

# Fordypningsoppgave

## Når den terapeutiske alliansen blir vanskelig.

En systematisk litteraturstudie om utfordringer knyttet til terapeutisk allianse mellom helsearbeidere og personer med borderline personlighetsforstyrrelse.

## When the therapeutic alliance becomes difficult.

A systematic literature review of the challenges associated with the therapeutic alliance between health professionals and people with Borderline Personality Disorder.

Anne Kristine Sjaastad Walldén  
Antall ord: 7663

Fordypningsoppgave i Tverrfaglig psykisk helsearbeid

Emnekode: MPH 451, Perspektiver og tilnæringsmåter

Master- og videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid

Avdeling for helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 13. mai 2015



**HINT**

*«Det finnes tre diamanter som skaper gode møter mellom mennesker.  
Disse tre diamentene er 1) å være snill, 2) å dele makt og 3) å være ærlig»*

Per Fugelli, Ruskonferansen 22. April 2015

## **ABSTRACT**

*Background:* In drug rehabilitation there is an ongoing discussion about how the alliance between health professionals and patients with substance abuse and borderline personality disorder can influence treatment. The literature suggests that it is often difficult to establish a therapeutic alliance with BPD patients, and that this alliance is of great importance for the outcome of their treatment.

*Aim:* The purpose of this study was to identify the specific challenges that exist in establishing a therapeutic alliance with people with borderline personality disorder (BPD).

*Method:* Systematic literature review

*Results:* The literature review shows that the attitudes, mental distress and competence of health professionals, as well as health care system challenges, affect the therapeutic alliance with BPD patients.

*Discussion:* In a health care system treating patients with BPD, health workers need greater competence, psychological support and supervision in therapeutic work with these patients. Findings in this study indicate that these factors have positive impact on health professionals' attitudes towards this group of patients, which in turn improve health professionals' ability to establish a therapeutic alliance with their BPD patients.

### **Keywords:**

Therapeutic alliance, borderline personality disorder, mental health work

## **SAMMENDRAG**

*Bakgrunn:* I rusfeltet pågår en diskusjon om hvordan alliansen mellom helsearbeidere og pasienter med ruslidelser og borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) kan tenkes å påvirke behandling. Litteraturen antyder at det ofte er vanskelig å etablere en terapeutisk allianse til mennesker med BPD. Samtidig viser studier at denne alliansen er av stor betydning for utfall av behandling for BPD.

*Hensikt:* Hensikten med studien var å finne de spesifikke utfordringene som eksisterer i arbeidet med å etablere en terapeutisk allianse med mennesker med BPD.

*Metode:* Systematisk litteraturstudie

*Resultat:* Litteraturgjennomgangen viser at helsearbeideres holdninger, psykisk belastning, kompetanse samt systemutfordringer påvirker den terapeutiske alliansen med borderlinepasienten.

*Diskusjon:* I en helsetjeneste som behandler pasienter med BPD, trenger helsearbeidere økt kompetanse, samt psykisk støtte og veiledning i det terapeutiske arbeidet med BPD-pasienten. Funnene i denne studien tyder på at disse faktorene har positiv innvirkning på helsearbeidernes holdninger overfor pasientgruppen, som igjen vil øke evnene til etablering av terapeutisk allianse med de med BPD-pasientene de behandler.

### **Nøkkelord:**

Terapeutisk allianse, borderline personlighetsforstyrrelse, psykisk helsearbeid

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	side 7
<b>1.1. Hensikt med studien</b>	side 9
<b>1.2 Forskningsspørsmål</b>	side 10
<b>1.3 Begrepsavklaringer</b>	side 10
<b>1.4 Studiens avgrensninger</b>	side 11
<b>2.0 METODE</b>	side 12
<b>2.1 Systematisk litteraturstudie</b>	side 12
<b>2.2 Litteratursøk</b>	side 12
<b>2.3 Utvalgsstrategi</b>	side 13
<b>2.4 Kvalitetsvurdering av artiklene</b>	side 14
<b>2.4 Forskningsetiske overveielser</b>	side 15
<b>2.5 Analyse av artiklene</b>	side 15
<b>3.0 RESULTATER</b>	side 17
<b>3.1 Holdninger: Nedsettende beskrivelser og stigmatisering</b>	side 17
<u>3.1.1 Kvalitative funn</u>	side 17
<u>3.1.2 Kvantitative funn</u>	side 18
<u>3.1.3 Oppsummering</u>	side 19
<b>3.2 Kompetanse: fag-, erfarings- og personlig kompetanse</b>	side 19
<u>3.2.1 Kvalitative funn</u>	side 19
<u>3.2.2 Kvantitative funn</u>	side 20
<u>3.2.3 Oppsummering</u>	side 20

<b>3.3</b>	<b>Psykisk belastning: følelser og grenser</b>	side 21
	<u>3.3.1 Kvalitative funn</u>	side 21
	<u>3.3.2 Kvantitative funn</u>	side 22
	<u>3.3.3 Oppsummering</u>	side 22
<b>3.4</b>	<b>Systemutfordringer: veiledning og tjenestetilbud</b>	side 22
	<u>3.4.1 Kvalitative funn</u>	side 22
	<u>3.4.2 Kvantitative funn</u>	side 23
	<u>3.4.3 Oppsummering</u>	side 23
<b>4.0</b>	<b>DISKUSJON</b>	side 24
<b>4.1</b>	<b>Hvordan påvirker kompetanse terapeutisk allianse?</b>	side 24
<b>4.2</b>	<b>Hvordan påvirker psykisk belastning terapeutisk allianse?</b>	side 26
<b>4.3</b>	<b>Hvorfor oppstår negative holdninger?</b>	side 27
<b>4.4</b>	<b>Hvordan kan en terapeutisk allianse opprettholdes?</b>	side 29
<b>4.5</b>	<b>Metodediskusjon</b>	side 31
	<u>4.5.1 Styrker</u>	side 31
	<u>4.5.2 Begrensninger</u>	side 31
<b>5.0</b>	<b>KONKLUSJON</b>	side 33
	<b>LITTERATURLISTE</b>	side 34
	<b>VEDLEGG 1</b> Oversikt over inkluderte artikler	side 40
	<b>VEDLEGG 2</b> Analyse av artiklene	side 45
	<b>VEDLEGG 3</b> Oppsummering av analysen i stikkord	side 52
	<b>VEDLEGG 4</b> Artikelgranskning	side 54

## 1.0 INNLEDNING

I rusfeltet pågår det en diskusjon om hvordan alliansen mellom helsearbeidere og pasienter med ruslidelser og Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) kan tenkes å påvirke kvaliteten på behandlingen. Det er kjent at mennesker med denne lidelsen har vanskeligheter med å etablere gode og stabile relasjoner til mennesker rundt seg. Samtidig er det også kjent at helsearbeidere opplever det utfordrende å etablere en god allianse med BPD-pasienter.

Litteraturen antyder at det ofte er vanskelig å etablere en terapeutisk allianse med mennesker med BPD (Horsfall, 1999; Ma, Shih, Hsiao, Shih, & Hayter, 2009). Samtidig viser studier at d allianse er av stor betydning for utfall av behandling for BPD (Barnicot et al., 2012). Positive helsearbeider-holdninger er spesielt viktig i arbeidet med BPD-pasienter, fordi de er fundamentet i utviklingen av en «produktiv» terapeutisk allianse (Ma et al., 2009). Faktorer som påvirker helsearbeideres holdninger inkluderer utdanningsnivå (kunnskap og forståelse for BPD), effektive behandlingsmodeller, mulighet til og deltagelse i utdanningsprogram og tilstrekkelige ressurser til å håndtere BPD-pasienter (Ross & Goldner, 2009).

Personlighetsforstyrrelser (PF) er definert som opplevelsesmåter og adferd som tydelig avviker fra det som forventes innenfor personens kulturelle kontekst. Mønsteret av opplevelsesmåter og adferd kan føre til klinisk signifikant lidelse eller svekkelse av sosial og arbeidsmessig fungering eller av andre viktige funksjonsområder (American Psychiatric Association, 2000).

Det fremtredende ved BPD er forstyrrelser av selvbylde, mål og indre verdier. Mennesker med BPD har tendens til å bli involvert i intense og ustabile relasjoner som ofte fører til følelsesmessig krise. Man ser også en overdreven innsats for å unngå å bli forlatt samt tilbakevendende trusler om eller handlinger som innebærer selvskading. Mange opplever også en kronisk tomhetsfølelse (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010)

Som ved andre psykiske lidelser er årsakene til BPD komplekse og uklare. Mange av disse personene har en historie med traumer, overgrep og/eller omsorgssvikt i barndommen. Andre faktorer er genetisk disposisjon, nevrobiologiske faktorer, eller forskjellige miljømessige faktorer. Forskning antyder at BPD og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er nært beslektet. Mye tyder på at BPD kan være en følge av en kombinasjon av traumatisk barndom, sårbart temperament og stressende hendelser i ungdomsårene eller voksen alder (Evang, 2010).

I Australia ble det gjort en studie, som viste at 65 % av rusavhengige fylte kriteriene for BPD (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000). Til sammenligning ble det i Norge gjort en undersøkelse i to befolkningsområder, som viste at av alle pasienter behandlet for misbrukslidelse, var det 72% som hadde en PF (Bakken, Landheim, & Vaglum, 2005), der BPD var den nest mest hyppige. BPD viser seg å være indikator for dårlig resultat av behandling, samt dårlig samarbeid om behandlingen (Bakken et al., 2005).

Rusmisbruk alene er assosiert med stor grad av dårlig psykososial fungering, psykisk lidelse, selvskadning og suicidal atferd samt dårlig effekt av behandling. Behandling av samtidig ruslidelse og BPD er ytterligere utfordrende blant annet på grunn av helsepersonells holdninger til og reaksjoner på denne pasientgruppen, og negative helsearbeider-pasient relasjoner kan ødelegge et behandlingsforløp (Lubman, Hall, Pennay, & Rao, 2011).

Kompleksiteten som ligger i behandlingen av samtidig rusmisbruk og BPD blir ytterligere forsterket av disse negative holdningene og helsearbeideres problemer å samarbeide med denne pasientgruppen. Dette er spesielt tydelig i rusbehandling, hvor udiagnostisert BPD kan ligge til grunn for konfliktfylte pasient-hjelper-relasjoner samt føre til forsinkelser og feil i henvisning til videre behandling. Arbeidet med BPD-pasienter er beskrevet som svært krevende for helsearbeidere, og i fagartikler er det brukt uttrykk som «den vanskelige pasienten». Andre uttrykker at å arbeide med BPD-pasienter er som å skulle «temme en vulkan». Bak disse metaforene kan det være helsearbeidere som i stor grad blir berørt både fysisk, psykisk og emosjonelt i møtet med pasienten. Regresjon, motoverføring og projektiv identifikasjon er velkjente fenomen. Personalgruppen kan oppleve å bli splittet, og dette resulterer i uenighet og konflikter helsearbeiderne imellom (Evang, 2010). Selv om stigmatisering er sterkt knyttet til denne pasientgruppen, kan helsearbeideres holdninger til pasientgruppen gjenspeile mangel på ferdigheter og kunnskap om de spesifikke behovene pasientgruppen har (Lubman et al., 2011).

Holdningene til psykiske problemer og rusmiddelavhengighet og forståelsen for kompleksiteten i problematikken, har endret seg de siste tiårene. Med stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet» (helsedepartementet, 1997) ble det markert en endring i hvordan mennesker med psykiske lidelser bør behandles. Endringen bestod i å ta avstand fra en tidligere autoritær og personalstyrt praksis (Karlsen, 2012). Det var et mål at tjenestene skulle desentraliseres, og pasientrollen skulle endres fra passiv mottaker av behandling, til aktiv



deltaker i sin egen bedringsprosess. Et annet mål var at det tradisjonelle hierarkiet skulle omstruktureres. Dette innebar inkludering av flere yrkesgrupper og tverrfaglig samarbeid, der alle yrkesgruppene var likeverdige. I årene etter har det kommet flere offentlige styringsdokument som understreker de samme verdiene (Karlsen, 2012).

Den nyeste veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) og ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) legger vekt på brukerens eget bidrag til endring og mestring av helse- og livssituasjon. Brukermedvirkning er en gjennomgående verdi og en viktig faktor i bedringsprosesser. Helsearbeiderens metodekompetanse har en rolle, samtidig som kompetanse som bidrar til empowerment og recovery trer frem som like betydningsfulle element i psykisk helse- og rusarbeid. Dette gjør den terapeutiske alliansen til et sentralt aspekt ved behandling.

Empowerment har norske oversettelser som «myndiggjøring» og «egenkraftpotensial» (Karlsen, 2012). Relasjonen mellom fagfolk og pasienter er gode når begge parter er villige til å bli påvirket av tanker, oppfatninger og følelser fra den andre (Deegan, 1990). Deegan (1990) viser til teoretikere som kaller slike interaksjoner for myndiggjøring. Å utøve bemyndigelse betyr å lære seg nye måter å forholde seg til pasienter på. Det betyr å lære å ha makt *med*, fremfor å ha makt *over* de som søker hjelp i helsevesenet.

Recoverytradisjonen er en kunnskapstradisjon som blant annet har bidratt i utviklingen av relasjonsarbeidet i psykisk helse- og rusarbeid. I recovery-tenkning betyr relasjonskompetanse å kunne være seg selv i rollen som helsearbeider og være bevisst hvordan egne personlige særtrekk innvirker på relasjonen (Helsedirektoratet, 2014).

## **1.1 Hensikt med studien**

Resultatene av forskning, statlige føringer og helsearbeideres erfaringer med utfordringene i arbeidet med borderlinepasienten, understreker betydningen av BPD-kompetanse innenfor rusfeltet, og hvordan man som helsearbeider bør møte denne pasientgruppen. Hensikten med denne studien var å gjennomgå aktuell og relevant forskningslitteratur for å undersøke hvilke hovedutfordringer helsearbeidere stilles overfor i det terapeutiske arbeidet med BPD-pasienter

Med utgangspunkt i dette, er forskningsspørsmålet for denne litteraturstudien som følger:

## 1.2 Forskningsspørsmål

*Hva sier forskningslitteraturen om utfordringene knyttet til å etablere en terapeutisk allianse med personer med borderline personlighetsforstyrrelse?*

## 1.3 Begrepsavklaringer

Borderline PF eller emosjonelt ustabil PF er diagnoser som i mange tilfeller beskriver de samme symptomene. Betegnelsene brukes om en annen i fagmiljøene (Karterud et al., 2010). Likhetene er flere og betegnelsene kommer fra to ulike diagnosesystem, borderline PF fra det nordamerikanske DSM-IV, og emosjonelt ustabil PF fra det europeiske ICD-10. Emosjonelt ustabil PF deles i to undergrupper; impulsiv type og ustabil type, ofte referert til som borderline type (Statens Helsetilsyn, 1999). Felles for de ulike diagnosene i DSM-IV og ICD-10 er disse menneskenes omfattende vansker med regulering av følelseslivet, proaktiv identifikasjon (overføringsmekanismer), forstyrrelser i selvbildet, mål og verdi samt betydelige vansker i relasjoner til andre mennesker. Bildet preges ofte av intense og ustabile interpersonelle forhold, noe som ved både emosjonelt ustabil PF og BPD vanskeliggjør å skape gode relasjoner til mennesker rundt seg. I denne studien er det valgt å bruke DSM-IVs beskrivelse av BPD fordi det er dette diagnosesystemet som dominerer i forskningslitteraturen (Karterud et al., 2010).

Begrepet terapeutisk allianse har flere synonym. Andre begrep som beskriver dette er terapeutisk relasjon, helsearbeider-pasient relasjon og behandlingsallianse. I denne studien brukes begrepene vekselvis og har samme betydning.

Studien tar utgangspunkt i helsearbeiderperspektivet. Helsearbeidere er personer som arbeider innenfor psykisk helsearbeid og rusarbeid, uavhengig av profesjon. I artiklene som er valgt for denne studien representerer utvalget sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, psykologer, psykiatere, pleieassistenter, psykoterapeuter, ergoterapeuter, sosialarbeidere og rådgivere. Det er med hensikt inkludert studier med ulike profesjoner representert, nettopp for å ivareta det nødvendige tverrfaglige perspektivet i psykisk helse- og rusarbeid.

Deltagerne arbeidet i psykiatrisk sykehus, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste (poliklinikk og døgn), akuttmedisinsk avdeling og andre psykiatriske institusjoner. Deltagerne er både menn og kvinner, med overvekt av kvinner.

## 1.4 Studiens avgrensninger

På grunn av lite publisert forskning som beskriver erfaringer i arbeidet med mennesker med både rusproblematikk og BPD, ble det gjort et valg i forhold til søkestrategi. Søkene ble etter hvert rettet mot kun BPD, begrepet avhengighet og rus ble utelatt.

I mange tilfeller vil samtidig BPD og rusavhengighetsdiagnoser kvalifisere for betegnelsen rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Opp til vurdering var å søke på ROP-lidelser (dobbeltdiagnoser) i kombinasjon med terapeutisk allianse. Begrepet ROP-lidelser favner rusavhengighetsdiagnoser, betydelig funksjonsnedsettelse og en rekke andre alvorlige psykiske lidelser som for eksempel psykoselidelser og bipolar lidelse.

Søkene er avgrenset til å omhandle helsearbeidere som arbeider med BPD-pasienter over 18 år. Det er ikke gjort ekskludering i forhold til kjønn. Alle artiklene har helsepersonell som utvalg, ikke pasienter. Det er med hensikt inkludert forskning fra ulike verdensdeler. Dette for å redusere risiko for kulturelt betingede skjevheter i resultatene.

Litteraturstudien baserer seg på forskning gjort innenfor de siste 12 årene, med hovedvekt på de siste 8 års forskning. En studie er utført i 2003, de resterende er studier utført i tidsrommet 2006-2013.

Litteraturgjennomgangen inkluderer både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette valget er gjort på bakgrunn av at det er ønskelig at forskningsspørsmålet besvares ved hjelp av begge forskningsmetodene. De kvantitative studiene vil fortelle oss noe om utbredelsen av ulike problemområder; hvordan de fordeler seg i en populasjon eller situasjon. De kvalitative forteller noe om hvorfor utfordringene eksisterer eller hvordan et fenomen kan oppleves (Forsberg & Wengström, 2013).

## **2.0 METODE**

I dette kapittelet redegjøres det for hvordan litteratursøk er gjennomført, utvalgsstrategi, kvalitetsbedømming samt analysemetoder. Kapittelet inneholder også etiske overveielser.

### **2.1 Systematisk litteraturstudie**

Metoden som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet er et systematisk litteratursøk. En systematisk litteraturstudie søker å få oversikt over tidligere empiriske studier. Den systematiske studien bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte området og bør søke beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet (Forsberg & Wengström, 2013). Med dette menes det at det i økende grad stilles krav til at gjeldene praksis skal være evidensbasert. Vi må derfor inneha kunnskap om hvordan vi skaffer vitenskapelige bevis for vår praksis. Materialet i studien består av vitenskapelige, publiserte forskningsartikler. Artiklene analyseres og resultatene kategoriseres i hovedkategorier og sub-kategorier. Kategoriseringen søker å belyse studiens forskningsspørsmål. Litteraturstudien er fenomenologisk. Fenomenologisk metode søker å beskrive og forklare variasjoner innenfor et tema/problemområde med utgangspunkt i menneskers erfaringer (Forsberg & Wengström, 2013).

### **2.2 Litteratursøk**

Litteratursøk ble gjort i Medline, Cinahl og PsykInfo. Databasene er valgt på bakgrunn av faglig relevans, samt at alle tre i hovedsak har et vitenskapelig faglig nivå.

Søkeordene var sykepleier-pasient relasjoner (nurse-patients relations), borderline personlighetsforstyrrelse (borderline personality disorder), terapeutisk allianse (therapeutic alliance), helsearbeider-pasient relasjoner (professional-patient relations), sykepleiererfaringer (nurse experiences), helsepersonells holdninger (health personnel attitudes), arbeidserfaring (work experiences) og erfaringer (experiences) i ulike kombinasjoner ut fra antall treff i databasene (tabell 1).

Manuelle søk på hvert enkelt søkeord ble gjort, også i andre databaser som Svemed+, Clinical Evidence og Norart. Deretter ble søkeordene kombinert med AND (tabell 1) ut fra antall treff i de ulike databasene. Det var ønskelig at artiklene skulle være fagfellevurdert (peer reviewed) og at det var et sammendrag tilgjengelig. I Medline ble det også avgrenset til engelsk språk, da det i denne databasen dukket opp artikler på flere ulike språk.

Enkelte artikler var ikke tilgjengelig online, disse artiklene ble bestilt ved hjelp av høgskolebibliotekets bibliotekarer.

Tabell 1: Litteratursøk

Database	Søkeord	Avgrensinger	Treff	Utvalgt
Cinahl 11.02.15	experiences OR MH Work Experiences AND MH Borderline Personality Disorder OR borderline personality disorder	Peer reviewed, abstract available,	27	2
Cinahl 11.02.15	MH Borderline Personality Disorder OR borderline personality disorder AND MH Professional-Patient Relations OR professional-patient relations OR MH Nurse-Patient Relations	Peer reviewed, abstract available,	32	1
PsycInfo 11.02.15	borderline personality disorder.mp. or exp Borderline Personality Disorder/ AND exp Therapeutic Alliance/ or alliance.mp.	Peer reviewed, abstract available,	43	1
PsycInfo 11.02.15	exp Nurses/ or exp Job Experience Level/ or exp Health Personnel Attitudes/ or nurse experiences.mp. AND borderline personality disorder.mp. or exp Borderline Personality Disorder/	Peer reviewed, abstract available,	44	4
Medline 12.02.15	borderline personality disorder.mp. or exp Borderline Personality Disorder AND exp Professional-Patient Relations/ or therapeutic alliance.mp. AND mental health.mp. or exp Mental Health	English language, abstract	48	2
Medline 12.02.15	Nurse-patients relations.mp. or exp Nurse-Patient Relations AND borderline personality disorder.mp. or exp Borderline Personality Disorder	English language, abstract	27	1
Medline 23.02.15	Koekkoekk, B (fra referanseliste i en artikkel)	År:2009	1	1

### 2.3 Utvalgsstrategi

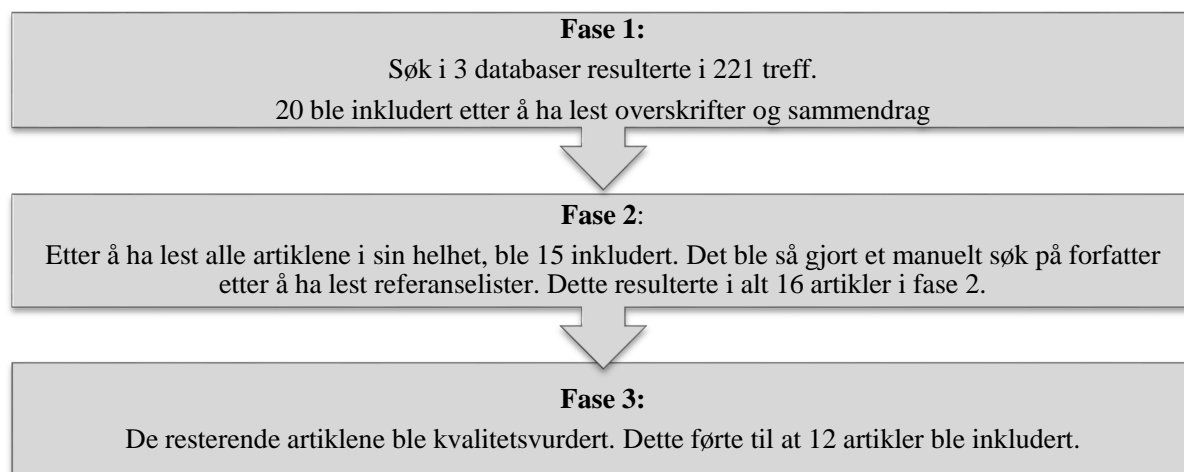
Utvalgsstrategien ble delt i tre faser (figur 1), der fase 1 bestod i å få en overordnet oversikt ved å lese alle overskrifter og sammendrag. Artikler med overskrifter som tydelig var utenfor problemstillingen ble ekskludert, deretter ble alle sammendrag av artikler med relevant overskrift lest. Dette resulterte i 20 artikler.

I fase 2 ble disse 20 artiklene skrevet ut og lest i sin helhet. I denne fasen ble det gjort manuelle søk på forfattere, etter å ha identifisert disse i referanselistene i artiklene. Til

sammen ble 21 artikler gjennomgått i sin helhet. Denne seleksjonsprosessen resulterte i 16 artikler.

I fase 3 ble det gjort en kvalitetsvurdering av alle artiklene. Resultatet av fase 3 ble 12 artikler

*Figur 1: Utvalgsstrategi*



## 2.4 Kvalitetsvurdering av artiklene

Tidsskriftet artiklene er publisert i, ble kontrollert på Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (nsd.no, 2014). Denne databasen gir informasjon om kvalitetsnivået på tidsskriftet artiklene er publisert i. Her kan man søke på tidsskriftets navn eller ISSN-nummer. Tidsskriftene i databasen har tre nivå, der «-» er ikke god nok kvalitet, «nivå 1» er normal kvalitet og «nivå 2» har høyere kvalitet. I denne prosessen ble ingen ekskludert, da alle tidsskriftene var av nivå 1 eller 2 (vedlegg 1).

Videre i kvalitetsvurderingsprosessen ble Hellzeen's vurderingsmal brukt (anbefalt av HINT, vedlegg 3). Artiklene ble vurdert til å være av lav (L), medium (M) eller høy kvalitet (H). I denne prosessen ble 4 artikler ekskludert.

Forskningsetikk er de grunnleggende moralnormene for vitenskapelig praksis (Ringdal, 2013), og at forfatterne har respekt for dette er avgjørende at kommer frem. Dette innebærer blant annet beskyttelse av individet, forholde seg til regler for publisering samt redelighet. Vitenskapelig forskning skal forholde seg til de grunnleggende normene felleseie, universalisme, upartiskhet, organisert skepsis og originalitet (Ringdal, 2013). Alle artiklene

inneholder forskningsetiske overveielser, og de inkluderte studiene er godkjent av de ulike nasjonale etiske komiteene.

## **2.5    Forskningsetiske overveielser**

Før arbeidet med det systematiske litteraturstudiet starter, bør det alltid gjøres etiske overveielser (Forsberg & Wengström, 2013). Dette bør alltid gjøres i forhold til utvalg og presentasjon av resultatet i litteraturstudier. Utvalget i studien skal behandles med respekt, for å yte opprinnelige forfattere rettferdighet.

Artiklene og resultatene er behandlet med forsiktighet og objektivitet. Budskapene er ikke gjort mer kompliserte enn de fremstår i sin originalitet, og resultatene er ikke gjort vanskeligere. Det er søkt støtte i oversettelsesprogram og fagfeller i oversettelsen fra engelsk til norsk.

Forfatteren av denne studien er sykepleier i psykisk helse- og rusarbeid, og representerer som fagperson selv utvalget. Det har vært bevissthet rundt risikoen for at egne oppfatninger og erfaringer kan skal påvirke analyse og tolkning av materialet.

## **2.6    Analyse av artikler**

Artiklene ble systematisert i tabell som ga oversikt over forfatter(e), årstall, land, hensikt, studiedesign, antall deltagere, analysemetode, hovedfunn samt artikkelens kvalitet (vedlegg 1). Ved gjennomlesning av artiklene ble notater gjort og hoved-essensen i resultatene ble klarlagt. Resultatene ble satt inn i tabell for systematisering av funnene i kategorier og sub-kategorier (vedlegg 2).

I analyseprosessen ble det benyttet litteratur som beskriver analyse og presentasjon av resultater i litteraturstudier (Axelsson, 2008; Forsberg & Wengström, 2013; Ringdal, 2013). Det ble også anvendt materiale fra undervisning i analyse ved HINT.

Eksempel fra tabell 3 «Analyse av artiklene»

<b>Forfatter/år/land</b>	<b>Hovedresultat</b>	<b>Sub-kategori</b>	<b>Kategori</b>
<b>Koekkoek et al 2009 Nederland</b>	Deltakerne oppfattet at BPD-pasienter hadde store problemer med tilknytning og med å få tillit til terapeuter. BPD pasienter har tendens til tilbakefall, problemene var akutte, kompliserte og mange. Suicidalitet og personlighetsproblematikk. Dårlig relasjon mellom pasientens familie og helsearbeidere, dårlig foreldrefungering, mangel på støtte fra familien, dårlig sosial fungering og liten rolle i familien	Fagkompetanse  Erfaringskompetanse	Kompetanse
	Deltakerne mente at helsearbeidere har pessimistiske holdninger til pasientene, begrensede terapeutiske ferdigheter og manglende evne til å håndtere suicidalitet	Personlig kompetanse Fagkompetanse	Holdninger  Kompetanse
	Deltakerne oppfattet pasientene som i stand til men motvillig til å endre atferd, tiden med dem ble beskrevet som bortkastet tid og energi. Det eksisterte ulike forventninger til behandlingen, helsearbeidere kunne føle seg presset til å gripe inn, kraftløs og demoralisert.	Nedsettende beskrivelser  Stigmatisering  Følelser	Holdninger   Psykisk belastning
	Mangel på organisatorisk støtte, strukturert behandling, refleksjon, behandlingssenighet, sammenhengende behandling, langtidsbehandling, intensivbehandling og tilstrekkelig samarbeid helsearbeidere imellom. Ineffektivitet og ansvarsfraskrivelse	Veiledning  Tjenestetilbud	Systemutfordringer



### 3.0 RESULTAT

Materialet i denne studien består av tolv vitenskapelige artikler. Seks av studiene brukte kvalitativ metode og seks en kvantitativ tilnærming. Studiene er utført i Irland, England, Nederland, Israel, Australia/New Zealand og USA.

Analyse av de inkluderte artiklene (vedlegg 2) førte til at fire hovedkategorier og ni sub-kategorier ble identifisert:

Hovedkategori	Sub-kategorier
Holdninger	Nedsettende beskrivelser Stigmatisering
Kompetanse	Fagkompetanse Erfaringskompetanse Personlig kompetanse
Psykisk belastning	Følelser Grenser
Systemutfordringer	Veiledning Tjenestetilbud

I vedlegg 3 gis det en oversikt over av hoved- og sub-kategoriens innhold i stikkordsform.

#### 3.1 Holdninger: nedsettende beskrivelser og stigmatisering

Ti av tolv artikler berører helsepersonells holdninger overfor BPD-pasienter. Fem av de kvalitative artiklene og fem av de kvantitative har fokus på holdninger.

Kategorien innebærer sub-kategoriene nedsettende beskrivelser og stigmatisering.

##### 3.1.1 Kvalitative funn

*O`Connel & Dowling 2013, Canada:* Undersøkelsen fant at noen av de deltagende sykepleierne beskrev BPD-pasienter som oppmerksomhetssøkende og manipulative.

*Stroud & Parsons 2012, England:* I studien beskrev noen deltagere beskrev pasientene nedsettende. Forskerne satte dette i sammenheng med at disse deltagerne hadde mindre kunnskap om BPD

*Treloar 2009, Australia/New Zealand:* Deltagerne fant BPD-pasienter manipulative, med begrensede evner til å mestre, de er kaotiske og tidkrevende og de er bortkastet tid.

*Koekkoek et al 2009, Nederland:* Deltagerne mente at helsearbeidere generelt har pessimistiske holdninger til pasientene. BPD-pasienter er i stand til, men motvillige til endring. Tiden med dem er bortkastet tid og energi.

*Woolastin & Hixenbaug 2008, England:* Sykepleierne i denne studien rapporterte at BPD-pasientene som kraftfulle, farlige, nådeløse og ustoppelige krefter som ødelegger rundt seg. De beskrev pasientene som manipulative og at det alltid var en agenda bak det som ble sagt eller gjort.

### 3.1.2 Kvantitative funn

*Hauck et al 2013, USA:* De psykiatriske sykepleierne i denne studien hadde i gjennomsnitt 9,9 års erfaring med inneliggende BPD-pasienter med selvskadingsproblematikk. Holdningene til pasientene var relativt positive sammenlignet med lignende studier.

*Bourk & Grenyer 2013, Australia:* Faktorer med høye skårer som var relatert til BPD var fiendtlig, narsissistisk, etterlevende/engstelig, unnvikende/avvisende sammenlignet med MDD (major depression disorder/alvorlig depresjon).

*Bodner et al 2011, Israel:* Denne studien viste at psykologer hadde lavere grad av fordommer mot BPD-pasienter sammenlignet med sykepleiere og psykiatere, men ingen signifikante forskjeller ble avdekket. Sykepleierne skåret lavest på empati sammenlignet med de andre yrkesgruppene.

*Deans & Meocevic 2006, Australia:* Deltagerne i studien hadde negative holdninger overfor BPD-pasienter. De oppfattet pasientene som manipulative.

*Markham 2003, England:* Sykepleierne var mer sosialt avvisende til BPD-pasienter sammenlignet med pasienter med schizofreni og depresjon. I gruppen for assistenter var ikke ulikheten like tydelig. Optimismen rundt BPD-pasienter var signifikant lavere hos begge yrkesgrupper sammenlignet med depresjon- og schizofrenipasienter.

### 3.1.3 Oppsummering

Resultatene viser at negative holdninger overfor BPD-pasienter er utbredt. I de kvalitative artiklene kom dette til uttrykk gjennom nedsettende beskrivelser av BPD-pasienter som manipulative, oppmerksomhetssøkende, bortkastet tid og mennesker med manglende vilje til å mestre. I de kvantitative studiene ser vi at deltagerne generelt er mer pessimistiske overfor BPD sammenlignet med andre pasientgrupper. En studie skilte seg ut, der de ansatte arbeidet i en spesialenhet for mennesker med selvskadingsproblematikk. Her hadde deltagerne relativt gode holdninger.

### **3.2 Kompetanse: fag-, erfarings- og personlig kompetanse**

Elleve av tolv artikler presenterer kompetanse som en utfordring knyttet til arbeidet med BPD-pasienter. Fem av de kvalitative artiklene og fem av de kvantitative har fokus på kompetanse. Kategorien innebærer sub-kategoriene fagkompetanse, erfaringskompetanse og personlig kompetanse.

#### 3.2.1 Kvalitative funn

*O`Connell & Dowling 2013, Irland:* Sykepleiernes forståelse og deres erfaring med BPD-pasienter variert. Flere hadde vanskelig med å beskrive hva BPD er, og bare to hadde kunnskap om at det ofte var traumer i BPD-pasientenes barndom. Deltagerne refererte til spesifikke viktige ferdigheter i arbeidet med pasientgruppen (detaljer i vedlegg 2 og 3). Sykepleierne oppga at de manglet trening i å håndtere utfordringer i arbeidet.

*Stroud & Parsons 2012, England:* Deltakerne viste stor variasjon i kunnskap om BPD. Deltakeren med kompetanse i dialektisk atferdsterapi (DBT) var den eneste som kunne beskrive på hvilken måte traumer i barndom er linket til vanskeligheter i voksen alder. Deltagerne med mindre kunnskap, beskrev pasientene mer nedsettende. Trening og veiledning var avgjørende for den terapeutiske relasjonen.

*Risq 2011, England:* En magesfølelse tidlig i møtet med pasientene, gjorde at deltagerne tenkte at de hadde med BPD å gjøre. Alle deltagerne refererte til en sensitivitet for skuffelser i den terapeutiske relasjonen og mente at dette kom av å ha blitt skuffet gjennom hele livet, og de satt det også i sammenheng med traumer i barndom.

*Treloar 2009, Australia/New Zealand:* Deltagerne beskrev manglende erfaring i håndtering av BPD-pasienter. Det trengs mer trening og utdanning og regelmessig kontakt med BPD-pasienter.

*Koekkoek et al 2009, Nederland:* Deltagerne beskrev BPD-pasienter slik man vet at symptombildet er. De mente at helsearbeidere har begrensede terapeutiske ferdigheter og manglende evne til å håndtere suicidalitet.

### 3.2.2 Kvantitative funn

*Hauck et al 2013, USA:* Studien viste en svak til moderat sammenheng mellom antall år i tjeneste og gode holdninger. Selvrapportert behov for mer utdanning hadde sammenheng med gode holdninger.

*Bourke & Grenyer 2013, Australia:* Antall år i praksis og teoretisk forankring var ikke av signifikant betydning for vurdering av motoverføringsmønstre hos BPD-pasienter.

*Bodner et al 2011, Israel:* Alle de tre yrkesgruppene (sykepleiere, psykologer, psykiatere) manglet formell opplæring i DBT. Alle gruppene ønsker å forbedre sine ferdigheter i behandling av BPD.

*James & Cowman 2007, Irland:* Bare 3 % av sykepleierne rapporterte å ha spesifikk opplæring i BPD. Kunnskap om BPD varierte, og under halvparten hadde kunnskap om sentrale kriterier for BPD. 90 % ønsket å delta i mer opplæring hvis dette var tilgjengelig. Deltakerne meldte om mangelfull kartlegging i arbeidet med BPD-pasienter.

*Deans & Meocevic 2006, Australia:* Over en tredjedel av deltagerne visste ikke hvordan de skulle hjelpe denne pasientgruppen.

### 3.2.3 Oppsummering

Resultatene viser at helsearbeidere har mangelfull kunnskap om BPD, lite erfaring og mangelfull personlig kompetanse. Det er et utbredt ønske om og behov for mer trening i håndtering av pasientgruppen, samt kunnskap om BPD.

### 3.3 Psykisk belastning: følelser og grenser

Ni av tolv artikler inneholder funn som sier at å arbeide med BPD-pasienter er psykisk belastende for helsearbeidere. Seks av de kvalitative og tre av de kvantitative artiklene hadde fokus på psykisk belastning. Kategorien innebærer sub-kategoriene følelser og grenser.

#### 3.3.1 Kvalitative funn

*O`Connell & Dowling 2013, Irland:* Sykepleierne i studien hadde opplevd manipulasjon, splitting i teamet, følelse av frustrasjon og å kjenne seg tappet for krefter i samhandling med BPD-pasienter.

*Stroud & Parsons 2012, England:* Deltakerne satte klare grenser for seg selv i forhold til å ikke dele ut telefonnummer og hva de fortalte om seg selv. Manglende veiledning gjorde at de følte seg hjelpeløse og frustrerte.

*Risq 2011, England:* Sykepleierne oppga å måtte være spesielt oppmerksom og bevisst sine egne reaksjoner og følelser. Det var viktig å ha en psykologisk distanse til pasientene i den hensikt å kunne være terapeutisk effektive. De kjente på at de aldri fikk gjort nok, uansett hvor mye innsats de la i terapien. Beskrivelser av relasjonen til BPD-pasientene var som et barn som klamret seg til sin mor, miste fotfeste, å synke i kvikksand og at pasienten kom under huden på en. Noen ble søvnløse av bekymringer.

*Treloar 2009, Australia/New Zealand:* Å jobbe med BPD-pasienter var frustrerende. Deltakerne kjente seg usikre og utilstrekkelige.

*Koekkoek et al 2009, Nederland:* Deltakere rapporterte om at de kunne kjenne seg presset til å gripe inn, kraftløse og demoraliserte.

*Woolastin & Hixenbaug 2008, England:* Sykepleierne syntes det var krevende å arbeide med pasientgruppen og det tappet dem for krefter. De kjente på utilstrekkelighet. Det var slitsomt å bli både idealisert og demonisert av pasientene, og splitting av teamet førte til konflikter mellom kolleger. Flere hadde opplevd å bli truet og fått trusler om selvmord/skading. De fikk ofte følelsen av å være ansvarlige for pasientenes handlinger.

### 3.3.2 Kvantitative funn

*Bourke & Grenyer 2013, Australia:* Terapeuter opplever større emosjonell fortvilelse når de arbeider med BPD-pasienter sammenlignet med MDD-pasienter. Terapeutene rapporterte et økt behov for støttende veiledning når de behandlet BPD-pasienter.

*Bodner et al 2011, Israel:* Studien fant at følelser som sinne, raseri, vanskelig å forstå, miste besinnelsen, utålmodighet, hjelpeløshet, være flau og å ikke like å behandle BPD-pasienter var uttalt, sammenlignet med å arbeide med schizofreni-pasienter. Deltakerne syntes sjelden synd på BPD-pasienter og de gjorde deltakerne slitne.

*Deans & Meosevic 2006, Australia:* Sykepleierne hadde negative følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPD-pasienter. En tredjedel rapporterte at de gjorde dem sinte.

### 3.3.3 Oppsummering

Resultatene viser at det er mange negative følelser og behov for å sette grenser for seg selv i arbeidet med BPD-pasienter. Dette ser vi utførlig beskrevet i de kvalitative studiene. Negative følelsesmessige reaksjoner kom også til uttrykk i de kvantitative studiene i form av å sammenligne med andre pasientgrupper.

## **3.4 Systemutfordringer: veiledning og tjenestetilbud**

Fem av tolv artikler inneholder kategorien systemutfordringer. Seks av de kvalitative artiklene og en av de kvantitative har dette fokuset. Kategorien innebærer sub-kategoriene veiledning og tjenestetilbud.

### 3.3.1 Kvalitative funn

*O`Connell & Dowling 2013, Irland:* Sykepleierne i studien savnet klinisk veiledning og opplevde dette vanskelig.

*Stroud & Parsons 2012, England:* Deltakerne savnet formell veiledning og uformelle ordninger som diskusjon med kollegaer, i arbeidet med BPD-pasienter.

*Risq 2011, England:* Deltakerne beskrev et stort behov for råd og veiledning. Veiledningen som eksisterte var for teknisk og inneholdt ekspertråd, de savnet emosjonelt støttende veiledning. Tiden de ble tildelt hver klient var for liten.

*Treloar 2009, Australia/New Zealand:* Deltakerne rapporterer at det mangler ressurser til å hjelpe BPD-pasientene, at helsetjenesten gir utilstrekkelig hjelp og at pasientene er neglisjert av helsevesenet.

*Koekkoek et al 2009, Nederland:* Deltakerne i studien mente at det var mangel på organisatorisk støtte, strukturert behandling, sammenhengende behandling, langtidsbehandling og intensivbehandling for mennesker med BPD. Det manglet også tilstrekkelig samarbeid. Tjenesten bar preg av ineffektivitet og ansvarsfraskrivelse.

#### 3.4.2 Kvantitative funn

*James & Cowman 2007, Irland:* 81 % av sykepleierne i studien mente at helsetjenesten var utilstrekkelig med tanke på behandling av BPD-pasienter.

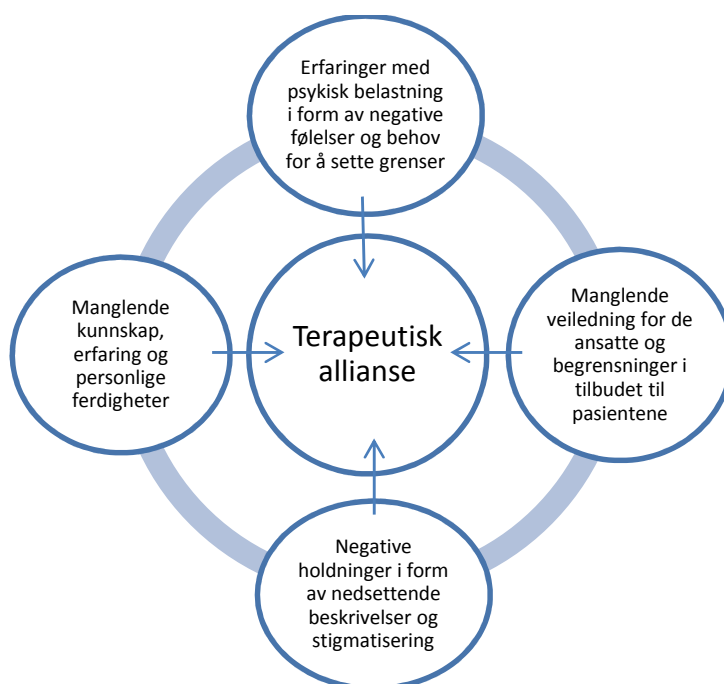
#### 3.4.2 Oppsummering

Resultatene viser at helsearbeidere savner klinisk veiledning og emosjonelt støttende veiledning. Helsearbeiderne rapporterer også om en utilstrekkelig helsetjeneste med begrenset tid til pasientene og mangelfull behandling og tilbud til pasientgruppen.

## 4.0 DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke hvilke utfordringer som eksisterer i møtet med BPD-pasienten og å se på hvordan dette vanskeliggjør etablering av en terapeutisk allianse. Psykisk helsearbeideres erfaringer og holdninger ble undersøkt og resultatene viser at negative holdninger og manglende kompetanse er hovedutfordringene. Resultatene antyder at erfaringer med psykisk belastning, manglende kompetanse og begrensninger i helsetjenesten er noe av grunnen til de negative holdningene.

Figur 2: Utfordringer som påvirker terapeutisk allianse i arbeidet med BPD-pasienter



### 4.1 Hvordan påvirker kompetanse terapeutisk allianse?

Litteraturstudiens resultater viser at helsearbeidere i stor grad mangler fagkunnskaper, erfaring og personlig kompetanse som er nødvendig for å etablere en terapeutisk allianse.

Funnene i en av de inkluderte studiene viser at disse hadde relativt gode holdninger overfor BPD-pasientene (Hauck, Harrison, & Montecalvo, 2013). Disse arbeidet i en spesialenhet for mennesker med selvskadingsproblematikk. En mulig hypotese om hva som forklarer dette er at disse hadde utvidet fag- og erfaringskompetanse i forhold til BPD. I studien utført av Bourke & Grenyer (2013) var ikke teoretisk forankring og antall år i terapeutisk praksis av signifikant betydning for vurdering av overføringsmønstre hos BPD pasienter. Derimot ser



relasjonsferdigheter ut til å være viktigere i denne studien sammenlignet med Hauck et al (2013). De resterende 9 studiene som hadde kompetanse-fokus, viste at helsearbeiderne hadde lite erfaring og utdanning og dermed også mer pessimistiske holdninger overfor pasientgruppen.

Et annet interessant funn var at selvrapportert ønske om mer kunnskap var linket til gode holdninger (Hauck et al., 2013), og i en annen studie rapporterte hele 90 % at de ønsket mer opplæring (James & Cowman, 2007).

Dette understreker sannsynligvis betydningen av og behovet for utdanning, erfaring og opplæring i BPD, for å håndtere holdningsutfordringene. Og det ser ut til at fagkompetanse og personlig kompetanse, i form av relasjonskompetanse, er de viktigste komponentene.

I recovery-tradisjonens fokus på viktigheten av relasjonskompetanse som psykisk helsearbeidere, er disse ferdighetene 1) å kunne anerkjenne og støtte personlige ressurser hos mennesker med psykiske lidelser, 2) å reflektere tro på at bedring er mulig, 3) reflektere en respekt for ekspertisen og den unike kunnskapen opparbeidet gjennom å ha erfart psykisk lidelse, 4) hjelpe personen med å utvikle tro på seg selv og dermed fremme deres evne til å hjelpe seg selv. I tillegg må en kompetent psykisk helsearbeider også ha 5) selv-bevissthet og ferdigheter til å kommunisere respektfullt og 6) utvikle gode relasjoner til tjenestebrukere (Lakeman, 2010). Disse elementene er de 6 høyest rangerte ferdighetene av i alt 18. Studien som det refereres til, undersøkte 31 mennesker som hadde ekspertise via erfaringer med bedring av sin egen psykisk helse. Hensikten med studien utført av Lakeman (2010) var å identifisere disse menneskenes oppfatninger av hva en psykisk helsearbeider må inneha av recoverykompetanse for å kunne bidra til bedring.

En studie i denne litteraturstudien viser hva helsearbeiderne selv mener er viktig personlig kompetanse i arbeidet med BPD-pasienter (O'Connell & Dowling, 2013) (vedlegg 2 og 3). Helsearbeiderne identifiserer flere viktige egenskaper og kompetanseområder som er i samsvar med recovery-tenkning, men utelater viktigheten av å kunne anerkjenne pasientens ekspertise på sin egen lidelse samt å styrke individets evne til mestring.

Et større fokus på hva brukere av tjenestene mener er viktig når rammer for, og utvikling av behandling og utredning skal gjøres er viktig. Implementering av felles metoder som fremmer samarbeid og likeverd mellom de profesjonelle og tjenestebrukere, samt brukermedvirkning og empowerment, trer frem som nødvendige verdier.

I litteraturstudien kom det frem at deltagere som hadde kompetanse på DBT lettere kunne beskrive hva BPD er, og hvordan traumer i barndom er knyttet opp mot atferd og problemer i relasjoner i dag. Empiriske studier har demonstrert og dokumentert positive utfall som resultat av DBT-tilnærming. Dette viser seg i signifikant reduksjon av negativ atferd inkludert selvmordsforsøk, selv-skading, behovet for akutt- og sykehusinnleggelse, sinne og depresjon (Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012). Selv om suksessen med DBT kan tilskrives en kombinasjon av behandlingsprinsipper og struktur i terapien, hevder Bedics et al (2012) at DBTs positive effekt på terapeutiske relasjoner er den viktigste faktoren som fremmer bedring av BPD.

Carl Rogers mente at empati, ubetinget positiv anerkjennelse og kongruens (ekthet) var nødvendige betingelser for god terapi (Rogers & Shaffer, 1957). Han mente at relasjonskompetanse var viktigere enn tekniske ferdigheter. Samtidig ser vi at metodene som med suksess anvendes i arbeidet med BPD-pasienter, virker positivt inn på den terapeutiske alliansen, og at det er viktig å beherske metode slik at man bygger opp under en helsefremmende relasjon.

I arbeidet med BPD, antyder resultatene av denne studien, at kunnskap om lidelsen og å kunne egnede metoder er like viktig som personlig kompetanse/relasjonsferdigheter i etableringen av terapeutisk allianse. Et spørsmål som melder seg, er om metode- og fagkunnskap er viktigere i arbeidet med BPD-pasienter, sammenlignet med i arbeidet med mennesker med lidelser som har mindre relasjonelle utfordringer og mindre symptomtrykk.

#### **4.2 Hvordan påvirker psykisk belastning terapeutisk allianse?**

Litteraturstudiens resultater viser at helsearbeidere opplever psykisk belastning i det terapeutiske arbeidet med mennesker med BPD.

Av resultatene ser man at helsearbeidere strever med å implementere de fundamentale elementene empati, kongruens og ubetinget omsorg i terapeutiske intervensjoner med BPD-pasienten. Dette kan forklares av de negative følelsene som fremkommer når de blir konfrontert med den typiske atferden hos de med BPD (Koekkoek, Meijel, Schene, & Hutschemaekers, 2009; O'Connell & Dowling, 2013; Rizq, 2012; Stroud & Parsons, 2012; Treloar, 2009; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Deans og Meocevic (2006) inkluderer målrettet atferd overfor enkeltpersoner som arbeider tett med pasientene, nådeløs

selvdestruksjon og hyppige selvmordsforsøk/trusler, som alle vekker negative oppfattelser av borderline-pasienten.

Den karakteristiske atferden hos personer med BPD og oppfatningen av at pasienten ikke er syk, kan resultere i en manglende evne til å være empatisk, og at helsearbeidere ser på tjenestebrukere på en negativ måte. Studien som undersøkte empatinivå hos sykepleiere, psykologer og psykiatere (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2011), fant at selv om empatiscorene var relativt lave på tvers av profesjoner, scoret sykepleierne lavest. Dette kan ha sammenheng med den utvidede eksponeringen sykepleierne har til BPD-pasientens utfordrende atferd, spesielt i døgnavdelinger.

Undersøkelser av empati i helsevesenet peker i tillegg på at mange klinikere trekker seg emosjonelt fra pasientene de jobber med (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006). Denne studiens resultater viste at helsearbeiderne holdt avstand ved for eksempel å være sparsom med opplysninger om seg selv og ikke gi ut telefonnummer (Rizq, 2012; Stroud & Parsons, 2012). Aviram et al (2006) diskuterer implikasjonene av tilbaketrekning, og fokuserer på utfordringene rundt å etablere en terapeutisk allianse. Emosjonelle tilbaketrekning, grensene i form av ikke å dele for mye informasjon om seg selv og ikke gi ut telefonnummer, står i kontrast til hva brukere ser på som god hjelp. At hjelperen er lett tilgjengelig på sms og telefon er en av de faktorene brukere ser på som verdifull (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund, & Norvoll, 2011). Å være tilstede emosjonelt, være kongruent og dele av egne erfaringer er en annen faktor som har betydning for hjelpsomme relasjoner (Olsø, Almvik, Norvoll, 2014).

De kvalitative studiene belyser disse negative følelsene i rikt omfang. Når helsearbeideren i tillegg ikke har kunnskap til å forstå og forklare disse overføringsmønstrene hos BPD-pasientene, og systemet ikke tilrettelegger for emosjonell støtte og klinisk veiledning, blir utfordringene rundt å skulle etablere en terapeutisk allianse lettere å forstå.

#### **4.3 Hvorfor oppstår negative holdninger?**

Litteraturstudiens resultater viser et utbredt holdningsproblem blant helsearbeidere som er i kontakt med mennesker med BPD. Dette viste seg gjennom nedsettende beskrivelser og stigmatisering.

Forholdet mellom personlighetsforstyrrelser og begrepet terapeutisk pessimisme, eller negative holdninger, har vært tydelig siden diagnosen først ble anerkjent tidlig i det 19. århundre. Terminologien som brukes for å beskrive lidelsen i de tidlige årene inkluderte uttrykk som moralsk idioti og manglende kapasitet for ekte følelser (King, 2014). Denne negative stemplingen fortsatte inn i det 20. århundret da sju undertyper av personlighetsforstyrrelser ble skissert, noe som inkluderte beskrivelser som løgnere, svindlere og kranglesyke individer (King, 2014).

Når dette forbindes med diagnosen BPD, kan risikoen for stigmatisering øke. Diagnose kan også oppfattes som en endestasjon (Proctor, 2012). Denne skildringen av pessimisme (Bodner et al., 2011; Bourke & Grenyer, 2013; Deans & Meocevic, 2006; Markham, 2003), ligger ikke utelukkende til mennesker med diagnosen, men også hos dem som skal vurdere og arbeide med disse pasientene, noe som kan gi opphav til terapeutisk pessimisme og negative holdninger.

Når man nå er inne på temaet diagnose og stigmatisering, er det fristende å trekke frem deler av en pågående debatt som handler om vi trenger diagnoser for å yte hjelp. Enkelte hevder at man gjennom diagnosen fratrukker mennesket råderett over eget liv, retten til å mene noe om seg selv og sitt liv (Svendsen, 2012). En psykiatrisk diagnose er også et avgjørende vilkår for helsevesenets anledning til tvangsinnleggelse og/eller tvangsmedisinering. I et intervju med kommunepsykolog Birgit Valla (Fleiner, 2013), trekkes frem et eksempel der en mor ønsket en beskrivelse av sitt barns problematikk fremfor en diagnose, for å unngå at barnet skulle få et «stempel» og bli stigmatisert. Samtidig har man diagnoseplikt når man jobber i spesialisthelsetjenesten, noe som for pasienten bidrar til rettigheter og tilgang på ressurser. Stigmatisering oppstår når man fjerner mennesker fra sosial aksept ved at de blir gjenstand for klassifikasjon som avvikere (Valla, 2014, s 137). Diagnose overskygger menneskers øvrige egenskaper når man blir stigmatisert. Valla (2014) skriver videre om hvordan økt kunnskap i befolkningen, biologiske forklaringer og åpenhet om psykiske lidelser ikke har ført til mindre stigmatisering. Stigmatiseringsproblemet vil først reduseres om folk flest forstår psykiatriske symptomer som psykologiske eller emosjonelle reaksjoner på livshendelser (Valla, 2014, s 139)

Flere empiriske studier presenterer teorier om hvorfor helsearbeidere har slike pessimistiske tanker om og negative holdninger overfor disse pasientene. Flere av artiklene som er inkludert

i denne studien bidrar også til kunnskap som kan forklare ulike prosesser som ligger bak opplevelser og atferd både hos pasienter og helsearbeidere. Manglende kunnskap om lidelsen gjør at helsearbeidere ikke evner å forstå atferden. Suicidtemaet og atferden i tilknytning til dette kan være et sentralt problemområde for å forstå holdningsproblemene. Helsearbeidere kan være empatisk når de forstår for eksempel at selvskadingsatferd ikke er et behov for oppmerksomhet, men en destruktiv måte å mestre uhåndterlige emosjonell smerte (Starr, 2004). Å forstå symptomene som reaksjon på livet, kan også bidra til en mer empatisk og fordomsfri tilnærming (Valla, 2014). Det ser også ut til at kompetanse i seg selv ikke er tilstrekkelig. Resultatene av de gjennomgått studiene tyder på at kompetanse i diagnostikk ved BPD, også medførte negative følelser hos behandlere (Bodner et al, 2011).

#### **4.4 Hvordan kan en terapeutisk allianse opprettholdes?**

God hjelp gjennom hjelpsomme relasjoner er undersøkt i blant annet en studie av Olsø et al (2014), der både fagpersoner og brukere var utvalgt i studien. Begge grupper belyste betydningen av at hjelpen foregikk under hverdagslige aktiviteter, i et likeverdig samarbeid og at kontakten mellom hjelper og mottaker var personlig. Denne hjelpen foregår på brukerens arena. Disse funnene er grunnleggende kvaliteter i alle hjelperelasjoner i psykisk helsearbeid, i følge deltagerne (Olsø, Almvik, & Norvoll, 2014). Disse verdiene i en relasjon mellom hjelper og pasient, kan settes på prøve når pasienten er inneliggende i en institusjon der fagfolk har bestemt betingelsene og aktivitetene. Maktforholdet blir ubalansert. Samtidig ser vi at mennesker med BPD ofte har behov for innleggelse. Mange har også rusproblemer, og trenger skjermingen en institusjon gir, for å nyttiggjøre seg utredning og behandling (Lubman et al., 2011). Utfordringen for helsepersonell i institusjoner blir da å gjøre miljøet så brukervennlig som mulig, med fokus på empowerment.

I flere artikler viser forfattere til at grenser i terapien for BPD kan være avgjørende for bedring. Terapeutiske grenser beskytter de ansatte, forhindrer at de blir overveldet og utbrent samtidig som grenser fremmer struktur, orden og retning som tjener pasienten (Langley & Klopper, 2005). Grenser kan dannes gjennom å bruke kontrakter. Kontrakter forsterker pasientens empowerment og ansvar, samarbeidet mellom pasientene og ansatte og individuelt tilpassede behandlingsplaner (Livesley, 2007). Dette fremmer forpliktelse og forsterker den terapeutiske alliansen og kommuniserer til pasienten at helsearbeideren bryr seg (Swift, 2009).

Annen litteratur fokuserer på mestringsfokus og motivasjon.

Ved å være oppmerksom på hva pasienten formidler om seg selv, anerkjennes pasienten (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland, & Rørtveit, 2014). Forfatterne av studien det refereres til, mener dette stimulerer til nysgjerrighet på hva det er pasienten prøver å fortelle. Dette kan være et alternativ til å bruke fastlåste begreper som antyder at pasienten splitter, er aggressiv eller er paranoid, og som kan bidra til å forstå pasientens perspektiv. Gjennom å tolke pasientens fortelling ved hjelp av kunnskap helsearbeiderne har, kan man hjelpe pasienten til å få bedre innsikt i sitt liv. På denne måten mener forfatterne at helsearbeideren kan bruke alt pasienten formidler til å fremme vekst. Å ha fokus på mestring bidrar til bevaring av engasjementet for pasienten, fremme empati, og til en holdning som preges av anerkjennelse. Studien viser at denne formen for refleksjon har ført til en ny motivasjon til å stå i blant annet krevende relasjoner over tid.

ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) kommer med anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging av ROP-pasienter. En av metodene er motiverende intervju (MI). Flere og flere klinikker og kommuner i Norge har implementert, eller er i en implementeringsfase av samtalemotoden. MI har flere fellestrekk med mestringsterapi ved blant annet fokus på egne ressurser og forsterking av tidligere mestringsopplevelser. Metoden er klientsentrert. Man søker å formidle verdier som samarbeid, likeverd og autonomi gjennom gitte kommunikasjonsteknikker (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013). Gjennom empatisk lytting, nysgjerrighet og spesielt fokus på endringssnakk, søker MI-terapeuten å motivere til endring via klientens egne motiver for endring.

Alle metodene nevnt, har klientens opplevelse og ønsker i fokus, og er vel anvendte og anerkjente metoder med positiv effekt på terapeutisk allianse. Men hva mener menneskene vi skal hjelpe om behandlingen de får? Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er en måte å få feedback fra pasientene på. KOR består av to skalaer som gir helsearbeideren tilbakemelding på om pasienten opplever bedring, og hvordan han/hun opplever samarbeidet (Valla, 2014, s 50). Tilbakemeldingsmetoden gir pasienten påvirkningskraft, mulighet til å ta del i egen bedringsprosess og hjelperen får mulighet til å utvikle seg og gjøre de forbedringene som behøves (Valla, 2014, s 63).

For å utvikle forståelse for hvordan man kan stå i disse krevende relasjonene med mennesker med BPD, bør helsearbeidere bevisstgjøres sine relasjonsferdigheter og fagkunnskap gjennom

undervisning, videreutdanning, veiledning og videre utviklingsarbeid. Dette er ressurskrevende og tar tid.

## **4.5 Metodediskusjon**

### 4.5.1 Styrker

På bakgrunn av grunnlaget for denne litteraturstudien, kan kvaliteten sees på som god. Artiklene valgt for studien er hentet fra anerkjente vitenskapelige databaser, er kvalitetsvurdert etter anbefalt vurderingsmal, samt at tidsskriftet de er publisert i er sjekket med tanke på dets nivå (jf. kapittel 2).

Likeledes er forskningsspørsmålet klart definert og avgrenset samt relevant for fagmiljøet. Fokuset i spørsmålet og resultatet er i samsvar med nasjonale føringer som fremhever relasjons-kompetanse som et viktig fokusområde i psykisk helse- og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2012, 2014). Det å komme frem til et avgrenset og velformulert forskningsspørsmål, har vært en prosess. I arbeidsprosessen har det vært nødvendig å utelukke flere interessante perspektiver og tema, for å begrense studiens omfang.

Holdninger, interesse, anerkjennelse og respekt er viktig helsearbeidere i mellom, på tvers av etater, når kravet om tverrfaglig samhandling er satt fra nasjonalt hold. Informantene i studien har ulike profesjoner og representerer både 1.- og 2. linjetjeneste; det nødvendige tverrfaglige perspektivet i psykisk helsearbeid er ivaretatt i studien.

Studien presiserer at det er viktig med psykiatrikompetanse innenfor rusfeltet. Psykisk helse og rusarbeid skal sees sammen og ikke håndteres som adskilte problemområder (Helsedirektoratet, 2014). Dette kan også sees på som en styrke.

Forfatteren har søkt støtte i og fått veiledning av fagfeller, Forsknings- og fagutviklingsenheten ved Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger, samt fulgt instruksjoner og veiledning fra HINT. Det er tilstrebet å lage et så godt produkt som mulig ut fra undertegnede forutsetninger.

### 4.5.2 Begrensninger

Temaet for denne studien er omfattende, og forskningsgrunnlaget hentes fra to ulike metodologier; den kvalitative forskningen og den kvantitative tradisjonen. I tillegg er

forskningsfeltet relativt lite undersøkt og kunnskapsmengden er begrenset. Nettopp derfor har denne studien betydning og relevans.

At forfatteren forsker i eget felt, representerer en mulig risiko for skjevhet i forhold til å tolke og presentere materialet. Det har vært bevissthet i forhold til risikoen for å bli påvirket gjennom å sette klare kriterier for inklusjon av studier og i arbeidet med å tolke resultater (jf. side 13 og 14).

En annen mulig begrensning, er forfatterens språk kunnskap. Artikkelen er publisert på engelsk og oversettingen er gjort i felleskap med fagfeller og oversettelsesprogram (jf. kapittel 2.5). Det er tilstrebet å gjøre en så god som mulig oversettelse av artikkelen. I søkeprosessen ble det gjort funn av aktuelle artikler på blant annet taiwansk, gresk og spansk. Disse ble ekskludert, noe som kan ha ført til at viktige funn ikke har blitt identifisert.

Det er alltid viktig å være nøktern i forhold til om funn kan generaliseres. 1) I de kvantitative artikkelen, er risikoen knyttet til at det ikke er mulig å undersøke om data er normalfordelte og derav generaliserbare. 2) De kvalitative: Hensikten med disse studiene er ikke å generalisere funn, men å få innsikt i en mer sammensatt opplevelsdimensjon. Uansett vil resultatet gjelde for utvalget som er undersøkt. De to ulike vitenskapelige metodene kan utfylle hverandre og gi et mer nyansert bilde av temaet som studeres i oppgaven, enn om man skulle brukt kun en metodologi.

Artikkelutvalget representerer informanter fra tre verdensdeler. Asia og Afrika er ikke representert. Ingen studier er utført i Norge eller Skandinavia/Norden. Det er mulig at resultatene hadde vist seg annerledes dersom studier fra disse verdensdelene og Norge var inkludert, samtidig har flere av landene studiene utført i, sammenlignbare kulturer i forhold til Norge.



## 5.0 KONKLUSJON

Selv om helsearbeidere i psykisk helse- og rusarbeid møter mange utfordringer i arbeidet med BPD-pasienter, er det en bekymring behandling av lidelsen at hovedproblemet er negative holdninger. Denne studien finner at en høy andel av deltakerne har negative holdninger og negative følelser når de arbeider med denne pasientgruppen. Funnene bekrefter at helsearbeidere har utfordringer med å etablere en terapeutisk allianse med personer som har denne diagnosen.

Ut fra mitt ståsted er det vanskelig å forstå hvordan terapeutisk bruk av seg selv, noe som er en vital rolle for psykisk- helse og rusarbeidere, kan igangsettes og opprettholdes i et dårlig psykologisk miljø. En utfordring for helsearbeiderne er hvordan man skal takle sine negative holdninger og den psykiske belastningen i et terapeutisk miljø som skal fremme empati og tillit. Dette handler om sammenhengen mellom kultur på arbeidsplassen og holdningene til den enkelte helsearbeider.

Resultatene av denne studien reflekterer utfordringer helsearbeidere erfarer, er det er stort behov for forbedringer i den kliniske håndteringen av mennesker med BPD. Resultatene av kan tyde på at disse negative holdningene er integrert i et kunnskapsunderskudd hos helsearbeiderne. Det kan i tillegg ha en sammenheng med en utilstrekkelig helsetjeneste og mangelfull organisering. Ledere i psykisk helse- og rusarbeid bør tilrettelegge for en arbeidshverdag for de ansatte på en mer helsefremmende måte. Tid for debriefing, planlegging, samkjøring og videreutdanning med mer, fortjener mer fokus. Dette har i tillegg et økonomisk aspekt, der investering i kunnskap og emosjonelt støttende praksis, skaper trygge helsearbeidere med god psykisk helse, som igjen skaper en tjeneste som gir BPD-pasienter mulighet til bedring gjennom helsefremmende terapeutiske allianser.

Kort oppsummert mener jeg at hovedfunnene, de viktigste resultatene, i studiene peker på et økt behov for utvidet teoretisk kompetanse, utvidet forståelse for hva en hjelpsom allianse er, samt veiledning og støtte i forhold til det kliniske arbeidet med denne nokså kompliserte gruppen pasienter. Dette vil ha positiv innvirkning på helsearbeidernes holdninger overfor pasientgruppen, som igjen vil kunne bidra til å bedre helsearbeideres evne til å etablere en terapeutisk allianse med mennesker med BPD.

## LITTERATURLISTE

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H., & Norvoll, R. (2011). «Å lage farger på livet til folk»: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, Vol. 8(02)*, 154-162
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed., text revision. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry, 2006, Vol.14(5)*, 249-256
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. 173-188). Lund: Studentlitteratur, c2008.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2005). Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences: A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. *Drug and Alcohol Dependence, Vol. 80(3)*, 321-328.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, Vol. 32(5)*, 400-412.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring* (1.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment Differences in the Therapeutic Relationship and Introject during a 2-Year Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy versus Nonbehavioral Psychotherapy Experts

- for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 80(1), 66-77.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatri*, Vol. 52(5), 548-555
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, Vol. 21(1), 43-49
- Deegan, P. E. (1990). Spirit Breaking: When Helping Professions Hurt. *The humanistic Psychologist*, Vol. 18(3), 301-313.
- Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Fleiner, R. L. (2013). Trenger vi diagnoser? Retrieved 11.05.15, from <http://napha.no/content/3194/Trenger-vi-diagnoser?device=mobile>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.
- Hauck, J. L., Harrison, B. E., & Montecalvo, A. L. (2013). Psychiatric Nurses Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder Experiencing Deliberate Self-Harm. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 51(1), 20-29.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St.meld. nr 25 (1996-1997) (online). Oslo: Departementet.

- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. (9788280812469). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Sider/default.aspx>.
- Horsfall, J. (1999). Towards understanding some complex borderline behaviours. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 6(6), 425-432.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 14(7), 670-678.
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Vol. 8(2), 3-15.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- King, G. (2014). Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, Vol. 17(5), 30-34.
- Koekkoek, B., Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical Problems in Community Mental Health Care for Patients with Severe Borderline Personality Disorder. *Community Mental Health Journal*, Vol. 45(6), 508-516.
- Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 2010, Vol.19(1), 62-74.

- Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 12(1)*, 23-32.
- Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health, 2007, Vol.16(1)*, 131-148.
- Lubman, D., Hall, K., Pennay, A., & Rao, S. (2011). Managing borderline personality disorder and substance use: An integrated approach. *Australian Family Physician, Vol. 40(6)*, 376-381.
- Ma, W. F., Shih, F. J., Hsiao, S. M., Shih, S. N., & Hayter, M. (2009). 'Caring Across Thorns' – Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, Vol. 18(3)*, 440-450.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of borderline personality disorder: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health, 2003, Vol.12(6)*, 595-612.
- NSD.no. (2014). Retrived 29.03.15, from <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2013). Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder.(Art & Science)(Report). *Mental Health Practice, Vol. 17(4)*, 27-33.
- Olsø, T. M., Almvik, A., & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, Vol. 10(2)*, 121-131.
- Proctor, G. (2012). Borderline personality disorder: mental illness or misogyny? *Therapy Today, Vol. 21(2)*, 16-21.

- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': an interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, Vol. 26(1), 31-54.
- Rogers, C. R., & Shaffer, L. F. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21(2), 95-103.
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 16(6), 558-567.
- Starr, D. L. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 42(6), 32-40.
- Statens Helsetilsyn. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stroud, J., & Parsons, R. (2012). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, Vol. 7(3), 242-253.
- Svendsen, E. (2012). Trenger vi diagnosene? Retrieved 11.05.15, from <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/trenger-vi-diagnosene>
- Swift, E. (2009). Borderline personality disorder: aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, Vol. 13(3), 22-25.
- Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, Vol. 4(2014), 328-338.

- Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder.(Report). *New Zealand Journal of Psychology*, Vol. 38(2), 30-34.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, Vol. 20(2), 235-253.
- Valla, Birgit (2014). *Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre* (1.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 15(9), 703-709.

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Årstall Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltagere(/frafall)	Analysemetode	Hovedresultat	Publiserings- kanalens nivå (-, 1 eller 2)	Kvalitet (Høy, Middels eller Lav)
<b>Kvalitative studier – 6 artikler</b>							
<b>O'Connel &amp; Dowling 2013 Irland</b>	Å undersøke kommunale psykiatriske sykepleieres erfaringer og opplevelser i arbeidet med BPD-pasienter	Kvalitativ studie Semi- strukturerte intervju	N=10	Tematisk analyse	Sykepleiernes forståelse for og erfaring med BPD-pasienter varierte. Studiens deltagere identifiserte flere spesifikke ferdigheter man må ha i arbeidet med BPD-pasienter. Formell klinisk veiledning av sykepleierne og opplæring i BPD var fraværende og dette opplevdes vanskelig.	1	H
<b>Stroud &amp; Parsons 2012 England</b>	Å undersøke hvordan kommuneansatte psykiatriske sykepleiere forstår BPD og hvordan deres forståelse påvirker tilnærmingen til disse pasientene	Kvalitativ studie Small-scale Semi- strukturerte intervju	N=4	Interpretive phenomenological research approach	Deltakerne prøvde å legge en mening til klientens atferd i situasjonene. Når de hadde kunnskap og erfaring til å forklare adferd, hadde de i større grad positive holdninger. Når de ikke hadde et slikt rammeverk/forklaringsmodell så de på pasientene på en mer nedsettende måte. At deltakerne la mening til atferden der og da kan ha sammenheng med deltakernes holdninger der og da, som strakk seg fra frykt til et sterkt ønske om å hjelpe.	1	H
<b>Rizq, Rosemary 2011 England</b>	Å undersøke fem rådgivere/psykoterapeuters (med minimum fem års erfaring med BPD-pasienter) opplevelser og	Kvalitativ studie Semi- strukturerte intervju	N=5	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)	Tre hovedtema ble identifisert: anerkjennelse og implikasjoner, håndtering av følelsen av utilstrekkelighet og	2	H



	erfaringer i arbeidet med BPD-pasienter. Studien ønsker samtidig å finne svar på hva som trengs for å støtte eller forbedre rådgivernes arbeid				håndtering av dilemma i et primærhelsetjeneste-perspektiv		
<b>Treloar 2009 Australia og New Zealand</b>	Å undersøke klinikers erfaringer med å arbeide med mennesker med BPD	Kvalitativ studie	N=140	Tematisk analyse	BPD-pasienter skaper en ukomfortabel personlig reaksjon i klinikerne. Spesifikke karakteristikker ved BPD bidro til negativ respons fra klinikere og helsetjenestene. Det var utilstrekkelighet i tjenestetilbudet til BPD-pasienter. Teknikker og strategier måtte forbedres for å bedre tjenestetilbudet til BPD-pasienter. Undersøkelsen viser nøkkelutfordringene klinikere har i forhold til pasientgruppen og antyder at menneskelige og systemutfordringer har bestemt bredden av tilbud til denne pasientgruppen	1	M
<b>Koekkoek et al 2009 Nederland</b>	Å utforske fagfolks erfaringer/opplevelser med utfordringer/problemer i arbeidet med mennesker med alvorlig BPD som ikke passer inn i spesialisthelsetjenesten	Kvalitativ studie	N=8	Tematisk analyse	36 utfordringer ble kategorisert i 5 grupper. Problemer med tilknytning og avhengighet var viktige pasientutfordringer. Mangel på ferdigheter var viktige helsearbeiderutfordringer. Støtte fra det sosiale nettverket og helsetjenesten var begrenset, noe som resulterte i	1	H

					at både pasient og helsearbeider følte seg isolerte.		
<b>Woolastin &amp; Hixenbaug 2008 England</b>	Å utforske sykepleiernes persepsjon av relasjoner til BPD-pasienter fra sykepleierens perspektiv delt i 4 tema i intervjuet: 1) holdninger/opplevelse til/av pasienter med BPD 2) Interaksjon med BPD-pasienter 3) følelsesmessige reaksjoner på BPD-pasienter 4) positive erfaringer med BPD-pasienter Sykepleierne arbeidet i kommunen	Kvalitativ studie Semi-strukturerte intervju	N=6	Tematisk analyse	Studien fant et kjernetema og fire større tema. Kjernetemaet var Destruktiv virvelvind, som refererer til at sykepleierne oppfatter BPD-pasientene som en sterk, farlig og nådeløs kraft som etterlater spor i kjølvannet. De fire større temaene var å gi omsorg, idealisering og demonisering, manipulasjon og trusler. Studien konkluderer med at sykepleiere har negative oppfatninger av BPD-pasienter.	1	H
<b>Kvantitative studier - 6 artikler</b>							
<b>Hauck et al 2013 USA</b>	Å 1) undersøke psykiatriske sykepleieres holdninger overfor BPD-pasienter i sykehus med villet selvskading. 2) Hva er sammenhengen mellom alder, utdanningsnivå, kjønn og antall år i tjenesten og holdninger til BPD-pasienter?	Kvantitativ studie Måleinstrument: The adapted Attitudes towards Deliberate Self-Harm Questionnaire (ADSHQ)	N=83 (75 kvinner, 8 menn) (gjennomsnittlig erfaring med innlagte BPD-pasienter var 9,9 år)	SPSS	Hovedfunnet er at de fant en svak/moderat sammenheng mellom lengre erfaring og mer positive holdninger.	1	H

<b>Bourke &amp; Grenyer 2013 Australia</b>	Å undersøke terapeuters relasjonsmønstre i forhold til pasienter med BPD sammenlignet med pasienter med alvorlig depresjon (MDD).	Kvantitativ Måleinstrument: Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)	N=20 terapeuter N=40 BPD N=40 MDD	Computer-Assisted Content Analysis	Terapeutene oppfattet BPD-pasienter som mer preget av motstand og forsvar, og terapeutene rapporterte større grad av emosjonell belastning og et økt behov for støttende veiledning.	1	H
<b>Bodner et al 2011 Israel</b>	Å 1) utvikle to måleinstrumenter for kognitive og emosjonelle holdninger overfor BPD-pasienter og behandling av dem, og 2) å bruke disse måleinstrumentene til å forstå og sammenligne holdninger til psykiatere, psykologer og sykepleiere	Kvantitativ studie Måleinstrument: Skjema for selvrappotering av demografi og erfaring med BPD.	N=57 (64,9% kvinner, 35,1 % menn) (24 psykiatriske sykepleiere, 13 psykologer, 19 psykiatere)	Regresjons analyse Eksplorerende faktoranalyse	Psykologer scoret lavere enn psykiatere og sykepleiere på fiendtlig dømming, men sykepleiere scoret lavere på empati enn psykologer og psykiatere. Suicidal adferd forklarte de negative følelsene og vanskelighetene med å behandle disse pasientene. Alle 3 gruppene ønsket mer utdanning og trening i hvordan håndtere disse pasientene.	1	H
<b>James &amp; Cowman 2007 Irland</b>	Å undersøke psykiatriske sykepleieres kunnskap, erfaring og holdninger til BPD-pasienter	Kvantitativ studie	N=65 (responsrate 41,4%)	Statistisk analyse (SPSS)	Studien dokumenterer behov for mer spesifikk kompetanse ift forståelse og behandling av BPD	1	M (studien gaper kanskje over litt for mange tema på bekostning av spesifitet)
<b>Deans &amp; Meocevic 2006 Australia</b>	Å undersøke hvilke holdninger psykiatriske sykepleiere har overfor pasienter med BPD	Kvantitativ	N=65 (responsrate 60%)	Statistisk analyse (SPSS)	Sykepleierne hadde negative følelsesmessige reaksjoner og negative holdninger overfor BPD-pasienter. De oppfattet	1	H

					mennesker med BPD som manipulative. En tredjedel rapporterte at pasientgruppen gjorde dem sinte og over en tredjedel var «uenig» i at de visste hvordan de skulle hjelpe denne pasientgruppen		
<b>Markham 2003 England</b>	Å undersøke om ansatte var mer sosialt avvisende eller ikke til BPD pasienter sammenlignet med schizofreni og depresjon. Oppfatninger av farlighet, optimisme ift diagnose og personlige erfaringer ble også vurdert	Kvantitativ studie	N=71 (50 psykiatriske sykepleiere og 21 assistenter)	Repeated measures factorial design	Sykepleierne uttrykte mindre sosial avvisning i samhandling med pasienter med diagnosen schizofreni og oppfattet dem som mindre farlig enn pasienter med BPD. Målingene av assistenten viste ikke denne ulikheten. De ansatte var minst optimistisk i forhold til BPD-pasienter og mer negativ med tanke på deres erfaringer med arbeidet med BPD-pasienter sammenlignet med de andre pasientgruppene	1	H

Vedlegg 2: Analyse av artiklene

Forfattere	Hovedresultat	Sub-kategori	Kategori
<b>Kvalitative studier – 6 stk</b>			
<b>O'Connell &amp; Dowling 2013 Irland</b>	Sykepleiernes forståelse og deres erfaringer med mennesker med BPD varierte. Flere hadde vanskelig med å si hva BPD var og bare to hadde kunnskap om at det ofte forekommer traumer fra barndommen i BPD-pasienters historie.	Fagkompetanse  Erfaringskompetanse	Kompetanse
	Sykepleierne refererte til flere spesifikke ferdigheter i arbeidet med pasientgruppen. Disse var åpenhet, ærlighet, evne til empati, evne til å lytte, evne til å være rolig, tålmodighet, kunnskap, fleksibilitet, interessert i individer som mennesker og evne til å vurdere risiko	Relasjonskompetanse  Fagkompetanse	Kompetanse
	Noen av sykepleierne beskrev BPD-pasienter som oppmerksomhetssøkende og manipulative	Nedsettende beskrivelser	Holdninger
	Sykepleierne hadde opplevd manipulasjon, splitting i teamet, følelse av frustrasjon, kjenne seg tappet for krefter,	Følelser	Psykisk belastning
	Sykepleierne savnet klinisk veiledning og syntes dette var vanskelig	Veiledning	Systemutfordringer
	Sykepleierne manglet trening i håndtering av utfordringer i arbeidet med BPD-pasienter	Erfaringskompetanse	Kompetanse
	<b>Risq, Rosemary 2011 England</b>	Deltagerne fikk tidlig i prosessen en følelse av å være den rette til å hjelpe. De ble idealisert og satt høyt av klientene raskt. Tidlig anerkjennelse fra klienten som førte til en magefølelse hos terapeutene som sa at de hadde med borderlinetypiske trekk å gjøre	Erfaringskompetanse  Fagkompetanse
Å arbeide med BPD førte til konsekvenser for hvordan de oppførte seg. De måtte være spesielt oppmerksom på og bevisst sine egne reaksjoner og følelser. Deltagerne kjente på motoverføring. Det var viktig å ha en psykologisk distanse til klientene, i den hensikt å ta vare på seg selv og kunne være terapeutisk effektiv.		Grenser  Følelser	Psykisk belastning
Uansett hvor mye innsats de la i terapien, kjente de på at aldri fikk gjort nok, man kunne alltid gjøre		Følelser	Psykisk belastning

	<p>ting bedre. Tjenester utenfor det tjenesten/rådgiveren kunne tilby, hadde mulighet til. Det å skulle gjøre en endring på en time, kunne få i gang enorme reaksjoner hos klienten. Må tenke igjennom alt man gjør og sier før man agerer. Alle refererte til denne sensitiviteten for skuffelser i den terapeutiske relasjonen. Deltagerne mente at denne sensitiviteten kom fra å ha bli skuffet gjennom hele livet, og satt det også i sammenheng med traumatiske hendelser i barndom.</p>	Fagkompetanse	Kompetanse
	<p>En deltager beskrev den terapeutiske relasjonen som en mor med et nyfødt barn, der barnet er fullstendig avhengig av mor og suger seg fast og aldri slipper taket. Andre beskrev det som å miste fotfeste, og en tredje som å synke i kvikksand. Relasjonen ble også beskrevet som om klienten kom på innsiden av terapeuten, komme under huden. Det var ofte at de tenkte på klientene utenfor arbeidstid sammenlignet med andre klienter, noen kunne være søvnløse pga av bekymringer for klientene.</p>	Følelser	Psykisk belastning
	<p>Alle deltagerne beskrev et stort behov for råd og veiledning. Man trengte mer trening og veiledning enn det man hadde tilgang på. En var kritisk til at veiledningen gikk på teknisk informasjon og ekspertråd og savnet følelsesmessig veiledning rundt den komplekse terapeutiske relasjonen til BPD-pasienter</p>	Veiledning	Systemutfordringer
	<p>Deltagerne kjente på at de prøvde å gjøre lite på den korte tiden de var tildelt til denne klienten. De greide aldri og «fikse» pasientene men henviste dem alltid videre til mer langtids behandling. Det var også vanskelig å skulle se dem en time, vurdere risiko for eksempel selvmord, for så å sende dem hjem; risikovurdering</p>	Tjenestetilbud	Systemutfordringer
<b>Woolastin &amp; Hixenbaug 2008 England</b>	<p>Sykepleierne oppfattet BPD pasientene som kraftfulle, farlige, nådeløse og ustoppelige krefter som ødelegger rundt seg. Sykepleierne syntes det var krevende og det tappet dem for krefter. Dette beskriver</p>	<p>Nedsettende beskrivelser</p> <p>Følelser</p>	<p>Holdninger</p> <p>Psykisk belastning</p>

	kjernetemaet i resultatene og forskerne hentet metaforen fra de transkriberte tekstene: destruktiv virvelvind. Alle beskrev at de opplevde personlig stress		
	De følte at de var ute av stand til å hjelpe dem, utilstrekkelighet.	Følelser	Psykisk belastning
	Deltakerne oppfattet seg selv som enten demonisert eller idealisert og at det var stressende og slitsomt å jobbe med begge «merkelappene» fordi å være idealisert kunne fort snu til å være demonisert. Noen pasienter prøvde å splitte teamet og at dette skapte konflikter kollegaene imellom.	Følelser	Psykisk belastning
	Sykepleierne kjente seg ofte manipulert. De henviste til følelsen av at det alltid var en agenda bak det som ble sagt og gjort.	Nedsettende beskrivelser	Holdninger
	Deltakerne opplevde å bli truet eller at andre ble truet. Ofte handlet det om trusler om selvmord/selvskading og de beskrev at dette var svært urovekkende å være involvert i. De fikk ofte følelsen av å være ansvarlig for handlingene til BPD-pasienten	Følelser	Psykisk belastning
<b>Stroud &amp; Parsons 2012 England</b>	Deltakerne viste stor variasjon i kunnskap om BPD. Alle hadde kunnskap om at traumer fra barndom hadde en sammenheng med BPD, men bare en kunne forklare på hvilken måte tidligere traumer er linket til vanskeligheter pasientene har i dag. Denne deltakeren hadde opplæring i DBT	Fagkompetanse Erfaringskompetanse	Kompetanse
	Kunnskap om BPD påvirket også hvordan deltakerne oppfattet pasientene. De med manglende kunnskap omtalte dem mer nedsettende sammenlignet med deltakeren med mer kunnskap	Nedsettende beskrivelser Fagkompetanse	Holdninger Kompetanse
	Deltakerne satte klare grenser for seg selv. Telefonnummer ble ikke delt ut, tråkket forsiktig, sparsom med å fortelle om seg selv samtidig som de hadde positive erfaringer med å være ekte, åpen og tilstede. Tillit ble nevnt og at dette måtte bygges over tid.	Grenser Erfaringskompetanse Relasjonskompetanse	Psykisk belastning Kompetanse
	En av deltakerne anerkjente betydningen av trening og veiledning i DBT som avgjørende for den terapeutiske relasjonen. De andre deltakerne nevnte behov for mer uformelle ordninger som	Fagkompetanse	Kompetanse

	diskusjon med kollegaer, og de savnet formell veiledning, noe som gjorde at de kjente seg hjelpeløse og frustrert. Deltakeren med DBT-kompetanse kunne også kjenne seg frustrert, men at de hadde en felles tilnærming til pasienten som et team, og dette gjorde jobben lettere.	Veiledning  Følelser	Systemutfordringer  Psykisk belastning
<b>Treloar 2009 Australia og New Zealand</b>	Deltakerne følte seg utfordret i arbeidet med BPD-pasienter. Flere fant dem vanskelig å håndtere og mange sa at pasientene var frustrerende. Deltakerne kjente på utilstrekkelighet og usikkerhet	Følelser	Psykisk belastning
	Deltakerne fant BPD-pasienter manipulative, begrensede evner til å mestre, de er kaotiske, de er tidkrevende, de er bortkastet tid, de bruker selvskading for å kommunisere sin nød, de er stressende og ustabil og de er konstant i kriser	Nedsettende beskrivelser  Fagkompetanse	Holdninger  Kompetanse
	Klinikere har ofte ingen erfaring med BPD, noen profesjonelle nekter å behandle dem, har man først fått merkelappen BPD får de ikke en objektiv vurdering, det mangler ressurser til å hjelpe dem, helsetjenestene gir utilstrekkelig hjelp, pasientene er neglisjert av helsevesenet, klinikere mangler forståelse for lidelsen.	Stigmatisering  Tjenestetilbud  Fagkompetanse	Holdninger  Systemutfordringer  Kompetanse
	Deltakerne uttrykte at de trengte mer trening og utdanning i forhold til BPD, at de trenger regelmessig kontakt med pasientene	Erfaringskompetanse  Fagkompetanse	Kompetanse
<b>Koekkoek et al 2009 Nederland</b>	Deltakerne oppfattet at BPD-pasienter hadde store problemer med tilknytning og med å få tillit til terapeuter. De så at BPD pasienter kunne bli avhengige i relasjonen. BPD pasienter har tendens til tilbakefall, problemene var akutte, kompliserte og mange. Suicidalitet og personlighetsproblematikk Dårlig relasjon mellom pasientens familie og helsearbeidere, dårlig foreldrefungering, mangel på støtte fra familien, dårlig sosial fungering og liten rolle i familien	Fagkompetanse  Erfaringskompetanse	Kompetanse
	Deltakerne mente at helsearbeidere har pessimistiske holdninger til pasientene, begrensede terapeutiske ferdigheter og manglende evne til å håndtere suicidalitet	Relasjonskompetanse Fagkompetanse	Holdninger  Kompetanse



	Deltakerne oppfattet pasientene som i stand til men motvillig til å endre atferd, tiden med dem ble beskrevet som bortkastet tid og energi. Det eksisterte ulike forventninger til behandlingen, helsearbeidere kunne føle seg presset til å gripe inn, kraftløs og demoralisert.	Nedsettende beskrivelser Stigmatisering Følelser	Holdninger  Psykisk belastning
	Mangel på organisatorisk støtte, strukturert behandling, refleksjon, behandlingseffektivitet, sammenhengende behandling, langtidsbehandling, intensivbehandling og tilstrekkelig samarbeid helsearbeidere imellom. Ineffektivitet og ansvarsfraskrivelse	Veiledning Tjenestetilbud	Systemutfordringer
<b>Kvantitative studier – 6 stk</b>			
<b>Hauck et al 2013 USA</b>	Psykiatriske sykepleieres holdninger overfor BPD-pasienter var relativt positive.	Holdninger	Holdninger
	Faktorer som antall år i tjeneste og selvrappertert behov for mer opplæring/utdanning hadde svak til moderat sammenheng med positive holdninger overfor pasientgruppen	Erfaringskompetanse Fagkompetanse	Kompetanse
	Videreutdanning i behandling av BPD-pasienter med selvskadningstendenser ville vært nyttig	Holdninger Fagkompetanse	Holdninger Kompetanse
<b>Bourke &amp; Grenyer 2013 Australia</b>	Faktorer relatert til BPD: Det var høye skårer på faktorene fiendtlig, narsissistisk, etterlevende/engstelig, unnvikende/avvisende og seksualisert.	Nedsettende beskrivelser	Holdninger
	Terapeuter synes å oppleve større emosjonell fortvilelse når de arbeider med BPD sammenlignet med MDD	Følelser	Psykisk belastning
	Antall år i terapeutisk praksis og teoretisk forankring var ikke av signifikant betydning for vurdering av motoverføringsmønstre hos BPD-pasienter; relasjonsferdigheter ser ut til å være viktigere	Erfaringskompetanse Fagkompetanse	Kompetanse
	Terapeutene rapporterte et økt behov for støttende veiledning	Følelser	Psykisk belastning
<b>Bodner et al 2011 Israel</b>	Psykologer hadde lavere grad av fordommer mot BPD-pasienter enn sykepleiere og psykiatere	Stigmatisering	Holdninger
	Sykepleierne skåret lavere på empati sammenlignet med psykologer og psykiatere	Relasjonskompetanse Fagkompetanse	Kompetanse

	Alle tre grupper rapporterte mangel på formell opplæring i DBT	Fagkompetanse	Kompetanse
	Alle sykepleierne rapporterte at de ikke kjente andre metoder enn DBT som behandling for BPD	Fagkompetanse	Kompetanse
	Alle gruppene ønsket å forbedre sine ferdigheter i behandling av BPD	Fagkompetanse	Kompetanse
	Sinne, raseri, vanskelig å forstå, miste besinnelsen, utålmodighet, hjelpeløs, flau, pasientene bryter den terapeutiske kontrakten, jeg liker ikke å behandle BPD-pasienter	Følelser	Psykisk belastning
	Lettere å hjelpe schizofreni-pasienter, det er vanskelig, blir sliten, gjør meg lett sint, jeg liker det ikke, synes sjelden synd på dem	Følelser	Psykisk belastning
	Kjenne empati, vekker ukjente følelser, vekker foreldrefølelser, jeg vil lette lidelsene, å behandle BPD er noe av det vanskeligste jeg gjør.	Relasjonskompetanse	Kompetanse
<b>James &amp; Cowman 2007 Irland</b>	Bare 3 % av sykepleierne rapporterte å ha spesifikk opplæring i BPD. Kunnskap om BPD-kriterier varierte, de fleste visste at ustabile emosjoner og impulsivitet var kriterier. Under halvparten visste at BPD-pasienter oppnår mer stabilitet i 40-årene og at mange av disse pasientene opplever korte episoder med psykose	Fagkompetanse	Kompetanse
	75% rapporterte at BPD-pasienter var utfordrende å jobbe med, og 80% mente at de var mer utfordrende å jobbe med enn andre pasienter. 75% rapporterte at de var moderat eller veldig trygg på identifikasjon, vurdering og håndtering av BPD-pasienter	Erfaringskompetanse Fagkompetanse	Kompetanse
	81% mente at helsetjenesten var utilstrekkelig med tanke på behandling av BPD	Tjenestetilbud	Systemutfordringer
	Deltakerne rapporterte i stor grad at de hadde en rolle i vurdering og håndtering av BPD-pasienter. De hadde også en rolle i forhold til opplæring av pasientene og deres familier. Til tross for dette rapporterte 90% at de hadde deltatt i mer opplæring hvis det var tilgjengelig	Fagkompetanse	Kompetanse
	Misbruk og voldtekt, sexuell historie, kontakt med politiet,	Fagkompetanse	Kompetanse

	familiehistorie, selvskading, selvmordsvurdering og utagering. De tre siste ofte kartlagt, de andre sjelden eller sporadisk		
<b>Deans &amp; Meocevic 2006 Australia</b>	Sykepleierne hadde negative følelsesmessige reaksjoner og negative holdninger overfor BPD-pasienter.	Følelser Stigmatisering	Psykisk belastning Holdninger
	De oppfattet mennesker med BPD som manipulative.	Nedsettende beskrivelser	Holdninger
	En tredjedel rapporterte at pasientgruppen gjorde dem sinte og over en tredjedel visste ikke hvordan de skulle hjelpe denne pasientgruppen	Følelser Fagkompetanse	Psykisk belastning Kompetanse
<b>Markham 2003 England</b>	Deltakerne var mer sosialt avvisende til BPD-pasienter sammenlignet med pasienter med depresjon og schizofreni. I gruppen for assistenter var ikke ulikheten like tydelig	Stigmatisering	Holdninger
	Sykepleierne fant BPD-pasienter mer farlig enn pasienter med schizofreni og depresjon, mens assistenter fant BPD- og schizofreni-pasienter mer farlig enn mennesker med depresjon	Stigmatisering	Holdninger
	Optimismen rundt BPD-pasienter var signifikant lavere hos begge yrkesgrupper sammenlignet med depresjon- og schizofreni-pasienter	Stigmatisering	Holdninger
	Begge yrkesgruppene rapportert at deres erfaringer med å jobbe med BPD-pasienter var mer negative enn de andre pasientgruppene	Stigmatisering	Holdninger

Vedlegg 3: Oppsummering av analysen i stikkord

Kategori	Sub-kategori	Innhold i sub-kategoriene
<b>Holdninger</b>	Stigmatisering	Fordommer Neglisjering Bortkastet tid Sosial avvisning Liten optimisme Nekter å behandle BPD er en merkelapp Legge skylden på pasienten for manglende fremgang
	Nedsettende beskrivelser	Oppmerksomhetssøkende Manipulative Nådeløse ustoppelige krefter Ødeleggende Farlige Motvillige til endring Krevende mennesker Kaotiske mennesker Tidkrevende Begrensede evner til å mestre
<b>Kompetanse</b>	Fagkompetanse	Manglende forståelse Mangelfulle beskrivelser av BPD Evne til å vurdere selvmordsrisiko Evne til å forstå atferd Mangelfull kartlegging Stor variasjon i kunnskap Stor kunnskap = DBT-kompetanse Vet ikke hvordan hjelpe Ønske om mer utdanning og forståelse
	Erfaringskompetanse	Manglende erfaring og trening Manglende evne til å identifisere BPD-trekk Magefølelse Stor variasjon i erfaring Trening avgjørende for relasjonen
	Relasjonskompetanse	Manglende terapeutiske ferdigheter Manglende empati Ønske om å lette lidelsene Personlige ferdigheter: åpenhet, ærlighet, ekthet, empati, lytte, rolig, tålmodig, fleksibel, interessert i pasientene som individ, tilstedeværelse
<b>Psykisk belastning</b>	Følelser	Sinne, raseri, aggresjon, irritasjon, føle seg presset, utålmodig, skremmende å være involvert i selvmord/selvskading, utilstrekkelighet, mye ansvar, stress, trussel, bekymring, fanget, bundet, usikkerhet, ambivalens, motoverføring, hjelpeløs, tappet. Idealisering og demonisering Splitting av team Bevissthet rundt egne følelser og reaksjoner
	Grenser	Psykologisk distanse Aldri utdeling av telefonnummer Trå varsomt Sparsom med opplysninger om seg selv
<b>Systemutfordringer</b>	Veiledning	Manglende formell og uformell veiledning Stort behov for kontinuerlig diskusjon

		Behov for emosjonell veiledning/støtte Konkrete råd Veiledning avgjørende for relasjon Felles tilnærming viktig
	Tjenestetilbud	Manglende organisatorisk støtte Manglende strukturert behandling Manglende sømløs behandling Manglende intensiv behandling Manglende tverrfaglig samarbeid Ineffektivitet Ansvarsfraskrivelse Manglende ressurser For lit tid til hver pasient BPD-pasienter trenger tjenester utenfor det som kan tilbys

Vedlegg 4

**Artikelgranskning**

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:.....Tidskrift:.....

Land där studien utfördes: .....

**Typ av studie:** Original  Review  Annan .....

Kvantitativ  Kvalitativ

**Område:**

1.....

2.....

3.....

4.....

**Kvalitetsbedömning:** Hög (I)  Medel (II)  Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja  Nej

Motivering:.....

## KVALITETSBEDÖMNING

**Frågeställning/hypotes:**.....  
.....  
.....  
.....

### Typ av studie

**Kvalitativ:** Deskriptiv  Intervention   
Annan .....

**Kvantitativ:** Retrospektiv  Prospektiv   
Randomiserad  Kontrollerad   
Intervention  Annan .....

**Studiens omfattning:** Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N) .....  
Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd.....

**Beaktas:** Könsskillnader? Ja  Nej  Åldersaspekter? Ja  Nej

### Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering?	Ja	Nej
Är perspektiv/kontext presenterade?	Ja	Nej
Finns ett etiskt resonemang?	Ja	Nej
Urval relevant?	Ja	Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna?	Ja	Nej
Är metoden tydligt beskriven?	Ja	Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat?	Ja	Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nej

**Kvantitativa studier**

**Urval:** Förfarandet beskrivet Ja  Nej

Representativt Ja  Nej

Kontext Ja  Nej

**Bortfall:** Analysen beskriven Ja  Nej

Storleken beskriven Ja  Nej

Interventionen beskriven Ja  Nej

Adekvat statistisk metod Ja  Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....  
.....

Etiskt resonemang Ja  Nej

**Hur tillförlitligt är resultatet?**

Är instrumenten -valida Ja  Nej

-reliabla Ja  Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja  Nej

**Huvudfynd:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....