

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2010:48

Att möta en virvelvind

Sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda patienter som lider
av Borderline Personlighetsstörning

Rafael Villar



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att möta en virvelvind - sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda patienter som lider av Borderline Personlighetsstörning

Författare: Rafael Villar

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 01

Handledare: Sepideh Olausson

Examinator: Anders Jonsson

Sammanfattning

Borderline Personlighetsstörning är en psykiatrisk diagnos som definieras genom symtom som bristande impuls kontroll, relationsproblem och självskadeproblem.

Flera av dessa symtom är av den karaktären att de förorsakar beteenden som gör att möjligheten till att ge en god omvårdnad försvåras. Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda patienter som lider av diagnosen BPS.

Resultatet analyserades utifrån Evans (2003) modell. Studien har visat vilka utmaningar sjuksköterskan upplever i mötet med patienter med BPS när det gäller relation och omvårdnad.

Sjuksköterskorna beskriver negativa attityder och upplevelser i arbetet med patienter med BPS. Vidare har det framkommit att sjuksköterskorna har föreställningar om egenskaper av farlighet och manipulation när det gäller patienter med BPS. Ett sätt att hantera de svårigheter som finns i omvårdnadsarbetet med patientgruppen har varit att använda sig av avståndstagande från sjuksköterskornas sida, visar studien. Resultatet pekar även på att sjuksköterskorna anser att patienter med BPS har större ansvar för sitt beteende jämfört med andra patientgrupper.

Sjuksköterskorna känner dock professionellt ansvar för patientgruppen och upplever en viss optimism när det gäller denna utmanande patientgrupp.

För att kunna ge god omvårdnad till patienter med BPS bör sjuksköterskan ha stöd i sin professionalitet i form av behöver ett sammansvetsat och stödjande team, realistiska och tydliga mål, adekvat utbildning och fortlöpande handledning.

Keywords/nyckelord:

Borderline personlighetsstörning , BPS, omvårdnad, attityder, Borderline personality disorder, BPD, nursing, attitudes.

[.INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
<i>Borderline personlighetsstörning</i>	1
<i>God vård och sjuksköterskans roll</i>	2
<i>Självdestruktivitet som omvårdnadsproblem</i>	2
<i>Själv mord och självmordsrisk hos patienter med diagnosen BPS</i>	3
<i>Vårdrelationen i den psykiatriska vården</i>	3
<i>Travelbee omvårdnadsteori</i>	4
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	7
<i>SYFTE</i>	7
<i>METOD</i>	7
<i>RESULTAT</i>	9
<i>Tema 1: Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med patientgruppen BPS</i>	10
Subtema 1: <i>Negativa upplevelser och ambivalens</i>	10
Subtema 2: <i>upplevelser av farlighet och manipulation</i>	11
Subtema 3: <i>avståndstagande som ett arbetssätt</i>	11
<i>Tema 2: Sjuksköterskors upplevelser av vårdens organisation gällande patienter med BPS</i>	12
Subtema 1: <i>upplevelser och behov av stöd</i>	12
Subtema 2: <i>upplevelser och behov av utbildning</i>	13
<i>Tema 3 Sjuksköterskors attityder gällande patientgruppen BPS</i>	14
Subtema 1: <i>Negativa attityder jämfört med andra patientgrupper</i>	14
Subtema 2: <i>Större ansvar för sitt beteende jämfört med andra patientgrupper</i>	14
Subtema 3: <i>professionellt ansvar och optimism</i>	15
<i>DISKUSSION</i>	16

Bilaga 1 DSMIV/ ICD10

Bilaga 2 Artikeltabell

Bilaga 3 Frågor angående vetenskaplighet

INLEDNING

Jag har genom mina kliniska erfarenheter mött patienter med Borderline Personlighetsstörning (förkortat BPS). Min erfarenhet är att denna patientgrupp inte går obemärkt förbi. Detta då de har svårigheter att hantera relationer och känslor och därför har en tendens att väcka motstridiga känslor hos personal och andra patienter. Vilket i sin tur kan leda till diskussioner, motsättningar och svåra etiska ställningstagande bland vårdpersonalen. De känslomässiga svårigheter som personalen upplever kan medföra ett försämrat patientbemötande samt att omvårdnaden blir bristfälligt. Jag har därför valt att studera vad det kan innebära att möta denna patientgrupp gällande sjuksköterskors attityder och upplevelser utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

BAKGRUND

Borderline personlighetsstörning

Med borderline personlighetsstörning (BPS) avses en svår personlighetsstörning som anses ha en högre förekomst än exempelvis schizofreni (Näslund, 1998). Internationell forskning uppskattar att 2 % av befolkning uppfyller de diagnostiska kriterierna för BPS och att en fjärdedel av dessa beräknas utveckla så allvarliga symtom att de riskerar bli välkända inom psykiatrisk sjukvård. Kvinnor utgör uppskattningsvis 75-90 % av de diagnostiserade. (Warne et al. 2007).

Individer som lider av BPS finns i alla samhällsklasser, på alla nivåer. Medan somliga är högfungerande är andra är så hårt drabbade av sin sjukdom att de inte klarar av att ha ett arbete (Näslund, 1998).

BPS är ett relativt nytt begrepp inom psykiatrin, Sigmund Freud använde inte termen borderline utan det kom senare och hans dotter Anna Freud använde begreppet. Så sent som 1976 fanns inte begreppet borderline med när psykologisk ordbok gavs ut (ibid).

Före 1980 syftade begreppet borderline på en störning som gränsade mellan neuros och psykos. I dagsläget syftar borderline personlighetsstörning på en rad symtom som innefattar kraftigt instabilitet i såväl beteendet som känslor, identitet och relationer. (Näslund, 1998).

Ottosson och Ottosson (2007) beskriver personligheten som något som bestående av varje människas speciella förekomst av tankar, känslor och beteende. Personligheten kan uttrycka sig genom livsstil, relationer, val av yrke och förekomst av olika intressen hos en person.

Personlighetsstörning anses föreligga när drag hos personligheten kraftigt påverkar möjligheten till välbefinnande, stabila relationer, att fullfölja studier, yrkesarbetande samt ger upphov till kroppsliga eller psykiska symtom (Ottosson et al, 2007).

Det finns cirka 10 typer av personlighetsstörningar, och två diagnossystem, DSM-IV eller ICD-10 (bil 1). Dessa är internationella och gäller lika för alla oavsett land. (Glant et al. 2010).

Symtom: några av de symtom som kännetecknar BPS är ångest, depression (ofta i form av tomhets känslor), suicidförsök, missbruk fobier, självdestruktivitet, ätstörningar, tillfälliga psykotiska episoder, bristande impuls kontroll, relationsproblem och överkänslighet för separationer (Glant et al. 2010).

Först 1980 kom DSM att inkludera det som man där kallar BPS. Enligt den nu aktuella manualen finns det nio kriterier eller kännetecken som är utmärkande för BPS. För att en patient skall få diagnosen BPS måste han eller hon kännetecknas av minst fem av kriterierna i DSM-IV (se bil 1).

God vård och sjuksköterskans roll

När det gäller vilka kvalitetskrav som kan ställas på vården och hur den är utformad används generellt uttrycket ”god vård” för att beskriva det som ska eftersträvas. Detta har sitt ursprung i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan bl.a. ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten, självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen och tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov på såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga nivåer. Vidare ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. (Socialstyrelsen, 2005).

Självdestruktivitet som omvårdnadsproblem

Ett av de mest betecknade kriterierna för diagnosen BPS är självdestruktivitet.

I vidare mening kan begreppet självdestruktivt beteende – självskadande syfta på många olika sätt att skada sig själv; exempelvis genom bränna, skära eller slå sig. Även drog- och alkoholmissbruk kan ses som ett destruktivt beteende. Att inte vilja ta emot lämplig vård är ytterligare ett sätt att skada sig själv. (Lökenstam 2008).

Som förebyggande åtgärd får ses ha god kännedom om patienten och dennes motiv till att skada sig själv eller att kunna se i vilka återkommande situationer patienten skadar sig själv. En annan möjlighet är att patienten uppmuntras att själv tala om när impulser till att skada sig uppstår. Patienten bör inte lämnas ensam vid kritiska situationer utan istället försöka avledas genom kontakt och aktivering. (ibid).

Går det ej att nå patienten genom förebyggande åtgärder får gränssättande åtgärder användas, exempelvis genom att påtala att patienten inte bör skada sig och sedan avleda på något lämpligt sätt. I vissa fall behöver vårdpersonal handgripligen hindra patienten från att skada sig själv genom att hålla fast patienten. I extrema fall används tvångsmedel i form av fastspänning i bältessäng och psykofarmaka (ibid).

Självmod och självmordsrisk hos patienter med diagnosen BPS

Eftersom patienter som lider av BPS har en bristande impulsivitetskontroll och därutöver ett självdestruktivt beteende leder detta till att denna patientgrupp har en hög andel självmordsförsök och självmordshandlingar. Patienter med BPS har även en hög andel statistisk fullbordade självmord, mellan 8-10 procent av alla patienter med BPS tar så småningom livet av sig och risken är dubbel så stor om det finns alkoholmissbruk med i bilden, skriver Näslund, (1998). I artikeln av James och Cowman (2007) uppskattas självmordsfrekvensen till ca 10 %, dock anser de att siffran är den fyrdubbla hos patienter med svår BPS.

När det gäller sjuksköterskans ansvar i samband med självmordsrisk och självmord kan man dels se det som att sjuksköterskan genom tillhandahålla goda levnadsvillkor för människor arbetar förebyggande. Utöver detta har sjuksköterskan mer specifika ansvaret för den enskilda patientens liv och hälsa. Här är det av vikt att ha kunskap om vilka sjukdomsbilder och situationer som innebär en ökad risk. (Lökenstgard 2008).

Enligt Näslund (1998) finns det en risk att de patienterna med BPS som gör många självmordsförsök och därför ofta kommer in på sjukhus, uppfattas som besvärliga av vårdpersonalen. Den avvisande attityden som patienterna möter på sjukhuset riskerar att förstärka och intensivt deras självmordstankar. Näslund framhåller att om en patient någon gång måste skrivas ut mot sin vilja, ska detta ske med stor urskiljning och försiktighet då det gäller patienter med BPS. Detta då de är ytterst känsliga för avvisande och separation, och en utskrivning får därmed aldrig användas som ett sätt att bli av med en patient (ibid).

Vårdrelationen i den psykiatriska vården.

Dahlberg et al. (2003) beskriver att relationen mellan vårdpersonal och patient utgör grunden i den psykiatriska vården. Vårdrelationen viktigaste syfte är att lindra den psykisk funktionshindrade människans existentiella ensamhet. Här kan livsvärldsperspektivet vara en väg att nå patienten. Med livsvärld menas varje människas unika upplevelse av världen och sig själv. Här finns inget rätt eller fel utan det som är verkligt för patienten kan användas för att förstå patienten och dennes lidande. Att lyssna på patientens berättelse med öppet sinne och försöka förstå även det som är främmande är ett sätt att få insyn i patientens livsvärld. En äkta vilja att möta patienten som en person i en livsvärld och vardag utgör en av dem viktigaste förutsättningarna för ett meningsfullt vårdande (ibid.).

Därför är det av stor betydelse att vårdaren kan acceptera även det som verkar avvikande. Denne bör dessutom stå för konstans och kontinuitet i mellanmänniska relationer. På så sätt kan en hållbar relation byggas upp och bibehållas även om patienten periodvis stark misstro eller psykotiska föreställningar (Dahlberg, et al. 2003).

Att se relationen och det mellanmännsliga samspelet som den bärande omvårdnaden inom psykiatrisk vård ledde till att jag valde Travelbee (i Kristoffersen 1998) som omvårdnadsteoriker för denna uppsats. Detta eftersom den omvårdnadsteorin fokuserar just på hur det mellanmännsliga samspelet i omvårdnaden kan utvecklas och användas som metod.

Travelbee omvårdnadsteori.

I Kristoffersen (1998) skrivs att Joyce Travelbee föddes i New Orleans 1926 och hennes profession var psykiatrisjuksköterska. När det gäller omvårdnadsteori har hennes fokus främst legat på det mellanmännsliga samspelet. Enligt Travelbee borde förhållandet mellan sjuksköterska och patient borde vara en mellanmännslig relation mellan två personer på samma nivå och inte mellan roller. Enligt Travelbee utvecklas relationen i en process som genomgår olika faser:

- Det första mötet
- Framväxt av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt

Travelbee (ibid.) framhåller att omvårdnadens mål är att ”hjälpa personen att bemästra, bära och finna mening i de erfarenheter som följer med lidande och sjukdom” (s. 379 i Kristoffersen). Vidare fann hon att det var viktigt att få individen att acceptera den sårbarhet som finns inbyggd i människans levnadsvillkor och att stötta personen i att bevara sitt hopp.

Travelbees omvårdnadsteori har sin grund i en existencialistisk människosyn samt grundsynen att lidande och smärta är en naturlig del av de mänskliga livsvillkoren.

Utifrån detta kan omvårdnaden ses som att hjälpa den sjuka och lidande personen att finna en mening i den situation som uppstått. Detta kan överföras genom en mellanmännslig relation mellan sjuksköterska och den lidande individen.

En annan del av omvårdnaden är att även förebygga sjukdom och befrämja hälsa, menar Travelbee (ibid.).

Hoppet är ett annat viktigt begrepp när det gäller omvårdnaden anser Travelbee (ibid.)

Genom att stötta hoppet patienten, ger sjuksköterskan också möjlighet att hantera lidande, sjukdom och förluster över tid. Travelbee menar också att om patienten inte har kvar sitt hopp tappas också tron på att kunna förändra och förbättra sin livssituation. Då Travelbee (ibid.) förespråkar ett äkta mellanmännsligt möte på lika villkor tar hon starkt avstånd från alla generaliserande begrepp när det gäller såväl patient som sjuksköterska. Man ska alltså mötas som människor ej enbart som exempelvis diagnos och yrkesroll.

Travelbee (ibid.) menade att det fanns tre olika medel inom omvårdnaden för att uppnå dessa mål:

kommunikation, målinriktad intellektuell kontakt och att använda sig själv terapeutiskt i interaktionen med patienten.

Kommunikation:

Travelbee (Kristoffersen 1998) ser kommunikationen som ett av sjuksköterskans huvudsakliga medel för att kunna upprätta en äkta mellanmänsklig relation.

Kommunikation är något som handlar om att både ge och ta och där tankar och känslor överförs mellan människor.

En målinriktad, intellektuell metod:

Travelbee (ibid.) anser att en professionell sjuksköterska bör använda en strukturerad metod för att uppnå omvårdningsmålen. Hon beskriver följande stadier i denna process:

- ”SSK observerar patienten för att kartlägga hans behov
- SSK bekräftar eller förkastar genom samtal med patienten sina antagande om vilka behov patienten har.
- SSK bedömer sin egen förmåga att tillgodose patientens behov (eller om han behöver hänvisas till en annan vårdgivare).
- SSK omformar en plan om hur patientens omvårdningsbehovs skall tillgodoses. Planen omfattar val av metod och tidpunkt samt alternativa metoder för att tillgodose patientens behov.
- SSK företar i efterhand en utvärdering för att fastställa i vilken grad patientens behov har tillgodosetts.” (s. 385 i Kristoffersen 1998).

Travelbee (i Kristoffersen 1998) menar att sjuksköterskan kan använda sig själv terapeutiskt genom att interagera med patienten utifrån sin egen personlighet på ett medvetet sätt. En förutsättning för att arbeta på detta sätt för att uppnå förändring hos patienten är att sjuksköterskan är medveten om hur olika sätt att bete sig påverkar andra. För att utveckla denna metod behöver sjuksköterskan utbildning, självinsikt och även insikt om livets och sjukdomens villkor.

Tidigare forskning

Bland, Tudor och McNeil (2007) har i sin artikel diskuterat diagnosen BPS och den effekt den har på omvårdnad och personal när det gäller slutenvård. Artikeln visar på att vårdpersonalen aktivt arbetar på att hjälpa patienten att skapa en kontakt mellan deras självdestruktiva agerande och deras känslor. I artikeln framkommer att de svårigheter som uppstår i omvårdnaden har att göra med patienter den problematik som finns när det gäller personer med BPS och relationer. Detta yttrar sig som instabilitet i känslorna, impulsiva aggressionsgenombrott, intensiva känslor. Detta leder till att vårdrelationerna med sjuksköterskorna är fyllda med återkommande konfrontationer. Patienter med BPS har också svårt att hantera känslor av övergivenhet (verklig eller inbillad) och detta kan leda till att de upplevs som krävande av vårdpersonalen. I övrigt framkommer att hög ångestnivå hos patienterna samt att de använder sig av försvar som manipulation och splitting leder till att de ses som en svårvårdad patientgrupp. Vidare påvisar artikeln att sjuksköterskornas gensvar på detta är att de reagera med ilska, stigmatisering av patientgruppen samt negativa omdömen. Slutsatsen i artikeln är att vården av patienter med BPS är att den skulle förbättras genom omvårdnadsteam, korta vårdvistelser på sjukhus, DBT-terapi. För sjuksköterskornas del förespråkas tillgång till behandlingsprogram specifikt för BPS, handledning, stöd från annan omvårdnadspersonal Bland et al (2007).

I en kvalitativ studie av Langley och Klopper (2005) intervjuades såväl patienter med diagnosen BPS som personal med långvarig erfarenhet av att arbeta med patientgruppen. Öppna frågor ställdes kring vad som varit till hjälp i omvårdnaden. Langley och Klopper (2005) påvisar att gemensamt tema som framträdde hos både patienter och personal var *tillit*. Det var det uppgavs vara själva grunden för att etablera och upprätthålla den terapeutiska relation som krävdes för omvårdnaden.

Patienterna uppgav att för att tillit skulle uppstå i behövde vårdgivarna vara tillgängliga och försöka förstå dem genom att lyssna. Vidare uttryckte patienterna att en förutsättning för tillit var ett ”hållande” så att de kunde känna sig både känslomässigt och fysiskt säkra samt att få ett professionellt bemötande. Patienterna beskrev också att det behövde ta tid för tillit att uppstå och att relationen behövde tåla att testa. Patienterna uppgav att om de då kände att relationen kunde hålla väcktes ett hopp inför framtiden. Vårdpersonalen i sin tur beskrev att tillit tar tid att bygga upp och att det var viktigt att känna patienten. Vidare beskrev de att det var viktigt att förstå och erkänna patientens upplevelse av verkligheten, vara tillgänglig och ärlig samt kunna förmedla hopp för att tillit skulle kunna uppstå (ibid.).

PROBLEMFORMULERING

Det är rimligt att anta att det kan uppstå svårigheter på flera plan när det gäller att möta och förstå dessa patienters behov. Patienter med BPS kan upplevas som utagerande och hjälpsökande samtidigt som de har svårt att ta emot den hjälp som erbjuds (Wollaston & Hixabaugh, 2008). Att patienter med BPS använder sig av primitiva försvar i form av ”splitting” (där personen delar upp världen i gott och ont) kan medföra splittring med risk för konflikt inom personalgruppen (Ottosen och Ottosson, 2007).

Oavsett verksamhetsområde och vårdform, skall sjuksköterskans arbete präglas av etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid BPS kan det utifrån ovan uppstå komplikationer i mötet med patienten. Följden kan bli att sjuksköterskan distanserar sig i mötet med dessa patienter - vilket kan leda till bristfällig omvårdnad, och därmed ett ökad lidande för patienten.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda patienter som lider av diagnosen BPS.

METOD

En systematisk sökning gjordes i ett flertal databaser.

Därefter studerades utvalda artiklar noggrannare utifrån kraven på vetenskaplighet och övriga kriterier som ställts för denna uppsats. Frågorna som ställdes för att betygsätta vetenskapligheten granskades utifrån frågorna i bilaga 3. Betygsnivåerna fastställdes utifrån kriterierna G= upp till 6 ja-svar på frågorna, VG=7-9 ja-svar och MVG 10-12 ja-svar på frågorna. De artiklar som valdes presenteras kort i tabell 2.

Studien genomfördes med en kvalitativ/kvantitativ ansats för att kunna besvara syftet. Kvalitativ ansats innebär försök att förstå eller tolka fenomen (Friberg, 2006). Jag har använt en litteraturstudie för att belysa den kunskap och forskning som finns inom forskningsområdet vilket har genomförts med kvalitativa/kvantitativa vetenskapliga artiklar. Vid artikelanalysen har jag utgått ifrån Evans (2003) modell.

Litteratursökning

För att finna vetenskapliga kvalitativa och kvantitativa artiklar använde jag mig av databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed.

Följande engelska sökord användes: nursing, BPD, care giving och attitudes. Dessa ord söktes såväl enskilt som i kombination med varandra samt trungerade. Min sökning av artiklar begränsades till årtalen 1990-2010. Efter artikelgenomläsning valdes 11 ut vilka besvarade syftet. Alla artiklar var ej kvalitativa, de inkluderades dock på grund av att de var relevanta och kunskapsskapande inom problemområdet. Av de utvalda artiklarna var 6 kvantitativa, 3 kvalitativa, 1 artikel grundad på observation samt en artikel med blandad kvantitativa och kvalitativa metoder. Artiklarna är skrivna mellan åren 1993-2009.

De valda artiklarna var skrivna utifrån sjuksköterskans perspektiv och beskrev sjuksköterskans upplevelser och attityder i mötet med patienter med BPS. Artiklarna som inkluderats i studien var skrivna i länderna Taiwan, Grekland, UK, Irland, Australien och Sydafrika samt Sverige.

Inklusionskriterier:

Artiklarna skall besvara syftet

Vetenskapligt granskade

Vårdvetenskapliga artiklar

Publicerade på engelska

Skrivna åren 1990 till 2010

Artiklar värderade till hög och medelhög kvalitet

Vid artikelgranskningen användes ett granskningsprotokoll (*bil 3*) utifrån Friberg (2006) för bedömning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet.

Exklusionskriterier:

Artiklar som inte var vårdvetenskapliga

Artiklar som innehöll perspektiv från både vårdpersonal och patienter

Dataanalys

Analysen av insamlad data i form av artiklar gjordes efter Evans (2003) modell. Denna modell innefattar de steg som följdes enligt nedan:

Först lästes artiklarna grundligt för att få en helhetsbild av innehållet, i samband med detta granskades även fortsatt om artiklarna motsvarade kriterierna som var uppsatta för uppsatsen samt dess syfte.

Därefter sammanställdes systematiskt de subteman som framträdde i artiklarna utifrån de huvudsakliga fynd som artiklarna presenterade. Såväl likheter som olikheter mellan artiklarnas huvudsakliga fynd noterades.

I nästa steg studerades likheter och skillnader i de huvudsakliga fynden, framförallt med fokus på likheterna. Dessa likheter delades in i olika huvudteman. Slutligen sattes dessa nya teman ihop till resultat i löpande text, allt enligt Evans (2003).

För att göra resultatet mer levande medtogs citat från originalartiklarna för att illustrera olika teman. Ovanstående tillvägagångssätt syftade till att utifrån valda artiklar sammanställa en bild av valt problemområde.

RESULTAT

Resultatet gav två teman och sex subteman (se nedan tabell 1). Resultatet presenteras nedan i löpande text.

Tabell 1: TEMAN

Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med patientgruppen BPS

- negativa upplevelser och ambivalens
- upplevelser av farlighet och manipulation
- avståndstagande som ett arbetssätt

Sjuksköterskors upplevelser av vårdens organisation gällande patientgruppen BPS

- upplevelse och behov av stöd
- behov av utbildning

Sjuksköterskors attityder gällande patientgruppen BPS

- negativa attityder jämfört med andra patientgrupper
- större ansvar för sitt beteende jämfört med andra patientgrupper
- professionellt ansvar och optimism

Tema 1: Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med patientgruppen BPS

Subtema 1: Negativa upplevelser och ambivalens

I en kvalitativ studie av Wollaston och Hixabaugh framkommer att sjuksköterskor upplever patienter med diagnosen BPS på ett negativt sätt. Ambivalensen gentemot denna patientgrupp tyder på svårigheter att överföra abstrakta tankar kring yrkesrollen till praxis då sjuksköterskorna uppger att BPS är den svåraste patientgruppen när det kommer till omvårdnad och relation.

En sjuksköterska uttryckte det:

They seem to shout "help me, help me", but you can't.
(Wollaston & Hixbaugh, 2008, s. 706)

Detta kan härledas till sjuksköterskornas erfarenhet av obehagliga upplevelser i samspelet med patienter med BPS samt känslan av att sakna tillräckliga färdigheter i arbetet med denna patientgrupp (ibid).

Vidare framkommer i en kvantitativ studie där sjuksköterskor fick svara på en enkät att 84 % upplevde patienter med diagnosen BPS upplevs som svårare att bemöta jämfört med andra patientgrupper i Cleary et al (2002).

I James och Cowman (2007) beskriver 80 % av den undersökta gruppen sjuksköterskorna via enkät att patienter med BPS upplevdes som svårare att vårda än andra patientgrupper. Sjuksköterskorna uttryckte mer negativa erfarenheter och mindre sympati jämfört med gentemot patienter med depression eller schizofreni (ibid).

En studie av Persius et al (2007) där vårdpersonal fick svara via enkät, skattningar och gruppintervjuer påvisade det sammantagna resultatet att vårdpersonalens upplevde det som mycket stressande att behandla patienter med självskadebeteende och BPS och att det fanns en risk för utbrändhet.

När det gäller vårdrelationen till patientgruppen med diagnosen BPS uttrycker sjuksköterskorna negativa erfarenheter i form av frustration i den kvalitativa studien av Bergman & Eckerdal (2000).

These patients' project feelings making me feel I understand nothing up to I understand very much. They need care and security but at the same time they are not able to receive it.
(Bergman & Eckerdal, 2000, s.247).

Bergman och Eckerdal (2000) finner vidare i sin studie att gällande professionen väcker patienter med diagnosen BPS ambivalenta känslor. Dels empati då det upplevs att det finns stora behov av närhet, värme, hållande och säkerhet. Dels väcks intresse att behandla störningen, den ses som en utmaning och personalen upplever känslor av nyfikenhet, krav, spänning och glädje. Samtidigt tillkommer känslan av frustration, då

denna patientgrupp även väcker känslor av otillräcklighet, maktlöshet, ilska och sorg inför att inte räcka till . Som en sjuksköterska uttrycker det:

It is fascinating. There is frustration but also attraction. You want to get in contact with them, you think of what can be done, it is exciting, I don't know which word I should use; I get engaged.
(Bergman & Eckerdal, 2000, s.248).

Subtema 2: upplevelser av farlighet och manipulation

I två kvalitativa studierna Ma et al., (2008) samt Woolaston och Hixenbaugh (2008) tas det upp att patienter med BPS kan upplevas som manipulativa och att de använder sig av hot och när de upplever sig trängda. Sjuksköterskorna beskriver här att de i samband med detta kände sig nedvärderade och utnyttjade.

Woolaston och Hixenbaugh (2008) beskriver hur sjuksköterskor kopplade diagnosen BPS till manipulation samt hot, patientgruppen beskrivs som ”en destruktiv virvelvind”, vilket syftar på sjuksköterskornas upplevelse av dessa patienter som en stark, farlig obeveklig kraft som lämnar spår av förstörelse efter sig. En sjuksköterska beskriver:

You can find yourself getting caught up in the ...whirlwind that is borderline personality.
(Woolaston & Hixenbaugh, 2008, s.705).

I Ma et al., (2008) förekommer ordet kaos när sjuksköterskorna i kvalitativa intervjuer ska beskriva de stadier i relationen som förekommer med patienter med diagnosen BPS. Det första stadiet i relationen beskrivs som en smekmånad när man kommer väl överens med patienten, därefter följer kaos som beskrivs med följande ord av en sjuksköterska:

Then everything changed. It was like a devastating war. He always told me how good another nurse was and how bad I was (---).
(Ma et al, 2008, s.442).

Subtema 3: avståndstagande som ett arbetssätt

Woolaston och Hixenbaugh (2008) påvisar i sin kvalitativa studie att sjuksköterskor upplever patienter med diagnosen BPS på ett negativt sätt. I studien tas upp att patienter med BPS tenderar att splittra omvårdnadsteamet, på så sätt att delar av personalgruppen stöter bort patienten och blir negativt inställd till dennes beteende. Patienter med BPS är kända för att använda sig av försvaren splitting (att dela upp världen i svart och vitt) samt projektiv identifikation (att överföra ej hanterbara känslor till annan person). Detta riskerar att leda till att omgivningen, i det här fallet omvårdnadspersonalen, dras in i ett intensivt fält av överföringar och motöverföringar (ibid). Att vara avståndstagande och mindre empatisk med patienter med BPS var ett sätt för sjuksköterskorna att hantera den ”destruktiva virvelvind” som en patient med BPS kan upplevas som, Woolaston och Hixenbaugh (2008).

I den kvalitativa studien av Bergman & Eckerdal (2000) beskriver samtliga sjuksköterskor en känsla av frustration och där beskrivs också att distansering används som ett arbetssätt att hantera aggressioner och stå kvar i relationen. Så här beskriver exempelvis en sjuksköterska det:

(---) *You get feelings of disappointment, anger, tiredness. It takes time before you learn to hold a distance. The testing doesn't terminate until there is calmness in the relationship.*
(Bergman och Eckerdal, 2008, s.248).

Tema 2: Sjuksköterskors upplevelser av vårdens organisation gällande patienter med BPS

Subtema 1: upplevelser och behov av stöd

Ett flertal artiklar tar upp det behov av stöd som finns bland sjuksköterskor för att kunna arbeta på ett professionellt sätt med patienter med diagnosen BPS.

Bergman och Eckerdal (2000) undersökte i sin kvalitativa studie sjuksköterskors erfarenhet och uppfattning av att arbeta med patientgruppen BPS. När det gällde att arbeta med denna patientgrupp sett utifrån arbetsorganisation framkom följande underteman: *motsättningar mellan professionerna* hos vårdgivarna (slutenvård eller öppenvård, extravak, ambivalens gällande expertkunskap och diagnos), *behov av struktur* gällande arbetsorganisation (brist på samarbete, brist på stabilitet i organisationen, känsla av ensamhet hos vårdgivare, brist på tydligt ledarskap), *behov av känslomässigt stöd* till vårdgivare (praktisk hjälp, känslomässigt stöd, handledning, akuttider), *gemensam filosofi och etik* gällande omvårdnad av BPS (i form av en gemensam syn på BPS, samarbete mellan auktoriteter, överensstämmande etiska ståndpunkter).

När det gäller behov av stöd gällande patientgruppen BPS uttrycker sjuksköterskorna behov av en *gemensam utgångspunkt* gällande BPS. Detta för att överbrygga olika synsätt på hur man ska hantera sjukdomsbilden när det gäller BPS. Detta kan gälla exempelvis hur man ska hantera utagerande beteende, olika syn angående att härbärgera känslor för patienten. Något som i sin tur riskerar att leda till en brist på helhetssyn när det gäller patienten och dennes omvårdnad. (Bergman och Eckerdal, 2000) .

I en kvantitativ studie av James och Cowman (2007) uppgav 80 % av sjuksköterskorna att de ansåg att patienter med BPS var svårare att vårda och 81 % ansåg att den omvårdnad dessa patienter fick var otillräcklig. Brist på tillräckligt stöd och hjälp rankades som den viktigaste orsaken till att omvårdnaden var tillräcklig och ett utvecklande av en specialiserad vård rapporterades som den viktigaste resursen för att förbättra vården.

Subtema 2: upplevelser och behov av utbildning

I den kvantitativa studien Cleary et al., (2002) konstateras att 95 % av personalen uppgav att det skulle vara till hjälp och stöd för dem i patientarbetet med ytterligare utbildning och kunskap gällande hur man kan hantera och bemöta patienter med diagnosen BPS. Detta då 84 % av deltagarna i studien uppger att denna patientgrupp är svårare att arbeta med än andra patientgrupper.

I artikeln av Markham & Trower (2003) beskrivs sjuksköterskors uppfattning att patienter med BPS kan kontrollera sitt beteende. I artikeln hänvisas vidare till Weiners modell där han visar att vårdpersonals uppfattningar angående patientens möjlighet till att kontrollera sitt beteende var relaterad till vilken grad av sympati vårdpersonalen kände för patienten. Utifrån den kopplingen skulle det innebära att genom att rikta sig till personalens uppfattning och kunskap om patientens möjlighet (eller snarare svårighet) att kontrollera sitt beteende skulle detta kunna öka deras sympati gentemot patienter med diagnosen BPS och därmed motverka sjuksköterskors negativa erfarenheter. Artikelförfattarna efterlyser ledarskap, utbildning för att förbättra personalens sympati gentemot patienter med och för att lindra vårdpersonals negativa erfarenheter av att arbeta med den patientgruppen (ibid).

I den kvalitativa studien av Woolaston och Hixenbaugh (2008) görs en koppling mellan att sjuksköterskors negativa erfarenheter av patienter med BPS och att sjuksköterskorna upplever sig sakna de nödvändiga färdigheterna för att arbeta med denna patientgrupp. I de kvantitativa studierna Cleary et al., (2002), Markham (2003) samt Markham & Trower (2003) och James & Cowman (2007) tas sjuksköterskornas behov av stöd i form av utbildning och handledning upp. Ökad kunskap skulle i sin tur öka möjligheten för sjuksköterskan att uppnå en känsla av kontroll, öka empatin, öka färdigheter i arbetet med patienterna för att därmed motverka den negativa erfarenheten som sjuksköterskorna hade av att arbeta med patienter med diagnosen BPS.(ibid.).

Tema 3 Sjuksköterskors attityder gällande patientgruppen BPS

Subtema 1: Negativa attityder jämfört med andra patientgrupper

I James & Cowman (2007) beskriver 80 % av den undersökta gruppen sjuksköterskorna patienter med BPS som svårare att vårda än andra patientgrupper. Sjuksköterskorna uttryckte mer negativa erfarenheter och mindre sympati jämfört med gentemot patienter med depression eller schizofreni (Ibid).

I en av Markham (2003) genomförd enkätstudie påvisades ett sammantaget resultat att vårdpersonalen var mindre optimistisk när det gällde patienter med diagnosen BPS, jämfört med patientgrupperna schizofreni och depression.

Resultatet i Markham & Trowers kvantitativa studie (2003) visade att sjuksköterskorna hade mindre empati och optimism gällande patienter med BPS jämfört med patienter med diagnoserna schizofreni och depression. Vidare skattade sjuksköterskorna sina personliga erfarenheter av att arbeta med patienter med diagnosen BPS som mer negativa än de med diagnoserna depression eller schizofreni. (ibid).

I Markhams kvantitativa studie (2003) beskriver sjuksköterskorna patienter med BPS som mer farliga jämfört med de två andra jämförande patientgrupperna; schizofreni och depression. I samma studie av Markham (2003) där sjuksköterskors attityder gentemot olika patientgrupper jämfördes, visade resultatet att sjuksköterskorna uttryckte mindre socialt avståndstagande gentemot patienter med schizofreni och depression jämfört med patienter med diagnosen BPS. Frågorna som ställdes i studien var exempelvis om sjuksköterskorna skulle vilja ha personer med BPS som arbetskamrater, grannar eller om de skulle avråda sina barn att ha en pojkvän/flickvän med diagnosen BPS. Samma frågor ställdes sedan gällande personer med diagnoserna schizofreni och depression. Därvid uttryckte sjuksköterskorna ett större avståndstagande gentemot patienter med diagnosen BPS (Markham 2003).

Subtema 2: Större ansvar för sitt beteende jämfört med andra patientgrupper

Negativa attityder gentemot patienter med BPS kan bero på att de av sjuksköterskorna ses som mer kompetenta att styra sitt utagerande beteende jämfört med andra patientgrupper. Detta tas upp i den kvantitativa studien av Markham och Trower (2003). Syftet med studien var att undersöka vilken påverkan diagnosen BPS hade på sjuksköterskornas uppfattning av patientens förmåga till att ta ansvar för och styra sitt beteende. Resultatet visade att patienter med diagnosen BPS fick mer negativa respons från sjuksköterskorna jämfört med de med diagnoserna depression eller schizofreni. Orsaken till detta var att beteendet av sjuksköterskorna bedömdes som mer stabilt (återkommande) hos patienter med diagnosen BPS och att det därmed ansågs att de hade större förmåga att kontrollera orsakerna till beteendet samt beteendet själv.

I Markham & Trowers studie (2003) ansåg således sjuksköterskorna att patienter med diagnosen BPS hade mer kontroll över sitt negativa beteende jämfört patienter med

diagnosen depression eller schizofreni. I kontrast mot sjukvårdspersonalens tankar om kontroll över sitt beteende hänvisas i artikeln till ett flertal källor där patienter med BPS uppger att de saknar tilltro till sin egen förmåga av självkontroll.

Vid Fraser och Gallops observationsstudie (1993) och Markham och Trowers enkätstudie (2003) samt Forsyths enkätundersökning med vinjett (2007) framkommer att sjuksköterskor har attityden att patienter med BPS har en högre förmåga att kontrollera sitt utagerande beteende, vilket leder till att sjuksköterskorna blir mer avståndstagande och visar mindre empati med patientgruppen BPS jämfört med andra patientgrupper.

I en kvantitativ studie av Forsyth (2007) där 26 sjuksköterskor fick skatta hjälpsamhet, empati och ilska efter att ha läst en serie vinjetter, framkommer det att sjuksköterskorna är mindre hjälpsamma gentemot patienter med diagnosen BPS i en jämförelse med patientgruppen MDD – depression. På en femtongradig skala skattade sjuksköterskorna i genomsnitt 10,5 när det gällde hjälpsamhet gentemot BPS medan de skattade 11,5 när det gällde MDD.

Subtema 3: professionellt ansvar och optimism

I flera studier; Cleary et al., (2002), Persius et al., (2007), Wollaston och Hixenbaugh (2008), samt Giannouli et al (2009) framkom att sjuksköterskorna ansåg att det ingick i deras yrkesroll att vara tillgängliga för, undervisa och behandla patienter med diagnosen BPS.

I den kvalitativa studien Woollaston & Hixbaugh (2008) visar resultatet också att sjuksköterskorna vill förbättra sina relationer med patientgruppen BPS. James och Cowman (2007) visar i sin kvantitativa studie att möjligheterna till en något mer positiv attityd gentemot patientgruppen BPS än den i uppsatsen tidigare redovisade. Detta då 60 % av sjuksköterskorna i en enkät ansåg att den otillräckliga vården för patienter med diagnosen BPS ej berodde på att de patienterna inte skulle vara psykiskt sjuka eller att de inte skulle vara möjliga att behandla. Vidare ansåg 80 % av sjuksköterskorna att det ingick i deras yrkesroll att vara tillgängliga för, undervisa och behandla patienter med BPS (ibid).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att få svar på syftet användes såväl kvalitativa som kvantitativa vetenskapliga artiklar

En del av artiklarna hade ett litet urval när det gäller studiepopulation (se tabell 2) och därför kan det problematiseras kring generaliserbarhet, dvs. om dessa resultat är representativa för en större population av sjuksköterskor.

De artiklar som denna litteraturstudie baseras på kommer från olika länder och världsdelar, detta då svårigheten att finna fulltextartiklar gjorde att sökningen fick göras bred och ej begränsas till ett specifikt land eller världsdel. Detta kan ha varit till fördel då det gav mer bredd till materialet samtidigt som det kan ha varit till nackdel att materialet utgick från olika förutsättningar när det gäller vården. Att mer enhetligt hålla sig inom ett geografiskt område hade kunnat innebära en mer enhetlig utgångspunkt gällande detta.

En begränsning i litteratursökningen var att den endast skedde på artiklar på engelska då det var det språk som uppsatsförfattaren behärskade. Då uppsatsförfattaren även behärskade spanska skulle artiklar kunnat sökas på även detta språk.

En annan begränsning var att artiklar som ej fanns att tillgå i fulltext fick väljas bort pga tidsbrist. Hade även dessa artiklar kunnat medtagas i studien skulle detta gett ett mer heltäckande resultat inom valt område.

För att artiklarna skall avspegla dagens samhälle valdes slutligen artiklar skrivna mellan åren 1993-2009.

Därmed anser uppsatsförfattaren att denna studie innehåller artiklar inom valt problemområde men att den hade kunnat göras bredare (fler språk, även artiklar som ej fanns i fulltext,) och även mer enhetlig (begränsas geografiskt och kulturellt).

Jag har försökt hålla mig medveten om min förförståelse utifrån att ha arbetat inom psykiatri och försökt hålla sig neutral och vara öppen för ny kunskap.

När det gäller den analysmetod som användes fann jag att den var användbar när det gällde att identifiera nyckelord och subteman. Det som jag upplevde som en nackdel var att en del subteman ingick i en större helhet i ursprungsmaterialet och att det därför var svårt att bryta loss dem och bilda nya mönster.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda patienter som lider av BPS. Jag har valt att diskutera de teman som framkommit och koppla dem till hur de påverkar gällande omvårdningsprocessen. Detta har skett dels fritt reflekterade, dels utifrån Travelbees omvårdnadsteori.

Min tanke med detta har varit att granska hur omvårdnaden kan komma att påverkas och hur den kan tänkas förbättras.

Resultatet från artiklarna visar att sjuksköterskor har negativa attityder och upplevelser av patienter med diagnosen BPS. Detta kan bero på den känsla av otillräcklighet som tidigare möten med patientgruppen väckt. Dessutom kan det tänkas att det finns stereotypa uppfattningar kring diagnosen i sig. Detta kan få negativ påverkan på omvårdnadens kvalitet då patienten ej ses som individ och en äkta mellanmänsklig kontakt får svårt att uppstå. Utifrån ett omvårdnadsteoretiskt tar ju Travelbee också starkt avstånd från alla generaliserande begrepp, där diagnosen sätts före individen.

Ett annat tema som framkommit att sjuksköterskorna har föreställningar om egenskaper av farlighet och manipulation hos patienter med BPS. Här reflekterar jag över om det som av sjuksköterskan kan upplevas som manipulation inte kan ses som ett mått på den instabilitet och sårbarhet i relationer som just är diagnosens signum. På samma sätt kan ett utagerande beteende vara ett uttryck för den maktlöshet som patienten kan uppleva i situationen. Att hitta en balans mellan att inte "gå igång" på patientens utagerande beteende och att kunna ge det stöd och gensvar patienten behöver kräver både kunskap och erfarenhet som sjuksköterska. Att använda sig av en målinriktad intellektuell metod som föreslås av Travelbee (Kristoffersen 1998) kan vara ett sätt att hitta struktur och behålla sitt tänkande i omvårdnadsarbetet under dessa premisser.

Resultatet tyder också på att sjuksköterskan distanserar sig från patienter med BPS . Även om det uppges användas som en arbetsmetod kan det även ses som ett sätt att undvika att bli manipulerad. Ett utagerande beteende som kan upplevas som manipulerande är självmordshot och/ eller -försök samt hot om självskadebeteende. I sådana fall kan ett avståndstagande vara ett sätt att hantera känslan av att ha patientens liv i sina händer. Distanseringen kan dock innebära att sjuksköterskan ej bemöter patienten empatiskt och att allians ej uppstår. Ett flertal omvårdnadsteoretiker, däribland Travelbee (Kristoffersen 1998) betonar just relationens betydelse i omvårdnadsprocessen. Att få till stånd en förtroendefull relation och att härbärgera patientens känslouttryck är en viktig del i omvårdnaden av patienter med borderline personlighetsstörning. Samtidigt är det just där som patientens svårigheter ligger. Att i detta laddade fält få till ett möte mellan sjuksköterska och patient som leder till en bra omvårdnad får ses som en professionell utmaning.

Resultatet tycks vidare tyda på att sjuksköterskan anser att patienter med BPS tillhör en patientgrupp som ligger inom sjuksköterskans arbetsområde. Vidare visar resultaten på att patientgruppen kan upplevas som både spännande och behandlingsbar. Detta kan te sig motsägelsefullt i jämförelse med tidigare beskrivna teman. Detta kan anses spegla den ambivalens som patientgruppen BPS väcker. Att sjuksköterskan ser patienten som behandlingsbar kan stärka möjligheten att förmedla hopp till patienten. Travelbee (i Kristofferson, 1998) ser hopp som ett medel att nå omvårdnadens mål och syftet. Endast en patient som upplever hopp tror på någon möjlighet att förändra och förbättra sin livssituation. Detta blir svårt att förmedla för en sjuksköterska som ej själv känner hopp för patienten eller tror att sjukdomen i någon form går att behandla eller lindra.

Jag menar att det är gynnsamt om sjuksköterskan är nyfiken och intresserad av patienter med diagnosen BPS och att en mellanmänsklig relation som kan innehålla tillit och hopp då har lättare för att uppstå.

När det gäller behov av stöd påvisar resultatet att sjuksköterskornas uppfattning är att de har ett behov av stöd från arbetsorganisationen i arbetet med patienter med BPS. Här är det av vikt att betona att omvårdnaden sker i ett sammanhang och inte i ett tomrum. Även arbetets organisation har betydelse för sjuksköterskors attityder och upplevelse av att arbeta med patienter med BPS. Det stöd som ges kommer på så sätt att indirekt påverka kvaliteten på omvårdnaden. Resultatet styrker att sjuksköterskor som arbetar med patienter med BPS behöver ett sammansvetsat och stödjande team, realistiska och tydliga mål, adekvat utbildning och fortlöpande handledning.

När det gäller handledning för sjuksköterskor som arbetar med patienter med BPS har Bland och Rossen (2005) skrivit en artikel som framhåller vikten av handledning för att kunna ge god omvårdnad och förbättra effekten av vården. I artikeln beskrivs de positiva effekterna som en handledning skulle kunna innebära: minska den stress som skapas av att arbeta i en krävande arbetsmiljö och ge sjuksköterskorna en större möjlighet att ta eget ansvar för sitt arbete och professionella utveckling. Bland och Rossen menar att handledning kan ske på både individuell- och gruppnivå och att den kan innehålla utbildning i den dynamik som finns kring patienterna, personalens ansvar på denna dynamik och samtal kring behandlingsbeslut. Dessutom kan handledning ge känslomässigt stöd till personalen vilket ökar tillfredställelsen i sjuksköterskornas arbete, när de kämpar med att upprätthålla ett professionellt terapeutiskt beteende gentemot denna patientgrupp (ibid.).

Det som förvånade mig mest när det gäller resultatet var att trots den avsevärda mängd kunskap och erfarenhet sjuksköterskorna som ingått i studien besitter upplever de avsevärda svårigheter att hantera patientgruppen BPS. Detta anser jag talar för vilka avsevärda krafter som är i omlopp i omvårdnadsprocessen i form av projektioner och överföringar. Något som ytterligare pekar på behovet av handledning för att kunna ge en god omvårdnad.

Slutsats

Studien har framhävt vilka utmaningar sjuksköterskan upplever i mötet med patienter med BPS. Sjuksköterskornas negativa attityd påvisar också de svårigheter som finns att förstå och bemöta patientgruppen.

Sjuksköterskorna känner dock ansvar för patientgruppen och upplever en nyfikenhet och optimism när de gäller denna utmanande patientgrupp.

För att kunna ge god omvårdnad till patienter med BPS efterlyser sjuksköterskan stöd i sin professionalitet. Detta kan ske i form av förslagsvis ett sammansvetsat och stödjande team, realistiska och tydliga mål, adekvat utbildning och fortlöpande handledning.

Framtida forskning

Ytterligare forskning avseende vårdpersonals uppfattning om patienter med diagnosen BPS kan vara av värde. Exempelvis vore det värdefullt att fördjupa kunskapen angående om vårdpersonalens uppfattningar kring diagnosen kommer sig av egna erfarenheter eller om de uppkommit genom att det finns stereotypa uppfattningar kring diagnosen i sig.

Praktiska implikationer

Utifrån framkommet resultat skulle följande insatser kunna beaktas när det gäller att förbättra sjuksköterskors upplevelse och attityder gällande patienter med diagnosen BPS:

Utbildning bör erbjudas för att förbättra personalens kunskap om patienter med diagnosen BPS. Kunskapen skulle kunna ge ökad förståelse och empati gentemot patienter med BPS och lindra sjuksköterskors negativa erfarenheter av att arbeta med patientgruppen.

Tydlig struktur bör eftersträvas när det gäller arbetsorganisationen, med en gemensam samsyn motverkas motsättningar mellan professionerna hos vårdgivarna.

Arbetsorganisationen bör också utveckla möjligheterna till känslomässigt stöd för vårdgivare och ett gemensamt etiskt förhållningssätt gällande omvårdnad av BPS.

Yrkeshandledning bör tillämpas för att bearbeta fördomar och förutfattade meningar kring BPS samt för att förbättra sjuksköterskornas möjlighet att hantera denna patientgrupp. Sjuksköterskor bör stöttas att få möjlighet att reflektera över sina känslor när de arbetar med komplexa patientgrupper som BPS samt ges möjlighet att utvecklas att se patienten bortom diagnosen.

REFERENSER

Bergman B. & Eckerdal A (2000) Professional Skills and Frame of Work organisation in Managing Borderline Personality Disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14. 245-252.

Bland A., Tudor G., & McNeil Whitehouse D. (2007) Nursing Care of Inpatients with Borderline Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol.43, No 4, October 2007.

Bland A., Rossen E. (2005) Clinical Supervision of Nurses Working with Patients Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26:507-517, 2005.

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

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. 186-191.

Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

Forsyth A. (2007) The effects of diagnosis and non-compliance attributions on the therapeutic allians in adult psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14. 33-30.

Fraser K. & Gallop R. (1993) Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* 7, 336-341.

Friberg, F.(red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Giannouli H., Perogamvros L., Svigos A., & Vaslamatziz G. (2009) Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14. 481-487.

Glant, H. & Glant R. (2010) *Ny i Psykiatri*. Ort:Gothia.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr: (1982:763). Hämtad 2010-08-15 från [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl)).

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* 14. 670-678.

Kristoffersen (red) (1998). *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

Langley G. C. & Klopper H. (2005) Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 23-32.

Lökensgard (1998). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ma W.F., Shih F.J., Hsiao S.M. et al (2008) "Caring across thorns" – different care outcomes for Borderline Disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 18. 440-450.

Markham D. (2003) Attitudes towards patients with a diagnosis of "Borderline Personality Disorder": social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health* 12. 595-612.

Markham D. & Trower P. (2003) The effects of the psychiatric label "Borderline Personality Disorder" on nursing staff's perceptions and casual attributions for challenging behaviors. *The British Journal of Clinical Psychology* 42. 243-256.

Näslund, G.K. (2008) *Borderline*. Stockholm: Natur och kultur.

Ottoson, H & Ottosson (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm:Liber.

Persius K-I., Kåver A., Ekdahl S., Åsberg M. & Samuelsson M. (2007) Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use DBT in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14. 635-643.

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) Hämtad 2010-08-15 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Warne T & McAndrew S. (2007) Bordering on insanity: misnormer, reviewing the case of condemned women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 155-162.

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

Woolaston 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.

Borderline personlighetsstörning enligt DSM-IV

Allmänna diagnostiska kriterier för personlighetsstörning

A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden:

- (1) kognitioner (d.v.s. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
- (2) affektivitet (d.v.s. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret)
- (3) mellanmänniskt samspel
- (4) impuls kontroll

B. Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.

C. Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxenålder.

E. Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.

F. Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex skalltrauma).

Specifik Borderline personlighetsstörning

F60.31

Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmännliga relationer, självbild och affekter. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder och tar sig minst fem av följande uttryck:

(1) gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium (5) räknas inte in här.

(2) uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering

(3) uppvisar identitetsstörning, d.v.s. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla

(4) visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium (5) räknas inte in här.

(5) uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar

(6) är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar)

(7) känner en kronisk tomhetskänsla

- (8) uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (tex ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål)
- (9) har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom

ICD-10

Emotionellt instabil personlighetsstörning, borderlinetyp, F60.31, enligt ICD-10

A. Generalkriterierna för personlighetsstörning (F60) enligt nedan måste vara uppfyllda.

B. Minst tre av symtomen uppräknade i kriterie B för F60.3 enligt nedan måste finnas samt med ett tillägg på minst två från följande:

- (1) störning i och osäkerhet kring självbild, mål och egna preferenser (inkluderande sexuella);
- (2) en förmåga att bli inblandad i intensiva och ostabila relationer som ofta leder till emotionella kriser,
- (3) anstränger sig mycket för att undvika att bli övergiven;
- (4) återkommande hot eller handlingar av självskadande art;
- (5) kroniska känslor av tomhet

F60 Specifik personlighetsstörning

G1 Det finns bevis föra att individens karakteristiska och genomgripande mönster av inre upplevelser och beteende i helhet avviker tydligt från vad som är kulturellt förväntat och accepterat (eller ”normalt”). Sådana avvikelser måste manifesteras sig i mer än ett av följande områden:

- (1) kognition (sättet att ta emot och bearbeta information om saker, människor och händelser, förståendet av attityder och föreställningar om sig själv och andra);
- (2) affekter (spännvidd, intensitet och hur adekvata emotionella ”arousal” och svar är);
- (3) Kontroll över impulser och behovet av belöningar;
- (4) Sättet att relatera till andra och hur man hanterar interpersonella situationer.

G2 Avvikelse måste manifesteras sig genomgripande i form av beteenden som är inflexibla, maladaptiva eller på annat sätt dysfunktionella inom ett vitt område av personella och sociala situationer (det får inte vara begränsat till ett speciellt ”trigger” område eller en speciell situation).

G3 Det finns ett personligt lidande eller sociala svårigheter, eller båda, som klart visar sig vara associerat med beteendet beskrivet i kriterie G2.

G4 Det måste finnas bevis för att avvikelsen är stabil och har funnits en lång tid, debuten ska ha skett i sen barndom eller under tonårstiden.

G5 Avvikelsen kan inte förklaras med att vara en manifestation eller konsekvens av andra psykiska syndrom hos vuxna, även om periodicitet eller kroniska tillstånd från F00-F59 eller F70-F79 kan samexistera eller vara pålagrade avvikelsen.

G6 Organisk hjärnsjukdom, skada eller dysfunktion måste kunna exkluderas som möjlig orsak till avvikelsen. (Om en organisk orsak kan visas ska kategori F07 användas).

BILAGA 2

Titel	Författare Artikels Ursprungs- Land	Problem och syfte	Metod	Vetenskaplig granskning	Tidskrift
The effects of diagnosis and non-compliance attributions on the therapeutic allians in adult psychiatric settings.	Forsyth A UK	Undersöka effekten av diagnosen BPS jämfört med depression gällande tänkt orsak till non-compliance i terapi utifrån vårdpersonals hjälp, sympati och ilskereaktioner.	2x2x2 upprepade mätningar genom enkät med vinjett och Likert skattningsskala. 26 vårdpersonal inom psykiatri. kvantitativ	MVG	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14. 33-30. Årtal: 2007
Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness	D. Markham UK	Att utvärdera den effekt som diagnosen BPS har på personalens attityd och uppfattning av patienten.	Kvantitativt Vårdpersonal fick fylla I enkät som relaterade till diagnoserna BPS, schizofreni samt depression gällande variablerna farlighet, social distans och möjlighet till förändring. Även personalens erfarenhet lades till som variabel.	MVG	Journal of Mental Health Årtal: 2003
The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours	D. Markham & P Trower UK	Undersöka hur diagnosen BPS påverkar vårdpersonalens uppfattning och tänkande kring orsaker till patientens handlande	Kvantitativ Enkätundersökning där 48 psykiatri sköterskor fick identifiera trolig orsak till patientens beteende samt beskriva sin nivå av empati och optimism gällande patientens förändring.	MVG	British Journal of Clinical Psychology Årtal: 2003

Caring across thorns” – different care outcomes for Borderline Disorder patients in Taiwan.	Ma W.F., Shih F.J., Hsiao S.M. Taiwan	Att undersöka bidragande faktorer och effekter till hur psykiatri-sjuksköterskors beslutsfattande påverkade vårdresultatet av BPS-patienter.	Beskrivande kvalitativa semistrukturerade intervjuer. 15 sjuksköterskor på ett Psykiatri-center i Taiwan.	MVG	<i>Journal of Clinical Nursing</i> 18. 440-450 Årtal: 2008
Professional Skills and Frame of Work Organization in Managing Borderline Personality Disorder.	B.Bergman & A. Eckerdal Sweden	Att öka förståelsen för vad det innebär att som vårdpersonal arbeta med patienter med BPS	Kvalitativ analys av djup-intervjuer 29 vårdpersonal i öppenvård och slutenvård som möter patienter med BPS grounded theory	VG	Scandinavian Journal of Caring Science 14. 245-252. Årtal:2000
Psychiatric nurses’ knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder.	P.D . James & S . Cowman Irland	Undersöka kunskap, erfarenhet och attityder hos psykiatrisjuksköterskor gällande patienter med BPS.	Kvantitativ Beskrivande anpassad enkät. 65 psykiatrisk.	MVG	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , Årtal:2007
Destructive Whirlwind’: nurses’ perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder	K. Woolaston & P. Hixenbaugh UK	Undersöka attityder kring BPS patienter och undersöka en sjuksköterskans upplevelse att arbeta med borderline.	Kvalitativ 6 deltagare ur en psykiatrisk team svarar på frågor under en Semi-strukturerad intervju.	VG	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Årtal:2008

Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder.	Giannouli H., Perogamvros Grekland	Undersöka attityder, kunskap och erfarenheter hos ssk gällande BPS.	127 psykiatrisjuksköterskor som arbetade på sjukhus svarade på enkät.	MVG	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14. 481-487. Årtal:2009
Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder.	Cleary M., Siegfried N., & Walter G Australien-Sydafrika	Undersöka psykiatri – ssk:s attityder , erfarenheter, kunskap kring hur hantera BPS patienter .	Enkät , 229 psykiatrisjuksköterskor. Kvantitativ.	MVG	<i>International Journal of Mental Health Nursing</i> 11. 186-191. Årtal: 2002
Nurses´ Confirming/ Disconfirming Responses to Patients diagnosed with Borderline personality disorder.	Fraser K. & Gallop R Canada	Undersöka om patientgruppen BPS fick motta mindre empatisk respons jämfört med andra patientgrupper som inte hade BPS.	Observationstudie av 17 psykiatrisjuksköterskor	MVG	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i> 7, 336-341 Årtal: 1993
Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use DBT in the work with young self-harming women showing BPD	Persius K-I., Kåver A., Ekdahl S., Åsberg M. & Samuelsson M. Sweden	Syfte var att undersöka hur arbetet med terapiformen DBT med unga kvinnor med BPS påverkade personalens upplevelse av stress och nivå av utbrändhet.	22 medlemmar i terapiteamet varav 8 sjuksköterskor (övriga var läkare, mentalsskötare och psykologer) . Blandad kvantitativ och kvalitativa metoder användes: enkät, skattningar, gruppintervjuer.	MVG	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14. 635-643. Årtal:2007

--	--	--	--	--	--

BILAGA 3.

Kvalitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat?

Ja nej

- Är problemformulerat avgränsat?

Ja nej

- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?

Ja nej

- Finns det någon vetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?

Ja nej

- Finns det ett syfte?

Ja nej

- Är syftet klart formulerat?

Ja nej

- Finns det en metod beskriven?

Ja nej

- Förs det några etiska resonemang?

Ja nej

- Finns det en metoddiskussion?

Ja nej

- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t ex. vårdvetenskapliga antagande?

Ja nej

Kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat?

Ja nej

- Är problemet avgränsat?

Ja nej

- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?

Ja nej

- Finns det någon vetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?

Ja nej

- Finns det ett syfte?

Ja nej

- Är syftet klart formulerat?

Ja nej

- Finns det en metod?

Ja nej

- Var valda statistiska metoder adekvata?

Ja nej

- Hänger teoretiska utgångspunkter ihop?

Ja nej

- Förs det några etiska resonemang?

Ja nej

- Finns det en metoddiskussion?

Ja nej

- Sker återkoppling till teoretiska antagande, t ex. vårdvetenskapliga antagande?

Ja nej