



# Holdninger blant sykepleiere relatert til pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

*”På hvilken måte påvirker sykepleiers holdninger samhandlingen med en pasient som har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”*

Kandidatnummer: 279, 109  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: 7904  
Dato: 14.04.20



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.20
<p>Tittel Holdninger blant sykepleiere relatert til pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse</p>	
<p><u>Problemstilling</u> ”På hvilken måte påvirker sykepleiers holdninger samhandlingen med en pasient som har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven bygger på sykepleiefaglig kunnskap om personlighet, personlighetsforstyrrelse emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og hva holdninger er. Vi har med Travelbee’s sykepleieteori, menneskesyn og yrkesetiske retningslinjer som er relevante for oppgaven.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave hvor vi har brukt eksisterende fagkunnskap, teori og forskning for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen drøftes i lys av Travelbee’s sykepleieteori hvor vi ser på hvordan holdninger kan påvirke det innledende møte, fremvekst av identiteter og i empatifasen. Vi drar inn pasientperspektivet og diskuterer hvordan menneskesynet til sykepleier kan påvirke samhandlingen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Forskningen viser at det er en rekke negative holdninger overfor pasientgruppen. Manglende kunnskap og erfaring kan spille inn. Avvisning fra sykepleier kan føre til klinisk forverring med selvskadning og akutte kriser for pasienten. Pasienten kan få en forsterket følelse av tomhet og fremmedgjøring når sykepleier har et reduksjonistisk syn på pasienten. Det er stor diskrepans mellom holdningene man finner hos sykepleiere og holdningene pasientene er i behov av for bedring. Slik vi ser det er det stor sannsynlighet for at de negative holdningene er direkte antiterapeutiske og potensielt til skade for pasienten.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>2</b>
1.2.1 Avgrensing .....	2
1.2.2 Sykepleiefaglig relevans .....	2
<b>2 Teoretisk grunnlag</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Personlighet og personlighetsforstyrrelse</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse</b> .....	<b>3</b>
2.2.1 Frykt for avvisning .....	4
<b>2.3 Holdninger</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 Travelbee´s sykepleieteori</b> .....	<b>6</b>
2.4.1 Travelbee´s syn på holdninger .....	6
2.4.2 Menneske-til-menneske forhold.....	6
<b>2.5 Menneskesyn</b> .....	<b>8</b>
<b>2.6 Yrkesetiske retningslinjer</b> .....	<b>8</b>
<b>3 Metode</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Litteratursøk og søkehistorikk</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2 Datasøk</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3 Kildekritikk</b> .....	<b>12</b>
<b>4 Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1 Sammendrag av funnene</b> .....	<b>13</b>
4.1.1 Sykepleiers holdninger til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse .....	13
4.1.2 Lite empati overfor personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse .....	13
4.1.3 Kunnskap og kompetanse.....	13
4.1.4 Pasientens perspektiv .....	14
<b>4.2 Artikkelmatrise</b> .....	<b>15</b>
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1 Holdninger blant helsepersonell</b> .....	<b>20</b>
5.1.1 Det innledende møte.....	20
5.1.2 Fremvekst av identiteter .....	23
5.1.3 Empatifasen .....	25
5.1.4 Menneskesyn.....	27
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>29</b>

# 1 Innledning

Pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en sårbar og utfordrende pasientgruppe. I Norge er det ca. 1,2 prosent av befolkningen som har denne lidelsen. Det er kjent og dokumentert at det er mange sykepleiere som har negative holdninger overfor denne pasientgruppen. Negative holdninger kan påvirke omsorgen sykepleierne gir i en negativ retning (Larsen, 2017).

I klinisk sammenheng møter man flest kvinner med denne lidelsen. Forekomsten er tilnærmet lik mellom kjønnene, men kvinner har en større tendens til hjelpesøkende atferd (Torgersen, referert i Skårderud, 2018, s. 301). Utbredelsen i den generelle befolkningen varierer mellom 1-2% (Oldham, referert i Hummelvoll, 2016, s. 286). I Oslo var forekomsten 0,7% i 2001 (Torgersen et al., referert i Skårderud et al., 2018, s. 296). Det er registrert en økning i antallet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse de siste ti årene (Kringlen, referert i Hummelvoll, 2016, s. 286).

## 1.1 Bakgrunn

Vi har valgt å skrive om holdninger sykepleiere har i møte med pasienter som har fått diagnostisert en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en lidelse vi selv har merket at kan trigge en del følelser, og som vi har kjent at kan få frem negative holdninger i oss. Det er ikke til å legge skjul på at dette er en krevende pasientgruppe med en atferd som vekker mye i en selv, hvor det kan være utfordrende å opptre profesjonelt. Vi har selv flere års erfaring fra akuttpsykiatrien og har møtt på mange pasienter med denne diagnosen. Dette har gjort at vi selv har erfart hvordan de påvirker oss og vi har sett hva slags holdninger det er blant øvrig personal overfor pasientgruppen. Vi har manglet nødvendig kompetanse rundt lidelsen og vet lite om hva negative holdninger egentlig kan føre til for denne pasientgruppen. Skader vi egentlig pasienten i måten vi møter de på med forutbestemte holdninger?

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Mye av forskningen som omhandler pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse handler om holdninger sykepleiere har i møte med denne pasientgruppen. Vi har også funnet forskning om påvirkningen negative holdninger kan ha på pasientgruppen. Dette har ført til at vi har valgt å utforske problemstillingen:

*”På hvilken måte påvirker sykepleieres holdninger samhandlingen med en pasient som har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”.*

### 1.2.1 Avgrensing

Vi har valgt å primært avgrense til aldersgruppen 19 til 65 år. Personer som enda ikke har fylt 18 vil tilhøre en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet, og blir derfor ikke tatt med i denne oppgaven da det vil være andre forhold som råder der. Personer over 65 år vil ofte tilhøre en alderspsykiatrisk avdeling og vil derfor ikke være relevant for oppgaven. Vi har videre valgt å avgrense til en voksenpsykiatrisk døgnenhet. Det vil være forskjell i hvor hyppig kontakt man har med pasienten der kontra når man møter pasienten i en poliklinikk eller ved oppfølging i kommunehelsetjenesten. Vi velger å ikke avgrense mellom kjønnene, selv om forekomsten er noe høyere hos kvinner enn hos menn (Torgersen, referert i Skårderud, 2018, s. 301).

Travelbee mente at det er uheldig å oppfatte hverandre som “sykepleier og “pasient”, og at man heller burde oppfatte hverandre som unike individer hvor man ser på hverandre som medmennesker (Travelbee, 1999, s. 171). I denne oppgaven velger vi likevel å bruke benevnelsene “sykepleier” og “pasient” for at leseren lett skal kunne følge med på og forstå hvem vi omtaler.

### 1.2.2 Sykepleiefaglig relevans

På en psykiatrisk døgnenhet er en stor andel av personalet sykepleiere. Pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse vil i en dårlig fase kunne legges inn på en psykiatrisk døgnenhet. Sykepleier vil da kunne være primærkontakt for pasienten og ha en viktig rolle i behandlingen, eller bli kontakt for pasienten på et skift. Det vil si at sykepleier vil være blant de som har mest omgang og kontakt med pasienten under en innleggelse og dermed blir sykepleier en sentral aktør for pasientens mulighet for bedring. Nødvendig kunnskap om lidelsen er derfor viktig for at sykepleier skal kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie.

## **2 Teoretisk grunnlag**

I dette kapittelet starter vi med å gjøre rede for hva personlighet og personlighetsforstyrrelse er, før vi spisser det inn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette gjør vi for å kunne få bedre bakgrunnskunnskap og en bedre forståelse for å belyse problemstillingen. Deretter går vi over til å gjøre rede for hva holdninger er. Vi belyser så Joyce Travellbee's sykepleieteori hvor vi fokuserer på den innledende fasen, fremvekst av identiteter og empatifasen. Vi går inn på forskjellige menneskesyn inkludert Travelbee's. Avslutningsvis beveger vi oss inn på sentrale yrkesetiske aspekter som er relevante når det kommer til hvordan holdninger påvirker pasientbehandlingen.

### **2.1 Personlighet og personlighetsforstyrrelse**

Grunnleggende personlighetstrekk som er styrende for hvordan vi oppfører oss og møter ulike situasjoner er noe alle mennesker har. Måten vi reagerer og møter livets utfordringer på hjelper oss vanligvis å mestre de daglige kravene vi møter på en god måte. Men det er ikke alltid det er slik. Når det viser seg at måten man reagerer på er uhensiktsmessig i de fleste situasjoner og hindrer en normal tilpasning til omgivelsene, kaller vi det en personlighetsforstyrrelse (Håkonsen, 2014, s. 340).

En personlighetsforstyrrelse kommer ofte klinisk frem ved at man ser atferd som er problematisk. Det er ikke gitt at personen selv har innsikt i at ens atferd er problematisk, men heller at atferden er noe omgivelsene rammes av. Personlighetsforstyrrelser gir store utfordringer når det kommer til behandling (Skårderud et al., 2018, s. 286).

### **2.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en personlighetsforstyrrelse preget av intense affekter, en livshistorie med mye impulsiv atferd, tilsynelatende god sosial tilpasning, kortvarige psykotiske episoder og forstyrrelser i mellommenneskelige forhold. Følelseslivet til personer med lidelsen er ofte ute av balanse og preget av depressivitet og fiendtlighet. Man ser ensomhet, isolasjon og manglende lyst. Denne lidelsen forekommer med ustabilitet i følelser, selvbilde og relasjoner. Relasjonene som kan påvirkes kan være til venner, partnere, arbeidsgiver og behandlere (Skårderud, 2018, s. 302). Forholdene til andre mennesker er ofte kortvarige, overfladiske, avhengige og intense. Relasjonene kan være preget av krav, devaluering og manipulering (Gunderson et al., referert i Hummelvoll, 2016, s. 279-280).

Personen med lidelsen kan skifte mellom forskjellige ytterpunkter på kort tid. Svart-hvitt tenking, endrede planer og plutselige humørsvingninger er vanlig. Lidelsen er forbundet med dramatik og oppmerksomhetssøkende atferd, sterke scener, selvskading, rus, misbruksatferd, spiseforstyrrelser og suicidale tendenser (Skårderud et al., 2018, s. 301-302). Til tross for at lidelsen bærer preg av en personlighetsproblematikk som grunnleggende sett er lik, er det også en rekke forskjellige symptomatiske uttrykk for hver enkelt (Skårderud, 2018, s. 302).

Pasientgruppen har en hyperaktivering av amygdala. Amygdala er en struktur i hjernen som er sentral for hvordan vi opplever følelser. Amygdala er sentral i vaksomhet, formidling av frykt og årvåkenhet. Fra studier ser man at pasientgruppen ved fotoer av et ansikt raskere identifiserer følelser som kommer til syne. Dette understreker at de er mer vaksomme. Dette har blitt fortolket som at de gjennom sine barndomsår har måtte være årvåken for andre sin følelsesmessige tilstand. Det som blir problematisk for disse pasientene er at de tolker følelsene de raskt observerer dårlig, og i en systematisk negativ retning. De tolker langt større mistillit i ansiktene de ser enn mennesker uten lidelsen (Fertuch, referert i Skårderud, 2018, s. 303).

### **2.2.1 Frykt for avvisning**

Frykt for å bli forlatt blir forstått som et symptom som skyldes usikker tilknytning i tidlig alder. Fra et utviklingsperspektiv ser man det som tett relatert til ustabile, intense forhold, hvor forhold som er viktige for personen blir idealisert og devaluert (Palihawadana, Broadbear & Rao, 2019). Frykten for å bli forlatt blir av Gunderson beskrevet som et underliggende trekk som har sammenheng med de typiske beskrivelsene av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Gundersen, referert i Palihawadana et al., 2019). Intoleranse for å være alene skyldes en underliggende frykt for å bli forlatt og fører til en atferd som vedlikeholder dysfunksjonelle og ødeleggende forhold eller som fører til at forhold som er støttende og positive avsluttes (Palihawadana et al., 2019). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en tendens til å frykte avvisning, å bli forlatt eller å bli dårlig behandlet i en relasjon, som fører til at de tillegger onde egenskaper til andres intensjoner (Palihawadana et al., 2019).

## 2.3 Holdninger

Holdninger består av tre komponenter. Disse komponentene er en kognitiv del, en affektiv del og en del som omhandler atferd. Den kognitive delen tar utgangspunkt i hva vi ser, hører og oppfatter. Den affektive delen innebærer negative eller positive følelser som utløses i en situasjon som sympati, respekt, glede, frykt, avsky eller forakt. Den atferdsmessige delen innebærer hvordan vi reagerer og handler. Hvordan vi handler og reagerer er ikke alltid i samsvar med det vi tenker og føler. Ulike faktorer kan være med på å påvirke oss på tross av våre holdninger, som blant annet tidspress og press fra andre (Håkonsen, 2014, s. 186). En holdning gjør at vi er predisponert til å reagere på en spesifikk måte som kan være enten positiv eller negativ (Håkonsen, 2014, s. 185).

Det er kjent at det lett skapes holdninger til personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse på grunn av deres væremåte. Dette er antiterapeutisk på grunn av motoverføringsreaksjoner (Bergman et al. i Hummelvoll, s. 289). Motoverføringsreaksjoner vil si personalets følelser og fantasier relatert til behandlingssituasjonen som henger sammen med pasientens måte å opptre. Motoverføringsreaksjoner skjer når pasientens væremåte smitter over på sykepleieren (Larsen, 2017).



## **2.4 Travelbee's sykepleieteori**

Vi bruker Jocye Travelbee sin sykepleieteori om menneske-til-menneske forhold som sykepleiefaglig perspektiv i oppgaven. Vi har valgt å fokusere på hvilket syn Travelbee har på holdninger og de tre første stegene i menneske-til-menneske forholdet. At sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold er en av grunntankene til Travelbee.

### **2.4.1 Travelbee's syn på holdninger**

Travelbee sier at den "ikke-dømmende" holdningen er en myte, for alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst over sine egne holdninger overfor pasienten. Travelbee mener at det i noen tilfeller ikke er mulig å endre på holdningen sykepleieren har overfor pasienten, men at sykepleier kan anstrenge seg for at de negative holdningene ikke skal påvirke omsorgen som blir gitt (Travelbee, 1999, s. 193-200).

### **2.4.2 Menneske-til-menneske forhold**

Det innledende møtet baserer seg hovedsakelig på observasjon, antagelser og verdidommer. På dette tidspunktet kjenner ikke sykepleier og pasient hverandre, og begge vil danne seg et førsteinntrykk. Travelbee beskriver at det er vanlig at begge parter har stereotype oppfatninger av hverandre i det innledende møtet mellom pasient og sykepleier, som kan skyldes tidligere erfaringer eller forutinntatte meninger. I denne fasen er det sykepleierens oppgave å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i pasienten og gå videre til neste fase, hvor fremvekst av identitet skjer (Travelbee, 1999, s. 186-188).

Fremvekst av identiteter kjennetegnes ved at begge parter evner å verdsette den andre som et unikt individ og evner å etablere tilknytning til den andre. I denne fasen får sykepleier et mer helhetlig inntrykk av pasienten og begynner å forstå hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter situasjonen. Pasienten begynner å forstå at sykepleieren er et unikt individ, og ikke en personifisering av "alle sykepleiere". I denne mellomfasen blir grunnlaget for empati etablert og denne fasen går over i empatifasen når et reelt forhold mellom pasient og sykepleier er etablert (Travelbee, 1999, s. 188-192).

Empatifasen kjennetegnes ved at sykepleieren har en forståelse av pasienten. Travelbee beskriver empati som evnen til å leve seg inn i eller ta del og forstå den andres psykiske tilstand (Travelbee, 1999, s.193). Empati er en prosess der en tar del i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre. Det er ulike forutsetninger for å føle empati. Likhetstrekk mellom pasient og sykepleier er et av dem, og evnen til å føle empati er derfor begrenset av ens egne personlige bakgrunn mener Travelbee. Det er derfor urealistisk å forvente at en sykepleier skal kunne føle empati overfor alle syke, men det er mulig å utvide sitt eget empatiske område. Et ønske om å ville forstå den andre er en annen forutsetning for å kunne føle empati. Ved at sykepleier har et ønske og en nysgjerrighet, samtidig med et klart mål om å forstå den andre legges et godt grunnlag for å utvikle empati ovenfor pasienten (Travelbee, 1999, s. 193-200). Det er mulig å føle empati overfor en pasient uten at det nødvendigvis etableres gjensidig forståelse og kontakt. Men når det oppstår gjensidig kontakt og forståelse, er det fordi en har klart å føle empati for pasienten, og fordi en har klart å bruke den kunnskapen som empatien har gitt, til å hjelpe pasienten. Det er mulig å føle empati overfor pasientene uten å like dem eller ha positive følelser for dem (Travelbee, 1999, s. 193-200).

## 2.5 Menneskesyn

Sykepleiers syn på mennesket vil ha stor påvirkning på holdningene knyttet til liv, død, helse og sykdom, og vil være avgjørende for hvilke verdier sykepleieren har i møte med hvert enkelte individ (Travelbee, s. 53-54, 1999). Innenfor helsefaglige retninger som sykepleie er det vanlig med et holistisk menneskesyn. Det vil si at sykepleier har en helhetlig forståelse av og en livsoppfatning om at alle delene av mennesket er betydelige. Man må i behandlingssammenheng se på mennesket som en helhet bestående av en kropp med tanker, skavanker, skam, engstelse, sårbarhet, smerte, ressurser og livssituasjon (Odland, 2013, s. 25). I motsetning til et holistisk menneskesyn har man et reduksjonistisk menneskesyn. Da vil man kunne betrakte menneskekroppen som en maskin. Sykepleier vil da få et jeg-det-forhold til pasienten. Da vil pasienten bli redusert til en av mange erfaringer, i stedet for at pasienten blir behandlet og sett på som et likeverdig menneske. Pasienten vil ikke oppleve å bli sett på med egenverd og av betydning, men som et objekt (Odland, 2013, s. 29-31). Travelbee mener at kvaliteten av omsorgen som blir gitt av sykepleier bestemmes av sykepleierens forståelse av den syke, og av hennes menneskesyn (Travelbee, 1999, s. 53-54). Målet med et holistisk menneskesyn er å inkludere mest mulig av mennesket og se at det kan være mange potensielle mulige årsaker til sykdom og dårlig helse. Det må forsøkes å finne ut hvor problemet har sitt utspring fra og hva det har sin sammenheng med (Odland, 2013, s. 26).

## 2.6 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleien skal være basert på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse. Sykepleier må holde seg faglig oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis samt bidra til at ny kunnskap tas i bruk i avdelingen (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2019). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det også fokus på å ivareta pasientens verdighet og integritet, samt at sykepleier skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Alt grunnlag for sykepleie skal være respekten for den enkeltes liv og iboende verdighet. Videre skal sykepleien være basert på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Retningslinjene sier også at sykepleiepraksisen skal fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019).

### 3 Metode

Denne bacheloroppgaven er utformet som en litterær oppgave. Det vil si at vi har brukt eksisterende fagkunnskap, teori og forskning for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Gjennom strukturerte søk i CINAHL som er en vitenskapelig database har vi funnet frem til fem forskningsartikler vi har valgt å bruke for å belyse problemstillingen vår. Vi har brukt kvalitativ forskning da vi er ute etter meninger og opplevelser blant helsepersonell og pasienter. Kriterier vi har valgt for inkludering av litteratur er at den besvarer problemstillingen, at den er på norsk eller engelsk, at den er relatert til en døgnenhet, at det primært omhandler holdninger relatert til pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og at forskning omhandler mennesker mellom 19-64 år. Dette fordi det er de aldersgruppene det opereres med i CINAHL og vi vil ha forskning om pasienter i en voksenpsykiatrisk avdeling.

#### 3.1 Litteratursøk og søkehistorikk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff
1	26.11.19	CINAHL	“Borderline personality disorder” AND “nurse attitudes”	28	Publiseringsdato 2004-2019 Engelsk Sammendrag tilgjengelig	22
2	08.04.20	CINAHL	“Borderline Personality disorder” AND “Patient attitudes”	52	Publiseringsdato 2010-2020 Engelsk Sammendrag tilgjengelig	39

## 3.2 Datasøk

For å finne forskningslitteratur til oppgaven har vi brukt databasene CINAHL, Google Scholar og PubMed. Artiklene vi endte opp med å bruke fant vi på CINAHL. Vi har valgt å bruke CINAHL da databasen dekker tidsskrifter innenfor sykepleie og helsefag. Tidsskriftene til artiklene ble sjekket ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og alle tidsskriftene er fagfellevurdert nivå 1.

Vi utførte et søk i CINAHL 26.11.2019. I det første søket brukte vi søkeordene “borderline personality disorder” og “nurse attitudes” og kombinerte dette med “AND”. Dette førte til at vi fikk et treff på 28 artikler. Vi valgte å avgrense søket til artikler publisert de siste 15 årene fra 2004-2019, som er på engelsk og som har sammendrag tilgjengelig. Dette førte til et resultat på 22 artikler. Ved å lese overskrifter og sammendrag på artiklene som var relevant for vår problemstilling endte vi opp med artiklene ”Destructive whirlwind”: nurses perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder” og “Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder”. De øvrige artiklene som kom opp belyste ikke problemstillingen vår eller omhandlet mer hva som kan gjøres for å endre holdninger ved bruk av ulike treningsprogrammer, eller var rettet mot problematikk rundt selvskading. En av artiklene omhandlet 40 andre studier, hvor vi allerede hadde inkludert noen av studiene i oppgaven vår. En annen artikkel var også en gjennomgang av eksisterende litteratur som vi allerede hadde valgt å bruke. Den ble derfor utelukket. Noen av artiklene handlet om behandling i kommunen og møtte derfor ikke kriteriene for å bli inkludert. To artikler hadde ikke IMRAD struktur og ble derfor utelukket. En artikkel fra Taiwan ble også ekskludert da vi vet for lite om deres helsevesen er tilnærmet som i Norge og vi vet at kulturen er annerledes. En av artiklene var ikke tilgjengelig via skolens bibliotek til tross for forsøk på å bestille den.

Fra artikkelen ”Destructive whirlwind”: nurses perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder” gjorde vi et kjedesøk 04.01.2020 og fant artikkelen “Attitudes towards patients with diagnosis of borderline personality disorder: Social rejection and dangerousness” som var relevant for å besvare oppgaven.

I det andre søket vi gjorde på CINAHL 08.04.2020 brukte vi søkeordene “Borderline personality disorder” og “Patient attitudes”. Dette kombinerte vi med AND. Fra dette fikk vi 53 artikler. Vi avgrenset så til de ti siste årene, altså fra 2010-2020. Deretter avgrenset vi med at artikkelen må være engelsk og at sammendrag må være tilgjengelig. Dette resulterte i 39 artikler. Flere av artiklene kom som et resultat flere ganger. Av alle artiklene var det syv stykker som vi valgte å lese sammendraget på. De resterende kunne vi se ut i fra tittel at ikke ville bidra til å besvare problemstillingen vår. Tre av artiklene så interessant ut, men vi fikk ikke tilgang til artiklene. Vi søkte de også opp i Google Scholar, men ble så sendt til de samme sidene hvor vi manglet tilgang. På grunn av pandemien med Covid-19 fikk vi ikke bestilt de fra skolens bibliotek. Fire av artiklene leste vi gjennom. En av de besvarte ikke problemstillingen og handlet mer om hvorfor pasientene velger å selvskade og hvordan deres relasjon til familien er. Den andre artikkelen viste seg å handle om hvordan man skulle snakke om diagnosen, og var ikke relevant. Den tredje handlet lite om pasientenes syn på personalet, men mer om forskjell mellom forskjellige helsearenaer. Vi endte opp med å bruke artikkelen “Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK”.

Vi gjorde også et søk på tidsskriftet Sykepleien 27.11.2019, som er et fagfelleurdert nivå-1 tidsskrift. Vi brukte søkeordet “borderline personlighetsforstyrrelse” og fikk seks treff. Vi forsøkte først å søke på “Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse”, men fikk ingen treff. Derfor valgte vi borderline i stedet, da dette tidligere var navnet på diagnosen og er navnet som brukes i DSM-5, som er det amerikanske diagnosesystemet for psykiatriske lidelser. Vi endte opp med en relevant fagutviklings artikkel “Når pasienten vekker det verste i deg”. Videre fra artikkelen gjorde vi et kjedesøk og fant en aktuell forskningsartikler til å besvare problemstillingen vår ”Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians”.

For å belyse problemstillingen har vi brukt litteratur fra pensum som vi har hatt i løpet av sykepleierutdanningen for å besvare problemstillingen vår. Vi har også søkt og benyttet oss av litteratur på skolens bibliotek. Vi har lånt litteratur fra biblioteket ved et akutt psykiatrisk sykehus, men endte ikke opp med å bruke denne litteraturen da pensumbøkene omtalte teoridelen bedre. I tillegg til de fem hovedartiklene våres har vi benyttet andre artikler.

### 3.3 Kildekritikk

I denne oppgaven har vi valgt å bruke forskningsartikler som er publisert i Storbritannia, Australia og USA. Dette kan påvirke overføringsverdien resultatene har for helsetjenesten i Norge da de nevnte landene har et annet system enn vi har i Norge. Vi har valgt å bruke kvalitative studier som baserer seg på spørreskjema og intervju. Ved bruk av dette som metode kan det oppstå ytre påvirkning, feiltolkning av spørsmål og uærlige svar. I et av studiene er det få informanter, som kan svekke overføringsverdien (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). En svakhet med artikkelen til Woollaston og Hixenbaugh er at fire av informantene hadde jobbet med intervjueren tidligere og dette kan ha vært med på å påvirke hvordan informantene uttrykket seg (Wollaston & Hixenbaugh, 2008). I det ene søket vårt har vi valgt å inkludere artikler fra de siste 15 årene. Det er stor sannsynlighet for at holdningene blant helsepersonell ikke har forandret seg, og at dette er overførbart til nåtid. Den eldste artikkelen vi har valgt å inkludere er fra 2003. Selv om den er 17 år gammel ser vi at den belyser er likt som det vi ser i praksis i dag. Derfor har vi valgt å inkludere den til tross for at det ikke er ny forskning. På grunn av Covid-19 pandemien har vi ikke hatt mulighet til å bruke biblioteket for å hente ut ny litteratur siden 12. Mars 2020.

## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

### **4.1 Sammendrag av funnene**

#### **4.1.1 Sykepleiers holdninger til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Resultatene fra to av studiene viser at det er negative holdninger overfor personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Woollaston & Hixenbaugh, 2008; Deans & Meocevic, 2005). Dette bekrefter også studien til Markham der resultatene viser at sykepleierne hadde mer negative holdninger overfor personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse enn personer med depresjon og schizofreni. I samme studie kom det frem at sykepleierne hadde høyere sosial avvisning mot personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse enn de andre pasientgruppene i studien (Markham, 2003). 47 % av deltakerne i studien til Black ville ikke jobbet med pasientgruppen om de hadde mulighet til å velge (Black, Pfohl, Blum, McCormick, Allen, North, Phillips, Robins, Siever Silk, Williams & Zimmerman, 2011).

Selv om sykepleierne hadde negative holdninger overfor pasientgruppen kom det frem i studiet til Woollaston og Hixenbaugh at sykepleierne ønsker å forbedre sitt forhold til pasientgruppen (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). I studien til Black så de at jo flere personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse sykepleierne behandlet, jo bedre holdninger hadde de overfor pasientgruppen (Black et al., 2011).

#### **4.1.2 Lite empati overfor personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Av alle de forskjellige gruppene med klinikere hadde sykepleiere minst empati overfor pasientgruppen (Black et al., 2011).

#### **4.1.3 Kunnskap og kompetanse**

I studien til Woollaston & Hixenbaugh kom det frem at sykepleiere slet med følelsen av at de ikke kunne hjelpe pasientgruppen. De følte de ikke hadde nok kunnskap til å ivareta pasientgruppen eller beherske hvordan man skal behandle pasientene (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Lignende resultater ser vi i forskningsartikkelen til Deans & Meocevic



der halvparten av deltakerne i studien ikke visste hvordan man skulle ta vare på denne pasientgruppen (Deans & Meocevic, 2005).

I forskningsartikkelen til Black kommer det frem at det er behov for kompetanseheving og undervisning om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. På grunn av at holdninger påvirker behandlingen er det viktig at klinikere lærer å håndtere de negative holdningene (Black et al., 2011). Også forskningen til Deans & Meocevic peker på at personalet trenger trening og undervisning i hvordan man skal jobbe med denne pasientgruppen (Deans & Meocevic, 2005). I studien til Black så de at klinikere som hadde flest pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse det siste året hadde høyere selvrapportert score på positive holdninger. Også scoren når det kom til egenvurdert nivå på kompetanse økte drastisk jo flere pasienter man hadde jobbet med. Klinikere med mer erfaring i psykiatri hadde høyere selvrapportering av kompetanse og var mindre innstilt på å motta trening i håndtering og behandling av pasientgruppen (Black et al., 2011). Mens i en annen studie kom det frem at en av deltakerne i studien hadde observert at sykepleiere som har vært i helsetjenesten lengre hadde en mer negativ holdning til pasientgruppen enn nye sykepleiere (Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

#### **4.1.4 Pasientens perspektiv**

Hvordan pasientene i første omgang ble fortalt om sin diagnose var avgjørende for hvordan de selv erfarte diagnosen i ettertid. Om diagnosen ble formidlet med optimisme om bedring eller en diagnose som ikke kan kureres var også avgjørende for deres selvoppfatning rundt diagnosen. Pasientene følte på motvilje fra personalet og manglende evne til å jobbe med dem fordi de ble sett på som utfordrende, sammensatte og som høy-risiko pasienter. Pasienter med mange problemer følte til slutt at de ble overlatt til seg selv fordi personalet ikke visste hvordan de skulle håndtere dem. Deltakerne følte at de kun ble håndtert ved en umiddelbar høy risiko for selvskadende atferd, og at det ikke ble gjort forsøk på å se på bakgrunnen for deres vansker. Pasientene følte at de ble sett på som vanskelige, og at det ikke ble sett på som mennesker som lider (Morris, Smith & Alwin, 2014).

Det kommer fram i forskningsartikkel til Morris at pasientene synes det er viktig å bli behandlet som et menneske, og ikke som et pasientnummer. Personell som var imøtekommende og engasjerte seg i dem ble verdsatt. Dette kunne øke selvtiliten og håpet til pasientene. Likevel er det mange ansatte som er lite interessert i dem som mennesker, og som

får dem til å føle seg skyldige for sin væremåte. Dette forsterket følelsen av tomhet og fremmedgjøring. For pasientene var det viktig med en tillitsfull terapeutisk allianse, men dette var noe de følte personalet sjeldent opparbeidet eller tok seg tid til. Om omsorgen fra personalet ble redusert følte pasientene på avslag. Pasientene synes også det er viktig at personalet også engasjerer seg og er til stede i vanskelige perioder når risikoen for selvd destruktiv og utagerende atferd ble forhøyet (Morris et al., 2014).

## 4.2 Artikkelmatrise

I tabellen under er det er presentasjon av resultatene i forskningsartiklene vi har valgt for å besvare problemstilling vår.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Donald W. Black, Bruce Pfohl, Nancee Blum, Brett McCormick, Jeff Allen, Carol S. North, Katharine A. Phillips, Clive Robins, Larry Siever, Kenneth R. Silk, Janet B. W. Williams og Mark Zimmermann (2011)	Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians	Journal of personality disorders	Å undersøke holdninger mot pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	Kvalitativ metode. Anonymt selvrapportert spørreskjema besvart av 706 psykisk helsearbeidere fra ni forskjellige akademiske sentre i USA. 114 av respondentene var sykepleiere.	Sykepleiere har dårlige holdninger ovenfor denne pasientgruppen. De har lite tro på både medikamentell og terapeutisk behandling. 47% av den totale gruppen ville helst ikke jobbe med disse pasientene. Jo flere pasienter med diagnosen sykepleier behandler, jo bedre holdninger overfor pasientgruppen. De med lengre erfaring i psykiatri og større kompetanse hadde bedre holdninger. Mer undervisning om etiologien og behandling av sykdommen kan føre til bedre holdninger, og være med på å redusere stigma.

2	K. Woollaston og P. Hixenbaugh (2008)	"Destructive whirlwind": nurses perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder	Journal of psychiatric and mental health nursing	Å utforske sykepleieres forhold til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse fra sykepleiers perspektiv	Kvalitativ metode. Semi-strukturert intervju, der fokuset var på holdninger, interaksjoner med pasientene, emosjonelle reaksjoner i møte med pasienten og positive opplever med pasientene. Seks deltagere.	Sykepleiere ser på pasientgruppen som intens, krevende og farlig. Sykepleiere ser negativt på pasientgruppen, og det kan skyldes ubehagelige interaksjoner og følelsen de sitter igjen med av at de ikke klarer å beherske hvordan man skal behandle pasientene. De føler det er lite fremgang med pasientene. Sykepleierne ønsker mer kunnskap om hvordan de kan behandle denne pasientgruppen. Pasientene får sykepleierne til å føle seg som slemme personer til tross for at de prøver å hjelpe dem.
---	---------------------------------------	--	--	---	---	--

3	Cecil Deans og Elizabeth Meocevic (2005)	Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder	Contemporary nurse	Å beskrive psykiatriske sykepleieres holdninger mot pasienter diagnostisert med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	Kvalitativ metode med undersøkelse med spørreskjema med 50 spørsmål. Spørsmålene var delt i fire seksjoner som omhandler klinisk beskrivelse, emosjonelle reaksjoner, bekymringer og administrasjon. Det var gjort et bekvemlighetsutvalg. Kriteriet for å være med i studier var ett års erfaring i en akutt voksenpsykiatrisk avdeling eller med psykiatri i kommunehelsetjenesten. 65 psykiatriske sykepleiere responderte.	Sykepleiere møter mange utfordringer med denne pasientgruppen og det er en rekke negative holdninger overfor dem. De ser på dem som manipulative personer som lager problemer og får fram sinne blant sykepleierne. 44% sa de ikke visste hvordan de skulle behandle pasienter med diagnosen. En høy prosentandel mente de er ansvarlige for handlingene sine, relatert til suicidale tendenser og lovbrudd. De negative holdningene kan påvirke hvordan sykepleier utfører sin profesjon. Økt kunnskap om lidelsen, samt opplæring og personalstøtte kan hjelpe sykepleierne til å håndtere pasientene riktig.
---	--	--	--------------------	---	--	---

4	Dominic Markham (2003)	Attitudes towards patients with a diagnosis of 'Borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness	Journal of mental health	Evaluere påvirkningen til sykepleierne har mot personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	Kvalitativ metode med tre forskjellige spørreskjemaer som omhandlet tre psykiatriske lidelser: depresjon, schizofreni og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. 50 sykepleiere og 21 assistenter deltok i studien.	Sykepleierne opplever personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse mer negativ enn de andre pasientgruppene i studien, og de var mindre optimistiske overfor denne pasientgruppen. De oppfattet også disse pasientene som farligere enn pasientene med depresjon og schizofreni. Assistentene som jobbet med de samme pasientgruppene registrerte ikke forskjell på de ulike diagnosene og opplevde de derfor ikke mer negativt eller som farligere enn øvrige pasienter. Studien fant at sykepleiere viste høyere sosial avvisning mot pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse enn de med depresjon og schizofreni. Dette så man ikke hos assistentene.
---	------------------------	--	--------------------------	--	---	--

5	Charlotte Morris, Ian Smith og Nic Alwin (2014)	Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK	Journal of Mental Health	Å undersøke erfaringene til mennesker med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse sin tilgang til voksenpsykiatriske tjenester og forstå hvilke aspekter ved kontakten med tjenesten som kan være nyttig eller lite nyttig,	Kvalitativ metode hvor ni tjenestebrukere med en diagnostisert emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ble rekruttert gjennom frivillige sektortjenester i England. Semistrukturerte intervjuer ble brukt.	For pasientene er måten de ble fortalt om diagnosen avgjørende for hvordan de har sett på den i ettertid. Mange av pasientene følte på at omsorgen bar preg av negative og dårlige holdninger rettet mot diagnosen. Det avgjørende for hvordan de opplevde hjelpen de fikk var ofte hva slags relasjon de hadde til personalet.
---	---	---	--------------------------	---	---	---

## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte problemstillingen ”På hvilken måte påvirker sykepleieres holdninger samhandlingen med en pasient som har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”.

Vi har valgt å diskutere funnene fra forskningsartiklene i lys av Travelbee’s sykepleieteori, hvor vi ser på hvordan holdninger kan påvirke *det innledende møte, fremvekst av identiteter og empatifasen*. Vi diskuterer så hvordan menneskesynet til sykepleier kan påvirke behandlingen og drar inn pasientperspektivet. Vi vil bruke funnene fra forskningartiklene, yrkesetiske retningslinjer og faglitteratur for å besvare problemstillingen.

### 5.1 Holdninger blant helsepersonell

#### 5.1.1 Det innledende møte

Som nevnt i kapittel 2.4.2 danner sykepleier og pasient i det innledende møtet et førsteinntrykk av hverandre som kan påvirkes av tidligere erfaringer og forutinntatte meninger (Travelbee, 1999, s. 186-188). Felles for funnene i forskningsartiklene vi har valgt er at det er kjent at det lett skapes negative holdninger til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Gallop med fler fant at personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse fikk et stempel som vanskelige pasienter hvor personalet kunne ha stereotypiske holdninger og mindre empatisk omsorg overfor dem enn andre pasientgrupper (Gallop et al., referert i Deans & Meocevic, 2005). Studien til Deans og Meocevic bekrefter det samme (Deans & Meocevic, 2005). I studien til Fallon ser en også at pasientene opplever det samme i forhold til negative holdninger og stigmatisering fra ansatte (Fallon, 2003). Dette kan tyde på at det allerede ved første møte kan være utfordrende for både sykepleier og pasient å skape en god relasjon da tidligere erfaringer og forutinntatte meninger kan være med på å påvirke deres syn på hverandre.

##### 5.1.1.1 Frykt for avvisning

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse opplever som nevnt under avsnitt 2.2.1 en frykt for avvisning som gjør at de projiserer onde egenskaper til andres intensjoner. Dette kan skje i det innledende møte der pasient møter sykepleier. Studien til Markham viste at sykepleiere hadde høyere sosial avvisning mot personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse enn mot personer med depresjon eller schizofreni (Markham, 2003).

I studien til Fraser og Gallop kommer det frem at sykepleierne opptrådte mer avkreftende overfor de med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Fraser & Gallop, referert i Black et al., 2011). Det er sykepleiers ansvar å ha tilstrekkelig med faglig kunnskap om at pasientgruppen har et underliggende trekk hvor de opplever frykt for avvisning og at projisering av onde egenskaper kan skyldes lidelsens etiologi. Når sykepleier er bevisst på at dette kan være et symptom ved lidelsen vil sykepleier kunne være i stand til å ikke la seg påvirke av motoverføringsreaksjoner. Om sykepleier lar seg påvirke grunnet manglende erfaring eller kunnskap, vil dette kunne føre til at det innledende møte skaper negative holdninger hos sykepleier. Dette vil igjen kunne føre til klinisk forverring hos pasienten da det vil forsterke den reelle eller innbilte frykten for å bli forlatt. Resultat av det kan blant annet bli selvskading og akutte kriser (Palihawadana et al., 2019). Pasientene sier selv at en reduksjon i omsorgens omfang kan få pasienten til å føle avslag (Morris et al., 2014). Det kan derfor være avgjørende at sykepleieren sitter på denne kunnskapen i møte med pasientgruppen for å kunne forhindre at sykepleier trekker seg tilbake og ikke evner å gi den omsorgen pasienten trenger.

Sykepleier bør være seg bevisst på at pasientgruppen er ekstra følsomme når det gjelder non-verbal kommunikasjon, og at nøytrale ansiktsuttrykk og stemningsleier kan tolkes i en negativ retning fra pasienten sin side. Negative holdninger vil naturligvis føre til en mindre imøtekommende væremåte og vil kunne tolkes avvisende fra pasienten sin side.

#### **5.1.1.2 Kunnskap**

I det innledende møte har sykepleier som oppgave å bryte ned kategoriseringen og se mennesket bak diagnosen (Travelbee, 1999, 186-188). For å klare dette må sykepleieren være bevisst over egne holdninger overfor pasienten. Travelbee mener at det i noen tilfeller ikke er mulig å endre holdningene sykepleieren har overfor pasienten, men at sykepleier kan anstrenge seg for at de negative holdningene ikke skal påvirke omsorgen som blir gitt (Travelbee, 1999, s. 193-200). Forskningen viser at økt kunnskap om lidelsen, samt opplæring og personalstøtte kan hjelpe sykepleierne til å håndtere pasientene riktig (Deans & Meocevic, 2014; Black et al., 2011). Holdninger kan være med på å påvirke behandlingen og det er derfor viktig at sykepleiere lærer å håndtere de negative holdningene (Black et al., 2011). I forskningen til Deans og Meocevic kommer det frem at mange av sykepleierne så på pasientene som manipulative, og over en tredjedel så på dem som en plage og at de gjorde dem sinte. Rundt halvparten mente pasientene drev med emosjonell utpressing (Deans &



Meocevic, 2005). I to av studiene rapporterer sykepleierne at de føler at de ikke har nok kunnskap til å ivareta pasientgruppen (Wollaston & Hixenbaugh, 2008; Deans & Meocevic, 2005).

Det kommer frem i forskningsresultatene at det er mange negative holdninger knyttet til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette vil åpenbart påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient, og omsorgen som blir gitt i en negativretning om ikke sykepleier er bevisst over holdningene sine. At en tredjedel av sykepleierne blir sinte av pasientene kan hentyde til at det blir vanskelig å utøve forsvarlig sykepleie og ha kontroll på egne holdninger for å utøve den omsorgen pasienten har rett på. Ut fra resultatene kan det tyde på at negative holdninger overfor pasientgruppen kunne vært bedret ved økt kunnskap og trening i håndtering av pasientgruppen.

I studien til Black så de at jo flere pasienter sykepleierne hadde med diagnosen, jo høyere score selvrapporterte de når det kommer til kompetanse. Scoren økte drastisk med flere antall pasienter (Black et al., 2011). Forskningen til Black viser at holdningene til personalet bedret seg etter å ha deltatt på undervisning, men for at holdningene skulle holde seg positive måtte personalet ha jevnlig undervisning om pasientgruppen. Samtidig kommer det frem at klinikere med mer erfaring i psykiatri og som selv rapporterte høy kompetanse var mindre innstilt på å motta trening i håndtering og behandling av pasientgruppen (Black et al., 2011). Ved å ha kunnskap om pasientens særpreg, kan det være lettere å se mennesket bak lidelsen og være med på å bedre relasjonen mellom pasient og sykepleier. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleier skal holde seg faglig oppdatert og at sykepleier har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (NSF, 2019). Det er derfor opp til hver enkelt å tilegne seg nok kunnskap for å kunne gi pasientene den omsorgen de trenger og har krav på. Likevel ser det ut til at lang erfaring kan føre til en overvurdering av egen kompetanse hvor sykepleierne ikke lenger ser behov i å skulle ha mer undervisning om pasientgruppen, selv om forskningen tyder på at man trenger regelmessig oppdatering av kunnskap for å klare å håndtere de negative holdningene.

### **5.1.1.3 Erfaring**

I forskningen til Black viste det seg at de med lengre erfaring og kompetanse innenfor psykiatrien hadde bedre holdninger, mens studien til Woollaston & Hixenbaugh viste det motsatte, nemlig negative holdninger blant ansatte som hadde lengre erfaring i psykiatrien og større kompetanse (Black et al., 2011; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Dette tyder på at det kan være forskjeller blant sykepleierne som jobber med denne pasientgruppen og at lengre erfaring ikke nødvendigvis er synonymt med bedre holdninger, men kan skyldes andre faktorer. I Woollaston og Hixenbaughs artikkel kommer det frem at sykepleiere med lang erfaring og eksponering for pasientgruppen hadde dårligere holdninger. Dette er rapportert av en av deltakerne i studien, og er ikke data som er gitt subjektivt fra helsepersonell (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Det er derfor mulig at helsepersonellet selv hadde rapportert noe annet. I studien til Black ser man motsatte resultater ved at sykepleiere som har hatt et større antall pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse det siste året, hadde høyere selvrapportert score på positive holdninger (Black et al., 2011). Ut fra forskningen kan det virke som at det er differanse i forhold til om erfaring og positive holdninger er synonymt.

### **5.1.2 Fremvekst av identiteter**

Som nevnt i avsnitt 2.3 kan et av hindrene for å utvikle gode holdninger hos sykepleiere være at det er større vekt på den tradisjonelle psykiatrikunnskapen enn det er på pasientkunnskapen. Pasientkunnskap innebærer at sykepleierne lærer pasienten å kjenne og å forstå pasientens følelser, tanker, opplevelser og erfaringer knyttet til sin situasjon (Hummelvoll, 2014, s. 49). Det er dette som skjer i fase to i Travelbee's sykepleieteori, fremvekst av identiteter. I denne fasen lærer sykepleier pasienten å kjenne, og danner seg et helhetlig inntrykk, ser pasienten som et unikt individ og blir bevisst på hvordan en selv oppfatter pasienten (Travelbee, 1999, s. 188-192). For å etablere et forhold basert på tillit må sykepleier vedlikeholde en god forståelse av pasienten og vedlikeholde evnen til å kommunisere med pasienten. Dette er avgjørende for sykepleier-pasient forholdet (Stein-Parbury, referert i Deans & Meocevic, 2005). Det er i denne fasen pasienten begynner å forstå at sykepleieren ikke er en personifikasjon av "alle sykepleiere" og grunnlaget for empati blir etablert (Travelbee, 1999, s. 188-192). I et av studiene bekrefter pasientene selv at manglende interesse hos sykepleier knyttet til å se pasienten som et unikt individ kan forsterke følelsen av tomhet og fremmedgjøring. Pasientene følte de ikke ble sett på som mennesker og at

personalet så på de som vanskelige (Morris et al., 2014). Pasientene understreker også viktigheten av sykepleiere ikke trekker seg unna i perioder hvor symptomtrykket er høyt og pasientene kan være risikable å håndtere (Morris et al., 2014).

Ut fra forskningen og litteraturen kan det derfor tyde på at man ikke får en fase av framvekst av identiteter fordi sykepleier glemmer å se på pasienten som et unikt individ, og heller ser på pasienten som alle andre pasienter med samme diagnose. Om sykepleier er bevisst over at denne fasen ofte kan neglisjeres vil det være mulig for at sykepleier å reflektere rundt egen praksis og fokusere på å bli kjent med pasienten som et unikt individ. Dette vil trolig styrke relasjonen og bidra til en økt mulighet for at pasienten føler seg sett og at grunnlaget for empati fra sykepleier blir etablert.

Deans og Meocevic mener at det kan være en utfordring for sykepleiere i psykiatrien å håndtere sine negative holdninger og opplevelsen av å bli manipulert, samtidig som de skal sørge for et terapeutisk miljø hvor man kan etablere tillit og en god forståelse av pasienten (Deans & Meocevic, 2005). Pasientene har selv rapportert at de synes det er viktig med en tillitsfull terapeutisk allianse, men likevel føler de at dette er noe personalet sjeldent tar seg tid til eller klarer å opparbeide (Morris et al., 2014). Det kan se ut til at det er vanskelig å etablere en tillitsfull terapeutisk relasjon når negative holdninger er til stede, til tross for at dette er noe som er viktig for pasienten.

Kommunikasjon blant de ansatte der de kan snakke om meningsforskjeller, følelser og personalets tanker kan være med på å fremme muligheten til bedre forståelse av pasienten (Hummelvoll, 2014, s. 49). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en tendens til å kunne tenke storhetstanker om andre, slik som en sykepleier, og stille urealistiske forventninger. De har også en tendens til å plassere egne negative impulser og behov ut på andre for å få kontroll selv. Dette kan føre til at sykepleieren blir ledet til å være og opptre slik pasienten opplever en på det tidspunktet. Selv om sykepleier forsøker å være imøtekommende, vil pasienten likevel kunne være overbevist om at sykepleier er fiendtlig og upålitelig (Hummelvoll, 2016, s. 283). Samtidig kan de også utplassere positive sider av seg selv og på samme måte som ved de negative sidene, kan pasienten få sykepleieren til å opptre slik pasienten selv vil. Dette kan være med på å skape splittelse i personalet, og som forskningen understreker vil derfor kunnskap om lidelsen være med på å forebygge dette. Splitting i personalgruppen kan føre til manglende konsistens i personalets holdninger

(Hummelvoll, 2016, s. 475). Ved å forebygge dette vil det være lettere å gi pasientene den behandlingen de trenger og det vil være med på å redusere negative holdningene blant personalet. Ved økt kunnskap og god kommunikasjon mellom personalet om hver enkelt pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og dens særpreg, vil det være lettere for personalet å forstå pasienten og dette vil være med på å fremme muligheten til å skape en bedre relasjon mellom pasienten og hver enkelt sykepleier.

### **5.1.3 Empatifasen**

Personer med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er ikke en lett pasientgruppe å jobbe med. Av deltakerne i studien til Black ville 47% av respondentene ikke jobbet med pasientgruppen om de hadde mulighet til å velge (Black et al., 2011). Hele 84% rapporterte at de syntes det var vanskelig å håndtere pasienter med denne lidelsen (Cleary et al., referert i Deans & Meocevic, 2005). Når sykepleier ikke ønsker å jobbe med pasienten kan man konkludere med at det mangler empati fra sykepleier sin side. Av de ulike gruppene av klinikere som ble sett på i studien var det sykepleiere som kom dårligst ut når det kom til empati overfor pasienten og optimisme når det kom til behandling. Ut fra pasientperspektivet er det lignende erfaringer hvor pasientene føler på motvilje og manglende evne blant personalet til å jobbe med dem grunnet deres atferd (Morris et al., 2014). Sykepleiere hadde liten tro på medikamentell behandling og effekten av psykoterapi (Black et al., 2011). I studien til Black kom det frem at en av årsakene til at sykepleierne kom dårligst ut kunne være på grunn av at de møter pasientene når de er på sitt dårligste, og at dette kan påvirke holdningene sykepleiere har overfor pasientgruppen (Black et al., 2011). Pasientene selv verdsetter imøtekommende og engasjerte sykepleiere. Slike positive holdninger kan øke selvtilliten og håpet til pasientene (Morris et al., 2014). Det at sykepleiere er en av de yrkesgruppene som har tette kontakt med pasientene og samtidig har minst empati, er problematisk med tanke på riktig behandling og mulighet for bedring, og vil ikke være med på å bedre samholdet mellom sykepleier og pasient.

I en studie uttrykker en andel av sykepleierne mindre empati og mindre optimisme i forhold pasientgruppens prognose (Markham et al., referert i Black et al., 2011). Lignende resultater ser man i en studie av Fraser og Gallop (Fraser & Gallop, referert i Black et al., 2011). Mens i studien til Black var 83 % av deltakerne uenige med at prognosen var håpløs, og at det heller var håp om bedring (Black et al., 2011). Det kan derfor tyde på at det er forskjeller blant

sykepleiere når det kommer til tanker om prognosen. Pasientene selv sier at personalets optimisme eller mangel av optimisme rundt prognosen er avgjørende for deres selvoppfatning omkring diagnosen og hvordan de selv erfarer den (Morris et al., 2014). Holdninger pasientene opplevde som positive for deres bedringsprosess var blant annet at sykepleierne var åpne, ga personlig omsorg, håp og optimisme, at de var fleksible og at de hadde evne til å tenke nytt. De satte pris på at sykepleierne brukte humor og at de ga trygghet og støtte (Hummelvoll 1990, i Hummelvoll, 2014). I studiet til Woollaston og Hixenbaugh rapportere sykepleierne at de ikke føler de klarer å hjelpe pasientgruppen og at det er lite progresjon i behandlingen. Følelsen av å ikke klare å hjelpe var en av hovedårsakene til de negative holdningene (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Det kommer likevel frem i studien til Fallon at selv om pasientene opplevde å bli møtt med negative holdninger, verdsatte de kontakten med psykiatriske tjenester og opplevde at sykepleiere hjalp dem til å forstå deres egne følelser og atferd (Fallon, 2003). Dette kan tyde på at ved å bevisstgjøre sine egne holdninger over pasientgruppen, vise større optimisme og gi pasienten empati kan være med på å forbedre hverdagen til pasienten.

Det at sykepleier kan utvikle sitt empatiske område til tross for at sykepleier ikke trenger å like pasienten understreker at sykepleier kan gi god omsorg til tross for de dårlige holdningene man ofte ser. Travelbee mener som nevnt i 2.4.2 at sykepleier ikke trenger å like pasienten eller ha positive følelser overfor dem for å utvikle empati. Om sykepleier likevel velger å være nysgjerrig på pasienten og ønsker å forstå hvem pasienten er kan sykepleier utvikle sitt empatiske område. Dette er viktig for at sykepleier skal få en forståelse for pasienten og kunne sette seg inn i pasientens psykiske tilstand. Sykepleier har et valg om å ønske å utvikle empati og hjelpe pasienten til tross for at hun ikke nødvendigvis liker pasientens atferd eller har troen på bedring. Ved å flytte fokuset fra ens egne tanker omkring prognose og lidelsens sykdomsforløp, men heller ønske å forstå hver enkelt pasient med deres følelser, tanker og erfaringer, vil sykepleier muligens endre sin oppfatning og utvikle empati. Dette vil kunne bidra til å gi håp for pasienten. Som sykepleier skal man gi omsorgsfull sykepleie, og man har derfor en plikt til å ville utvikle sitt empatiske område. Har ikke sykepleier empati overfor pasienten er det vanskelig med en omsorgsfull tilnærming. Ut fra forskningen ser det ut til at det er stor differanse mellom de holdningene pasienten verdsetter og som hjelper i deres bedringsprosess og mellom de holdningene man finner hos sykepleierne.

#### 5.1.4 Menneskesyn

Som sykepleier må man ha en bedringsorientert innstilling. Sykepleier må bidra til å formidle håp om at pasienten kan leve et godt liv så pasientens potensial for vekst stimuleres og man klarer å vedlikeholde godt mot (Hummelvoll, 2016, s. 281-282). Det mangler både respekt og bevaring av hver enkelt pasients integritet når pasienten blir møtt med et reduksjonistisk menneskesyn, hvor alle med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i mange tilfeller blir møtt med negativitet og manglende håp om bedring fra sykepleier. Forskning tilsier at potensiale for bedring av diagnosen er stort. Det er derfor åpenbart at mangel på kunnskap er med på å bidra til de dårlige holdningene sykepleierne kan ha om manglende håp rundt bedring for pasientene.

Hadde sykepleier sett på pasienten med et holistisk menneskesyn ville sykepleier som nevnt i avsnitt 2.6 også forstått at det kan være mange årsaker til at pasienten er syk og forsøkt å forstå hva det kan ha sammenheng med (Odland, 2013, s. 26). Med et holistisk menneskesyn ser man på pasienter som medmennesker og samarbeidspartnere som er likeverdige. Ved at sykepleier bruker sin faglige kompetanse samtidig som pasienten sitter på sine erfaringer og en forståelse av sin situasjon, vil man med et jeg-du-forhold kunne gi god og omsorgsfull helsehjelp (Odland, 2013, s. 28). Travelbee sier også som nevnt i avsnitt 2.5 at sykepleiers holdninger påvirker verdiene sykepleiers har i møte med pasienten og at det påvirker kvaliteten av sykepleien som blir gitt. Ved at sykepleier gjør seg bevisst på at man bør huske å se på pasienten med et holistisk syn når man utøver sykepleie, ville muligens sykepleier også reflektert over om de negative holdningene er reduksjonistiske eller kan forsvares fra et holistisk ståsted. At sykepleier reflekterer rundt hvordan menneskesynet påvirker kvaliteten av omsorgen er viktig for å yte god og forsvarlig sykepleie.

## 6 Avslutning

Resultatene i denne oppgaven kan tyde på at det finnes mange negative holdninger blant sykepleiere rettet mot pasienter med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Pasientgruppen er utfordrende å jobbe med, og mangel på kunnskap og jevnlig trening i håndtering av pasienter med denne lidelsen ser ut til å kunne være en av årsakene til negative holdninger. Erfaring kan være en faktor som spiller inn, men det er ikke entydig at lengre erfaring fører til bedre holdninger og det kan derfor være behov for mer forskning omkring dette. Sykepleiere er mer avvisende overfor pasientgruppen sammenlignet med andre pasientgrupper og dette kan resultere i klinisk forverring med selvskading og akutte kriser for pasienten. Pasientene er i behov av en allianse basert på tillit med sykepleier, noe de sjeldent opplever. Når sykepleier ikke ser pasienten som et unikt individ, men som er en personifisering av lidelsen “emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse” vil det kunne føre til at pasienten får en forsterket følelse av tomhet og fremmedgjøring. Pasientene er i behov av sykepleiere som er der også når ting er vanskelig og potensielt risikabelt, og dårlige holdninger kan hindre at de stiller opp for pasienten når de er i krise. Pasientene føler på motvilje og manglende evne til å håndtere deres atferd, og at sykepleier trekker seg unna. At det er manglende optimisme overfor diagnosen og at dette har direkte innvirkning på pasientens selvoppfatning av lidelsen er problematisk. Det vil være vanskelig å få til en terapeutisk tillitsfull allianse og et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient med holdningene som finnes blant sykepleiere.

Kort oppsummert kan man si at det er stor diskrepans mellom de holdningene man finner hos sykepleiere og de holdningene pasientene er i behov av for bedring. De negative holdningene er med på å svekke samhandlingen mellom pasient og sykepleier ved at de står i veien for å danne en god relasjon og at sykepleier skal føle empati, og gi den omsorgen pasienten har krav på. Slik vi ser det er det sannsynlighet for at de negative holdningene er direkte antiterapeutiske og kan potensielt være til skade for pasienten.

## Referanseliste

- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, S. C., Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians, *Journal of personality disorders*, 16(3), s. 579-586. Doi: <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Deans, C. & Meocevic, E. (2014). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder, *Contemporary Nurse*, 21(1), s. 43-49. Doi: <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>
- 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), s. 393-400. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkvis og delt* (7.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, K.B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg, *Sykepleien*, 105(1), s. 62-66. Doi: [10.4220/Sykepleiens.2017.59760](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760)
- Markham, D. (2003). Attitudes toward patients with a diagnosis of 'Borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness, *Journal of Mental Health*, 12(16), s. 596-612. Doi: <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>
- Morris, C., Smith, I. & Alwin, N. (2014). Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK, *Journal of Mental Health*, 23(5), s. 251-255. Doi: <https://dx.doi.org/10.3109/09638237.2014.951483>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>



- Odland, L-H. (2013). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. Utg., s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Palihawadana, V., Broadvear, J. H. & Rao, S. (2019). Reviewing the clinical significance of “fear of abandonment” in borderline personality disorder, *Australasian Psychiatry*, 27(1), s. 60-63. DOI: [10.1177/1039856218810154](https://doi.org/10.1177/1039856218810154)
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken*. (2. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (5.Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wollaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). “Destructive whirlwind”: nurses’ perception of patients diagnosed with borderline personality disorder, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(15), s. 703-709. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>