



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter med borderline
personlighetsforstyrrelse/ Nursing care to patients
with borderline personality disorder**

Nora Elise Skjølsvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 72

Molde, 06.04.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.04.17

Forord

Vi er mennesker, alle sammen. Og mennesker er av og til flinke, og av og til gjør vi feil. Det er helt i orden. Det er lov. Selv den aller vakreste rosebusk ser ut som en tornete kvisthaug i januar. Det er sånn roser er, vi må bare huske at vi aldri tar en viktig avgjørelse eller måler dens verdi akkurat da. For den rosen som kan se kompostklar ut om vinteren, kan neste sommer være en duftende skjønnhetsåpenbaring. Ting forandrer seg. Ingen kan blomstre bestandig. Og det er viktig at vi alle hjelper hverandre å lage fellesskap som er romslige nok, og som har tid nok, til at ingen vekster blir vraket før de har nådd sin blomstringstid (Lauveng, 2005, 71)

Antall ord: 11419

Sammendrag:

Bagrunn: Personlighetsforstyrrelser har en høy forekomst i befolkningen, og en regner med at omkring 13% lider av dette. Man antar at ca. 0,2-1,8% har diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse. For mange medfører en slik diagnose hyppig kontakt med helsevesenet, både i psykiatri og i somatikken. Diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse er ofte preget av selvskading, selvmordstrusler og selvmord.

Hensikt: I denne litteraturstudien ønsker jeg å undersøke sykepleier sine erfaringer med pasienter som lider av borderline personlighetsforstyrrelse.

Metode: En litteraturstudie basert på systematiske søk med åtte kvalitative og seks kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Mangel på kunnskap, splitting hos personalet og vansker med å håndtere pasientgruppen var fremtredende opplevelser, som førte til en rekke vanskelig følelser hos sykepleier, som igjen kunne føre til utbrenthet. Det var også ulike meninger knyttet til behandlingen til pasientene. Erfaringene var en direkte konsekvens av å jobbe med pasienter som lider av borderline personlighetsforstyrrelse.

Konklusjon: Erfaringene sykepleier har i møte med denne pasientgruppen, er at det kan være svært utfordrende på bakgrunn av deres spesielle atferdsmønster. Dette resulterer i splittelser blant personalet og vanskelige følelser hos sykepleier som frustrasjon og skyld. Helsepersonell har et stort kunnskapshull når det kommer til behandling og håndtering av pasientgruppen, og har et stort ønske om påfyll. Pasienter med BPD bør helst ikke legges inn i sykehus, uten at det er helt nødvendig for ivareta pasientens sikkerhet.

Nøkkelord: Sykepleier, erfaringer, sykepleie, behandling, borderline personlighetsforstyrrelse

Abstract

Background: There is a high incidence of personality disorder where estimated 13% of the population suffers from this. Assumably 0,2 – 1,8 % are diagnosed borderline personality disorder (BPD). This will lead to a frequent contact with the health care system in fields of psychiatry and general medicine. BPD as a diagnosis is often characterized by self harm, suicide threats and suicide.

Aim: My intention with this study is to accentuate the experience as nurse meeting with patients diagnosed with BPD.

Method: A literature study based on systematic search, with eight qualitative and six quantitative research articles.

Results: Prominent to the experience handling this patient group were lack of knowledge/education and disagreements among health care workers leading to numerous complex feelings among the nurses again leading to exhaustion. There were also different opinions related to the treatment. The experience was a direct consequence working with patients suffering from BPD.

Conclusion: Nurses experience in meeting with these patients can be very challenging due to the patients complex behavioral pattern, which may result in differences among the nurse-staff due to complex emotions like frustration and guilt. Nurses also have major knowledge gaps as far as treatment and the handling of this patient group and therefor request a need for educational input. Patient with BPD should not be entered in the hospital, except when it is absolutely necessary to protect the patient.

Keywords: Nurs, experience, nursing care, treatment, borderline personality disorder

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Borderline personlighetsforstyrrelse.....	2
2.2 Sykepleie til pasienter med psykisk lidelse i primær og spesialisthelsetjenesten	4
2.2.1 Terapiformer og sykepleietiltak.....	5
2.3 Joyce Travelbee	6
3.0 Metode	7
3.1 Datainnsamling	7
3.2 Inklusjon og eksklusjon av artikler.....	8
3.3 Utarbeidelse av PIO-skjema	9
3.4 Databasesøk	10
3.5 Kvalitetsvurdering	12
3.6 Etske overveielser.....	12
3.7 Analyse	13
4.0 Resultat	14
4.1 Meninger vedrørende behandling og pasienttilnærminger	14
4.2 Opplevelser av eget kunnskapsnivå.....	16
4.2.1 Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap	16
4.2.2 For lite kunnskap	16
4.2.3 Et sterkt ønske om mer kunnskap.....	17
4.3 Manipulerende atferd og splitting av personalet	17
4.4 En utfordrende pasientgruppe og vanskelige følelser hos sykepleier.....	18
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon.....	20
5.1.1 Inklusjonskriterier.....	20
5.1.2 Datainnsamling	22
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etske overveielser	22
5.1.4 Analyse	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Pasientrelasjon avgjør behandlingsformen	24
5.2.2 En god behandlingsrelasjon krever tilstrekkelig kunnskap	27

5.2.3	Å motvirke splid i personalet krever klare rammer	29
5.2.4	Å behandle pasienten krever utholdenhet og tålmodighet.....	30
5.2.5	Konsekvenser for praksis.....	32
6.0	Konklusjon	32
6.1	Forsalg til videre forskning.....	33
7.0	Litteraturliste	34

VEDLEGG 1 – OVERSIKTSTABELL OVER INKLUDERTE ARTIKLER

VEDLEGG 2 – SØKEHISTORIKK

VEDLEGG 3 – ANALYSE

VEDLEGG 4 – PIO-SKJEMA

1.0 Innledning

Det er anslått at Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) rammer 0,2 – 1,8% av befolkningen (Store Medisinske Leksikon 2016). Selv om lidelsen rammer begge kjønn, er 75% av alle BPD-pasienter innenfor psykisk helsevern kvinner (Nysæter og Nordahl 2015). Det er registrert en økning av tilstanden de siste tiår (Hummelvoll 2014). Det beskrives ofte av BPD-pasienter at de opplever en dyp utrygghet i forhold til sitt selv bilde, sine mål og sine indre verdier, og at de lider under en kronisk tomhetsfølelse (Snoek og Engedal 2006). Som sykepleier har en et etisk, faglig og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i sin utøvelse av sykepleie (Norsk Sykepleie Forbund 2011). Sykepleieren har et ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. En skal ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleier ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleier er pliktig til å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle faser av livet, fra begynnelse til slutt (Norsk Sykepleie Forbund 2011). BPD-pasienter er ustabile og intense i forholdet til andre mennesker, også terapeuter. Mange har vanskeligheter med å gå i terapi, fordi de skammer seg over å fortelle om de vanskelige og ”barnslige” følelsene sine (Snoek og Engedal 2006). Som sykepleier møter man mennesker som er rammet av denne lidelsen, og man har en viktig oppgave i å fremme bedring. Som sykepleier har vi et ansvar for å være til stede for pasienten i samhandling, som innebærer å være en reell samtalepartner når det er behov for det. Å være tilgjengelig for pasienten krever at man yter av seg selv og sine egenskaper, og at man gjør sine kunnskaper tilgjengelig for andre (Eide, Ingeberg, Tallaksen 2015).

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleiers erfaringer med pasienter som lider av borderline personlighetsforstyrrelse.

1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer og opplevelser har sykepleier i behandlingsrelasjon til pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse?

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD), årsaker til utvikling av lidelsen og sykepleie til pasienter med en psykisk lidelse. Jeg har også inkludert Joyce Travelbee sin sykepleieteori, med fokus på viktigheten av å etablere et ” menneske-til-menneske-forhold”.

2.1 Borderline personlighetsforstyrrelse

Personlighet kan defineres som personens måte å tenke, føle og handle på (Korsgaard 2010). Det er ulikt fra person til person, hvordan personlighetsutviklingen er. Normalt har vi en personlighetsutvikling som gir oss en realistisk og nyansert oppfatning av oss selv. Hos noen mennesker kan selvforståelsen være mer splittet. Det gode og onde er atskilt, og gråtonene mellom ytterpunktene kan være vanskelig å akseptere (Hummelvoll 2014).

Personlighetsforstyrrelser har en høy forekomst i befolkningen, og en regner med at omkring 13% av befolkningen lider av dette (Korsgaard 2010). Mennesker med BPD, handler ofte impulsivt. De kan ha problemer med konsekvens-tenking, og har ofte et uforutsigbart og svingende stemningsleie. Ofte har de sterke følelsesutbrudd, med en manglende kontroll til å selv kunne håndtere sin eksplosive atferd. De har en gjennomgående ustabil selvoppfatning, som resulterer i svingninger i humøret og i forholdet til andre mennesker (Snoek og Engedal 2006).

I Hummelvold (2014) er det beskrevet hvordan de amerikanske psykiaterene John Gunderson og Margaret Singer i 1975 skilte ut fem beskrivende trekk ved en borderline-diagnose. Pasienter med BPD er preget av et liv med følelser ute av balanse. Dette kommer ofte til uttrykk gjennom sterk fiendtlighet og depressivitet. Depresjonene inneholder ensomhet, isolasjon og manglende lystfølelse. De har en impulsiv atferd som kan komme til uttrykk gjennom selvmordsforsøk, mange tilfeldige seksuelle forbindelser og vansker med utsettelse. Denne atferden fører til selvdestruktivitet. Utenfra kan mennesker med BPD ha en normal tilpasning til hverdagslivet, en normal sosial omgangsform og interesse for sosial samvær. Bak denne normale ”atferden”, skjules en uklar identitetsoppfatning. Pasienter med BPD kan oppleve kortvarige psykotiske episoder, gjerne med et paranoid preg. Dette kan komme som et resultat av stoffmisbruk, kriser eller andre belastende

situasjoner. De har ofte kortvarige, overfladiske, intense og avhengige forhold til andre. Relasjonen kan være preget av manipulering, krav og devaluering (Hummelvoll 2014).

Studier viser at de som lider av BPD har 10-15 ganger høyere selvmordsrisiko enn normalbefolkning. Ofte kan selvmordsrisikoen undervurderes fordi de ofte har økt tendens til selvdestruktiv atferd, uten suicidal intensjon (Mehlum og Jensen 2006). En forbinder ofte mennesker med BPD-diagnose som parasuicid. Ved parasuicid påfører man seg selv en skade, med håp om at andre reagerer, og at en forandring oppnås (Snoek og Engedal 2006). I følge Snoek og Engedal (2006) er personer med BPD ofte selvskadere. Den som selvskader har ikke et sterkt ønske om å dø, men bruker det som en overlevelsesstrategi i en vanskelig livssituasjon. Selvskading defineres som det å påføre seg selv direkte fysisk skade eller smerte. Dette kommer gjerne til uttrykk ved kloring, kutting, brenning eller å putte gjenstander i sår eller kroppsåpninger. Selvmordstrusler brukes ofte for å oppnå omsorg og anerkjennelse. Selvmordsfaren er reell, og undersøkelser viser at hele 10% av mennesker med BPD tar sitt eget liv (Snoek og Engedal 2006). Videre beskriver de pasienter med BPD slik *"Det eneste stabile ved personen er at hun eller han er ustabil"* (Snoek og Engedal 2006, 125).

I følge Folkehelseinstituttet (2015) er arveligheten for personlighetsforstyrrelser forholdsvis moderat, med arvelighetskoeffisienter rundt 0,3-0,4. Hummelvoll (2014) sier at det er små indisier som tilsier at arvelige faktorer har noe å si for utviklingen av BPD. Miljøfaktorer for utvikling av BPD varierer mellom ca. 59% og ca. 80%, og er betydelig høyere indisier for utvikling av sykdommen, sammenlignet med arv (Evang 2010). Mange pasienter med BPD som kommer til behandling, har hatt en ustabil barndom med oppløsning av familieforhold. Konflikter i familien kan være av avgjørende betydning for barnets utvikling. Omsorgssvikt som seksuelle overgrep og vold, vil være avgjørende faktorer i utvikling av BPD (Hummelvoll 2014) Folkehelseinstituttet (2015) peker på at trygg tilknytning og et godt forhold til omsorgspersonene i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Sosial isolasjon og ensomhet øker risikoen for utvikling av psykisk lidelse. Sosial støtte og nærhet til andre mennesker er faktorer som beskytter. Traumatiske opplevelser kan gi varige psykiske skader, og her blir ulykke eller vold mot en selv eller ens nærmeste trukket fram (Folkehelseinstituttet 2015).

2.2 Sykepleie til pasienter med psykisk lidelse i primær og spesialisthelsetjenesten

I følge Kristoffersen og Nordtvedt (2011) er forholdet mellom pasienten, de pårørende og sykepleieren er først og fremst bestemt av særskilte personlighetstrekk. Det er ikke pasientens personlighet som gir han retten til helsehjelp, men det at han har et særegent behov for helsehjelp. Sykepleier er forpliktet, etisk og juridisk til å ivare ta pasientens behov for helsehjelp. Det er et aspekt ved den sykes situasjon, fysisk, psykisk og sosialt, og ikke kvaliteter ved hans personlighet som danner grunnlaget for hjelpeforholdet (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). Psykisk helsearbeid er et fagfelt, hvor flere yrkesgrupper utøver sin praksis. Psykisk helsearbeid er et vidt begrep, og omfatter forebygging, hvor fokus er rett mot hva som kan gi uhelse. Miljøbetingelse i behandlingssammenheng og i samfunnet generelt, vil være en viktig faktor i psykisk helsearbeid. Tiltak som styrkes pasientens egenverd, likeså (Eide, Ingeberg og Tallaksen 2015).

Pasienter med BPD kommer oftere enn andre i kriser som gjør at de må innlegges i sykehus. Det er ofte korte innleggelse. Det kan dreie seg om psykotiske episoder, vanskelig livssituasjon, suicidalitet, sosiale situasjoner på vei nedover eller omfattende ut handling med alvorlige følger. Ofte har pasienten ved en akutt innleggelse følelse av raseri, panikk, hjelpeløshet, mistenksomhet, manglende støtte eller desperasjon. Sykepleiere og annet helsepersonell kan bidra til å lindre, trygge og roe pasienten. Dette ved å at en holder pasienten ved sin struktur, sin evne til å bestå, sin mangel på ”å hevne seg”, sine rutiner, sin evne til å se, ta imot, tåle og ” holde i seg” lidelse, angst og aggresjon. Helsepersonellet sin empatiske respons på raseri, fortvilelse og ensomhet kan gjøre at pasienten opplever å ikke lengre være helt foruten indre, gode objekter. Empatisk respons forutsetter overskudd og kunnskap i et personale (Evang 2010). Vanligvis er ikke institusjonsopphold anbefalt for pasientgruppen, unntatt i korte perioder som følge av akutte, krisepregede situasjoner som pasienten har havnet i. Begrunnelsen for korte innleggelse, er at en innleggelse kan gi grobunn for ansvarsfraskrivelse og passivitet. Avhengighet, nedsatt sosial fungering og apati ses ofte i sammenheng med en innleggelse av pasienten (Hummelvoll 2014).

Pasienter med BPD skaper ofte følelser av frustrasjon, håpløshet, sinne og avmektighet hos sykepleierne. Ofte har sykepleier oppfatninger om at pasienten er oppmerksomhetssyk og infantile. Det er generelt en dårlig holdning til pasientgruppen. BPD diagnosen har mange

negative karaktertrekk, som kan gi utslag i forhåndsdomming fra sykepleierne sin side. Personligheten til personer med BPD er preget av et indre kaos, og kan irritere personalet som igjen resulterer i et uprofesjonelt forhold mellom sykepleier og pasient (Larsen 2017). Behandling til mennesker med BPD-diagnose kan være svært utfordrende. Ofte har personen selv liten motivasjon. De kommer ofte i kontakt med helsetjeneste i forbindelse med selvmordsforsøk, alkohol-og stoffmisbruk og kriminalitet – og ikke for å endre sin atferd. På bakgrunn av pasientens væremåte og spesielle bruk av forsvarsmekanismer, skapes det ofte holdninger hos personalet som kan være uheldige for behandlingen. Å ha tro og forvente at bedring vil skje, bør være grunninnstillingen til sykepleier i arbeidet med mennesker med psykisk lidelse (Hummelvoll 2014).

2.2.1 Terapiformer og sykepleietiltak

I følge Snoek og Engedal (2006) kan psykoterapi defineres som ” *enhver intervensjon som har til hensikt å redusere uhensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan*”. En lengre tids oppfølging av pasienter med BPD vil kreve at hjelperen mottar faglig veiledning, og at det utvikles en felles grunnholdning i arbeidet for alle som har med pasienten å gjøre (Hummelvoll 2014). Mentaliseringsbasertterapi (MPT) har først og fremst blitt utviklet i tilknytningen til BPD. MPT har vist seg å være effektiv gjennom å redusere innleggelse, suicid, selvskadning og medikamentbruk (Bateman og Fonagy 2007). Miljøterapi dreier seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør henne eller ham bedre i stand til å mestre sin livssituasjon. En viktig oppgave er å øke pasientens selvinnsett og mestring og å hjelpe pasienten til å forstå hvordan han påvirker og påvirkes av andre (Snoek og Engedal 2006). Hummelvoll (2014) har satt opp seks punkt som omhandler de langsiktige mål ved sykepleie til pasienter med BPD.

1. Pasienten skal hjelpes til å oppnå et helere bilde av seg selv og andre gjennom å redusere sin bruk av forsvarsmekanismer.
2. Hjelp pasienten til å akseptere en sunn ambivalens i stedet for å bekjempe den.
3. Utvikling av evne til impuls kontroll og lære seg å tolerere frustrasjon.
4. Lære seg realistisk planlegging og problemløsning/mestring.
5. Forbedre sine sosiale ferdigheter, slik at en kan skape meningsfulle og tillitsskapende forhold til andre mennesker.

6. Klargjøring av egne livsverdier som kan resultere i bedre evne til å ta bevisste valg og motvirke tomhet.

2.3 Joyce Travelbee

Kristoffersen (2011) har tatt utgangspunkt i Joyce Travelbee sin interaksjonsteori. I følge Travelbee skal en forholde seg til ethvert menneske som en unik person. Enkelt menneske er unikt, enestående og uerstattelig, ulikt alle andre, og ulik alle som kommer til å leve. For å kunne hjelpe den syke til å finne mening i situasjonen, må en etablere et menneske-til-menneske-forhold. For at sykepleier skal kunne oppnå sine mål og hensikt, må et slikt forhold etableres. Det er viktig å prøve å gå vekk fra sine roller som ”sykepleier” og ”pasient”, og heller for alvor se hverandre og forholde seg til hverandre som unike mennesker. Travelbee sier at kommunikasjon er sykepleieren sitt viktigste redskap når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold. For å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold må en i følge Travelbee gjennom flere faser.

Det innledende møte

Dette møtet kjennetegnes ved at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. Dermed vil stereotype-oppfatninger prege møtet. Her vil begge parter få et første inntrykk av hverandre som personer. Utfordringen sykepleier står ovenfor i denne fasen er å bryte ut av sine fordommer til pasienten og se ham slik han er som person (Kristoffersen 2011).

Fremveksten av identiteten

Etter hvert som forholdet mellom pasient og sykepleier utvikler seg, vil partene sin identitet tre fram og bli oppfattet av den andre, og etableringen av et kontaktforhold starter. Partene begynner å se den andre som et unikt menneske, og stereotype-oppfatninger begynner å forsvinne (Kristoffersen 2011).

Empati

I følge Travelbee er dette evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Empatisk forståelse er en bevisst intellektuell prosess, som ikke er avhengig av om en liker eller misliker den andre. I en situasjon hvor en opplever empati, vil en også oppleve nærhet og kontakt. Når empati opprettes mellom to mennesker, er forholdet mellom dem forandret (Kristoffersen 2011).

Sympati

Som følge av den empatiske prosessen, kommer sympati. I følge Travelbee er sympati knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Dette ønske om å hjelpe pasienten, oppstår på grunnlag av forholdet som ble utviklet under empatifasen (Kristoffersen 2011).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Den siste fasen for å etablere et menneske-til-menneske-forhold er en nær og gjensidig forståelse mellom pasienten og sykepleieren. Dette utvikles på bakgrunn av det som har skjedd i de tidligere fasene. Det utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse for og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre (Kristoffersen 2011).

3.0 Metode

I følge retningslinjene for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie ved høyskolen i Molde, skal studentene gjennomføre en litteraturstudie basert på systematiske søk. Resultatet av litteraturstudien skal baseres på 12-15 originale forskningsartikler (Michalsen og Mundal 2016). Forsberg og Wengström (2013) skriver at for å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er man avhengig av et tilstrekkelig antall artikler, med god kvalitet. Mulrow og Oxman har definert en systematisk litteraturstudie ved at man systematisk svarer på en tydelig problemstillingen ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013).

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for inklusjon/eksklusjon av artikler, utarbeidelse av PIO-skjema, databasesøk, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse.

3.1 Datainnsamling

For å tilegne meg teoretisk kunnskap om tema i litteraturstudien, startet jeg våren 2016 med å lese meg opp på aktuell bakgrunslitteratur. Dette omfattet skjønnlitteratur, faglig litteratur og ulike faglige nettsider. Jeg utførte noen prøvesøk, med hensikt i å finne ut om det var nok forskning innenfor temaet borderline personlighetsforstyrrelse. Søkene som ble foretatt da ble nokså ustrukturerte og jeg valgte derfor å bestille veiledning hos bibliotekar nokså tidlig for å kunne gjøre gode, strukturerte søk når endelig problemstilling og hensikt var bestemt.

3.2 Inklusjon og eksklusjon av artikler

Ved å utarbeide inklusjon-og eksklusjonskriterier ble det enklere å jobbe med litteratursøk og datainnsamling. Dette skapte mer tydelighet, og viste bedre hva en lette etter og ikke gjennom søkeprosessen. I følge retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved høghskolen i Molde skal inklusjon- og eksklusjonskriterier beskrives og begrunnes (Michalsen og Mundal 2016). Manchikati har utarbeidet en liste over hva en systematisk litteraturstudie bør inneholde, her kommer det fram at det skal være tydelige inklusjon og eksklusjonskriterier, som skal bestemme valg av artikler (Forsberg og Wengström 2013). Før søkeprosessen startet ble det laget en liste med ulike kriterier og krav som måtte oppfylles i artiklene for å bli inkludert i litteraturstudien, og en liste over kriterier som utelukket artikler som ikke var relevant for problemstillingen og hensikten i dette litteraturstudiet.

Inklusjonskriterier :

- Kvalitativ eller kvantitativ
- Originale artikler
- Sykepleieperspektiv
- Arbeider i distriktet eller i sykehus
- Hadde erfaring med denne pasientgruppen
- Etisk godkjenning eller at det er gjort etiske overveielser
- Fagfellevurderte originalartikler publisert i vitenskapelig tidsskrift
- Artikler på norsk, engelsk, svensk eller dansk
-

Eksklusjonskriterier :

- Artikler uten fagfellevurdering eller etisk vurdering
- Review – og fagartikler
- Artikler som ikke var relevante for min problemstilling

3.3 Utarbeidelse av PIO-skjema

Det er viktig at problemstillingen blir så tydelig og presis som mulig. Dette er avgjørende for å jobbe kunnskapsbasert. For å danne en god struktur og klargjøre problemstillingen, anbefales det å ta i bruk hjelpeverktøyet, PICO-skjema (Nordtvedt et.al. 2012). PICO-skjema gir struktur og hjelper til med å klargjør spørsmålet for litteratursøk og kritisk vurdering (Nortvedt et.al 2012).

- I følge Nortvedt et.al. (2012) står ”P” for pasient/problem. Dette innebærer hvilken type pasient eller hvilken pasientgruppe spørsmålet gjelder. Her skal pasienten/pasientgruppen du er interessert i beskrives. Her brukte jeg søkeordene ”borderline*”, og ”emotional unstable personality disorder” (Nortvedt et. al 2012).
- ”I” står for intervention, dette betyr hvilket tiltak eller intervensjon som skal vurderes. Ordet intervensjon bør tolkes vidt, da dette kan være råd som gis pasienten, forebyggende tiltak eller andre tiltak som daglig brukes i arbeid med pasientene. Under ”I” skrev jeg søkeordene ”nurs*”, ”psychiatric nurs*”, og ”mental health nurs*” skrevet (Nortvedt et. al 2012).
- ”C” representerer comparison og blir aktuelt om et tiltak skal sammenlignes med et annet. Hensikten i dette litteraturstudiet var ikke å sammenligne tiltak, så derfor ble det ikke tatt med noe søkeord under dette elementet av PICO-skjema.
- ”O” står for outcome, dette innebærer utfallet, effekten eller endepunktet av tiltaket. Under dette elementet i skjemaet ble søkeordet ”Experienc*” brukt (Nortvedt et. al 2012).

Det ble bestemte tidlig i søkeprosessen at med denne problemstilling var det aktuelt å ta i bruk PICO-skjema som et hjelpemiddel. Siden jeg var ute etter erfaringene sykepleierne hadde, og ikke skulle sammenligne noe tiltak ble det derfor utarbeidet et PIO-skjema. På egenhånd ble det mange søkeord og ustrukturerte søk. Derfor ble det valgt å søke hjelp med bibliotekar for å begrense antall søkeord. For utfyllende PIO-skjema, se vedlegg 4 (Nordtvet et.al 2012).

3.4 Databasesøk

For å kunne utføre et strategisk søk, søkte jeg veiledning i Nortvedt et al. (2012) Her er det nøye beskrevet hvordan en skal gå fram under utførelse av litteratursøk. Nortvedt et. al. (2012) gir også en god oversikt over de ulike databasene som kan tas i bruk, og dermed kom jeg fram til hvilke databaser som skulle benyttes i søket. I Oktober 2016 var søkeordene og inklusjon-og eksklusjonskriteriene klare, og søket etter relevant forskning startet.

Databasesøkene ble utført i fritekst, og jeg valgte å bruke advanced search. For å kombinere ulike søkeordene ble boolske operatører tatt i bruk. Dette vil si å bruke kombinasjonsordene AND og OR. OR utvider søkene ved at det gir treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet som er brukt. AND er med på å avgrense søket, ved at det kun gir treff på artikler der begge søkeordene er tatt i bruk (Nortvedt et. al 2012). I dette litteraturstudiet gjaldt det mellom "P", "I" og "O". I tillegg til de boolske operatører ble det brukt trunkering på noen av søkeordene. Dette innbar at en skrev starten av ordet, og så deretter la til et trunkeringstegn på slutten av ordet. Trunkeringstegnet som ble brukt var "*" . Dette førte til resultater på alle de ordene som startet med det som ble skrevet inn før ordet ble trunkert. Det ble brukt MeSH-termer. De fleste var allerede inkludert i PIO-skjema på forhånd. Under søket ble det haket av for de jeg ønsket å bruke.

Under søkeprosessen ble overskrifter og abstracter lest for å vurdere om artiklene kunne være relevant for hensikten min. I denne litteraturstudien ble åtte kvalitative artikler og seks kvantitative artikler inkludert. Nedenfor blir gjennomførte søk og valg av databaser beskrevet. I vedlegg 2 finnes en utfyllende søkehistorikk og sammensetting av søkeord.

OID PSYCINFO

Det første søket ble foretatt her, da dette er en database innen psykologi, psykiatri og medisin. Søket ble utført 16.10.2017. Søket resulterte i et treff på 21 artikler. Artikkelen av Lee og Kiemle (2015) ble inkludert. Søket var ustrukturert, og på grunn av mangel på kunnskap om databasen, ble det ikke satt noen limits.

OID MEDLINE

Det andre søket ble foretatt i Ovid medline. Dette er den største databasen innen medisin og sykepleie (Nortvedt et al. 2012).

28.10.2016 ble det første søket i denne databasen utført. Dette ble foretatt før et ordentlig PIO-skjema ble utarbeidet. Her vart det treff på 86 artikler. En valgte å inkludere studien av Wollaastion og Hixenbaug (2008)

På bakgrunn av lite kunnskap om søk i databasen, ble det bestilt veiledning hos bibliotekar for å strukturere søket. Det siste søket i Ovid medline ble utført 09.12.2016. Dette søket resulterte i 72 artikler . Fra dette søket ble 7 artikler inkludert, det var studien til forfattere : Bowen (2013), Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos og Vaslamatzis (2009), Ma, Shih, Hsiao, Shih og Hayter (2009), Langley og Klopper (2005), Cleary, Siegfried og Walter (2002), Markham og Trower (2003), Stroud og Parsons (2013).

PROQUEST

Proquest er en database for tidsskrifter innenfor medisin og helse. Søket ble gjennomført 12.12.2016 og ga treff på 91 artikler. Her ble studien av O'Connel og Dowling (2013) inkludert.

GOOGLE SCHOLAR

På bakgrunn av at det var mangel på relevant forskning, ble det utført et manuelt søk i søkemotoren Googel Scholar. 30.10.2017 ble det utført. Fra dette søket valgte jeg å inkludere studien av McGrath og Dowling (2012)

CINAHL

Cinahl er en database innenfor sykepleie. Derfor valgte jeg å utføre et siste søk her. Søket ble utført 18.12.2017 som ga et treff på 35 artikler. Studien av Markham (2003), James og Cowman (2007) og til slutt studien av Deans og Meocevic (2006) ble inkludert fra dette søket.

3.5 Kvalitetsvurdering

Etter å ha funnet en tilstrekkelig mengde artikler som alle svarte på litteraturstudienes problemstilling og hensikt, begynte jobben med kvalitetsvurderingen. Det første som ble gjort var å undersøke hvilket nivå tidsskriftene hadde. Som inklusjonskriterier skulle tidsskriftene være nivå 1 eller 2. 2 er det høyeste rangerte nivået. Dette ble undersøkt via NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2016) der ble ISSN/ISBN nummert på tidsskriftet skrevet inn.

Neste trinn i kvalitetsvurderingen var å ta i bruk sjekklister. Dette er lister med kontrollspørsmål som skal gjøre arbeidet med å vurdere en vitenskapelig artikkel enklere. Fordi ulike studiedesign krever ulike kontrollspørsmål, må en ta i bruk en sjekkliste som passer studiedesignet som er brukt i artikkelen (Nortvedt et. al 2012). Siden det i denne litteraturstudiene er inkludert artikler både med kvalitativt og kvantitativt design ble det tatt i bruk to ulike sjekklister. For å vurdere artiklene ble det benyttet Sjekkliste for kvalitativ forskning (Kunnskapssentret 2014) og Sjekkliste for prevalensstudier (Kunnskapssentret 2006). Nivået på artiklene ble vurdert ut fra hvor mange punkt i de to skjemaene som svarte ”ja”, ”nei” eller ”uklart”. Ut fra den kvalitative sjekklisten, ble artiklene vurdert som gode om det var minst 7 av 10 ”ja”. I Sjekkliste for prevalensstudier ble artiklene vurdert som gode om de hadde minst 8 av 11 ”ja”. Alle artiklene jeg hadde funnet gjennom databasesøkene og som svarte på min problemstilling ble tatt med i kvalitetsvurderingen. Alle svarte minst sju (på de kvalitative) eller åtte (på de kvantitative) ”ja” som resulterte i at alle artiklene ble betegnet som gode, og dermed inkludert.

3.6 Ethiske overveielser

I følge Forsberg og Wengström (2013) bør etiske overveielser gjøres før en starter arbeidet med et systematisk litteraturstudie. I retningslinjene til bacheloroppgaven ved høyskolen i Molde er det beskrevet at det skal gjøres etiske overveielser (Michalsen og Mundal 2016). Jeg valgte derfor å ha som et inklusjonskriterie at artiklene i litteraturstudien skulle inneholde en etisk godkjenning, eller at det var gjort etiske overveielser. Dalland (2010) skriver at Hovedkomiteen for norsk forskning (1981) konkluderer med at når det gjøres forsøk med mennesker, må dette skje ut fra bestemte retningslinjer. Nürnbergkoden og Helseinndeklarasjonen er de viktigste retningslinjene, som i all hovedsak er knyttet til

medisinske forsøk (Dalland 2010). Under arbeidet med å analysere artiklene, ble det gjort vurderinger med hensikt i å sikre at etiske normer og regler ble ivaretatt i studiene. I tretten av artiklene som ble inkludert i denne litteraturstudien hadde alle mottatt godkjenning fra ulike regionale komiteer. I den siste artikkelen var det gjort etiske overveielser. Forsberg og Wengström (2013) skriver at en bør velge studier som har blitt godkjent av en etisk komité, eller hvor etiske overveielser er gjort.

Jeg har også gjort etiske overveielser. I obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring, er det erklært at denne oppgaven er eget arbeid, og at det ikke er tatt i bruk andre kilder enn det som er opplyst i besvarelsen. Jeg har brukt Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bruk av kilder og referanser. Det har også i størst mulig grad blitt brukt primærlitteratur.

3.7 Analyse

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) sin analysemodell i mitt analysearbeid. I denne modellen skal analyse og fremstilling av data fra publiserte forskningsartikler gjennomføres gjennom fire faser.

Første steg i Evans (2002) er "*innsamling av data*". Dette er utført gjennom den tidligere beskrevne søkeprosessen. Fjorten artikler ble funnet. Disse ble så etisk vurdert og kvalitetsvurdert. Artiklene ble nummerert fra 1-14.

Det andre steget i analysemodellen til Evans (2002) er "*identifisering av hovedfunn*". Jeg startet med å lese gjennom artiklene og dannet meg et bilde av hovedfunnene. Når artiklene igjen ble lest ble hovedfunnene markert med et tall til hvert hovedfunn i hver studie, på en Post-it-lapp som ble festet på hver artikkel. Funnene ble også markert med tusj i teksten, med nummer. Funnene ble siden lagt inn i et word-dokument for å gi bedre oversikt til det videre analysearbeidet (Vedlegg 3).

I den tredje fasen skal funnene "*sammenlignes og sorteres i kategorier på tvers av artiklene*" (Evans 2002). Dette ble gjort ved å fargekode de ulike "*hovedfunnene*" i hver artikkel. Funnene ble fargekodet, etter funn som var like, og som kunne samles sammen i en kategori eller et hovedfunn.

I den siste fasen skal en i følge Evans (2002) ” *lage en beskrivelse og syntese av funnene*”. Jeg gikk nøye igjennom funnene i artiklene og lagde fire hovedtema. Meninger om behandling, kunnskap, splitting av personalet og utfordring var tema som ble gjentatt i flere artikler, og ble derfor valgt som hovedtema. Dermed samlet jeg disse og lagde det som en syntese. De fire hovedfunnene blir beskrevet nærmere i litteraturstudienes resultatdel.

Jeg har laget en figur som viser hvordan dataen fordeler seg i de inkluderte artiklene og som dermed danner mine hovedfunn.

Meninger om behandling	1,5,6,7,9,10,13,14
Kunnskap	1,4,6,7,8,13,14
Splitting av personalet	1,2,3,4
Utfordrende	1,2,3,4,5,6,7,11,12,13,14

Figur 1. Datatelling

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra de fjorten inkluderte artiklene presenteres. Resultatene i de inkluderte studiene svarer på min problemstilling og hensikt ved å se på hvordan sykepleier erfarer pasienter som lider av BPD. Det er viktig å se funnene som en helhet, da de ulike temaene påvirkes av hverandre.

4.1 Meninger vedrørende behandling og pasienttilnærming

Sykepleierne sine erfaringer i forhold til innleggelse i sykehus for denne pasientgruppen samsvarte stort sett. De mente at den beste plassen å behandle pasienter med BPD var utenfor sykehus/institusjon. Det var bedre å foreta behandling og oppfølging av pasientene

ute i distriktet. Det ble likevel påpekt at innleggelse kunne være nødvendig i perioder hvor pasienten opplevde kriser (O'Connell og Dowling 2013, H, Giannouli et. al 2009, Cleary, Siegfried og Walter 2002, James og Cowman 2007). I studien gjort av Deans og Meocevic (2006) mente derimot bare 9% av sykepleierne at pasienter med borderline-diagnose aldri burde vært lagt inn i sykehus.

En av sykepleierne i studien til O'Connell og Dowling (2013) mente at kriser også burde bli håndtert i distriktet, og ikke i sykehus da innleggelse ville føre til ødeleggelse av mange års arbeid og progresjon :

They have no place in the acute unit, they go in there and they undo two years' work and the patient sabotages any plans for discharge.... So they are there in the unit and when they come home the same issues are there and sometimes they are worse. A crisis should be dealt with in the community... once they know there's someone there all the time... when you work with them in the community they develop a confidence that they are being listened to (O'Connell og Dowling 2013, 28).

For å kunne skape en god pasientenettilnærming ble det ansett som en nødvendighet å bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette kunne ofte ta tid, men sykepleierne opplevde at når en først hadde bygget opp en god relasjon, så en framgang i behandlingen, og dermed viktigheten av relasjonsarbeid. Dette ble ansett som positivt hos sykepleierne. For å kunne bygge en god relasjon måtte en etablere tillitt hos pasienten (O'Connell og Dowling 2013, Giannouli et al. 2009, og Klopper og Langley 2005). Etablering av tillit kunne ta lang tid (Langley og Klopper 2005, O'Connell og Dowling 2013). En skulle ikke ta i bruk terapeutiske strategier før tillit var etablert (Langley og Klopper 2005). Grensesetting ble ansett som viktig i møte med pasienter med borderline-diagnose. At pasienten hadde klare grenser, regler og strukturer rundt seg i hverdagen kunne bidra til bedring (Bowen 2013). *"The good side of it is that when you do develop a relationship they're very trusting in it"* (O'Connell og Dowling 2010, 29).

Majoriteten av sykepleierne mente at den beste type terapi til denne pasient-gruppen var psykoterapi. Det ble påpekt at denne terapiformen var best egnet i perioder hvor pasienten opplevde kriser. Alle sykepleierne som nevnte bruk av antidepressiver i behandlingen av

pasienter med BPD, mente at dette kunne være med på å øke tilfredsstillelse hos pasienten og anså det som nyttig i behandlingen (Ginnouli et al. 2009, James og Cowman 2007, Cleary, Siegfried og Walter 2002).

4.2 Opplevelser av eget kunnskapsnivå

4.2.1 Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap

Sykepleierne mener at kunnskap er viktig for å kunne arbeide med pasienter som lider av BPD. Sykepleierne beskrev at kunnskap om BPD var en av de viktigste komponentene for å kunne arbeide effektivt og for å kunne fremme bedring hos pasienter som lider av denne diagnosen (O'Connell og Dowling 2013, Lee og Kiemle 2014, Stroud og Parsons 2013). Kunnskap om diagnosen var også ansett som viktig for å kunne like å jobbe med pasientgruppen. Kunnskap kunne også bidra til å dempe negative fordommer (Lee og Kiemle 2014). *"If you didn't actually know anything about it and you just met them as a person, they're not always the most likeable people"* (Lee og Kiemle 2014,243).

4.2.2 For lite kunnskap

Sykepleierne opplevde å ha for lite kunnskap om pasienter med BPD når det gjaldt symptomer på diagnosen og hvordan en skulle håndtere pasientgruppen (Lee og Kiemle 2014, Stroud og Parsons 2013, O'Connell og Dowling 2013, Cleary, Siegfried og Walter 2002, James og Cowman 2007, Deans og Meocevic 2006, Giannouli et al 2009).

Det var få av sykepleierne som hadde fått spesiell trening eller vært kurset i å arbeidet med pasienter med BPD (O'Connell og Dowling 2013, Stroud og Parson 2013, Cleary, Siegfried og Walter 2002, James og Cowman 2007, Giannouli et. al 2009).

Mangel på kunnskap kunne komme til uttrykk i negative holdninger fra sykepleier. På bakgrunn av at de manglet så mye kunnskap om hvordan en BPD-diagnose kommer til uttrykk, hadde sykepleierne vanskeligheter med å håndtere pasientens atferd, og pasienten ble ofte omtalt med negativt fortegn (Lee og Kiemle 2014, Giannouli et.al 2009, Stroud og Parson 2013).

4.2.3 Et sterkt ønske om mer kunnskap

I flere av studiene kommer det tydelig frem at sykepleierne hadde et sterkt ønske om å få mer kunnskap om BPD. Det var ønsket om kurs, trening og klinisk veiledning i å jobbe, behandle og yte sykepleie til pasienter med BPD (O'Connell og Dowling 2013, Lee og Kiemle 2014, James og Cowman 2007, Giannouli et. al 2009, Cleary, Siegfried og Walter 2002). *"There is a course, I think we're all crying out to get on it, and stuff, yeah, and it is needed, it is"*(Lee og Kimble 2014, 244). *"I don't know whether my years of working have given me more knowledge and experience than what you could do in a training session"* (Lee og Kimble 2014, 244).

4.3 Manipulerende atferd og splitting av personalet

Sykepleierne assosierte pasienter med en BPD-diagnose som manipulerende. De hadde erfaringer med å bli manipulert av pasienten (McGrath og Dowling 2012, Wollaston og Hixenbaugh 2008, Stroud og Parson 2013, O'Connell og Dowling 2013). Assosiasjonen med at pasienter med BPD var uærlig, hadde sammenheng med den generelle oppfatningen om at pasienter med denne diagnosen ikke var "ekte". Sykepleierne opplevde det å bli utsatt for manipulerende atferd som svært frustrerende, og uttrykte at de satt igjen med en følelse av å ha blitt "brukt" (McGrath og Dowling 2012, Wollaston og Hixenbaugh 2008).

I flere av artiklene var det funn som viste at sykepleierne opplevde at personalet kunne splittes opp under behandlingen av pasienter med BPD, og at de opplevde dette som frustrerende (McGrath og Dowling 2012, Wollaston og Hixenbaugh 2008, O'Connell og Dowling 2013, Stroud og Parsons 2013).

Some can be manipulation in behavior, like playing one nurse off another by making request to one nurse which is turned down due to policies/care plan in place and then telling another nurse that this request was granted in the first place (McGrath og Dowling 2012,5).

I studien av Wollaston og Hixenbaugh (2008) ble det også beskrevet av sykepleierne hvordan personalet ble delt opp i to ulike grupperinger, hvor den ene gruppen hadde sympati for pasienter med BPD, mens den andre gruppen besto av personal som hadde

vansker med å jobbe med denne pasientgruppen. Denne holdningsforskjellen mellom personalet gjorde at den ene gruppen så på den andre som ”overinvolvert”, mens den andre ble beskyldt for å ikke bry seg om pasienten.

Some people will see the emotional needs for the client, other people will see the behaviours that they are displaying.. those normally seem to be the two camps (Wollaston og Hixenbaugh 2008,707).

4.4 En utfordrende pasientgruppe og vanskelige følelser hos sykepleier

Sykepleierne har erfaringer med at pasienter som lider av BPD, kan være en utfordrende gruppe pasienter å jobbe med, behandle og å yte sykepleie til (James og Cowman 2007, Giannouli et. al 2009, Cleary, Siegfried og Walter 2002, Lee og Kimble 2014, Wei-fen et. al 2009, O’Connel og Dowling 2013, Stroud og Parson 2012, McGrath og Dowling 2012, Woollaston og Hixenbaugh 2008) ”*Totally difficult patient to manage.. how would I say that.. they are totally self obsessed.... manipulating you and also they always seem to exaggerate their feeling...*” (McGrath og Dowling 2012,3)

Sykepleierne i studiene til O’Connel og Dowling (2013), Lee og Kimle (2014), og Woollaston og Hixenbaugh (2008) uttrykte at en av de tingene som kunne være utfordrende i arbeidet med pasienter med BPD, var at progresjonen tok veldig lang tid, og det var beskrevet at pasientene ikke ble bedre. Dette skapte følelser av frustrasjon, at de følte seg nytteløse i arbeidet og at å jobbe med pasientgruppen gjorde dem utbrent. I studien gjort av Wei-fen et. al. (2009) opplevde sykepleierne imidlertid ikke følelser av frustrasjon. Dette ble begrunnet med at sykepleieren tok avstand til pasienten, for å beskytte sine egne følelser, og dermed unngikk de konflikter som kunne gi vanskelig følelser.

Mange beskrev opplevelser av ulike negative følelser og tanker, i møte med pasienten med BPD (Lee og Kimble 2014, Wei-fen et.al 2009, O’Connel og Dowling 2013, Stroud og Parson 2012, McGrath og Dowling 2012, Markham 2002, Markham og Trower 2003, Deans og Meocevic 2006) Flere negative egenskaper ble tilskrevet pasienter med BPD av

sykepleierne, dette var egenskaper som oppmerksomhetssyk, selvsentrert, manipulerende, ikke til å stole og at de hadde mangel på empati (Lee og Kimble 2014). Flere av sykepleierne hadde generelt negative holdninger til pasientgruppen (O'Connel og Dowling, Deans og Meocevic 2006, Wei-fen et. al 2009, Stroud og Parson 2012, McGrath og Dowling 2012, Lee og Kimble 2014, Woollaston og Hixenbaugh 2008) og hadde mer sympati og forståelse for pasienter med andre psykiske-diagnoser (Markham og Trower 2003, Markham 2002).

Sykepleierne som gav omsorg til pasienter med BPD-diagnose opplevde følelser av anger, og skyld. Dette på bakgrunn av traumatiserende opplevelser med selvdestruktiv atferd som selvskading, selvmordstrusler og selvmord hos pasienten. Dette var også den atferden som gjorde sykepleierne mest stresset (Wei-fen et.al 2009, McGrath og Dowling 2012). I flere av studiene blir det bemerket av sykepleierne at de hadde erfaringer og opplevelser av at pasienter med BPD oppførte seg truende, kom med ulike trusler og av og til ble de oppfattet som farlige (Woollaston og Hixenbaugh 2008, McGrath og Dowling 2012, Markham 2003, O'Connel og Dowling 2013, Giannouli et.al 2009). I studien av O'Connel og Dowling (2013) sier majoriteten av sykepleierne at de har erfaringer med at å ta risiko var en del av jobben. Dette var i forbindelse med trusler om selvmord. Her måtte sykepleier vurdere om pasienten faktisk var i fare, eller ikke.

I know our job is about risk taking, as in we have to take the risks... that sounds awful.. but you know.. we have to assess for the risk and whether they are in danger or not (O'Connel og Dowling 2013, 30)

5.0 Diskusjon

I følge retningslinjer for bacheloroppgave ved høgskolen i Molde skal diskusjonsdelen bestå av to deler. I metodediskusjonen skal fremgangsmåten diskuteres, og styrker og svakheter i litteraturstudien skal komme frem (Michalsen og Mundal 2016). Dette vil jeg gjøre på bakgrunn av inklusjonskriterier, datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse. I resultatdiskusjon skal studiens resultater drøftes oppimot studiens hensikt og problemstilling. Funnen skal drøftes opp mot bakgrunns teori og annen relevant sykepleieteori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjonskriterier

Tidlig i prosessen hadde jeg kun kvalitativ-forskning som inklusjonskriterie, og kvantitativforskning var på eksklusjonslisten. Jeg ønsket hovedsakelig kvalitativforskning da denne metoden egner seg best for å få frem sykepleiernes subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger (Nortvedt et. al 2012). Det var vanskelig å finne mye god kvalitativ forskning innenfor tema jeg hadde valgt og derfor valgte jeg også å ta i bruk kvantitativ forskning. Etter at analysearbeidet var gjennomført, satt jeg igjen med fjorten artikler. Dette var åtte kvalitative og seks kvantitative. At det er inkludert kvantitativ forskning kan ses på som en svakhet i oppgaven da problemstillingen er kvalitativ. Forskningsdesignet i de to metodene er ulike, men står ikke i konflikt med hverandre (Jacobsen 2013). Forsberg og Wengström (2013) skriver at ved å kombinere disse metodene, er det en fordel ved at fenomenet som undersøkes belyses utfra ulike synsvinkler. Jeg ser på dette som en styrke for litteraturstudien ved at funnene i de kvalitative artiklene kan underbygges av funnen i de kvantitative artiklene.

Alle artiklene er fra land i Vest-Europa, og en fra Australia. En artikler er fra Taiwan og en fra Sør-Afrika. Jeg har valgt å inkludere disse to i studien, fordi jeg anså funnene som overførbare til norske forhold. Disse to artiklene gikk på sykepleier sine tilnæringsmetoder, og på hvordan en skal bygge en gode relasjon. Sammenlignet med relasjonsarbeid og tilnæringsmetoder i norsk praksis, er mye likt. I disse artiklene dro jeg bare ut funn som hadde med dette å gjøre, og ekskluderte de resterende funnene. Det at jeg valgte å inkludere disse artiklene er en styrke i studien, da det kan belyse eventuelle kulturforskjellene mellom landene. I dagens samfunn møter man som sykepleier mange fremmedkulturer, og det kan være relevant å ha kunnskaper om relasjonsarbeid også i fremmende kulturer som helsepersonell.

Et av inklusjonskriteriene var at studiene skulle utforske sykepleiers opplevelse. I studiene av Bowen (2012), Langley og Klopper (2005), og Cleary, Siegfried og Walter (2002) er også andre yrkesgrupper inkludert i studien, og det kommer ikke tydelig frem hva som er sykepleiers meninger. Jeg har likevel valgt å inkludere studiene da jeg anså funnene som relevante, majoriteten av deltakere var sykepleiere, de svarte på problemstillingen og

funnene var like når jeg sammenlignet resultatet med de artiklene hvor det var kun sykepleiers erfaringer. Selv om disse artiklene ble inkludert har jeg valgt å beholde det som et inklusjonskriterie da dette i utgangspunktet var intensjonen.

I studien gjort av Lee og Kiemle (2014) har de undersøkt sykepleier sine opplevelser av å behandle pasienter med personlighetsforstyrrelse eller læringsvansker. Her var det godt gjort rede for når det var snakk om personlighetsforstyrrelse. Jeg valgte å inkludere denne studien, da funnene i sykepleiers erfaringer i møte med personlighetsforstyrrelser i stor grad var lik som i møte med pasienter med BPD.

I retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved høgskolen i Molde står det at artiklene helst ikke skal være eldre enn fem år (Michalsen og Mundal 2016). Dette satte jeg som et inklusjonskriterie til å starte med. Etter oppstart av søkeprosess, så jeg fort at dette ikke var mulig i forhold til min problemstilling. Det fantes lite nyere studier om det, og jeg måtte dermed gå bort fra denne inklusjonskriterien. Artiklene av eldre dato svarer direkte på min problemstilling, og jeg anså dem derfor for relevante. Når jeg sammenlignet de nyeste artiklene jeg hadde med de eldste, så jeg at funnene stemte overens. Jeg bestemte meg derfor for at endringene på de årene ikke var store nok til at de eldre artiklene ikke kunne tas med. Dette kan ses på som en svakhet i studien, da nyere forskning kunne ha gitt andre funn. Det kan også ses på som en styrke at jeg ikke har hatt noe begrensning, og at det dermed er lite sannsynlig at jeg har gått glipp av relevant forskning. Nyere forskning er det lite av, og desto viktigere er det at det blir satt større fokus på min valgte problemstilling og hensikt.

Sykepleierne i studiene som er inkludert jobber både i sykehus og distrikt. Jeg valgte å ikke fokusere på kun en gruppe, da en slik avgrensning ikke ville gjort det mulig å følge retningslinjene med å inkludere tolv til femten artikler. Det var også store likheter mellom opplevelsene til de som jobbet ute i distriktet, og de som jobbet i sykehus. Dette anser jeg som en styrke, da resultatet i denne litteraturstudien vil være gjeldende for et høyere antall sykepleiere enn om en avgrensning ble gjort.

5.1.2 Datainsamling

I utgangspunktet hadde jeg lite erfaring med å søke i databaser. Jeg begynte søkene på egenhånd, men det var vanskelig å få til gode,systematiske søk. Derfor ble det bestilt time hos bibliotekar nokså tidlig i prosessen. På forhånd ble det utformet et PIO-skjema. Sammen med bibliotekar, ble dette korrigert og søket ble etter dette mer strukturert.

Jeg valgte å bestille en ny time hos bibliotekar senere, og valgte å etterspørre en annen bibliotekar, for at ” to nye øyne” skulle få se på det. Her ble PIO-skjema enda engang korrigert. Etter dette ga søkene bedre resultater, og jeg kunne snart starte med selve oppgaveskrivingen. Det var for meg en fordel at jeg valgte å søke hjelp til utforming av PIO-skjema, og databasesøk med to forskjellige bibliotekarer, da dette førte til gode søk og resultater.

Søkene i databaser resulterte i tretten artikler. Jeg valgte også å foreta en manuell søk i Google Scholar. Dette er en søkemonitor som gir søk i akademisk litteratur. Fra dette søket ble det inkludert en artikkel. Dette søket kan ses på en svakhet da det resulterte i svært mange treff, og dermed kan jeg ha gått glipp av relevant forskning.

Søkene er foretatt i flere forskjellige databaser. Det at søkene er foretatt i så mange ulike databaser ser jeg på som en styrke da det trolig er få relevante studier som har blitt oversett.

Det ble brukt mye tid på å lete etter artiklene som til slutt ble inkludert i min litteraturstudie. En svakhet ved oppgaven kan være at det gikk mye tid på datainnsamlingen, og dermed ble det mindre tid til selve oppgaveskrivingen. Men det kan også ses på som en styrke, da de inkluderte artiklene er godt kvalitetssikret, og spiller en stor rolle for selve oppgaven.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Av de fjorten artiklene som er inkludert i litteraturstudien er åtte kvalitative og seks kvantitative. I følge Nortvedt et. al (2012) kan man vurdere kvaliteten på en vitenskapelig artikkel gjennom å bruke sjekklister med kontrollspørsmål. Jeg brukte derfor en sjekkliste for de kvantitative, og en for de kvalitative. Alle de kvantitative var prevelanstudier, og

derfor trengte jeg kun en type sjekklister også for de kvantitative. Det er mine tolkninger som har dannet grunnlaget for kvalitetssikringen av artiklene, og derfor kan det være mulighet for feiltolkning i gjennomgangen av sjekklister, noe som kan være en svakhet for studien. Alle artiklene i denne litteraturstudien ble vurdert til ”god” da de oppfyller minst sju av ti (kvalitative) og åtte av elleve (kvantitative). Spørsmålene i sjekklister ble vektlagt ulikt, da for eksempel det jeg anså som viktigst var at studien svarte på min problemstilling. Dermed ble det viktig for meg at det ble svart ”ja” på de spørsmålene jeg mente veide tyngst for at studiene skulle bli vurdert til gode. For å ytterligere kvalitetssikre artiklene ble Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sitt register over publisering kanaler brukt. Dette for å finne ut om de inkluderte artiklene var fagfellevurdert og om de hadde nivå 1 eller 2. Alle de inkluderte artiklene har fagfellevurdering, og er vurdert til nivå 1 eller 2.

I alle de inkluderte studiene er det blitt gjort etiske overveielser. Elleve av studiene har mottatt godkjenning fra en regionale etiske komiteer fra det landet de er utført i. I de resterende er det gjort grundige etiske overveielser. Under kvalitetsvurderingen hadde jeg fokus på at deltakerne ble ivaretatt gjennom anonymisering og at det hadde motatt grundig informasjon om studiens hensikt. Dette er en styrke for studien, da ivaretagelse av etiske aspekter er svært viktig for å ivareta enkeltmennesket (Jacobsen 2010).

Jeg har tatt i bruk teori som jeg kvalitetssikret. Jeg har prøvd å ta i bruk mest mulig teori av anerkjente forfattere og tidsskrifter. Det har også blitt brukt relevant teori fra studier som ikke har blitt inkludert i denne litteraturstudien. Dette er en styrke i studien, da annen forskning er med på å underbygge mine funn. Jeg har lite erfaringer med pasienter med BPD. Dette anser jeg som en styrke da jeg gikk i gang med oppgaven med åpent sinn og uten å ha utviklet noe holdning til pasientgruppen. Dermed er det lite trolig at egne meninger, erfaringer og holdninger har kunnet påvirke resultatet.

5.1.4 Analyse

Arbeidet med analysen kan ses på som den største jobben i denne litteraturstudien. Analysen ble gjennomført på en systematisk og strukturert måte. Metoden var basert på Evans (2002) sine fire steg, som gjorde resultatet oversiktlig og enkelt å jobbe videre med. Det at jeg valgte å benytte en metode i analysearbeidet som har blitt brukt mye og er anbefalt, anser jeg som en styrke. Evans (2002) sin metode gjorde det også enkelt for meg

å få oversikt over mine funn og å deretter danne hovedfunn. Jeg ser en styrke i at jeg har vært alene om denne litteraturstudien, da jeg har lest gjennom og jobbet med å hente ut hovedfunnene i samtlige inkluderte artikler. Artiklene belyste de samme temaene og funnene. Dette gjorde at jeg enkelt kunne se at funnene besvarte hensikten og problemstillingen min. Lite kunnskap og erfaring med analysearbeid kan være en svakhet for studien, da mistolkninger og misforståelser kan ha oppstått.

Siden alle artiklene som er inkludert er engelskspråklig, har de blitt oversatt. Oversettelsen har blitt gjort ved hjelp av ordbok, google translate og egne kunnskaper. Det bør derfor tas forbehold om at det kan ha oppstått mistolkninger av innholdet i artiklene, og at dette kan ha påvirket resultatet. Sitatene som har blitt brukt, har sitt originalspråk. Dette for å sikre at betydningen ikke skulle gå tapt på grunn av mistolkninger, og å sikre at sykepleiernes egne utsagn ikke ble feilanalysert. Sitatene er direkte fortalt av sykepleierne i de inkluderte studiene, og gir derfor innblikk i deres virkelighet. Dette har jeg tatt med for å forsterke og underbygge funnene mine. Dette er en styrke i denne litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Pasientrelasjonen avgjør behandlingsformen

I denne studien kommer det frem at sykepleiere opplever at behandling utenfor sykehus er mest hensiktsmessige for pasienter med BPD-diagnose. Begrunnelsen for dette var at innleggelse kunne gjøre pasienten sykere og at tidligere oppnådd progresjon i behandlingen ble borte. Pasientene utviklet et mer avhengighetsforhold til sykepleierne under behandling i sykehus/institusjon. Sykepleieren hadde opplevelser av at når pasienten først ble innlagt, ønsket de ikke å bli skrevet ut igjen, og saboterte dermed alt som kunne føre til en utskrivelse fra sykehuset eller institusjonen. Funnene viser likevel at sykepleierne mente at innleggelse ville være nødvendig i perioder hvor pasienten gikk gjennom en vanskelig livssituasjon eller en såkalt ”krise”. Disse periodene med kriser var ofte preget av stor selvmordsrisiko, og det ville derfor av og til være helt nødvendig med en innleggelse for å ivareta sikkerheten til pasienten. Det bekreftes av Evang (2010) at pasienter med BPD ofte kommer i kriser som gjør det nødvendig med innleggelse for en kort periode. Lange innleggelser brukes ikke så ofte lengre, og en velger heller korte eller middelslange innleggelser i sykehus. I studien til Brodtkorb (2016) blir det beskrevet at pasienter med en personlighetsforstyrrelse ofte har en sterk tendens til regresjon, og at de

dessuten har en sterke tendens til å regrediere i sykehus. I stortingsmelding 25, 1996-97 heter det at behandling av mennesker med en alvorlig personlighetsforstyrrelse helst bør skje poliklinisk (Stm. 25, 1996-97). En av de mest krevende avgjørelsen behandler står ovenfor når det gjelder håndtering av selvmordskriser hos disse pasientene, er nettopp spørsmålet om innleggelse. Erfaringsmessig ser en at pasientene ofte kan gå gjennom en symptomforverring etter innleggelse i sykehus. Dette kan foreksempel vises ved at pasienten raskt kommer i negativt samspill med personalet eller medpasienter. Resultatet av dette kan være økende selvdestruktiv-atferd. Når pasienten går gjennom en slik krise, kan det være stor risiko for at pasienten kan ta sitt eget liv, eller påføre seg store skader om en ikke foretar en innleggelse i sykehus (Mehlum og Jensen 2006). Det er viktig å huske at selvmordsrisikoen hos denne pasientgruppen er reell. Ca. 10% tar sitt eget liv, og de fleste før de har fylt tretti år (Snoek og Engdal 2006). At institusjonsopphold ikke er til å anbefale bekrefte også av Hummelvoll (2014) som også nevner at det vil være nødvendig i korte perioder som følge av akutte, krisepregede situasjoner.

Utfra funnene i denne litteraturstudien kan man anta at det er viktig at pasienter med BPD-diagnose ikke blir lagt inn i sykehus, unødvendig. Med dette menes altså at pasienten bare bør legges inn i sykehus/institusjon når det er helt nødvendig for å ivareta pasientens og andres sikkerhet. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om dette, slik at en kan jobbe ute i distriktet for å prøve å unngå at det oppstår kriser hos pasienten, og at tiltak blir igangsatt så en forhindrer en innleggelse. Hummelvoll (2014) sier at intensivt poliklinisk kontakt eller et dagavdelingstilbud kan være tilstrekkelig til å håndtere en krisesituasjon hos pasienter som lider av BPD, men poengterer at når pasienter er selvmordstruet, vil kortere døgntilbud være nødvendig. Pasienten kan oppleve det å være innlagt som ” behagelig” fordi en slipper ansvar.

I denne litteraturstudien kommer det fram at for å oppnå god pasienttilnærming er det helt nødvendig med etablering av en gjensidig god relasjon mellom pasienten og sykepleier. Prosessen med å bygge en slik relasjons kan være tidskrevende, men likevel nødvendig for å oppnå et godt behandlingsresultat. Tillitt blir ansett som en viktig byggestein i arbeidet med å oppnå en god relasjon. Ved oppnåelse av en slik relasjon, så man tegn til progresjon hos pasienten. I utøvelsen av sykepleie er et godt mellommenneskelig forhold nødvendig. Etablering av gode relasjoner bygger ikke bare på faglig kunnskap, men også på verdier. Kjernen i sykepleien er å utføre omsorgsfulle og kyndige handlinger overfor den syke. En

må kunne handle med en faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. For å gjøre det stiller det krav til at en bygger tillitt, er tålmodig og forståelsesfull, også i situasjoner der det kan være krevende (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Utgangspunktet for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient er i følge Travelbee å skape et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet skapes gjennom å ta avstand fra stereotype-oppfatninger, vise empatisk forståelse for det andre mennesket, å ha en stort ønske om å hjelpe pasienten og at det dermed kan oppstå en nær og gjensidig forståelse mellom pasienten og sykepleieren. Som sykepleier må en være personlig ovenfor mennesker man ikke kjenner. Tillit skal bygges, der det ikke er noe tillitt. For å få til dette må også sykepleier åpne seg opp, men samtidig være profesjonell. I en relasjon med en pasient er sykepleier forpliktet til å yte omsorg, uten å få noe tilbake av den andre parten (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Funnen i min studie viser viktigheten av at sykepleier har kunnskaper om relasjonsarbeid, og da spesielt i møte med pasienter som har en psykisk lidelse. Å oppnå et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, er helt nødvendig for at pasienten skal få den hjelpen han eller hun har behov for. På bakgrunn av funnene kan man anta at relasjonsarbeidet er nødvendig for at pasienten skal oppleve bedring. Tillitt mellom sykepleier og pasient er viktig for at en nær og gjensidig forståelse skal oppstå mellom partene. I følge Hummelvoll (2014) er det viktig at sykepleier holder avtaler, er ærlige i sine reaksjoner og har en saklig tilnærming til problemene som oppstår, for å kunne danne en trygg relasjon.

Funnene mine viser at sykepleierne erfarte at den beste behandlingsformen for pasienter som lider av en BPD-diagnose er psykoterapi. De opplevde at denne terapiformen fungerte aller best i perioder hvor pasienter gikk gjennom en krise, og når livssituasjonen var svært vanskelig. Sykepleierne hadde gjort seg erfaringer med at bruk av antidepressive-legemidler i behandlingen av dette pasientgruppen, kunne være med på å oppnå bedring hos pasienten. Det beste resultatet når det gjelder bedring hos denne pasientgruppen, ser man ved målrettet behandlingsopplegg som er rettet mot enkelt symptomer eller symptomgrupper.

Pasienter med BPD-diagnose har ofte problemer med sosial relasjoner, og en kan se at en behandling med vekt på interpersonlige forhold kan være nyttig (Snoek og Engdal 2006). Dette underbygger mitt funn. Den amerikanske behandlingsveilederen for behandling av

pasienter med BPD-diagnose sier at den primære behandlingen er psykoterapi. De mener videre at klinisk erfaring viser at de fleste pasienter med diagnosen har behov for langvarig psykoterapi for å oppnå og opprettholde en varig endring i sin personlighetsfungering med hensyn til mellommenneskelige problemer og generell funksjonsevne (Evang 2010).

Medikamenter til denne pasientgruppen har ingen direkte virkning på personlighetsforstyrrelsen, men kan gi virkning på plagsomme symptomer. Nevroleptika gis ofte i små doser. Effekten av disse er at de bidrar til bedring av psykoselignende symptomer, depresjon og impuls kontroll. Nyere antidepressiva ser ut til å ha moderat effekt når det kommer til reduksjon av selvmordstanker og økning av selvkontroll, noe som også kan bekrefte funnene i min litteraturstudie (Snoek og Engdal 2006).

5.2.2 En god behandlingsrelasjon krever tilstrekkelig kunnskap

Mine funn viser at sykepleierne opplever kunnskap som svært viktige faktorer for å kunne håndtere pasienter som lider av en BPD-diagnose. Kunnskap var en viktig byggestein for at en skal kunne arbeide effektivt og fremme bedring hos pasienter med BPD. Innenfor sykepleierket er teoretisk kunnskap selve fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Som sykepleier har man også et ansvar for å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde (Norsk Sykepleie Forbund 2008). Man kan anta på bakgrunn av dette funnet at nok kunnskap innenfor psykiatri, og da spesielt i møte med pasienter med BPD er viktig for å kunne gi tilstrekkelig behandling og omsorg. Kunnskaper om pasientens symptomer, vil hjelpe sykepleier til å forstå hvorfor pasienten handler som en gjør, og dermed er sykepleieren bedre rustet til å møte pasienten på rett måte.

Sykepleierne i litteraturstudien opplevde at de manglet tilstrekkelig kunnskap om pasienter med BPD-diagnose. De hadde lite kunnskaper om selve diagnosen, og hvordan en skulle behandle og møte denne pasientgruppen. Sykepleierne hadde i liten grad fått deltatt i kurs på arbeidsplassen, fått klinisk veiledning eller trening i å håndtere denne gruppen pasienter. De hadde et ønske om å få øke sitt kunnskapsnivå når det kommer til å skulle behandle og yte sykepleie til pasienter med BPD. Økning av kunnskapsnivået mente sykepleierne at kunne skje gjennom kurs, trening og klinisk veiledning. Det at sykepleierne hadde lite kunnskap om pasienter med BPD gjorde at de erfarte at dette kom til uttrykk gjennom negative holdninger til pasienten. De følte seg utilstrekkelig i møte med

pasienten, da de ikke hadde kunnskaper om hvordan de skulle håndtere atferden til pasienten.

Å ha ny, relevant kunnskap kan være en utfordring innen feltet psykiatri. Dette fordi det er et felt som utvikler seg mye og i ulike retninger. For at en skal kunne tilby helsetjenester med høy faglig standard, må det utvikles nye metoder. For at en skal kunne oppnå dette må helseforetakene og kommunen legge til rette for at de ansatte kan utvikle ny kunnskap, og utvide sin faglige kompetanse. Dette kan gjøres ved at man gir helsepersonellet tid til å kunne delta i faglige debatter og at de kan sette seg inn i og drøfte nye forskningsresultater (Eide, Ingeberg og Tallaksen 2006). Studien til Dickens, Lamont og Gray (2016) bekrefter funnene i min studie ved at sykepleierne har ønsket om å få mer kunnskap og ferdigheter i arbeidet med denne pasientgruppen. I studien av Mack og McKenzie (2016) opplevde sykepleierne at sin kunnskap og forståelse av BPD var utilstrekkelig, og dette, kombinert med mangel på klinisk veiledning, kunne resultere i at de var stresset og kunne bli utbrent som følge av den krevende atferden til pasientgruppen. På bakgrunn av funnet i denne litteraturstudien kan det antas at helsepersonell som jobber innenfor psykisk helse ikke får nok tilrettelegging på arbeidsplassen til å oppdatere seg innenfor sitt fagfelt. Psykiatri er et fagfelt som forandrer seg svært ofte og mye over tid. Hvis sykepleier ikke får mulighet for faglig påfyll kan dette få store konsekvenser for pasientene. På 1950-tallet ble pasienter behandlet med Lobotomi. Dette betyr å overskjære den hvite substansen i hjernens pannelapper slik at forbindelsen mellom hjernebarken og hypothalamus og thalamus blir brutt. Dette var i sin tid en ”moderne” behandlingsform. Inngrepet medførte intellektuell og følelsesmessig sløvhed. I ettertid har man tatt sterkt avstand fra dette på et etisk grunnlag ; dødeligheten var høy, virkningen irreversibel og indikasjonene var i mange tilfeller tvilsom (Snoek og Engedal 2006). Det at arbeidsplassen er flink til å tilby arbeiderne faglig påfyll er viktig, men det er også viktig at vi som sykepleiere selv oppdaterer oss innenfor vårt fagfelt, da dette er vår plikt (Norsk Sykepleie Forbund 2008).

I studien gjort av Treolar (2009) bekreftes det at faglig påfyll har mye å si for sykepleiernes møte med pasienter med BPD-diagnose. Her var sykepleierne delt opp i to grupper, den ene gruppen var med på forelesninger om emnet, mens den andre gruppen ikke deltok. Det viste seg at den gruppen av sykepleierne som hadde deltatt på forelesninger, opplevde mindre negative holdninger til pasientgruppen etter å ha deltatt. En lengre oppfølging av en pasient med BPD krever at sykepleieren får faglig-veiledning, og

de som jobber med pasienten utvikler en felles grunnholdning i arbeidet (Hummelvoll 2014).

5.2.3 Å motvirke splid i personalet krever klare rammer

Funnene i min studie viser at sykepleierne erfarer pasienter med BPD som manipulerende. De hadde opplevelser av at pasienten manipulerte dem og at de kunne sitte igjen med følelser av å bli ”brukt”. De opplevde den manipulerende atferden som svært frustrerende. Sykepleierne hadde også opplevelser og erfaringer av at pasienter med denne diagnosen, klarte å splitte opp personalet. Dette vekke følelser av frustrasjon hos sykepleierne. Ofte kunne foreksempel sykepleierne på aftenvakt oppleve at pasienten fortalte at grensene som egentlig var satt, hadde blitt flyttet på av dagvaktene. Dette funnet underbygges av Evang (2010) som skriver at tendenser til splitting i personalet som behandler pasienter som lider av BPD, er vanlig. Det er viktig at sykepleier er klar over dette.

Videre beskrives Evang (2010) et eksempel på hvordan en slik splitting kan oppstå blant personalet. En gruppe av personal mottar projeksjon av kjærlighet – altså positive sider av pasienten. Denne gruppen vil derfor ha tendenser til å oppføre seg og vise beskyttende foreldrefølelse ovenfor pasienten. Den andre gruppen som får projisert på seg sadistiske, straffende eller avvisende deler av pasienten, vil reagere på samme måte i mot pasienten (Evang 2010). Dette kan forklare hvorfor det er velkjent at pasienter med BPD ofte oppfattes på svært ulike måter fra sykepleierne sin side.

På bakgrunn av dette funnet kan man anta at et tett samarbeid mellom de som jobber med pasienten er viktig. Ved at sykepleierne og annet helsepersonell sammen blir enige om hvilke rammer som skal være rundt pasienten og sammen lager tydelige regler på hvilke grenser pasienten skal ha, kan dette være med på å forhindre splitting hos personalet. Ved at alle er bestemt når det kommer til å følge de regler og grenser som er satt, vil man være sikrere på at ingen andre i personal-gruppen har flyttet på eller gått vekk i fra disse regler og grenser. Evang (2010) sier at splitting av personalet fører til uenighet, konflikt og eventuelt sammenstøt mellom personalet. Dette er med på å understøtte funnene i min litteraturstudie.

5.2.4 Å behandle pasienten krever utholdenhet og tålmodighet

I min studie ser man at sykepleierne som behandler pasienter med en BPD-diagnose, synes dette kan være en svært vanskelig gruppe pasienter å jobbe med, behandle og yte sykepleie til. Teorien sier at pasientgruppen skaper vanskelige følelser hos sykepleierne som følelser av frustrasjons, håpløshet, sinne og avmektighet og ses på som svært utfordrende (Larsen 2017, Hummelvoll 2014). Egne erfaringer antas å også være forenlig med dette funnet. I praksis ser man ofte at sykepleierne synes det er utfordrende å yte god omsorg til denne pasientgruppen, på grunn av deres spesielle atferdsmønster. Man skal imidlertid være forsiktig med å tolke pasientens atferd i følge Hummelvoll (2014).

Årsaken til at sykepleierne i studien synes det var utfordrende og vanskelig å møte denne pasientgruppen, var at det sjeldent var progresjon å spore hos pasienten, og fremgangen i behandlingen tok svært lang tid. Følelser om at pasienten aldri kom til å bli noe bedre dukket opp hos sykepleierne. Denne håpløsheten rundt at pasienten ikke ble noe bedre, resulterte i vanskelige følelser som frustrasjon. De følte at det arbeidet de gjorde var nytteløst og hadde erfaringer med at å arbeide med pasientgruppen kunne føre til at de ble utbrent. Pasienter med BPD-diagnose avbryter ofte behandlingsopplegg og terapier (Evang 2010). Det å avbryte behandlingen, kan være med på å gjøre det vanskelig å oppnå bedring, noe som kan tenkes at er svært frustrerende for de som skal yte omsorg til pasienten. En studie gjort av Fonagy og Bateman (2006) viser resultater om at det skjer en bedring i symptomer hos pasientene med BPD-diagnose. Etter seks år hadde 75% av deltakerne med diagnosen blitt symptomfrie. Videre sier de at tilbakefall er sjeldne, rundt 10% over seks år (Hummelvoll 2014). Dette viser at det er god grunn til å prøve å behandle disse pasientene, og at jobben en gjør som sykepleier i de fleste tilfeller før eller siden vil føre til at pasienten blir ”frisk”. Pasientene er ofte lite motiverte for behandling, selv om de lider og har det vondt (Hummelvoll 2014). Dette kan antas å være en av årsaken til at sykepleierne sine opplevelser av at det er lite progresjon i behandlingen. Det kan være vanskelig å holde motivasjonen oppe for å hjelpe om pasienten er helt umotivert til å gå gjennom noen som helst forandring som kan bidra til bedring.

Funnene i min litteraturstudie viser at sykepleierne er preget av generelt negative holdninger til pasienter som lider av en BPD-diagnose. Dette kom til uttrykk ved at flere av sykepleierne erfarte at pasienter med diagnosen ofte fikk tilskrevet egenskaper som var

negative. Dette funnet støttes opp av studien gjort av Dickens, Lamont og Gray (2016), der resultatet viser at sykepleierne har negative holdninger, og at sykepleierne ofte har dårligere holdninger enn andre profesjoner. Litteraturen byr på mange eksempler som støtter dårlige holdninger hos sykepleierne, som for eksempel uttrykket ”å trippe rundt på tå hev” (Larsen 2017).

På bakgrunn av denne pasientgruppen sin væremåte og atferd, utvikles det lett negative holdninger hos personalet som jobber med pasienten. Negative holdninger kan virke antiterapeutiske på grunn av motoverføring (Hummelvoll 2014). Som sykepleier er det viktig at alle mennesker møtes på lik måte, vi skal ikke behandle de ulikt og et ønske om å hjelpe skal være tilstede uansett hva vi personlig måtte mene om mennesket. Det å ha troen på og ha forventinger til at pasienten skal oppnå bedring, skal være grunninnstillingen i vårt hjelpearbeid. Sykepleier trenger egenskaper og kvalifikasjoner som tålmodighet, respekt og omsorg for å utføre sykepleien på best mulig måte. Når sykepleier velger å stå sammen med pasienten på veien imot mestring, kan dette være med på å styrke pasientens kommende psykiske kondisjon og utholdenhet (Hummelvoll 2014). I følge Travelbee skal sykepleier forholde seg til ethvert menneske som en unik person, som et menneske som er ulikt alle andre, og ulikt alle mennesker en noen gang vil komme til å møte (Kristoffersen 2011).

På bakgrunn av mine funn ser man at sykepleierne som jobber med denne pasientgruppen i stor grad har opplevelser av ulike negative følelser og tanker, når de skal yte sykepleie til pasienter med BPD. Det var følelser som anger og skyld, dette på bakgrunn av pasientenes selvskadings-tendens, selvmordstrusler og selvmord. Dette gjorde sykepleierne stresset. Dette funnet understøttes av studien gjort av Erikson, Persson og Fallqvist (2014) der sykepleierne opplevde vanskelige følelser på grunn av pasientens trang til selvskading. Her ble følelser som maktesløshet, redsel, usikkerhet, uro, angst og frustrasjon nevnt. Som sykepleier i psykiatrien kommer man til å møte mange pasienter med selvdestruktiv atferd, derfor er det viktig at sykepleier har nok kunnskap om dynamikken rundt selvskading. Dette kan kunne bidra til at sykepleieren opplever mindre negative følelser rundt en slik problematikk, og dermed kan man anta at en vil være bedre rustet til å møte den ”selvskadende” pasienten.

5.2.5 Konsekvenser for praksis

Sykepleier vil møte mennesker som lider av BPD i ulike sammenhenger.

Personlighetsforstyrrelser har mange ulike former, og utgjør derfor en stor pasientgruppe.

Man vil derfor møte mennesker med en slik lidelse uansett om man jobber i psykiatri eller i somatikken. Å ha kunnskaper om den beste behandlingen pasienten kan få er dermed svært viktig for at pasienten skal få best mulig helsehjelp. For å kunne yte omsorg til denne pasientgruppen må sykepleier ha egenskaper og kunnskaper om å bygge gode, langvarige relasjoner til pasienten. Det å se og lytte til pasienten er et viktig aspekt, uavhengig av diagnose og livssituasjon. At sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om hvordan pasienten sin atferd er og hvordan man skal håndtere pasienten er helt nødvendig for å utføre sitt arbeid. Her har sykepleier et eget ansvar for å holde seg faglig oppradert, men arbeidsplassen har også et ansvar i å legge til rette for dette. At pasientene ses på som en svært utfordrende gruppe pasienter, kan ses i sammenheng med mangel på kunnskap. Det kan antas at ved å ha tilstrekkelig kunnskap om diagnosen, kunne sykepleier vært bedre rustet til å yte god sykepleie. Som sykepleier må man være samarbeidsvillig. For å forebygge splittelse hos personalet, vil samarbeid være viktig. De som behandler pasienten bør blir enig om hvilke rammer en skal ha, og det er viktig at alle overholder disse. Det er også nødvendig at man gir og opplever støtte fra andre kollegaer, slik at et samarbeid blir enklere å oppnå. Dette vil også skape trygghet for sykepleier.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleiers erfaringer med pasienter som lider av borderline personlighetsforstyrrelse. Mine funn viser at sykehusinnleggelse helst bør unngås, utenom når det er helt nødvendig for å ivareta pasientens sikkerhet.

Sykepleierne anså relasjonsarbeid som viktig, for å kunne gi pasienten et tilfredsstillende behandlingsopplegg. For å kunne bygge en god relasjon, var tillit mellom pasient og sykepleier veldig viktig. Sykepleierne opplevde at de hadde for lite kunnskap om hvordan pasientgruppen skulle behandles og møtes. De hadde i liten grad fått spesiell opplæring på feltet, og hadde et sterkt ønske om å få mer kunnskap slik at de kunne yte best mulig sykepleie. Erfaringene til sykepleierne viste at de ofte hadde opplevd at pasienten splittet personalgruppen. Dette skapte vanskeligheter, da samarbeidet mellom personalet ble dårligere og kunne resultere i at pasienten ikke fikk tilfredsstillende behandling. Flere

sykepleiere opplevde personer med en BPD-diagnose som en svært utfordrende pasientgruppe. Ofte skapte de vanskelig følelser hos sykepleierne.

6.1 Forsalg til videre forskning

Problemstillingen er svært aktuell, og erfaringsmessig er dette en gruppe pasienter sykepleier ofte ikke vet hvordan skal håndteres. Det fantes lite forskning på området, da spesielt kvalitativ. Flere studier tar for seg pasientene sine opplevelser, mens det er mindre forskning med sykepleier sitt perspektiv.

Å øke fokuset på sykepleier sine erfaringer og opplevelser i møte med pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse vil derfor være viktig. Fremtidig forskning bør derfor utforske dette i større grad. Psykiatri er et fagfelt som hyppig gjennomgår endringer, og derfor er det viktig med nyere forskning.

7.0 Litteraturliste

Bateman, Anthony W og Peter, Fonagy. 2007. Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. Oslo: Arneberg forlag.

Bowen, M. 2013. ” Borderline personality disorder : clinicians´accounts of good practice”. ” *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*”. 20. 491-498.
<http://dxdoir.org.10.1111/j.1365-2850.2012.01943.x>

Brodtkorb, Kari. 2016. “Selvskading og sykepleie”. “*Nursing Science*”. 21. 11-15.

Cleary, Michelle, Nandi, Siegfried og Garry Walter. 2002. ”Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder”. ” *International Journal of Mental Health Nursing*”. 11. 186-191.
<http://dxdoir.org.10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>

Dalland, Olav 2010. «Ethiske overveielser og personvern.» I *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg. 234-239. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Deans, Cecil og Elizabeth, Meocevic. 2006. ” Attitudes of registered psychiatric nurses towards patient diagnosed with borderline personality disorder”. “*Contemporary Nurse : health care across the lifespan*”. 21:1. 43-49. <http://dxdoir.org.105172/conu.2006.21.1.43>

Dickens, Geoffrey L, Lamont, Emma og Sarah Geay. 2016. ” Mental health nurses´attitude, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder : systematic, integrative literature review”. ” *Journal of Clinical Nursing*”. 25. 1848-1875. <http://dxdoir.org.101111/jocn.13202>

Erikson, Martin Salzmann, Carolina Fallqvist og Jennifer N, Persson. 2014. ” De ropar efter hjälp, vi är vanmäktiga : att vårda patienter med sjäovskadebeteende i rättspsykiatrisk vård”. ”*Nursing Science*”. 34. 48-52.

Evang, Anders. 2010. *Utvikling, personlighet og borderline*. Latvia: Cappelen Damm AS.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". Australian Journal of Advanced Nursing; Vol 20, NO 2.

Folkehelseinstituttet. 2015. " *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*". Lest 01.01.2017 <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *At göra systematiska litteraturstudier*. 3. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Giannouli, H, L, Perogamvros, A, Berk, A, Svigos og Gr, Vaslamatzis. 2009. " Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder : a comparative study". " *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*". 16. 481-487. <http://dxdoir.org.101111/j.1365-2850.2009.01406.x>

Hummelvold, Jan Kåre. 2014. *Helt ikke stykkevis og delt*, 7 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ingeberg, Mette Holme, Dag Willy Tallaksen, og Børge Eide. 2015. *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring – innføring i metode for helse og sosialfag*, 2 utg. Kristiansand : Høyskoleforlaget.

James, PD og S, Cowman. 2007. " Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes toward clients with borderline personality disorder". " *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*". 14. 670-678. <http://dxdoir.org.10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>

Korsgaard, Hans Ole. 2010. " *Alvorlige personlighetsforstyrrelser*". Den Norske Legeforening. Lest 12.12.2016
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-60-alvorlige-personlighetsforstyrrelser/>

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Kunnskap og kompetanse". I *Grunnleggende Sykeleie bind 1*, red. Eli Anne-Skaug, 161-195. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Teoretiske perspektiver på sykepleie". I *Grunnleggende Sykepleie bind 1*, red. Eli Anne-Skaug, 207-270. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren og Finn, Nortvedt. 2011. "Om sykepleie". I *Grunnleggende Sykepleie bind 1*, red. Eli-Anne Skaug, 15-28. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, og Per Nortvedt. 2011. "Relasjonen mellom sykepleier og pasient". I *Grunnleggende Sykepleie bind 1*, red. Eli-Anne Skaug, 83-127. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssentret. 2017. " *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*". Lest 12.01.2017. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Lee, Amy og Gundi, Kiemle. 2014. "It's One of the Hardest Jobs in the World"; The Experience and Understanding of Qualified Nurses Who Work with Individuals Diagnosed with Both Learning Disability and Personality Disorder". " *JARID – journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*". 28. 238-258. <http://dxdoir.org.10.1111/jar.12125>

Langley, GC, og H, Klopper. 2005. "Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patient with borderline personality disorder". " *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*". 12. 23-32. <http://dxdoir.org.10.1111/j.1365-2850.2004.00775.x>

Larsen, Kathrine Benedikte. 2017. " *Få pasienten ut av offerrollen*". I Sykepleien. Lest 01.02.2017 <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/emosjonell-ustabil-personlighetsforstyrrelse-og-offerrollen>

Larsen, Kathrine Benedikte. 2017. " *Når pasienten vekker det verste i deg*". I sykepleien. Lest 01.02.2017 <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/emosjonell-ustabil-personlighetsforstyrrelse>

Lauveng, Arnhild. 2005. *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo : Cappelen Forlag AS.

Mack, Melissa og Heather McKenzie, Nesbitt. 2016. ” Staff attitudes toward people with borderline personality disorder”. ”Mental Health Practice”. 8. 31-35.

<http://dx.doi.org/10.7748/mhp.19.8.31.s20>

McGrath, Bridget og Maura, Dowling. 2012. “Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder,” *Nursing Research and Practice*, vol. 2012, Article ID 601918, 10 pages, 2012.

<http://dxdoir.org/10.1155/2012/601918>

Mehlum, Lars og Anne Irene, Jensen. 2006. ” *Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse*”. I Tidsskriftet For Den Norske Legeforening. Lest 20.12.2016. <http://tidsskriftet.no/2006/11/aktuelt/suicidal-atferd-ved-ustabil-personlighetsforstyrrelse>

Malt, Ulrik. (2016,19 september). ”*Borderline*”. I store medisinske leksikon. Lest 31.Oktober 2016 fra <https://sml.snl.no/borderline>.

Markham, Dominic. 2003. ” Attitudes toward patient with a diagnosis of ‘borderline personality disorder’: Sosial rejection and dangerousness”. “*Journal of Mental Health*”. 12,6. 595-612. <http://dxdoir.org.10.1080/096382303100001627955>

Markham, Dominic og Peter Trower. 2003. “ The effects of the psychiatric label ‘borderline personality disorder’ on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviours”. “*The British Journal of Clinical Psychology*”. 42. 243- 256. <http://dxdoir.org.10.1348/01446650360703366>

Michaelsen, Ragnhild og Mundal, Ingunn. 2016. SAE15 Bacheloroppgave i Sykepleie. Molde. Avdeling for helse -og sosialfag.

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. 2017. ” *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*”. Lest 15.01.2017.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleieforbund. 2008. ”Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag”. Lest. 10.03.2017 <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf>

Norsk Sykepleieforbund. 2011. ” Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”. Lest 31.10.2016. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribe.

Nysæter, Tor Erik og Hans M, Nordal. 2015. ”Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?”. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 52 (7): 587-593.

O`Connel, Bridget og Maura, Dowling. 2013. “Community psychiatric nurses`experiences of caring for clients with borderline personality disorder”. “ *Mental Health Practice*”. 17(4):27-33. <http://dx.doi.org/10.7748/mhp2013.12.17.4.27.e845>

Regjeringen. ” Meld. St. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet- Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”. Lest 20.02.2017. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/sec1

Snoek, Jannike Engelstad og Engedal, Knut. 2013. *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer*. Oslo: Akribe

Stroud, James og Rachel Parson. 2012. ” Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nuses´constructs of borderline personality disorder”. ” *Personality and Mental Health*”. 7. 242-253. <http://dxdoir.org.10.1002/pmh>

Treolar, Amanda Jane Commons. 2009. ”Effectiveness of Education Programs in Changing Clinician´s Attitude Toward Treating Borderline Personality Disorder”. ”*Psychiatric Services*”. 8. 1128-1131. <http://dx.doir.org/10.1176/ps.2009.60.8.1128>

Wei-fen, Ma, Fu-Jin, Shih, Szu-Mei, Hsiao, Shaw-Nin, Shih og Mark Hayter. 2009. "Caring Across Thorns'- Different care outcomes for borderline personality disorder patient in Taiwan". *Journal of Clinical Nursing*. 18. 440-450. <http://dxdoir.org.10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x>

Woollaston K og P, Hixenbaugh. 2008. "Destructive Whirlwind` : Nurses` perceptions of patient diagnosed with borderline personality disorder". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15. 703-709. <http://dxdoir.org.10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>

VEDLEGG 1 – OVERSIKTSTABELL OVER INKLUDERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Forfattere	O’Connel, Bridget og Maura, Dowling.
År	2013
Land	Irland
Tidsskrift	Mental health practice
Tittel	“ Community psychiatric nurses’ experiences of caring for clients with borderline personality disorder”
Hensikt	Å utforske erfaringene til psykiatriske sykepleiere som jobber i distriktet i å yte omsorg for pasienter med en borderline-diagnose.
Metode/Instrument	Kvalitativ. Det ble brukt individuelle semi-strukturerte intervju.
Deltagere/frafall	15 deltakere fikk forespørsel. 10 sykepleiere valgte å bli med i studien.
Hovedfunn	Sykepleiernes forståelse av BPD og deres erfaringer i å yte sykepleie til pasientgruppen varierte. Det ble identifisert flere spesifikke ferdigheter som var nødvendig i møte med pasienter med BPD. Støtte til sykepleierne, opplæring og undervisning var mangelfull.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av ” the health service area’s research ethics committee”.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 2	
Forfattere År Land Tidsskrift	McGrath, Bridget og Maura Dowling 2012 Irland Nursing Research and Practice
Tittel	“ Exploring Registered Psychiatric Nurse`s Responded Toward Service Users With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder”
Hensikt	Å utforske psykiatriske sykepleiere sine interaksjoner og nivå av empati til pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse.
Metode/Instrument	Kvalitativ. Det ble brukt individuelle semi-strukturerte intervju.
Deltagere/fracfall	17 sykepleiere
Hovedfunn	Fire tema fremkom i data analysen. 1) Utfordrende og vanskelig, 2) Manipulerende, destruktiv og truende oppførsel, 3) Splitting av personalet og andre pasienter, 4) Grenser og struktur. Lave nivå av empati ble funnet i majoriteten av deltakeren.
Etisk vurdering	Det ble sendt ut brev til alle sykepleiere som møtte inklusjon kriteriene i studien. Deltakerne var anonyme. Deltakeren ble bedt om å lese intervjuet sitt i etterkant, for å se om det som ble skrevet ned, gjenspeilet deres opplevelser. Deltakerne kunne også be om at ting skulle bli fjernet fra intervjuet.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 3	
Forfattere År Land Tidsskrift	Woollaston, K og P,Hixenbaugh. 2008 London Journal of psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	“ Destructive Whirlwind” : Nurses`perceptions of patient diagnosed with borderline personality disorder”
Hensikt	Å utforske sykepleiernes forhold og erfaringer til BPD pasienter
Metode/Instrument	Kvalitativ Semi-strukturerte intervju
Deltagere/frafall	6 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleierne har en generelt negativ holdning til pasienter med BPD. De opplevde ubehag i møte med pasienten. De hadde lite kunnskap om diagnosen. Sykepleierne ønsket mer kunnskap.
Etisk vurdering	The University of Westminster Ethics Committee approved the study.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfelleurdert GOD

Artikkel 4	
Forfattere År Land Tidsskrift	Stroud, James og Rachel, Parsons. 2013 Newcastle, UK Personality and Mental Health
Tittel	” Working with borderline personality disorder : A small-scale-qualitative investigation into community psychiatric nurses’ constructs of borderline personality disorder”
Hensikt	Hensikten var å gi en dypere forståelse av hvordan psykiatriske sykepleiere i distriktet kunne om diagnosen BPD, og hvordan deres konstruksjoner av BPD påvirket deres tilnæringsmåte til denne pasientgruppen.
Metode/Instrument	Kvalitativ design. Semi- strukturerte intervju
Deltagere/fracfall	n=4 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleierne prøvde å tilskrive pasientene egenskaper. Når det ble tatt i bruk rammeverk for å forklare atferd, gjorde dette at sykepleierne utrykte mer positive holdninger. Uten rammeverk var det i større grad negative utrykk.
Etisk vurdering	Godkjennelse for denne studien ble hentet fra det lokale forskning etiske komité – Health Boards Research and Development Department
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 5	
Forfattere År Land Tidsskrift	Wei-fen, Ma, Fu-Jin, Shih, Szu-Mei, Hsiao, Shaw-Nin, Shih og Mark Hayter. 2009 Taiwan Journal of Clinical Nursing
Tittel	”Caring Across Thorns´ - Different care outcomes for borderline personality disorder patient in Taiwan”
Hensikt	Å utforske utfordringer sykepleiere i Taiwan har ovenfor pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse i forhold til utfallet av behandlingen.
Metode/Instrument	Kvalitativ design ble brukt for å samle og analyse data utfra beskrivelser av deltakerne. Det ble utført individuelle semi-strukturerte intervjuer.
Deltagere/fracfall	15 sykepleiere.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde pasientene sin atferd som manipulerende. De opplevde negative følelser i møte med pasienter som begikk selvmord eller selvmordsforsøk. Deres forventinger for behandlingen spilte en rolle når det gjaldt hvordan de samhandlet. De hadde negative erfaringer med utfallet av behandlingen. Det var generelt negative opplevelser i møte med pasientgruppen. De opplevde støtte fra andre i personalet som viktig.
Etisk vurdering	Det ble godkjent av den etiske komite i studiet. Deltakerne fikk informasjon om hensikten med studien. Deltakerne hadde mulighet til å avvike intervjuet når som helst. Deltakerne var anonyme og intervjuene var konfidensielle.
Kvalitetsvurdering	Nivå 2 Fagfelleurdert GOD

Artikkel 6	
Forfattere År Land Tidsskrift	Giannouli, H, L, Perogamvros, A, Berk, A, Svigos og Gr, Vaslamatzis. 2009 Hellas Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	“ Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, re regarding borderline personality disorder : a comparative study”.
Hensikt	Å utforske psykiatriske sykepleiere sine kunnskaper, holdninger og opplevelser av å jobbe med pasienter med en borderline diagnose. Det ble også gjort sammenligninger mellom sykepleiere som jobbet i psykiatriske sykehus med de i psykiatriske klinikker.
Metode/Instrument	Kvantitativ Spørreskjema som ble sendt til deltakerne.
Deltagere/fracfall	67 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleierne hadde vansker med å håndtere denne gruppen pasienter. Det ble funnet at de følte at de manglet kunnskap og utdanning innen feltet, og ønsket mer undervisning for å bli bedre rustet til å behandle pasientgruppen.
Etisk vurdering	Godkjent av den etiske komite på de ulike sykehusene deltakerne jobbet.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 7	
Forfattere År Land Tidsskrift	Cleary, Michelle, Siegfried, Nandi og Walter, Garry. 2002 Australia International Journal of Mental Health Nursing
Tittel	”Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder”
Hensikt	Å utforske helsepersonells erfaringer, kunnskap og holdninger i møte med pasienter med BPD-diagnose.
Metode/Instrument	Kvantitativt design. Spørreskjema.
Deltagere/fracfall	516 ble spurt om å delta. 229 valgte å delta, av disse var 152 sykepleiere.
Hovedfunn	Majoriteten av deltakerne synes det var vanskelig å håndtere pasienter med BPD, og at det var mer utfordrende enn å håndtere andre gruppe pasienter. Deltakerne ønsket mer kunnskap om diagnosen og behandlingen til pasientene.
Etisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av ” Area Mental Health Research Advisory Committee and the Ethics Review Committee”.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 8	
Forfattere År Land Tidsskrift	Bowen, M. 2013 Chester, UK Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	“ Borderline personality disorder : clinicians´accounts of good practice”
Hensikt	Utforske erfaringer av god praksis utført av helsepersonell som jobber med pasienter med BPD.
Metode/Instrument	Kvalitativ Semi-strukturerte intervju
Deltagere/frafall	n=9 4 var sykeleiere
Hovedfunn	Det blir gjort rede for fire hovedtema som var viktig for å skape en god relasjon med pasienten. dette var fellesavgjørelser, sosiale roller, støtte og åpen kommunikasjon.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble hentet fra det lokale ” NHS research and ethics committee”
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfelleverdert GOD

Artikkel 9	
Forfattere	Lee, Amy og Gundi, Kiemle.
År	2014
Land	Hull, UK
Tidsskrift	JARID – journal of Applied Research in Intellectual Disabilities
Tittel	“ It’s One of the Hardest Jobs in the World’; The Experience and Understanding of Qualified Nurses Who Work with Individuals Diagnosed with Both Learning Disability and Personality Disorder”
Hensikt	Utforske sykepleiere sine erfaringer i møte med pasienter med læringsvansker og personlighetsforstyrrelse(PD) Fokus på behovet for trening, og hvordan en kan yte sykepleie til disse pasientene mer effektivt.
Metode/Instrument	Kvalitativ Semi-strukturerte intervju
Deltagere/fracfall	n=9 sykepleiere
Hovedfunn	Pasienter med en PD ble beskrevet med negative fortegn av sykepleierne. Det ble beskrevet vanskeligheter med å etablere gode relasjoner med pasienten. sykepleierne fortalte også om behovet for struktur i behandlingen av pasienter med PD. Det ble fortalt om de ulike utfordringene i møte med pasientgruppen. Mangelen på kunnskap ble beskrevet og det var behov for mer kunnskap blant deltakerne.
Etisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av ” NHS ethics and research governance”.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 10	
Forfattere	Klopper, H og Langley, GC.
År	2005
Land	Johannesburg, Sør Afrika
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	“ Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patient with borderline personality disorder”
Hensikt	Hensikten var å utforske hvilke tilnæringsmetoder helsepersonell kunne bruke i møte med pasienter med BPD.
Metode/Instrument	Kvalitativ Individuelle intervju
Deltagere/fracfall	n=10 helsepersonell 6 var sykepleiere
Hovedfunn	Det blir funnet ulike tema som er viktig for å danne en god relasjon med pasienter med BPD. Dette er tillitt, å være tilgjengelig for pasienten, å bry seg, å prøve å forstå pasienten, å være profesjonell, å gi håp. Det var også beskrivelser av at å utvikle tillitt tok tid.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble hentet fra ” University Ethic Committee”
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 11	
Forfattere År Land Tidsskrift	Markham, Dominic og Trower, Peter. 2003 Birmingham, UK The British Journal of Clinical Psychology
Tittel	“ The effects of the psychiatric label ‘borderline personality disorder’ on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviours”
Hensikt	Utforske erfaringer av god praksis utført av helsepersonell som jobber med pasienter med BPD.
Metode/Instrument	Kvantitativ Spørreundersøkelse
Deltagere/fracfall	50 deltok i starten. n= 48 sykepleiere deltok
Hovedfunn	Pasienter med BPD fikk mer negativ respons fra personalet enn de med andre diagnoser. Personalet hadde mindre sympati optimisme for pasienter med BPD. De hadde også mer negative erfaringer i møte med denne pasientgruppen, enn andre.
Etisk vurdering	Etiske overveielser er gjort. Tillatelse til å utføre studien ble gitt fra helseautoriteter og deltakernes sjefer.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 12	
Forfattere	Markham, Dominic.
År	2003
Land	Birmingham, UK
Tidsskrift	Journal of Mental Health
Tittel	“ Attitudes toward patient with a diagnosis of ‘borderline personality disorder’: Sosial rejection and dangerousness”
Hensikt	Å utforske holdninger til helsepersonell knyttet til diagnosen BPD.
Metode/Instrument	Kvantitativ Spørreskjema
Deltagere/fracfall	n=65 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleiere hadde mindre sosialavvisning til pasienter med andre diagnoser en BPD. Det var mer negative erfaringer i møte med denne pasientgruppen, sammenlignet med andre pasientgrupper.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning av ” The Health Authority”.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfelleverdert GOD

Artikkel 13	
Forfattere	James PD og S,Cowman.
År	2007
Land	Ireland
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	“ Psychiatric nurses knowledge, experience and attitudes toward clients with borderline personality disorder”
Hensikt	Hensikten var å utforske sykepleierne sine kunnskaper i møte med pasienter med BPD, deres erfaringer og holdninger mot pasientgruppen.
Metode/Instrument	Kvantitativ Spørreskjema
Deltagere/fracfall	n= 65 sykepleiere
Hovedfunn	Majoriteten av sykepleierne hadde sporadisk kontakt med pasienter med BPD. De anså pasienter med BPD som vanskeligere å håndtere enn andre pasienter. Det ble også gitt uttrykk for mangel på kunnskap.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av ” the local management committee of the service provider”
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Artikkel 14	
Forfattere År Land Tidsskrift	Deans, Cecil og Meocevic, Elizabeth. 2006 Australia Contemporary Nurse : health care across the lifespan
Tittel	“ Attitudes of registered psychiatric nurses towards patient diagnosed with borderline personality disorder”
Hensikt	Utforske erfaringer av god praksis utført av helsepersonell som jobber med pasienter med BPD.
Metode/Instrument	Kvantitativ Spørreskjema
Deltagere/fracfall	n=65 sykepleiere
Hovedfunn	Funnene viser at sykepleierne opplever negative følelser og holdninger mot pasienter med BPD. Majoriteten av sykepleierne beskriver pasienter med diagnosen som manipulerende. Funnene tilsier også at det er mangel på kunnskap blant sykepleierne.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av ” North West Mental Health Research Committee”.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

VEDLEGG 2 – SØKEHISTORIKK

OVID PSYCINFO : Søk 1 – 16.10.2016

	Søkeord	Dato	Databas e	Treff	Leste abstract e	Leste artikle r	Inkluderte artikler
1.	Borderline personality disorder or personality disorder	16.10.16	Ovid psycinfo	43545	0	0	0
2.	Nurs*	16.10.16	Ovid psycinfo	611447	0	0	0
3.	Experienc*	16.10.16	Ovid psycinfo	800096 8	0	0	0
4.	1 and 2 and 3	16.10.16	Ovid psycinfo	100	9	1	1

Inkluderte artikler :

- Kiemle og Lee (2015)

OID MEDLINE : Søk 1– 28.10.2016

	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Borderline*	28.10.16	Ovid medline	34321	0	0	0
2.	Nurs*	28.10.16	Ovid medline	593322	0	0	0
3.	1 and 2	28.10.16		464	0	0	0
4.	limit 3 to (yr="2008- and Danish or English or Norwegian or Swedish and "qualitative(maximizes sensitivity)")	28.10.16	Ovid medline	86	24	3	1

Inkluderte artikler :

- Hixenbaug og Wollaastion (2008)

OID MEDLINE : Søk 2 – 09.12.2016

	Søkeord	Dato	Databas e	Treff	Leste abstract e	Leste artikle r	Inkluderte artikler
1.	Borderline*	09.12.16	Ovid medline	34463	0	0	0
2.	Emotionally unstable personality disorder*	09.12.16	Ovid medline	27	0	0	0
3.	Exp nursing staff, Hospital/or nurs*.mp.or exp nursing/	09.12.16	Ovid medline	611447	0	0	0
4.	Exp community Health Nursing/ or exp Community Mental Health Services/ or exp Psychiatric nursing/ or exp Nurse-Patient Relations/ or Psychiatric nurs*.mp.	09.12.16	Ovid medline	83121	0	0	0
5.	Mental health nurs*	09.12.16	Ovid medline	2938	0	0	0
6.	Experienc*	09.12.16	Ovid medline	800968	0	0	0
7.	1 or 2	09.12.16	Ovid medline	34476	0	0	0
8.	3 or 4 or 5	09.12.16	Ovid medline	627644	0	0	0
9.	6 and 7 and 8	09.12.16	Ovid medlien	100	0	0	0
10	Limit 9 to ((danish or	09.12.16	Ovid	72	32	12	7

.	english or norwegian or swedish and "qualitative(maxi mizes sensivity)"		meldine				
---	--	--	---------	--	--	--	--

Inkluderte artikler :

- Bowen (2013)
- Berk, Giannouli, Svigos, Perogamvros og Vaslamatzis (2009)
- Hayter, Hsiao, Ma, Shih og Shih (2009)
- Klopper og Langley (2005)
- Cleary, Siegfried og Walter (2002)
- Markham og Trower (2003)
- Parsons og Stroud (2013)

PROQUEST – Søk 1 – 12.12.16

	Søkeord	Dato	Databas e	Treff	Leste abstract e	Leste artikle r	Inkluderte artikler
1.	Emotionally unstable personality disorder OR borderline* OR borderline personality disorder	12.12.16	Proquest	10877	0	0	0
2.	AND Nurs* OR Psychiatric nurs* OR mental health nurs*	12.12.16	Proquest	541	0	0	0
3.	AND Experienc*	12.12.16	Proquest	117	14	2	1

Inkluderte artikler :

- Dowling og Connell (2013)

GOOGLE SCHOLAR – Søk 1- 30.10.2016

	Søkeord	Dato	Databas e	Treff	Leste abstract e	Leste artikle r	Inkluderte artikler
1.	Borderline personality disorder	30.10.16	Google Scholar	269000	0	0	0
2.	AND Nurs	30.10.16	Google Scholar	21400	0	0	0
3.	AND Experience	09.12.16	Ovid medline	20400	0	0	0
4.	2012-2016	09.12.16	Ovid medline	16300	1	1	1

Inkluderte artikler :

- Dowling og McGrath (2012)

CHINAL – Søk 1 – 18.12.2016

	Søkeord	Dato	Databas e	Treff	Leste abstract e	Leste artikle r	Inkluderte artikler
1.	Borderline personality disorder	18.12.2016	Chinal	1734	0	0	0
2.	AND Nurs*	18.12.2016	Chinal	175	0	0	0
3.	AND Experienc*	18.12.2016	Chinal	50	0	0	0
4.	Limit to english and norwegian	18.12.2016	Chinal	39	0	0	0
5.	Limit from 2000- current	18.12.2016	Chinal	34	6	3	3

Inkluderte artikler :

- Markham (2003)
- Cowman, S og James, PD (2007)
- Deans, Cecil og Meocevic, Elizabeth (2006)

VEDLEGG 3 – ANALYSE

FARGEKODER :

GUL=Behandling

RØD=Kunnskap

GRØNN=Splitting av personalet

BLÅ=Utfordrende

Artikkel 1 :

1. Meninger om behandling
2. Lite kunnskap
3. Traumatisk barndom
4. Diagnose
5. Positive erfaringer
6. Negative følelser/holdninger
7. Utfordrende
8. Splitting av personalet
9. Manipulerende
10. Nødvendig med kunnskap
11. Å bygge relasjon
12. Trusler/risiko
13. Ønske om mer kunnskap

Artikkel 2:

1. Utfordrende
2. Oppmerksomhetssyk
3. Vanskelig å yte omsorg til
4. Manipulerende
5. Truende
6. Splitting av personalet
7. Traumer
8. Negative følelser/holdninger
9. Positive følelser

Artikkel 3:

1. Negative følelser/holdninger
2. Utfordrende
3. Truende
4. Splitting av personalet
5. Manipulerende

Artikkel 4 :

1. Mangel på kunnskap
2. Traumer
3. Utfordrende
4. Negative følelser/holdninger
5. Manipulerende
6. Splitting av personalet
7. Viktighet av kunnskap om BPD

Artikkel 5 :

1. Utfordrende
2. Negative følelser/holdninger
3. Positive følelser
4. Meninger om behandling
5. Viktigheten av støtte fra kolleger

Artikkel 6:

1. Gjenkjennelse av diagnose
2. Utfordrende
3. Mangel på kunnskap
4. Meninger om behandling
5. Ønske om mer kunnskap

Artikkel 7:

1. Utfordrende
2. Mangel på kunnskap
3. Meninger om behandling
4. Ønske om mer kunnskap

Artikkel 8:

1. Meininger om behandling : sykepleie interaksjoner, tiltak, hva er viktig
2. Utfordrende

Artikkel 9 :

3. Utfordrende
4. Negative følelser/holdninger
5. Positive følelser/tanker
6. Traumer
7. Ønske om mer kunnskap
8. Viktigheten av kunnskap
9. Mangel på kunnskap

Artikkel 10 :

1. Meninger om behandling : sykepleie interaksjoner, tiltak, hva er viktig

Artikkel 11 :

1. Negative følelser/holdninger

Artikkel 12 :

1. Negative følelser/holdninger
2. Truende/farlig

Artikkel 13:

1. Lite kunnskap
2. Meninger om behandling
3. Utfordrende
4. Kunnskap
5. Ønske om mer kunnskap
6. Traumer

Artikkel 14 :

1. Negative følelser- Manipulerende
 2. Lite kunnskap
1. Meninger om behandling

BEHANDLING	KUNNSKAP	SPLITTING AV PERSONALET	UTFORDRENDE
<p>(1)1-meninger om beh. 4-diagnose 11-å bygge relasjon</p> <p>(5)4- meninger om beh.</p> <p>(6)4-meninger om beh.</p> <p>(7)3-meninger om beh</p> <p>(9)1-meninger om beh.</p> <p>(10)1-meninger om beh.</p> <p>(13)2-meninger om beh.</p> <p>(14)3-meninger om beh</p>	<p>(1)2-lite kunnskap 10-nødvendig med kunnskap. 13- ønske om mer kunnskap.</p> <p>(4)1-mangel på kunnskap 7-viktighet av kunnskap</p> <p>(6)1-gjennkjennelse av diagnose 5-ønske om mer kunnskap</p> <p>(7)2-mangel på kunnskap 4-ønske om mer kunnskap</p> <p>(8)5-ønske om mer kunnskap 6-viktigheten av kunnskap 7-mangel på kunnskap</p>	<p>(1)8-splitting 9-manipulerende</p> <p>(2)4-manipulerende 6-splitting</p> <p>(3)4-splitting 5-manipulerende</p> <p>(4)5-manipulerende 6-splitting</p>	<p>(1)6-negative følelser 7-utfordrende 12-trusler/risiko</p> <p>(2)1-utfordrende 2-oppmerksomhets syk 3-vanskelig å yte omsorg 5-truende 6-negative følelser</p> <p>(3)1-negative følelser 2-utfordrende 3-truende</p> <p>(4)3-utfordrende 4-negative følelser</p> <p>(5) 1-utfordrende 2-negative følelser</p> <p>(6) 2-utfordrende</p> <p>(7)1-utfordrende</p> <p>(9)1-utfordrende 2- negative følelser</p> <p>(10) 7-utfordrende</p> <p>(11)1-negative følelser</p> <p>(12)1-negative følelser 2-truende/farlig</p> <p>(13)3-utfordrende</p> <p>(14)1-negative følelser</p>
<p>Artikler : 1,5,6,7,9,10,13,14</p>	<p>Artikler : 1,4,6,7,8,13,14</p>	<p>Artikler : 1,2,3,4</p>	<p>Artikler : 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,14</p>
<p>Antall artikler : 8</p>	<p>Antall artikler : 7</p>	<p>Antall artikler : 4</p>	<p>Antall artikler : 13</p>

VEDLEGG 4 – PIO-SKJEMA

P	I	O
<p>Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse* Borderline personlighetsforstyrrelse* Emotionally unstable personality disorder* Borderline* personality disorder*</p>	<p>Sykepleier Psykiatrisk sykepleier Nurs* Psychiatric nurs* Mental health nurs*</p>	<p>Erfaringer Opplevelser Experienc*</p>