

**Sykepleieres erfaringer med miljøterapi til pasienter med
emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – en kvalitativ syntese
av tidligere studier**



**Universitetet
i Stavanger**

**Helsevitenskapelig fakultet
Master i Relasjonsbehandling med tema:
Miljøterapi til pasienter med personlighetsforstyrrelse**

E-MREMAS Masteroppgave

**Studenter: Gunn-Astrid Nørstebø & Tone Egeli
Veileder: Professor Kristine Rørtveit
Dato 22.05.24**

Antall ord:16.688

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING
E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

SEMESTER: 6
vår 2024

FORFATTERE/MASTERKANDIDATER:
Tone Egeli og Gunn-Astrid Nilsen Nørstebø
VEILEDER: Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:
Norsk tittel: Sykepleieres erfaringer med miljøterapi til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Engelsk tittel: Nurses experiences with environmental therapy for patients with emotional unstable personality disorder

EMNEORD/STIKKORD:
Sykepleier, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, erfaringer, holdninger
Nurse, borderline personality disorder, experiences, attitudes

ANTALL SIDER: 59
STAVANGER 22.05.2024

Forord

Dette har vært en berg og dalbane av en prosess, preget av engasjement, interesse, frustrasjon og oppgitthet om hverandre. Prosessen har bidratt til å gi oss ny kunnskap og forståelse for dette temaet. Vi ønsker å overføre denne nye kunnskapen til vår arbeidsplass og håper det kan bidra til en ny forståelse blant våre kolleger.

Vi ønsker å takke vår arbeidsplass, Stavanger DPS post 2 for å legge til rette for at vi kan ta denne masterutdanningen.

Vi ønsker også å takke vår veileder Kristine Rørtveit som har gitt oss støtte, veiledning og råd i prosessen med å skrive denne oppgaven. Din tilstedeværelse og faglige kunnskap har vært en trygghet gjennom hele prosessen.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid preget av gjensidig respekt og tillit.

Innholdsfortegnelse

Forkortelser	1
Sammendrag	1
1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Tidligere forskning på området	5
1.3 Studiens formål og problemstilling	6
2.0 Teori / teoretisk fundament	6
2.1 Mentalisering	7
2.1.1 Mentaliseringssvikt	8
2.1.2 Overføring og motoverføring	9
2.1.3 Splitting	10
2.2 Tilknytning	11
2.3 Profesjonsetikk	11
3.0 Metode og analyse	12
3.1 Valg av metode/design	12
3.2 Utvalg	13
3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	13
3.3 Innsamling av data	13
3.4 Analyse	18
3.5 Validitet og reliabilitet	18
3.6 Forskningsetiske vurderinger	19
4.0 Resultater	20
4.1 Sykepleieres opplevelse av relasjonelle utfordringer	22
4.1.1 Manipulerende og truende atferd	22
4.1.2 Splitting	23
4.2 Sykepleieres opplevelse av egne negative følelser	24
4.2.1 Frustrasjon, sinne og frykt	24
4.2.2 Spenning og stress	25
4.2.3 Unngåelse og apati	26
4.3 Sykepleieres opplevelse av egne positive erfaringer	27
4.4 Sykepleieres behov i utøvelse av miljøterapi	28
4.4.1 Økt kunnskap, veiledning og støtte	28
4.4.2 Tydelige grenser, rammer og struktur i behandling	29
4.4.3 Økt opplæring, trening og erfaring	29
5.0 Diskusjon	30
5.1 Sykepleieres opplevelse av relasjonelle utfordringer	30
5.2 Sykepleieres opplevelse av egne negative følelser	34
5.3 Sykepleieres opplevelse av egne positive følelser	38

<i>5.4 Sykepleieres behov i utøvelse av miljøterapi</i>	40
<i>5.5 Implikasjoner for praksis</i>	43
<i>5.6 Implikasjoner for videre forskning</i>	44
<i>5.7 Validitet og reliabilitet</i>	44
6.0 Konklusjon	45
7.0 Referanser	47
8.0 Vedlegg	50
<i>8.1 Vedlegg 1.</i>	50
<i>8.2 Vedlegg 2</i>	50
<i>8.3 Vedlegg 3:</i>	51
<i>8.4. Vedlegg 4:</i>	51
<i>8.5. Vedlegg 5:</i>	53

Forkortelser

BPF: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse/borderline personlighetsforstyrrelse

BPD: Borderline personality disorder

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere forskning viser til at diagnosen BPF er den diagnosen som medfører mest stigmatiserende holdninger hos personalet i helsevesenet. Forskningen viser at sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger til diagnosen sammenlignet med andre yrkesgrupper. Holdningene fører blant annet til distansering og redusert empati.

Problemstilling/Formål: Hensikten med studien er å identifisere og syntetisere tidligere kvalitative studier om sykepleieres holdninger, samt undersøke hvordan de påvirkes i møte med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Problemstillingen er derfor «Sykepleieres erfaringer med miljøterapi til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – en kvalitativ syntese av tidligere studier».

Metode: Vi har skrevet en systematisk kunnskapsoppsummering. Metaanalyse sammenfatter og re-analyserer evidens fra allerede publiserte primærstudier om en felles problemstilling. Vi har ønsket å forske på tolkning fremfor beskrivelse, hvor funnene tolkes i lys av subjektive erfaringer, meninger og fortolkninger.

Resultat: Funnene viser at sykepleiere opplever pasientgruppen som krevende og manipulerende, noe som fører til at de unngår pasientene. Sykepleiere som hadde forståelse for diagnosen og tidligere traumer, var mer til stede og engasjert i behandlingen. Sykepleierne uttrykker behov for mer kunnskap og veiledning i behandling av denne pasientgruppen.

Konklusjon: Sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger til disse pasientene. De kjenner på emosjonelt stress og utmattelse. Mentaliseringssvikt kan føre til at sykepleieren blir emosjonelt utslitte, apatiske eller utbrente, og behandlingen av pasientene kan bli anti-terapeutisk. For at sykepleierne skal klare å overholde de yrkesetiske retningslinjene og ivareta pasientene på en god måte, må de selv erfare å bli støttet og ivaretatt.

Abstract:

Background: Previous research reveals that emotionally unstable personality disorder is the diagnosis that implies the most stigmatizing attitudes in the health care system. Previous research also reveals that nurses have more stigmatizing attitudes towards this group of patients than other occupational groups. These negative attitudes leads to both distancing and less empathy.

Issue: The aim with this study was to identify and synthesize previous qualitative studies regarding nurses attitudes, and how they are influenced by meeting patients with emotionally unstable personality disorder. The issue is therefore Nurses experiences with social education for patients with emotionally unstable personality disorder – a qualitative synthesis of previous studies.

Method: We have executed a systematic literature review. Meta analysis designates a method that summarizes and re-analyzes evidence from previous published studies regarding a mutual issue. We wanted to focus on interpretation rather than description, and the project is interpreted in the light of subjective experiences, opinions and interpretation.

Result: Findings shows that nurses experience these patients as demanding and manipulative, They experienced anger, witch led to avoidance of the patients. Nurses that had a better understanding of the diagnosis and earlier traumatic experiences, were more present and engaged in the treatment. Nurses express the need for more knowledge and supervision in regard to treating these patients.

Conclusion: Nurses are the occupational group with the worst attitudes towards these patients. They experience emotionally stress and exhaustion. Lack of mentalization can lead to feelings of emotionally exhaustion, apathy and burn out, and the treatment of the patients can become anti-therapeutic. In order for the nurses to manage to comply with the professional ethical guidelines and care for the patients in a good way, they need to experience support and care themselves.

1.0 Innledning

Ifølge World Health Organization (WHO) lever 1 av 8 mennesker i verden med psykiske lidelse(r). Det omhandler betydelige forstyrrelser i tanker, følelsesregulering eller handlinger (WHO, 2020).

Det finnes mange ulike psykiske lidelser, også flere ulike personlighetsforstyrrelser. Ifølge Norsk helseinformatikk (NHI) er BPF den vanligste personlighetsforstyrrelsen. Ca. 1,6 prosent av befolkningen har denne diagnosen, og den debutterer vanligvis i ung voksen alder. Diagnosen skiller seg fra andre diagnoser ved måten personen tenker, føler, oppfatter eller forholder seg til andre på (NHI, 2022).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, også kalt borderline, innebærer at personen er følelsesmessig ustabil (Karterud et al., 2018, s.232). Det kjennetegnes ved at personen har en impulsiv atferd med manglende selvkontroll. Stemningsleiet er svingende og uforutsigbart med redusert konsekvenstenking (Malt et al., 2018, s.659). De har ofte uklar og forstyrret selvbylde, mål og indre verdier, i tillegg til at de ofte er plaget med en kronisk tomhetsfølelse. Gjentatte følelsesmessige kriser med desperate anstrengelser for å ikke bli forlatt, i tillegg til mye selvskading og suicidalitet i form av trusler og handling er noen kjennetegn ved diagnosen (Karterud et al., 2018, s.232). Personer eller pasienter med denne diagnosen har ofte sterke følelsesutbrudd og har lett for å komme i konflikter med andre, blant annet på grunn av sårbarhet for kritikk og avvisning. (Malt et al., 2018, s. 659). Malt et al (2018) hevder at ca. 1,5 % av befolkningen har diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men at opptil 10 til 20 % av inneliggende pasienter har denne diagnosen (Malt et al., 2018, s. 660). Pasienter med denne diagnosen er ofte preget av et høyt konfliktnivå, utagering, sammensatte tilleggssymptomer og utfordrende atferd (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.265). De sliter ofte med selvregulering, selvhat og selvforakt, som ofte kommer til uttrykk som devaluering av andre (Thogaard, 2009, s.92).

“Vår praksis speiler ikke bare våre teorier, men hvem vi er som personer. Vi gjør det alltid på vår måte” (Skårderud & Sommerfeldt, 2028, s. 139). Dette sitatet sier noe om at vi alltid tar med oss den vi er som personer, på godt og vondt, inn i sykepleierrollen vår og i samhandling med pasientene. Det sier også noe om hva det vil si å være i ekspertrollen, der sykepleieren blant annet skal være gode forbilder, bidra til åpenhet og skape en kommunikasjon som fungerer som modellering for pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 143). Dette

betyr at med sykepleierrollen skapes det også en del forventninger, samtidig som man har et profesjonelt ansvar.

Vi ønsker med denne oppgaven å få mer kjennskap til, samt sette søkelys på hvordan sykepleiere påvirkes i relasjonen og arbeidet med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. På den måten ønsker vi å gjøre sykepleiere mer bevisste på hvordan de påvirkes av møter med pasienter med denne diagnosen, i tillegg til hvordan dette påvirker relasjonen til pasientene. Ved å få kjennskap til dette håper vi at vi kan bli mer bevisst på hvordan vi bedre kan ivareta sykepleierne i en krevende hverdag.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Erfaringer viser til at det er svært vanskelig å opprettholde en god allianse med pasienter preget av et stort lidelsestrykk. I alliansearbeidet er det derfor viktig at sykepleiere er kommunikasjonsdyktige, empatiske, åpne og har kontroll over egne følelser (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.195). Tidligere forskning viser til at diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er den diagnosen som medfører mest stigmatiserende holdninger blant helsepersonell. Den viser også at sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger til diagnosen sammenlignet med andre yrkesgrupper. Disse negative holdningene fører til blant annet distansering og redusert empati. Sykepleiere rapporterer at de synes det er ukomfortabelt å arbeide med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Lanfredi et.al., 2019, s.2-3). Rosness og Matthiesen (2002) viser til en studie der det kommer frem at det er fare for utbrenthet hos hjelpere som jobber med denne pasientgruppen, der relasjonen kan bli en så alvorlig byrde at de blir nedslitt (Roness & Matthiesen, 2002, s.146).

Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2018) skal miljøterapeuter være forbilder for å besinne seg når andre mister besinnelsen, i tillegg til å modellere åpenhet når det lukker seg. Videre skal bruken av åpenhet om seg selv bidra til en kommunikasjon som fungerer som modellering og gjøre menneskelige kvaliteter til profesjonelle ferdigheter (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.143). På den måten skal sykepleiere være profesjonelle og ha kontroll på sitt indre og samtidig være gode forbilder og bruke mye av seg selv i møte med pasientene. Det er mye som forventes i sykepleierrollen og det kan tidvis være utfordrende å bevare den profesjonelle kvaliteten i samhandlingen.

I en nær dialog påvirker vi hverandre gjensidig, noe som styrker nødvendigheten av å ha gode veiledningsordninger i organisasjoner som arbeider med pasienter som sliter emosjonelt. Dette kan bidra til at sykepleiere klarer å distansere seg og forhindre utbrenthet (Wormnes, 2013, s. 56). Thogaard (2009) hevder at man ofte beskytter seg mot smerten i relasjon med pasienter fordi man ikke holder ut å være involvert. I mange tilfeller vekkes så stor avmakt at den til slutt kommer til uttrykk som irritasjon eller sinne, likegyldighet eller at vi ikke griper inn/unngår eller ignorerer (Thorgaard, 2009, s.37). Ifølge Belin (2002) kan disse pasientenes voldsomme «lengsel» eller krav om umiddelbar behovstilfredsstillelse provosere hjelperne til en distansert og lite sjenerøs holdning. Dette hindrer hjelperne i å tenke analytisk, og skaper fastlåste svar (Belin 2002, s.100). Vi ønsker med denne studien å få mer kunnskap om tanker og følelser som oppstår hos sykepleierne i en vanskelig pasientrelasjon. Sykepleiere kan på den måten bli mer oppmerksomme på følelsene som trigges i dem selv og hvordan de skal håndteres på en måte som hindrer motoverføring.

1.2 Tidligere forskning på området

Tidligere forskning viser at sykepleiere påvirkes emosjonelt i møte med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I søkeprosessen fant vi mye kvantitativ forskning på sykepleieres holdninger til denne pasientgruppen. Vi fant derimot lite kvalitativ forskning på dette området, noe som førte til utfordringer med å få tilstrekkelig kunnskap om sykepleieres subjektive opplevelser i pasientbehandling med denne pasientgruppen. Bodner et al (2011) fant i sin studie at sykepleiere scorer lavere enn andre yrkesgrupper på empati, og de fant at hovedgrunnen til dette var pasientenes trusler om selvmord (Bodner et al., 2011 s. 548).

Flere artikler påpekte ulikheter mellom yrkesgrupper innenfor helsevesenet, hvor sykepleiere er den yrkesgruppen med verst holdninger til pasienter med diagnosen BPF sammenlignet med andre yrkesgrupper (Lanfredi et.al., 2021, s.2-3). Baker og Beazley (2022) fant i sin systematiske sammenfatning at negative holdninger mot denne pasientgruppen er mest fremtredende blant sykepleiere, selv om de også er til stede i andre profesjoner (Baker & Beazley, 2022, s.275).

Dickens et al (2016) viser til at sykepleiere uttrykker utfordringer i arbeidet med denne pasientgruppen, der de ytrer behov for mer veiledning og tydelige rammer. Det kommer også frem her at sykepleiere har dårligere holdninger mot denne pasientgruppen enn mot andre pasientgrupper. Dette kan føre til at sykepleierne kan behandle disse pasientene på en ikke-terapeutisk måte (Dickens et al,2016, s.1).

Annen forskning viser til at sykepleiere kjente på opplevelse av frustrasjon og nytteløshet, noe som resulterte i en følelse av å bli belastet. Dette førte til negative holdninger og væremåte mot pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Papathanasiou & Stylianidis, 2022, s.1).

Dette viser at det er behov for økt kunnskap om sykepleiernes opplevelser i samhandlingen med disse pasientene, og hvilke konsekvenser dette har både for sykepleierne selv, men også for pasientene. Økt kunnskap kan føre til at sykepleiere blir bedre i stand til å ivareta seg selv i møte med denne pasientgruppen, og kan føre til redusert stress og mindre utbrenthet. I tillegg kan mestring og håndtering av negative følelser og reaksjoner knyttet til pasientrelasjon håndteres på en bedre måte for sykepleieren, noe som vil føre til en bedre pasientbehandling. Vi vil belyse funnene fra forskningen i lys av mentalisering, tilknytning og profesjonsetikk.

1.3 Studiens formål og problemstilling

Hensikten med denne studien var å identifisere og syntetisere tidligere kvalitative studier om sykepleieres holdninger til pasienter med denne diagnosen, samt hvordan sykepleierne påvirkes i miljøterapien og relasjonen med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Studiens problemstilling blir derfor «Sykepleieres erfaringer med miljøterapi til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – en kvalitativ syntese av tidligere studier». Vi har valgt å fokusere på kvalitative studier, da vi ønsker å undersøke og få mer kunnskap om sykepleieres subjektive opplevelse av dette fenomenet,

2.0 Teori / teoretisk fundament

Relasjon er et viktig element i all sykepleie, og spesielt i arbeidet med pasienter med psykiske utfordringer. Terapeutisk allianse handler om å skape et emosjonelt bånd, enighet og samarbeid om arbeidsoppgaver, i tillegg til enighet om mål. En god allianse er en nødvendig forutsetning for endring i alle former for behandling (Karterud et al., 2018, s.419) For å forstå hva som skjer i en pasient-sykepleier-relasjon, bør en også ha en forforståelse for grunnlaget vi har for å danne relasjon og hva som kan oppstå i relasjonen.

Relasjon handler om kommunikasjon (Vetlesen&Henriksen, 2017, s.146). Smerte, spesielt psykisk smerte kommuniseres på mange måter, der en måte er å projisere bestemte følelser og opplevelser over på andre. På den måten kan pasienten få litt avlastning fra sin indre smerte. Med andre ord, gjøre det om til sykepleieren sitt, fremfor sitt eget. Kommunikasjon med en

pasient som stadig forflytter sine indre følelser mellom ulike personer, kan både bli ugjennomsiktig og uforutsigbart (Henriksen&Vetlesen, 2017 s. 148). Sykepleiere skal både være mottakere for å avlaste pasienten, men samtidig ivareta egen autonomi. Pasienter kan for eksempel benytte sykepleieren som en «container» for egen indre smerte, noe som videre kan føre til at pasienten manipulerer eller manøvrerer sykepleieren inn i roller som for eksempel slem/ond, overgriper, far og lignende. Dette kan være svært ubehagelig for sykepleieren, i tillegg til å skape usikkerhet (Henriksen&Vetlesen, 2017, s. 148-149). Thorgaard (2009) hevder at ingen klarer å holde ut å oppleve, overvære og være medviter til mye av den selvdestruktive og selvskadende atferden man ser hos noen pasienter. For å beskytte seg mot smerten kan man unngå å involvere seg. I mange tilfeller vekkes så stor avmakt at den til slutt kommer til uttrykk som irritasjon, sinne eller likegyldighet (Thorgaard, 2009, s.37). I psykiatrien er det fare for at man ikke bare mister empatien med pasientene, men også empatiene med seg selv som fag (Thorgaard, 2009, s.4). Å jobbe tett med andre mennesker og deres lidelser kan føre til at man blir følelsesmessig avflatet. Det er derfor ikke så overraskende at det var hos medarbeidere i psykiatrien at man for første gang beskrev utbrenthets-syndromet (Thorgaard, 2009, s.48).

2.1 Mentalisering

Pasienter med psykiske utfordringer kan oppleve at deres ferdigheter og evner ikke strekker til. Sosiale settinger kan oppleves uhåndterlig eller truende, og denne usikkerheten og engstelsen kan føre til at evnen til mentaliserende samvær reduseres eller bryter sammen (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.7) Mentalisering handler kort fortalt om evnen til å forstå vårt eget, samt andre sitt sinn. Evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra. Videre handler det om evnen til å anvende sterke følelser og impulser til refleksjon og ettertanke, og på den måten søke realistiske veier for håndtering og tilpasning. Mentalisering handler om å forstå andre, og er derfor viktig for kommunikasjon. Ved å ha et mentaliserende fokus og en mentaliserende holdning blir det enklere å unngå konflikter og fastlåste ideer om oss selv og andre (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.20). Gjennom relasjoner som varer over tid kan mentalisering fremmes. Den terapeutiske relasjonen handler om at samspillet er godt og at møtene er trygge nok slik at en på den måten kan endre relasjon og atferd. Mentaliserende kompetanse kan bedres gjennom gode og effektive relasjoner, noe som er den beste analogien til sikker tilknytning (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s. 112). For å forstå hva som skjer i kommunikasjon, må en forsøke å forstå hvordan vi selv kan oppleves utenfra, i tillegg til

hvordan andre kan tenke og føle innenfra. For å klare dette må vi ha forståelse for hva som kan oppstå i kommunikasjon og dermed hva som kan prege vår egen evne til å mentalisere.

2.1.1 Mentaliseringssvikt

Det spesifikke aspektet ved mentaliseringsbasert behandling er det systematiske fokuset på å fremme reflekterende evner, å gjenetablere mentalisering der hvor den ryker, og å opprettholde den der den er til stede (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s. 112). Selv om mentalisering er en del av vår eksistens, er det ingen stabil egenskap. Menneskets evne til å mentalisere svinger, avhengig av de kontekstene vi er i. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2018) er miljøterapiens viktigste fokus å anvende relasjoner til å hele relasjonsskader (Skårderud&sommerfeldt, 2018, s.30). Sårbarheten fra pasientenes opplevde mangler og krenkelser tas med inn i institusjoner og i nye møter, og tett kontakt med andre og nye relasjoner vil oppstå. Det kan være skremmende å ha tro på at nye relasjoner kan føre til noe godt, og ikke til gjentakelser av tidligere opplevde avvísninger (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s. 18).

Pasientens tilknytningshistorie og indre drama spiller seg ut i miljøet, enten i form av distansering eller overinvolvering, idealisering av noen og devaluering av andre (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s. 34). Sykepleieren har også sine egne historier og relasjonelle erfaringer, og er som alle andre mer eller mindre reflekterte med hensyn til dette. Noen har kort lunte, andre lang. Noen blir grensesvake med noen pasienter, mens andre blir ekstra tydelige på grenser, kanskje som en del av det å distansere seg. I tillegg er empatien ulikt fordelt. Det samme gjelder også evnen til å mentalisere når den behøves mest (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s.34).

Personlighetstrekk og adferd kan bidra til at hjelpen ikke bare blir faglig, men også etisk utfordrende, noe som fort kan utfordre hjelperens tålegrense. En reaksjon kan være moralisme, noe som kan slå ut i reaksjonsformer som straff, overdrevne restriksjoner og rask utskrivelse (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s. 266). Nødvendigheten av et minstemål av enighet om hvilke regler en avdeling skal ha og hvorfor, samt at alle ansatte lojalt slutter seg til modellen forebygger utrygghet og uforutsigbarhet hos pasientene.

Skårderud og Sommerfeldt er også opptatt av hvor utfordrende det kan være for hjelperen å skille mellom sine egne og pasientens følelser. De peker på viktigheten av å rette et kritisk søkelys på egen mentalisering og mentaliseringssvikt, både individuelt og kollektivt som profesjonelle yrkesutøvere (Skårderud og Sommerfeldt 2018 s. 266).

2.1.2 Overføring og motoverføring

Overføring og motoverføring er to sentrale begrep for å forstå hva som kan skje i kommunikasjonen med denne pasientgruppen. Overføring og motoverføring er viktige psykologiske prosesser i et samspill mellom pasient og behandler (SNL, 2019). Overføring handler om det pasienten gjør med oss i relasjon, mens motoverføring handler om hvordan vi som personal reagerer på overføringen (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s. 34).

Pasientens indre, som kommer til uttrykk som en personlighetsforstyrrelse, inneholder ofte en alvorlig mangel på tillit til andre mennesker, samt ofte tydelige mangler i forhold til følelsesmessig modenhet. De er ofte avvisende og framstår som vanskelige å få en god relasjon til. Ofte oppfatter de ikke behandlingen som tilstrekkelig, omfattende og langvarig nok, og dermed meningsløs. I tillegg er det skremmende for mange å knytte seg til noen, og dermed bli sårbare (Belin, 2009, s.23). En miljøterapeut som blir akseptert, vil gjerne idealiseres og «opphøyes». Formålet er å prøve å reparere egne grunnleggende livsbetingelser, og skape et bilde av en person som kan garantere den formen for trygghet som alle mennesker er avhengig av i sine tidligste utviklingsfaser. Det minste avvik fra de idealiserte forventningene medfører ofte at idealiseringen vendes til nedvurdering i stedet (Belin, 2009, s.23). Mange av pasientene har hatt traumatiske erfaringer, noe som ofte berører deres tillit til nære relasjoner. Nærheten i relasjoner i nåtid gjør at de følelsesmessige problemene som har preget samspillet med de personene man har vært knyttet til tidligere i livet, ofte overføres til aktuelle relasjoner her og nå. Tidligere utsatthet, angst, underlegenhet, hjelpeløshet og litenhet leses på ny inn i forholdet til viktige personer. Det er denne type overføringsprosess, med rot i pasientens fortid, som i nåtid aktiveres og forstyrrer nye behandlingsrelasjoner (Belin, 2009, s.25). Pasienter som mangler tillit til andre blir redde og overveldet når de kommer i kontakt med følelsene som fremkalles når man rører ved smertefulle erfaringer. Dette fører ofte til mange problemer og forsøk på avvergelse. Dette kan innebære blokkering av kommunikasjoner ved at de lukker seg og gjør seg utilnærmelige, legger skylden på behandler, eller avleder eller unngår det som burde behandles (Belin, 2009, s.27).

Pasienter med diagnosen personlighetsforstyrrelse kan vekke sterke motoverføringsreaksjoner hos hjelperen, både av positiv og negativ karakter (Karterud et al., 2018, s. 421).

Motoverføring handler om følelser som oppstår i oss som behandlere i møte med pasienter.

Pasientenes overføringer kan treffe såre punkter hos hjelperen, selv om følelsen opprinnelig er

pasientens. Motoverføring er derfor en uvurderlig kilde til forståelse for hva pasienten sliter med (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s. 50.51).

Mennesker kan risikere å ikke bli forstått når de forsvarer seg mot sterk angst ved å blokkere kommunikasjonen. Dette kan føre til at hjelperen føler seg inkompetent og maktesløs. Pasientens blokkering og indre avmakt kan «smitte» over på hjelperen, og på den måten skape en parallell prosess der hjelperen risikerer å føle seg blokkert selv, og føle på samme avmakten som pasienten. Dette kan føre til at det blir vanskelig for hjelperen å bevare utholdenheten og empatien pasienten trenger (Belin, 2009, s.43). Irritasjon og sinne er en av maktesløshetens hyppigste uttrykksformer (Thorgaard, 2009, s.96). Sykepleieren kan få kjennskap til og kunnskap om motoverføringen fra ulike pasientrelasjoner gjennom klinisk erfaring og veiledning (Thorgaard, 2009, s.199). Motoverføring kan også avspeile mostand hos sykepleieren, noe som kan føre til at sykepleieren får «blind spots» hos seg selv. Det kan også avspeile sykepleierens personlige karakter eller begivenheter i eget liv, der konsekvensene avspeiles i sykepleierens arbeid, og dermed også pasientbehandlingen (Thorgaard, 2009, s.205). Kunnskap om, og forståelse for egen motoverføring kan gi muligheter for en utvidet forståelse av en pasient og dennes problemer. Uanerkjente motoverføringsproblemer ligger også ofte bak kommunikasjonssvikt og mange klagesaker i helsevesenet. De vanligste tegn på motoverføring hos en behandler er konkurranse, maktkamp, krangel, kjedsomhet eller manglende konsentrasjon overfor pasienten. Men motoverføringen kan også føre til alvorlig utagering hos behandleren, spesielt hvis motoverføringen ikke er bevisst (SNL, 2019).

2.1.3 Splitting

Kommunikasjon er viktig i alle relasjoner, men sykdom kan påvirke kommunikasjonen, blant annet i form av fantasier og overdrivelser, manipulasjon eller for eksempel splittende holdninger som at sykepleier er slem/ond (Henriksen&Vetlesen, 2017, s.146) Splitting er en ubevisst primitiv forsvarsmekanisme hos pasienter med personlighetsforstyrrelse og karakterers ved at positive og negative følelser holdes adskilt. Det er en mestringsstrategi som tillater en person å skille ut uønskede følelser, tanker og oppfatninger. Hjelpere blir ofte kategorisert som gode eller dårlige ut fra om sykepleieren oppfyller ønskene deres. På den måten finner pasienten feil hos sykepleieren fremfor å ta ansvar for egne handlinger (Vatne, 2018, s.86). Tendensen til å dele mennesker opp slik er vanlig hos denne pasientgruppen, og

dette skaper ofte alvorlig splid mellom de ulike hjelperne. Det er derfor viktig at helpere får hjelp til å forstå dette fenomenet (Belin, 2002, s.83).

2.2 Tilknytning

Mennesker er sosiale vesener som trenger omsorg fra andre, men omsorgen andre vil gi oss, kan komme til kort i forhold til våre behov (Henriksen & Vetlesen, 2017, s.77)

Tilknytningsteorien handler om menneskets tilbøyelighet til å knytte sterke følelsesmessige bånd til nære omsorgspersoner. Den første tilknytningsrelasjonen er så betydningsfull fordi den ligger til grunn for og bestemmer i høy grad hvordan individer senere i livet føler, tenker og handler i nære relasjoner (Wennerberg 2011 s. 65). Tilknytningsrelaterte erfaringer ses på som direkte utslag av en ubevisst strategi som blir værende i en livsoppretholdende tilknytningsrelasjon. Tanker, følelser, impulser og ønsker som det ikke ble gitt rom for i barnets tidligste tilknytningsrelasjoner må bedrives fra bevisstheten for å unngå smerte. Dette medfører "en sekundær opplevd trygghet" (Wennerberg 2011 s. 76). Bowlby (1973) hevder at tendensen til å stille intense og sterke krav til andre, i tillegg til å bli redd og nervøs når kravene ikke blir møtt, ofte er påvirket av separasjoner og tap tidlig i livet. Bowlby (1973) referer til dette som en blokkering i kapasiteten til å danne relasjoner (Bowlby, 1973, s.12). Mange av pasientene har en opplevelse av grunnleggende negative erfaringer når det kommer til nære relasjoner. De kan ha blitt kritisert, brutt ned og skadet, noe som skaper en forventning til nye relasjoner (Strømstad et al., 2019, s.65).

2.3 Profesjonsetikk

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal verne om sykepleieres viktige verdier og konkretisere hva god praksis skal være. Disse handler om sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet (Brinchmann, 2021, s.99). Som sykepleier har man ansvar for sårbare mennesker og dermed også en form for makt til å ta vare på andres liv og livsmuligheter. Denne makten og muligheten må tas hensyn til og ivaretas på en moralsk og forsvarlig måte (Brinchmann, 2021, s.99).

Barmhjertighet, omsorg og respekt er grunnleggende menneskerettigheter og dermed også byggesteinen for de yrkesetiske retningslinjene. Vi har som plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Brinchmann, 2021, s.100). Brinchmann (2021) hevder at "Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" (Brinchmann, 2021, s.101). På den andre siden er enhver relasjon, også profesjonelle, kun så gode eller dårlige som individene selv gjør den til (Henriksen&Vetlesen 2017, s. 145)

Å jobbe så tett på andre mennesker kan både være givende og belastende. Sykepleiere involverer seg i andre menneskers liv, noe som kan påvirke deres eget følelsesliv.

Sykepleiere kan risikere å svikte pasienten ved å enten distansere seg (for å beskytte seg selv) eller ved å være for personlig engasjert følelsesmessig (Brinchmann, 2021, s. 150). Empati er et sentralt begrep innen sykepleiefaget, men forskning peker på at sykepleierne av og til oppfattes distansert og lite empatisk. Dette kan være en mekanisme for sykepleieren for å verne seg selv mot vanskelige følelser som oppstår i relasjonen, og dermed føre til redusert mellommenneskelig kontakt (Brinchmann, 2021, s. 151-152).

3.0 Metode og analyse

3.1 Valg av metode/design

Begrunnelsen for valg av design i denne oppgaven er de spørsmålene vi ønsker å få svar på og hvordan det er mulig å få svar på disse. Vi har valgt kvalitativ metode fordi det fremhever det fenomenologiske perspektivet og personens subjektive opplevelse av mening kommer frem (Wormnes, 2013, s.194). Metaanalyse betegner en metode for å sammenfatte og reanalysere evidens fra allerede publiserte primærstudier om en felles problemstilling (Malterud 2017 s.34). Kvalitativ metasyntese er en samlebetegnelse for forskningsmetoder for identifikasjon, oppsummering og syntese av kvalitative studier som omhandler ulike problemstillinger. Ved å følge spesifikke metodiske spilleregler, kan slike strategier representere selvstendig forskning som leder fram til ny kunnskap (Malterud, 2017 s.24).

Vi har gjort en systematisk kunnskapsoppsummering ut fra tidligere forskning på området. Målet var å identifisere, sammenfatte og gjenfortelle forskningslitteraturen som omhandler vårt emne, samt å systematisk og kritisk vurdere og re-analysere primærstudiene (Malterud, 2017 s. 33). Målet med denne oppgaven har vært å få fram et resultat som kan lede fram til ny kunnskap.

Metaetnografi som metode hører hjemme i det fortolkende paradigmet, og innebærer tolkning fremfor beskrivelse. I tillegg er konteksten en avgjørende betingelse for forståelse (Malterud 2017 s. 77). Innenfor den fenomenologiske tradisjonen tolker forskeren det som forskes på i lys av sin egen forståelse. Virkeligheten oppfattes som subjektive erfaringer, meninger og fortolkninger i både en sosial og historisk kontekst (Malterud 2017 s. 106). Vi mener derfor at metaetnografi som metode vil gi et godt grunnlag for å få svar på våre forskningsspørsmål.

3.2 Utvalg

Utvalget påvirker våre tolkninger og funn og bestemmer hvilke sider av saken vi kan si noe om. I en kvalitativ studie er det viktig ha et skarpt blikk på utvalgets egenart og betydningen dette har for overførbarhet av kunnskapen som utvikles (Malterud, 2021, s.57-58).

3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Studien er basert på tidligere publisert forskning på området. De aktuelle studiene ble funnet gjennom systematisk litteratursøk i databasene Cinahl og Psycinfo med hjelp fra en spesialbibliotekar. En artikkel ble funnet i frisøk i etterkant. For å få svar på våre spørsmål valgte vi følgende inklusjonskriterier.

- Informantene skulle være sykepleiere med erfaring fra å jobbe med pasienter med BPF
- Søket ble i første omgang begrenset til å gjelde publikasjoner utgitt de siste ti årene. Da dette ikke resulterte i tilstrekkelig mengde aktuelle artikler, ble søket utvidet til å gjelde de siste 15 årene
- Publikasjon skulle være utgitt på norsk, svensk, dansk eller engelsk språk for å unngå språkbarriere og unøyaktig analyse av primærstudiene
- Studiene skulle være basert på kvalitativ metode
- Artiklene måtte være fagfellevurdert og tidligere publisert i et vitenskapelig tidsskrift
- Artiklene måtte fokusere på sykepleieres holdninger, følelser og opplevelser, og være skrevet fra sykepleiernes perspektiv.
- Informantene og pasientene skulle være 18 år eller eldre.

3.3 Innsamling av data

Innsamling av data ble foretatt via et systematisk datasøk i de nevnte databasene, noe som forutsetter systematikk og høy grad av transparens (Malterud, 2017, s27). Søket ble gjennomført med hjelp fra en spesialbibliotekar, som har den nødvendige kompetansen til å gjøre gode søk. Vi benyttet PICO-skjema (population, Intervention, Comparison, Outcome) for å formulere gode spørsmål til søkeprosessen, samt for å identifisere og organisere søkeord i forkant av søkeprosessen (vedlegg 1).

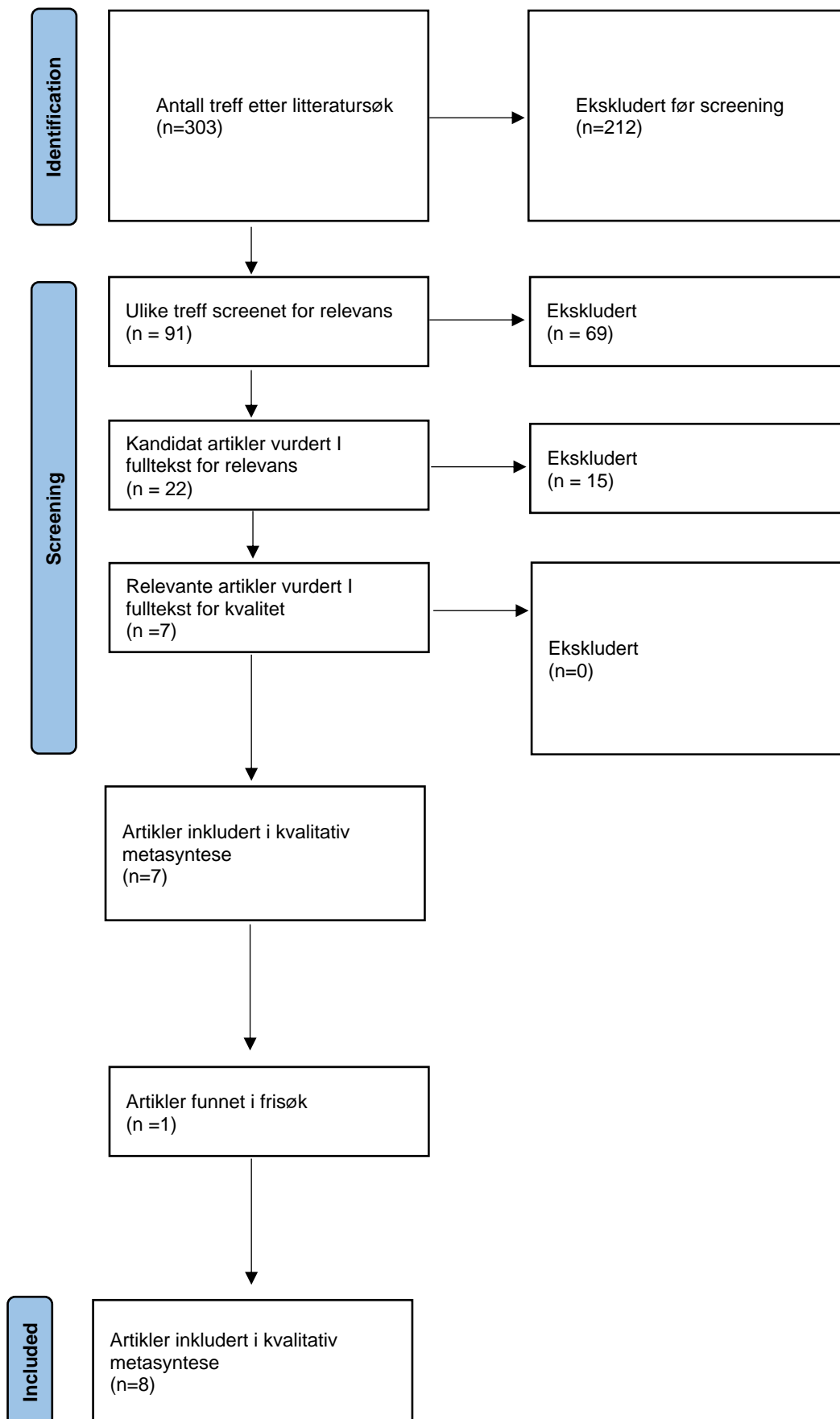
I søkeprosessen endte vi opp med 307 treff til sammen i databasene Psycinfo og Cinahl. Antallet ble redusert til 92 artikler etter at inklusjonskriteriene ble lagt til. Se endelig søkehistorikk i vedlegg 4 og 5.

Vi startet med å lese gjennom abstrakt og tittel på de 92 treffene vi fikk etter inklusjonskriterier var satt inn i søket. Dette leste vi hver for oss for å sammenligne resultatene. I første runde søkte vi etter artikler som var opp til 10 år gamle. Dette førte til at

vi fikk treff på 67 artikler og etter gjennomgang av abstrakt, titler og lesing i fulltekst av de aktuelle artiklene, satt vi kun igjen med 3 aktuelle artikler. Vi utvidet derfor søket til 15 år gamle artikler og fikk 25 ekstra artikler. Dette førte til 92 treff til sammen etter inkluderingen av inklusjonskriteriene.

Databaser	Antall treff	Antall treff etter inklusjonskriterier (2014-2024)	Antall treff etter endret inklusjonskriterer (2009-2024)	Antall aktuelle artikler for videre vurdering
Cinahl	130	24	32	6+4=10
Psycinfo	177	43	60	5+7=12

70 artikler ble ekskludert i denne prosessen fordi noen var duplikater, flere var kvantitative, noen omhandlet pasient, pårørende eller annet helsepersonell, mens noen handlet om opplæring, medisiner, filmer/bøker og behandlingsmetode. Etter vi hadde lest abstrakt og tittel satt vi igjen med 22 aktuelle artikler. Vi leste også disse hver for oss i fulltekst. Etter denne gjennomgangen ble ytterligere 15 artikler ekskludert på samme grunnlag som overnevnte. Vi satt dermed igjen med 7 artikler for videre analyse. I denne prosessen søkte vi også på artikler i frisoek i tillegg til å undersøke litteraturlistene i andre artikler. Vi endte opp med en aktuell artikkel som ble inkludert. De til sammen 8 artiklene ble grundig lest hver for oss i fulltekst, og ble kvalitetssikret ved hjelp av CASP sjekklister. Mer om dette i kapittel 3.5. Deretter analyserte vi resultatene i primærstudiene. Et flyttdiagram: Prisma (2020) ble utarbeidet for å få en oversikt over søkeprosessen:



En oversikt over inkluderte artiklene: Hentet fra Malterud (2017, s. 64-65).

Første forfatter/År	Land	Tittel	Datainnsamling	Kontekst	Deltaker e
Eckerström/2019	Sverige	Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives-person-centred care in clinical practice.	Semistrukturert intervju	Korte innleggelser for emosjonelt ustabile pasienter i institusjon i Sverige	8 sykepleiere
Day/2018	Australia	Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison	Metodetrianglering med semistrukturert intervju sammen med spørreskjema.	Sammenligning av sykepleieres holdninger i 2000 og 2015	33 psykiatrike sykepleiere
Ma/2009	Taiwan	Caring Across Thorns'- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan	Dybdeintervju	Ulike behandlingsresultater for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse basert på ulikheter i sykepleieres holdninger	15 sykepleiere
Papathanaïou /2021	Hellas	Experiences og futility among nurses providing care to patients with borderline personality disorder in the Greek mental health system	Fokusgruppediskusjoner	Sykepleieres følelse av nytteløshet i behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i Hellas	12 sykepleiere
McCarrick/2022	Australia	Nursing people diagnosed with	Semistrukturert intervju	Sykepleieres usikkerhet rundt behandling av pasienter med	7 Psykiatrike

		borderline personality disorder: “We all need to be on the same hymn sheet”		emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	sykepleiere
Stroud/2012	England	Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses’ constructs of borderline personality disorder	Semistrukturert intervju	Sykepleieres forståelse av diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse	4 sykepleiere
O’Connell/2013	Irland	Community psychiatric nurses’ experiences of caring for clients with borderline personality disorder	Semistrukturert intervju	Sykepleieres erfaringer med å jobbe med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	11 psykiatriske sykepleiere
McGrath/2012	Irland	Exploring registered psychiatric nurses’ responses towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder	Dybdeintervju	Grad av empati hos sykepleiere til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	17 psykiatriske sykepleiere

3.4 Analyse

Vårt utgangspunkt for analysen og syntesen var resultatene fra primærstudiene, ikke originaldata som lå til grunn for disse resultatene. Resultatene ble brukt som data i metaanalysen. Vi brukte en metode som er spesielt beregnet på kvalitativ metasyntese – metaetnografi. En fortolkende syntese ble utarbeidet, der resultatene fra eksisterende kunnskap ble bearbeidet og analysert videre. Metaetnografi er en metode som omfatter en detaljert beskrivelse av prinsipper, prosedyrer og begreper, i tillegg til at noen sentrale vitenskapsteoretiske forutsetninger praktiseres tydelig (Malterud, 2017, s76).

Metaetnografi er en induktiv metode som hører hjemme i det fortolkende paradigmet, der syntesen innebærer tolkning framfor beskrivelse, og konteksten er en avgjørende betingelse for forståelse (Malterud, 2017, s76). På bakgrunn av vår problemstilling anser vi derfor dette som en hensiktsmessig metode for vår studie. Vi har tatt for oss 7 trinn for å gjennomføre et godt metaenografisk prosjekt:

1. komme i gang (problemstilling og litteratursøk)	2. Beslutte relevans i lys av problemstilling	3. Lese studiene i fulltekst	4. Ta stilling til hvordan studiene er beslektet
5. Oversette studiene til hverandre	6. Syntetisere oversettelsene	7. Formidle syntesen i tekst.	

Tabell om de syv trinnene i en metaetnografi fra Noblit og Hare (1988) (Malterud, 2017, s. 79).

3.5 Validitet og reliabilitet

I en metaanalyse må vi som forskere vedkjenne oss vår egen forforståelse og egne erfaringer, og se på betydningen av dette i den kunnskapssøkende prosessen, vel vitende om at det «vinduet» som åpnes i analysen bare gir innsyn i en begrenset og ufullstendig del av virkeligheten (Malterud, 2017, s116). Da vi har felles oppfatning og forforståelse av temaet som utgangspunkt, vil dette påvirke analyseprosessen. Vi er begge sykepleiere som jobber innenfor psykisk helsefelt, noe som bidrar til at vi har en forforståelse som kan ha påvirket tolkningen av funnene i artiklene. Når vi mangler andres perspektiver på hva som er relevant og hva som ikke er det, kan vi få en annen oppsummering av kunnskapen enn vi hadde fått hvis andre yrkesgrupper deltok i prosjektet. Vårt mål har vært å forebygge systematiske feil i

forskningsprosessen ved å stille spørsmål om gyldigheten til de inkluderte artiklene (Malterud, 2021, s.24).

Vi har i denne studien valgt å søke i databasene Cinahl og Psycinfo, på grunnlag av innhenting av informasjon fra fagpersoner og informasjon om de ulike databasene. Det kan diskuteres om vi ville fått flere treff på relevante artikler hvis vi hadde inkludert andre databaser i søket.

Vi har også valgt å bare konsentrere oss om studier som er utgitt på nordisk eller engelsk språk, noe som også kan medføre at relevante studier ikke er kommet med i vår studie. Dette valget er gjort på bakgrunn av at vi vil unngå unøyaktige data som skyldes språkproblemer.

I tillegg har vi valgt å begrense vårt utvalg til å gjelde sykepleiere og ikke andre yrkesgrupper. Dette kan også ha ført til at vi ekskluderte relevante studier som potensielt kunne vært viktige i vår analyse og syntese. Vi har likevel i utgangspunktet valgt å konsentrere oss om sykepleiere, da de har felles utdanning og bakgrunn. De har i tillegg tilnærmet lik arbeidshverdag og de samme arbeidsoppgavene.

For å kartlegge kvaliteten på artiklene, benyttet vi oss av CASP (Critical Appraisal Skills Program). Dette er en sjekklister for kvalitative studier med spørsmål om problemstilling, relevans av kvalitativ metode, konsistens mellom problemstilling og design, rekrutteringsstrategi, datainnsamling, relasjon forsker/deltager, etikk, analyse, resultatpresentasjon og nytteverdi (Malterud, 2017, s.59). Se vedlegg 2 og 3.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

I denne type studie møter ikke forskerne informantene ansikt til ansikt. Vi må forutsette at forfatterne av primærstudiene vi inkluderer for analyse, har innhentet nødvendige tillatelser og samtykke til publisering av resultatene. Ifølge Malterud (2017) fremgår dette imidlertid ikke alltid tydelig nok av artiklene der primærstudiene beskrives. Blir disse studiene allikevel brukt, skal man vise særlig aktsomhet ved bruk av sitater (Malterud, 2017, s.136).

Som forskere har vi også et ansvar for at det som tidligere er blitt sagt og skrevet ikke blir misforstått eller forvrengt. I en metasyntese må vi akseptere forfatterens tolkning som utgangspunkt for vår egen fortolkning. Mange viktige nyanser kan gå tapt i prosessen der eksisterende resultater gjenbrukes i analyse og syntese. Det er derfor viktig å vise deltagere og forfattere fra primærstudiene respekt ved å være varsom med hvordan vi sammenfatter det de

har tenkt og ment, og hvordan vi forvalter løsrevne sitater fra noe de har sagt i en helt annen kontekst (Malterud, 2017, s.137). Et annet tema vi må ta hensyn til i prosessen er vår egen forforståelse. Vår forforståelse som sykepleiere i psykisk helsefelt påvirker hele prosjektet i forhold til måten vi samler, leser og tolker data på. Vår bagasje og forforståelse kan også styrke til prosjektet. Bagasjen består blant annet av erfaringer og hypoteser som kan gi motivasjon til prosjektet. På den andre siden kan forforståelsen bidra til at en går inn i prosjektet med «skylapper», noe som kan føre til at en kan havne i fallgruver som gjør at en overdøver budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2021, s. 44-45).

4.0 Resultater

Etter å ha gjennomgått 8 ulike artikler kom det frem mest negative, men også noen positive følelser sykepleiere har knyttet til pasienter med diagnosen BPF. Nedenfor har vi nummerert artiklene. Vi har i tillegg satt inn stikkord fra resultatene som kommer frem i de ulike artiklene.

Oversikt over tittel på artiklene med nummer:

1. Exploring registered psychiatric nurses' responses towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder	5. Experiences of futility among nurses providing care to patients with borderline personality disorder in the Greek mental health system
2. Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder	6. "Caring across thorns" – Different care outcome for borderline personality disorder patients in Taiwan
3. Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder	7. Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15 year comparison
4. Nursing people diagnosed with borderline personality disorder: "We all need to be on the same hymn sheet"	8. Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives – person-centred care in clinician practice

Her har vi satt inn resultatene i stikkord med tilhørende artikkelnummer for å vise hvilke stikkord som gjentar seg.

Hovedtema	Stikkord	Artikler
Sykepleieres opplevelse av relasjonelle utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Manipulerende/truende - Destruktive/overdriver følelser - Oppmerksomhetssyke/selvsentrerte - Splittende ovenfor personal og medpasienter - Svingdørpasienter-gjentakende innleggelse- lite effekt av behandling - Tester personalet og grenser - Uforutsigbare → «fra bryllupsreise til kaos» 	<ul style="list-style-type: none"> - 1+2+3+6+7 - 1+8 - 1+3 - 1+2+3+4+6+7+8 - 4+5 - 3+5+6 - 3+6
Sykepleieres opplevelse av egne negative følelser	<ul style="list-style-type: none"> - Spenning og stress - Frustrasjon og sinne/frykt - Følelse av mistillit - Lite tilfredsstillende/meningsløst - Nytteløst/maktesløshet - Tappende og utmattende → utbrenthet - Unngåelse og apati - Mangel på forståelse og kontroll/overveldende - Bortkastede ressurser - Lite tro på behandling 	<ul style="list-style-type: none"> - 1+3+4+5 - 1+2+4+5+6+8 - 1+8 - 4+5 - 4+5 - 2+5 - 3+5+6+7 - 4+5+8 - 4+6 - 6
Sykepleieres opplevelse av egne positive følelser	<ul style="list-style-type: none"> - Forståelse for traumer og bagasje - Liker utfordringen - Opplever tillitsfull allianse ved god relasjon - Ser fremskritt i behandling - Sympati og empati - Ønsker å hjelpe - Til stede og interessert - Tålmodig og støttende - Optimistiske - Engasjert 	<ul style="list-style-type: none"> - 1+7+8 - 2 - 2 - 2 - 3+7+8 - 3+7 - 3+7 - 6+8 - 7+8 - 7
Sykepleieres behov i utøvelse av miljøterapi	<ul style="list-style-type: none"> - Tydelige grenser, struktur og rammer – diagnose og behandling - Opplæring og trening/erfaring - Støtte - Kunnskap/veiledning om diagnose og motoverføring/ventilering 	<ul style="list-style-type: none"> - 1+2+3+4+6+8 - 2+3+4+7 - 4+5+6+8 - 2+3+4+5+7

Gjentagende i artiklene var opplevelsen av at pasientene var manipulerende, truende og splittende. Dette førte til at sykepleierne kjente på spenning, stress, frustrasjon, frykt og sinne, noe som gjorde at de av og til unngikk pasientene og opptrådte apatisk. Et gjentakende behov for sykepleierne i behandling av pasienter med diagnosen BPF var et tydelig rammeverk rundt diagnose og behandling, samt økt kunnskap, opplæring og veiledning om både pasienten og diagnose. De hadde også behov for hjelp til å håndtere overføringen og

motoverføring som skjedde i samhandlingen med disse pasientene. Støtte var også et begrep som gjentok seg i primærstudiene, og som sykepleierne mente var nødvendig for å unngå usikkerhet og holde ut i situasjoner om de fant emosjonelt belastende. Vi skal nå gå nærmere inn på resultatene, Vi har delt dem inn i 4 ulike kategorier for å få en mer systematisk oversikt.

4.1 Sykepleieres opplevelse av relasjonelle utfordringer

Som nevnt over er det flere tema som gjentok seg i beskrivelsen av relasjonelle utfordringer sykepleierne kjente på i arbeidet med pasienter med denne diagnosen. Temaene som gjentok seg var at pasientene var manipulerende og truende, destruktive, overdrev følelser, var oppmerksomhetssyke og selvsentrerte, splittende og uforutsigbare. I tillegg til at pasientene testet grenser og hadde gjentakende innleggelse med tilsynelatende liten effekt av behandlingen. Det var spesifikt to tema som gjentok seg i samtlige artikler og vi har derfor valgt å fokusere på disse to temaene: splitting og manipulerende/truende atferd.

4.1.1 Manipulerende og truende atferd

En artikkel viste til at et tradisjonelt syn på pasienter med BPF, ifølge en informant, var at de er manipulerende og oppmerksomhetssyke. Noen av informantene hadde kunnskap om at pasientenes lidelse kom til uttrykk gjennom disse symptomene. (Stroud & Parsons, 2012, s. 247). Sykepleiere følte at pasienten overdrev sitt symptom-bilde for å sikre seg innleggelse (Eckerström et al, 2019, s.6). McGrath og Dowling (2013) fant at informantene assosierte ordet manipulasjon med at pasienten hadde en skjult agenda, og var kalkulerte og overfladiske i forhold til hvordan de gav uttrykk for sine behov ovenfor personalet. Videre ble manipulering beskrevet som uærlighet, og ga sykepleierne følelsen av å bli brukt. Å bli brukt ble beskrevet ved at pasienten brukte personalet til å få det som han eller hun ville, noe som førte til at sykepleierne begynte sette spørsmålstegn ved sin egen profesjonalitet (McGrath & Dowling, 2012, s.5) Sykepleieren kunne kjenne på en følelse av utbrenthet relatert til opplevelsen av å bli manipulert av pasienten (O'Connell & Dowling, 2013, s. 31).

Begrepet truende beskrives som et fellesbegrep ved selvskading, trusler om selvmord eller trusler om å skade andre eller inventar/eiendeler dersom deres behov ikke ble møtt (McGrath&Dowling, 2012, s.5). Selvskading ble tolket av sykepleierne som blant annet en manipulerende atferd for å søke oppmerksomhet, noe som var vanskelig for sykepleierne å forstå og kontrollere. Videre førte selvskading til en følelse av anger og skyld hos

sykepleierne, der de følte de ble satt på prøve. I tillegg førte truslene om selvmord og selvskading til at sykepleierne kjente på sinne, noe som står i sterk kontrast til sykepleieetikken. Dette bekreftet deres følelse av utilstrekkelighet (Papathanasiou & Styliandidis, 2021, s.4-5). På den andre siden viste en artikkel at selvskading kunne ses på som en måte for pasienten for å kommunisere behov på (Day et al., 2018, s. 315).

En informant beskrev manipuleringen slik: «*Some can be manipulating in behaviour, 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 & Dowling, 2012, s. 5). En annen artikkel beskrev manipulerende atferd lignende der en informant forteller «... She manipulated other patients to fight against me and other nurses...” (Ma et al, 2008, s. 444). I andre artikler ble dette beskrevet som splitting.

4.1.2 Splitting

“*Then everything changed. It was like a devastating war. He always told me how good another nurse was and how bad I was. Sometimes he couldn't stop insulting me and my patience was not broad and deep enough for this pressure. Then, I was hurt and felt angry toward him, although I tried to ignore his insult.*” (Ma et al., 2009, s.444). Splitting var et gjentagende tema i syv av åtte artikler i studien vår. En artikkel beskrev splittingen som skjedde ved at pasienten valgte ut sårbare pasienter eller personal, der de skapte konflikter ved å sette dem opp mot hverandre (McGrath & Dowling, 2012, s.5).

Dette samsvarer med McCarric et al (2021) som beskrev at pasienter med diagnosen BPF forsøkte å sette sykepleierne opp mot hverandre (McCarric et al., 2021, s.85).

En informant i artikkelen til McGrath & Dowling (2012) hevdet følgende: «*Well at the beginning the other patients believe that the BPD patient is very nice, pleasant, very helpful, getting involved in their care giving advice.. telling them what they should and should not do... And then suddenly there will be a big bust up.. fighting and arguing and not getting on... splitting of patients and different groups*” (McGrath & Dowling, 2012, s.5). I samme artikkel beskrev en informant den samme endringen i forhold til sykepleieren, der pasienten i det ene øyeblikket sa de riktige tingene og forsøkte å være på deres gode side, mens i det neste testet tålmodigheten og grensene deres (McGrath & Dowling, 2012, s.3).

Flere av artiklene nevnte splitting som en kjent mekanisme hos pasienter med diagnosen BPF, men det var få artikler som beskrev splittingen. I en sammenligning av holdninger mot pasienter med diagnosen BPF fra 2000 og 2015 kom det frem at sykepleiere i nyere tid har større forståelse for dynamikken i behandlingsrelasjonen (Day et al., 2018, s.316).

Sykepleiere uttrykte frustrasjon relatert til at denne pasientgruppen splittet teamene, der en informant påpekte viktigheten av å ta vare på seg selv fordi pasienten tappet sykepleierne for energi (O'Connell & Dowling, 2013, s.29).

4.2 Sykepleieres opplevelse av egne negative følelser

Ma et al (2009) beskrev blant annet kaos stadiet der pasientene var demonstrative, testet grenser og manipulerte andre pasienter, i tillegg til at de fornærmet sykepleierne, noe som førte til negative følelser blant sykepleierne (Ma et al., 2009) s. 443-444). Som vist i tabellen over, var det flere stikkord som skilte seg ut blant sykepleieres negative følelser og holdninger relatert til behandling av pasienter med diagnosen BPF. Gjentakene negative følelser var at sykepleiere opplevde lite tro på behandlingen, at den var nytteløs, meningsløs og lite tilfredsstillende, i tillegg til at det var bortkastede ressurser. Sykepleierne opplevde relasjonen med denne pasientgruppen som tappende og utmattende og de kunne kjenne på utbrenthet. De opplevde mistillit, spenning og stress, frustrasjon, sinne og frykt og mangel på forståelse og kontroll. Dette førte til unngåelse og en følelse av apati. De følelsene som skilte seg ut og gjentok seg i flere artikler var opplevelsen av spenning og stress, følelsene frustrasjon, sinne og frykt i tillegg til apati, som førte til unngåelse. Vi har derfor valgt å fokusere på disse tre temaene.

4.2.1 Frustrasjon, sinne og frykt

Pasienter med diagnosen BPF ble omtalt som en byrde uten effekt av behandlingen relatert til deres gjentakende innleggelses. De ble omtalt som svingdørpasienter. Dette var noe som skapte frustrasjon blant sykepleierne, der en artikkel har kalt dette: «revolving door frustration» (Papathanasiou & Styliandisis, 2021, s.5)

Som nevnt I kapittel 4.1.2 om splitting refererte Ma et al (2008) en informant til sin opplevelse av å bli manipulert, der pasienten satt henne opp mot andre sykepleiere. I tillegg opplevde hun at pasienten blant annet kunne ha lange høylytte og hatefulle klager til sykepleieren. Dette førte til at sykepleieren ble bekymret og sint, der hun også fortalte at hun på en måte hatet pasienten (Ma et al, 2008, s. 444). En annen artikkel viste til at følelsene frustrasjon og utmattelse både kunne relateres til manglende fremgang i behandlingen i tillegg

til splitting og manipulasjon (O'Connel & Dowling, 2013, s.29). En informant i en artikkel fortalte at pasienten alltid var et steg foran, noe som førte til skuffelse og sinne. Dette førte til emosjonell belastning for sykepleieren. Herunder opplevdes det som at pasienten testet grenser, noe som gjorde at sykepleieren måtte bruke mye krefter for å holde ut (Papathansious & Stylianidis, 2021, s. 5).

Følelsene frustrasjon og sinne kunne også handle om personalet seg imellom. En informant beskrev at hun kjente på disse følelsene, i tillegg til skuffelse og tristhet da en kollega kritiserte henne for å ha hjulpet en pasient med BPF med noe (McGrath & Dowling, 2012, s.5). En annen artikkel fant at informantene kjente på frustrasjon relatert til at sykepleierne følte seg underlegne andre yrkesgrupper. Det hindret muligheten for å sørge for god kvalitet i pleien. De følte de ble sett på som et instrument som skulle håndheve og implementere målene som andre yrkesgrupper hadde laget, og som de selv tidvis var uenige i.

Begrensningene og reglene som ble bestemt kunne ofte føre til konflikt og eskalering av uønsket oppførsel blant pasienten, noe som sykepleierne måtte håndtere i etterkant (McCarric et al, 2022, s. 87).

Følelsen frykt handlet blant annet om frykten for selvskading eller selvmord blant denne pasientgruppen. En informant beskrev det slik: «*...but think if she runs away and jumps or.. then it will be my responsibility during the night. So, there are a lot of (thoughts) like that that are circulating, that you are uncertain*» (Eckerström et al, 2019, s.7-8). Selvskading kunne også føre til sinne hos sykepleieren. En informant fortalte at noen sykepleiere kunne være veldig opprørt eller sinte på pasienten, der en annen informant begrunnet dette med at sykepleierne kunne oppfatte selvskading som en personlig handling rettet mot dem. Med andre ord at pasienten selvskadet for å irritere sykepleieren (McCarric et al, 2021, s.86).

4.2.2 Spenning og stress

Sykepleiere rapporterte at de ofte kunne grue seg for å jobbe med denne pasientgruppen, og relaterte det til at det var en vanskelig pasientgruppe å jobbe med (Stroud & Parsons, 2012, s.247). De opplevde det blant annet utfordrende å stole på pasienten (Eckerström et al., 2019, s.6). En informant fortalte: “*There is often a serious incident on the ward and the girls are just expected to handle it and they have to go home crying more than once, and I think that's really hard. I think management possibly are not aware of how difficult it is or don't want to know how difficult it is*” (McCarric et al., 2021, s. 85).

Trusler om selvmord blant denne pasientgruppen var det som fremkalte mest stress blant sykepleierne (McGrath & Dowling, 2012, s.5). En informant fortalte at *“Well in any treat of self harm is stressfull on the nurse and patient...”* (McGrath & Dowling, 2012, s.5). En annen artikkel beskrev det samme, der en informant fortalte at hun var på vakt og forsøkte å være i forkant av selvskading, noe som skapte stress. En informant beskrev det slik : *“Ok... I think we do get tired... Especially in this case. Stress is also there, because you know that these patients are always in danger... and every time you try something new, something you believe will yield better result, you know at the back of your head that disappointment lurkes”* (Papathanasiou & Stylianidis, 2021, s.5).

Splitting skapte både spenning og stress blant sykepleiere (McGrath&Dowling, 2012, s.5) Sikkerheten blant medpasienter ble også satt på spill, der pasientene lærte vekk skadelig oppførsel til andre pasienter. Sykepleierne forsøkte å skille pasientene og sette grenser, noe som førte til stress når det ikke lyktes. Videre førte dette til at sykepleierne ga opp (McGrath &Dowling, 2012, s.6).

4.2.3 Unngåelse og apati

Stroud og Parsons (2012) beskrev at deltakerne gruet seg til å jobbe med denne pasientgruppen fordi de opplevde det som vanskelig. Noen av deltakere var følelsesmessig avkoblet i samhandlingen med pasientene, og satt opp en profesjonell mur (Stroud&Parsons, 2012, s. 247). Flere sykepleiere mente at behandling av disse pasientene var bortkastede ressurser. Sykepleierne fokuserte kun på pasientens grunnleggende behov og sikkerhet, og ignorerte deres individuelle behov. Dette begrunnet de med at behandlingen var bortkastede ressurser og penger på grunn av manglende tro på effekt av behandling (Ma et al, 2008, s.444). En annen artikkel viste til at behandlingen av pasienter med BPF førte til at sykepleierne kjente på nytteløshet og meningsløshet (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s. 3). Sykepleierne opplevde manglende forståelse og kontroll, noe som førte til en usikkerhet i forhold til hva de skulle gjøre (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s. 4). Ma et al (2008) fant at 9 av deltakerne hadde negative forventninger relatert til behandling knyttet til tidligere erfaringer. En av informantene beskrev det slik: *“To me, it was unnecessary to spend to much time with them since they wouldn ´t change and we had so many other things we needed to do. My only wish was not to become a target for their attacks while I was on duty”* (Ma et al, 2008, s. 444). Seks deltakere i samme artikkel rapporterte at de ikke ga like mye oppmerksomhet til pasienter med BPF, og at de forsøkte å holde relasjonen overfladisk. En

sykepleier begrunnet dette med at han eller hun unngikk kontakt for å beskytte seg selv, i tillegg til å prøve å unngå konflikter (Ma et al, 2008, s.445). En annen artikkel viste til det samme, der sykepleierne benyttet ignorering som en strategi for å holde ut egne negative følelser knyttet til pasienten. En sykepleier fortalte at apati var det eneste som fungerte i samhandlingen med denne type pasienter (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s. 5).

4.3 Sykepleieres opplevelse av egne positive erfaringer

O'Connel og Dowling (2013) beskriver viktige egenskaper for å lykkes i å få en god terapeutisk relasjon til pasienter med BPF: "Being open, honest and emphatic, and having the ability to listen, were the core skills that participants identified as being important in establishing a therapeutic relationship with individual with BPD" (O'Connel & Dowling, 2013, s. 31).

Noen sykepleiere var mer positive til behandling av pasienter med diagnosen BPF. De likte blant annet utfordringen, og opplevde mye tillit når de oppnådde en god terapeutisk relasjon (O'Connel&Dowling, 2013, s.29). En annen artikkel viste til hvordan forståelse påvirket måten sykepleierne opptrådte ovenfor pasienten. Forståelse for pasientens bagasje, som for eksempel traumer, triggere og overføring påvirket holdningene på en positiv måte og ga en bedre forståelse for pasientens symptombilde (Day et al., 2018, s.314). En informant beskrev det slik: "*Symptomatic behaviour (such as self-harm) is viewed as a mechanism for communicating needs as part of the disorder. Identification of trauma history linked with greater understanding and empathy*" (Day et al., 2018, s.315). En annen artikkel viste til det samme, der økt kunnskap bidro til økt forståelse for pasientens oppførsel og symptomer (Stroud&Parsons, 2012, s.246). Forståelse for dynamikken i den positive relasjonen og en effektiv behandlingspraksis førte til at sykepleierne bedre klarte å se fremskritt og effekt av behandlingen (Day et al, 2018, s.316) Flere sykepleiere ga uttrykk for et ønske om å hjelpe, og klarte å se de små positive endringene som skjedde i behandlingen. Erfaring og kunnskap bidro til et mer positivt fokus (Stroud&Parsons, 2012 s.247-248).

Positive holdninger til pasientens behandling påvirket i positiv grad sykepleiernes vilje til å stå i utfordringen, i tillegg til at det førte til en mer positiv samhandling. Dette førte blant annet til at sykepleierne var mer tolerante og oppmuntrede. Positive holdninger ovenfor pasienten, sammen med et optimistisk syn på pasientens potensiale for bedring, ses på som viktige faktorer for å danne en god relasjon med pasientene. En sykepleier ga uttrykk for

viktigheten av å gi pasienten en sjanse (Eckerström, 2019, s.7). Noen sykepleiere ga uttrykk for mer håp for en langsiktige og gradvis bedring hos pasienten (Ma et al., 2008, s.444). Det ble også uttrykt sympati ovenfor pasienten (Stroud&Parsons, 2012, s.247). En god relasjon mellom pasienten og sykepleieren førte til en større forståelse for personen bak pasienten og diagnosen. Videre førte dette til at sykepleierne var mer støttende ovenfor pasienten (Eckerström, 2019, s.6). En annen artikkel viste til at sykepleierne hadde økt empati ovenfor utfordringene pasienten sto i (Day et al., 2018, s.314). Videre viste samme artikkel at sykepleierne var mer optimistiske, entusiastiske og hadde mer selvtillit enn hva sykepleiere uttrykte tidligere (Day et al., 2018, s.317).

4.4 Sykepleieres behov i utøvelse av miljøterapi

Som nevnt i tabellen over er det flere artikler som fant at sykepleierne ytret et behov for tydelig rammer, grenser og struktur i behandling av pasienter med diagnosen BPF.

Sykepleierne uttrykte også et behov for økt støtte, opplæring, trening og erfaring, i tillegg til mer kunnskap og veiledning.

4.4.1 Økt kunnskap, veiledning og støtte

Ifølge O'Connel og Dowling (2013) uttrykte sykepleierne at BPF er en diagnose med lite klarhet. Sykepleierne hadde utfordringer med å forklare selve diagnosen. De opplevde i tillegg at behandlere var lite villige til å sette selve diagnosen, noe som gjorde at videre behandling ble utfordrende (O'Connel&Dowling, 2013, s.28-29). De uttrykte også at mangelen på støtte og veiledning var bekymringsfull (O'Connel&Dowling, 2013, s.32). Viktigheten av veiledning for å kunne ventilere egne følelser, fble understreket som viktig og gjorde at det ble lettere å holde fokus i behandlingen (Stroud&Parsons, 2012, s.248). En sykepleier fortalte om vanskelige situasjoner hun måtte stå i: *“Well you are the face, you are the one that's getting the burn of it.. you are always the front line whereas the other diciplines they are not dealing with the person... you are the one left to deal with things and people make decisions and it's the nurse that gets stuck with it... because you are the one enforcing the rules that someone else potentially set”* (McCarric et al., 2021, s.87). Sykepleiere opplevde det utfordrende å stå i relasjonen med pasientene, og de uttrykte et behov for muligheter til å bearbeide følelser og reaksjoner som oppsto i pasientrelasjonen og behandlingen. De ønsket støtte og veiledning for egen følelsesregulering (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s.6). Flere sykepleiere fortalte at utfallet av behandlingen hang sammen med støtten de opplevde fra kolleger. Støtten innebar blant annet diskusjoner og samarbeid rundt behandlingstiltak, i tillegg til emosjonell støtte (Ma et al., 2008, s.444). En

sykepleier beskrev det slik: *“Talking with experienced nurses helped me learn how to care for these patients. I asked experienced nurses about patients’ behavioural and emotional patterns. From their stories, I understood better how to think and judge patients’ needs”* (Ma et al., 2008, s.445).

4.4.2 Tydelige grenser, rammer og struktur i behandling

McGrath og Dowling (2012) fant at sykepleierne uttrykte et behov for tydelige rammer og struktur i behandling av pasienter med diagnosen BPF, der alle i personalgruppen fulgte den samme planen (McGrath&Dowling, 2012, s.6). En sykepleier beskrev at ulike meninger som gjaldt behandling var forvirrende, men at behandling ofte måtte prøves og feiles for å se hva som fungerte (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s.4). En annen artikkel begrunnet viktigheten av å være samkjørt i behandlingstiltak med at det ofte oppsto konflikter i personalgruppen om hvordan de skulle behandle pasientene, i tillegg til at sykepleierne ikke følte seg myndiggjort til å innføre tiltak (McCarric et al, 2021, s.86-87). Samme artikkel viste til at mangelen på rammer og struktur også kunne føre til konflikter og økt utfordrende oppførsel hos pasienten (McCarric, 2021, s.87). Sykepleierne gav også uttrykk for at tydelighet rundt behandlingen bidro til reduserte konflikter (Eckerström et al., 2019, s.6). Stroud og Parsons (2012) fant at sykepleiere som opplevde manglende støtte følte seg frustrerte og hjelpeløse (Stroud&Parsons, 2012, s.248). McCarric et al (2021) viste til at alle sykepleierne i deres artikkel uttrykte et behov for stabilitet i behandlingen av denne pasientgruppen (McCarric et al, 2021, s.85). En annen artikkel viste til at klinisk støtte var essensielt når man behandlet denne pasientgruppen (O’Connel&Dowling, 2013, s.30).

4.4.3. Økt opplæring, trening og erfaring

Sykepleiere som ikke har hatt spesifikk opplæring om diagnosen BPF hadde redusert kunnskap om selve diagnosen. Videre førte mangelen på kunnskap om og erfaring med pasientens oppførsel til redusert forståelse og negative holdninger (Stroud&Parsons, 2012, s.246-247). «I think training should be definitely on the ward, I think we all need to be on the same hymn sheet, so more training, more education on it» (McCarric et al, 2021, s.87). Flere sykepleiere rapporterte om utilstrekkelig trening og utdanning relatert til diagnosen BPF, i tillegg til hvordan de kunne håndtere seg selv i behandlingsrelasjonen til pasientene (O’Connel&Dowling, 2013, s.30). Sykepleierne opplevde at de ikke hadde fått nok opplæring og trening for å kunne jobbe med denne pasientgruppen (McCarric et al, 2021, s.87). En

annen artikkel viste til nødvendigheten av økt utdanning og trening for å kunne gi effektiv behandling (Day et al., 2018, s.316).

5.0 Diskusjon

Det kan tilsynelatende oppleves overraskende at sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger til denne pasientgruppen. På den andre siden kan dette forklares med at sykepleiere ofte er de som er i kontinuerlig kontakt med pasienten, og dermed kjenner mer på overføringen og motoverføringen som skjer i samhandlingen med disse pasientene enn andre yrkesgrupper.

Hensikten med denne oppgaven var å få innsikt i, samt større forståelse for hvordan sykepleiere påvirkes i møte med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Resultatene diskuteres med utgangspunkt i metasyntesens teoretiske fundament, og empirisk data drøftes ut fra funnene fra resultatene.

5.1 Sykepleieres opplevelse av relasjonelle utfordringer

Et vesentlig funn som gjentar seg i samtlige artikler er at sykepleiere opplever denne pasientgruppen som truende, manipulerende og splittende. Informantene rapporterer at de opplever at pasientene overdriver sitt symptom-bilde, enten for å sikre seg en lengre innleggelse eller at de har en annen skjult agenda. Dette blir av sykepleierne oppfattet som uærlighet og gir dem følelsen av å bli brukt og manipulert. Dette fikk dem til å kjenne på utmattelse og utbrenthet (Eckerström et al, 2019, s.6; McGrath&Dowling, 2013, s.5). Dette funnet støttes av en studie der de fant at faren for utbrenthet er stor hos hjelpere som jobber med denne pasientgruppen, og at overbevisningen om at symptomene er noe pasientene kan kontrollere skaper dårlige holdninger mot disse pasientene. Hjelperne føler seg utnyttet og manipulert (Roness & Matthiesen, 2002, s.146). Det kan synes som at sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen risikerer å bli utbrenthet på grunn av den krevende belastningen det er å stå i behandlingsrelasjonen med pasienter med BPF. Pasientens egen avmakt smitter over på sykepleieren, noe som fører til at det blir vanskelig for sykepleieren å bevare empatien med pasientene. Dette kan føre til at sykepleieren agerer på egne motoverføringsreaksjoner ved å trekke seg vekk. På den andre siden kan sykepleiernes forforståelse for at disse pasientene overdriver symptomene sine føre til at symptomene ikke blir tatt på alvor, og pasienten kan bli forhåndsdømt (Eckerström et al, 2019, s.6).

Roness & Matthiesen (2002) peker på at forskning har vist at mennesker som er opptatt av å hjelpe og støtte andre, og som har en jobb som krever at de skal stille opp for andre, etter hvert kan oppleve relasjoner som en så alvorlig byrde at de blir totalt nedslitt (Roness & Matthiesen, 2002) s. 146). De hevder at utbrenthet kan ses på som en stressreaksjon hos mennesker som gjennom arbeidet har mye med andre menneskers behov og nød å gjøre. Videre skyldes stressreaksjonene ifølge dem en langvarig og overdreven involvering i andre menneskers problemer, særlig dersom man i tillegg opplever at man ikke lykkes i arbeidet (Roness & Matthiesen, 2002 s. 146). Dette samsvarer med det vi fant i vår studie, der sykepleierne blant annet begynner å sette spørsmålstegn ved egen profesjonalitet som følge av manipuleringen fra pasienten (McGrath & Dowling, 2012, s.5). Makteløshet kommer oftest til uttrykk som irritasjon og sinne (Thorgaard, 2009, s.96). Kunnskap om motoverføring og tilstrekkelig veiledning kan synes å være nødvendig for at sykepleiere skal klare å håndtere disse mekanismene på en god måte. Roness & Matthiesen (2002) viser til at utmattelse innbefatter emosjonell utmattelse, depersonalisering og kynisme. I tillegg til redusert selvtillit, noe som innebærer en mer kynisk opptreden i forhold til omgivelsene, uten de samme kvalitetene og verdiene i arbeidet som man vanligvis har. Det kan også innebære at man behandler andre mer overflattisk eller «tingliggjort», noe som av andre vil kunne oppleves som arroganse og liten forståelse (Roness & Matthiesen, 2002 s. 148). Dette samsvarer med det vi fant i vår studie. Det kan synes som om sykepleieres emosjonelle utmattelse kan være noe av årsaken til at de har dårligere holdninger til disse pasientene enn andre yrkesgrupper og andre pasientgrupper. Emosjonell utmattelse kan føre til stressreaksjoner og utbrenthet. Vi etterlyser derfor mer fokus på sykepleiernes motoverføringsreaksjoner og konsekvensene av disse.

I begrepet truende adferd ligger trussel om selvmord, selvskading eller trusler om å skade andre. Dette var noe sykepleierne fant ekstremt utfordrende og utmattende, og som kunne føre til at de kjente på både sinne og utilstrekkelighet (McGrath&Dowling, 2012, s.5; Papanasiou&Stylianidis, 2021 s.4-5). Ifølge Belin (2002) kan disse pasientenes voldsomme «lengsel» eller krav om umiddelbar behovstilfredsstillelse provosere hjelperne til en distansert og lite generøs holdning. Dette hindrer dem i å tenke analytisk, og skaper fastlåste svar. Den kraften som noen pasienter anvender for å få ønsker oppfylt, kan oppleves som både skremmende og provoserende. Han hevder at man skal være utstyrt med dyptgående viten og sterk støtte fra et team om man skal være i stand til å holde ut dette uten å bli skremt (Belin, 2002, s 100). Det kan synes som om sykepleierne kan ta avstand eller bli rigide når pasienten for eksempel blir høyllytt om sine behov, eller truer med selvskading eller

selvmord. Dette kan hindre arbeidsalliansen, og kan være en måte for sykepleieren å håndtere frykten for at pasientene skal skade seg eller forsøke å ta sitt eget liv. Samtidig er det i disse situasjonene viktig at personalgruppen står sammen for å unngå de splittes, samt for å ivareta den enkelte sykepleieren. På den andre siden viser forskningen at personalgrupper ofte ikke står stødig sammen. Sykepleiere opplever at de håndhever regler og avgjørelser tatt av behandlere, eller at personalgruppen er splittet (McCarric et al., 2022, s.87; McGrath&Dowling, 2012, s.5). Hvis samhold er avgjørende for å holde ut i behandlingsrelasjonen, bør det rettes mer oppmerksomhet mot hvordan en skal oppnå dette. For at sykepleierne evne til å håndtere dette på en måte som gjør at pasientene føler at de blir forstått og respektert, er det en forutsetning med kunnskap og forståelse fra sykepleierne, både om pasientens og egne følelsesmessige reaksjoner.

Bodner et al (2011) fant i sin studie at sykepleiere scorer lavere enn andre yrkesgrupper på empati, og at hovedgrunnen til dette var pasientenes trusler om selvmord (Bodner et al., 2011 s. 548). Dette samsvarer med funn fra vår studie. Det kommer gjentatte ganger frem i resultatene at sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger til denne pasientgruppen, samtidig som at apati er en gjentakende beskrivelse av sykepleierne måte å håndtere overføringer, motoverføringer og stress på. Mentaliseringsbasert miljøterapi har fokus på at hjelperne arbeider med sine egne holdninger i en undrende og ikke-moraliserende stil, samt arbeider med sin egen følelsesregulering i akutte situasjoner. De er tydelige på at det er avdelingslederens oppgave å skape et faglig klima der det er rom for å luften hva selvsikring og trusler gjør med personalet. Det vil si å praktisere åpenhet om egne følelsesmessige reaksjoner i et støttende arbeidsmiljø (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 252). Temaer som selvsikring og selvmord kan skape følelser som for eksempel frykt, sinne, redsel og usikkerhet, noe som igjen kan føre til at sykepleierne mister evnen til å mentalisere. På den andre siden kan også gjentakende trusler om selvmord føre til at truslene mister sin troverdighet. Dersom sykepleieren ikke har mulighet til å snakke om hva dette gjør med dem, kan det bli uutholdelig for sykepleieren å stå i disse situasjonene. Det kan også bli utfordrende å bli i toleransevinduet i forhold til egen mentaliseringsevne, noe som igjen kan påvirke hvordan sykepleierne handler i forhold til både pasienter og kolleger. Sykepleierne egen bakgrunn og personlige tilknytningshistorie påvirker hvordan de reagerer og agerer på pasientenes overføringer. Det er derfor av avgjørende betydning at sykepleierne har kunnskap også om seg selv for å kunne skille mellom pasientenes og egne følelser.

Splitting var også et signifikant funn i vår studie. Splittingen omhandler både når pasientene forsøker å splitte personalgruppen og medpasienter, i tillegg til når personalgruppen er splittet relatert til uenighet om behandlingen av pasientene (Ma et al, 2008, s.444; McGrath&Dowling, s.5, 2012; O´Connel&Dowling, 2013, s.29). Personalet blir ofte oppfattet som enten gode eller onde av pasienter med BPF. Tendensen til å dele mennesker opp slik er vanlig hos denne pasientgruppen, og dette skaper ofte alvorlig splid mellom de ulike hjelperne (Belin, 2002, s.83). På den andre siden kan en også si at sykepleierne gjør det samme, ved å kategorisere pasienter med diagnosen BPF som «den vanskelige pasientgruppen» i forhold til pasienter med andre diagnoser. Vatne (2018) skriver at splitting er en forsvarsmekanisme som pasienter med diagnosen personlighetsforstyrrelse ofte benytter seg av (Vatne, 2018, s. 86). På den måten kan en til dels være forberedt på at dette kan skje når en pasient med diagnosen BPF blir innlagt på sengepost. Sykepleierne i vår studie ga uttrykk for at det er utfordrende å stå i splittingen, spesielt der en opplever at en blir den «onde» ovenfor pasienten, eller når man er den personen som må kjempe for pasienten blant kolleger. Splitting skaper konflikter, og konflikter øker følelsen av frustrasjon og sinne. Som sykepleier er en avhengig av samhold og samarbeid, både for å få til best mulig behandling for pasientene, men også for å kunne håndtere og tåle de vanskelige følelsene som oppstår hos dem selv. Når man jobber med en pasientgruppe som er kjent for å skape et splittende miljø, kan en derfor forstå at dette bidrar til mye frustrasjon både mellom pasient og sykepleier, men også personalet seg imellom. Noen sykepleiere kan ha negative holdninger relatert til pasienten og behandlingen, og dermed argumentere for utskrivelse. Samtidig kan andre sykepleiere opptre som en «advokat» for pasienten der en forsøker å stå opp for pasientens rettigheter og behov for behandling. Dette kan føre til splitting blant personalet i henhold til behandling og eventuelt behandlingstiltak. Sykepleiere og andre yrkesgrupper må opptre profesjonelt i arbeidet. Kunnskap og forståelse for denne primitive forsvarsmekanismen hos denne pasientgruppen mener kan synes å være avgjørende for å unngå et splittet arbeidsmiljø. Splittingen i et arbeidsmiljø kan også handle om motoverføringen sykepleieren kjenner på. For eksempel kan pasientens håpløshet, irritasjon eller maktesløshet overføres til sykepleieren, noe som gjør at sykepleierne argumenterer for utskrivelse og manglende effekt av behandling fordi sykepleieren kjenner på de samme følelsene. Andre sykepleiere kan for eksempel gå inn i rollene pasienten setter dem i, og dermed få et mer empatisk syn på pasienten. Spesielt viktig er det å forebygge splitting når en jobber med pasienter med BPF, når en har kunnskap om at denne pasientgruppen ofte splitter både personal og medpasienter. Belin (2002) understreker viktigheten av at personalet får hjelp til å forstå dette fenomenet (Belin, 2002, s. 83). Tidligere

ubevisste opplevelser og følelser pasienten har opplevd med viktige personer tidligere i livet, speiles ut i miljøet. Konfliktfylte indre opplevelser aktualiseres i nåværende relasjoner (Thorgaard, 2009, s.69). Noe som sammenfaller med informantenes uttrykte behov for støtte og veiledning i vår studie. I veiledning tas gjerne opp de pasientene som utfordrer personalet mest. Skårderud & Sommerfeldt (2018) hevder at det erfaringsmessig er slik at vanskelige pasienter etter veiledning framstår både mer nyanserte og mer interessante, og at veiledning er et arbeidsfenomen som er godt egnet til å forstå og motvirke splitting av personalgrupper. På denne måten kan pasientene både bli lettere å holde ut, men også lettere å holde av (Skårderud og Sommerfeldt s. 235). Veiledning og åpen refleksjon rundt splitting og følelsene og reaksjonene som oppstår kan i tillegg bidra til økt forståelse mellom personalgruppen, noe som videre kan føre til økt samhold.

5.2 Sykepleieres opplevelse av egne negative følelser

Tidligere forskning peker på at sykepleiere er den yrkesgruppen med dårligst holdninger relatert til pasienter med diagnosen BPF (Baker&Beazley, 2022, s. 257). Disse holdningene innebærer blant annet distansering og apati hos sykepleierne (Langfredi et al, 2019, s. 2-3). Dette bekreftes i vår studie, der unngåelse og apati er en mestringsstrategi eller forsvarsmekanisme blant sykepleierne (Ma et al., 2008, s.444). Det handler både om pasientens krevende lidelsestrykk og sykepleierens manglende håp, tro og/eller forståelse for pasienten og behandlingen. På den andre siden vet vi at sykepleiere er de som tilbringer flere timer sammen med pasientene hver dag, og som samtidig må stå i avgjørelser bestemt av andre. Behandlere kan ha 1-2 samtaler med pasienten i løpet av en uke, mens sykepleiere har den kontinuerlige kontakten med pasienten. Det tas ofte avgjørelser på tverrfaglige møter om pasientens behandling, rammer og regler, der sykepleieren i etterkant må videreformidle dette til pasienten. Sykepleieren må ofte stå i, samt tåle reaksjonen fra pasienten i etterkant (McCarric et al, 2021, s.86-87). På den måten kan en forstå at dette påvirker sykepleierens dårlige holdninger. Sykepleiere har en mer kontinuerlig kontakt med pasienten og vil automatisk dermed også oppleve å måtte stå i og tåle mer av pasientens lidelsestrykk og overføringer. Dette kan videre føre til at sykepleierens holdninger ovenfor pasienten og pasientgruppen blir mer negative. Sykepleiere skal være mottakere for å kunne avlaste pasientens indre smerte. Dette kan komme til uttrykk ved at pasienten projiserer følelser og opplevelser over på sykepleieren, og på den måten benytter sykepleieren som en «container». Dette kan være både ubehagelig og utmattende for sykepleieren, i tillegg til å skape usikkerhet rundt eget rolle og hvordan håndtere eller fylle rollene pasienten setter

sykepleieren i. På den andre siden skal sykepleieren også ivareta egen autonomi. Grensene for når man skal ta imot og når man skal sette grenser kan være svært vanskelig. Samtidig er det vesentlig at sykepleieren tar vare på seg selv for å kunne gjøre en god jobb ovenfor pasienten. Det er i tillegg viktig å være bevisst på at sykepleieren ikke er det som pasienten gjennom sine projiseringer gjør henne til (Henriksen&Vetlsen, 2017, s.148-150).

En kan på bakgrunn av dette stille seg spørrende til hvorfor det ikke er rettet mer fokus på hvordan sykepleierne kan håndtere det krevende lidelsestrykket og pasientens overføringer på en mer hensiktsmessig måte. Det bør derfor rettes mer fokus i praksis på hvordan sykepleierne på bedre måte kan få hjelp til å håndtere pasientens lidelsestrykk, i tillegg til å skape mer tro på behandlingen som gis. Vi undrer oss over hvorfor så mange sykepleiere ikke har tro på behandlingen, og bruker apati og tilbaketrekking som mestringsstrategier fremfor å bli nysgjerrig på hvorfor behandlingen ikke virker og hva som kan gjøres annerledes. Vi stiller oss også spørrende til om det er pasientene som er behandlingsresistente eller om det er sykepleierens manglende kunnskap og forståelse som gjør at pasienten ikke alltid får nytte av innleggelsen og behandlingen.

Følelsene frykt, sinne og frustrasjon er noe som gjentar seg hos sykepleierne i resultatet. Dette omhandler ansvaret sykepleierne føler, i tillegg til opplevelsen av manglende effekt av behandling og pasienter som tester grenser (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s.5). Det kan synes som at mange av disse negative følelsene knyttet til pasienten og pasientbehandlingen skyldes overføring og motoverføring som skjer i relasjonen. Sykepleiere er mennesker med sitt eget følelsesliv. Det er derfor naturlig at sykepleierne blir berørt av å jobbe så tett på mennesker som har det vanskelig, spesielt med pasienter med et sterkt og tydelig lidelsesuttrykk, og som i tillegg er kjent for å skape sterke motoverføringer hos personalet. Når en ikke opplever effekt av arbeidet og dermed mister tro på behandlingen, viser vår studie at dette fører til at sykepleierne kjenner på frustrasjon og sinne. Dette kan tolkes som en opplevelse av å ikke mestre arbeidsoppgavene. Sykepleieres oppgave er å hjelpe og lindre andre menneskers smerte. De yrkesetiske retningslinjer sier at helsepersonell skal være barmhjertige, omsorgsfulle og respektfulle, med plikt til å blant annet fremme helse og lindre lidelse (Brinchmann, 2021, s.100). Når en ikke får dette til, kan det føre til manglende mestring og motivasjon, i tillegg til økt spenning og stress hos sykepleieren. Videre kan dette komme til uttrykk som frustrasjon og sinne, i tillegg til apati og manglende engasjement. På grunnlag av dette kan sykepleieren bli følelsesmessig utmattet og dermed får redusert evne til å engasjere seg, ta del i pasientens opplevelser eller å være empatisk. Det kan tolkes og forstås

som at sykepleierne opplever lite mestring i arbeid med pasienter med diagnosen BPF, noe som kan føre til at sykepleieren blir utbrent. For å holde ut en krevende arbeidssituasjon, er det nødvendig med engasjement, motivasjon og mestring. Dersom dette ikke er til stede, kan det føre til redusert selvaktelse hos sykepleieren, som kan oppleve usikkerhet, selvforakt og depresjon. På den andre side kan det føre til at sykepleieren kompenserer ved å overinvolvere seg, noe som igjen kan føre til ulike stressreaksjoner og utbrenthet (Rønnes & Matthiesen, 2002, s.28-29). Overinvolveringen kan handle om at sykepleieren blir for følelsesmessig påvirket, eller for engasjert eller distansert (Brinchmann, 2021, s.150). Det kan i tillegg få sykepleieren til å sette spørsmålsteget ved egen kompetanse og dermed bli usikker i forhold til denne. For å unngå at sykepleiere blir utbrent og eventuelt sykemeldt, ser vi det derfor som viktig med videre forskning på hvordan en på bedre måte kan ivareta sykepleiere i krevende arbeidssituasjoner. På den andre siden kan eventuelt kunnskap og forståelse rundt motoverføringen som skjer redusere følelsen av å bli emosjonelt overveldet, og på den måten redusere risikoen for stress og utbrenthet. Samtidig kan økt fokus på motoverføring bidra til at sykepleieren ikke opplever usikkerhet og selvforakt, da en får større forståelse av hva som skjer i pasientrelasjonen og hvorfor.

Det er ifølge vår studie krevende for sykepleiere å se at pasienter skader seg eller snakker om at de ønsker å avslutte livet sitt. Når et mål i sykepleien er å hjelpe, kan det både være vanskelig og skummelt å stå i situasjoner der pasientene selvskader eller ønsker å ta livet sitt. Når man arbeider med pasienter med en slik problematikk, kan det skape en frykt for hva en vil møte når en går inn på pasientrommet og om en klarer å håndtere en eventuell situasjon. Videre kan dette føre til sinne hos sykepleieren, både som en reaksjon på frykt, men også dersom pasienten truer med selvskading eller selvmord i et forsøk på å få det som han eller hun ønsker. På den andre siden kan man tenke at man ikke kan hjelpe eller redde alle og at psykiske lidelser er en dødelig sykdom, på lik linje som kreft. Noen får behandling og blir bedre, andre ikke. Sykepleiere er følende medmennesker, og empati er et sentralt begrep i sykepleiefaget. De vil dermed bli påvirket av pasientene de møter. I tillegg har sykepleiere et grunnleggende ønske om å hjelpe og lindre. Pasienter med diagnosen BPF kan ha hyppige innleggelse, og sykepleiere blir dermed ofte godt kjent med pasientene over tid, der relasjoner dannes på godt og vondt. Empati handler ikke kun om å bekrefte pasientens følelsesmessige tilstand, men i tillegg om å forsøke å forstå hva følelsene gjør med pasienten. For å oppnå dette er en avhengig av å etablere og opprettholde et støttende, bekreftende og empatisk forhold til pasienten (Skårderud&Sommerfeldt, 2018, s.115). I tillegg bør en være

observant på motoverføring som skjer i relasjonen for å unngå at en agerer på en lite hensiktsmessig måte, og på den måten risikerer å skade relasjonen og påføre pasientene mer smerte.

Teori om tilknytning viser til at pasientene fra barndommen har tillærte reaksjonsmønstre som bidrar til utfordringer i relasjon til andre (Wennerberg, 2011, s.65). Sårbarheten vår gjør oss avhengig av andre, noe som kan være risikabelt. Når en er avhengig av andre risikerer man å ikke bli møtt eller sett av dem man er avhengig av støtte og omsorg fra (Henriksen&Vetlesen, 2017, s.77). Mange av pasientene har grunnleggende negative erfaringer når det kommer til nære relasjoner. De kan ha blitt kritisert, brutt ned og skadet, noe som skaper en negativ forventning til nye relasjoner (Strømstad et al., 2019, s.65). I behandling bør det være et mål å bidra til å gi disse pasientene nye og andre erfaringer relatert til relasjoner og reaksjonsmønstre. Dersom sykepleiere reagerer og agerer på forventningene i form av aksept, tillit, støtte og anerkjennelse, kan det føre til korreksjoner i pasientens indre emosjonelle landskap (Strømstad et al., 2019, s.65). Dersom en ikke får dette til, kan en forstå at pasienten ikke har effekt eller nytte av innleggelse. Dersom sykepleieren reagerer med sterk motoverføring, kan sykepleieren involveres i et negativt relasjonsmønster med pasienten, og på denne måten bekrefte pasientens negative forventninger. Dette kan bidra til at pasienten ikke får effektiv hjelp for sine utfordringer, og i verste fall blir retraumatisert (Henriksen&Vetlesen, 2017 s. 421). Det kan i vår studie synes som at sykepleierne mener at denne pasientgruppen ikke har effekt av behandling, da de blir omtalt som «svingdørpasienter» (Papathanasiou&Styliandisis, 2021, s.5). Vi stiller oss undrende til om dette handler om pasientens manglende kapasitet og motivasjon for behandling, eller sykepleieres manglende evne til å tåle og håndtere pasienten på en slik måte at pasienten får hjelp til å korrigere tidligere uhensiktsmessige mønstre, og få nye erfaringer med gode relasjoner.

Vi stiller oss undrende til sykepleierens manglende kunnskap om diagnose og forståelse for sammenhengen mellom nåværende symptomer og tidligere erfaringer. Når en arbeider med en pasientgruppe som ofte er preget av mye traumer og svikt i oppveksten, noe som påvirker nåværende relasjoner, bør det være naturlig å være nysgjerrig på hva som skjer i pasient-sykepleier relasjonen, og hvorfor det skjer. På den måten kan en få en større forståelse for pasienten, i tillegg til innsikt i hvordan sykepleiere på best mulig måte kan håndtere situasjoner de kommer opp i sammen med pasienten. Selvhevdelse og å gi uttrykk for egne

behov kan for noen pasienter oppleves som både farlig og angstprovoserende. Dersom sykepleiere korrigerer denne erfaringen, der pasientens opplevelser, tanker og følelser er i sentrum, kan pasienten oppnå kontakt med egne følelser og behov for første gang (Strømstad et al., 2019, s.65). Mentalisering handler om å kunne reflektere og forstå seg selv utenfra og andre innenfra (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s.20). Pasienter med diagnosen BPF har utfordringer med dette, og deres sårbarhet og opplevde mangler bringes videre inn i nåværende behandlingsrelasjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s.18). I tillegg til dette har sykepleiere sin egen bagasje som bringes inn i relasjonen. Kombinasjonen av dette påvirker både pasientens og sykepleieren sitt toleransevindu og mentaliseringsevne. I arbeidet med pasienter som i utgangspunktet er «kjent» for å manipulere og teste grenser, kan dermed sykepleierens mentaliseringsevne bli testet. Dette kan videre føre til at sykepleieres evne til å opptre empatisk og profesjonelt påvirkes. Gjennom refleksjon og diskusjon med kolleger, kan sykepleierne både oppdage egen mentaliseringssvikt og også få en forståelse for eget toleransevindu og lettere oppdage triggere i relasjonen. Dette kan føre til at det blir enklere for sykepleieren å unngå å gå i fellen der en lar følelsene ta overhånd og en eventuelt blir uprofesjonelle og/eller lite empatiske i samhandlingen med pasienten. Økt mentalisering fører til økt forståelse. Day et al (2018) viser til at forståelsen vi har for pasientene og pasientens symptomer, påvirker hvordan vi opptrer ovenfor pasienten (Day et al, 2018, s. 314). Forståelsen kan også påvirke sykepleierens holdninger til pasienten. Kunnskap om, og forståelse for diagnose, symptomer og mentalisering, kan bidra til mindre frykt, frustrasjon, sinne og apati. På den måten også redusere spenning, stress og unngåelse, i tillegg til å redusere at en agerer på motoverføring. Denne pasientgruppen har opplevd mye avvisning og blir dermed engstelige for å bli avvist på ny. Når sykepleieren ikke tåler pasienten, blir mestringsstrategien å unngå og dermed avvise. Sykepleieren bekrefter da pasientens tanker og holdninger om at ingen tåler dem og alle avviser dem. Sykepleieren kan oppleves distansert og lite empatisk, noe som fører til redusert mellommenneskelig kontakt (Brinchmann, 2021, s.151-152). På den måte blir det en ond sirkel, med manglende fokus på behandling og pasientenes ressurser. Det bør rettes mer fokus på å anerkjenne sykepleieres følelser i pasientrelasjonen, og veilede sykepleierne i hvordan de skal håndtere egne følelsesmessige reaksjoner.

5.3 Sykepleieres opplevelse av egne positive følelser

Empati, interesse og forståelse er de relasjonelle aspektene som pasientene vektlegger, der en åpen og lyttende holdning er avgjørende i relasjonsbygging (Strømstad et al., 2019, s. 65).

Vi fant begrenset med artikler hvor sykepleierne hadde positive følelser og holdninger knyttet til pasienten. Dette kan handle om at forskerne forventer å finne negative holdninger blant sykepleierne relatert til denne pasientgruppen, og hovedfokuset blir dermed på det negative. Det er interessant at det var de nyeste artiklene som fremhevet positive holdninger og følelser blant sykepleierne, noe som kan tolkes som at en i nyere tid har fått større forståelse for og et endret syn på denne pasientgruppen. Forskningen som fant positive følelser og holdninger blant sykepleierne, viser til at forståelse for pasienten, diagnosen, bagasje og symptomer bidrar til økt toleranse for pasientens lidelsestrykk. Kunnskap henger sammen med empati og sympati for pasienten (Day, et al., 2018; Stroud & Parsons, 2012). Det kan tolkes som at økt kunnskap og forståelse for pasienten og overføring og motoverføring kan bidra til økt toleranse ovenfor pasienten. Det bør på det grunnlaget rettes mer fokus på dette, slik at en kan lære, forstå og håndtere følelsene som oppstår i pasienterelasjonen på en mer hensiktsmessig måte. Som nevnt tidligere stiller vi oss spørrende til den manglende kunnskapen når det gjelder pasienter med diagnosen BPF. Noe av ansvaret kan legges over på ledelsen, som har et ansvar for å legges til rette for veiledning og økt kunnskap via for eksempel fagdager og undervisning. På den andre siden har også sykepleierne et ansvar for egen kunnskap der de opplever mangler. De skal være de profesjonelle i behandlingen og relasjonen, og for å kunne hjelpe et annet menneske er det avgjørende med kunnskap om diagnose og symptomuttrykk for å kunne gi rett og god behandling. Spesielt viktig blir dette i samhandling med pasienter som oppleves krevende og som påvirker sykepleieren med sterke overføringer. Engasjement og nysgjerrighet på hva som skjer i relasjonen, i tillegg til å forsøke å finne svar der det er mulig, kan bidra til en enklere arbeidshverdag og bedre relasjon med pasienten. I tillegg handler det om å ivareta og opprettholde de grunnleggende yrkesetiske retningslinjene, der sykepleie skal bygge på barmhjertighet, respekt og omsorg for menneskerettighetene, og dermed pasienten (Brichmann, 2021, s.101). Dersom økt kunnskap er nøkkelordet for å få til dette, må det rettes mer fokus i praksis på at sykepleierne skal få den nødvendige kunnskapen de trenger for å ivareta pasienten og seg selv på best mulig måte.

Holdninger påvirker hvordan sykepleierne opptrer og uttrykker seg ovenfor pasienten. Vi fant i vår studie at nyere forskning viser at sykepleiere har bedre holdninger til denne pasientgruppen nå enn tidligere. En artikkel som viser forskjeller blant sykepleieres holdninger gjennom de siste 15 årene, viser til at sykepleiere nå har større forståelse for, innsikt i og tro på behandlingen. De er mer optimistiske og har økt selvstillitt (Day et al., 2018). Dette kan forstås som at holdningene er bedre nå enn tidligere. Sykepleierne hadde

mer kunnskap og forståelse for hvordan tidligere traumer og omsorgssvikt påvirker hvordan pasientene forholder seg til andre i nåtid, og i tillegg mer kunnskap om overføring og motoverføring. Det er mye fokus på sykepleierstudiet om å se den enkelte pasient fremfor diagnose, der man skal ha fokus på helhetlig sykepleie. Vi må anta at pasienten ser og opplever sykepleieres holdninger ovenfor dem, både positive og negative. Sykepleiere skal være åpne, ærlige, empatiske og lyttende i møte med pasienten (O'Connell & Dowling, 2013, s.31). Dette blir utfordrende hvis sykepleieren allerede før de kommer i kontakt med pasienten har dannet seg et negativt bilde basert på tidligere erfaringer med denne pasientgruppen. Det blir dermed utfordrende å møte pasienten med en individuell tilnærming, fremfor å se bare en diagnose.

Vår studie viser at noen sykepleiere ser mer håp og fremskritt i behandling av pasienter med BPF, og er mer optimistiske og empatiske i møte med dem. Sykepleierens holdninger preger hvordan de møter pasienten. Måten sykepleieren møter pasientene på, er avgjørende for å kunne få til en god relasjon og dermed også god behandling. Å møte pasienten med åpenhet, likeverd og delaktighet danner et grunnlag for relasjonsarbeid (Strømstad et al., 2019, s.65). Fordommer og holdninger vil alltid eksistere hos alle mennesker, men det bør tilstrebes at disse ikke kommer til uttrykk i møte med pasientene. Mange av de positive holdningene hos sykepleieren rettes mot økt forståelse og bedre relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Det hadde derfor vært spennende å undersøke hvorfor noen sykepleiere i forkant har bedre holdninger til denne pasientgruppen og hvordan de klarer å danne en god relasjon til pasienten. Det bør på dette grunnlaget forskes mer på hvorfor noen får det til og hva som gjør at de får det til. Erfaring påvirker hvordan vi ser pasientene. Samtidig er det viktig å være bevisst på egne holdninger og eventuelle motoverføringer, slik at en på den måten kan forsøke å jobbe med dem på den god måte. I tillegg er det viktig å forsøke å møte pasienten med «clean slate» og gode, positive holdninger slik som noen i forskningen beskriver. Det kommer tydelig frem at erfaring, kunnskap og forståelse er byggesteiner for hvilke holdninger sykepleierne har i møte med pasienten. Det er derfor viktig at det rettes mer fokus på dette, slik at sykepleiere opplever seg kompetent, både faglig og emosjonelt, til å møte pasienten på en forsvarlig og profesjonell måte.

5.4 Sykepleieres behov i utøvelse av miljøterapi

Et sentralt og overraskende funn i studien vår er at sykepleierne uttrykker behov for mer kunnskap, både om diagnosen BPF og om hvordan man kan gi denne pasientgruppen god

behandling (O'Connel&Dowling, 2013, s. 28). Det er overraskende at sykepleiere i psykisk helsevern opplever å ha manglende kunnskap om diagnosen BPF når 10-20% av inneliggende pasienter har denne diagnosen, og ofte har gjentatte innleggelser. De ytrer også ønske om økt støtte og veiledning for egne følelsesreaksjoner og følelsesregulering, i tillegg til emosjonell støtte (Ma et al., 2008, s.444; Patathanasiou&Stylianidis, 2021, s.6). Vi stiller oss spørrende til hvorfor det ikke er mer fokus på undervisning og veiledning i forhold til sykepleiernes egne følelsesmessige reaksjoner som en reaksjon på pasientenes atferd. Dette bør ha implikasjoner for praksis der det bør være mer fokus på motoverføringen som skjer i pasientbehandlingen. Flere av informantene i primærstudien ga uttrykk for frustrasjon og mangel på forståelse for ustabiliteten i pasientenes intense emosjoner, noe som førte til at noen ga opp og møtte pasientene med apati, likegyldighet eller fiendtlighet (Papathanasiou&Stylianidis, 2021, s.4-5). I mentaliseringsbasert terapi anses selve tilknytningsprosessen mellom pasienten og hjelperen som det mest sentrale elementet i behandlingen (Skårderud og Sommerfeldt s. 136). I dette ligger det at en god relasjon er nødvendig for å kunne gi pasienten en god behandling. Det skrives videre at psykisk lidelse skader pasientens relasjoner til andre, og at nye skadde relasjoner kan bidra til mer smerte (Skårderud og Sommerfeldt, 2018 s.142). Dermed kan sykepleiernes samhandling med disse pasientene bli anti-terapeutisk ved at sykepleierne påfører pasientene mer smerte ved å møte dem på en lite terapeutisk måte. Basert på dette mener vi det kan være behov for økt fokus og undervisning på motoverføring, relasjonsbehandling og miljøterapi, som kan bidra til en større forståelse for hva som skjer i pasientrelasjonen. Ifølge Sverker Belin (2007) er problemer, motivasjon og motstand fra pasientene, samt behandlernes evne til å holde ut dette uten å gi opp, den aller største terapeutiske komponenten i en tidlig behandlingsprosess. Det å forstå og holde ut primitive forsvarsmekanismer og lunefulle følelsesmessige svingninger er ofte den profesjonelle hjelperens største utfordring (Belin, 2007, s. 22). For å klare å håndtere dette uten å gi opp, er kunnskap en nødvendig forutsetning. Sykepleierne skal være profesjonelle og holde ut, noe som er en stor utfordring. Dette kommer tydelig frem i vår studie. Økt kunnskap fører til økt forståelse, og opprettholder god mentalisering der det svikter hos pasienten.

Et annet viktig funn i studien vår er behovet for støtte og veiledning (O'Connel&Dowling, 2013, s.32; Stroud&Parsons, 2012, s.248). En kultur i avdelinger som er preget av trygghet og åpenhet, er ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2018) helt sentralt for at man skal være i stand til å reflektere i intense følelsesmessige situasjoner (Skårderud og Sommerfeldt, 2018, s.232).

Dette samsvarer med tidligere forskning. Studien vår viser at sykepleierne etterlyser et forum hvor de kan ta opp de pasientene som utfordrer mest, for å få hjelp og støtte til å håndtere egne følelsesmessige reaksjoner i samhandlingen med denne pasientgruppen. Skårderud og Sommerfeldt (2018) hevder at veiledning er forebygging av utbrenthet. De hevder at begrepet utbrenthet ikke bare viser til kvaliteter ved den enkelte personen, men også implisitt til kvaliteter ved selve arbeidssituasjonen. Ifølge dem er problemet ikke nødvendigvis at arbeidet er hardt, men heller at arbeidet utføres innenfor kontekster der man kan oppleve mangel på mening og lite støtte, og at veiledning er forebyggelse av utmattelse og mestringsstap (Skårderud og Sommerfeldt, 2018, s. 239). Dette samsvarer med funnene i vår studie. Flere av informantene i primærstudiene våre ga uttrykk for at de ikke så hensikten med å prøve å hjelpe denne pasientgruppen, fordi de ikke følte at det hjalp. Mange opplevde også manglende støtte fra kollegaer, noe som bidro til at de ga opp eller møtte pasientene med apati, fiendtlighet eller rigiditet. For å unngå ekstra slitasje på personalet kan det synes viktig at personalrommet ikke blir brukt som et rom for å uttrykke frustrasjoner som oppstår i pasientrelasjonen. Sykepleiere trenger derfor andre arenaer for å drøfte og reflektere rundt egne tanker og følelser, slik at personalrommet ikke blir et sted for å «containere» fremfor faglig refleksjon.

Tydelige grenser, rammer og struktur i behandlingen var også behov som var gjentakende i studien vår. Sykepleierne etterlyste dette, og ga uttrykk for at mangelen på dette gjorde det vanskelig og utfordrende for dem å sette grenser for pasientene. Dette behovet støttes også av tidligere forskning. Dickens et al. (2016) fant i sin review at sykepleiere var mer positive til å jobbe med denne pasientgruppen i avdelinger hvor personalet hadde en lik visjon om behandlingen, og et godt rammeverk for forståelse av oppførselen. Den samme studien fant også at det var nyttig å la sykepleierne få delta i utarbeidelsen og implementeringen av både det terapeutiske rammeverket og rammene i selve avdelingen (Dickens et al., 2016, s. 1868-1869). En lik visjon om behandlingen sammen med et tydelig rammeverk og forståelse av oppførselen til pasienter med BPF, kan synes å spille en rolle i hvor godt rustet sykepleierne er til å yte god behandling og deres evne til å tåle de utfordringen som de ble utsatt for i arbeidet med denne pasientgruppen. På den andre siden kan det synes som at forskning og foredrag der pasient forteller fra eget ståsted, ofte forteller at det som har hjulpet dem er når personalet går utenfor «boksen». Med andre ord når sykepleieren ikke er rigide på rammene og reglene som er satt, og ser pasienten som et eget individ fremfor en diagnose med en fastsatt plan og et rigid rammeverk. I følge Belin (2009) fungerer det ofte dårlig å ha rigide

rammer for behandling av pasienter med alvorlige psykiske problemer. Han hevder at det i stedet bør arbeides med å få pasientene til å bli i de alliansene som skapes. Dette forutsetter ydmykhet, og vilje til kompromiss hos behandlerne (Belin, 2009, s.29). Dette samsvarer dermed ikke med forskningen som sier at personalet etterlyser faste regler og rutiner for å kunne klare å stå stødig sammen i det krevende arbeidet. Ifølge Strømstad et al (2019) har vi i de senere år sett tendenser til å gå bort fra «onesize fits all» - tilnærminger, altså å behandle alle likt. Dette på bakgrunn av at det kan føre til empatisk svikt hos helsepersonell, og dermed hemme relasjonsdannelse og arbeidsallianse (Strømstad et al, 2019, s.32). Det kan være utfordrende for sykepleiere å finne en god balanse mellom å holde seg til rammer og rutiner, samtidig som de skal gi pasienten en individuell behandling.

Et annet funn i vår studie er at flere av informantene i primærstudiene viste til frustrasjon fordi de var henvist til å iverksette og implementere regler og rutiner som andre enn dem selv hadde bestemt. De var ikke alltid enige i disse, og noen ganger gikk disse på bekostning av sykepleiernes egne verdier. Sykepleiere tilbringer flere timer sammen med pasientene hver dag, og de fant det utmattende å stå i grensesettinger mye av tiden. Sykepleiernes oppgave er å bruke seg selv i arbeidet på faglig gjennomtenkt vis. Det kan synes som om dette er lettere for sykepleiere der hvor det er tydelige grenser, rammer og struktur i avdelingen. I mentaliseringsbasert miljøterapi er det understreket viktigheten av at alle gjør likt, både for å unngå splitting av personalet og for å unngå at pasientene blir forvirret og redde.

Viktige risikofaktorer når det gjelder utbrenthet er situasjoner der behovet for innsats på det mellommenneskelige plan er stort, mens de organisatoriske rammevilkårene og tilgjengelige ressursene setter begrensninger (Roness & Matthiesen, 2002, s. 140). Ledere og kollegaers støtte kan være med på å forebygge og dempe de følelsesmessige belastningene som oppstår når man arbeider intensivt med andre menneskers behov og med seg selv som det viktigste instrumentet i dette arbeidet (Roness & Matthiesen, 2002, s. 147). Dette sammenfaller med funnene fra vår studie.

5.5 Implikasjoner for praksis

Funn fra en kvalitativ studie kan ikke generaliseres. Evidensen har ikke allmenngyldig overførbarhet eller holdbarhet, det kommer an på formålet kunnskapen skal brukes til og hvilke spørsmål som skal besvares ved hjelp av denne (Malterud, 2017, s. 124). Det betyr ikke at resultatene ikke kan vurderes som overførbare til dagens praksis. Vår studie gir innsikt i og forståelse for sykepleiernes opplevelse av å jobbe med pasienter med diagnosen

BPF, samt deres holdninger mot denne pasientgruppen. Vi mener at denne innsikten og forståelsen bør brukes til økt fokus på sykepleieres behov, noe som kan føre til økt jobbtilfredshet, bedre mestringsfølelse og en bedre forståelse for egne følelser og reaksjoner. Vi mener at dette vil bidra til å forebygge utbrenthet hos sykepleiere, samt at det i tillegg vil gi pasientene en bedre behandling. Det bør på det grunnlaget være fokusert mer på undervisning, støtte og veiledning, samt relasjonsbehandling og miljøterapi. I tillegg kommer det frem i vår studie at sykepleierne har behov for mer kunnskap om diagnosen, og sammenhengen mellom traumer/tilknytning og lidelsestrykk/symptomer, i tillegg til motoverføring og hvordan håndtere dette. Splitting er også et begrep vi anser som et område sykepleierne trenger mer kunnskap om. Både å forstå hva som skjer mellom pasient og sykepleiere, men også sykepleiere seg imellom. Ved å ha økt kunnskap om dette, kan en både lettere fange opp når det skjer, samt forebygge at det skjer. Økt kunnskap om splitting kan gjøre det lettere å bli mer bevisst på dette, og forebygge at personalet lar seg splitte.

5.6 Implikasjoner for videre forskning

Resultatene viser at sykepleieres holdninger til pasienter med BPF er et område hvor det er behov for mer forskning. Både med tanke på manglende nyere resultater, men også på grunn av hvordan sykepleiere påvirkes av å jobbe i det som kan være et emosjonelt belastende arbeidsmiljø. For å bedre pasientbehandlingen, og samtidig ivareta sykepleierne og unngå utbrenthet, er det nødvendig med økt fokus på sykepleieres reaksjoner og konsekvensene av å jobbe med det som oppleves som en svært krevende pasientgruppe. Vi tolker også ut fra resultatene at det bør rettes mer oppmerksomhet mot relasjonsbehandling i miljøterapi.

5.7 Validitet og reliabilitet

På bakgrunn av at artiklene i vår studie er kvalitative, er formålet å belyse informantenes subjektive opplevelser av å jobbe med pasienter med BPF. Resultatene kan dermed ikke generaliseres da de er basert på informantenes egne opplevde erfaringer.

I arbeidet med denne studien har det vært viktig å opprettholde transparens i arbeidet. De inkluderte artiklene er kritisk vurdert og bearbeidet ved bruk av CASP-sjekkliste og analyseskjemaer. Alle trinn i prosessen er nøye beskrevet.

Forskningsartiklene i studien er gjennomgått av begge forfatterne, både parallelt og uavhengig av hverandre. Temaet i studien er relevant, både i forhold til ivaretagelse av sykepleiere i emosjonelt belastende utfordringer, i tillegg til bedre behandling av pasienter med BPF.

Den kvalitative forskningen på dette temaet var begrenset, der det kan synes som om nyere forskning på området er sparsom. Dette kan ha påvirket resultatet i studien. Enkelte artikler indikerer at holdningene til disse pasientene kan ha endret seg i løpet av de siste årene. Nyere forskning ville derfor muligens ha gitt andre resultater. Noen av artiklene i vår studie er basert på forskning fra andre land som ikke nødvendigvis er sammenlignbare med Norge. Det kan allikevel argumenteres med at sykepleieres følelser og reaksjoner på sterke emosjonelle opplevelser er universelle. En annen begrensning med studien er at utvalget er begrenset til kun få artikler. Flere studier og en bredere datainnsamling kunne ha gitt andre funn og resultater enn det som fremkommer i vår studie.

Hensikten med metasynteser er ikke å generalisere funn, med å skape ny innsikt i allerede eksisterende kunnskap. Den skal ha en fortolkende ambisjon og være noe mer enn en gjenfortelling (Malterud, 2017, s.34). Menneskers erfaringer er mangfoldige og individuelle, samtidig som de påvirkes av miljøet rundt. På bakgrunn av dette kan aldri funnene i en kvalitativ metasynthese bli seg absolutt reliable og valide. Antallet informanter i primærstudiene er også begrenset, noe som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Framtidig kvalitativ forskning bør inkludere å sikre et mer representativt og bredere utvalg

6.0 Konklusjon

Tidligere forskning viser at sykepleiere er den yrkesgruppen i helsevesenet med dårligst holdninger til pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Sykepleiere uttrykker at det er utfordrende å arbeide med denne pasientgruppen, i tillegg til at de kjenner på emosjonelt stress og utmattelse. Dette kan føre til utbrenthet blant sykepleierne. Denne studien hadde som hensikt å utforske hvordan sykepleiere påvirkes i relasjon med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Målet var å øke bevisstheten rundt hvordan sykepleiere påvirkes i arbeidet med disse pasientene samt hvilke behov de har.

Resultatene viser at sykepleiere synes det er utfordrende å opprettholde en god relasjon med denne pasientgruppen. Sykepleierne kjenner på usikkerhet og utilstrekkelighet. I tillegg kjenner de på overføring og motoverføringsreaksjoner, der disse følelser både er bevisste og ubevisste. De uttrykker utfordringer med å håndtere motoverføringen som skjer i pasientrelasjonen. Sykepleierne har problemer med å mestre håndteringen av egne følelser og

reaksjoner i behandlingsrelasjonen. Evnen til å mentalisere kan svikte både hos sykepleierne og pasientene i følelsesladde situasjoner. Mentaliseringssvikt kan føre til at sykepleierne kan bli utslitt. Det kan føre til at de møter pasientene på en måte som er anti-terapeutisk, noe som både kan føre til at sykepleieren blir utbrent som følge av manglende mestring, i tillegg til at pasientene ikke får god behandling.

Kunnskap, veiledning og støtte er av avgjørende betydning for om sykepleierne er positive eller negative i forhold til pasientbehandlingen. Kunnskap om sammenhengen mellom tilknytning og pasientens nåværende symptomuttrykk har betydning for sykepleiernes evne til å forstå pasienten og kan påvirke evnen til empati i pasientrelasjonen. Veiledning og støtte er en avgjørende faktor for å kunne håndtere egne følelser som oppstår, uten å la seg smitte av pasientens mentaliseringssvikt.

Sykepleieres positive følelser og holdninger i forhold til denne pasientgruppen var begrenset. De nyere forskningsartiklene fremhevet mer positive holdninger og følelser enn eldre forskning. Gjennomgående i vår studie er at sykepleierne etterlyser mer kunnskap, støtte og veiledning. Mangel på dette kan føre til apati, tilbaketrukkethet og utbrenthet. Studien vår avdekker viktigheten av å ha fokus på sykepleiernes reaksjoner og konsekvensene av å bruke seg selv i krevende pasientrelasjoner. Økt oppmerksomhet rundt dette og mer veiledning i forhold til motoverføringen som skjer i samhandlingen, kan bidra til at sykepleierne holder ut i arbeidet, viser mer engasjement og interesse, og får en bedre forståelse for pasientenes lidelsestrykk. Noe som fører til en bedre pasientbehandling. Barmhjertighet, omsorg og respekt er byggesteiner i sykepleieres yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiernes muligheter til å ivareta disse prinsippene avhenger av deres følelse av å mestre arbeidsoppgavene, i tillegg til opplevelsen av å bli ivaretatt i arbeidshverdagen.

“Å være sliten og nedfor er ikke tegn på svakhet. Mest sannsynlig har du vært sterk for lenge...»

- Ole Brum.

7.0 Referanser

Baker, J. & Beazley, P.I., (2022). Judging Personality Disorder: A Systematic Review of Clinician Attitudes and Responses to Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, Jul2022; 28(4): 275-293.

DOI: [10.1097/PRA.0000000000000642](https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000642)

Belin, S. (2009). *Relation før metode*. Akademisk forlag

Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5):548-555

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>

Bowlby, J., (1973). *Attachment and loss: separation, anxiety and anger*. Basic books inc publishers

Brinchmann, B.S. (2021). *Etikk i sykepleien* (5.utgave). Gyldendal norsk forlag

CASP -skjema: Kunnskapsbasertpraksis. (2021, 17.september). *Sjekkliste for å lære og øve på kritisk vurdering*:<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=casp#4kritisk-vurdering>

Day, N.J.S., Hunt, A., Cortis-Jones, L. & Grenyer, B.F.S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15 year comparison. *Personality & Mental Health*, Nov2018; 12(4): 309-320.

Doi: <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>

Dickens, G.L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. Jul2016; 25(13-14): 1848-1875.

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>

Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseus, K-I. & Omerov, P. (2019). Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, Dec2019; 14(1): 1-12.

Doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1667133>

Flyttdiagram PRISMA:Prisma. (2020). *PRISMA Flow Diagram*:<http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Henriksen, J-O. & Vetlesen, A.O. (2017). *Nærhet og distanse: Grunnleggende verdier og etiske teorier om arbeid med mennesker*. (3. utgave). Gyldendal Akademisk

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2018). *Personlighetspsykiatri* (2.utgave). Gyldendal akademisk

Lanfredi, M., Ridolfi, M.E., Occhialini, G., Lasalvia, A., Gunderson, J.G., Black, D.W., Rossi, R. (2021). Attitudes of mental health staff toward patients with borderline personality

disorder: an Italian cross-sectional multisite study. *Journal of Personality Disorders*. Vol.35,(1), 2021, pp. 41-56.

Ma, F-W., Shih, F-J., Hsiao, S-M., Shih, S-N. & Hayter, M. (2009). "Caring across thorns"- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.18,(3), 2009, pp. 440-450.

Doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x>

Malt, F. U., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I., Årslund, D., (2018) *Lærebok i psykiatri*. (4.utgave). Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2021). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave). Universitetsforlaget.

McCarric, C., Irving, K. & Lakeman, R. (2022). Nursing people diagnosed with Borderline Personality Disorder: 'We all need to be on the same hymn sheet'. *International Journal of Mental Health Nursing*, Feb2022; 31(1): 83-90.

Doi: [10.1111/inm.12935](https://doi.org/10.1111/inm.12935)

McGrath, B. & Dowling, M. (2012). Exploring registered psychiatric nurses' responses towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012:2012:601918.

Doi: <https://doi.org/10.1155/2012/601918>

Norsk helseinformatikk. (2022, 9.august). *Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline)*

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/emosjonelt-ustabil-personlighetsforstyrrelse>

O'Connell, B. & Dowling, M. (2013). Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*. 17, 4, 27-33

Doi: [10.7748/mhp2013.12.17.4.27.e845](https://doi.org/10.7748/mhp2013.12.17.4.27.e845)

Papathanasiou, C. & Styliansidis, S. (2021). Experiences of futility among nurses providing care to patients with borderline personality disorder in the Greek mental health system. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2022;60(6):33-42.

Doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20211119-02>

Roness & Matthiesen. (2002). *Utbrent: krevende jobber-gode liv?*. (5. utgave) Fagbokforlaget.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2018). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.

Store norske leksikon. (2019, 30.juli). *Motoverføring*.

<https://sml.snl.no/motoverf%C3%B8ring>

Stroud, J. & Parsons, R. (2012). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*. Vol.7,(3), 2013, pp. 242-253.

Doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/pmh.1214>

Strømstad, J.V., Torbjørnsen A.J.E, Aasland A-M.K. (2019). *Hvem er du? Miljøterapi i relasjoner*. (2.utgave). Hertevig forlag.

Thorgaard, L. (2009). *Relationsbehandling i psykiatrien bind II: Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien*. (2. utgave). Hertevik forlag.

Thorgaard, L. (2009). *Relationsehandling i psykiatrien bind IV: Individuell mestring og mening i relation*. (2.utgave). Gyldendal Hertevik forlag.

Vatne, S. (2018). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal akademisk forlag.

Wennerberg T. (2011) *Vi er våre relasjoner - om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Arneberg

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Cappelen Damm akademisk.

World health organization. (2022, 9.juni). *Mental disorders*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1.

PICO-skjema (Population-Intervention-Comparison-Outcome)

Spørsmål?	På hvilken måte påvirkes sykepleiere i relasjonen med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i sengepost?	
P: Pasient/ problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, voksne, innlagt sengepost
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Påvirkning hos sykepleiere relatert til høy og tydelig lidelsestrykk hos pasienten. (impact, influence, nurses)
C: Comparison		
O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Hvordan sykepleiere påvirkes i relasjonen med denne pasientgruppen (stress, utbrenthet, motivlje ect)

Hentet fra Malterud (2017, s. 49).

8.2 Vedlegg 2.

Eksempel på kvalitetsvurdering av artikkel ved bruk av The Critical Appraisal Skill Programme (CASP) sjekklister for kvalitative studier.

1. Er formålet med studien klart formulert?	2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	4. Er utvalgstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	7. Er etiske forhold vurdert?	8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	9. Er funnene klart presentert?	10. Hvor nyttig er funnene fra denne studien?

Sjekkliste for kritisk vurdering av forskningsartikler er hentet ut fra kunnskapsbasert praksis, kvalitative studier (Kunnskapsbasertpraksis, 2021).

8.3 Vedlegg 3:

Kvalitetsvurdering ved hjelp av CASP for kvalitative artikler. (J= Ja, N=nei, U=usikker)

Forfatter/år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Evaluering
McGrath, 2011	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
O'Connel, 2013	J	J	J	J	J	N	J	U	J	J	Moderat
Stroud, 2012	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
McCarrick, 2021	J	J	J	U	J	N	J	J	J	J	Moderat
Papathanasiou, 2021	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	Moderat
Ma, 2008	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	Høy
Day, 2018	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	Høy
Eckerström, 2019	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy

8.4. Vedlegg 4:

Søke historikk Cinahl

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	(MH "Borderline Personality Disorder/ED")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10
S2	borderline personality disorder* OR emotionally unstable personality disorder*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4417
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4417

S4	(MH "Nurse Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	39737
S5	(nurse* or staff or health personnel) N3 (experience* or attitude* or perception* or view*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	118803
S6	S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	118803
S7	S3 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	130
S8	S3 AND S6	Limiters - Publication Date: 20140101-20241231; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24
S9	S3 AND S6	Limiters - Publication Date: 20090101-20231231; Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32

8.5. Vedlegg 5:

Søke historikk PsycInfo

#	Search	Results	Type
1	Borderline personality disorder/	8299	Advanced
2	(borderline personality disorder* or emotionally unstable personality disorder*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	14212	Advanced
3	1 or 2	14212	Advanced
4	health personnel attitudes/	24267	Advanced
5	((nurse* or staff or health personnel) adj4 (experience* or attitude* or perception* or view*)).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	53399	Advanced
6	4 or 5	53388	Advanced
7	3 and 6	177	Advanced
8	limit 7 to ("qualitative (maximizes sensitivity)" and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2014 - 2024")	43	Advanced

9	limit 7 to ("qualitative (maximizes sensitivity)" and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2009 - 2024")	60	Advanced
---	--	----	----------