



Sykepleie i møte med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Kandidatnummer: 560

VID vitenskapelige høyskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2018

Antall ord: 8538

Innleveringsfrist: 19.03.21

Menneske
Ikkje ein Gud
og ikkje ein djevel
menneske er du.
Ikkje ein himmel
eller et helvit,
Men både slag ber du.

(Bruheim, 1981, gjengitt av Hummelvoll, 2016, s. 277).

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en væremåte og sårbarhet som kan føre til kompliserte relasjoner med deres behandlere. Samtidig kan væremåten deres skape holdninger hos personalet som kan virke antiterapeutisk på grunn av motoverføringsreaksjoner. Dette kan skape problemer med tanke på behandling under kriser.

Hensikt: Hensikten med studien er å sette seg inn i hva sykepleieren må ta i betraktning i møte med personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie som tar i bruk systematiske litteratursøk gjennom databasene Cinahl og Ovid Medline. Seks forskningsartikler ble inkludert.

Resultater: Sykepleiere holder dårligere holdninger og har mindre empati til pasientgruppen enn det andre profesjoner i helsevesenet har. Negative holdninger og lite empati er et hinder for å bygge en god relasjon, og hindrer videre behandling. For å oppnå gode relasjoner er det viktig med kompetanse innenfor motoverføringer, empati og kommunikasjon.

Konklusjon: For å kunne møte pasienten på en god måte må sykepleieren ha tilstrekkelige kunnskaper. Ikke bare diagnosen, men også om kommunikasjon og håndtering av egne tanker og følelser.

Abstract

Background: Patients with borderline personality disorder have a demeanor and vulnerability that can lead to complicated relationships with their caregivers. At the same time, their demeanor can create attitudes among staff that may have antitherapeutic effects due to countertransference. This can create problems with regard to treatment during crises.

Purpose: The purpose of the study is to understand what the nurse must take into account when meeting people with emotionally unstable personality disorder.

Method: The thesis is a literature study that uses systematic literature searches through the databases Cinahl and Ovid Medline. Six research articles were included.

Results: Nurses have poorer attitudes and have less empathy for the patient group than other health care professionals. Negative attitudes and little empathy are an obstacle to building a good relationship, and prevent further treatment. In order to achieve good relationships, it is important to have expertise in countertransference, empathy and communication.

Conclusion: To be able to meet the patient in a good way, the nurse must have sufficient knowledge. Not only about the diagnosis, but also about communication and handling of one's own thoughts and followers.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans	8
1.4 Avgrensninger	8
1.5 Begrepsavklaring	9
1.6 Oppgavens videre oppbygning	9
2. Metode	10
2.1 Litteraturstudie som metode	10
2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	10
2.2 Strategi for litteratursøk	11
2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3 Introduksjon av forskningsartikler	12
2.3.1 Artikkel 1	12
2.3.2 Artikkel 2	12
2.3.3 Artikkel 3	13
2.3.4 Artikkel 4	13
2.3.5 Artikkel 5	14
2.3.6 Artikkel 6	14
2.4 Kildekritikk	15
3. Teori	16
3.1 Personlighetsforstyrrelse	16
3.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	16
3.3 Travelbees sykepleieteori	18
3.3.1 Travelbees syn på holdninger	18
3.3.2 Menneske-til-menneske-forholdet	19
3.3.3 Kommunikasjon	20
3.4 Kommunikasjon	21
3.4.1 Fire gode vaner	21
3.5 Holdninger	22

3.5.1 Gunstige holdninger hos hjelperen.....	23
3.6 Relasjoner.....	23
3.7 Motoverføring.....	24
3.7.1 Motoverføring og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	25
3.8 Lovverk.....	25
3.9 Presentasjon av hovedfunn i forskningsartiklene.....	26
3.9.1 Artikkel 1	26
3.9.2 Artikkel 2	27
3.9.3 Artikkel 3	27
3.9.4 Artikkel 4	28
3.9.5 Artikkel 5	28
3.9.6 Artikkel 6	28
4. Diskusjon/Drøfting	29
4.1 Holdning og motoverføring.....	29
4.2 Relasjon.....	31
4.3 Kommunikasjon	33
5. Konklusjon	36
6. Litteraturliste	37
7. Vedlegg	40
7.1 Søketabell.....	40

1. Innledning

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling for oppgaven, samt oppgavens avgrensninger, videre oppbygning og begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det regnes med at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, heretter referert til som UPF, forekommer hos omtrent 1,5% av befolkningen. Personer med diagnosen UPF er primært preget av impulsiv atferd og manglende selvkontroll, uforutsigbart og svingende stemningsleie, problemer med å kontrollere eksplosiv adferd, samt sårbarhet for avvising og kritikk. En konsekvens av pasientgruppens væremåte og sårbarhet er kompliserte relasjoner til andre, deriblant leger og andre behandlere (Malt et al., 2018. 659-660). I tillegg kan det lett skapes holdninger blant personalet som kan virke antiterapeutiske på grunn av motoverføringsreaksjoner (Hummelvoll, 2016, s. 289).

Gjennom studietiden har jeg ved flere anledninger erfart følelsesmessige utfordringer med denne pasientgruppen. Det er disse erfaringene som har dannet grunnlaget for min interesse for diagnosen UPF og mennesket bak. I møte med pasientene kan det oppstå mye følelser hos oss som behandler, spesielt følelser knyttet til de mindre heldige egenskapene pasienten kan inneha. Følelsene våre kan ha innvirkning på hvordan vi forholder oss til pasienten. Dersom følelsene er utelukkende negative vil handlingene våre gjenspeile disse følelsene på en måte som kan virke antiterapeutisk i forholdet til pasienten (Skårderud et al., 2017, s. 209). I flere anledninger kjente jeg på manglende kunnskap når det kom til å samhandle med pasientgruppen. På bakgrunn av dette ønsker jeg å fokusere på hva som kan påvirke sykepleiers tilnærming og samhandling med pasientgruppen, men fokus på holdninger, relasjoner og kommunikasjon.

Som student ved en diakonal høyskole med helhetlig sykepleie og solidarisk engasjement som verdier, virker dette som en god pasientgruppe å kaste litt ekstra lys over. Erfaring tilsier at få har en positiv holdning til å hjelpe dem og mange vegrer seg for å gå inn i relasjoner de vet kommer til å ende med utagering.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier møte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Hensikten med dette litteraturstudie er å belyse hva sykepleieren trenger av kunnskap for å innlede og holde en god relasjon i møte med UPF pasienter. Fokuset vil ligge på hvordan våre tanker og følelser kan påvirke relasjonen vi får til pasienten, samt hvordan denne relasjonen kan bygges. Ved å ta tak i forutinntatte meninger og dårlige holdninger vil andre behandlingstiltak kunne bli lettere å gjennomføre.

Personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse blir sett på som storforbrukere av helsetjenester (Skårderud, 2017, s.269), det er for det meste snakk om uteteam og legevakt. Opphold på institusjon anbefales vanligvis ikke, men i korte perioder hvor pasienten er i en krisesituasjon er det kanskje nødvendig med korte opphold på psykiatrisk døgnenhet. (Hummelvold, 2016, s. 289). På en slik døgnenhet jobber det gjerne en del sykepleiere. Som sykepleier kan man få en viktig rolle i behandlingen av pasienten, som primærkontakt under pasientens innleggelse eller kontakt under et enkelt skift. Uansett rolle vil man ha en del av ansvaret for pasientens bedring.

1.4 Avgrensninger

Jeg har i praksis erfart at store deler av fokuset ligger på å endre atferden til pasienten. Sjeldent ble det snakket om hva sykepleieren kunne gjort annerledes etter en amper samtale eller utagering fra pasientens side. Derfor er denne oppgaven avgrenset til å se på sykepleiers del av relasjonen, særlig med tanke på holdninger og kommunikasjon. Konkrete anbefalinger om behandlingstiltak vil ikke bli diskutert. I en større oppgave kunne man også sett mer på pasientens rolle i samhandlingen.

Oppgaven vil forholde seg til voksne fra 18 år og oppover, som er innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling.

1.5 Begrepsavklaring

Personlighetsforstyrrelse: Defineres som dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spektrum av personlige og sosiale situasjoner (Malt et al., 2018, s. 644).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Beskrives som en personlighetsforstyrrelse som i hovedsak kjennetegnes ved impulsiv atferd og manglende selvkontroll uten gjennomtenkning av konsekvensene (Malt et al., 2018. s. 659).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Denne oppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel en presenterer bakgrunn for valg av tema, problemstilling, hensikt, avgrensninger og begrepsavklaring. I andre kapittel blir oppgavens metode presentert, samt søkestrategi og kildekritikk. Kapittel tre presenterer valgt litteratur og resultat av de utvalgte forskningsartiklene. I kapittel fire blir oppgavens problemstilling drøftet ut ifra presentert teori. Oppgaven rundes av i kapittel fem med konklusjon.

2. Metode

Dette kapitlet tar for seg metoden som ligger til grunn for utførelsen av denne oppgaven, samt søkemetode og -strategi.

I boken *Det skjulte samfunn* formulerer sosiologen Vilhelm Aubert begrepet metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s. 19, sitert i Dalland, 2018, s. 51).

2.1 Litteraturstudie som metode

Det er valgt litteraturstudie som metode for å besvare oppgavens problemstilling. I en litteraturstudie er det litteraturen man studerer. Materialet som tas i bruk i studiet er allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler. Man skaper dermed ingen ny kunnskap, det kan derimot presenteres nye synspunkter og drøfting (Støren, 2019, s. 16-17).

2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Målet med å ta i bruk en *kvalitativ metode* er å utforske meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved kvalitativ metode samler man informasjon gjennom ustrukturerte observasjoner og intervjuer preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer. Kvantitative metode har fordelen av å fremstille data i form av målbare enheter. Metoden tar ofte i bruk spørreskjemaer med faste svaralternativer og systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2018, s. 52-53).

Begge metodene bidrar til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan vi handler og samhandler. (Dalland, 2018, s. 52).

2.2 Strategi for litteratursøk

Det er gjennomført strukturerte søk i aktuelle databaser, som Cinahl og Medline, for å finne relevante artikler til litteraturstudien. Som søkeord brukte jeg: *Borderline personality disorder, nursing, attitude of health personnel, therapeutic relationships, attitude, nursing care, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, holdninger*, for å finne forskningsartikler som var relevante for oppgavens tema. For å innsnevre antall treff ble søkeordene avgrenset med *AND* eller *OR*.

Gjennom søkeprosessen leste jeg overskriften og sammendraget til artiklene som kunne virke relevante for oppgaven. Deretter, om sammendraget virket relevant, så jeg nærmere på artikkelen. Jeg la vekt på at artiklene skulle ha en IMRaD-struktur, siden vitenskapelige artikler skal ha det (Støren, 2013). Til slutt satt jeg igjen med de seks artiklene jeg har inkludert i dette litteraturstudie.

Utvalget besto av 5 kvalitative og 1 kvantitativ artikkel. I denne oppgaven var ønske å komme nærmere inn på sykepleiers tanker og følelser, og hvordan holdninger påvirker relasjonen, det er lettere gjennom et kvalitativt studie. Jeg har også valgt ut at kvantitativ studie som gir et overblikk over holdningssituasjonen blant sykepleiere. Se vedlagt tabell (Vedlegg 1), for å få en bedre oversikt over hvilke søkeord og kombinasjoner som er brukt, antall treff og forskningsartiklene som er inkludert i studien.

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å sortere ut relevant forskning utarbeidet jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert i løpet av de siste ti årene (2011-2021).
- Artikler skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk.
- Artiklene skal følge IMRaD struktur
- Fagfelleurdert

Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2011 skal så langt det går ikke benyttes

- Pasienter under 18
- Ikke fagfellevurdert

2.3 Introduksjon av forskningsartikler

Her presenteres tittel, forfatter, årstall, hensikt og bakgrunn for valg av forskningsartiklene tatt i bruk i dette litteraturstudiet.

2.3.1 Artikkel 1

Tittel: Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder (Stroud & Parsons, 2013).

Målet med denne kvalitative studien fra 2013 var å få en bedre innsikt i hvordan psykiatriske sykepleiere forstår diagnosen UPF, og hvordan denne forståelsen påvirker deres møte med pasientgruppen. Studien er gjennomført ved hjelp av et semi-strukturert intervju av fire psykiatriske sykepleiere, alle med betydelig erfaring med UPF pasienter.

Ut i fra resultatene i dette studiet (delkapittel 3.9.1) kan det virke som om det er et behov for økt kunnskap. Etersom manglende kunnskap kan påvirke hvordan man forholder seg til og utfører jobben sin, har jeg valgt å inkludere denne artikkelen for å understreke behovet for kunnskap. Selv om studien er utført i samfunnet og ikke på sykehus, mener jeg, på bakgrunn av erfaring, at resultatene kan overføres til en akuttpsykiatrisk avdeling.

2.3.2 Artikkel 2

Tittel: Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice (Bowen, 2013).

Hensikten med denne kvalitative studien fra 2013 var å undersøke hva psykiatrisk helsepersonell anså som god praksis i behandling av pasienter med UPF. Studien ble gjennomført ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer av ni intervjuobjekter, hvorav fire var sykepleiere, tre sosionomer, en kunstterapeut og en psykiatiker. Funnene i studien kan ses på som viktige deler i helhetlig omsorg for pasienter med UPF, og er derfor relevante for denne oppgaven.

2.3.3 Artikkel 3

Tittel: Exploring therapeutic engagement with individuals with a diagnosis of personality disorder in acute psychiatric inpatient setting: A nursing team perspective (Acford & Davies, 2019).

Hensikten med denne kvalitative studien fra 2019 var å undersøke hva slags terapeutisk tilnærming helsepersonell på psykiatrisk avdeling hadde til pasienter med personlighetsforstyrrelse. Det ble gjennomført fire fokus grupper med 4-6 deltakere. Syv psykiatriske sykepleiere og tolv assistenter deltok i studien.

Valget falt på denne artikkelen fordi den tar for seg mye av det samme som denne oppgaven, i tillegg til at undersøkelsen er gjennomført på en akuttpsykiatrisk avdeling. Selv om oppgaven fokuserer på personlighetsforstyrrelser generelt, mener jeg at den har overføringsverdi til min oppgave.

2.3.4 Artikkel 4

Tittel: The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder (Bodner et al., 2015).

Denne kvantitative studien fra 2015 hadde som hensikt å svare på tre hypoteser basert på valgt litteratur. (1) Sykepleiere rapporterer mer negative holdninger i sammenligning med andre profesjoner. (2) Alle profesjoner vil rapportere dårligere holdninger mot UPF enn de vil mot depressive lidelser eller angst lidelser. (3) Bare sykepleiere vil tildele mer negative egenskaper til pasienter med UPF i forhold til depressive lidelser og angst lidelser. Klinikere fra fire psykiatriske sykehus ble kontaktet og fylte ut spørreskjemaer om holdningene til disse pasientene. 710 klinikere fylte ut skjemaet, utvalget besto av sykepleiere, psykologer, psykiatriske og sosionomer.

2.3.5 Artikkel 5

Tittel: Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study (Warrender, 2015)

Hensikten med denne kvalitative studien fra 2015 var å fange opp personalets oppfatning av hvilken innvirkning kurs i mentaliseringsbasert terapi har på deres praksis i arbeid med personer med UPF. Ni sykepleiere deltok i to fokusgrupper for å samle data, et før og et etter kurset. Resultatet av denne studien forteller oss at blant annet holdninger og empati overfor pasientgruppen kan endres.

2.3.6 Artikkel 6

Tittel: Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses (Romeu-Labayen et al., 2020).

Hensikten med denne kvalitative studien fra 2020 var å identifisere psykoterapeutiske faktorer som kunne bidra til UPF-pasienters bedring. Studien ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Populasjonen besto av 12 personer med diagnosen UPF under omsorg av psykiatriske sykepleiere ved et psykisk helsesenter.

2.4 Kildekritikk

I denne oppgaven er det valgt forskningsartikler publisert i andre enn land i Norge. Dette kan påvirke overføringsverdien resultatene har til vårt helsetjenestene, da helsevesenet i disse landene har et annet system enn det vi har i Norge. Fem av seks studier som er valgt er kvalitative og baserer seg på spørreskjema, intervju og fokusgrupper. Siden den kvalitative metoden består av et lite utvalg og tar sikte på å fange opp personers meninger og opplevelser, er det vanskelig å si i hvilken grad det er overførbart. I tillegg kan det forekomme ytre påvirkning, feiltolkning av spørsmål og uærlige svar (Dalland, 2018). Likevel gir de kvalitative artiklene et bedre svar på det jeg ønsker å finne ut av i denne oppgaven. Den siste forskningsartikkelen er et kvantitativt studie. Med et større utvalg deltagere får man en mer eksakt fremstilling av dataene, med større overføringsverdi. Man får derimot ikke gått i dybden på hvorfor svarene er slik de er (Dalland, 2018).

Selv om man kan trekke overføringsverdien til de kvalitative artiklene i tvil, vil jeg påstå at etter samtaler med fagpersoner i klinisk praksis, samt egne erfaringer på legevakt og akuttpsykiatrisk avdeling, stemmer funnene i artiklene godt overens med egne erfaringer.

Ikke alle forskningsartiklene er skrevet med fokus på en akuttpsykiatrisk døgnpost, så man kan trekke overførbarheten til tvil. Likevel vil jeg også her påstå at mye av det som gjelder for en sykepleiere i samfunnet, vil være overførbart til sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling når det kommer til følelser og reaksjoner på pasientgruppen.

På grunn av stengte biblioteker under Covid-pandemien er utvalget av faglitteratur mindre enn ønsket.

3. Teori

I dette kapitlet blir valgt litteratur, samt resultater fra valgte forskningsartikler presentert.

3.1 Personlighetsforstyrrelse

Vi har alle grunnleggende personlighetstrekk som er ledende for måten vi oppfører oss på, hvordan vi møter sykdom og påkjønning, og hvordan vi reagerer i ulike situasjoner. Vanligvis vil vi reagere på en slik måte som er til nytte for oss i hverdagen, men dette er ikke alltid tilfellet. Måten vi reagerer på kan til tider vise seg å være uhensiktsmessig og utilstrekkelig, uten at det regnes som unormalt. Det er først når våre reaksjoner og væremåte er uhensiktsmessig i de fleste situasjoner, og skaper problemer med normal tilpasning til omgivelsene at vi kan kalle det en personlighetsforstyrrelse (Håkonsen, 2018, s. 340). Personer med personlighetsforstyrrelser representerer avvik, i større eller mindre grad, for hvordan man opplever, tenker, føler eller forholder seg til andre på, ut ifra hva som er normalt i et gitt samfunn. De har tendens til å være stabile i sitt adferdsmønster. Dette skiller personlighetsforstyrrelser fra andre psykiske lidelser, hvor personen og andre kan oppleve endring i personens psykiske fungering i forhold til hva som er normalt (Malt et al., 2018, s. 644).

ICD-10 skiller mellom spesifikke- og blandede personlighetsforstyrrelser, og vedvarende personlighetsforandringer. De ulike grupperingene har forskjellige kjennetegn og klinisk bilde, men deler noen grunnleggende fellestrekk. Dette kan være trekk som impulsivitet, problemer med affektregulering, oppmerksomhetskontroll, angstregulering og kognitiv organisering (Malt et al., 2018, s.645-646).

3.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kategoriseres under spesifikke personlighetsforstyrrelser i ICD-10. Videre skiller de mellom to typer UPF. Den impulsive typen og den ustabile (borderline) typen. Det vil nevnes hva som kjennetegner underkategoriene, men oppgaven vil videre fokusere på UPF generelt. Den impulsive typen kjennetegnes ved problemer med impuls kontroll og manglende følelsesmessig stabilitet,

samt truende adferd og voldelige utbrudd. Den ustabile typen kjennetegnes i tillegg ved at pasienten har forstyrrelser i mål, indre verdier og selvilde. De kan oppleve kronisk tomhetsfølelse, ustabile og intense forhold og tendens til selvdestruktiv adferd (Malt et al., 2018, s. 659).

Gunderson og Singer (1975) peker på fem beskrivende trekk ved UPF med grunnlag i ytre adferd:

1. *Intense affekter*, en ubalanse i følelseslivet som preges av fiendtlighet og depresjon.
2. *En livshistorie med mye impulsiv adferd*. Vansker med utsettelse, rusmiddelbruk og selvmordsforsøk som fører til utilsiktet selvdestruktiv adferd.
3. *Tilsynelatende god sosial tilpasning*. Overfladisk tilpasning til miljøet som skjuler en uklar identitetsoppfatning.
4. *Kortvarige psykotiske episoder* med et paranoid preg. Kan ses i sammenheng med stoffmisbruk, kriser eller andre belastende situasjoner.
5. *Forstyrrelser i relasjoner* ofte preget av krav, devaluering og manipulering.

Relasjonene er ofte kortvarige, overfladiske, avhengige og intense.

(Gunderson & Singer, gjengitt av Hummelvoll, 2016, s. 279-280).

I tillegg er sårbarhet for avvisning og kritikk et fellestrekk ved UPF som kompliserer forholdet til andre. Om en pasient med UPF oppfatter noe som kan minne om dette kan de bli klengende og krevende, men også reagere utagerende med sterke affekter eller med sinne. En slik reksjon vil være impulsiv uten egenkontroll. En konsekvens av sårbarheten for kritikk og avvisning er kompliserte relasjoner. Pasienten vil ha en tendens til svart-hvit tenkning, hvor de kan veksle mellom å være idealiserende og devaluerende. Denne typen tenkning kan ha en effekt på forholdet deres til behandler (Malt et al., 2018, s. 660). Pasientgruppen utfordrer behandlere, både når det kommer til tålmodighet og troen på oss selv som dyktig hjelper. Likevel er det av avgjørende betydning at fokuset ligger på relasjonen i behandlingskontakten (Skårderud et al., 2017, s. 287).

For denne pasientgruppen blir institusjonsopphold unngått i den grad det lar seg gjøre (Hummelvoll, 2016; Malt et al., 2018). Det er kun i korte perioder som følge av krisepregede situasjoner at pasienten får tilbud om opphold på institusjon. I slike perioder kan innleggelse gi pasienten en bedre oversikt og ny struktur i livssituasjonen. Samtidig kan sykehusopphold

føre til ansvarsfraskrivelse og passivitet, samt nedsatt sosial fungering og apati. En konsekvens av pasientgruppens væremåte og bruk av primitive forsvarsmekanismer kan skape holdninger blant behandlerne som kan virke antiterapeutiske på grunn av motoverføringsreaksjoner. Samtidig kan behandlerne gi selvmotsigende signaler, da de kan gi uttrykk for at det er viktig at pasienten selv tar ansvar for å be om hjelp i institusjon. I denne beskjeden kan det likevel i underforstått betydning kommuniseres at tilbudet ikke passer pasienten (Hummelvoll, 2016, s. 289).

3.3 Travelbees sykepleieteori

I denne oppgaven blir Travelbees «mellommenneskelige forhold i sykepleie» brukt som sykepleieteori. Med tanke på oppgavens fokus vil Travelbees syn på holdninger, kommunikasjon og hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet, med fokus på de tre første fasene, bli tatt i bruk.

3.3.1 Travelbees syn på holdninger

En ikke-dømmende holdning kan bety at en ikke stiller seg bebreidende eller fordømmende til andre mennesker. Travelbee mener at den ikke-dømmende holdningen er en myte. Ut i fra den kunnskapen vi har om andre, enten den er rasjonell, realistisk eller det motsatte, dømmer vi dem. Som regel er kriteriene vi dømmer ut i fra basert på i hvor stor grad personen følger eller avviker fra egne atferdsnormer (Travelbee, 1999, s. 198).

Sykepleier bør gå inn for å bli bevist hvilke «dommer» hun/han feller om den syke. Det er først når man får en klarhet over hvordan man «dømmer», at man kan evaluere hvordan dette påvirker møte med den syke. På grunn av ubeviste faktorer som styrer egen atferd, er det ikke alltid mulig å endre «dommen» man har felt. På tross av dette kan sykepleieren likevel anstrenge seg for at negative vurdering skal ha så liten innvirkning som mulig på omsorgen for den syke. Sykepleieren bør også forsøke å ha innsikt i egen atferd, det vil si å forstå hvorfor den andres atferd truer sykepleieren såpass at han/hun må fordømme vedkommende (Travelbee, 1999, s. 198-199).

3.3.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette er en av grunntankene til Travelbee. Forholdet kjennetegnes ved at pasient og sykepleier oppfatter og forholder seg til hverandre som forskjellige individer, ikke som «pasient» og «sykepleier» (Travelbee, 1999, s. 171). Gjennom samhandling med den syke, bygges forholdet opp dag for dag. Sykepleieren må derfor ha kunnskap om hva hun/han gjør, føler, tenker og erfarer. Videre må hun/han være bevist det som gjøres og utnytte all tilgjengelig kunnskap i tilretteleggingen av sykepleieintervensjonen (Travelbee, 1999, s. 171-172).

Menneske-til-menneske-forholdet etableres når sykepleieren sammen med den hun har omsorg for har gått gjennom følgende fire faser: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse. Med disse fire fasene vil man oppnå gjensidig forståelse og kontakt, gjennom etablering av menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 172).

Det innledende møtet er hovedsakelig basert på observasjoner, antagelser og verdidommer. På dette tidspunktet vil både pasient og sykepleier danne seg et førsteinntrykk, da de ikke kjenner hverandre. Travelbee skriver at forutinntatte meninger og tidligere erfaringer kan farge det første møtet. I det innledende møtet er det sykepleiers oppgave å bryte ned stereotypene, slik at man kan se pasienten som et menneske, ikke en diagnose (Travelbee, 1999, s. 186-188).

Fase, *fremvekst av identiteter*, karakteriseres ved at begge parter klarer å sette pris på den andre som et eget individ, og klarer å etablere tilknytning. Sykepleierens oppgave i denne fasen er å bli bevist hvordan hun/han oppfatter pasienten, og i hvilken grad han/hun kan godta mennesket som et eget individ. Manglende evne til å gjennomgå denne fasen kommer for eksempel fram i overfladiske interaksjonsformer og i den «halvveis-hjelpsomme» interaksjonen. Når et forhold er etablert mellom sykepleier og pasient, blir grunnlaget for empati lagt og fasen går over i empatifasen. (Travelbee, 1999, s. 188-192).

Den siste fasen som vil forklares i denne oppgaven er *empatifasen*. Empati er evnen til å forstå og ta del i en annen persons psykiske tilstand i øyeblikket. Travelbee legger ulike forutsetninger til grunn for å kunne føle empati, likhetstrekk mellom sykepleier og pasient er en av dem. En annen forutsetning er å ha et ønske om å forstå den andre. Med et klart mål om å forstå, samt en nysgjerrighet fra sykepleierens side legges et godt grunnlag for å utvikle empati overfor pasienten (Travelbee, 1999, s. 193-200).

3.3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon foregår i alle møter mellom sykepleier og den hun har omsorg for, gjennom samtale eller taushet. Om vi er det bevist eller ikke, kommuniserer både pasient og sykepleier gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktuttrykk, manerer og gester.

Sykepleieren må evne å forstå hva den syke prøver å formidle, samt å planlegge tiltak på bakgrunn av denne informasjonen. For å få til dette må sykepleieren skjønne når det foregår kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 135).

En profesjonell sykepleier må tilstrebe å lære den syke og kjenne. Skal man kunne fastsette og ivareta den sykes behov, må man først finne ut hva disse behovene består av. Når man har kartlagt behovene, er det disse kriteriene man må jobbe ut fra for å oppfylle sykepleiers mål. Selv med de beste intensjoner fra sykepleiers side, er det mange faktorer som spiller inn i om målene for interaksjon mellom sykepleier og pasient nås. Ut i fra tidligere kartlegging, skal sykepleier inneha nødvendig kunnskap i hvilke tiltak hun må utføre for å oppnå en viss måloppnåelse. Men selv med innsikt og velvilje, er det ikke alltid man når målene man har satt seg fordi man mangler en bevisst forståelse av hva som tidligere er kommunisert. Når kommunikasjonen svikter, har ikke budskapet blitt mottatt, eller blitt feiloppfattet eller misforstått. Det kan være en svikt fra sykepleiers side ved å ha et ønske om å ikke kommunisere eller mangel på velvilje til å sette seg inn i pasientenes situasjon. Det kan også være ubetenksomhet fra en av partene, ved at man responderer automatisk og uten å tenke seg om. Noe som kan gi den andre parten inntrykk av manglende engasjement, interesse eller uvitenhet (Travelbee, 1999, s. 135-158).

3.4 Kommunikasjon

Vi skiller mellom profesjonell kommunikasjon og kommunikasjon i det daglige. I arbeidet som helsepersonell og yrkesutøver kommuniserer vi annerledes enn vi gjør som privatpersoner. De vi kommuniserer med, er personer som av forskjellige grunner har behov for vår hjelp og assistanse, samt kollegaer som vi samarbeider med for å yte hjelp. Vår faglige kompetanse i rollen som helsepersonell skal fylle en hjelpende og motiverende funksjon. Helsepersonell kan ha forskjellige pasient- og brukergrupper, metoder og arbeidsområder, men profesjonell kommunikasjon er alltid faglig fundert og til hjelp for andre (Eide & Eide, 2018, s. 32).

Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Med personorientert kommunikasjon menes det at man ikke ser på personen som kun en pasient eller bruker, men som et enkelt individ med egne verdier, ressurser, muligheter og prioriteringer, en person med mål og tanker om egen livssituasjon og helse. Det forutsetter at man er tilstede og lytter aktivt både til det pasienten sier, og det som blir gitt uttrykk for nonverbalt, og har forståelse for hva pasienten finner viktig i den aktuelle situasjonen. Personorientert kommunikasjon består av fire sentrale elementer:

- Å anerkjenne pasientens perspektiv
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der dette er mulig

(Eide & Eide, 2018, s. 16-17).

3.4.1 Fire gode vaner

Kommunikasjonsmodellen «Fire gode vaner» bygger på «Four Habits» av den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanentes, og er tilpasset norske forhold. De fire gode vanene er: Invester i begynnelsen, utforsk pasientperspektivet, vis empati og invester i avslutningen (Hyldmo et al., 2014).

Gjennom *den første vanen* bygges tillitt ved å være høflig, tilstede og henvendt til pasienten. I tillegg må man få en oversikt over det helseproblemet pasienten har behov for å få løst.

Ved å innlede med åpne spørsmål vil man få en oversikt over hva pasienten ønsker å snakke om, for deretter å sette opp en plan for videre samarbeid (Hyldmo et al., 2014). I løpet av den første fasen har vi aktivt lyttet til det pasienten har delt, samt bekreftet og anerkjent det som er lagt frem av informasjon (Mjaaland & Jensen, 2020, side. 86).

Den andre vanen går ut på å få en forståelse for pasientens syn på egnene helseplager, og å finne ut av på hvilken måte dette preger hverdagslivet. Det må stilles konkrete spørsmål rundt pasientens tanker og hva hun/han mener er grunnen til plagene (Hyldmo et al., 2014). I helsetjeneste er vi dårlige på å undersøke pasientens syn på egen helse. Ved å bli god på dette får man bedre innsikt i hva pasienten tenker, føler og vet om plagene sine. Ved å tilegne seg denne informasjonen blir vi i stand til å skreddersy behandling (Mjaaland & Jensen, 2020, s. 87-92).

Den tredje vanen baserer seg på følelsesmessig tilstedeværelse, å vise empati, samt å få tak i pasientens følelser. I tillegg skal man gjennom ord og kroppsspråk bekrefte pasientens opplevelse. Behandler skal observere pasientens følelser uavhengig om de kommer til uttrykk verbalt eller ikke. Dette krever øyekontakt og oppmerksomhet rundt egne følelsesmessige reaksjoner (Hyldmo et al., 2014). Ved å være god til å forstå, lese, tolke, snakke andre språk og forstå andres kulturer gir en fordel (Mjaaland & Jensen, 2020, s. 111).

Gjennom den fjerde og siste vanen er målet å sørge for at pasienten har fått den informasjonen han/hun trenger, involvere pasienten i beslutningene og skape et bilde over hva som kan hindre etterlevelse. Fokuset skal ligge på hvilke ressurser pasienten har til rådighet, siden det er han/hun som skal etterleve behandlingen (Hyldmo et al., 2014).

3.5 Holdninger

Vi har holdninger til nesten alt, og disse holdningene gjør oss predisponert til å reagere enten positiv eller negativt (Håkonsen, 2018).

Holdninger består av tre komponenter: tanker, følelser og atferd. *Den tankemessige delen* tar utgangspunkt i det vi ser, hører og oppfatter. *Den følelsesmessige delen* innebærer positive (respekt, sympati) eller negative følelser (avsky, frykt, forakt) som utløses i en situasjon. Fordommer er en holdning, et uttrykk for negative følelser knyttet til objektet.

Holdninger innebærer ikke bare våre tanker og følelser, men også vår reaksjon. *Den atferdsmessige delen* innebærer hvordan vi handler og reagerer. Selv om holdningene våre kommer tydeligst til uttrykk gjennom handling, finnes det flere studier som viser at det ikke er noe sikkert forhold mellom atferd og holdninger (Håkonsen, 2018, s. 185-187).

3.5.1 Gunstige holdninger hos hjelperen

«Å ha tro på og forvente at bedring vil skje, må være grunninnstillingen i hjelpearbeidet» (Hummelvoll, 2016, s. 292). Det er også behov for tålmodighet, respekt og tilpasset omsorg. I samhandling med pasienten er det dessuten viktig å være klar og tydelig, samtidig som man bør unngå å tolke pasientens atferd. Derimot bør man ha en åpen og spørrende holdning til pasientens følelser, handlinger og tanker. Det vil være gunstig for behandleren å fokusere på følelser, være spørrende og aktivt i dialogen for å få løftet frem forskjellige perspektiver (Hummelvoll, 2016, s. 292-293).

For å danne en trygg relasjon er det vesentlig at man holder avtaler, er ærlig i sine reaksjoner og har en saklig tilnærming til eventuelle problemer. Behandleren tar nytte av å ha en ikke-dømmende holdning der man skiller mellom person og handling. En slik holdning kan bidra til å bygge opp selvaktelsen og motvirke UPF-pasientens tendens til sort-hvit-tenkning. Det er viktig å ikke ha for lav toleranse ved mindre regel- og avtalebrudd, da dette kan presse pasienten ut av behandlingen. Det skal være klare grenser, men de må være romslige nok til at en god relasjon kan ta form. «En slik realistisk fleksibel holdning er vesentlig for en bærekraftig allianse» (Hummelvoll, 2016, s. 292-293).

3.6 Relasjoner

Begrepet relasjon kan brukes om et forhold eller en forbindelse mellom mennesker. Det kan være forholdet mellom behandler og en eller flere pasienter eller brukere (Eide & Eide, 2018, s. 17). Dersom man ønsker å oppnå noe annet, bør man først og fremst fokusere på relasjonene (Lauveng, 2020, s. 251).

Det viktigste for at pasienten skal oppleve bedring er relasjonen til enkeltindivider, dette bekreftes både i forskning og tilbakemeldinger fra enkeltpasienter. For pasientene er det

viktigste å bli møtt som et menneske, at noen viser interesse og omsorg og tok dem på alvor. Vi skal ikke gå inn i vennskapelige forhold, men vise omsorg og forståelse for hvordan pasienten har det. Det omfatter å vise respekt, ha en høflig og vennlig tone, spørre om pasientens behov, samt lytte til svarene og huske dem. Likeså er det viktig å holde avtaler, være ærlig og behandle pasientene som hele mennesker, med egne vansker, ressurser, interesser og livshistorie (Lauveng, 2020, s. 250-252).

Relasjonen til behandleren kan bli viktig for pasienter med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. Av den grunn er det viktig å planlegge slik at pasienten slipper brudd som kunne være unngått. For helsepersonell kan det oppleves utmattende å stå i relasjoner med pasienter som har blitt skadet i tidligere forhold. Det kan da være hensiktsmessig å arbeide i et team rundt pasienten, slik at man slipper å bli alene om pasienten. I et trygt team er det lettere å hjelpe pasienten dersom det skulle oppstått en krise mellom pasient og en av teammedlemmene (Lauveng, 2020, s. 252-253).

Som fagperson har behandleren et ansvar for relasjonen, samt å tilpasse egne reaksjoner til det beste for pasienten. Det vil si at vi må avstå fra vanlige, sosiale konvensjoner når det er hensiktsmessig. Likeså er det viktig å ikke reagere «normalt» på en fornærmelse, eller lignende. Vi må derimot prøve skape en forståelse for hvorfor pasienten sier og gjør som han/hun gjør, samt å reagere på en hensiktsmessig måte. Dette er en sentral del av jobben innen psykisk helsevern, og krever øvelse og opplæring. (Lauveng, 2020, s. 254-255).

3.7 Motoverføring

På bakgrunn av pasientgruppens væremåte og primitive bruk av primitive forsvarsmekanismer, skapes det lett holdninger hos personalet som kan virke antiterapeutiske på grunn av motoverføringsreaksjoner» (Hummelvoll, 2016, s. 289)

Behandleren vil bli påvirket av det pasienten kommuniserer, i ord, væremåte, handlinger og utstråling. Vi lar oss påvirke både positivt og negativt. Negative følelser kan føre til at behandleren lar seg irritere av en bestemt pasient eller en hel pasientgruppe (Skårderud, 2017, s. 208-209).

Definisjonen av motoverføring kan forklares med vanskelige følelser behandler får overfor pasienten. Motoverføring kan gjøre seg gjeldende i alle situasjoner, og kan skyldes at pasienten har truffet et sårt punkt hos behandleren. Det er likevel slik at motoverføringer skapes av pasientens væremåte og kan derfor henge sammen med pasientens indre følelseskonflikter, av den grunn kan motoverføringer være en kilde til å forstå pasientens krise. Det kan også ses som en beskyttelsesreaksjon, der pasientens destruktive følelser går til angrep på relasjonen (Skårderud, 2017, s. 208-209).

3.7.1 Motoverføring og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Motoverføringsreaksjoner kan være en avgjørende hindring for en vellykket terapeutisk innsats. Behandlerens følelsesmessige reaksjoner kan variere gjennom behandlingsforløpet og ha en negativ virkning på både behandler og pasienten. En god håndtering av motoverføringer kan være grunnlaget hvor andre tiltak står eller faller, selv om det kun er et aspekt av behandlingen (Gabbard & Wilkinson, 2002, s. 15-16). Det er pasientgruppens væremåte og primitive forsvar, da spesielt splitting og projektiv identifikasjon, som fører til intense, kaotiske og problematiske motoverføringsreaksjoner. Overskriding av profesjonelle grenser, skyldfølelse, hat og raseri, hjelpeløshet, verdiløshet, angst og redsel er de mest fremtredende motoverføringsreaksjonene. Det er ikke slik at alle følelsene behandler har overfor pasienten kan tilskrives pasientens projektive prosesser. Både behandlerens tidlige konflikter og pasientens projiserende aspekter er årsaker til motoverføringer (Gabbard & Wilkinson, 2002, s. 32-33).

3.8 Lovverk

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 sier at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det vil si at pasienten har rett til å medvirke valg mellom forsvarlige og tilgjengelige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker så langt det lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, i tråd med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Et formål med reglene er å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). § 2-1. Hovedregelen om samtykke, sier at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-1). Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-1). Vurderes tvang blir pasientene lagt inn på § 3-2 og § 3-3.

3.9 Presentasjon av hovedfunn i forskningsartiklene

Her blir funnene i de utvalgte forskningsartiklene presentert.

3.9.1 Artikkel 1

Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder

Et av hovedfunnene i den aktuelle forskningen er sammenhengen mellom psykiatriske sykepleieres kunnskaper om UPF og deres holdninger rettet mot pasientgruppen. Når sykepleierne hadde et «rammeverk» av kunnskap for å forklare atferden pasientene viste, var det mer sannsynlig at de uttrykte positive holdninger. Uten et slik «rammeverk» for å forklare atferd, kunne sykepleierne se på pasientene i mer nedslående termer. Dersom sykepleieren ikke hadde kunnskap til å forklare atferden kunne også holdningen være flytende, mellom frykt og et ønske om å hjelpe. Dette fordi sykepleieren uten kunnskap hentet mening «i øyeblikket». Dette kunne videre føre til at sykepleieren skiftet mellom «connected» og «disconnected» (i denne oppgaven oversatt til følelsesmessig involvert og distansert) interaksjon med pasienten (Stroud & Parsons, 2013).

3.9.2 Artikkel 2

Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice.

En analyse av dataene som ble samlet inn avslørte fire overordnede temaer som deltakere i studien ser på som viktig i arbeid med pasientgruppen. *Medbestemmelse*, pasientene skal i større grad har ansvar for egen behandling, og reflektere over egne handlinger og tanker. *Sosiale roller*, ved å opprette sosiale roller ved avdelingen vil pasienten bli oppmerksom på sine egne personlig egenskaper, samtidig som det er med på å ansvarliggjøre pasienten. *Gruppestøtte*, viktigheten av at pasienten får en opplevelse av å være en ressurs for andre. *Åpen kommunikasjon*, er viktig for å gi pasienten et mer realistisk bilde av dem selv og andre (Bowen, 2013).

3.9.3 Artikkel 3

Exploring therapeutic engagement with individuals with a diagnosis of personality disorder in acute psychiatric inpatient setting: A nursing team perspective.

Deltakerne i denne studien rapporterte lavere forståelse, antatte egenskaper og emosjonelle responser til personlighetsforstyrrelser enn helsepersonell med opplæring i diagnosen. I tillegg rapporterte de lavere terapeutisk engasjement og mer emosjonelle utfordringer.

Analyse av dataen avslørte seks temaer. De seks temaene representerer tre aspekter av omsorgen som er nødvendig for å oppnå et godt terapeutisk samarbeid. Intrapersonale og mellommenneskelige komponenter, samt tjeneste drift. Under intrapersonelle komponenter blir det vektlagt at man må ha riktig innstilling/tankegang, da egne følelser og reaksjoner kan påvirke samarbeidet med pasienten. Man må også ha kunnskaper om pasienten og diagnosen. Mellommenneskelige komponenter tar for seg fordeler med pasientens involvering i egen behandling og kunnskap om når man som helsepersonell skal engasjere seg. Det siste aspektet, tjenestedrift, omhandler behovet for en enhetlig tilnærming og strukturerte innleggelser (Acford & Davies, 2019).

3.9.4 Artikkel 4

The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder.

Studiens hovedfunn er delt inn i fire punkter og inkluderer:

- (1) Sykepleiere og psykiatikere viste mer negative holdninger og mindre empati for pasienter med UPF enn psykologer og sosionomer.
- (2) Mangel på beslutning om innleggelse og tilskrivning av negative egenskaper var mer fremtredende for en pasient med UPF enn for en pasient med alvorlige depressive lidelser.
- (3) Sykepleiere tilordnet ikke flere negative egenskaper til pasienter med UPF enn pasienter med alvorlige depressive lidelser eller angst lidelser, i motsetning til de andre profesjonene.
- (4) Sykepleiere uttrykte den høyeste interessen for å studere metoder for kortsiktig behandling av pasienter med UPF (Bodner et al., 2015).

3.9.5 Artikkel 5

Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study.

Sykepleiere som deltok i studien kunne se endringer i deres: holdninger, empati, naturlig tilnærming, samkjørt pasienttilnærming, vurderinger, selvsikkerhet og toleranse i sammenheng med pasienter med UPF (Warrender, 2015).

3.9.6 Artikkel 6

Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses.

Studiens data fant tre temaer som pasienter med UPF fant viktig i oppbygningen av en terapeutisk relasjon. (1) å lære om UPF, (2) bygge tillitt og (3) bli styrket gjennom validering. Det konkluderes med at disse faktorene er ryggraden i gode terapeutiske forhold mellom deltakere og deres sykepleiere (Romeu-Labayen et al., 2020)

4. Diskusjon/Drøfting

Holdning, kunnskap og relasjoner er nøkkelord som går igjen i valgt litteratur. Av den grunn ønsker jeg å se på sykepleiers rolle i samhandling med pasienter med disse begrepene som grunnlag.

4.1 Holdning og motoverføring

Med pasientgruppens kjennetegn og ytringsformer i tankene er det lett å se for seg hva slags forhåndsoppfatninger en kan ha når man møter personer med UPF. I følge Hummelvoll (2016) kan pasientgruppens væremåte lett skape antiterapeutiske holdninger hos personalet (Hummelvoll, 2016, s. 289). Stapleton og Wright (2019) fant i sin meta-analyse at mange personer med UPF beskriver å ha møtt negative og diskriminerende holdninger fra personalet når de var innlagt på akuttpsykiatrisk døgnpost. Dette fikk dem til å føle seg avvist. (Stapleton & Wright, 2019, s. 453). Sårbarhet for avvisning og kritikk er fellestrekk for pasienter med UPF. Dersom de føler at dette kommer til uttrykk hos personalet, kan de reagere med klengende eller krevende atferd, samt sinne og utagering med sterke affekter (Malt et al., 2018, s. 660). Slik atferd kan utløse negative følelser hos sykepleieren og eventuelt bidra til av dårlige holdninger (Håkonsen, 2018). Fordi holdninger kan påvirke behandling, er det viktig å lære å motvirke negative holdninger (Black et al. 2011, gjengitt av Bodner et al. 2015).

Sykepleierens emosjonelle velvære, og reaksjoner på situasjoner kan påvirke deres samhandling med pasienter med en personlighetsforstyrrelse. Deltakere i studien til Acford og Davies (2019) bemerket at de negative følelsene deres kunne bli projisert over på pasienten uten at man var klar over det (Acford & Davies, 2019, s. 1180). Dersom sykepleieren blir utsatt for slike motoverføringsreaksjoner kan det føre til at sykepleieren sier eller gjør ting som ikke ganger behandlingssituasjonen (Larsen, 2017). Hummelvoll (2016) skriver at dårlige holdninger kan være antiterapeutisk på grunn av motoverføringsreaksjoner (Hummelvoll, 2016, s.). Han får støtte av Gabbard og Wilkinson (2002) som skriver at motoverføringsreaksjoner kan være en hindring for en vellykket terapeutisk innsats, uansett hvilke konkrete behandlingstiltak som er igangsatt (Gabbard & Wilkinson, 2002, s. 15). Av denne grunn er det viktig at sykepleieren er klar over at

motoverføringer kan påvirke deres samhandling med pasientgruppen og at hun/han har en god måte å bearbeide følelsene på.

Når deltakerne i studien til Acford og Davies diskuterte vold og aggresjon, kom det frem at tre av fire grupper prøvde å ikke ta det personlig. Dette for å hindre at faktiske reaksjoner skulle ha negativ effekt på pasientene. Det kom også frem at å være følelsesmessig motstandsdyktig var gunstig når det gjaldt å håndtere følelsene sine i tilfeller med vold og aggresjon (Acford & Davies, 2019, s. 1180). Lauveng (2020) mener at man som sykepleier ikke kan tillate seg å reagere «normalt» på en eventuell fornærmelse. Man må heller prøve å sette seg inn i hvorfor pasienten reagerer som han/hun gjør, og hva som kan være den beste måten å respondere på. Dette er vanskelig, men en sentral del av jobben innen psykisk helsevern (Lauveng, 2020, s. 254). Når vi ser bort ifra egne følelser er det viktig at vi har muligheter til å reagere i fravær av pasienten, dette bør gjøres under veiledning av faglig kvalifiserte kollegaer. Gir vi tydelig uttrykk for de negative følelsene våre på vaktrommet til resten av kollegiet kan dette være med på å skape en dårlig holdnings kultur. Stroud og Parsons påstår at det er viktig å se på avdelingskultur for å forstå personalets holdninger til pasientgruppen (Stroud & Parsons, 2013, s. 250).

Ser vi tilbake på Travelbee (kapittel 3.3) og hennes tanker om holdninger finner vi at det ikke er mulig for oss å endre «dommen» man har felt. Likevel kan vi anstrenge oss slik at våre negative holdninger skal ha så liten innvirkning som mulig på pasienten (Travelbee, 1999, s. 198-199). Dette støttes av Håkonsen, som viser til studier hvor det ikke er funnet noen entydige forhold mellom holdninger og atferd (Zimbardo, 2011, referert i Håkonsen, 2018, s. 187).

Bodner et al. fant gjennom sin studie betydningsfulle forskjeller på holdningene til UPF blant profesjonene som deltok i undersøkelsene. Sykepleiere rapportere mer negative holdninger, mer antagonisme og mindre empati overfor pasientgruppen enn psykologer og sosionomer, men ikke i sammenligning med psykiatikere. I artikkelen blir det foreslått at dette kan skyldes at sykepleieren hyppigere står i intensive interaksjoner med pasientgruppen over lengre tid (Bodner et al., 2015). Stroud og Parsons (2013) mener derimot at våre holdninger kan bli påvirket av vår kunnskap om diagnosen og hvordan vi bruker de kunnskapene i praksis. Sykepleiere som hadde et rammeverk for å forstå pasientens oppførsel var mindre

nedsettende og betraktet pasienten på en mer pleiende måte (Stroud & Parsons, 2013). Til sammenligning viser studien til Warrender (2015) at kurs i mentaliseringsbasert terapi kan endre holdningene blant sykepleiere til det bedre (Warrender, 2015. s. 630).

I studien til Bowen (2013) hadde personalet et optimistisk syn på at endring var mulig for personer med UPF. Og atferd som ble beskrevet som vanskelig å håndtere ble sett på som viktige muligheter for læring (Bowen, 2013, s. 496). I følge Hummelvoll må grunninnstillingen i hjelpearbeidet være å ha tro på og forvente at pasienten vil bli bedre. Det trengs også tålmodighet, respekt og tilpasset omsorg fra sykepleieren (Hummelvoll, 2016, s. 292). For å kunne møte den utfordrerne atferden til pasienten med UPF på en god måte er det viktig å forstå hvorfor atferden deres er slik den er.

Som sykepleier er det vårt ansvar å ha tilstrekkelig med kunnskap, slik at vi kan møte pasienten på en slik måte at de føler seg ivaretatt. Vi trenger ikke bare kunnskaper om pasienten og diagnosen, men også om våre egne følelser og reaksjoner i samhandling med pasienten. Sykepleieren som lar seg påvirke grunnet manglende kunnskap og kontroll på egne følelser, vil i det innledende møte kunne skape negative holdninger hos seg selv.

4.2 Relasjon

Relasjon kan være forholdet mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2018, s. 17), og det er noe vil alltid må være oppmerksomme på, hvis vi ønsker å oppnå noe ved behandling (Lauveng, 2020, s. 251). Kompliserte relasjoner til andre mennesker er en konsekvens av pasientgruppens sårbarhet og problemer med å regulere affekter. De kan veksle mellom å være idealiserende og devaluerende, noe som også kan være gjeldende i forholdet til deres behandlere (Malt et al. 2018, 660). De kan utfordre behandlerens tålmodighet og tro på seg selv som en dyktig hjelper. På tross av dette påpeker Skårderud et al. (2017) at fokus på relasjon har en avgjørende betydning i behandling av personlighetsforstyrrelser (Skårderud et al., 2017, s. 287). Det er derfor viktig at behandleren, fra det innledende møtet, forsøker å danne en varig og holdbar allianse (Hummelvoll, 2016, s. 290).

Ved å ta utgangspunkt i de tre første fasene i Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet og valgt litteratur kan vi forme oss en tanke om hvordan man kan skape en

holdbar relasjon med UPF-pasienter. Som nevnt i kapittel 3.3.2 består *det innledende møte* først og fremst av observasjon, antagelser og verdidommer. I dette øyeblikket vil både sykepleier og pasient danne seg et førsteinntrykk av hverandre. Tidligere erfaringer og forutinntatte meninger kan bety at begge parter går inn i dette innledende møte med stereotypiske oppfatninger av den andre (Travelbee, 1999, s. 186-188). Etter å ha lagt frem pasientgruppens væremåte skriver Hummelvoll: «Etter denne presentasjonen av ytringsformer og kjennetegn, er det god grunn til å tenke over hva slags forhåndsoppfatninger vi har når vi møte mennesker med grensetilstander» (Hummelvoll, 2016, s. 281). I det innledende møtet er det sykepleiers oppgave å bryte ned stereotypene, slik at man kan se pasienten som et menneske, ikke en diagnose (Travelbee, 1999, s. 186-188). Dette bekreftes av Lauveng (2020) som poengterer at det er mange pasienter som forteller at det alle viktigste for dem er å bli møtt som et menneske. (Lauveng, 2020, s. 250-251).

Etter det innledende møtet følger *fremvekst av identiteter*. Det er i denne fasen at sykepleieren lærer pasienten å kjenne, og viseversa. Den andre betraktes, i denne fasen, mindre stereotypisk og i større grad som et eget individ. Sykepleieren begynner å forstå hva pasienten som et individ, føler, tenker og oppfatter (Travelbee, 1999, s. 188-189). Gjennom studien til Acford og Davies (2019) påpeker deltakerne at blant annet det å kjenne pasientens historie er et grunnleggende element i relasjonsbyggingen, samt å forstå bakgrunnen til pasientens oppførsel (Bowen, 2013). Pasienter med UPF oppga i studien av Romeu-Labayen et al. at det bygde tillitt når sykepleieren var interessert i dem, både i deres personlige historie og i deres nød (Romeu-Labayen et al., 2020, s. 873). Under fasen fremvekst av identiteter er det sykepleierens oppgave å gjøre seg kjent med egen oppfatning av pasienten, samt være i stand til å erkjenne pasienten som et unikt individ, med vansker, ressurser, interesser og livshistorie. Dersom sykepleieren ikke evner å gjennomgå denne fasen kan det vise seg i overfladiske interaksjonsformer (Travelbee, 1999, s. 192). Et eksempel på dette kan være den «følelsesmessig involverte» versus «distanserte» interaksjonen som beskrives i studien av Stroud og Parsons (2013). Hvor den distanserte sykepleieren trekker seg emosjonelt tilbake, undertrykker følelsene sine og setter opp rigide grenser. Mens den følelsesmessige involverte sykepleieren kunne se pasienten som et individ og samhandlet med han/henne på et emosjonelt nivå (Stroud & Parsons, 2013, s.

248). Noen regner tillit som kjernen i relasjonen (Romeu-Labayen, 2020, s. 873). Noe som kan være vanskelig å oppnå om pasienten ikke kan stole på om sykepleieren er tilstede og til hjelp når det er behov for det, og ikke distanserer seg helt fra dem.

Neste fase i Travelbees sykepleieteori er *empatifasen*. Empati er evnen til forstå og ta del i en annen persons psykiske tilstand i øyeblikket. Sykepleieren må klare å se forbi den ytre atferden, som hos denne pasientgruppen kan føles overveldende, og heller prøve å forstå hva de går gjennom på innsiden (Travelbee, 1999, s. 193). Empati viste seg å være en av de viktigste faktorene for at pasientene skal kunne oppnå tillitt til sykepleieren (Romeu-Labayen, 2020, s. 873). Når vi ser dette er det trist å lese at sykepleiere er den profesjonsgruppen som viste minst empati overfor pasienter med UPF i undersøkelsen til Bodner et al. Det blir påstått at sykepleiere oppfatter denne pasientgruppen som mer i kontroll over atferden sin i sammenligning med andre psykiske lidelser (Bodner et al., 2015, s.9). Travelbee skriver at en av forutsetningene for empati, i tillegg til likhet, er et ønske om å forstå pasienten (Travelbee, 1999, s. 196). Om vi holder feil holdninger eller innstillinger vil vi altså ikke klare å utvikle empati. Dette kan derfor ses på som en av grunnene til at vi må møte pasientgruppen med en innstilling om at vi ønsker å hjelpe og det vil bli bedre. Gjennom studien til Warrender (2015) så deltakerne en forbedring i terapeutiske forhold gjennom økt kapasitet for empati (Warrender, 2015, s. 628).

Lauveng (2020) skriver at relasjoner er fundamentet i alt vi gjør. Dersom sykepleieren ikke er oppmerksomme på relasjonene er det liten sannsynlighet at man vil oppnå noe annet gjennom behandling (Lauveng, 2020, s. 251). Det er derfor viktig at sykepleieren setter seg inn i hva som trengs fra hans/hennes side for at relasjonen skal bli god og holdbar. Som vi har sett gjennom avsnittet er det behov for kunnskap, bedre holdninger, god kommunikasjon og empati.

4.3 Kommunikasjon

I følge Travelbee vet den profesjonelle sykepleieren når det foregår kommunikasjon, og hva som kommuniseres (Travelbee, 1999, s. 135). I samhandling med denne pasientgruppen er det viktig at man er tydelig og klar på det man kommuniserer. Sykepleieren bør være optimistisk og formidle håp, samt fremme en åpen, spørrende holdning til pasientens

tanker, følelser og handlinger (Hummelvoll, 2016, s. 290-293). Deltagere i studien til Acford og Davies (2019) anga at det er viktig å ikke fremstå negativ eller overreagere på pasienten sin atferd, da pasientene kunne reagere svært negativt på dette. Skårderud et al. (2017) bygger opp under dette resultatet når de skriver at personer med UPF lett feiltolker kroppsholdning og ansiktsuttrykk, og deretter handler ut i fra disse feiltolkningene (Skårderud et al., 2017, s. 287). Fordi pasientene lett feiltolker kroppsspråk og språk mener Acford og Davies (2019) at vi må ha kontroll på følelsene våre. Samtidig må vi ha en viss toleranse for frustrasjon og aggresjon (Acford & Davies, 2019).

Selv om kommunikasjonsverktøyet «Fire gode vaner» i grunn er skapt for legekonsultasjonen, kan det skape et godt rammeverk for sykepleierens kommunikasjon med pasienten gjennom behandlingen. Den første vanen, *Invester i begynnelsen*, innebærer å bygge tillitt. Dette kan gjøres gjennom å være høflig og tilstedte, samt å henvende seg til pasienten. Gjennom å stille åpne spørsmål kan man få tak i hva pasienten har på hjertet, og deretter kan man sammen med pasienten lage et rammeverk for behandlingen (Hyldmo et al., 2014). Som vist til i kapittel 4.2 følte deltakerne at tillitt ble bygd når sykepleieren viste interesse i deres krise (Romeu-Labayen et al., 2020, s. 873). Under samtalen må sykepleieren anerkjennelse pasientens tanker og følelser (Mjaaland & Jensen, 2020, s. 86), og ikke avise dem.

Den andre vanen, *utforsk pasientperspektivet*, dreier seg om å få en forståelse for pasientens egne tanker om helseplagene og få et overblikk over hvordan dette har innvirkning på hverdagen (Hyldmo et al., 2014). Mjaaland og Jensen påpeker at dette er noe av det vi er dårligst til i helsetjenesten (Mjaaland og Jensen). I denne delen av samtalen må vi stille konkrete spørsmål om pasientens tanker og forståelse for behandlingsbehovet. Like viktig er det å lytte aktivt til de svarene vi får. Å føle at noen lyttet til deg var et annet viktig element for å bygge tillitt (Romeu-Labayen et al., 2020, s. 873).

Videre må vi *vise empati*. Gjennom ord og kroppsspråk må sykepleieren validere pasientens tanker og følelser (Hyldmo et al., 2014). Dette er en viktig faktor i samarbeid med pasienter med UPF (Romeu-Labayen et al., 2020; Warrender, 2015). Sykepleieren må kunne observere eller lytte til pasientens følelser, samt være oppmerksom på egne følelsesmessige reaksjoner (Hyldmo et al., 2014). Som skrevet tidligere kan pasientgruppen lett feiltolke kroppsspråket

vårt, derfor er dette en svært viktig faktor i samhandling med pasienten (Acford & Davies, 2019).

Den siste fasen i kommunikasjons modellen er å *investere i avslutningen*. Under denne fasen ønsker man å holde pasienten oppdatert på relevant informasjon, involvere pasienten i planleggingen av behandlingen og finne ut av hva som kan hindre etterlevelse (Hyldmo et al., 2014). På grunn av pasientgruppens problemer med avvisning og brudd er det viktig å, fra starten av, ha en åpen dialog om utskrivning og behandling. Deltakere i studien til Bowen (2013) understreket at åpen kommunikasjon hadde en positiv verdi, da det ble lettere for pasienten å annonsere kriser og håndtere dem. Samlet sett var også åpen kommunikasjon viktig for pasienten ved at man kunne ta en mer realistisk vurdering av seg selv og andre. (Bowen, 2013, s. 495). Deltagere i analysen til Stapleton og Wright (2019) mente at innleggelsen var mindre positiv dersom det ikke var mulighet for kontakt med personalet (Stapleton & Wright, 2019, s. 452). Pasientens deltakelse i planlegging er også en stor del i veien mot bedring, og det krever gode relasjoner og kommunikasjon for å kunne samarbeide med pasienten om dette. I et beslutningssamarbeid mellom sykepleier og pasient må pasienten ta et ansvar for egen behandling, og må også reflektere over seg selv gjennom et mangfold av meninger (Bowen, 2013, s. 494). Acford & Davies nevner også i sin studie at det er fordeler av at pasienten kommer med innspill til egen behandling (Acford & Davies, 2019, s. 1181).

Uten en eller annen form for kommunikasjon er det vanskelig å bygge en relasjon. Dersom vi kommuniserer negative holdninger eller mangel på empati kan dette gå negativt utover behandlingsforløpet. Det er derfor viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, og er klar over hva som kommuniseres til en hver tid.

5. Konklusjon

Funnene i denne studien tyder på at det er mye dårlige holdninger rettet mot pasienter med UPF blant sykepleiere, og mange vegrer seg for å jobbe med dem. Pasientgruppen kan være en utfordring å jobbe med, og dersom sykepleieren mangler kunnskap om diagnosen og jevnlig veiledning om hvordan man skal møte pasienten på en god måte, kan det forsterke negative holdninger. Om sykepleiers erfaring har noe å si for holdningsutviklingen er det vanskelig å svare på, og det kan være et viktig fokus til videre forskning. Det er derimot vist at sykepleiers kunnskaper kan ha en innvirkning på hvordan vi møter pasientgruppen.

Å skape en trygg og holdbar relasjon, er viktig i samarbeidet med UPF-pasienten. En slik relasjon er vanskelig å oppnå uten kunnskaper. Sykepleier må tilegne seg kunnskap, ikke bare om diagnosen, men også om hvordan egne følelser og reaksjoner samt kommunikasjon spiller inn i relasjonsarbeidet.

Våre holdninger og tanker kommer til uttrykk gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk, enten vi er klar over det eller ikke. Vi kan kommunisere til pasienten at vi ikke ønsker å være der, at vi er redde eller lei. En pasient med UPF kan lese dette som kritikk eller avvisning og reagere deretter. Utagering og sinne kan skape sterke reaksjoner hos sykepleieren. Uten en god håndtering av disse følelsene, vil det påvirke holdningene til det negative. Der er derfor viktig at sykepleieren går inn i møte med pasientgruppen med kunnskaper og et mål om å bryte sirkelen av dårlige holdninger.

Kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom denne oppgaven er noe jeg kommer til å ta med meg videre. I alle møter med pasienter skaper man en relasjon, og selv om det er viktigere med gode kunnskaper i møte med en pasient med relasjonsvansker kan dette tas i bruk uansett hvem man møter.

6. Litteraturliste

- Acford, E. & Davies, J. (2019). Exploring therapeutic engagement with individuals with a diagnosis of personality disorder in acute psychiatric settings: a nursing team perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, (28), 1176-1185.
<https://doi.org/10.1111/inm.12629>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 15(2), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (20), 4919-498.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01943.x>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal Forlag.
- Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (2002). *Borderline Behandling og motoverføring*. Hans Reitzels Forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, Á., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, H., Ødegård, S. & Finset, A. (2014) Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskriftet - den norske legeforening*, (20), 1925-1926. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0500>
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, K. B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*. 105(1), 62-66.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsbokforlaget.

- Malt, U. F., Melle, I. & Andreassen, O. A. (2018). Personlighetsforstyrrelser. Årslund, D. (Red.). *Lærebok i psykiatri* (4. utg., 643-673). Gyldendal Akademisk.
- Mjaaland, T. A. & Jensen, B. F. (2020). *Kommunikasjon med pasienter*. Universitetsbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettigheter>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=Psykisk%20helse>
- Romeu-Labayen, M., Cuadra, M. A. R., Galbany-Estragués, P., Corbal, S. B., Palou, R. M. G. & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, (29), 868-877. <https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2017). *Psykiatriboken*. Gyldendal Akademisk.
- Stapleton, A. & Wright, N. (2019). The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *Journal of Mental Health*, 28(4), 443-457. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340594>
- Stroud, J. & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental health*, (7), 242-253. <https://doi.org/10.1002/pmh.1214>
- Støren, I. (2019). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (22), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jpm.12248>

7. Vedlegg

7.1 Søketablell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
<i>Borderline personality disorder AND Nursing,</i> avgrenset til 2011 - 2021	20.01.21	Medline	33	4	3	1 (Stroud & Parsons, 2013)
<i>Borderline personality disorder AND attitude of health personnel,</i> avgrenset til 2011 - 2021	20.01.21	Cinahl	20	1	1	0
<i>Borderline personality disorder AND therapeutic relationships,</i> avgrenset til 2011 - 2021	20.01.21	Cinahl	29	1	1	1 (Romeu- Labayen et al., 2020).
<i>Borderline personality disorder AND attitude of health personnel OR attitude,</i> avgrenset til 2011 - 2021	21.01.21	Medline	51	4	3	3 (Warrender, 2015), (Bodner et al., 2015) og (Bowen, 2013).

<i>Borderline personality disorder AND Nursing care</i> , avgrenset til 2011 - 2021	25.01.21	Cinahl	56	1	1	
<i>Borderline personality disorder AND professional-patient relations</i> , avgrenset til 2011 – 2021	14.02.21	Medline	50	2	1	
<i>Personality disorder AND Nursing</i> , avgrenset til 2011 - 2021	14.02.21	Cinahl	212	1	1	1 (Acford & Davies, 2019).