

# Sykepleiers møte med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

*Hvordan påvirker sykepleiers holdninger det mellom-menneskelige forholdet til brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ved distriktpsikiatriske sentre?*

Kandidatnummer: 341, 517  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 8355  
Dato: 12.04.2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
<u>Tittel</u> Sykepleieres møte med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse	
<p><u>Problemstilling</u>          Hvordan påvirker sykepleiers holdninger det mellom-menneskelige forholdet til brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ved distriktspsykiatriske sentre?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u>          I denne delen presenteres relevant teori om emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, distriktspsykiatriske sentre og brukerstyrte innleggelse, samt holdninger og Travelbees teori om mellom-menneskelige relasjoner. Avslutningsvis presenteres et kortfattet kapittel om relevant jus og etikk.</p> <p><u>Metode</u>          Dette er en litterær oppgave hvor det teoretiske perspektivet samt forskning fra litteratursøk anvendes for å besvare problemstillingen. Denne oppgaven bygger på pensumlitteratur, annen faglitteratur og lovverk.</p> <p><u>Drøfting</u>          Drøftingen struktureres etter Travelbees tre første faser for forholdsdannelse. Her diskuteres sykepleiers holdninger i møte med brukergruppen, og hvordan dette påvirker den mellom-menneskelige relasjonen. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er en personlighetsforstyrrelse som kan føre til sterk opplevd lidelse. Symptomene til mennesker med lidelsen kan skape utfordringer i relasjoner, og det er kjent at holdninger i møte med gruppen kan være negative. Holdninger blant sykepleier i møte med denne brukergruppen er svært sentralt, da de forutsetter hvordan gruppen opplever å bli møtt.</p> <p><u>Konklusjon</u>          Det kommer frem at dersom sykepleier har negative holdninger kan det påvirke relasjon i negativ retning, ved at relasjonen stopper opp eller ikke utvikles videre. Godt samarbeid, og et mer positivt syn på brukerne, kan synes som å legge rammer for videreutvikling av forholdet.</p>	

(Totalt antall ord: 213)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2	Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling .....	6
1.3	Avgrensning og klargjøring av kontekst.....	6
1.4	Begrepsavklaring .....	7
1.5	Oppgavens disposisjon.....	7
<b>2</b>	<b>Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>8</b>
2.1	Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.....	8
2.1.1	Psykologiske forsvarsmekanismer.....	8
2.2	Distriktpsikiatrisk senter (DPS) .....	9
2.3	Holdninger .....	10
2.4	Travelbee om mellommenneskelige forhold .....	10
2.4.1	Menneske-til-menneske-forholdet.....	10
2.4.2	Travelbee om ikke-dømmende holdning .....	12
2.5	Etiske og juridiske føringer.....	12
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1	Studiedesign og databaser .....	13
3.2	Litteratursøk .....	13
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	15
3.4	Søkeord og begrunnelse for valg av artikler.....	16
3.5	Valg av litteratur .....	17
3.6	Kildekritikk .....	18
3.6.1	Kritisk vurdering av hovedartikler.....	18
3.6.2	Kritisk vurdering av faglitteratur .....	19
<b>4</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>21</b>
4.1	Syntese av artiklenes funn.....	21
4.2	Artikkelmatrise .....	22
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>25</b>
5.1	Det innledende møtet .....	25
5.1.1	Stereotypier og holdninger .....	25
5.1.2	Følelser og atferd .....	26
5.2	Fremvekst av identiteter.....	27
5.2.1	Se den andre som unik.....	27
5.2.2	Sykepleiers rolle .....	28
5.2.3	Forståelse og kunnskap.....	28

5.2.4	Gjensidig respekt .....	29
<b>5.3</b>	<b>Empatifasen .....</b>	<b>30</b>
5.3.1	Tillit .....	30
5.3.2	Profesjonell holdning .....	30
5.3.3	Utfordringer .....	31
5.3.4	Samarbeid .....	32
<b>5.4</b>	<b>Kritikk .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>34</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>35</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Spesialisthelsetjenesten skal forebygge akutte innleggelser, kriser og selvmord, og alle brukere som har behov, skal få tilbud om *brukerstyrte innleggelser* (Meld. St. 7 (2020-2023), s. 53). I Norge er det nå flere distriktpspsykiatriske sentre som tilbyr brukerstyrte innleggelser til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Olsø et al., 2016, s. 1), blant annet til mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Pedersen et al., 2020). Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er en personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes av ustabile følelser og svingende atferd (Karterud, 2017, s. 175). Omtrent 1,2% av befolkningen har denne diagnosen (Malt, 2020), og brukergruppen opplever selv et stort lidelsestrykk (Larsen, 2017, s. 62).

Institusjonsopphold er i utgangspunktet frarådet for mennesker med denne lidelsen, men kan i kortere perioder være nødvendig (Hummelvoll, 2014, s. 289). Da det ikke finnes medikamentell behandling for personlighetsforstyrrelsen i seg selv, står relasjonsdannelsen svært sentralt ved et institusjonsopphold (Skårderud et al., 2018, s. 304). Ved brukerstyrte innleggelser er det sykepleiere som har store deler av ansvaret ved oppholdet (Pedersen et al., 2020). Holdninger i møte med denne brukergruppen utgjør kjernen i et stabilt behandlingsfundament (Skårderud et al., 2018, s. 129). Til tross for dette oppgir mennesker med lidelsen at de opplever å bli møtt med negative holdninger i helsetjenesten (Hummelvoll, 2014, s. 288). Dette kan gå på bekostning av omsorgen som blir gitt (Larsen, 2017, s. 63), og kvaliteten av helsehjelpen som de har krav på slik det er hjemlet i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, § 1-1). Da sykepleier skal hjelpe brukeren med å mestre lidelse og sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22) er det viktig at sykepleier er bevisst sine holdninger i møte med brukergruppen, da disse negative holdningene kan sette en sperre for sykepleiers mulighet til å se den lidelsen brukeren faktisk bærer på (Larsen, 2017, s.66).

## 1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Oppgavens hensikt er å utforske sykepleiers holdninger i møte med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ved distriktpspsykiatriske sentre, og belyse betydningen dette har å si for forholdet man klarer å skape. På bakgrunn av forrige delkapittel har oppgaven derfor følgende problemstilling:

*Hvordan påvirker sykepleiers holdninger det mellom-menneskelige forholdet til brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ved distriktpspsykiatriske sentre?*

## 1.3 Avgrensning og klargjøring av kontekst

Institusjonsopphold er som nevnt frarådet for mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, da det kan føre til blant annet ansvarsfraskrivelse, men i kortere perioder kan opphold i institusjon forebygge akutte kriser (Hummelvoll, 2014, s. 289). Denne oppgaven tar derfor utgangspunkt i kortere innleggelses på 1-5 døgn ved distriktpspsykiatriske sentre. Her kan enkelte brukere ha mulighet for å benytte seg av brukerstyrte innleggelses (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016). Videre tar oppgaven utgangspunkt i at brukeren ikke er i en akutfase av sykdommen, da distriktpspsykiatriske sentre ikke er akutte avdelinger. Spiseforstyrrelser, selvmordsforsøk og rusproblematikk er ikke uvanlig for mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Hummelvoll, 2014, s. 284). Det kan tenkes at disse elementene kan påvirke sykepleiers holdninger, men grunnet oppgavens begrensninger vil ikke dette belyses i diskusjonen. Oppgaven avgrenses ytterligere til å omhandle voksenpsykiatri, 19-65 år.

Oppgaven tar videre utgangspunkt i forholdsdannelse i lys av Travelbees sykepleieteori. Travelbees teori om fasene i et menneske-til-menneske-forhold består av fem ulike faser. Dette forholdet er fluktuerende og kan bygges opp i ulikt tempo (Travelbee, 1999, s. 172). Grunnet avgrensningen om kortere døgninnleggelses vil vi derfor bare inkludere de tre første fasene. Travelbee (1999, s.62-64) hevder videre at det ikke finnes «pasienter», og at begrepet er en merkelapp som skaper en avhumanisering av mennesket, og dermed plasserer det unike individet i en posisjon hvor sykepleier ikke evner å se det hele mennesket. I tråd med Travelbees refleksjoner rundt begrepet «pasient» anvendes derfor begrepet «bruker» når det kommer til mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

## 1.4 Begrepsavklaring

**Bruker:** En bruker kan defineres som en person som ber om, eller som mottar, ulike tjenester som faller under helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, § 1-3(f)).

**Distriktpsikiatrisk senter:** En del av spesialisthelsetjenesten som blant annet består av døgntilbud (Malt, 2021). Brukerstyrte innleggelser er et alternativt tilbud ved flere av disse sentrene (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016), og er et kontraktfestet tilbud for tilgang til institusjonsplass ved sykdomsforverring (Heskestad & Tytlandsvik, 2008, s. 32).

**Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse:** En personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes av blant annet ustabile følelser, følelse av tomhet, selvdestruktiv atferd, redusert impuls kontroll og relasjonelle vansker (Skårderud et al., 2018, s. 294).

**Mellommenneskelig forhold:** Et forhold mellom sykepleier og pasient som er viktig og meningsfylt for begge parter. En gjensidig prosess som ikke etableres av sykepleier alene, men som den profesjonelle sykepleier har ansvar for å etablere og opprettholde (Travelbee, 1999, s.178).

**Holdninger:** «En tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s. 185).

**Sykepleier:** «[...] sykepleieren innehar visse spesialiserte kunnskaper og er i stand til å anvende dem med sikte på å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde best mulig helsetilstand» (Travelbee, 1999, s.72).

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven vil i kapittel 2 først ta for seg det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for å besvare problemstillingen. Deretter vil kapittel 3 ta for seg metoden som har blitt anvendt for å besvare oppgaven, før resultatene presenteres i kapittel 4, og problemstillingen drøftes i lys av funn og relevant litteratur i kapittel 5.

## **2 Teoretisk grunnlag**

Dette kapittelet tar for seg kjennetegn og forsvarsmekanismer knyttet til emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Videre beskriver kapittelet konteksten, distriktpsikiatrisk senter, som blant annet tilbyr brukerstyrte innleggelse. Deretter beskrives holdninger og dens komponenter, før oppgaven tar for seg Travelbees teori om menneske til menneske forholdet og en ikke-dømmende holdning. Avslutningsvis beskrives relevant lovverk og etikk.

### **2.1 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse**

Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av ustabilitet, både når det kommer til egne følelser, i relasjon med andre og bildet personen har av seg selv (Skårderud et al., 2018, s. 302). Mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse vil i perioder av livet oppleve stor grad av psykisk smerte (Hummelvoll, 2014, s. 280). Den skiftende oppfattelsen av hvem de er som person, gir dem en usikker grunn å stå på. Mange opplever en konstant følelse av indre tomhet og ensomhet (Hummelvoll, 2014, s. 284-285), samt en grunnleggende frykt for å bli forlatt (Karterud, 2017, s. 146). En grunnleggende mangel på tillit, sammen med en økt årvåkenhet, preger tolkningen av omgivelsene rundt (Skårderud et al., 2018, s. 302-303). Brukergruppen er også kjent for å ha en manglende evne til å se nyanser i situasjoner eller mennesker. De kan oppfatte personer som enten gode eller onde, eller ulike situasjoner som veldig bra eller dårlige, og denne oppfatningen kan skifte raskt (Hummelvoll, 2014, s. 282). Personer som utvikler lidelsen har ofte hatt en utfordrende barndom med vold, overgrep eller tidlig tap av foreldre (Hummelvoll, 2014, s. 286-287). Den økte årvåkenheten, sammen med grunnleggende mangel på tillit, kan føre til at informasjon feiltolkes (Skårderud et al., 2018, s. 303). Opplevelsen av indre tomhet skaper fortvilelse og kan føre til impulsive og ekstreme handlinger (Hummelvoll, 2014, s. 284). Forhold har også tendenser til å være kortvarige, intense og overfladiske (Hummelvoll, 2014, s. 280; Karterud, 2017, s. 176).

#### **2.1.1 Psykologiske forsvarsmekanismer**

Forsvarsmekanismer er ubevisst atferd med hensikt om å redusere eller lindre angst og skyldfølelse for å fungere best mulig i dagliglivet. Nyttigheten avhenger av hvor effektivt mekanismene fungerer for å redusere smerte, og hvor mye ressurser en må bruke (Hummelvoll, 2014, s. 282). Primitive forsvarsmekanismer er «umodne» mekanismer som en kan finne hos brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Hummelvoll, 2014, s.



283), og kan i enkelte tilfeller skape et uriktig bilde av verden rundt (Håkonsen, 2014, s. 262). Disse forsvarsmekanismene vil påvirke samspillet med andre mennesker. *Splitting* er en slik form for forsvarsmekanisme og dreier seg om utfordringen brukeren har for å se sammenhengen mellom positive og negative opplevelser og tanker (Hummelvoll, 2014, s. 282). Dette betyr at brukeren har vanskelig for å se nyanser i omgivelsene, og at mennesker kan bli oppfattet som enten gode eller onde (Strand, 1990, s. 61). Personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan også se på andre mennesker som allmektige, og dermed stille store forventninger til dem. Dette kalles *primitiv idealisering*, og kan skape avhengighet, ettersom brukeren opplever at den trenger dette andre mennesket for å overleve (Hummelvoll, 2014, s. 283). *Projeksjon* er en annen form for forsvarsmekanisme, som dreier seg om å ubevisst overføre egne negative følelser til andre mennesker for å oppleve større grad av kontroll (Hummelvoll, 2014, s. 283; Strand, 1990, s. 60). Videre kan mennesker med lidelsen oppleve behov for at noen andre også bærer deres vonde følelser (Karterud, 2017, s. 178). Dette kalles *prosjektiv identifikasjon*, og kan føre til at sykepleier oppfører seg i tråd med de egenskapene som projiseres (Hummelvoll, 2014, s. 283; Strand, 1990, s. 60).

## **2.2 Distriktpsikiatrisk senter (DPS)**

Distriktpsikiatriske sentre er en del av spesialisthelsetjenesten og består blant annet av døgntilbud. Sykepleiere utgjør mesteparten av de ansatte (Malt, 2021). Brukerstyrte innleggelse er et alternativt tilbud ved flere distriktpsikiatriske sentre i Norge (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2016). Som regel vil det være et begrenset utvalg av døgnplassene ved distriktpsikiatriske sentre som er øremerket brukerstyrte innleggelse (Heskestad & Tytlandsvik, 2008, s. 32). Dette tilbudet gir brukerne som er kjent ved den aktuelle avdelingen mulighet til å på eget initiativ bestemme selv når de har behov for en kortere og frivillig innleggelse (Olsø et al., 2016, s. 3). I forkant av innleggelsen foretar personalet en samtale med brukeren over telefon, da et kriterium for innleggelse er at brukeren selv er i stand til å ta vare på seg selv ettersom en ikke følges opp av lege eller psykolog under oppholdet (Oslo universitetssykehus, 2020). Det overordnede målet med avtalen er å oppnå bedre livskvalitet gjennom å lettere kunne håndtere hverdagsutfordringer, samt å raskt stabilisere brukere som går inn i ustabile perioder (Olsø et al., 2016, s. 3). Ved en brukerstyrt innleggelse er det på forhånd bestemt hvor lenge oppholdet skal være (Pedersen et al., 2020, s. 14), og en innleggelse kan vare fra 1-5 døgn (Olsø et al., 2016, s. 2; Oslo

universitetssykehus, 2020; Pedersen et al., 2020, s. 14). Det tilbys blant annet støttesamtaler under oppholdet, og god struktur på hverdagen er viktig (Oslo universitetssykehus, 2020).

### **2.3 Holdninger**

I møte mellom sykepleier og bruker vil holdninger påvirke yrkesutøvelsen (Brinchman, 2016b, s. 131). En holdning kan defineres som «en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger er nokså varige (Håkonsen, 2014, s. 205), og skapes og formes på bakgrunn av blant annet oppvekst, venner, skole og sosiale medier (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger bygges opp av tre ulike komponenter; en kognitiv, en emosjonell og en atferdsmessig del. Den kognitive delen omhandler meningene og tankene våre rundt ulike temaer og emner, og vil formes av det sansene oppfatter fra omgivelsene. Den emosjonelle delen omhandler hvilke følelser vi kjenner på i møte med noe eller noen, enten positive eller negative. Den atferdsmessige delen dreier seg om hvordan vi oppfører oss, og det er gjennom atferden at holdningene våre blir synlige for andre (Håkonsen, 2014, s. 186). Til tross for dette er det ikke alltid at holdningene våre henger sammen med hvordan vi oppfører oss, da ulike sosiale faktorer kan virke inn (Håkonsen, 2014, s. 186-187). Holdninger kan ligge lett tilgjengelig i bevisstheten, eller de kan kreve sterke stimuli for å aktiveres (Håkonsen, 2014, s. 185).

### **2.4 Travelbee om mellommenneskelige forhold**

Travelbees sykepleieteori fokuserer i stor grad på hvordan selve kjernen i sykepleie er at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleier gir bistand og støtter pasienter i å oppnå mestring over sin sykdom eller lidelse (Travelbee, 1999, s. 5-6).

#### **2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet**

I følge Travelbee har sykepleier et ansvar for å etablere et *menneske-til-menneske-forhold* med sine brukere. Det vil si et forhold der partene verdsetter det unike ved den andre (Travelbee, 1999, s. 171). Videre hevder Travelbee (1999, s. 173) at menneske-til-menneske-forholdet skiller seg fra annen type interaksjon hvor mennesker kun har kontakt gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. Menneske-til-menneske-forholdet anses derfor som utelukkende «godt» og «konstruktivt», nettopp fordi sykepleier og bruker ser hverandre som unike individer. Dette forholdet vil ifølge Travelbee (1999, s. 171) gjøre det mulig å blant

annet bistå den syke med å mestre sykdommen sin. Å danne dette forholdet krever bevisst innsats av sykepleier, og for å klare det, må man være bevisst i interaksjonen og kjenne sine tanker, handlinger, følelser og erfaringer i møte med den syke (Travelbee, 1999, s. 171).

#### **2.4.1.1 Det innledende møtet**

I det innledende møtet vil bruker og sykepleier gjøre seg opp meninger om den andre parten uten å ha tilstrekkelig informasjon om vedkommende. Dette vil igjen vekke ulike følelser (Travelbee, 1999, s. 186). De innledende antakelsene og følelsene er selve grunnlaget for hvordan man opptrer i forholdet med hverandre. Dette førsteinntrykket bestemmes av våre tidligere erfaringer, som enten kan være positive eller negative. Eventuell feiloppfatning kan endres ettersom man blir bedre kjent med personen, men den kan også vedvare (Travelbee, 1999, s. 186). Begge parter blir som regel betraktet i lys av typiske stereotypier, og partene ser hverandre kun som kategorier, ikke som unike individer. For å komme videre i forholdet må disse stereotypiene brytes (Travelbee, 1999, s. 187). Dette krever at sykepleier har interesse og er bevisst egne tanker og atferd i møtet med bruker (Travelbee, 1999, s. 188).

#### **2.4.1.2 Fremvekst av identiteter**

I den andre fasen klarer sykepleier i større grad å se at brukeren er et unikt individ, noe som kan skje både bevisst og ubevisst (Travelbee, 1999, s. 188-189). Dette krever riktignok at sykepleier er villig til å bruke seg selv slik at det unike ved brukeren kommer frem (Travelbee, 1999, s. 188). I denne fasen dannes det gradvis en tilknytning til den andre, samtidig som de to unike identitetene vokser frem. Sykepleier opparbeider seg også gradvis en forståelse for brukerens tanker og følelser (Travelbee, 1999, s. 189). Sykepleier mislykkes i å se at brukeren er et unikt individ dersom sykepleier reagerer på brukerens atferd i lys av stereotypier. I en slik situasjon kan det være nødvendig å innhente veiledning utenfra, da sykepleier selv kan mangle innsikt i situasjonen (Travelbee, 1999, s. 189-190).

#### **2.4.1.3 Empatifasen**

Den tredje fasen kjennetegnes av at partene har en opplevelse av å være sammen om noe, men at de fremdeles er to unike individer (Travelbee, 1999, s. 193). Travelbee (1999, s. 194) hevder at en viss likhet med motparten er en forutsetning for empati. Dette er fordi det er vanskelig å ha forståelse for noe man ikke til en viss grad kan kjenne seg igjen i (Travelbee, 1999, s. 195). Travelbee (1999, s. 193) hevder at empati er en erfaring som skjer mellom to

eller flere mennesker, og at dette er en bevisst prosess. Når det har oppstått empati mellom partene vil det dannes mer riktige tanker og holdninger om hverandre enn i de to foregående fasene (Travelbee, 1999, s. 197).

#### **2.4.2 Travelbee om ikke-dømmende holdning**

Travelbee (1999, s. 198) mener det er umulig for sykepleier å møte den syke med en ikke-dømmende holdning. Mennesker har en tilbøyelighet til å automatisk dømme andres atferd. Sykepleier bør derfor heller fokusere på å være bevisst over egne holdninger i møte med den syke ved å reflektere over hvilke holdninger en har, og hva en eventuelt kan gjøre med dem (Travelbee, 1999, s. 198). Sykepleier har gjennom bevisstheten av egne holdninger muligheten til å etterstrebe at holdningene ikke påvirker omsorgen. Det er riktignok ikke alltid at dette er mulig, da ubevisste psykologiske faktorer kan virke inn (Travelbee, 1999, s. 198).

### **2.5 Etiske og juridiske føringer**

Sykepleier er lovpålagt å yte omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp, og for å utøve en sykepleie som er forsvarlig må sykepleier ha tilstrekkelig med kunnskap om den aktuelle sykdommen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Brukere har rett på at den helsehjelpen som tilbys er av god kvalitet (pbrl, 1999, § 1-1). Videre sier lovverket at brukere har rett til å medvirke i den behandlingen de får (pbrl, 1999, § 3-1), noe som henger tett sammen med det etiske prinsippet om autonomi og retten til å bestemme selv (Brinchman, 2016a, s. 89). De yrkesetiske retningslinjene understreker i punkt 2.3 at sykepleier skal sørge for å ivareta helhetlig omsorg ovenfor sine brukere, og i punkt 1.3 at man har et ansvar for at helsehjelpen er etisk, juridisk og faglig forsvarlig, samt søke veiledning i utfordrende situasjoner i punkt 1.7 (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019). Det etiske prinsippet om velgjørenhet sier også at sykepleier skal sørge for å behandle brukerne godt (Brinchman, 2016a, s. 87).

### 3 Metode

I dette kapittelet beskrives den anvendte metoden, og det gjøres rede for litteratursøk med tilhørende inklusjonskriterier, samt fremgangsmåten for utvalget av artikler og annen litteratur. Kapittelet avsluttes med kritisk vurdering av de inkluderte artiklene og den øvrige litteraturen.

#### 3.1 Studiedesign og databaser

Metode er et redskap som sørger for en systematisk fremgangsmåte for å tilegne seg informasjon og kunnskap om et gitt tema eller en problemstilling (Dalland, 2020, s. 54-55).

Denne oppgaven er en litterær oppgave som går ut på anvendelse av skriftlige kilder og kildekritisk vurdering av litteratur, funnet gjennom litteratursøk (Dalland, 2020, s. 199).

Databasene CINAHL og PUBMED har blitt anvendt for å finne forskningsartikler, da dette er databaser som egner seg for å finne helsefaglige artikler (Thidemann, 2015, s. 85).

#### 3.2 Litteratursøk

Søke-dato	Søk nr.	Data-base	Søkeord	Antall treff	Artikler inkludert	Valgte artikler
25.11.20	1	CINAHL	1.Borderline personality disorder 2.Attitude of health personnel 3. Nurse attitudes 4. 2 OR 3 5. 1 AND 4	33	1	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. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25, 1848-1875. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13202">https://doi.org/10.1111/jocn.13202</a>
02.02.21	2	CINAHL	1.Borderline personality disorder 2.Life experience 3.Lived experience 4. 2 OR 3 5. 1 AND 4	42	1	Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 10(4), 393-400. <a href="https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x">https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x</a>

02.02.21	3	CINAHL	<p>1.Borderline personality disorder</p> <p>2. Brief admission</p> <p>3. Open borders programme</p> <p>4. Self-referral to inpatient treatment</p> <p>5. Self-admission</p> <p>6. Patient-controlled admission.</p> <p>7. 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</p> <p>8. 1 AND 7</p>	7	2	<p>Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseius, K.-I. &amp; Omerov, P. (2019). Brukerstyrte innleggelse ef admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses´ perspectives - person-centred care in clinical practice <i>International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being</i>, 14(1), 1667113.  <a href="https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1667133">https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1667133</a></p> <p>Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N. &amp; Perseius, K.-I. (2020). Brukerstyrte innleggelse ef admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients´ experiences during crisis. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> 29, 962-971.  <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12736">https://doi.org/10.1111/inm.12736</a></p>
10.02.21	4	PUBMED	<p>1. Borderline personality disorder</p> <p>2. Brief admission</p> <p>3. Open borders programme</p> <p>4. Self-referral to inpatient treatment</p> <p>5. Self-admission</p> <p>6. Patient-controlled admission.</p> <p>7. User</p>	29	1	<p>Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A. &amp; Achterberg, T. v. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brukerstyrte innleggelse ef admission intervention: A phenomenological study. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 23, 442-450.  <a href="https://doi.org/10.111/inm.12074">https://doi.org/10.111/inm.12074</a></p>

			8. 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 9. 1 AND 8			
--	--	--	---	--	--	--

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for de inkluderte artiklene var at de måtte være sykepleiefaglige og relevant for bachelornivå, ikke ha for stort fokus på tilleggsproblematikk som eksempelvis selvskading, spiseforstyrrelser og rus, og de måtte omhandle voksne brukere. I tråd med problemstillingen ble artikler med kvalitativ tilnærming prioritert for å få frem sykepleiers og brukernes opplevelser, da kvalitative data fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan innhentes via tall (Dalland, 2020, s. 54). Et annet inklusjonskriterium var at artiklene hadde en kontekst som lignet distriktpsikiatriske sentre i Norge. Vi ønsket både studier med og uten brukerstyrte innleggelse for å belyse forskjeller, da distriktpsikiatriske senter tilbyr begge deler. Innenfor sykepleie hevder Dalland (2020, s. 149) at det kan være hensiktsmessig å se på nyere forskning. Vi hadde fokus på å undersøke nyere artikler, men valgte å avgrense søkene til de siste 20 årene (2001 til 2021), for å ikke overse eventuell relevant forskning. Engelsk eller skandinavisk språk var også et inklusjonskriterium.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne mellom 19-65 år	Barn < 18 år eller voksne > 65 år
DPS-lignende kontekst	Akuttpsikiatri og poliklinikk
Fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Publisert mellom 2001 og 2021	Publisert før 2001
Skandinavisk eller engelsk språk	Øvrige språk

### 3.4 Søkeord og begrunnelse for valg av artikler

Det første søket utførte vi i CINAHL, der vi brukte søkeordene «Borderline personality disorder» AND «Attitude of health personnel» OR Nurse attitudes». Med overnevnte inklusjonskriterier resulterte dette i 33 treff, hvor vi leste fire artikler, og valgte ut en (se kapittel 3.2). Vi valgte å kun lese fire, da vi gjennom overskrifter luket ut de som omhandlet videreutdanning, andre yrkesgrupper, fokuserte på en spesifikk behandlingsintervensjon eller omhandlet andre aspekter ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, eksempelvis selvskadning eller rus. Vi endte opp med en systematisk oversiktsartikkel som gir faglig tyngde (Thidemann, 2015, s. 71), og de andre relevante artiklene ble ekskludert da de var en del av hovedfunnene i den systematiske oversiktsartikkelen.

Videre i søkeprosessen ønsket vi å undersøke brukernes erfaringer i møte med sykepleiers holdninger. Det andre søket utførte vi også i CINAHL med søkeordene «Borderline personality disorder» AND «lived experience» OR «life experience». Her fikk vi 42 treff. Av dem leste vi tre sammendrag, men valgte en artikkel (se kapittel 3.2). Flere av artiklene luket vi ut gjennom overskriftene, da de hadde for mye fokus på hvordan det var å leve med diagnosen, og ikke hvordan brukerne opplevde møtet med holdningene. Andre ble ekskludert da de allerede var brukt i den systematiske oversiktsartikkelen fra det første søket.

I det tredje søket, også utført i CINAHL, benyttet vi søkeordet «Borderline personality disorder» sammen med fem betegnelser for brukerstyrte innleggelses (se kapittel 3.2), da disse emneordene var blitt brukt i annen relevant litteratur vi hadde lest. Dette søket ga syv treff der alle virket relevante, og vi leste derfor alle sammendrag. Grunnet oppgavens begrensninger valgte vi to av de syv artiklene (se kapittel 3.2). Artiklene vi valgte var studier som var blitt gjennomført i en svensk kontekst. Vi valgte disse da den ene omhandlet sykepleieperspektivet og den andre brukerperspektivet, og kan derfor belyse begge sidene av forholdet. I tillegg kan det tenkes at de har større overføringsverdi til en norsk kontekst da det kan tenkes at det er visse likheter mellom skandinaviske land.

Det fjerde søket utførte vi i PUBMED for å benytte flere søkemotorer. Her kombinerte vi «borderline personality disorder» med de fem samme betegnelse som i det forrige søket, i tillegg til at vi la til «user» da vi oppdaget at dette også var et emneord som ble anvendt i



annen relevant litteratur. Her fikk vi totalt 29 treff. Vi leste totalt ni sammendrag og to artikler. Vi valgte ut én (se kapittel 3.2). En av artiklene hadde vi allerede valgt, en omhandlet pårørendes erfaringer, som ble for bredt for vår problemstilling, to handlet om psykoser og flere av dem hadde vi allerede gått gjennom i forbindelse med tidligere søk.

### **3.5 Valg av litteratur**

Utvalg av litteratur startet med en gjennomgang av bøker fra tidligere pensumlistene innenfor sykepleie. Lærebøker knytter seg direkte til studiet, og kan ofte gi oversikt over viktige forfattere innenfor emnet (Dalland, 2020, s. 146). Her kom vi frem til Skårderud et al. (2018), Hummelvoll (2014) og Håkonsen (2014) fra pensumlitteratur. Vi har også valgt å anvende Brinchmann (2017) fra pensumlitteratur for å belyse etiske aspekter. Av annen litteratur har vi benyttet Karterud (2017), da vi oppdaget at denne ble anvendt i Skårderud et al. (2019). Karterud (2017) har lang erfaring innenfor personlighetspsykologi, og han mener at man må ha kunnskap om personlighet for å kunne hjelpe brukere med personlighetsforstyrrelser. Ved søk i skolens bibliotek med søkeordene «borderline» og «holdninger» kom vi frem til en bok av Strand (1990). Boken fokuserer blant annet på sykepleietilnærming ved psykoser, men innholdet kan overføres til andre brukergrupper, særlig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Til tross for at ikke alt av den inkluderte litteraturen har et direkte sykepleiefaglig perspektiv, anser vi at de samlet og kombinert dekker flere viktige aspekter i møte med brukergruppen, samt at den sikrer tilstrekkelig forståelse.

Ved søk på «emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse» på Sykepleien.no fant vi en fagartikkel av Larsen (2017), «Når pasienten vekker det verste i deg». Artikkelen belyser holdninger og utfordringer helsepersonell har i møte med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og hva dette har å si for samhandlingen mellom sykepleier og bruker. Vi har også valgt å inkludere Stroud og Parsons (2013), som var en av artiklene vi ekskluderte som hovedartikkel, da Dickens et al. (2016) ikke belyser alle aspektene fra artikkelen.

Med utgangspunkt i våre søk var det begrenset med konkret faglitteratur og annen litteratur om brukerstyrte innleggelse. Vi valgte derfor å anvende diverse typer artikler og nettsteder i oppgaven for å sikre forståelse for brukerstyrte innleggelse, samt å sammenligne den informasjonen vi fant.

Vi ønsket å anvende Travelbees sykepleieteori da denne legger vekt på viktigheten av et godt og konstruktivt forhold mellom bruker og sykepleier (Travelbee, 1999). Dette fordi relasjonsdannelse er et sentralt element i møte med brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, da det ikke finnes medikamentell behandling for personlighetsforstyrrelsen i seg selv (Skårderud et al., 2018, s. 304).

### **3.6 Kildekritikk**

Kildekritikk er en vurdering om kildene man bruker er gyldige og relevante (Dalland, 2020, s. 143). Alle forskningsartiklene vi har valgt å anvende er fagfellevurdert og registrert i NSD (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Fagfellevurderte artikler har blitt nøye gjennomgått og godkjent av eksperter på feltet og det settes bestemte krav til kvaliteten (Dalland, 2020, s. 145).

#### **3.6.1 Kritisk vurdering av hovedartikler**

I våre vurderinger har vi anvendt sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler fra Helsebiblioteket (2016); alle artiklene har et tydelig formål og en passende metode for å besvare forskningsspørsmålet, samt at alle har tatt hensyn til etiske elementer. I tillegg har alle artiklene et sykepleiefagligperspektiv hvor deltakerne involvert i studien er sykepleiere med bachelorgrad, og i noen tilfeller sykepleiere med spesialisering. Andre begrensninger er dog at vi har begrenset erfaring med litteratursøk, samt kun brukt to databaser, noe som kan ha ført til at vi ikke har dekket hele bredden av feltet. En annen utfordring er at vi inkluderte en systematisk oversiktsartikkel, og denne tok for seg mange av studiene fra fagområdet, som gjorde at vi ikke kunne inkludere dem som hovedartikler.

Fire av hovedartiklene inkludert i denne oppgaven tar utgangspunkt i helsetjenester fra Sverige, Nederland og England. Det kan tenkes at kulturforskjellene mellom Norge og disse landene ikke er så framtrædende, men det må tas høyde for at det likevel kan finnes kulturelle forskjeller. Dickens et al. (2016) har kun anvendt artikler som er skrevet på engelsk, noe som kan være en svakhet da de kan ha ekskludert eventuell annen relevant forskning. Til tross for dette er det riktignok inkludert flere andre kulturer, da den involverer artikler som er skrevet på engelsk fra blant annet Sverige og Nederland.

Alle artiklene, med unntak av Dickens et al. (2016), tar utgangspunkt i DPS-lignende kontekster. Helsesystemenes oppbygning kan likevel variere fra land til land. Dickens et al. (2016) tar for seg en rekke ulike typer institusjoner, alt fra dagtilbud i kommunen, døgntilbud i kommunen, institusjoner i spesialisthelsetjenesten til akutte avdelinger, men anses likevel som relevant da den kan si noe generelt om holdninger knyttet til emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Den tar også for seg enkelte studier fra DPS-lignende kontekst.

Felles for alle artiklene er at kun et fåtall av deltakerne i de ulike studiene er menn. Flere av studiene har vært i kontakt med mannlige informanter, men de har av ulike grunner ikke kunnet delta. Studiet som tar for seg sykepleiers erfaringer og opplevelser (Eckerström et al., 2019), og i to av studiene som belyser brukernes erfaringer (Eckerström et al., 2020; Helleman et al., 2014) er det overrepresentert av kvinner. Det må tas høyde for at eventuelle kjønnsforskjeller kanskje ikke har kommet frem, og det kan tenkes at det kan være forskjellige holdninger, tanker og opplevelser blant kvinner og menn. I klinisk sammenheng møter man flest kvinner da de i større grad oppsøker hjelpeapparatet (Skårderud et al., 2018) og det kan kanskje forklare hvorfor det ikke finnes særlig forskning der kjønnene er likt vektet.

Fire av de fem inkluderte studiene er fra de siste 6 årene (2014-2020), bortsett fra studien gjennomført av Fallon (2003). Det må derfor tas høyde for at nyere forskning kunne ha vist andre resultater enn hva denne inkluderte artikkelen viser. Flere av de inkluderte hovedartiklene har anvendt kvalitative studier og har relativt små utvalg, noe som kan tenkes å påvirke resultatene ved at studiene kun inkluderer et fåtall menneskers meninger og opplevelser. Det må også tas høyde for at den systematiske oversiktsartikkelen har gjengitt informasjon fra sine inkluderte funn, og at funn anvendt i denne oppgaven fra den systematiske oversiktsartikkelen er basert på forfatterens tolkning. Derfor kan være noe forskjeller fra originalstudiene. Likevel er en systematisk oversiktsartikkel en god type sekundærlitteratur (Thidemann, 2015, s. 71).

### **3.6.2 Kritisk vurdering av faglitteratur**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Travelbees (1999) sykepleieteori. Da vi kun har anvendt den norske versjonen av boken, må det tas høyde for at oversettelsen av begrepene er noe annerledes fra originalen, samt at vi kan ha oversett enkelte elementer. Dette er en eldre teori

fra 1960-tallet, og baserer seg på én bestemt teoretiker sin oppfatning. Til tross for dette er det en anerkjent teori innenfor sykepleiefaget.

## **4 Resultater**

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene i en sammenfattet syntese, etterfulgt av en artikkelmatrise med detaljer fra de inkluderte hovedartiklene.

### **4.1 Syntese av artiklenes funn**

Hovedartiklenes funn indikerer at sykepleiere er den yrkesgruppen med mest negative holdninger til mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og at mangel på kunnskap kan tenkes å være en årsak til dette (Dickens et al., 2016). Det kommer også frem at brukere opplever å bli møtt med negative holdninger (Fallon, 2003), og at dette påvirker kvaliteten av samhandlingen (Dickens et al., 2016; Fallon, 2003). Sykepleiere rapporterer at de ved brukerstyrte innleggelses fikk de et nytt syn på brukerne, og at dette la rammer for å skape mer konstruktive forhold (Eckerström et al., 2019). Brukerne selv satte pris på denne varme tilnærmingen, og verdsatte muligheten til å ta mer ansvar samt medvirke (Eckerström et al., 2020; Helleman et al., 2014).

## 4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	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.	Å undersøke om måten sykepleier møter brukere med ustabil personlighetsforstyrrelse er problematisk, og om den er det; komme med mulige løsninger for endring.	Systematisk oversiktsartikkel.	Sykepleiers kunnskap og holdninger om diagnosen er varierende, men mange opplever brukergruppen som utfordrende. Sykepleiere er mer negative enn annet helsepersonell, og sykepleiere er mer negative til denne brukergruppen enn andre brukergrupper. Studien fant en sammenheng mellom liten grad av veiledning og negative holdninger.
2	Fallon, P. (2003).	Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.	Å undersøke hvordan mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse opplever møtet med psykiatriske helse-tjenester.	Ustruktureerte intervjuer.	Brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har opplevd å bli møtt med negative holdninger og opplever at sykepleier i stor grad fokuserer på praktiske oppgaver fremfor relasjon. Brukerne rapporterte at viktige elementer i en relasjon var en empatisk tilnærming og at sykepleier viste

						interesse. Dette hjalp dem å kontrollere følelsene sine.
3	Eckerstrom, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L. Perseius, K-I., Omerov, P. (2019).	Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives – person-centered care clinical practice.	International journal of Qualitative Studies in Health and Well-being.	Å beskrive sykepleieres erfaringer med å jobbe med brukerstyrte innleggelser hos brukere med emosjonell ustabilitet.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer.	Sykepleierne opplevde at brukerstyrte innleggelser gav en mer positiv innstilling til brukeren da det gav rom for samarbeid samt at de fikk bedre tid til å bli kjent med brukerne. Sykepleierne oppga også at deres tilnærming til brukeren var viktig for brukerens bedringsprosess.
4	Eckerstrom, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindstrom, N., Perseius, K-I. (2020).	Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis.	International Journal of Mental Health Nursing.	Å undersøke hva som er brukeres opplevelse med brukerstyrte innleggelser og hva de anser som viktige elementer ved en innleggelse.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer.	Brukerne ved brukerstyrte innleggelser opplevde å bli møtt med en varmere tilnærming, samt at de ble respektert. Samtaler med sykepleier hjalp dem å sortere tankene og gav en opplevelse av at innleggelsen var et fellesprosjekt.
5	Helleman, M.,	Experience of	International Journal	Beskrive opplevelsen	Fenomenologisk	Brukerne ved brukerstyrte

	Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A. & Achterberg, T. v. (2014).	patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study.	of Mental Health Nursing.	brukere med ustabil personlighetsforstyrrelse har med brukerstyrte innleggelser.	forskningsdesign med dybdeintervjuer.	innleggelser rapporterte at kontakten med sykepleier var et viktig element. Brukerne opplevde også at sykepleiers involvering var viktig for å overkomme kriser. Dersom brukerne opplevde at sykepleierne ikke hadde tid til dem oppsto det frustrasjon.
--	---	--	---------------------------	--	---------------------------------------	--



## 5 Diskusjon

I dette kapittelet belyses Travelbees tre første faser for menneske-til-menneske-forholdet, og hvordan sykepleiers holdninger ved distriktpsikiatriske sentre, der noen tilbyr brukerstyrte innleggelses, kan påvirke forholdet. Dette gjøres i lys av funn fra litteratursøk, pensumlitteratur, annen litteratur og relevant lovverk. Travelbees faser er en fluktuerende prosess hvor man kan bevege seg mellom de ulike fasene, og det er viktig å være bevisst på at dette ikke er en oppskrift på hvordan forholdet dannes, men at man kan bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene, og at man noen dager kan føle at man går tilbake til start (Travelbee, 1999, s. 172).

### 5.1 Det innledende møtet

#### 5.1.1 Stereotypier og holdninger

Som nevnt i kapittel 2.4.1.1 handler det innledende møtet ifølge Travelbee (1999, s. 186) om å gjøre seg opp en mening om den andre parten. Disse antakelsene er ofte basert på tidligere erfaringer hvor man knytter egenskaper fra personer man har møtt tidligere til den personen man møter nå (Håkonsen, 2014, s. 185; Travelbee, 1999, s. 187). Dette kan skape et uriktig førsteinntrykk (Travelbee, 1999, s. 187). Dickens et al. (2016, s. 1871) fant at sykepleiere responderte mer negativt til brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse enn andre brukergrupper, og opplevde mer negative følelser knyttet til brukergruppen. Med utgangspunkt i dette kan det synes som at sykepleier ser på brukerne som en helhetlig gruppe, fremover unike individer ved dette innledende møtet. Dette kan forklares av at partene ofte ser hverandre i lys av stereotypier i denne fasen (Travelbee, 1999, s. 187). Dette stemmer videre overens med Dickens et al. (2016, s. 1868) som beskriver at begreper som «kaotiske», «tidkrevende», «manipulerende» og «oppmerksomhetssøkende» gikk igjen i beskrivelsen av mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Bruken av disse begrepene kan kanskje forklares ved at sykepleier tidligere har opplevd å bli utsatt for brukergruppens forsvarsmekanismer. Eksempelvis rapporterte Stroud og Parsons (2013, s. 247) at sykepleiere hadde opplevd at brukerne splittet dem i grupper med vilje, og at hensikten var å skape bekymring.

For å kunne videreutvikle menneske-til-menneske-forholdet må disse stereotypiene brytes (Travelbee, 1999, s. 187). På bakgrunn av dette kan det tyde på at slike holdninger kan gjøre

det vanskelig å bevege seg videre i menneske-til-menneske-forholdet, med mindre sykepleier ser forbi disse stereotypiene. Ved brukerstyrte innleggelse opplevde sykepleier derimot at de hadde et nytt syn på brukerne. Dette fordi det ble mer synlig at bedring var mulig heller enn at brukerne var «håpløse» (Eckerström et al., 2019, s. 6). Det kan synes som at dette var positivt for utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet, da det nye synet kanskje skapte rom for å bryte stereotypier. Resultatet av sykepleiernes fremtoning gjorde at brukerne opplevde å i større grad bli tatt seriøst, og at de ble sett og hørt (Eckerström et al., 2020, s. 967). Videre opplevde også brukerne at det var mindre skummelt å ta kontakt med sykepleier under oppholdet grunnet disse holdningene (Helleman et al., 2014, s. 446). Sykepleierne opplevde også at det oppstod færre misforståelser og uenigheter (Eckerström et al., 2019, s. 5).

### **5.1.2 Følelser og atferd**

De innledende antakelsene vil som nevnt i kapittel 2.4.1.1 også vekke ulike følelser hos både sykepleier og bruker (Travelbee, 1999, s. 186). Disse emosjonelle reaksjonene er en komponent av holdninger (Håkonsen, 2014, s. 186). Det er ikke uvanlig at sykepleier i møte med denne brukergruppen kan føle på hjelpeløshet (Skårderud et al., 2018, s. 303). I tråd med dette fant Dickens et al. (2016, s. 1868) at sykepleiere kunne oppleve følelser som frustrasjon, sinne og håpløshet i samhandling med brukerne, samt at de opplevde gruppen som komplekse og krevende. Travelbee (1999, s. 186) og Håkonsen (2014, s. 186) hevder at disse innledende holdningene har noe å si for hvordan man opptre i møtet med brukeren, og det kan tenkes at disse følelsene som vekkes hos sykepleier kan gjøre det utfordrende å gå videre i menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleiere kan reagere på måter som er uheldige både overfor dem selv og brukere ved negative holdninger (Dickens et al., 2016, s. 1870). Dette kan for eksempel være atferd som at man trekker seg unna brukere, unngår dem eller anser dem som farlige (Dickens et al., 2016, s. 1867). Fallon (2003, s. 397) rapporterte at brukerne selv opplevde at sykepleierne ikke ønsket å engasjere seg i vanskelige tema, og at de heller videresendte dem til spesialister. Brukerne påpekte videre at det de egentlig trengte var at noen lyttet til dem. Larsen (2017, s. 63) hevder at denne type atferd kan gjøre at sykepleier ikke viser tilstrekkelig omsorg for brukeren, noe som kan tenkes at ikke er ideelt for videreutviklingen av forholdet og dermed ikke helhetlig omsorg (NSF, 2019, pkt. 2.3).

De tidligere erfaringene som skaper et eventuelt feilaktig og negativt inntrykk av den andre parten kan som nevnt i kapittel 2.4.1.1 riktignok endre seg over tid dersom man blir kjent med

brukeren (Travelbee, 1999, s. 188). Eckerström et al. (2019, s. 6) rapporterte at dersom sykepleiere fikk bedre tid til gode samtaler, og til å virkelig bli kjent med brukerne, ble synet på brukerne endret fra negativt til mer positivt. Brukerne opplevde også selv at denne kontakten med sykepleieren var et viktig element ved innleggelsen (Helleman et al., 2014, s. 446). Dette henger sammen med Fallon (2003, s. 397), som rapporterte at brukerne opplevde at sykepleier hadde mer negative holdninger dersom de fokuserte for mye på praktiske arbeidsoppgaver fremfor samtaler. Det kan derfor synes som at når sykepleieren hadde mer tid til å bli kjent skapte det et nytt syn på brukeren, og at sykepleier da møtte brukeren på en annen måte. Det kan synes som at denne atferden kan hjelpe partene å gå videre i menneske-til-menneske-forholdet. Ved en kortere innleggelse fra 1-5 døgn kan dette riktignok tenkes å være utfordrende, da holdningsendring tar tid og krever en viss innsats (Håkonsen, 2014, s. 205).

## **5.2 Fremvekst av identiteter**

### **5.2.1 Se den andre som unik**

Den andre fasen kjennetegnes som nevnt i kapittel 2.4.1.2 ved at sykepleier ser brukeren som et unikt individ, gjennom forståelse for brukerens tanker, følelser og handlinger (Travelbee, 1999, s. 188). Det kan tenkes at det kan være utfordrende for sykepleier å alltid møte brukerne med et åpent sinn, da emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som nevnt i kapittel 2.1 kjennetegnes av uforutsigbar atferd (Hummelvoll, 2014, s. 280). Brukergruppen kan også utfordre tålmodigheten til sykepleier (Skårderud et al., 2018, s. 304). Brukernes sterke lidelsestrykk kan føre til at deres vonde følelser ubevisst overføres til sykepleier (Hummelvoll, 2014, s. 283; Strand, 1990, s. 60), som igjen kan føre til sykepleiers atferd slår tilbake på brukeren (Strand, 1990, s. 61-62). Eksempelvis rapporterer Stroud og Parsons (2013, s. 247) at sykepleierne opplevde å bli testet av brukerne for at de skulle få en reaksjon fra dem. De fant også at sykepleiere kunne ha en tendens til å «skru av» egne følelser, samt forme rigide grenser overfor brukerne. Det kan tenkes at disse reaksjonene hos sykepleier kan være et uttrykk for en underliggende holdning om at brukerne er «vanskelige». Dette kan gjøre det utfordrende å komme videre i menneske-til-menneske forholdet, da sykepleier ikke vil kunne se brukeren for den han er.

### **5.2.2 Sykepleiers rolle**

Et annet element for utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet er som nevnt i 2.4.1.2 at sykepleier bruker seg selv for å se det unike ved brukeren (Travelbee, 1999, s. 188). Dette stemmer overens med brukerne som mente at sykepleiers interesse i dem som person var viktig i et forhold (Fallon, 2003, s. 398). Brukerne opplevde at det kunne være vanskelig å åpne seg, og at det derfor var godt når sykepleier spilte en aktiv rolle i samtalene. Om sykepleier gjorde dette, opplevde brukerne at sykepleieren var en viktig ressurs for å overkomme «kriser» (Helleman et al., 2014, s. 446). Å få hjelp til å kontrollere følelsene gjorde også at brukerne følte seg trygge (Fallon, 2003, s. 397). Eckerström et al. (2019, s. 6) rapporterte også at dersom fokuset ble endret fra problemhåndtering og medisinerings til å danne et forhold, var enklere å forstå mennesket bak diagnosen. Det kan tyde på at dersom sykepleier fokuserte på hvem brukeren var, fremfor handlinger, kan forholdet utvikle seg videre ettersom det kan tenkes at brukeren føler seg sett og inkludert. Dette kan være utfordrende da Dickens et al. (2016, s. 1855) rapporterte at sykepleier kunne se på brukerne som tidkrevende og at bedring ikke var mulig. Med tanke på at brukerne også merker disse negative holdningene (Fallon, 2003, s. 397), kan det tenkes at det vil være vanskelig for brukeren å anse sykepleier som en ressurs. Dette stemmer ikke overens med velgjørhetsprinsippet, som hevder at sykepleier skal handle på en måte som gjør godt for brukeren (Brinchman, 2016a, s. 87). Da det er viktig å styrke brukernes utholdenhet ved å møte dem med tålmodighet, og med en tro og forventning om bedring (Hummelvoll, 2014, s. 292), vil slike holdninger ikke samsvare med å gjøre godt for brukeren.

### **5.2.3 Forståelse og kunnskap**

Tilstrekkelig kunnskap er en viktig del av det å sikre forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, § 4), og en gradvis forståelse for brukerens tanker og følelser skal ifølge Travelbee (1999, s. 189) etableres i denne fasen. For å kunne se brukeren vil det være viktig med en forståelse av hva traumene har å si for lidelsen (Dickens et al., 2016, s. 1869). Uten et godt kunnskapsgrunnlag kan det tenkes at det er vanskelig å gjenkjenne og forstå de nevnte forsvarsmekanismene. Dickens et al. (2016, s. 1868-1869) fant at positive holdninger hang sammen med sykepleiers kunnskap om sammenhengen mellom tidlige traumer og nåværende utfordrende atferd. Ettersom det er sykepleiers ansvar å finne frem til årsakene til at en eventuell utvikling av forholdet stopper opp, kan det være nødvendig med veiledning utenfra (Travelbee, 1999, s. 190). Veiledning kan øke sykepleiers forståelse for

sammenhengen mellom opplevelser i teori og praksis (Strand, 1990, s. 62). Dickens et al. (2016, s. 1869) rapporterer at i de psykiatriske avdelingene med lite tilsyn og opplæring er det større sannsynlighet for negative holdninger. Dette tyder på at veiledning og oppfølging kanskje kan føre til en større forståelse av hva som ligger bak brukerens atferd, og dermed bidra til en utvikling av menneske-til-menneske-forholdet. Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.7 om å søke veiledning i utfordrende situasjoner (NSF, 2019). En utfordring kan riktignok tenkes å være å gjenkjenne samt vite når man faktisk har behov for veiledning.

Det er likevel også verdt å bemerke seg at en holdning består av flere komponenter, og at det ikke er sikkert at den kognitive delen, altså kunnskapen, alltid stemmer overens med det som kommer til uttrykk som atferd (Håkonsen, 2014, s. 186-187). Stroud og Parsons (2013, s. 246) rapporterte eksempelvis at til tross for at sykepleiere hadde en forforståelse for at brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har hatt en utfordrende oppvekst, var det ikke alltid de klarte å se sammenhengen mellom dette og nåværende utfordrende atferd. Eksempelvis kunne sykepleier forstå at brukerne hadde hatt en vanskelig oppvekst, men beskrev dem likevel som «onde» (Stroud & Parsons, 2013, s. 246). Dette kan kanskje forklares ved at ulike sosiale faktorer og tid kan påvirke hvordan våre personlige holdninger kommer til uttrykk i samspill med andre (Håkonsen, 2014, s. 187). Det kan derfor tenkes at selv om man har den kognitive forståelsen på plass, kan det være utfordrende å reagere adekvat overfor brukeren dersom man eksempelvis er presset på tid. Travelbee (1999, s. 189) hevder som nevnt i 2.4.1.2 at forholdet vil stoppe opp dersom sykepleier reagerer på måter som ikke stemmer overens med hvem brukeren er. Det kan derfor tenkes at dette vil kunne føre til at utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet ikke utvikles videre, da sykepleiers syn på brukeren er basert på uriktige antakelser grunnet manglende forståelse.

#### **5.2.4 Gjensidig respekt**

For at menneske-til-menneske-forholdet skal kunne utvikles videre er det som nevnt i 2.4.1.2 viktig at både sykepleiers og brukers unike identitet får vokse frem (Travelbee, 1999, s. 189). Eckerström et al. (2019, s. 6) fant at sykepleierne opplevde at brukerne var mer mottakelig for hjelp dersom de selv tok kontakt for innleggelse. Det oppsto også en mer gjensidig respekt for hverandres kompetanse dersom brukeren ble en samarbeidspartner som var involvert i behandlingen. Brukere har en lovfestet rett til å medvirke (pbrl, 1999 § 3-1), og medvirkning

kan skape en økt opplevelse av selvstendighet og respekt (Eckerström et al., 2020, s. 966). Brukernes opplevelse av selvstendighet kan kanskje tyde på at medvirkning fører til at de unike identitetene får vokse frem. Travelbee (1999, s. 189) hevder som nevnt at menneske-til-menneske-forholdet kan stoppe opp dersom sykepleier har uriktige tanker om brukerne. Dickens et al. (2016, s. 1867) rapporterte at sykepleierne kunne anse brukerne som farlige, og det kan tenkes at dersom sykepleier har slike holdninger, vil det være vanskelig å la brukeren få ta plass, slik at den unike identiteten kan vokse frem.

## **5.3 Empatifasen**

### **5.3.1 Tillit**

Travelbee (1999, s. 195) hevder at empatifasen forutsetter at det foreligger en viss tillit mellom partene. Brukere har rapportert at en empatisk tilnærming ble sett på som viktig i relasjon med sykepleier (Fallon, 2003, s. 398). Dickens et al. (2016, s. 1855) rapporterte derimot at sykepleiere er den yrkesgruppen som opplever minst grad av empati mot mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Tillit kan tenkes å være utfordrende da sykepleiere rapporterte at de hadde vanskeligheter med å stole på brukerne, ettersom de anså dem som utspekulerte (Stroud & Parsons, 2013, s. 247). Ved brukerstyrte innleggelser opplevde noen av sykepleierne det også som litt skummelt å gi pasienten så mye ansvar for egen innleggelse (Eckerström et al., 2019, s. 6). Dette kan kanskje skyldes at mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av raskt skiftende humør og endring av planer (Skårderud et al., 2018, s. 302). Dette kan igjen kanskje gjøre det utfordrende å forutse den andres atferd, noe Travelbee (1999, s. 193) også hevder er et kjennetegn i denne fasen. Det kan tenkes at dersom sykepleier har disse holdningene vil gjøre det utfordrende å utvikle menneske-til-menneske-forholdet, da det fordrer en viss tillit. Det er likevel viktig å gi brukere ansvar, da brukerne selv satte pris på dette og følte at de ble respektert som et unikt individ (Eckerström et al., 2020, s. 966).

### **5.3.2 Profesjonell holdning**

Empati handler om skape en tilknytning til den andre, men uten å involvere seg for mye (Travelbee, 1999, s. 193). Det er derfor nødvendig at sykepleier møter bruker med en profesjonell og nøytral holdning, og skiller mellom seg selv som privatperson og som fagperson (Hummelvoll, 2014, s. 477), og eksempelvis ikke deler for mye av egne erfaringer

og personlige oppfatninger (Skårderud et al., 2018, s. 129). Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.3 som sier at yrkesutøvelsen skal være etisk forsvarlig (NSF, 2019). Grunnet brukerens manglende evne til å se nyanser, kan situasjoner oppfattes som enten veldig gode eller veldig dårlige (Hummelvoll, 2014, s. 282), og det er ikke uvanlig at personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse knytter seg sterkt til en eller få utvalgte i personalet (Hummelvoll, 2014, s. 288). Sykepleiere ved brukerstyrte innleggelses rapporterte i tråd med dette at forholdet mellom dem og bruker kunne bli for nært (Eckerström et al., 2019, s. 6). Dette kan tenkes denne dynamikken kan skape hinder for utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet. En balanse er dog viktig, da noen brukere kunne oppleve sinne, avvisning og ensomhet dersom de ikke fikk nok kontakt med sykepleier (Helleman et al., 2014, s. 447). Dette kan kanskje forklares ved at det ikke er uvanlig at mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan stille store krav til andre mennesker, grunnet forsvarsmekanismen primitiv idealisering (Hummelvoll, 2014, s. 283). Dette kan skape et uriktig bilde av virkeligheten (Håkonsen, 2014, s. 262).

### **5.3.3 utfordringer**

Travelbee (1999, s. 195) hevder som nevnt i kapittel 2.4.1.3 at empati krever en viss likhet med den andre parten. Dickens et al. (2016, s. 1868) rapporterte at sykepleiere så på brukerne som problematiske og komplekse. Det kan tenkes at det er krevende å føle empati overfor noen man opplever det som utfordrende å forholde seg til. Travelbee (1999, s. 195) hevder til tross for dette at det er mulig å anerkjenne og respektere brukeren som et unikt individ. Det er umulig å ha en ikke-dømmende holdning i møte med brukere, men det er en viktig sykepleieroppgave å være bevisst over disse holdningene (Travelbee, 1999, s. 198). Dette kan dog være utfordrende da brukerne ubevisst kan projisere sine negative følelser over på sykepleieren (Hummelvoll, 2014, s. 283; Strand, 1990, s. 60). Det kan være vanskelig å være bevisst over sine reaksjoner når man står midt i situasjonen (Strand, 1990, s. 61). Sykepleiere rapporterer blant annet følelser som sinne i arbeid med brukergruppen (Dickens et al., 2016, s. 1861). Mennesker som arbeider i psykiatrien kan oppleve å bli sett på som en person med onde intensjoner, og det er da viktig at sykepleier ser at det er brukerens vonde følelser som legges over på andre, og ikke at man selv er ond (Strand, 1990, s. 60). Dersom sykepleier ikke evner å gjenkjenne dette, vil ikke forholdet kunne utvikle seg videre, og dermed vil ikke sykepleier ifølge Travelbee (1999, s. 171) hjelpe brukeren å mestre egen lidelse.

### **5.3.4 Samarbeid**

Empatifasen kjennetegnes også som nevnt i 2.4.1.3 av at man er sammen om noe, men likevel som to unike individer (Travelbee, 1999, s. 193). Dickens et al. (2016, s. 1867) rapporterte at emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse var den gruppen sykepleiere hadde minst lyst til å arbeide med. Slike holdninger kan gjøre det vanskelig å videreutvikle forholdet. Ved brukerstyrte innleggelser står som nevnt brukermedvirkning og autonomi sentralt (Pedersen et al., 2020, s. 14). Brukerne opplevde at når de ble involvert og fikk mer ansvar ble forholdet mer likestilt og at de var del av et fellesprosjekt. Brukerne opplevde også at samtalene med sykepleier gjorde dem i stand til å sortere tankene, samt at fokuset endret seg fra «problematferd» til å finne måter å håndtere følelsene (Eckerström et al., 2020, s. 967). Denne følelsen av et fellesprosjekt kan tenkes å skape en følelse av at man er sammen om noe. Denne retten til brukermedvirkning er også hjemlet i lovverket (pbrl, 1999, §3-1). Sykepleier opplevde at den positive holdningen de hadde mot brukerne, samt deres tro på deres bedring, ble sett på som viktige faktorer for brukerens bedringsprosess (Eckerström et al., 2019, s. 7). En opplevelse av at partene formidler noe meningsfullt er også en av forutsetningene for empatifasen (Travelbee, 1999, s. 193), og det kan tenkes at disse samtalene oppleves som meningsfulle for begge parter. Et slikt samarbeid kan derfor tenkes å gi grunnlag for videreutvikling av forholdet. Til tross for at man har en følelse av å være på god vei i menneske-til-menneske forholdet, kan det dog oppstå hendelser som kan gi en følelse av at man beveger seg tilbake til tidligere faser (Travelbee, 1999, s. 172).

### **5.4 Kritikk**

Det kan tyde på at holdningene til sykepleier ved brukerstyrte innleggelser var «bedre» og igjen la grunnlag for å skape og utvikle et menneske-til-menneske-forhold. Det er verdt å bemerke seg at alle mennesker er forskjellige og har forskjellige behov, ressurser og utgangspunkt, og at dette tilbudet derfor ikke nødvendigvis vil fungere like godt for alle. Det kan også tenkes at brukere trenger flere brukerstyrte innleggelser for å få utbytte, og deltakerne i studiene vi har inkludert hadde i gjennomsnitt benyttet seg av tilbudet flere ganger (Eckerström et al., 2020, s. 965; Helleman et al., 2014, s. 444). Det kan også være utfordrende å vite om det er organiseringen av brukerstyrte innleggelser som skaper gode relasjoner, eller om det er de tilsynelatende positive holdningene. En må også ta i betraktning at deltakerne kan ha ønsket å sette seg i et godt lys under intervjuet. Videre kan det tenkes at brukere av brukerstyrte innleggelser kan ha et annet utgangspunkt, da de ofte er mer «stabile»,



og selv har tatt et konstruktivt valg ved å kontakte avdelingen. Det kan også tenkes at disse brukerne kan ha større selvinnsikt og vilje, og at samarbeidet mellom sykepleier og bruker derfor tilsynelatende er mer positivt. Det kan også være vanskelig å trekke konklusjoner fra disse studiene da de er kvalitative og har relativt små utvalg.

Travelbee (1999, s. 195) hevder at empati fører til mer riktige tanker og holdninger om den andre. Videre mener Travelbee (1999, s. 193) at det å oppleve empati er en bevisst prosess, og at de som opplever empati er klar over dette selv. Til tross for at flere av artiklene viser hva som kunne gi et grunnlag for utviklingen av et godt forhold, kan man ikke konkludere med at dette faktisk er empati. Empati er vanskelig å måle, og ifølge Travelbee er noe man skal vite selv, Travelbee sier heller ikke noe konkret om hvor lang tid dette tar, og hva er egentlig riktige tanker og holdninger?

## 6 Avslutning

Denne oppgaven har belyst følgende problemstilling:

*Hvordan påvirker sykepleiers holdninger den mellom-menneskelige relasjonen til brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ved distriktpsykiatriske sentre?*

Holdninger blant sykepleiere ved distriktpsykiatriske sentre i møte med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er varierende. Forskningen brukt i denne oppgaven kan tyde på at det ikke er uvanlig med negative holdninger. Dette kan skyldes brukerens store lidelsestrykk, og at brukerne ubevisst gjennom forsvarsmekanismer kan vekke ulike følelser hos sykepleieren. Holdningene til sykepleier er sentrale for brukerens bedring, da behandlingen stort sett dreier seg om relasjonelt arbeid. Det kan se ut som at negative holdninger kan hindre eller stoppe opp utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold, mens positive holdninger kan se ut til å legge mer til rette for utviklingen. Ved brukerstyrte innleggelse kan det se ut til at sykepleier og bruker har et tettere samarbeid og mer respekt for hverandre, noe som kanskje fører til at de får et bedre forhold. Både sykepleier og bruker ser ut til å oppleve dette som positivt. Holdninger er nokså varige, og kan være vanskelig å endre, men brukere med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har, som alle andre brukergrupper, likevel krav på helsetjenester av god kvalitet. Det er synd at sykepleiers holdninger kan gå på bekostning av både omsorgen som blir gitt og helsehjelpen som brukeren får. Derfor er det viktig at sykepleier er bevisst over egne holdninger i samhandling med brukergruppen.

## Referanser

- Brinchman, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchman (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk.
- Brinchman, B. S. (2016b). Dydsetikk. I B. S. Brinchman (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 131-146). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- 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*, 25, 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseius, K.-I. & Omerov, P. (2019). Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 14(1), 1667113. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1667133>
- Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N. & Perseius, K.-I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing* 29, 962-971. <https://doi.org/10.1111/inm.12736>
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 393-400. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x>
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A. & Achterberg, T. v. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 442-450. <https://doi.org/10.1111/inm.12074>
- Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). *Kritisk vurdering - sjekklister*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Heskestad, S. & Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse *Tidsskriftet: den norske legeforening*, 128, 32-35.  
<https://tidsskriftet.no/2008/01/originalartikkel/brukerstyrte-kriseinnleggelser-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal akademiak.
- Larsen, K. B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg *Sykepleien*, 105(1), 62-66.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>
- Malt, U. (2020, 25.mai). *Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 25.mars fra  
[https://sml.snl.no/emosjonelt\\_ustabil\\_personlighetsforstyrrelse](https://sml.snl.no/emosjonelt_ustabil_personlighetsforstyrrelse)
- Malt, U. (2021, 5. mars). *Distriktpsykiatrisk senter*. Store medisinske leksikon. Hentet 3.april 2021 fra [https://sml.snl.no/distriktpsykiatrisk\\_senter](https://sml.snl.no/distriktpsykiatrisk_senter)
- Meld. St. 7 (2020-2023). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdf/s/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2016, 20.mai). *Brukerstyrte innleggelser - et positivt og annerledes hjelpetilbud* NAPHA. Hentet 11.mars 2021, fra [https://www.napha.no/brukerstyrte\\_innleggelser](https://www.napha.no/brukerstyrte_innleggelser)
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*  
Norsk senter for forskningsdata. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Olsø, T. M., Gudde, C. B., Moljord, I. E. O., Evensen, G. H., Antonsen, D. Ø. & Eriksen, L. (2016). More than just a bed: a mental health service users' experiences of self-referral admission. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0045-y>
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Brukerstyrt seng Søndre Oslo DPS*. E-håndboka. Hentet 28.februar.2020 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/10577>

- Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl]. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, J. K., Johnsen, B. S. & Bruaset, G. T. F. (2020). Psykiatri: Brukerstyrte innleggelser gir pasientene økt trygghet *Sykepleien* 108. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81193>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet - psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Gyldendal Akademisk.
- Stroud, J. & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7, 242-253. <https://doi.org/10.1002/pmh.1214>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.