actons (2012) studie, där 7 individer intervjuades med fokus på upplevelser av läkemedelsbehandlingar, upplevde deltagarna att fördomar i bemötandet är en produkt av en bristande kunskap om BPD när vårdpersonalen inte förstår sig på patienternas beteenden. I linje med det identifierade Fallon (2003) i en intervjustudie med 7 deltagare med syfte att undersöka upplevelser hos patienter med BPD av psykiatrisk vård i Storbritannien, att kunskap och attityder står i relation till varandra, eftersom patienterna upplevde att en personal med större kunskap hade lättare för att se till hela individen och inte bara stereotyperna kring diagnosen. Även Lawn och McMahons (2015) studie fann att kunskapsbrist var det som genererade fördomar i bemötandet

Fördomar i bemötandet tog sig olika former och enligt Bonnington och Rose studie (2014), tillskrivs patientgruppen flera negativa karaktärsdrag av vårdpersonal och uppfattas som svåra att vårda. De menar, till skillnad från Rogers och Acton (2012), att det är ett resultat av att det finns vårdpersonal som inte betraktar BPD som en riktig diagnos och att patienterna därför inte anses vara sjuka på riktigt. Veysey (2014) fann samma upplevda fördomar om BPD som Bonnington och Rose (2014) och att fördomarna leder till att patienternas lidande inte bekräftas.

Morris, Smith och Alwin (2014) menar däremot att fördomar uttrycker sig som fatalistisk inställning till patienternas prognos och att vårdpersonal inte ser någon förändringspotential i patienterna. Bonnington och Rose (2014) presenterar också upplevelser av negativa uppfattningar gällande prognosen där patienter upplever att de placeras i ett statiskt tillstånd utan framtidsutsikter.

Svikande vård

Flera av studierna beskriver att patienter med BPD upplever en vård som antingen inte kan eller vill tillgodose deras individuella vårdbehov, och vården uppfattas som opålitlig (Perseius et

al., 2005; Morris, Smith & Alwin, 2014; Fallon, 2003; Rogers & Dunne, 2011; Lawn & McMahon, 2015; Horn, Johnstone & Brooke, 2007).

Perseus et al. (2005) belyser i sin studie upplevelser av att det finns en skillnad mellan vad patienternas och vårdens uppfattningar är kring patienternas problem. Patienterna upplevde att även när vården försöker fylla patienternas behov, så upplevdes arbetet inte leda till någon hjälp, utan endast ämna att ge sken av att leda till förbättring. Behandlingarna upplevdes gynna vårdpersonalen mer än patienterna (ibid.). Liknande upplevelser av att vårdpersonalen inte kan möta patienternas behov lyftes fram i Morris, Smith och Alwin (2014). Studien fann däremot att orsaken till det effektlösa arbetet är att vårdpersonalen helt enkelt inte kan hantera det vida spektrum av problem som patienter med BPD presenterar för dem. Patienterna i studien upplevde att vården endast fokuserade på de direkta kriserna istället för ett mer långsiktigt förebyggande arbete (ibid.).

Flera studier identifierade att patienter hade önskemål som inte uppfylldes (Morris, Smith & Alwin, 2014; Fallon, 2003). Vården upplevs som poänglös när patienterna känner att inget egentligen uppnås och att vården fokuserar på att placera in patienterna i olika fack istället för att hjälpa dem på riktigt (Perseus et al., 2005; Morris, Smith & Alwin, 2014).

Patienter med BPD upplever ofta att de måste bevisa allvaret i sin situation när de söker vård för att vården ska uppmärksamma deras behov istället för att avfärda deras problem (Rogers & Acton, 2012; Morris, Smith & Alwin, 2014). I linje med det identifierade Lawn och McMahon (2015) att 70,5 % av deltagarna upplevt att de inte blivit tagna på allvar när de sökt vård.

Rogers och Acton (2012) belyser hur BPD uppfattas vara underprioriterat när det gäller resurser och att patienter upplever att de erbjuds för lite behandlingsalternativ. Detta lyfts även fram i studien av Bonnington och Rose (2014) där de identifierade upplevelserna av bristande tillgång till vård, samt att resurserna inte levde upp till patienternas behov. Upplevelser av vården som otillgänglig identifierades även i Horn, Johnstone och Brookes (2007) studie, som i Storbritannien utforskade upplevelser av att bli diagnostiserad med BPD genom intervjuer med 5 respondenter, och patienterna beskrev vården som svikande i denna aspekt. Rogers och Dunne (2011) utforskade i sin studie hur individer med personlighetsstörning (alla deltagare hade BPD) upplevde av slutenvård, där 10 patienter

med BPD intervjuades i fokusgrupper. I likhet med Lawn och McMahon (2015) fann de att patienter med BPD upplever vården som svår att nå vilket genererar känslor hos patienterna av att inte förtjäna att vårdas. I likhet med Fallon (2003), fann Rogers & Dunne (2011) även att vårdpersonal uttryckte sig på ett sätt som fick patienter med BPD att känna att andra patientgrupper behöver resurserna mer än dem, då BPD anses som mindre allvarligt. Vidare identifierade Fallon (2003) att tillgången på vård påverkar patienternas välmående, och studien belyser även värdet av kontinuitet i vården eftersom patienter upplever att de skickas vidare mellan olika vårdkontakter på ett ofördelaktigt sätt.

Att ha diagnosen BPD medför en känsla av att lämnas utanför vården eller att inte ha en tydlig plats i vårdsystemet (Horn, Johnstone & Brooke, 2007). I linje med det lyfter Bonnington och Rose (2014) fram hur diagnosen medför upplevelser av att vården vill hålla en viss distans till patienterna och att vården sviker genom dra sig undan.

Maktlöshet

Flera studier visar att patienter med BPD upplever maktlöshet i relation till vården och beslutsprocesser kring deras egen vård (Perseius, Ekdahl, Åsberg, & Samuelsson, 2005; Veysey, 2014, Lawn & McMahon, 2015; Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Rogers & Acton, 2012; Fallon, 2003).

Undanhållande av information identifierades som en förekommande faktor till reducering av upplevd makt hos patienterna (Lawn & McMahon, 2015; Rogers & Acton, 2012; Horn, Johnstone & Brooke, 2007). Lawn och McMahon (2015) fann att 37,8 % av deltagarna aldrig fått förklarat för sig vad deras diagnos innebar. I enlighet med det fann Rogers och Acton (2012) att patienter upplevde att information undanhölls gällande behandlingar och Horn, Johnstone och Brooke (2007) fann att patienter upplever att vården medvetet undanhåller kunskap för att förstärka sin maktposition.

Patienterna upplever att de saknar makt över sin vård och att de inte får ta egna beslut eller vara delaktiga i beslutsprocesser (Perseius et al, 2005; Veysey, 2014). Detta beskrivs i Rogers och Actons (2012) studie där patienter inte kände sig delaktiga i beslut kring behandlingar och läkemedel. I enlighet med detta identifierade Fallon (2003) hur patienter upplever att de inte har någon delaktighet i beslut kring hur planering av deras vård. Studien tar även upp vikten

av att patienten behöver känna sig integrerad sitt vårdteam och hur den delaktigheten står i relation till hur mycket makt patienten upplever att hen har. Rogers och Acton (2012) understryker samma sak då patienter upplevde att de inte fick vara lika delaktiga som de skulle önska.

Patienter med BPD upplever maktlöshet när de kritiserar sin vård eftersom de är rädda att dra på sig ett rykte av att vara en dålig patient (Veysey, 2014). Samma fynd beskrivs i Fallon (2003) där patienter undanhöll åsikter och information eftersom de var rädda att väcka vårdpersonalens missnöje. Patienterna upplever även att de riskerar att bli bestraffade om de inte gör som vårdpersonalen anser är bäst (Bonnington & Rose, 2014; Rogers & Dunne, 2011). Rogers och Acton (2012) menar att patienter med BPD ofta känner sig tvingade att acceptera behandlingar eftersom de annars hotas med värre alternativ, och liknande fynd gällande hot uppkom i Rogers och Dunnes (2011) studie. Veysey (2014) studie visade att makt även förekom i form av att avsiktligt förnekas behandlingar. Bonnington och Rose identifierade samma företeelse som Veysey (2014) då både diagnostisering och behandling medvetet undanhölls enligt patienternas åsikter.

Diskussion

Diskussion av vald metod

En litteraturstudie bedömdes vara relevant för att svara på syftet som ämnade att belysa patientupplevelser samt hur de yttrar sig, och enligt Kristensson (2014) ämnar en litteraturstudie att sammanställa redan gjord forskning kring ett valt ämne. En empirisk studie hade möjligen gett en djupare inblick i problemområdet.

Data samlades in genom databaserna PsycINFO, PubMed och CINAHL, vilket uppskattades vara lämpligt då databaserna fokuserar på omvårdnad, medicin och psykologi och därmed kan lokalisera artiklar som berör syftet (Kristensson, 2014). Sökningen påbörjades i CINAHL eftersom den databasen har ett specifikt omvårdnadsfokus och därmed kan lokalisera artiklar

med relevans till föreliggande studies perspektiv. Sökorden ansågs vara passande för att lokalisera studier som svarade till syftet men inte för specifika för att relevanta studier skulle missas. Det är möjligt att en mer specificerad sökning och att andra söktermer hade underlättat lokaliseringen av data. Utöver MeSH-termer användes fritextord som kan ha minskat risken att missa artiklar som ännu inte blivit indexerade (Kristensson, 2014).

En av de valda studierna hade även med deltagare med diagnosen bipolär, men den inkluderades ändå eftersom det tydligt gick att utläsa vilken patientgrupp som angett vad i resultatet, samt att artikeln bedömdes vara för relevant för att exkluderas eftersom den berörde syftet i stor omfattning. I de utvalda studiernas urval var det en majoritet av kvinnliga deltagare. Enligt DSM-V så är 75 % av de som diagnostiseras med BPD kvinnor (American Psychiatric Association, 2013), och könsfördelningen i de analyserade studierna ansågs till viss grad vara förväntad. En annan faktor relaterad till urval som kan påverka resultatet är att de individer som aktivt ställer upp i studier gör det eftersom de har något de vill förmedla. Det finns därmed en risk att de inte representerar sin population och att perspektivet har en viss vinkel (Polit & Beck, 2014). De här faktorerna kan indirekt påverka resultatet i föreliggande studie.

Studierna som ingick i urvalet var utförda i Sverige, Nya Zeeland, Storbritannien och Australien och i den genomförda litteratursökningen på databaserna var de flesta studierna som påträffades från engelsktalande länder. Författarna hade dock inga specifika inklusionskriterier gällande vilka länder studierna skulle vara utförda i eftersom de ville eftersträva en bred kunskap. I DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) anges att kriteriet för att diagnostisera en personlighetsstörning är att individens beteende markant skiljer sig från vad som förväntas inom sin kultur. Även om det kan föreligga skillnader mellan de länder som studierna är utförda i, anser författarna att de kulturellt sätt är relativt lika varandra. Det är rimligt att förmoda att det finns skillnader i vårdaspekter i de olika länderna men samtliga länders omvårdnadskrav förhåller sig till en etisk kod som bedöms till stor del överensstämmande (Nursing and Midwifery board of Australia, 2013; Svensk sjuksköterskeförening, 2012; Nursing Council of New Zealand, 2012; Nursing and Midwifery council, 2015). Inklusionskriterien gällande tidsintervall för urvalet var 2000 - 2015, och de valda studierna var utförda mellan 2003 och 2015. Ett mindre tidsintervall valdes inte eftersom studier som berörde syftet då skulle exkluderas, men det är sannolikt att vården har

utvecklats och förändrats under detta tidsintervall vilket författarna är medvetna om. Då syftet aldrig handlade om att utvärdera vården, så ansågs risken för att representera en gammal vårdorganisation ej inverka negativt på resultatet. De studier som analyserades inkluderade inte när deltagarnas upplevelser inträffat, vilket gör det svårt att avgöra om deras upplevelser representerar den vård som erbjuds idag. Åldersgränsen 19+ ansågs vara rimlig eftersom en personlighetsstörningsdiagnos formellt inte sätts på personer under 18 år (Svensk psykiatri, 2006).

Eftersom studierna var utförda från ett patientperspektiv var etiska riktlinjer en viktig princip i kvalitetsgranskningen, och alla studier bedömdes inte ha beskrivit dessa punkter till fullo. Det gällde framförallt att relationen mellan forskare och deltagare sällan beskrevs i avsikt för att avgöra om relationen kan ha haft inverkan på hur frivilligt deltagarna medverkade i studierna. Studierna inkluderades trots detta, eftersom övrig kvalitet bedömdes hög. Bedömningsmallen från SBU för kvalitetsgranskningen av den studien med kvantitativ ansats modifierades eftersom vissa punkter inte bedömdes relevanta. De punkter som togs bort var de gällande selektionsbias, behandlingsbias, blindning, bortfall inom jämförande grupper och biverkningar då de inte ansågs vara applicerbara för hur den kvantitativa studien av Lawn och McMahons (2015) var utformad och därmed inte påverkade kvalitén. Enligt SBU (2014) bör mallen modifieras efter den typ av kvantitativa studie som granskas. Samtliga artiklar som inte var skrivna på engelska exkluderades vilket kan ha bidragit till att relevanta studier inte togs med i resultatet. Eftersom engelska inte är författarnas modersmål så kan det förekomma vissa tolkningsfel i förståelsen av studiernas innehåll. Författarna anser dock ha goda kunskaper i engelska och har eftersträvat en så objektiv tolkning som möjligt.

Att huvudsakligen välja studier med kvalitativ ansats ansågs lämpligt för föreliggande studie då fokus ligger på upplevelser. Endast 9 studier inkluderades i föreliggande studies resultat vilket kan ha påverkat resultatet, och ett större antal studier hade kunnat ge en bredare kunskap.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatets svar på föreliggande studies syfte är att patienter med BPD upplever stigmatisering i form av att uppleva fördomar i bemötandet, genom att känna sig svikna av vården och genom att uppleva sig maktlösa.

Resultatet visade att patienter med BPD har upplevelser av att delas in i en kategori utefter vårdpersonalens förutfattade meningar (Morris, Smith & Alwin 2014; Bonnington & Rose 2014; Rogers & Dunne 2011; Veysey 2014; Horn, Johnstone & Brooke 2007; Lawn & McMahon, 2015). Patienter med BPD upplever sig till följd av detta orättvist behandlade till följd av sin diagnos vilket går i linje med vad Lundbergs (2010) studie belyser gällande stigmatisering av psykisk ohälsa. De blir betraktade som en patientkategori som bland annat betraktas som svår att vårda, och fynden i föreliggande studie pekar på att det finns brister i bemötandet. Det kan tolkas som ett existerande av fenomenet Travelbee (1966/2014) beskriver som den mänskliga reduktionsprocessen vilken hon menar avhumaniserar patienterna och står i vägen för den mellanmänskliga relationen som är väsentlig för en god vård. Kategoriseringen av patienter följer det Hellzén och Asplund (2006) redogör för gällande hur vårdpersonal tenderar att dela in patienter i typologier, och resultaten i föreliggande studie indikerar att patienter med BPD i så fall tenderar delas in i typologierna den osynlige, den dålige och den oförmögne patienten. Kategoriseringen är inte unik för patienter med BPD, då Hellzén och Asplund (2006) fann att vårdpersonal tenderar att dela in alla patienter i typologier.

Resultatet visar att patienter med BPD känner att de reduceras till sin diagnos och inte blir sedda som hela människor (Morris, Smith & Alwin 2014; Bonnington & Rose 2014; Rogers & Dunne 2011) vilket indikerar att relationen mellan vårdpersonal och vårdtagare inte uppfyller patientens behov. Resultatet belyser det som Goffman (1963) beskriver som en del av den stigmatiserande processen, där patienterna reducerats till vad som anses vara mindre önskvärda egenskaper och diskrimineras till följd av detta. Reduktionsprocessen sker både i form av att patienterna reduceras till sin diagnos och i form av att uppfattas utifrån förutbestämda kännetecken. Enligt Travelbee (1966/2014) har reduktionsprocessen en negativ inverkan på omvårdnaden även när den inte är direkt stigmatiserande då hon menar att när en person reducerats i hälsopersonals sinnen, så försvinner även de motiverande känslor som vårdpersonal i sitt arbete gagnas av. I samband med reducerandet försvinner empatin, vilket

resulterar i att vårdpersonal inte kan förstå vad deras patient känner i en given situation, eftersom vårdgivarens inlevelseförmåga reducerats, likväl försvinner sympatin som är central för att vårdpersonal skall vilja ta tag i patientens problem och hjälpa dem finna mening i sitt lidande (Travelbee, 1966/2014).

Föreliggande studies resultat visade också att patienter med BPD upplever att vården har en fatalistisk inställning gentemot deras framtidsutsikter (Morris, Smith & Alwin, 2014; Bonnington & Rose, 2014). Det är rimligt att förmoda att de fatalistiska fördomarna som beskrivs hindrar sjuksköterskan från att vara den förändringsagent som Travelbee (1966/2014) talar om, eftersom hen då accepterar att patienten befinner sig i ett statiskt och lidande tillstånd.

Enligt resultatet visar studier att kunskapsbrist anses bidra till att fördomar och negativa attityder bildas gentemot patienter med BPD (Bonnington & Rose, 2014; Lawn & McMahons, 2015). Om sjuksköterskor skulle inneha en större förståelse för problematiken hos patienter med BPD är det troligt att de negativa attityderna möjligen skulle minska. Detta antagande stöts i Krawits (2003) studie där relationen mellan attityder gentemot BPD och kunskap undersöktes, med syftet att se om en ökad kunskap kan förändra attityderna till det bättre. I studien undersöktes hur attityder påverkas när vårdpersonal erhåller specialiserad utbildning om BPD och hur attityderna förändrades efter utbildningen. Resultatet indikerade en positiv attitydförändring och en ökad förståelse för problematiken hos patienter med BPD. Samma effekt har identifierats i en liknande studie av Commons, Treloar och Lewis (2008) där vårdpersonalens attityder gentemot självskadande patienter förbättrades efter utbildning. Enligt Goffman (1963) finns det individer i vars sällskap den stigmatiserade inte längre känner sig stigmatiserad, och exemplifierar detta med sjuksköterskor som genom sitt yrke blivit förtrogna med den stigmatiserades situation. I mötet med den förstående och insiktsfulla sjuksköterskan försvinner känslan av skam och individen kan känna sig som en jämbördig, enligt Goffmans teori (1963). Även om kunskap kan anses vara förväntat, eftersom all hälsopersonal förmodas ha genomgått både en grundläggande utbildning och möjligen även specialiserad utbildning för den vårdinrättning de arbetar på, så verkar det finnas en påtaglig vinst i att vidareutveckla personalens kunskaper med ny forskning och medföljande insikter i alla vårdmiljöer där patientgruppen påträffas.

Vidare beskriver resultatet i föreliggande hur patienter med BPD känner att vården sviker

dem och inte förstår deras problematik, och hur patienter med BPD inte upplever sig vara förtjänta av sin vård. Resultatet indikerar även att patienter med BPD känner att de måste bevisa att de behöver vård och att det finns en rädsla över att inte bli trodd (Perseius et al., 2005; Morris, Smith & Alwin, 2014; Fallon, 2003; Rogers & Dunne, 2011; Lawn & McMahan, 2015; Horn, Johnstone & Brooke, 2007). Goffman (1963) beskriver rädslan för att bli misstrodd som en vanlig reaktion hos den stigmatiserade individen. Fyndet kan tolkas som att den subjektiva upplevelsen av hälsa hos patienten inte tagits i åtanke då patienters upplever att vården inte tillgodoser deras individuella behov. Detta kan vara till följd av att vården inte förstår patientens behov på grund av kunskapsbrist, eller att patienter med BPD har problem som helt enkelt är svåra att tillfredsställa, vilket identifierades som två faktorer i Treloars (2009) studie som undersökte vad vårdpersonal ansåg vara utmanande gällande patienter med BPD. Otryggheten som följer osäker tillgång till vård är enligt Travelbee (1966/2014) direkt kopplat till patientens hopp, som står i relation till hur väl patienten förhåller sig till sin situation och som är ett av sjuksköterskans omvårdnads mål. Vidare skall sjuksköterskan även utgå ifrån att alla individer har ett värde och en värdighet som inte kan definieras av någon annan. Lindwall, Boussiad, Kulzer & Wigerblad (2012) undersökte i en studie hur sjuksköterskor upplevde patienters värdighet i psykiatriska vårdmiljöer. De lyfter fram vikten av att sjuksköterskan uppmärksammar patientens behov, och att hen bör skapa utrymme för patienten att yttra sin önskemål och behov. De beskriver även hur sjuksköterskan bör se till hela människan bortom symtomen, vilket går i linje med vad patienterna önskade i föreliggande studies resultat och Travelbees (1966/2014) omvårdnads perspektiv. Vidare menar Lindwall et al. (2012) att försummandet av patientens värdighet genererar upplevelser av maktlöshet hos patienten vilket gör det svårare för patienten att förmå sig att påverka beslut. Det är alltså i enlighet med Lindwalls et al. (2012) studie rimligt att anta att bevarandet av patientens värdighet står i relation till patientens upplevelse av autonomi, och att ett försummande av värdigheten bidrar till ett asymmetriskt maktförhållande. Behovet och lösningen framstår ligga i att patienter med BPD behöver nyckelpersoner som organiserar deras vård, och som patienterna kan utveckla en tillitsfull relation till där de inte behöver ifrågasätta om deras värdighet beskyddas (Lindwall, et al., 2012). Detta stärks även av fynden i Wyder, Bland, Blythe, Matarasso och Crompton (2015) studie som undersöker vad patienter under tvångsvård upplever som viktigt i vårdrelationen belyser den mellanmänniska relationens inverkan på patienters välmående. Studiens deltagare eftersökte en relation som präglades av tillit, lyhördhet, kunskapsutbyte, delaktighet och ett fördomslöst holistiskt bemötande Att etablera en betrodd vårdkontakt är extra viktig för just patienter med BPD bottnar i att deras

ohälsa ofta resulterar i oproportionerligt starka svängningar i deras tillit till människor i deras omgivning (Svenskpsykiatri, 2006; Ottosson, 2010; Holt et al., 2012).

Föreliggande studie visar att patienter med BPD upplever maktlöshet i olika vårdrelaterade situationer, vilket går i linje med Lundbergs (2010) studie kring stigma och psykisk ohälsa. Maktlösheten manifesterade sig i att inte uppleva sig delaktig i sin vård och i att lämnas utanför beslut. Broer, Niebour och Bal (2012) undersöker i en studie upplevelser av makt och maktförhållanden från både vårdgivare och vårdtagares perspektiv i psykiatrisk vård. Resultaten visar att båda parter upplever maktlöshet inför varandra, och att de känner att de inte vet hur de skulle etablera en lämplig maktstruktur eller hur pass mycket vårdtagaren ska vara delaktig i beslutsprocesser. Den upplevda maktlösheten minskade dock när vårdtagare lyckades bli mer involverade i sin vård. En studie av Chong, Aslani och Chen (2012) undersöker vårdgivares perspektiv på barriärer och faktorer gällande Shared Decision Making (SDM) i psykiatrisk vård. SDM är ett verktyg med målsättningen att vårdtagaren ska vara involverad i sin vård genom att utforma vården som ett partnerskap. Vårdtagarens preferenser skall tillgodoses i beslutsprocesser och informationsutbyten (Godolphin, 2009). I Chong, Aslanis, och Chens studie (2012) identifierades stigma som en barriär för att främja delaktighet samt att patienter saknade förståelse för sitt tillstånd och hade svårigheter för att ta del av hälsorelaterad information. Fyndet indikerar att sjuksköterskan bör förebygga ett fördomsfullt bemötande och arbeta med att förmedla kunskap och mening till patienten om dennes tillstånd, vilket går i linje med Travelbees (1966/2014) perspektiv. Ett rimligt antagande kan vara att sjuksköterskan bör sträva efter att göra patienten delaktig i sin vård för att reducera känslor av maktlöshet. Den verklighet som upplevs av patienter med BPD i föreliggande studie kan tolkas som problematisk, specifikt den ofta beskrivna situationen där information undanhålls från patienterna vilket genererar känslor av maktlöshet och att hållas utanför sin vård (Rogers & Acton, 2012; Horn, Johnstone & Brooke, 2007). Företeelser som detta går direkt emot både de lagar som styr vårdande av patienter, såväl som etiska riktlinjer för professionen (SFS 2014:821; Nursing and Midwifery board of Australia, 2013; svensk sjuksköterskeförening, 2012; Nursing Council of New Zealand, 2012; Nursing and Midwifery council, 2015). Enligt patientlagen har patienten rätt till information anpassad efter individuella förutsättningar och preferenser och fynden indikerar att patientens rättigheter inte beaktats till fullo och att det finns brister inom detta område (SFS 2014:821). Brister i följsamhet mot ICN:s etiska kod yttrar sig bland annat i att en god vård inte kan främjas när ett fördomsfullt bemötande existerar (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Föreliggande studie ämnar inte att skuldbelägga vårdpersonal, och de upplevelser som lyfts fram i resultatet kan möjligen vara ett symptom på ett större problem som exempelvis institutionella krav och en tung arbetsbörda vilket går i linje med fynden i en studie av Yang, Hargreaves & Bostrom (2014). I studien identifierades ett samband mellan psykiskt välmående hos sjuksköterskor och deras förmåga att bibehålla ett empatiskt bemötande, och ju mer psykisk påfrestning sjuksköterskorna upplevde ju mindre empati visades mot patienterna. Travelbee (1966/2014) tar upp detta genom att beskriva den mänskliga reduceringsprocessen som ett resultat av att hälsopersonal är människor, och att människor automatisk förenklar information för att kunna skapa sig en överblick. Vidare beskriver hon att det är ett resultat av hur hälsovårdsyrket ser ut då tillgång på tid och resurser styr vårdpersonal mot att effektivt utföra uppgifter, vilket inte ger utrymme att fokusera på individen bakom uppgiften (ibid).

Det är av vikt att begrunda att resultatet i föreliggande studie nåddes genom analys av subjektiva beskrivningar och att de inte nödvändigtvis behöver ligga nära en objektiv sanning. Det är också viktigt att bejaka att beskrivningarna återges av en patientgrupp vars upplevelser polariseras åt de mer extrema spektrumen (Svenskpsykiatri, 2006). Eftersom det dock finns flera tidigare studier som påvisar ett existerande av negativa attityder från vården gentemot patienter med BPD (Sulzer, 2015; James & Cowman, 2007; Markham, 2003; Wollaston & Hixenbaugh, 2008) anses resultatet i föreliggande studie kunna säga något om patientgruppens reella situation. Vidare är det diskutabelt om resultatet i föreliggande studie är ett uttryck för stigmatisering, och varför det i så fall är en stigmatisering av patienter med BPD som en specifik grupp. Det går att förmoda att de identifierade upplevelserna sträcker sig över andra patientgrupper och att stigmatiseringen rör sig om en större grupp som patienter med många olika typer av psykisk ohälsa, vilket stärks av Wahls (1999) studie där flera olika patientgrupper med olika former av psykisk ohälsa angav att de upplevt stigmatisering. Att uppleva vården som svikande skulle kunna bero på att psykiatrisk vård överlag har problem med att tillgodose patienters behov, eller att psykisk ohälsa generellt sätt uppfattas som stigmatiserande av patienter med psykisk ohälsa.

Slutsats och kliniska implikationer

Föreliggande litteraturstudie lyfter fram hur attityder och fördomar upplevs av patienter med BPD, och upplevelser av stigmatisering yttrar sig i att reduceras som individ, att känna sig sviken av vården och i att vara maktlös. Det indikerar att negativa fördomar och stereotyper om patientgruppen existerar i vården vilket påverkar bemötandet och möjligheten att driva en holistisk vård.

Studien är ett inlägg i en pågående diskussion av hur bemötande bör efterlevas gentemot patienter med BPD. Fynden kan också ge en insikt i hur ett stigmatiserande bemötande kan förebyggas i vårdsituationer. En ökad kunskap och förståelse för patientgruppens problematik skulle kunna reducera negativa attityder, och att främja patienters delaktighet i sin vård kan minska känslor av maktlöshet. Patienterna behöver också känna att de bekräftas som hela individer istället att reduceras till en arbetsuppgift, en diagnos eller en kategori.

Studien skulle kunna vara av värde i ett implementeringsarbete inom patientbemötande och för att lyfta fram rådande attityders effekt på patienters upplevelser av vården. Studiens fynd kan medföra en insikt och förståelse för utmaningar som patientgruppen möter i vården och hur dessa kan förebyggas, och fynden kan vara intressanta att diskutera på en vårdavdelning för att reflektera kring vilken inställning personalen har gentemot patientgruppen.

Författarnas arbetsfördelning

En av författarna var frånvarande första veckan vilket medförde att en författare ansvarat för en större del av artikelsökandet. Resterande delen av arbetet har utförts gemensamt och båda författarna tar ansvar för samtliga delar av föreliggande studie.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Axelsson, Å., (2012) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatization among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: a critical realist analysis, *Social Science & Medicine*. 123, 7-17 United Kingdom

Broer, T., Nieboer, A. P., Bal, R. (2012). Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations*. 17, 208–219

Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*.; 27(5): 373–379

Cleary, M., Siegfried, N., Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International journal of mental health nursing*. 11, 185-191

Commons Treloar, A. J., & Lewis, A. J., (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42: 981-988

Corrigan, P. W., Watson., A.C., & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma. *The international journal of Social Psychiatry*. 49(2) 142- 157

El-Badri, S., & Mellso, G. (2007). Stigma and quality of life as Experienced by people with mental illness. *Australian Psychiatry*. 15, 3

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, 393-400. United Kingdom.

Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, & A., Vaslamtzis. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 481–487

Goffman, E. (1963). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur

Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J.,... Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*. 60(4) 359-356

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44, 1-25.

Hellzén, O., & Asplund, K. (2006). Nurses' narratives about their resident when caring for people with long-term mental illness in municipal group dwellings. *International journal of Mental Health Nursing*. 15, 60-69.

Henricson, M., 2012 *Vetenskaplig Teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB, Polen.

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R. (2012) *Psychology The Science of Mind and Behaviour*. McGraw-Hill: Higher Education.

Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*. 16, 255 -269.

James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 670-678

Krawits, R. (2003). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38:554–559

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun. (2 uppl)*. Lund: Studentlitteratur.

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: 510–521.

Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S., & Wigerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 569–576

Loch, A. A., Wang, Y-P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M. P., Rössler, W., & Gattaz, G. F. (2014). Patterns of stigma toward schizophrenia among the general population: A latent profile analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 60(6) 595-605

Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom* (Doktorsavhandling, Lund University faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series) Lund: Department of health Sciences, Faculty of Medicine. Tillgänglig: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1712741&fileId=17156>

Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of ‘borderline personality disorder’: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*. 12, 6, 595 – 612

Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a Review of Qualitative Studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49, 79-87

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

Nicol, K., Pope, M., Sprengelmeyer, R., Young, A. W., & Hall, J. (2013). Social judgment in borderline personality disorder. *PLoS One*. 8 (11).

Nursing and Midwifery Board of Australia. (2013). *Code of ethics for nurses*. Hämtad 2016-01-04, från: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx>

Nursing and Midwifery Council. (2015). *The Code for Nurses and Midwives*. Hämtad 2016-01-04, från <http://www.nmc.org.uk/standards/code/>.

Nursing Council of New Zealand. (2012). *Code of Conduct*. Hämtad 2016-01-04, från <http://www.nursingcouncil.org.nz/Nurses/Code-of-Conduct>

Näslund, G. K. (1998). *Borderline Personlighetsstörning: Uppkomst, Symptom, Behandling, Prognos*. Lund: Bokförlaget Natur och Kultur.

Oleniuk, A., & Randy Duncan, C. (2013). The impact of stigma of mental illness in a Canadian community: A Survey of Patient Experiences. *Community Mental Health Journal*. 49, 127-132

Omori, Y., Mori, C., White, A. H. (2014). Self-stigma in schizophrenia: a concept analysis. *Nursing Forum*. 49(4) 259-266

Ottosson, J-O. (2010). *Psyk*. Stockholm: Liber

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing research: methods, appraisal, and utilization (6th ed)*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia

Perseius, K-I. (2012). *Att tämja en vulkan: om emotionell instabilitet och självskadebeteende*. Lund: Studentlitteratur

Perseius, 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

Qvarsell, R., & Torell, U. (2001). *Humanistisk Hälsoforskning - en forskningsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.

Ramon, S., Castillo, H., & Morant, N. (2001). Experiencing personality disorder: a participative research. *International journal of Social psychiatry*. 4, 1-15

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

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

Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff member' emotional reactions to aggressive and suicidal behaviour of inpatients. *Psychiatric Services*. 54 (10), 1388-94.

Rüsch, N., Leihener, F., Schiel, S., Jacob, G. A., Lieb, K., Corrigan, P. W., Olschewsk, I. M., & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among

women with borderline. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 39, 497-503

SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2015-03-16, från http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier*. Hämtad 2015-03-16, från [sbu.se/upload/ebu/metodbok/mall_observationsstudier.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebu/metodbok/mall_observationsstudier.pdf)

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

Skärsäter, I. (2014) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Stolt, C-M. (2003). *Medicinen och det Mänskliga*. Stockholm: Natur och Kultur.

Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science and Medicine*. 142, 82-89

Svenskpsykiatri. (2006). *Personlighetsstörningar - kliniska riktlinjer*. Hämtad 2015-03-14, från http://www.svenskpsykiatri.se/Ompsykiatri/personlighetsstorn_kliniskariktlinjer.pdf?ew_101_pid=5483&ew_101_cat_id=106&searchparam1=serial=72245&content=true

Svenska Läkarförbundet. (2000). *Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration*. Hämtad 2015-03-16, från: <http://www.sls.se/PageFiles/229/helsingfors.pdf> den 16 03 2015

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-01-04, från: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

National Institute of Health Office of History. (2009). *The Nuremberg Code*. Hämtad 2015-03-16, från <http://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf>

Thesen, J. (2001). Being a Psychiatric Patient in the Community - reclassified as the stigmatized "other". *Scandinavian Journal of Public Health*. 29, 248-255.

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, övers.). Oslo: Gyldendal Akademiska. (Originalarbete publicerat 1966)

Veysey, S. (2014), People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9:1, 20-35

WHO. (2016). *International Classification of Diseases (ICD)*. Hämtad 2016-01-04, från <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

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

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 703–709

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*. 24, 181–189

Yang, C-P. P., Hargreaves, W. A., & Bostrom, A. (2014). Association of Empathy of Nursing Staff With Reduction of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Services*. 65 (2). 251-254

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 39(5), 296-302.

Bilaga 1 (2)

| Författare, Titel, årtal och land | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitet |
|---|---|---|---|----------------|
| Bonnington, O. Rose, D. Exploring stigmatization among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: a critical realist analysis. 2014, Storbritannien | Förstå och utforska erfarenheter av stigma hos personer med BPD | Kvalitativ ansats, semi-strukturerad intervjumetodik. Fokusgrupper på vardera 3-4 deltagare. 46 deltagare (22 med BPD, 17 kvinnor och 5 män). Ålder: 18-51+ | Patienter med BPD upplever diskriminering i vården och fördomar kring deras diagnos vilket bidrar till känslor av maktlöshet. Patienter upplever inte att deras behov tillgodoses när de söker vård. | Hög kvalitet |
| Fallon, P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. 2003, Storbritannien. | Undersöka BPD-patienters erfarenheter av kontakt med psykiatrisk vård. | Kvalitativ ansats, ostrukturerad intervjumetodik. Grounded theory. 7 deltagare, 4 kvinnor och 3 män. Ålder: 25-45 | BPD patienter sätter högt värde på vården, även om mötet innebär att de utsätts för negativa attityder och att deras behov inte tillgodoses optimalt. Integrering i vårdteamet är värdefullt för patienter med BPD. | Hög kvalitet |
| Horn, N. Johnstone, L. Brooke, S. Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality. 2007, Storbritannien | Utforska upplevelser och uppfattningar om BPD hos personer med diagnosen. | Kvalitativ ansats, semistrukturerad intervjumetodik. Fenomenologisk ansats. 5 deltagare. 4 kvinnor och 1 man med BPD diagnos. Ålder: 23-44 | Patienter med BPD upplever att vårdpersonal undanhåller information kring deras diagnos, och att de skjuts bort från vården till följd av att de har BPD. | Hög kvalitet |
| Lawn, S. McMahon, J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. (2015). Australien | Undersöka upplevelser och erfarenheter kring vård hos BPD patienter. | Kvantitativ ansats, Enkätbaserad observationsstudie. 153 deltagare. 129 kvinnor, 18 män, 6 ej angivits. Alla med BPD- | BPD-patienter fortsätter att erfara diskriminering i kontakt med privat och offentlig hälsovård trots försök att förbättra vården. De upplever även att | Medel kvalitet |

| | | | | |
|--|---|--|---|--------------|
| | | diagnos Ålder: 19-65+ | vårdpersonalen behöver mer kunskap om diagnosen. | |
| Morris, C. Smith, I. Alwin, N. Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. 2014, Storbritannien,. | Upplivda erfarenheter av individer med BPD i vårdssituationer | Kvalitativ ansats, Semistrukturerad Intervjumetodik 9 deltagare, 7 kvinnor 2 män. Ålder: 31-47 år, alla med BPD diagnos. | BPD-patienter upplever att vårdpersonal uttrycker sig negativt om BPD-diagnosen och att det saknas kunskap. Vården upplevs som opålitlig ,otillgänglig och svikande. | Hög kvalitet |
| Perseius, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M. Samuelsson, M. To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. 2005, Sverige. | Hur upplevs lidande av BPD patienter | Kvalitativ, ostrukturerad intervjustudie, Hermeneutisk ansats. Data samlades in från både intervjuer och biografiskt material. 10 kvinnor åldrarna 22-49, med diagnosen BPD | Patienter med BPD upplever att vården saknar förståelse för deras diagnos, att vården saknar kontinuitet, och att de lämnas utanför beslutsprocesser. | Hög kvalitet |
| Rogers, B. Acton, T. 'I think we're all guinea pigs really': a qualitative study of medication and borderline personality disorder. 2012, Storbritannien | Utforska BPD-patienters upplevelser och åsikter, med fokus på behandlingar. | Kvalitativ ansats semistrukturerad intervjustudie, 7 deltagare, 6 kvinnor och 1 man. Ålder 21-43, med diagnosen BPD. | Patienter med BPD upplever att det finns bristande kunskaper hos vårdpersonal och för lite resurser i vården riktade mot BPD. De upplever att information hålls undan och att få behandlingsalternativ erbjuds. | Hög kvalitet |
| Rogers, B. Dunne, E. 'They told me I had this personality disorder ... All of a sudden I was wasting their time': Personality disorder and the inpatient experience. 2012, Storbritannien. | Att utforska BPDpatienters upplevelser av vård. | Kvalitativ ansats, strukturerad intervju. Fenomenologisk ansats. 10 deltagare, 9 kvinnor och 1 man, alla med BPD diagnos,. Ålder 21-45. | Patienter med BPD upplever problematiska attityder hos vårdpersonal och att vården inte möter deras behov på olika sätt. | Hög kvalitet |

| | | | | |
|--|---|---|--|--------------|
| | | | | |
| Veysey, S. People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences 2014, Nya Zealand | Undersökning av BPD-patienters erfarenheter av diskriminering i vården. | Kvalitativ ansats, Semistrukturerad intervjustudie. fenomenologisk ansats. 8 deltagare, 7 kvinnor och 1 man. Alla med BPD diagnos enligt deltagares utsago. Ålder 25-65 | Patienter med BPD upplever diskriminering kring sin diagnos relaterat till självskadebeteende och fördoma kring diagnosen. De upplever att de inte kan framföra kritik utan att stigmatas. | Hög kvalitet |

