



Etablering av god relasjon til pasienter med emosjonell
ustabil personlighetsforstyrrelse

Kandidatnummer: 1064

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2019

Antall ord: 10341

Innleveringsfrist: 11.03.22

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan ha en atferd og kompleksitet som kan skape mange reaksjoner og følelser hos hjelperen. Dette kan føre til uprofesjonelle reaksjoner hos sykepleier og kan skape antiterapeutiske holdninger.

Hensikt: Oppgavens hensikten er å sette seg inn i hvordan sykepleier kan etablere en god relasjon til pasienter med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, i belysning av lidelsens utfordringer.

Metode: Studien er en litteraturstudie basert på strukturerte søk i ulike databaser. Forskningsartikler ble funnet gjennom databasene Cinahl og Medline. Fem forskningsartikler ble inkludert i oppgaven.

Resultater: Gode holdninger, profesjonell kommunikasjon og organisatoriske forhold, herunder rammefaktorer bestående av veiledning og kunnskapsbasert praksis er sentrale elementer for å bidra til at sykepleier kan danne en god og profesjonell relasjon til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

Konklusjon: For å kunne etablere en god relasjon til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse må sykepleier ha kunnskaper om selve lidelsen og om seg selv. I tillegg må sykepleier ha tilstrekkelig kompetanse for å bidra til bedre holdninger som vil ha en positiv innvirkning i relasjonsbyggingen.

Abstract

Background: Patients with emotionally unstable personality disorder may have a behavior and complexity that can create many reactions and feelings in a nurse. This can lead to unprofessional reactions in nurses and can create antitherapeutic attitudes.

Purpose: The purpose of the study is to understand how the nurses can establish a good and professional relationship with patients with an emotionally unstable personality disorder, in light of the challenges of the disorder.

Method: The study is a literature study based on structured searches in different databases. Research papers were found through the databases Cinahl and Medline. Five research articles were included in the study.

Results: Good attitudes, professional communication and organisational conditions, including framework factors consisting of supervision and evidence-based practice are key elements to help nurses form a good and professional relationship to patients with emotionally unstable personality disorder.

Conclusion: In order to establish a good relationship with patients with emotionally unstable personality disorder, the nurse must have knowledge of the disorder itself and about herself. In addition, the nurse must sufficient competence to contribute to better attitudes that will have a positive impact in relationbuilding.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	7
1.4 Avgrensning	7
1.5 Begrepsavklaring.....	8
2. Metode	9
2.1 Litteraturstudie som metode	9
2.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	9
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
2.3 Fremgangsmåte og søkeprosessen	10
2.4 Introduksjon til de valgte artiklene	11
2.4.1 Artikkel 1.....	11
2.4.2 Artikkel 2.....	11
2.4.3 Artikkel 3.....	12
2.4.4 Artikkel 4.....	12
2.4.5 Artikkel 5.....	12
2.5 Kildekritikk.....	13
2.6 Etsiske hensyn	14
3. Teori	15
3.1 Personlighet og personlighetsforstyrrelse	15
3.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.....	15
3.2.1 Anbefalte behandlingstiltak	16
3.3 Relasjoner	17
3.4 Holdninger	18
3.4.1 Holdninger og forutinntatthet	19
3.5 Travelbees sykepleieteori	19
3.5.1 Pasientperspektivet	19
3.5.2 Menneske-til-menneske-forhold	20
3.5.3 Å bruke seg selv terapeutisk	21

3.5.4	Kommunikasjon	22
3.6	Kommunikasjon i relasjoner	22
3.6.1	God profesjonell kommunikasjon	22
3.6.2	Utfordrende ferdigheter	23
3.7	Loverk & yrkesetiske retningslinjer	23
3.7.1	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern	23
3.7.2	Lov om helsepersonell	24
3.7.3	Yrkesetiske retningslinjer	24
3.8	Kunnskapsbasert praksis	24
4.	Presentasjon av hovedfunnene	25
4.1	Artikkel 1	25
4.2	Artikkel 2	26
4.3	Artikkel 3	27
4.4	Artikkel 4	28
4.5	Artikkel 5	29
5.	Drøfting	31
5.1	Relasjonsfremmende arbeid	31
5.1.1	Selvforståelse	32
5.2	Holdninger	32
5.2.1	Kunnskap for bedre holdninger	34
5.3	Kommunikasjon	35
5.4	Rammefaktorer og kliniske implikasjoner	35
5.4.1	Organisatoriske forhold og god arbeidskultur	36
5.4.2	Veiledning	37
5.4.3	Kunnskap	38
6.	Konklusjon	39
7.	Litteraturliste	40
8.	Vedlegg	43
8.1	Vedlegg 1: Søketabell	43

1. Innledning

I dette kapitlet vil bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt, sykepleiefaglig relevans og avgrensning bli presentert. Problemstillingen blir også lagt frem og begreper fra den vil bli avklart.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet i denne oppgaven er hvordan en god relasjon kan etableres mellom sykepleier og pasienter med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, heretter referert til som EUPF. EUPF innebærer ofte impulsive handlinger uten klarlagte konsekvenser. Personer med denne lidelsen karakteriseres med et uforutsigbart og svingene humør, vansker med intimitet og følelsesmessige utfordringer som avvisning og agitert atferd. De kan ha vansker for å hevde seg selv på en positiv måte med blant annet forstyrrelser i eget selvbilde, nedsatt evne til å samarbeide og vansker med å knytte relasjoner på en god måte. På grunnlag av dette forekommer det ofte manglende impuls kontroll og følelsesmessig ustabilitet (Håkonsen, 2016, s. 346).

Gjennom erfaring på akuttpsykiatrisk mottak har jeg opplevd de emosjonelle og følelsesmessige utfordringene med EUPF, men også hvordan sykepleierens negative holdninger og uprofesjonelle reaksjoner kan påvirke relasjonsbyggingen. Jeg har erfart hvordan mine følelser, holdninger og reaksjoner kunne bli satt på prøve da en pasient med EUPF utførte selvdestruktiv atferd under mitt tilsyn. I ettertid kjente jeg på mangel av nødvendig kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen, men også mangel på kunnskap om meg selv, mine følelser og reaksjoner. Jeg opplevde å ikke få tilstrekkelig veiledning av sykepleiere med god erfaring. Sykepleierne begrunnet dette med at EUPF er en utfordrende pasientgruppe med individualisert atferd som kan gjøre det vanskelig å etablere en god relasjon.

«Menneske. Ikkje ein gud og ikkje ein djevel, menneske er du. Ikkje ein himmel eller eit helvit, men både slag ber du (Bruheim 1981, gjengitt av Hummelvoll, 2012, s. 277).

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling for min oppgave:

Hvordan kan sykepleier etablere en god relasjon til pasienter med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med denne litteraturstudien er å vise til hvordan sykepleiere kan etablere en god relasjon til pasienter med EUPF. Fokuset i oppgaven omhandler hvordan sykepleiers holdninger og handlinger, til denne pasientgruppen, påvirker relasjonsarbeidet og hvilke faktorer som kan bidra til etablering av en god relasjon. Ifølge Andreassen et al. (2020) er EUPF en av de vanligste personlighetsforstyrrelsene. I arbeid innenfor psykisk helsevern vil man derfor møte mennesker som har denne lidelsen, og man vil også møte de i andre deler av helsevesenet (s. 338-339). Gjennom kunnskap om lidelsen kan man være opplyst rundt utfordringene og håndtere dem på rett måte (Dahl & Løvlie, 2018, s. 294).

Jeg håper at jeg gjennom denne oppgaven får svar på min problemstilling og at oppgaven gir økt kunnskap i videre arbeid med denne utfordrende gruppen. Jeg håper også oppgaven gjør meg mer opplyst på mine egne følelser og reaksjoner, og at jeg som snart ferdigutdannet sykepleier kan bidra til en god arbeidskultur på min arbeidsplass. I etterkant av praksis og gjennom litteratursøk har det blitt tydelig at noen sykepleiere er ubevisste på egen selvforståelse og at dette kan gi opphav til nedsettende holdninger. Gjennom relasjonsfremmende arbeid, gode holdninger, profesjonell kommunikasjon og organisatoriske forhold med veiledning og kunnskapsbasert praksis, kan sykepleier etablere en god relasjon til pasienter med EUPF og bidra til bedring av deres lidelse.

Jeg er i ferd med å avslutte sykepleiestudiet ved en diakonal høyskole. Diakoni handler blant annet om å løfte frem sårbare og utsatte pasientgrupper i samfunnet. Herunder å tørre og være modig ved å våge og bry seg, og stille kritiske spørsmål til egen fagutøvelse. Slik sett anses problemstillingen også relevant for VID sitt diakonale verdigrunnlag.

1.4 Avgrensning

Oppgaven vil ta for seg emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) og sykepleier sin tilnærming til denne. Jeg vil avgrense meg til pasienter i alderen 18 år og oppover som er innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling. Bakgrunnen for dette er å benytte meg av egne erfaringer. Det er ikke avgrensning på kjønn eller skille mellom alvorlighetsgrad av

lidelsen. Pasienter med EUPF kan være innlagt på tvunget psykisk helsevern eller frivillig. Bruk av tvang og vurdering av tvunget psykisk helsevern er et omfattende tema og vil derfor utelukkes fra denne oppgaven. Oppgaven vil derimot omhandle relasjoner, holdninger, kommunikasjon, organisatoriske faktorer, herunder veiledning og kunnskapsbasert praksis.

1.5 Begrepsavklaring

Her vil sentrale begrep i problemstillingen forklares.

Sykepleie: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Relasjon: Forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2018, s. 17). Et godt mellommenneskelig forhold er av stor betydning i utøvelse av sykepleie og er basert på faglig kunnskap og verdier (Kristoffersen et al., 2016, s. 89-90).

Personlighetsforstyrrelse: «Dypt innarbeidede og vedvarende adferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide eller ekstreme reaksjoner på et bredt spektrum av personlige og sosiale situasjoner» (Andreassen et al., 2020, s. 330).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Beskrives som en personlighetsforstyrrelse med vedvarende mønster av et intenst og ustabil følelsesliv, der manglende selvkontroll og impulsiv atferd tydelig kommer frem (Torgersen, 2016, s.90).

2. Metode

I dette kapittelet vil metoden for oppgaven bli presentert. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier blir beskrevet. Videre vil jeg presentere søkeprosessen, introduksjon til de valgte artiklene og kildekritikk. Til slutt vil etiske hensyn i henhold til oppgavens problemstilling bli beskrevet.

Thidemann (2015, s. 76) definerer metode som den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling».

Dalland (2021) beskriver metoden som verktøyet i møte med noe vi vil undersøke og hjelper oss til å samle inn den informasjonen som trengs til undersøkelsen (s. 54).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven skal problemstillingen besvares gjennom litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie der data er hentet fra eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2021, s. 199). Når denne dataen er samlet, skal litteraturen kritisk gjennomgås og sammenfattes til slutt. I et hvert trinn i prosessen har en systematisk tilnærming med hensikt om å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen innenfor problemstillingens tema, i tillegg til fremgangsmåten til funn av kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter som gir muligheten til å gjennomføre regneoperasjoner. Kvalitativ metode går ut på å registrere opplevelse og mening som ikke kan måles eller tallfestes. På hver sin måte bidrar metodene til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2021, s. 54).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å bidra til en systematisk søkeprosess og sortere ut relevant forskning, er det nødvendig å ekskludere artikler som ikke relevante for min problemstilling. Tabellen nedenfor gir en oversikt over valgte kriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Publiseringsdato i løpet av de siste ti årene (2012-2022) - Forskningsartikler som er fagfelleurdert i anerkjente databaser - Skrevet på engelsk eller nordisk språk - Følger IMRaD-struktur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler publisert før 2012 - Ikke fagfelleurdert - Pasienter under 18 år.

2.3 Fremgangsmåte og søkeprosessen

I denne litteraturstudien valgte jeg å gjøre meg kjent med søketeknikker til de ulike databasene før jeg startet søkene, for å få en effektiv søkeprosess. Jeg gjennomførte strukturerte søk i aktuelle databaser for å finne relevante artikler til oppgaven. Databaser som ble brukt var Cinahl, Medline, Idunn, SveMed+, PsykInfo og PubMed. Jeg valgte til slutt artikler fra databasene Cinahl og Medline. Databasene er rettet mot helsepersonell og publiserer mange artikler innen psykisk helsespekteret som øker relevansen. For å lese artiklene har jeg gått gjennom skolens digitale bibliotek.

I søkeprosessen leste jeg overskriftene og sammendragene til artiklene som virket å ha relevans for min oppgave på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Jeg så nærmere på artiklene for å finne ut om de virket aktuelle for å besvare min problemstilling. Jeg la vekt på IMRaD-struktur i søkeprosessen som består av introduksjon, metode, resultater og diskusjon. Denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen og gjør det enklere å finne frem til ønsket informasjonen jeg (Thidemann, 2015, s. 68).

De endelige søkeordene ble til etter flere søk i databasene. For å avgrense antall treff ble søkeordene benyttet i kombinasjon med hjelpemidlene AND og OR. Jeg foretok søk i databasen Cinahl med søkeordene «borderline personality disorder (bpd)», «emotionally unstable personality disorder (eupd)» og «nurse-patient relations». Her fikk jeg 15 treff og fant forskningsartiklene til Eckerström et al. (2019) og Romeu-Labayen et al. (2020). Deretter foretok jeg et nytt søk i Cinahl, med søkeordene «borderline personality disorder», «attitudes» og «psychiatric nursing», som ga 24 treff. Av treffene valgte jeg

artiklene til Bodner et al. (2015) og Dickens et al. (2016). Etterfølgende gjorde jeg søk i Medline med søkeordene «borderline personality disorder» og «nurse-patient relations». Det ga 9 treff og jeg fant artikkelen til Stroud & Parson (2013). Oversikt over søk finnes i vedlegg 1.

Disse fem artiklene ble valgt ut i begrunnelse av at de er nærmest problematikken, konteksten og sykdomsgruppen jeg beskriver i problemstillingen. De utforsker blant annet relasjoner, holdninger, organisatoriske faktorer, rammefaktorer, kunnskap og veiledning. Utvalget av artikler består av tre kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel, samt en litteraturstudie. Jeg har også benyttet andre artikler for å besvare min problemstilling. Disse ble funnet gjennom Sykepleien.no: Larsen (2017a), Larsen (2017b), Pedersen et al. (2020) og Haugen (2015).

2.4 Introduksjon til de valgte artiklene

Her presenteres de valgte forskningsartiklene som er benyttet i dette litteraturstudiet med tittel, forfatter, årstall og hensikt.

2.4.1 Artikkel 1

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

Denne kvalitative forskningsartikkelen fra 2020 hadde som hensikt å identifisere hvilke psykoterapeutiske faktorer som kunne bidra til det terapeutiske forholdet mellom pasienter med en EUPF og sykepleiere. Utvalget i studien bestod av 12 deltakere som gjennomførte kvalitative intervjuer om terapeutiske handlinger under behandling av deres EUPF-lidelse.

2.4.2 Artikkel 2

Tittel: Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurse's perspectives – person-centred care in clinical practice (Eckerström et al., 2019).

Hensikten med denne kvalitative forskningsstudien var å fange opp sykepleiere sine erfaringer med BA (brief admissions) relatert til pasienter med EUPF og selvskading. Sykepleierintervensjonen BA varer i opptil tre dager og er tilgjengelig for pasienten inntil tre ganger per måned. Pasientene blir møtt av sykepleiere direkte, og unngår å måtte

gjennom legevakt og samtaler med mange ulike yrkesgrupper. Ved hjelp av en kvalitativ tilnærming ble åtte sykepleiere intervjuet.

2.4.3 Artikkel 3

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 de tre følgende hypotesene: 1) Sykepleiere rapporterer mer negative holdninger sammenlignet med andre profesjoner, 2) Alle profesjoner rapporterer flere negative holdninger og negative egenskaper til EUPF enn ovenfor pasienter med en alvorlig depressiv lidelse eller angstlidelse, og 3) Bare sykepleiere tilskriver flere negative egenskaper til pasienter med EUPF enn til pasienter med alvorlig depressiv lidelse eller angstlidelse. 710 klinikere fra fire sykehus fylte ut spørreskjemaer som målte emosjonelle og kognitive holdninger til pasienter med EUPF. Utvalget bestod av psykiatikere, psykologer, sosionomer og sykepleiere.

2.4.4 Artikkel 4

Tittel: Mental health nurse's attitudes, behavior, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review (Dickens et al., 2016).

Hensikten med denne systematiske litteraturgjennomgangen var å utforske om sykepleiere, innenfor psykisk helse, opplever arbeidet med EUPF pasienter problematisk. Herunder avdekke sykepleieres holdninger, atferd, kunnskap og erfaringer med den nevnte pasientgruppen, eventuell utvikling av effektive løsninger og hvis nødvendig hjelpe til med prioritering av ytterlige forskningsspørsmål. Førti studier ble inkludert i studien. Utvalget bestod av 39 studier der 25 hadde kvantitativ metode, 11 kvalitative metode, og 3 blandede metoder.

2.4.5 Artikkel 5

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

Denne kvalitative studien fra 2013 hadde som hensikt å øke forståelsen for hvordan psykiatriske sykepleiere opplever EUPF og hvordan dette påvirker deres tilnærming til pasientgruppen. Fire sykepleiere med god erfaring innen denne pasientgruppen ble intervjuet gjennom en semistrukturert intervjuplan.

2.5 Kildekritikk

Dalland (2021) beskriver kildekritikk som å karakterisere og vurdere den litteraturen som er funnet, samt redegjøre for hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen (s. 152). I denne oppgaven handler dermed kildekritikk om å vurdere benyttet forskning og litteratur i oppgaven, på en kritisk måte.

I denne oppgaven er det valgt forskningsartikler som er skrevet på engelsk. Jeg vurderer mine engelskkunnskaper som gode og litteraturen er nøye gjennomlest for å unngå misforståelser. Det er likevel mulig å tolke feil. Noe av faglitteraturen som er anvendt er over 10 år gamle. Disse kildene har blitt inkludert da jeg har vurdert de med innhold til å være gyldig i nåværende tid og som er hensiktsmessig for besvarelse av oppgaven. Noen av de valgte forskningsartiklene er publisert i land utenfor Norden. Disse har et annet helsesystem enn i Norge og kan påvirke overføringsverdien resultatene har til vårt helsesystem.

Jeg har benyttet kvalitativ og kvantitativ forskning i oppgaven. I de kvalitative studiene til (Eckerström et al., 2019) og (Stroud & Parson, 2013) blir åtte og fire sykepleiere intervjuet. Her kan det forekomme svakheter i form av at et lite utvalg kan svekke overføringsverdien. I den kvantitative studien til Bodner et al. (2015) er det 750 informanter som gir større overføringsverdi, men svarene kan mangle dybde. Artikkelen til Haugen (2015) omhandler pårønderarbeid. Jeg mener artikkelen har overføringsverdi til oppgaven da den handler om holdninger og etablerte sannheter rundt enkelte pasientgrupper. Jeg har benyttet to fagartikler av Larsen (2017a og 2017b). Jeg vet at disse artiklene er omdiskutert, og noen tenker at forfatter er frittalende. Likevel anser jeg studiene som relevante da de tar for seg mange viktige aspekter som kan relateres til min problemstilling. Konteksten for denne oppgaven er en akuttpsykiatrisk avdeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Noen av forskningsartiklene har en annen kontekst. Det er i midlertidig å anta at de følelsesmessige reaksjonene hos ansatte som beskrives i

artiklene, er overførbare til konteksten for denne oppgaven. De er gjenkjennbare fra fagpersoner i egen praksis, og synes gyldige også i oppgavens sammenheng.

For å være tro mot forskningslitteratur og pensum som bruker ordene «hjelper», «terapeut» og «helsepersonell», er disse begrepene også blitt brukt i deler av oppgaven. Jeg mener disse begrepene er i sammenheng med oppgavens sykepleiefaglige relevans.

2.6 Etske hensyn

Jeg har i denne oppgaven fulgt VID sine retningslinjer for oppgaveskriving der jeg selv vedkjenner at jeg ikke har brukt annet enn det som er oppgitt i oppgaven. Dette er eget selvstendig arbeid. Valgte forskningsartikler er fra anerkjente databaser som følger forskningsetiske retningslinjer. Annen litteratur som er benyttet i oppgaven er aktuelle for min problemstilling. Jeg har passet på at egen forforståelse ikke påvirker oppgaven for mye, samt vært åpen for å tilegne ny kunnskap. Eksempler trukket frem i denne oppgaven fra praksis er anonymisert.

3. Teori

I dette kapittelet presenteres eksisterende teori fra litteratur og resultater fra valgt forskning innenfor oppgavens problemstilling.

3.1 Personlighet og personlighetsforstyrrelse

Personligheten er vår måte å føle, tenke og handle. Disse utgjør personlighetstrekkene våre. Noen ganger kan disse trekkene være ekstreme og vise seg i uhensiktsmessige sammenhenger (Torgersen, 2016, s. 11). De er forsterket og gjennomgripende hos den rammede personen og visse mønstre går igjen, og kommer til uttrykk gjennom personens atferd. I disse tilfellene er det snakk om personlighetsforstyrrelser (Håkonsen, 2016, s. 347). Epidemiologiske undersøkelser viser at det til enhver tid er 10% av den generelle befolkningen som har personlighetsforstyrrelse (Torgersen, 2009, gjengitt av Dahl & Løvlie, 2018, s. 293).

3.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

I klinisk sammenheng er EUPF en av de vanligste personlighetsforstyrrelsene og forekommer ca. 1,5% i den generelle befolkningen. Lidelsen er en alvorlig form for personlighetsforstyrrelse med høy dødelighet gjennom selvmord med selvmordsrater på 3-10% (Andreassen et al., 2020, s. 338-339).

Internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer (ICD-10) skiller mellom to typer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: den impulsive typen og den ustabile typen (borderline). Den impulsive typen kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet der voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig, samt problemer med impulskontroll. Den ustabile typen har de samme kjennetegnene som den impulsive, men har i tillegg forstyrrelser i selvilde og tendens til selvdestruktiv atferd. Dette kan forekomme som selvskading og selvmordsforsøk, kronisk tomhetsfølelse, og intense, ustabile relasjoner. Kjerneproblemene ved EUPF er nedsatt evne til følelsesregulering med raske og sterke følelsesmessige svingninger. Disse kan svinge i løpet av noen timer. Symptomene kan komme som følge av underliggende usikkerhet og utrygghet, ofte fra mishandling, seksuelt misbruk og omsorgssvikt tidlig i barndommen (Andreassen et al., 2020, s. 338-340). Forfatteren mener videre at en bakgrunn med traumer kan bidra til utvikling av lidelsen (s. 340). Håkonsen (2017)

beskriver at som andre mennesker har også de med EUPF grunnleggende leveregler. Disse er forestillinger vi har om oss selv, andre mennesker og av verden. Hos mennesker med EUPF kan disse bli beskrevet som: «jeg er et dårlig menneske», «ingen kan elske meg» og/eller «jeg er verdiløs» (s. 340-341).

Torgersen (2016) belyser at EUPF har forsterket tendens til å forsvinne etter noen år hos den utsatte enn den gjør hos andre personlighetsforstyrrelser (s. 94). Dahl & Løvlie (2018) belyser at langtidsundersøkelser viser at etter 10 år med EUPF er et bare 10-15% som fortsatt har diagnosen (s. 296). Flere vil ha et veltilpasset liv 10-20 år senere, selv om hverdagen kan være preget av depresjon, hodepine, kroppslige plager og tilbaketrukkethet fra omverden (Torgersen, 2016, s. 94).

3.2.1 Anbefalte behandlingstiltak

Hummelvoll (2012, s. 289) belyser seks langsiktige mål for samarbeidet mellom sykepleier og pasient med EUPF som består av egostøttene og praktisk arbeid:

1. Hjelp pasienten til å oppnå et helere bilde av seg selv og andre gjennom redusert bruk av primitive forsvarsmekanismer.
2. Hjelp pasienten til å akseptere en sunn ambivalens i stedet for å bekjempe den.
3. Utvikle evnen til impuls kontroll og toleransen for frustrasjoner
4. Utvikle evnen til realistisk planlegging og en helsefremmende problemløsning/mestring.
5. Forbedre sosiale ferdigheter slik at meningsfulle og tillitsskapende forhold til andre kan utvikles og vare over tid.
6. Klargjøre egne livsverdier som kan motvirke tomhet og fremme bevisste valg.

I tillegg skriver Hummelvoll (2012) at man vanligvis kun anbefaler institusjonsopphold i korte perioder, grunnet EUPF-pasientens akutte og krisepregede situasjoner. Et lengre opphold kan gi grobunn for passivitet og ansvarsfraskrivelse, og andre velkjente bivirkninger som avhengighet, likegyldighet og nedsatt sosial fungering (s. 289).

I fagartikkelen til Pedersen et al. (2020) belyses nyttigheten av brukerstyrte innleggelses for pasienter med emosjonelt ustabile trekk. Ved brukerstyrt seng kan pasienter med høyt symptomtrykk av emosjonell ustabil karakter inngå avtale der pasienten tilbys to

daggers innleggelse, men ved behov benytte seg av øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i en karantenetid på fire uker. Tilbudet skal hindre eskalering av destruktiv atferd i ustabile perioder, og være et tilbud for å kunne stabilisere og forebygge akutte kriser. Pasienten regulerer selv innleggelsen og må derfor ta eget ansvar, noe som også gir en trygghet da pasientene vet de kan oppsøke hjelp når de trenger det.

I en artikkel i tidsskriftet *Sykepleien* mener Larsen (2017a) at man ikke bare skal trøste og gi empati til pasienten, men også stille pasienten for eget ansvar gjennom adekvate spørsmål. På den måten kan sykepleier unngå å støtte offerrollen som pasienten gjerne tiltrekker seg. Larsen belyser i sin artikkel «Når pasienten vekker det verste i deg» (2017b), tre hovedpunkter hun mener kan bidra i lindring av lidelsen hos denne sårbare pasientgruppen. Disse består av å ha en avdelingskultur som ikke aksepterer negative holdninger, økt kunnskap hos sykepleier for å bidra til bedre holdninger og lindring av lidelsen, og veiledning for å hindre negative holdninger og dannelse av motoverføringer.

3.3 Relasjoner

Relasjoner er fundamentet i alt vi gjør. Å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer at vi selv også påvirkes av den andre personens situasjon (Lauveng, 2020, s. 249). Et godt mellommenneskelig forhold er av stor betydning i utøvelse av sykepleie og er basert på faglig kunnskap og verdier (Kristoffersen et al., 2016, s. 89-90). Som alle andre mennesker trenger også pasienter å bli møtt av mennesker og som mennesker. I dette inngår å vise omsorg, respekt, snakke høflig og vennlig, lytte til svar og huske dem (Lauveng, 2020, s. 249). Forfatteren mener videre at dette åpner for å vise og fortelle om følelser, både på godt og vondt (s. 249).

Pasienter med EUPF kan som nevnt over være en sårbar og utfordrende pasientgruppe å arbeide med. Det kan være vanskelig å etablere og opprettholde en relasjon som er til pasientens beste. Lauveng (2020) beskriver om den gode og trygge relasjonen som kan være til hjelp for de mest sårbare mennesker. For mennesker som har opplevd å bli sviktet eller har svekket selvopplevelse, tar det lenger tid å bygge opp tillit til andre. Mange pasienter opplever at helsepersonell kommer og går innenfor psykisk helsevern. Dette kan føre til at pasientene vender seg til å ikke danne en dyp relasjon til kontaktpersoner. Det er derfor viktig med planlegging som kan gi stabilitet, hyppighet av

kontakt og unngåelse av unødvendige brudd. Å arbeide i team kan derfor være hensiktsmessig, også fordi det kan være krevende som sykepleier å stå i relasjoner med pasienter som har svekket tillit til andre mennesker (s. 249-250).

Gjennom stabilitet, forutsigbarhet, hyppighet av kontakt og eget bidrag til relasjoner kan denne trygge og gode relasjonen oppnås – men den avhenger av holdninger, og hvordan disse kan bygge eller skade relasjonen til pasienter (Lauveng, 2020, s. 248-252).

3.4 Holdninger

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2017, s. 185). Holdninger består av den tankemessige, følelsesmessige og atferdsmessige komponenten. I disse innebærer det vi mener, tenker, hvilke følelser vi har, og hvordan vi oppfører oss relatert til de to førstnevnte (s. 185-186).

Mange av de med EUPF kommer i kontakt med behandlingsapparatet i forbindelse med stoff- og alkoholmisbruk, selvmordsforsøk og selvskading, og ikke for å få behandling for grunnlidelsen sin (Hummelvoll, 2012, s. 288). Det kan hevdes at dette kan være med på å gi opphav til negative holdninger. Larsen (2017a) mener at pasientgruppen sin utagerende atferd, suicidale tendens, ansvarsfraskrivelse for egne handlinger, lett kan gi opphav til negative holdninger. Andreassen et al. (2020) beskriver nødvendigheten av å være klar over at diagnosen EUPF ofte er forbundet med mange negative holdninger (s. 335). For å kunne stå i den konfliktfylte samhandlingen med pasienten mener Hummelvoll (2012) det er nødvendig med faglig veiledning til personalet slik at de får perspektivet på pasientarbeidet. Personalgruppen trenger også tid til kommunikasjon for å undersøke egne følelser og tanker, og meningsforskjeller. Forfatteren mener det vil bidra til å fremme forståelse av pasientens forsvarsstrategi og forhold til andre mennesker (s. 288).

Hummelvoll (2012) belyser «*gunstige holdninger hos hjelperen*». I dette innebærer en grunninnstilling i hjelpearbeidet om å ha troen på og forvente at bedring vil skje, samt viser og gir respekt, tålmodighet og tilpasset omsorg. Dette kan medvirke til styrkende psykisk utholdenhet og kondisjon hos vedkommende. Forfatteren fremhever at en vesentlig holdning hos hjelperen er å være klar og tydelig i samvær med pasienten, og ha

en spørrende og åpen holdning til pasientens følelser, tanker og holdninger. Ved å stimulere pasientens nysgjerrighet på seg selv og sine reaksjoner kan man legge grunnlaget for selvstendighet hos pasienten. En ikke-dømmende holdning, ærlighet i sine reaksjoner og benyttelse av en saklig tilnærming, vil bidra til å danne en trygg relasjon og underbygge selvaktelsen. Grensene skal være tydelige, men samtidig vide nok til at hjelperen og pasienten får en sjanse til å danne den trygge relasjonen og til å utvikle seg (s. 292-293).

Hvis man som sykepleier arbeider kunnskapsbasert, har utdanningsgrunnlag og er profesjonell trygg i rollen som sykepleier vil en kunne gi bedre holdninger til pasienter med EUPF (Larsen, 2017a). Lauveng (2020) belyser også viktigheten av å arbeide med reaksjonene vi har, for eksempel i selvdestruktive situasjoner med EUPF pasienter. Dette reaksjonsarbeidet kan gjennom veiledning og økt kunnskap føre profesjonelle reaksjoner (s. 274).

3.4.1 Holdninger og forutinntatthet

Livshendelser, pasientens oppfatning av disse og tilhørende reaksjonsmønstre er med på å danne vår forutsetning for hvilke holdninger vi har til hva, altså vår selvforståelse. Disse omhandler en hermeneutisk sirkel som er bygget opp gjennom livserfaringer og handler om hva vi forstår med ulike ord og atferd. Den legger grunnlaget hos pasient og behandler for det terapeutiske samarbeidet og oppbygningen av en god relasjon (Dahl & Løvlie 2018, s. 43-44).

3.5 Travelbees sykepleieteori

Travelbee (1999) er i denne oppgaven med «mellommenneskelige forhold i sykepleie» brukt som sykepleieteori. Teorien hennes omhandler sykepleiens mellommenneskelige aspekter og relasjoner mellom pasient og sykepleier, hvor det enkelte individ skulle stå i sentrum (Travelbee, 1999, s. 5).

3.5.1 Pasientperspektivet

Travelbee (1999) mente at ordet «pasient» kunne kategoriseres og derfor være stereotypisk. Når et menneske blir kategorisert som «pasient», vil sykepleier generalisere dette begrepet og dermed overse de unike forskjellene mellom «pasientene». I virkeligheten er det ikke pasienter som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra andre

mennesker, men enkeltmennesker (s. 61-62). En av grunntankene til forfatteren er at hvert enkelt menneske er absolutt unikt og er annerledes på sin egen unike måte (s. 56-56).

3.5.2 Menneske-til-menneske-forhold

En annen av grunntankene til Travelbee (1999) er den profesjonelle sykepleiers oppgave til å etablere menneske-til-menneske-forhold. Et forhold av en eller en rekke erfaringer som befinner seg mellom sykepleier og den sykepleier har omsorg for. På den måten kan den syke få sine behov ivaretatt (s. 177). Menneske-til-menneske-forholdet kjennetegnes av gjensidighet i kontakten og består av alle elementer som er nødvendig for at den skal oppstå. Forfatteren mener videre at sykepleieren må ha kunnskap om seg selv, sine følelser, tanker, erfaringer og handlinger da menneske-til-menneske-forholdet bygges opp dag for dag, og ikke kommer «av seg selv» (s. 171-172).

Travelbee (1999) belyser også ulike faser som sykepleier og den sykepleier har omsorg for må ha gjennomført for at menneske-til-menneske-forholdet etableres. Disse fire fasene utgjør en prosess som oppfyller gjensidig kontakt og forståelse, men også etablering av menneske-til-menneske-forholdet:

1. Det innledende møtet
2. Framvekst av identiteter
3. Empati
4. Medfølelse og empati

(Travelbee, 1999, s. 172).

Det innledende møtet omhandler observasjon, antakelser, verdidommer og oppfatning. Hva en ser eller hvordan en oppfatter den andre, og hvilke følelser og tanker som utløses, bestemmer hvordan en reagerer og opptrer ovenfor den andre personen. Ved det innledende møtet ser ofte sykepleier og pasient på hverandre stereotypisk og ikke som unike individer. Sykepleiers oppgave i dette møtet er å bryte ned den stereotypiske kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten». Når sykepleier opplever den syke som et unikt individ og den syke responderer til dette, kan forholdet mellom dem gå over i en ny fase der identiteten deres kommer frem (Travelbee, 1999, s. 186-188). For i framvekst av identiteter beskriver Travelbee (1999) at tanker og følelser blir

rettet mot den andre og en bli mottakelig for inntrykk av den andres personlighet. Denne fasen karakteriseres ved evnen til å verdsette andre som unike individer og evnen til å etablere tilknytning. Sykepleieren og den syke begynner å knytte seg til hverandre og sykepleier fanger opp hvordan «pasienten» som individ tenker, føler og oppfatter situasjonen (s. 188-189).

I den tredje fasen står empati som i sentrum. Empati er evnen til å ta del i, forstå og leve seg inn i den andres psykiatriske tilstand, ved å se forbi den ytre atferd. Prosessen er en opplevelse av å forstå og erkjenne at noe meningsfylt formidles. Det kan oppleves problematisk at empati oppstår. Den syke kan være redd for å ha fortalt for mye om seg selv, og sykepleier kan ha vansker med å imøtekomme og håndtere det som bli sakt. Tillit er derfor nødvendig i empati og gjør det mulig å sette medfølelse og sympati i sentrum (Travelbee, 1999, s. 194-195). I den fjerde og siste fasen mener sykepleieteoretikeren at medfølelse, sympati og ønsket om å lindre plager foreligger som en grunnleggende trang. Medfølelse og sympati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer og gjør det enklere å forstå og føle den andres lidelse. I denne fasen utdypes og forsterkes forholdet mellom sykepleieren og den syke, og dette blir ofte kommunisert verbalt. Sykepleieren kommuniserer til den syke på en måte som får han/hun til å føle seg sett, ikke bare som en pasient, men for det unike individet den er (s. 200-202).

3.5.3 Å bruke seg selv terapeutisk

Travelbee (1999) mener at den profesjonelle sykepleier bør ha evne til å bruke seg selv terapeutisk. For å oppnå dette effektivt er det vesentlig at en vet hvordan ens egen atferd påvirker andre. Dette krever en dyp innsikt i det å være menneske. Den profesjonelle sykepleier må ha klarhet over og være i stand til å drøfte sine egne forestillinger og oppfatninger om sykdom og lidelse, og hva disse betyr. Med en gradvis økende selvinsikt kan en gi slipp på automatiske og stereotypiske reaksjoner, og etablere nye og dypere relasjoner til andre mennesker (s. 44-45).

Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke personligheten bevisst og målrettet, og benytte seg av intelligens og fornuft. Disse må kombineres med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til den sykes problemer, som speiler å erkjenne den uendelige verdien ved hvert enkelt menneske (Travelbee, 1999, s. 44-46).

3.5.4 Kommunikasjon

Det foregår kommunikasjon mellom sykepleier og den syke gjennom samtale, taushet, enten det er bevisst eller ikke. Kommunikasjon i sykepleie er en prosess og et virkemiddel der sykepleieren kan etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Kommunikasjon oppfylder sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 135). Det er en gjensidig kommunikasjonsprosess der utveksling av tanker, følelser og meninger, men også atferd forekommer som en pendelbevegelse. Den andres verdi kan komme til uttrykk som et unikt individ, ved at den profesjonelle sykepleier lærer seg den syke å kjenne, fastslår og ivaretar den sykes sykepleiebehov. Da oppfylles sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 137-139).

Disse er også målene i en interaksjon der all kontakt mellom to individer øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt og/eller non-verbalt (Travelbee, 1999, s. 173). For å nå disse målene må sykepleieren ha innsikt i hva som skal oppnås i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet, men også innsikt i hvorfor sykepleiens hensikt og mål skal fylles opp. Til sist må sykepleier ha innsikt i hvordan en kan kommunisere og samhandle for å oppfylle de hensikt og mål til sykepleien (Travelbee, 139-140).

3.6 Kommunikasjon i relasjoner

«De fleste lytter ikke for å forstå; de lytter for å svare» (Stephen, R. Covey, gjengitt av Eide & Eide, 2018, s. 15).

3.6.1 God profesjonell kommunikasjon

God profesjonell kommunikasjon er ifølge Eide & Eide (2018) personorientert og faglig begrunnet. Dette innebærer at pasienten blir sett som et helt menneske med muligheter, ressurser, prioriteringer, verdier og individuelle ønsker og mål.

Personorientert kommunikasjon forutsetter aktiv lytting, og innebærer å utforske og anerkjenne det som den andre personlig opplever som verdifullt. I denne type kommunikasjon står fire elementer sentralt: å anerkjenne pasientens perspektiv, å forstå pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier, og å dele makt: å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon (s. 16-17).

Som sykepleier er det overordnede formålet er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Sykepleier skal fylle en motiverende og hjelpene funksjon for andre (Eide & Eide, 2018, s. 17). I samhandling med pasienten belyser Håkonsen (2017) noen grunnleggende trekk ved kommunikasjonen: oppmerksomhet, empati, og lytting og utforskning. Den profesjonelle sykepleieren viser oppmerksomhet med bakgrunn av hvilke verdier og holdninger en har ovenfor situasjonen og hvordan sykepleiers atferd uttrykkes og tilpasses situasjonen (s. 221).

God og profesjonell kommunikasjon vil alltid være hjelpende å bruke som helsepersonell da den er faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2018, s. 32).

3.6.2 Utfordrende ferdigheter

For å bidra til økt selvinnsikt og endring skriver Eide & Eide (2018) at utfordrende ferdighet i kommunikasjon benyttes. Hensikten med denne direkte og utfordrende kommunikasjon er å stimulere den andre til å reflektere over sider ved seg selv, noe som også kan omfatte relasjonen til hjelperen (s, 237).

Å utfordre handler om å speile noe ved den andre personen som han eller hun ikke er klar over eller se på som fremmed (Eide & Eide, 2018, s. 238). Ofte kan dette gjelde de pasientene som har fraværende evne eller vilje til å ta vare på seg selv, eller har lite samsvar mellom utsagn og atferd. For å skape stort rom for aksept av pasientens nyanseringer og reaksjoner i ettertid mener forfatterne det er viktig at utfordring av pasienten skjer på en rolig, saklig og antagende måte (s. 248-249).

3.7 Lovverk & yrkesetiske retningslinjer

3.7.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven har som formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Et av formålene er å begrense og forebygge bruken av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). Loven ytes på bakgrunn av hovedregelen om samtykke etter bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-1).

3.7.2 Lov om helsepersonell

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). § 4. omhandler forsvarlighet og plikter at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

3.7.3 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdigheter. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. I dette inngår blant annet at sykepleieren har et personlig ansvar for å holde seg oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Folkehelseinstituttet, u. å.).

3.8 Kunnskapsbasert praksis

Ved å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap og behov, arbeider man kunnskapsbasert. I dette inngår å anvende forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov. Helsepersonell, og sykepleiere er pliktig til å holde seg faglig oppdatert, ved å benytte seg av blant annet forskningsbasert kunnskap (Helsebiblioteket, u. å.).

4. Presentasjon av hovedfunnene

4.1 Artikkel 1

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

Gjennom studien ble det funnet at sykepleiere gir noe dårligere omsorg i form av verbale responser, til pasienter med EUPF enn andre lidelser. Studien viser at sykepleiere hadde flere negative responser til EUPF-relaterte situasjoner enn andre, med hensyn til redusert empati, sympati, intensjon om å hjelpe, positive følelser og optimisme. I tillegg rapporterte noen sykepleiere om uhensiktsmessige reaksjoner i arbeidet med EUPF som kunne være til lite hjelpsomme både for dem selv og pasientene.

Til tross for negative funn, identifiserte studien tre psykoterapeutiske faktorer som bidro til gode terapeutiske relasjoner i arbeidet med EUPF-pasienter: lære om EUPF, bygge tillitt og bli bemyndiget gjennom validering. Studien viste at en vellykket strategi i psykoterapigruppene var at pasientene fikk lære hvordan de kunne forhindre selvskading og håndtere impulsivitet, angst og kriser. Deltakerne rapporterte viktigheten av at også familie og venners hadde kunnskap om deres lidelse. Det økte forståelsen og gjorde de kompetente til å løse eventuelle kriser.

Den andre psykoterapeutisk faktoren var å bygge tillitt. En nøkkelfaktor her var å oppleve sykepleierens empati. Når deltakerne med EUPF opplevde sykepleier sin evne til empati og tilstedeværelse, følte de seg lettere forstått. Følelsen av å bli lyttet til ga deltakerne muligheten til å uttrykke seg og forbedret deres evne til egenomsorg. Deltakerne ble bevisst om tillit sin betydning i deres bedringsprosess, til tross for deres vanskeligheter med å bygge tillitsfulle terapeutiske relasjoner. Studien belyser tillit som kjernen for å bygge og opprettholde et godt terapeutisk forhold. Gjennom å føle seg følelsesmessig respektert, anerkjent og verdsatt, ble pasientene bemyndiget.

Studien identifiserte spesifikke faktorer som gjorde at pasientene med EUPF kunne føle seg validert. Dette avhengte av at tjenestebrukeren sine tanker, følelser og handlinger ble legitimert av sykepleier. Grunnet dette identifiserer derfor studien validering som en

nødvendig psykoterapeutisk handling for å utvikle et godt terapeutisk forhold til personer med EUPF.

Gjennom økt kunnskap hos sykepleiere, pasienter og familiemedlemmer kunne de håndtere kriser, dele erfaringer og uttrykke følelser. Ved at sykepleiere viste interesse, empati og tillit, opplevde pasientene å føle seg anerkjent. Sammen med å føle seg verdsatt og respektert, økte brukermedvirkningen og deltakerne med EUPF oppleve valideringen som styrkende.

4.2 Artikkel 2

Tittel: Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurse's perspectives – person-centred care in clinical practice (Eckerström et al., 2019).

Studiens data viste til fire hovedfunn:

1. Trygghet og kontinuitet: sykepleierne rapporterte at ved å møte pasienten direkte kunne behandlingen allerede starte under det første møte. Den nye tilnærmingen til innleggelse ga en direkte kommunikasjon og reduserte negative holdninger. Det forhåndsstemte omsorgsfokuset og lengden på døgnoppholdet førte til reduserte konflikter og argumenter, også fordi pasientene fikk mer ansvar for egen behandling. Dette ga trygghet og kontinuitet for sykepleierne og pasientene.
2. Fremme omsorgsfulle relasjoner: sykepleierne opplevde en endring i henhold til å kunne danne et dypere omsorgsforhold til pasientene. Gjennom planlagte og oppsatte møter kunne sykepleier ha lengre samtaler med pasienten, med fokus på det pasienten ville snakke om. Sykepleiers kontinuitet førte til bedre og dypere forståelse av pasienten og resulterte i en gjensidig respekt for den andres kompetanse og erfaringer.
3. Fokus mot pasientens helse: den emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelsen ble lagt til side og pasientens muligheter og behov ble satt i fokus. Sykepleierne beskrev at dette resulterte mot et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient. Resultatene viste at pasientens selvinnsikt økte når hverdagen var preget av helsefremmende handlinger. Sykepleiere så en tydelig endring i pasientenes vilje, initiativ og motivasjon til egenomsorg, og positiv tenkning når det gjalt å bli frisk.

4. Styrke pasienten: Sykepleierne opplevde at hierarkiet innenfor psykiatrisk døgnbehandling ble erstattet med følelse av partnerskap. Ettersom det ikke var leger i BA, ble det et økt ansvar og fokusområde på sykepleie, noe sykepleierne rapporterte som nøkkelen til suksess da det ga større ansvar til pasienten som ga tillit og respekt.

Pasientens personlige muligheter og behov ble satt i fokus istedenfor risikoen for selvskading eller lidelsen. Dette førte til en mer likeverdig sykepleier-pasient forhold, økt selvinnsikt og ansvarliggjøring hos pasientene. Samlet sett ga disse faktorene en forbedret relasjon mellom sykepleier og pasient, og fremmet personsentrert omsorg som viser nyttigheten av døgnbehandling.

4.3 Artikkel 3

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

Studien viser til fire hovedfunn:

1. Sykepleiere viste mer negative kognitive holdninger og mindre empati til pasienter med EUPF enn psykologer og sosialarbeidere
2. Utilstrekkelighet av beslutningen om å sykehusføre en pasient og tilskrivelse av negative egenskaper var mer fremtredende for pasienter med EUPF enn alvorlig depressiv lidelse eller angst.
3. Sykepleiere tilskrev ikke mer negative egenskaper til pasienter med EUPF enn til pasienter med alvorlig depressiv lidelse eller angst, i motsetning til de tre andre yrkene
4. Sykepleier og psykiatere rapporterte at de opplevde et betydelig høyere antall pasienter med EUPF i løpet av den siste måneden og sykepleiere uttrykte den høyeste interessen for å studere kortsiktige metoder for behandling av pasienter med EUPF.

Studien fant betydelige forskjeller mellom holdninger til EUPF-pasienter og de ulike yrkesgruppene psykiater, psykolog, sosialarbeider og sykepleier. Sykepleiere, sammen med psykiatere, møter flere EUPF-pasienter og samhandler intensivt i behandlingen til

pasientgruppen, noe som kan forklare deres høye rate av negative holdninger i forhold til psykologer og sosialarbeidere. For å støtte opp under dette omtaler forskerne i studien sykepleierne som «grensevokterne på avdelingene» og at deres intense interaksjon med pasientene kan resultere i mindre empati og negative holdninger. Studien belyser at sykepleiers holdninger reflekterer svært menneskelige reaksjoner på den utfordrende og komplekse atferden til pasientgruppen.

Studien belyser et annet viktig funn som der det bare var sykepleierne, i sammenligning med de andre tre nevnte profesjonene, som viste at jo flere pasienter med EUPF sykepleierne møtte, jo mer negative holdninger oppstod. Studien mener at holdninger påvirker behandlingsresultatet, og at det er avgjørende med bevissthet rundt følelser som blir vekket av EUPF-pasienter og bevissthet rundt plagene forårsaket av lidelsen.

Forskningsstudien konkluderer med at det til tross for kjente negative holdninger om EUPF, foreligger kompleksitet og behov for kombinerings av ulike fagområder i behandling av EUPF. Sammen kan de bidra til kunnskapsbasert praksis, positive holdninger og lindring av lidelsen.

4.4 Artikkel 4

Tittel: Mental health nurse's attitudes, behavior, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review (Dickens et al., 2016).

Studien presenterer tre mål:

1. Å forbedre sykepleiere sin respons og holdninger til, og kunnskap om personer med EUPF
2. Hva kan læres av den nåværende empiriske litteraturen om hvordan vellykkede løsninger kan se ut
3. Identifisere fremtidige forskningsprioriteringer som dukker opp fra gjennomgangen.

I henhold til det første målet fant studien at sykepleiere oppfatter personer med EUPF som en svært utfordrende pasientgruppe å arbeide med. Studien trekker frem at det ofte ble bemerket den emosjonelle innvirkningen det kan ha å arbeide med EUPF-pasienter. Flere sykepleiere rapporterte påtrengende tanker, ansvarfølelse og selvmords trusler

som de mest affiserte aspektene ved omsorgen til denne pasientgruppen. Dette kan være med å forklare hvorfor noen sykepleiere ser på pasientgruppen som utfordrende, krevende, farlig, urolig, og tidskrevende enn andre mennesker. Studien mener disse svarene kan ha en negativ påvirkningskraft til omsorgen. Derimot fant studien noen nøkkelaspekter ved omsorg i henhold til terapeutiske rammer. Disse innebar anerkjennelse av det enkelte individets personlighet og styrker, traumer og ubetinget aksept, til tross for pasientgruppen sin destruktive atferd.

Sykepleierne rapporterte om et sterkt ønske om å hjelpe. Denne polariseringen mellom frykt for å hjelpe versus et ønske om å hjelpe kom tydelig frem i studiens forskning. Til tross for forskningens fremtredende negative holdninger hos sykepleiere, kom det frem på tvers av forskning benyttet i studien om positive menneskelige responser.

Sykepleierne hadde også holdninger og tilnærming til omsorg som var håpefulle. Flere hadde et optimistisk syn til EUPF lidelsen. Synet ble forsterket ved en kultur som involverte pasientene i beslutninger, hadde åpen kommunikasjon og ga oppmuntring til å utvikle relasjoner. Her kunne mellommenneskelige vanskeligheter løses i et trygt og støttende fellesskap, men flere utøvere uttrykte bekymring når det gjaldt kultur, utdanning og klinisk veiledning i dagens helsesystem.

En kultur der ansatte har lite utdanning, opplæring og veiledning kan fremme negative holdninger. Flere utøvere rapporterte at de ikke hadde mottatt eller fått tilbud om veiledning. Studien fant at en todagers workshop fungerte for å få dypere forståelse av intensjonene med pasientenes atferd og fremme positive holdninger. Klinisk veiledning viste også effektiv opplæring og opprettholdelse av kunnskap.

4.5 Artikkel 5

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

Studien viser til fire sentrale funn i sin litteraturstudie:

1. Kunnskap om EUPF: tilstedeværelse/mangel på rammeverk
2. Holdninger til EUPF vs. ønske om å hjelpe: en prosess for å gi mening

3. Interaksjoner med pasienter: støtte og veiledning
4. Påvirkning av tjenestekontekst

Studien viste en sammenheng mellom sykepleiernes kunnskapsbase og opplæring. De som hadde fått spesifikk opplæring innenfor EUPF viste en sterk kunnskapsbase, og omvendt for de som ikke hadde fått opplæring. Til tross for pasientenes kompleksitet og utfordrende atferd viste studien at sykepleiernes kunnskapsbase veide tyngst når det gjaldt oppfatningen av pasienter med EUPF. Dette hang sammen med at de sykepleierne som manglet et rammeverk, var også de med mer sannsynlighet for å bruke nedsettende holdninger til å forklare pasienters atferd.

Selv om studien bekrefter at det forelå negative holdninger til pasientgruppen, hadde sykepleierne også et betydelig ønske om å hjelpe. For å gjøre dette erkjente sykepleierne viktigheten av regelmessig veiledning og opplæring da de ofte kunne føle seg frustrerte og hjelpeløse. Veiledning ble dermed sett på som en nøkkelfaktor for å lette forståelsen av pasientens atferd og for å kunne opprettholde en terapeutisk tilnærming. Veiledning, opplæring og utdanning knyttes til tjenestekontekst og kultur, som påvirker ansattes holdninger.

Studien belyser funn som viser tydelig sammenheng mellom sykepleiers kunnskap og holdninger, og at dette påvirker tilnærmingen til pasientene. Funnene i studien viser at det er behov for økt kunnskap om lidelsen, rammeverk, veiledning og opplæring for å etablere og opprettholde en god relasjon.

5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen i oppgaven: ”*Hvordan kan sykepleier gi god omsorg til en pasient med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?*”. Dette utføres gjennom benyttet fag- og forskningslitteratur.

5.1 Relasjonsfremmende arbeid

Eckerstöm et al. (2019), Romeu-Labayen et al. (2020) og Dickens et al. (2016) omtaler sykepleier-pasient relasjonen som svært betydningsfullt i arbeidet med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Travelbee (1999) belyser også relasjonen mellom sykepleier og pasient og den profesjonelle sykepleier sin oppgave til å sikre at den syke får sine behov ivaretatt (s. 177).

Eckerstöm et al. (2019) mener i sin studie at en struktur med trygghet og kontinuitet under innleggelse forbedret relasjonen mellom pasient og sykepleier. Lauveng (2020) mener den gode og trygge relasjonen vil kunne være til hjelp for de mest sårbare mennesker. I denne gode og trygge relasjonen mener Lauveng at relasjonen oppnås gjennom forutsigbarhet, stabilitet, hyppighet av kontakt og eget bidrag til relasjoner (s. 249-250). Når kunnskaper om disse ble legitimert av sykepleier og over til pasienten, fant Romeu-Labayen et al. (2020) i sin studie at pasienten kunne føle seg validert og dermed utvikle et godt terapeutisk forhold. I dette inngår også tillitt, som Romeu-Labayen et al. (2020) belyser som kjernen for å kunne oppbygge og opprettholde et godt terapeutisk forhold. Studien fant også at økt kunnskap hos sykepleiere, pasienter og familiemedlemmer, interesse og empati fra sykepleier til pasient, og gjennom å føle seg anerkjent, verdsatt og respektert, ville bidra til en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.

Ut ifra funn i forskning og pensumlitteratur er det av stor betydning at for denne sykdomsgruppen med relasjonsfremmende arbeid i bedring av lidelsen. Det krever blant annet en struktur med trygghet, kontinuitet, forutsigbarhet og tillit, og kunnskaper om hvordan disse kan oppnås for å etablere en god relasjon til denne sykdomsgruppen. Det kreves også refleksjon over egen selvforståelse.

5.1.1 Selvforståelse

Sykepleiere rapporterte i studien til Dickens et al. (2016) og Romeu-Labayen et al. (2020) om emosjonelle innvirkninger i arbeidet med EUPF og lite hjelpsomme reaksjoner til denne pasientgruppen. I studien til Dickens et al. (2016) identifiserte også flere av deltakerne påtrengende tanker og ansvarsfølelse ovenfor pasientgruppen. Det kan hevdes at dette har sammenheng med kunnskaper om seg selv, sine egne følelser og tanker og håndteringen av disse. For å kunne bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient mener Travelbee (1999) at man som sykepleier må ha kunnskap om seg selv, sine tanker og følelser, men også erfaringer og handlinger (s. 171-172). Travelbee (1999) belyser at den profesjonelle sykepleier bør evne å ha dyp innsikt i det å være menneske, samt ha en forutforståelse over egne oppfatninger når det gjelder sykdom og lidelse. I likhet med Travelbee (1999) skriver Dahl & Løvlie (2018) om viktigheten av å være bevisst på egne følelser, vår egen selvforståelse, for å kunne danne et godt grunnlag for den gode og trygge relasjonen (s. 44). Å ha bevissthet rundt egne følelser i arbeidet med emosjonelt ustabile, mener Bodner et al. (2015) er avgjørende da dette har sammenheng med holdninger som videre påvirker behandlingsresultatet. I sammenheng med dette belyser Lauveng (2020) at ved å arbeide med reaksjonene vi har, for eksempel i selvdestruktive situasjoner med EUPF-pasienter, kan vi reagere profesjonelt, men at dette krever veiledning og økt kunnskap (s. 274).

Ved å være bevisst over våre reaksjoner og egen selvforståelse, og inneha kunnskaper om oss selv for å reagere profesjonelt, vil man som sykepleier kunne danne grunnlag for etablering av en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

5.2 Holdninger

Holdninger består ifølge Håkonsen (2017) av tanker, følelser og atferd (s. 186). I tidligere erfaringer har jeg opplevd at det ofte er sykepleiere som uttrykker negative holdninger mot pasienter med personlighetsforstyrrelse, og særlig de med emosjonelt ustabile trekk. Jeg har hørt sykepleiere si med en nedlatende tone: «åh, er det hun som kommer igjen», «da er det bare å gjøre seg klar for selvdestruktiv atferd» og «Hun er typisk emosjonelt ustabil PF».

Hummelvoll (2012) belyser hvor viktig det er med en ikke-dømmende holdning for å bidra til å danne en trygg relasjon som videre bidrar til arbeidet med denne pasientgruppen. Forfatteren fremhever også at hjelperen bør ha en klar og tydelig holdning i samvær med pasienten, og en åpen og spørrende holdning til pasienten sine tanker, følelser og holdninger (s. 293).

Som nevnt i kapittel 3.4 kan det på bakgrunn av pasienter med EUPF sin utagerende atferd, suicidale tendens, ansvarsfraskrivelse for egne handlinger, krav om oppmerksom og manipulasjon gi opphav til negative handlinger (Larsen, 2017a). Dette fant også Stroud & Parson (2013) og Romeu-Labayen et al. (2020) i sin studie der. Sykepleierne erkjente å føle seg frustrerte og hjelpeløse i arbeidet med EUPF-pasienter og rapporterte om lite hensiktsmessige reaksjoner, og som strider mot sykepleiers verdier.

Når det gjelder holdninger på tvers av yrkesgrupper fant Bodner et al. (2015) signifikante ulikheter mellom psykiater, psykolog, sosialarbeider og sykepleier. Sykepleierne viste mer negative holdninger og mindre empati til pasienter med EUPF enn det psykologer og sosialarbeidere gjorde. Sammenlignet med de tre andre yrkesgruppene var det sykepleierne som viste sammenheng mellom negative holdninger og antall behandlet pasienter med EUPF. På den ene siden desto flere pasienter med EUPF sykepleierne møtte, jo mer negative holdninger oppstod. På den andre siden fremhever studien at holdningene som sykepleierne rapporterer er en svært menneskelig reaksjon på den komplekse og utfordrende atferden til pasientgruppen. I tillegg til dette møter sykepleiere flere pasienter med EUPF og samhandler intensivt med denne pasientgruppen, noe som kan forklare deres høye rate av negative holdninger, sammenlignet med psykologer og sosialarbeidere.

Til tross for at både Stroud & Parson (2013), Bodner et al. (2015), Romeu-Labayen et al. (2020) og Dickens et al. (2016) fant negative holdninger hos sykepleiere og annet helsepersonell i sin studie, belyser også forfatterne at det var en tydelig polarisering hos helsepersonell mellom et ønske å hjelpe versus frykt for å hjelpe. Denne polarisering har jeg opplevd at mine kollegaer også uttrykker når de arbeider med denne pasientgruppen. Hvordan hjelpe noen som tilsynelatende ikke vil ha hjelp og i tillegg har destruktiv atferd? Til tross for flere funn om negative holdninger fant Dickens et al.

(2016) på tvers av forskning benyttet i studien, om positive menneskelig responser med en tilnærming og holdninger til omsorg som var håpefull.

Oppsummert kan det antas at sykepleiere har mer fremtredende negative holdninger, en andre yrkesgrupper og at disse nedsettende holdningene kan stå i veien for å etablere en god relasjon med pasienter med EUPF. Fag- og forskningslitteratur viser at sykepleiere kan kjenne på følelse av frustrasjon og hjelpeløshet i arbeidet med EUPF-pasienter. Det kan hevdes at dette er fordi det er sykepleierne som intensivt samhandler med pasientgruppen, kontra en psykiater eller psykolog som «kun» møter pasienten i samtaler. Dette har overføringsverdi til mine egne erfaringer på jobb da jeg alene har ansvar for pasienter med EUPF og dermed står for ansvar til å etablere en god relasjon. Det kan på bakgrunn av disse funnene synes som det er behov for å jobbe med at helsepersonell må få bedre holdninger i møte med denne pasientgruppen.

5.2.1 Kunnskap for bedre holdninger

Stroud & Parson (2013) sin studie viste tydelig sammenheng mellom sykepleiers kunnskaper og holdninger. De som hadde mangel på god kunnskap, var også mer sannsynlig til å utøve negative holdninger, men også omvendt. I intervensjonen Brief Admission (BA) møtte sykepleierne pasientene direkte for døgnopphold på maks tre dager. Her opplevde sykepleierne reduserte negative holdninger, fordi det var fokus på å danne en god relasjon - basert på god kunnskap om å la pasientene ta mer ansvar selv og delta i egen behandling (Eckerström et al., 2019).

Larsen (2017b) belyser tre hovedpunkter som kan bidra til å lindre lidelsen til EUPF-pasienter. En av disse er økt kunnskap hos sykepleier. Larsen begrunner dette med at hvis man i rollen som sykepleier er kunnskapsrik og benytter dette, vil det bidra til bedre holdninger og dermed lindring av lidelsen. Hummelvoll (2012) på sin side mener at hjelperen må ha en generell grunninnstilling i arbeidet med EUPF-pasienter. En grunninnstilling om å tro og forvente at bedring vil skje, samtidig som hjelperen viser respekt, tålmodighet og gir tilpasset omsorg til pasienten (292-293).

Det kan dermed synes som at kunnskap gir økt bevissthet og forståelse rundt lidelsen og sykdomsgruppen, som videre vil kunne bidra til bedre holdninger, etablering av en god relasjon og lindring av lidelsen.

5.3 Kommunikasjon

I likhet med holdninger og kunnskap mener Travelbee (1999) at kommunikasjon i sykepleie også er et virkemiddel som sykepleier kan benytte seg av for å etablere en god relasjon. Gjennom åpen dialog kan det utveksles tanker, følelser, meninger og atferd (s. 135-137). Eide & Eide (2018) belyser at en god og profesjonell kommunikasjon alltid vil være hjelpende, fordi den er faglig velbegrunnet og til hjelp for pasienten (s. 32). For å oppnå en profesjonell kommunikasjon må sykepleier blant annet anerkjenne pasientens perspektiv og forstå pasientens psykososiale kontekst. Videre bør det oppnås en felles forståelse i sammenheng med pasientens verdier, og aktivt stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon (s. 16-17). Derimot beskriver Håkonsen (2017) at noen grunnleggende trekk ved kommunikasjon er oppmerksomhet, empati, lytting og utforskning (s. 221).

I intervensjonen BA (Brief Admission) rapporterte sykepleierne at gjennom økt fokus på blant annet kommunikasjon kunne de etablere en relasjon som blant annet ga reduserte misforståelser (Eckerström et al., 2019). Romeu-Labayen et al (2020) inkluderer også i sin studie at god kommunikasjon bidrar til lindring av lidelse og styrking av pasienter med EUPF. I likhet med dette fant Dickens et al. (2016) i sin studie at en åpen dialog på avdelingene bidro til at helsepersonellet fikk et mer optimistisk syn på EUPF-lidelsen.

Ut ifra det overnevnte kan det synes at profesjonell kommunikasjon kan anses som en gode for å styrke og lindre lidelsen, men også bidra til etablering av en god relasjon.

5.4 Rammefaktorer og kliniske implikasjoner

Stroud & Parson (2013) fant i sin litteraturstudie en sammenheng mellom rammeverk og holdninger, og at de sykepleierne som manglet rammer også var mer sannsynlig til å benytte nedsettende holdninger. Derimot fant Dickens et al. (2016) nøkkelaspekter ved omsorg, i henhold til terapeutiske rammer, som innebar å anerkjenne vanskelige tidligere erfaringer, ubetinget aksept til tross for pasientgruppen sin destruktive atferd og anerkjennelse av det enkelte individets personlighet og styrker.

Pedersen et al (2020) belyser i sin artikkel om effekten av å ha rammer for innleggelse hos denne pasientgruppen, der pasienten selv tar kontakt og i stor grad tar regi selv. På den ene siden rammer der personalet er til stede for å skape trygghet, mens på den

andre siden rammer for å kontinuerlig ansvarliggjøre dem i deres handlinger. Dette ga en trygghet og «sett» følelse hos pasientene, samtidig som det ble vist tillit.

5.4.1 Organisatoriske forhold og god arbeidskultur

Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurdering av utøvelsen av sykepleien (Folkehelseinstituttet, u. å.). Hva gjør at sykepleiere på tross av dette får et behov for å snakke nedlatende om pasientene? Utilstrekkelighet, mangel på kunnskap og veiledning kan være mulige årsaker. Haugen (2015) beskriver organisasjonskulturen som vår hverdagskultur, det som «sitter i veggene». Haugen mener at personalet lett tilpasser oss de normene og holdningene som er etablert på arbeidsplassen, noe jeg selv har erfart på flere arbeidsplasser. Larsen (2017b) hevder at en avdelingskultur der negative holdninger aksepteres, vil bidra til å hindre helsepersonell i å danne en god relasjon til pasienten. En ledelse som har forventninger om gode holdninger og som tørr å si ifra dersom det observeres svikt i miljøets holdninger, vil være vesentlig for å skape en god arbeidskultur som videre vil kunne være behandlingsfremmende.

Dickens et al. (2016) fant i sin studie at helsepersonell på den ene siden uttrykte en bekymring når det gjaldt kultur. En kultur der ansatte har lite utdanning, opplæring og veiledning kan være med på å fremme negative holdninger. På den andre siden viste studien at helsepersonell hadde et mer optimistisk syn til EUPF-lidelsen der det var en kultur som involverte pasientene i beslutninger, hadde åpen kommunikasjon og oppmuntret til å utvikle relasjoner. Dette ga et trygt og støttende fellesskap der mellommenneskelige vanskeligheter kunne løses. I likhet med dette mener Haugen (2015) at sykepleiers faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og god dømmekraft. Ved å ha møteplasser for etisk refleksjon kan en sikre spørsmål av etisk karakter, og bidra til utvikling og opprettholdelse av en god hverdagskultur.

Oppsummert kan det synes som at trygge rammer for innleggelse, der pasienten i stor grad tar eget ansvar, er med på å etablere en god relasjon til pasienter med EUPF. I likhet med det vil det å ivareta faglig, etisk og personlig ansvar som sykepleier for gode holdninger og utførelse av sykepleie også bidra til etablering av en god relasjon til denne

sykdomsgruppen. I dette kan man også anta at ledelsen har et ansvar om å forvente gode holdninger og bidra til en god arbeidskultur.

5.4.2 Veiledning

Hummelvoll (2012) skriver at det er nødvendig med faglig veiledning til personalet når de står i den konfliktfylte samhandlingen med pasienten. Forfatteren belyser at ved å sette av tid til kommunikasjon, kan en personalgruppe både undersøke sine egne følelser og tanker, men også oppleve meningsforskjeller innen personalgruppen. Videre mener Hummelvoll at dette vil kunne fremme personalets forståelse av pasienten og dermed bidra til lindring av lidelsen. På den måten mener forfatteren at de får perspektivet på pasientarbeidet (s. 288). I likhet med dette fant Stroud & Parson (2013) i sin studie at sykepleierne, gjennom veiledning, kunne få en lettere forståelse for pasientens fremtreden. Lauveng (2020) på sin side belyser den samme viktigheten av veiledning, særlig i reaksjonsarbeidet når en arbeider med pasienter med EUPF (s. 274). Larsen (2017b) hevder veiledning er viktig fordi det i arbeidet med EUPF-pasienter kan oppstå ulike følelsesmessige reaksjoner, som irritasjon og sinne hos personalet. Ved å kunne lufte ut tanker og følelser gjennom veiledning med kollegaer kan man forhindre negative affekter og motoverføringer.

Veiledning som en nøkkelfaktor var nettopp det Stroud & Parson (2013) fant i sin studie. Sykepleiere rapporterte om å føle seg frustrert og hjelpeløse i arbeidet med EUPF-pasienter. Gjennom veiledning kunne sykepleierne opprettholde en terapeutisk tilnærming på en profesjonell måte. Derimot fant Dickens et al (2016) i sin studie at flere helsepersonell på den ene siden uttrykte bekymring når det blant annet gjaldt veiledning i dagens helsesystem. Der de ansatte fikk lite veiledning, sammen med lav utdanning og liten opplæring, kunne det danne seg en kultur som fremmet negative aspekter. På den andre siden fant studien at klinisk veiledning var effektivt for å bryte denne ukulturen, og veiledning viste opprettholdelse av kunnskap og effektiv opplæring. Til tross for indikasjoner på de positive innvirkningene veiledning har, rapporterte flere av utøverne i studien at de ikke mottok eller fikk tilbud om klinisk veiledning på sin arbeidsplass. Dette kan kanskje være med å forklare hvorfor noen helsepersonell uttrykker bekymring, men gir også en mulig begrunnelse for hvorfor noen arbeidsmiljøer har mangel på sterk selvforståelse og opprettholdelse av negative holdninger.

Ut ifra det overnevnte kan det antas at veiledning er en av nøkkelfaktorene for å etablere en god relasjon til pasienter med EUPF, men at dette også avhenger av en ledelse som står for veiledning av personalet. Gjennom åpen dialog og reaksjonsarbeid kan personalet undersøke og uttrykke sine tanker og følelser med andre, som vil kunne fremme forståelse av lidelsen og hindre negative affekter til sykdomsgruppen.

5.4.3 Kunnskap

Et godt mellommenneskelig forhold er blant annet basert på faglig kunnskap (Kristoffersen et al., 2016, s. 90). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleier har et personlig ansvar for å holde seg oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde (Folkehelseinstituttet, u. å.). I dette inngår at sykepleier har kunnskap om seg selv, som også Travelbee (1999, s. 171) belyser nødvendigheten av for å kunne bygge menneske-til-menneske-forholdet. Ved å bruke seg selv som verktøy kan man bidra til dypere relasjoner til andre, og det åpner opp for å se det enkelte individet og dens behov (Travelbee, 1999, s. 46).

Dahl & Løvlie (2018) belyser også kunnskap som et viktig aspekt for å være opplyst rundt utfordringene EUPF-pasientene har, og for å kunne håndtere dem på en profesjonell måte (s. 249). Helsepersonell er etter Helsepersonellovens § 4 pliktig til å utføre arbeidet i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette dreier seg om å arbeide kunnskapsbasert. Faglige avgjørelser blir tatt basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap og behov (Helsebiblioteket, u. å.). Sykepleierne i studien til Stroud & Parson (2013) rapporterte om sammenhengen mellom opplæring og kunnskap, og at sykepleier sin kunnskapsbase veide tyngre når det gjaldt oppfatning av pasienter med EUPF. Romeu-Labayen et al. (2020) viste nødvendigheten av økt kunnskap hos både sykepleiere, pasient og familiemedlemmer for å bidra til lindring av lidelsen og danne relasjoner.

Det er behov for økt kunnskap om emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, klinisk veiledning rundt denne pasientgruppen og en avdelingsledelse som arbeider aktivt med negativ holdningskultur rundt sårbare pasientgrupper, slik som de med emosjonelt ustabile trekk.

6. Konklusjon

Resultatene i denne litteraturstudien tyder på at mange sykepleiere synes det er utfordrende å jobbe med pasienter med EUPF, og at det er rettet mye negative holdninger i arbeidet med denne pasientgruppen. Ved mangel på kunnskap om seg selv og lidelsen, og utilstrekkelig veiledning for å etablere gode relasjoner, kan negative holdninger forsterkes hos sykepleierne. Funnene i studien viser at det er vesentlig at sykepleiere i arbeid med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, har tilstrekkelig kunnskap innenfor selvforståelse og holdninger. Sykepleiere trenger kunnskap om lidelsen og hvordan de kan tilnærme oss pasienten på best mulig måte. Slik legges grunnlaget for god relasjon til pasienten.

Det er viktig å understreke at sykepleiere er mennesker med menneskelige reaksjoner. I arbeidet med pasienter med emosjonelt ustabile trekk er det derfor særlig viktig med reaksjonsarbeid og veiledning for å skape en god arbeidskultur for å fremme gode holdninger og relasjoner.

Gjennom relasjonsfremmende arbeid, gode holdninger, profesjonell kommunikasjon og organisatoriske forhold, herunder rammefaktorer bestående av kunnskapsbasert praksis og veiledning, kan sykepleier etablere en god relasjon til pasienter med EUPF og bidra til bedring av deres lidelse.

7. Litteraturliste

Andreassen, O. A., Malt, U. F., Malt, E. A., & Melle, I. (2020). *Lærebok i psykiatri*.

Gyldendal akademisk.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Lancu,

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>

Dahl, A. A., & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser: forståelse, diagnostikk og juss*.

Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Dickens, G. L, Lamont, E & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Wiley Online Library*, 25 (13-14), 1848-1875. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/jocn.13202>

Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseius, K. I. & Omerov, P. (2019).

Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurse's perspectives – person-centred care in clinical practice. *Taylor & Francis Online*, 14 (1). <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1080/17482631.2019.1667133>.

Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.) Gyldendal akademisk.

Haugen, K. (2015). Sånn gjør vi det her hos oss. *Sykepleien*, 103 (6), 56-57.

<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54401>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 23. februar 2022 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug E. A. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Larsen, K. B. (2017a). Få pasienten ut av offerrollen. *Sykepleien*, 105 (3), 50-53.

<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60660>

Larsen, K. B. (2017b). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*, 105 (1), 62-66.

<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund. (u. å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 9 februar 2022 fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pedersen, J. K., Johnsen, B. S., & Bruaset, G. T. (2020). Psykiatri: Brukerstyrte innleggelse gir pasientene økt trygghet. *Sykepleien*, 108 (81193), e-81193.
<https://sykepleien.no/fag/2020/04/psykiatri-brukerstyrte-innleggelse-gir-pasientene-okt-trygghet>

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>

Romeu-Labayen, M., Cuadra, M. A. R., Galbany-Estragúes, 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. *Wiley Online Library*, 29 (5), 868-877. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/inm.12720>

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 (3), 242-253.
<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1002/pmh.1214>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Universitetsforlaget.

Torgersen, S. (2016). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Søketablell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Borderline personality disorder OR bpd OR emotionally unstable personality disorder OR eupd AND nurse-patient relations, avgrenset til 2012-2022 og engelsk språk	19.01.22	CINAHL	15	11	6	2 (Eckerström et al., 2019) (Romeu-Labayen et al., 2020)
Borderline personality disorder AND attitudes AND psychiatric nursing, avgrenset til 2012-2022 og engelsk språk	19.01.22	CINHAL	24	15	8	2 (Bodner et al., 2015) (Dickens et al., 2016).
Borderline personality disorder AND nurse-patient relations, avgrenset til 2012-2022 og engelsk språk	19.01.22	MEDLINE	9	4	3	1 (Stroud & Parson, 2013)