



Handelshøyskolen BI i Oslo

# PRK 36761

Bacheloroppgave i kampanjeplanlegging

Bacheloroppgave

Se meg

Navn: Åse-Line Baltzersen,  
Hanne-Mari Mannerud,  
Johanna Alem

Utlevering: 09.01.2017 09.00

Innlevering: 02.06.2017 12.00

# Bacheloroppgave ved Handelshøyskolen BI

– Se meg –

Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri



## **PRK36761 – Bacheloroppgave i kampanjeplanlegging**

Utleveringsdato:  
09.01.2017

Innleveringsdato:  
01.06.2017

Studiested: Oslo

*Denne oppgaven er gjennomført som en del av studiet ved Handelshøyskolen BI. Dette innebærer ikke at Handelshøyskolen BI går god for de metoder som er anvendt, de resultatene som er fremkommet, eller de konklusjoner som er trukket.*

## Forord

*Dere må snevre inn oppgaven. Ja, det er lett å si.*

Vi var tre naive BI studenter som ville forandre hvordan unge som sliter med store emosjonelle vansker blir møtt i hjelpeapparatet.

*Å ut-rette versus å ut-trette. En liten «t» er den store forskjellen (Halvorsen, 2014).*

Forandring tar tid, men et sted må den begynne. Vi jaktet etter den lille «t» som kunne utgjøre den store forskjellen. Av den grunn kunne vi ikke la være å se det store bildet, selv om det førte til at vi til tider druknet i data. Det er vårt håp at vi nå har lykket med å samle trådene.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår oppdragsgiver Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP) for samarbeidet og muligheten til å skrive denne oppgaven. Takken rettes spesielt til enhetsleder i NAPP Øyvind Urnes, som har vært behjelpelig fra starten og gitt oss verdifulle innspill underveis.

Vår veileder, Anitra Figenschou, fortjener en stor takk for å ha vært en faglig dyktig diskusjonspartner og kommet med gode råd og innspill. Hun motiverte oss til å gjøre oppgaven levende og støttet oss i vårt arbeid.

Å ta fatt på en oppgave som dette kan til tider være overveldende. Derfor vil vi også rette en stor takk til professor i personlighetspsykiatri, Sigmund Karterud, for å ha støttet oss med en rekke faglige spørsmål, og for å stille til et intervju som hjalp oss med å se situasjonen fra nye sider.

Avslutningsvis vil vi også rette en stor takk til psykolog Daniel Jonsson som motiverte oss til å ta den endelige avgrensningen for valg av målgruppe.

God lesning!

---

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b>	<b>v</b>
<b>1.0 Introduksjon</b>	<b>1</b>
<i>Fase 1: Formative undersøkelser</i>	2
<b>2.0 Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri</b>	<b>2</b>
<b>3.0 Situasjonsanalyse</b>	<b>3</b>
3.1 Frykt for stigmatisering hindrer riktig hjelp	3
3.2 Mental Health Literacy – et teoretisk rammeverk for tidlig hjelp	4
4.1 Beslutningsproblem	5
4.2 Analyseformål	5
4.3 Undersøkelsesspørsmål	5
4.4 Forskningsdesign	5
4.5 Utvalgsmetode	6
4.6 Etikk	6
4.7 Utforming av intervjuguide og spørreundersøkelse	6
4.8 Pretest og justeringer	7
4.9 Validitet og reliabilitet	7
4.9.1 Andre analyser	8
<b>5.0 Organisasjonsanalyse</b>	<b>8</b>
5.1 Verdikonfigurasjon	8
5.2 Utviklingsområder	9
5.3 Ressurser	9
<b>6.0 PESTEL-analyse</b>	<b>10</b>
6.1 Politisk	10
6.2 Økonomisk	11
6.3 Sosiokulturelt	11
6.4 Teknologisk	11
6.5 Legalt	12
7.0 Medieanalyse	12
<b>8.0 Tolkning av dybdeintervju</b>	<b>13</b>
8.1 Sigmund Karterud (Vedlegg 1, s. 7-13)	13
8.2 Psykolog (Vedlegg 1, s. 14-19)	13
8.3 Sykepleier (Vedlegg 1, s. 20-24)	14
8.4 Helsesøster, lærer og forelder (Vedlegg 1, s.25-35)	14

8.5 Ekspertintervju (Vedlegg 1, s.36-39)	15
<b>9.0 Kvantitative analyser</b>	<b>15</b>
<b>10.0 Interessentanalyse</b>	<b>17</b>
10.1 Kundegrupper	17
10.3 Finansiering	17
10.5 Begrensende krefter	18
11.0 SWOT	19
12.0 Primærmålgruppe	21
<b>Fase 2: Strategi</b>	<b>21</b>
13.0 Posisjonering	21
14.0 Etablering av mål og delmål	22
14.1 Hovedmål	22
14.2 Delmål	22
Delmål 1: Kjennskap	22
Delmål 2: Aksept	23
Delmål 3: Handling	23
15.0 Proaktiv handlingsstrategi for økt aksept	24
15.1 Engasjement og publikumsdeltakelse	24
15.2 Samarbeid og allianser	24
15.3 Publisitet	25
16.0 Utvikling av budskap	25
16.1 Diffusjonsprosessen	25
16.2 Social Judgment Theory	25
16.3 ELM	26
16.2 Budskapsstrategi	27
16.2.1 Etos	27
16.2.2 Logos	28
16.2.3 Visuelle bevis	29
16.2.4 Patos	29
16.3 Se meg	30
16.3.1 Kampanjens løp	31
<b>Fase 3: Taktikk</b>	<b>32</b>
17.0 Taktikk	32
17.1 Se meg	32

---

<i>17.2 Interpersonlig kommunikasjon</i>	32
<i>17.3 Samarbeid</i>	33
<i>Engasjement</i>	33
<i>17.4 Samarbeidspartnere</i>	34
<i>17.5 Nettside</i>	34
<i>17.6 Presse</i>	35
<i>17.7 Pressemelding</i>	35
<i>Kveldsarrangement</i>	36
<i>17.8 Konferanse</i>	36
<i>17.9 Aktivisme</i>	36
<i>17.10 Sosiale medier .</i>	37
<i>17.11 Kampanjevideo</i>	37
<i>17.12 Budsjett</i>	37
<i>Gantt:</i>	39
<b>Avslutning:</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografi</b>	<b>41</b>

---

## Sammendrag

Vi har utarbeidet en *kampanjeplan* for vår oppdragsgiver Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP). Formålet er å hjelpe unge mellom 15-21 år å få tidlig hjelp for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Vi har hørt historier om barn med store vansker som blir kalt *ondskapsfulle* av leger og om hvor galt det kan gå når personlighetsproblemer ignoreres. Chanen (2015) oppsummerer godt problemstillingen vi på et tidspunkt sto overfor: *Kanskje er den største utfordringen å utvikle en arbeidsstyrke som er i stand til å gi tidlig intervensjon av BPD. Det vil kreve fremoverlente strategier for å øke kunnskapen om BPD hos unge mennesker. Det som er mindre klart, er hvordan man skal forandre en dyptgripende kultur av fiendtlighet mot mennesker med BPD, kliniske retningslinjer og en praksis som i beste fall er uhjelpsom og i verste fall skadelig er mot unge med BPD.*

Det startet med helsesøstre som målgruppe, som ble senere utvidet til å gjelde flere som kunne fange opp unge som sliter. Vi fant et godt relevant teoretisk rammeverk, samt forskning knyttet til tidligere kampanjer. Mye lå til rette for å utvikle en kampanjeplan som skulle bidra til at unge som sliter blir sett. Vi ble stadig innhentet av innsikt som tilsa at å sette et direkte lys på unge med personlighetsforstyrrelse, potensielt kunne virke mot sin hensikt.

Formålet er å *hjelpe* unge og vi klarte til slutt å innse at med hensiktsbestemt retorikk er det flere veier til rom. Stigmatisering og motvilje mot å diagnostisere de med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en høyst reell problemstilling i voksenpsykiatrien. I barne- og ungdomspsykiatrien viser denne motviljen seg å være regelrett fiendtlig innstilt. Det kan tyde på at det mangler en felles begrepsforståelse om diagnosebegrepet og personlighetsforstyrrelse. Kampanjens primære målgruppe ble *psykologer og psykiatere i psykisk helsevern*. Målet er å samle målgruppens ekspertise og autoritet rundt en felles interesse for å få fortgang i en diffusjonsprosess. Det for å kunne begynne å jobbe mot å legge et press på helsemyndighetene om å få på plass nasjonale retningslinjer for behandling av personlighetsforstyrrelser. Denne kampanjen har til hensikt å være startskuddet for en grasrotbevegelse som skal resultere i en felles enighet om å fange opp personlighetsproblemer på et tidlig stadium da det, som leder av NAPP Øyvind Urnes påpekte for oss, *er meningsløst å vente til livene er ødelagt med å tilby riktig behandling.*

---

## 1.0 Introduksjon

Vårt oppdrag er å utarbeide en kampanjeplan for Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri. Tjenesten har som samfunnsoppdrag å bygge opp og spre kompetanse om utredning og behandling av mennesker med alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Alle mennesker har noen trøblete trekk, eller personlighetsproblemer som kan skape noen utfordringer i oss selv og i møte med andre. En personlighetsforstyrrelse finner sted der indre opplevelser og atferd om hvordan vi tolker verden, vedvarende har beveget seg over til å *i alvorlig grad*, negativt påvirke hvordan man fungerer sosialt, yrkesmessig eller på andre viktige livsområder (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Diagnosen gir kun retning for visse problemer en person kan slite med i større eller mindre grad. Den sier ingenting om personen som helhet (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010, s. 195-206).

Denne oppgaven har hovedfokus på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, også kjent som borderline personlighetsforstyrrelse (heretter kalt BPD). BPD karakteriseres av et *vedvarende negativt* mønster med: ustabilitet av følelsesregulering, impuls kontroll, mellommenneskelige forhold og selvbilde. Stigmatisering mot personer med BPD viser seg å være signifikant høyere enn ved andre psykiske lidelser (Knaak, Szeto, Fitch, Modgil, & Patten, 2015).

BPD blir i økende grad sett på som en kompleks utviklingsforstyrrelse som kan forstås ut fra et menneskes funksjonsnivå (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014; Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009; Miller, Morse, Nolf, Stepp, & Pilkonis, 2012). Dette vil sannsynligvis prege diagnosesystemene i årene som kommer og er derfor viktig å ta med i betraktning til strategiske valg.

Barnicot & Ramchandani (2015) argumenterer for at en slik klassifisering i større grad vil kunne formidle at diagnosen er åpen for endring og at en person kan bli bedre eller dårligere over tid.

*Komorbiditet* er et ord som går mye igjen i litteraturen om BPD, det innebærer at det er høy samvariasjon mellom BPD og andre psykiske lidelser, da særlig ruslidelser, ADHD, depresjon, PTSD og spiseforstyrrelser. Det er svært vanlig at det fokuseres på de komorbide lidelsene fremfor personlighetsproblematikk.



---

*Hvis du blir fortalt at din personlighet er forstyrret, hvor mye håp om bedring ligger i det? (Øye, 2015)*

– Alle har en personlighet og forskjellige sider som henger mer eller mindre godt sammen. Diagnose er en markør for *grad* av personlighetsproblemer. Slike diagnoser referer ikke til sykdommer i tradisjonell forstand (Karterud, Vedlegg 1, 2017).

Våre funn tyder på at det mangler konsensus om hva det innebærer å ha en diagnose eller personlighetsforstyrrelse. Dette ser ut til å ha betydning for det å skulle diagnostisere unge med personlighetsforstyrrelse. I budskapsutformingen har vi derfor vektlagt å starte fra et retorisk fellessted.

Offentlig kommunikasjon om BPD vil direkte eller indirekte kunne nå ut til eller påvirke de som kjemper en kamp om livet, da ofte med seg selv som fiende. Dette er viktig å alltid huske på innen kommunikasjon om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). Selvstigmatisering er like gjeldene som ytre stigmatisering (Barnicot & Ramchandani, 2015).

Tverrfaglig samarbeid og kompromiss står sentralt for å lykkes med god helsekommunikasjon (Parrot & Kreuter, 2011).

## **Fase 1: Formative undersøkelser**

### **2.0 Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri**

Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (heretter kalt NAPP) har som formål å øke kompetanse om alvorlig personlighetsforstyrrelse. Tjenesten ble etablert i 2012 etter et målrettet arbeid av sentrale fagpersoner på Seksjon for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus. Seksjonen har i dag til formål å drive: NAPP, spesialpoliklinikker<sup>1</sup>, forskning, kursvirksomhet og utdanning innenfor deres interesseområder, samt drive nettverk for personlighetsfokuserede programmer i Norge.

NAPP og det vi kan kalle Norges ledende fagpersoner innen personlighetspsykiatri er alle å finne på Ullevål i bygg 22. Tjenesten kan derfor ikke sees på eller vurderes helt alene. Oppstart, utvikling og drift er sterkt preget av et engasjement blant alle som jobber der, selv om ikke alle har en formell tilknytning til NAPP. Navnet kommer av en faglig overbevisning om at

---

<sup>1</sup> Spesialpoliklinikker for utredning og behandling av personlighetsforstyrrelse, angst- og tvangslidelser, samt spiseforstyrrelser.

---

personlighetsfaktorer spiller en vesentlig rolle for psykiske lidelser og problemstillinger som strengt tatt ikke kan kategoriseres som personlighetsforstyrrelser (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010).

Dagavdelingen for personlighetspsykiatri ved Ullevål har i en årrekke tilbudt et medisinfritt evidensbasert behandlingsopplegg for BPD (Karterud, 2016).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en behandlingsform som gir behandlere en empirisk støttet forståelse og behandling av BPD (Daubney & Bateman, 2015). For å kvalitetssikre denne terapiformen overfor pasientene, ble MBT-kvalitetslaboratorium startet opp i 2013 som en del av NAPP.

Spesialisthelsetjenesten og helsepersonell er NAPPs primære målgruppe, men de har også informasjonsplikt overfor brukere og befolkningen. NAPP har definert syv utviklingsområder som vi kommer tilbake til under analyse av organisasjonen.

### 3.0 Situasjonsanalyse

I situasjonsanalysen ser vi nærmere på oppdatert forskning om personlighetsforstyrrelse (heretter kalt PF) hos unge og på hvordan *mental health literacy* kan vise seg å være en sentral del i å hjelpe unge tidlig.

#### 3.1 Frykt for stigmatisering hindrer riktig hjelp

*Personlighetsforstyrrelser har lenge vært tabu i ungdomspsykiatrien. Nå gjør moderne forskning dette enda vanskeligere å forsvare* – Holm (2017).

En stor andel som får diagnosen i ung alder går ut av den etter noen år (Wilberg, 2016). Studier viser at det eksisterer regelrett fiendtlig innstilling mot å diagnostisere unge med BPD (Chanen, 2015; Griffiths, 2011; Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach, & Luyten, 2013). Noe som kan være en forklarende faktor på hvorfor det eksisterer en underdiagnostisering av PF blant denne aldersgruppen (Korsgaard, Torgersen, Wentzel-Larsen, & Ulberg, 2016).

Hovedbarrieren for at behandlere vegrer seg mot å sette diagnosen ser ut til å være frykt for den stigmatisering unge vil kunne møte, selv om argumentene ofte har basert seg på at personlighetspatologi er normalt blant tenåringer (Chanen, 2015; Chanen & McCutcheon, 2013). Imidlertid viser en rekke studier at den verste stigmatiseringen skjer blant helsepersonell (Chanen, 2015; Kaess,

---

Brunner, & Chanen, 2014; Knaak, Szeto, Fitch, Modgil, & Patten, 2015). *Noen pasienter er så krevende at de vekker følelser av frustrasjon, håpløshet og sinne hos sykepleiere. Hvordan kan de få bedre holdninger til disse pasientene?* Spør Larsen (2017) i sykepleien.no. Hennes opplevelser stemmer godt overens med flere studier som viser at behandlere kan føle seg utilstrekkelig, sint, frustrert og utfordret i møte med denne pasientgruppen (Knaak, Szeto, Fitch, Modgil, & Patten, 2015; Deans & Meocevic, 2006; Commons Treloar, 2009).

Stigmatisering og underdiagnostisering av BPD kan bære med seg alvorlige konsekvenser da unge med disse plagene ofte sliter med selvskading, impulsivitet og suicidal atferd (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014). Det kan også være en risikofaktor som bidrar til økt ignoranse, fordommer og diskriminering som igjen kan gi næring til mer stigmatisering (Chanen, 2015; Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007).

Da denne forskningen skulle knyttes opp mot kommunikasjonsteori fant vi en rekke relevante studier innen *mental health literacy* og *social marketing* som viste seg å være relevant for å svare på oppgavens formål.

### *3.2 Mental Health Literacy – et teoretisk rammeverk for tidlig hjelp*

*Mental health literacy* (MHL) defineres som: “knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention” (Jorm A. F., 2012; Jorm, et al., 1997, s. 182. Dette blir omtalt som en nøkkelfaktor i identifisering og behandling av psykiske vansker, samt forbedring av langsiktige utfall (Wright et al., 2006; Jorm A. , 2000; Wright A, et al., 2005).

Tiltak for å øke MHL må tilpasses målgruppen og reflektere over fagfeltets kjerneprinsipper som er: kunnskap, holdninger, stigma og motivasjonstiltak til å søke hjelp (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016, s. 156) Ifølge Furnham, Lee og Kolzeev har uvitenhet om BPD betydelige følger for MHL og klinisk praksis. En mulig konsekvens av at ikke alle gjenkjenner BPD som en lidelse, er at de som sliter opplever sterk fordømmelse og utfrysning snarere enn hjelp. Økt kunnskap vil være til nytte for alle involverte, som vil kunne bidra til at tidlig hjelp og riktig diagnose blir satt (2015, s. 321-322).

## **4.0 Metode**

---

#### *4.1 Beslutningsproblem*

Hvilken målgruppe bør NAPP prioritere for å hjelpe unge mellom 15-21 for sine personlighetsproblemer før de rekker å utvikle seg til en alvorlig personlighetsforstyrrelse?

#### *4.2 Analyseformål*

Formålet med analysene er å forstå mer av kommunikasjonsproblemet til NAPP. Dette gjøres ved å kartlegge kjennskap – uhjulpen og hjulpen, holdninger, atferd og følelser knyttet til PF og BPD-diagnosen. Vi ser så nærmere på organisasjonen, kjennskap og hva målgruppen tenker om dem.

#### *4.3 Undersøkelsesspørsmål*

##### Kjennskap:

I hvilken grad har “helsepersonell” og “folk flest” en uhjulpen kjennskap om BPD?

Kjenner målgruppen til NAPP fra før?

##### Atferd:

Vil voksenpersoner anbefale at den introduserte personaen bør få hjelp?

Hvem mener voksenpersoner at personaen bør få hjelp fra?

##### Emosjoner:

Hvordan reagerer fagfolk og folk flest emosjonelt på personaens problemer?

Hvilke emosjonelle reaksjoner kan vi fange opp knyttet til ordene PF og BPD?

##### Holdninger:

Hvilke barrierer finnes mot å anbefale persona å få hjelp?

Hva er holdningene til BPD og diagnosen?

Hva er holdningene til det arbeidet NAPP skal utføre?

#### *4.4 Forskningsdesign*

Dersom beslutningstaker i utgangspunktet vet lite om et saksområde, kan det primære målet med en undersøkelse være en nærmere utforskning av temaet (Gripsrud, Olsson & Silkoset, 2016, s. 47). Vi har valgt et eksplorativt forskningsdesign for å forstå mer av problemet, da dette er en kampanje som må ta hensyn til fagfeltet samt basere valg av kommunikasjonstrategi på både målgruppe og andre lyttere. Til alle undersøkelsesspørsmålene har vi valgt å først

---

se på sekundærdata, for å videre foreta kvalitative analyser i form av intervju og medieanalyse. Vi benyttet et deskriptivt design for å svare på uhjulpen kjennskap og om man vil foreslå behandling og eventuelt fra hvem.

#### *4.5 Utvalgsmetode*

Det ble benyttet et bekvemmelighetsutvalg for både den kvalitative og kvantitative delen av undersøkelsen. Det ble foretatt fem dybdeintervjuer og tre ekspertintervjuer.

Da spørreundersøkelsen ble delt var tenkt målgruppe fremdeles helsesøstre, lærere og muligens foreldre. Imidlertid begynte det å forme seg en idé om at det kunne være hensiktsmessig å hente informasjon fra psykisk helsevern. Målsetningen var derfor en så bred spredning som overhodet mulig i sosiale medier. Spørreundersøkelsen ble delt i følgende Facebook-grupper: “Erfaringsnettverket”, “psykiatriske sykepleiere”, “undervisningsopplegg” og “status lærer”. Spørreundersøkelsen ble senere også delt på Snapchat via kontoen “Kostholdsdamene” (3100 følgere) med lenken [bit.ly/hjelp3studenter](https://bit.ly/hjelp3studenter), hvor det ble oppfordret og spurt om videre deling. Denne delingen ga over 200 svar på undersøkelsen. Vi delte også spørreundersøkelsen i våre egne sosiale medier.

#### *4.6 Etikk*

Studien er godkjent av NSD forskningsråd (Vedlegg 6) Informanter ble informert om studien premisser, ble opplyst om at de kunne trekke seg når som helst. Det ble ikke gjort opptak uten samtykke. To intervjuobjekters identitet er særlig beskyttet etter deres eget ønske. All informasjon som direkte kan kobles til personer eller avgjøre sensitiv informasjon, er fjernet.

#### *4.7 Utforming av intervjuguide og spørreundersøkelse*

Intervjuguiden tar utgangspunkt i MHL som det teoretiske rammeverket og bygger videre på Furnham, Lee & Kolzeev (2015) sin studie.

Vi utviklet en intervjuguide som ble tilpasset de ulike intervjuene. Intervjuguiden hadde som mål å kartlegge uhjulpen kjennskap til BPD og assosiasjoner og holdninger til PF og BPD. Dette i tillegg til følelser og atferd knyttet til PF og BPD. Her formulerte vi åpne og eksplorerende spørsmål slik at respondenten skulle få mulighet til å tale fritt. Målsetningen var å fange opp mest mulig informasjon som kunne hjelpe oss å svare på undersøkelsesspørsmålene.

---

MHL stod også sentralt i utformingen av spørreundersøkelsen.

Målsetningen var å avdekke kjennskap, handling og holdninger til diagnostisering blant våre respondenter. Det ble utviklet 19 spørsmål med både demografiske og holdningsbaserte spørsmål. Både dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen inneholdt en personbeskrivelse av Trine som har typiske symptomtrekk på BPD. De innhentede svar skulle videre undersøke om respondenten hadde forståelse for hva personen skulle slite med, og eventuelle handlingsforslag og ekstra kommentarer.

#### *4.8 Pretest og justeringer*

Spørreundersøkelsen ble testet på fem personer, hvorav to menn og tre kvinner. Den første inneholdt holdningsparametre for å måle holdninger til diagnostisering. Noe vi ikke lyktes med å operasjonalisere godt nok, denne delen ble derfor ekskludert.

#### *4.9 Validitet og reliabilitet*

Validitet dreier seg om hvor godt man måler det man har til hensikt å måle, mens reliabilitet handler om i hvilken grad man kan stole på at resultatene er pålitelige (Gripsrud, Olsson & Silkoset, 2016, s. 61). Oppgaven fikk etter hvert en stadig mer kvalitativ tilnæringsmetode da det ble klart at opprinnelige undersøkelser så ut til å ha feil fokus. Dette innebar at vi i spørreundersøkelsen ikke i god nok grad målte hva vi hadde til hensikt å måle. For å bedre undersøkelsens reliabilitet ble datasettet rensset. Spørreundersøkelsen bestod opprinnelig av 598 respondenter, etter rensing satt vi igjen med 456 svar.

Utformingen av spørreundersøkelsen innehar en rekke mangler, som vi kommer tilbake til avslutningsvis.

I dybdeintervjuene ble det spurt om å ta opptak, noe ikke alle seg villig til. Grunnet tidsbegrensninger og utfordringer med å få personer til intervju, ble det gjennomført intervju med personer som sa seg villig. Etter intervjuene ble de med opptak transkribert og de uten opptak ført inn rett etter intervjuet. Noe som er med å svekke studiens reliabilitet. Intervjuguide og oppsummeringer er i vedlegg 1.

---

#### 4.9.1 Andre analyser

I denne perioden har vi observert og samlet store mengder data. Noen av disse dataene har vi utført en grundig kvalitativ analyse av, mens andre har vi kun vurdert opp mot andre funn og tidligere studier.

I tillegg til intervju og spørreundersøkelse ble det foretatt analyser ved bruk av følgende verktøy: medieanalyse i Retriever, søkeordsanalyse i KWfinder, nettverksanalyse via netlytic.net og analyse av følgerne til en rekke psykisk helse organisasjoner på Twitter ved å bruke Moz/Followerwonk.

I hele perioden ble det også fulgt nøye med på diskusjoner og debatter om BPD i ulike FB-grupper.

## 5.0 Organisasjonsanalyse

Selvinnsikt er grunnlaget for effektiv kommunikasjon. Før det utvikles en kommunikasjonsplan må vi derfor først vite hvem NAPP er, hva andre tror de er og hva de vil være (Smith, 2013, s. 39).

### 5.1 Verdikonfigurasjon

En verdikonfigurasjon som har til hensikt å løse et problem, kalles et verdiverksted. Den er strukturert for å skape verdi for både kunden og bedriften/organisasjonen. Primæraktivitetene sirkulerer fra problemerkjenning til løsningsutvikling, beslutningsfatning, gjennomføring og kontroll/evaluering (Fjeldstad & Lunnan, 2014).

Det ble jobbet med å starte opp NAPP i mange år før de fikk det som samfunnsoppdrag.

Karterud kunne fortelle at det lå et langt og møysommelig arbeid bak å starte opp NAPP. *Det er svært krevende å få etablert kompetansetjenester gjennom staten som Helsedirektoratet støtter. Vi hadde mange konkurrenter. Men når vi først lykkes med det, innebar det at staten hadde innsett problemet. De har innsett at her må det et eller annet ekstraordinært tiltak til, fordi overlatt til seg selv blir det ikke noe særlig* (Karterud, Vedlegg 1, 2017).

Alvorlige personlighetsforstyrrelser bærer med seg høye kostnader for de som er involvert og for samfunnet forøvrig. NAPP bistår med informasjonsarbeid,

kursvirksomhet og foredrag. For å kvalitetssikre behandlingsopplegg har de også med seg MBT-kvalitetslaboratorium.

Når kunnskap samles slike det er gjort på Seksjon for personlighetspsykiatri, oppstår det gjerne et kunnskapskluster, som er avgjørende for videre utvikling og innovasjon.

### 5.2 Utviklingsområder

NAPP opplyser på sin hjemmeside at de har som formål å øke kompetansen om personlighetsforstyrrelser. NAPP beskriver syv utviklingsområder som de ønsker å satse på. De skal 1: drive med systematisk utredning av PF og formidle oppdatert kunnskap, 2: påvirke til behandling av alvorlig PF samt bidra til forskning, 3: bidra til at BPD fanges opp tidlig hos barn/ungdom, 4: NAPP skal ha egen nettside, 5: ha brukermedvirkning som skal bidra til å formidle hvordan det er å ha PF, hvordan de blir møtt i helsevesenet og senke grad av stigmatisering, 6: påvirke myndighetene til utvikling av nasjonale retningslinjer og 7: bidra til forskning for personlighetspsykiatri.

### 5.3 Ressurser

I en ressursanalyse er vi opptatt av å finne ut hva NAPP er i stand til å gjøre, hva de gjør spesielt bra og hvordan de skiller seg fra konkurrenter. Ressurser kan forstås enkeltvis, som en spesifikk kunnskap eller som deler av helhet, da for eksempel en prosess eller en kompetanse på et enkeltområde (Fjeldstad & Lunnan, 2014, s. 38). I analysene av NAPP er det viktig å se deres ressurser som en del av en helhet. De er en del av Seksjon for personlighetspsykiatri og har et nært samarbeid med MBT-kvalitetslaboratorium. Seksjon for personlighetspsykiatri har i en årrekke vært et kunnskapskluster med tett samarbeid med forskere på verdensbasis.

	V (verdifull)	R (sjelden)	I (Vanskelig å kopiere)	O (Godt organisert)
Høy fagkompetanse	Ja	Ja	Ja	Ja
Samarbeid med MBT-kvalitetslab	Ja	Ja	Ja	Ja
Erfaringskonsulenter	Ja	Ja	Ja	Ja
Verdigrunnlag og holdninger	Ja	Uvisst	Ja	Ja
Kommunikasjonsrådgiver	Ja	Nei	Ja	Ja

Enhetsleder for NAPP, Øyvind Urnes, er overlege og har vært leder for spesialpoliklinikk for personlighetsforstyrrelse ved Oslo universitetssykehus fra



---

1991-2012. Øvrige ansatte er psykologspesialist Christian Schlüter, kommunikasjonskonsulent Kathrine M. Gudbrandsen og psykolog Espen Folmo, som er ansvarlig for MBT-kvalitetslaboratorium.

Sett i sammenheng med andre kompetansetjenester har ikke NAPP fått tildelt særlig med økonomiske ressurser. Karterud påpekte at selv om tilskuddet er lite, skiller NAPP seg ut i internasjonal sammenheng ved at myndighetene faktisk har grepet inn og erkjent dette som noe å ta tak i.

Australia har lyktes med å få på plass egne retningslinjer for behandling av BPD. Siden 2011 har frivillige og fagpersoner jobbet aktivt med å fremme BPD og å påvirke myndighetene. Kunnskapsnivået kan i aller høyeste grad sammenliknes med det norske, og bør derfor kunne være en inspirasjonskilde til å bruke ressurser innen markedskommunikasjon og fagkompetanse til å påvirke.

NAPP har satset stort på brukermedvirkning og de er oppriktig opptatt av å forstå og formidle hvordan det er å leve med lidelsen samt redusere stigmatisering.

Menneskelige ressurser som er vanskelig å kopiere er å regne som NAPPs viktigste ressurs. Deres kultur er utviklet over lang tid ved Ullevål. Tjenesten får kun tilskudd til 2,5 stilling, og dette kan regnes som få ressurser når 10-12% av befolkningen har en personlighetsforstyrrelse (NAPP, 2017).

Som del av deres ressurser har vi lagt inn verdigrunnlag og holdninger. Disse kommer ikke godt til kjenne på deres nettsider, men de er svært tilstedeværende i møte med NAPP, Seksjon for personlighetspsykiatri og de ansatte. Vi regner dette som en stor ressurs, da den ser ut til å svare på mye av kritikken som er rettet mot fagfeltet og dermed gir uttrykk for en falsk konflikt.

## **6.0 PESTEL-analyse**

### *6.1 Politisk*

I løpet av 2018 skal det legges frem en opptrappingsplan for psykisk helse for unge. Bakteppet er økningen av psykiske lidelser blant barn og unge (Ringheim, 2017). Cramer (2014) fant at 73% av innsatte i norske fengsler tilfredsstillt diagnosekriteriene for en personlighetsforstyrrelse (s.22). Det er ikke funnet særlig engasjement rundt personlighetsforstyrrelse i norsk politikk, annet enn at NAPP ble opprettet og fikk sitt samfunnsoppdrag.

---

## 6.2 Økonomisk

BPD er assosiert med høy selvmordsrisiko, stort behov for psykiske helsetjenester, alvorlig nedsatt psykososial funksjon og høye samfunnskostnader (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

Meuldijk, McCarthy, Bourke, & Grenyer viser til at BPD blir vurdert som en av de mest kostbare psykiske lidelsene i lys av både direkte og indirekte helsekostnader. Bruken av evidensbasert behandling for BPD viser seg å være rimeligere og mer effektivt. Deres studie tok for seg 30 økonomiske evalueringer som bestod av kostnadsdata relatert til intervensjon av 134 136 pasienter med BPD (2017). Antallet unge uføre mellom 20-29 er doblet siden 2009. Hele 60% av de uføre i denne aldersgruppen har en hoveddiagnose bestående av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (Ertesvåg, 2017).

## 6.3 Sosiokulturelt

De seneste årene har det blitt stadig mer åpenhet rundt psykisk helse, noe som kan bidra til å *mental health literacy*. Samtidig tyder mye på at det i hovedsak er de mindre stigmatiserende diagnosene som vinner frem, noe NRK møtte i programmet *Stemmene i hodet*.

Når de mer stigmatiserte lidelsene blir fremvist på en god og verdig måte, fant vi gode indikasjoner på at publikum i aller høyeste grad er interessert. Vi var i kontakt med Astrid Engen ved NRK Livsstil, som delte deres erfaringer og innsikt med oss. Videoen de delte om BPD på Facebook, er den nest mest delte hittil i år. Posten om personlighetsforstyrrelser nådde ut til 267 000 mennesker, 2463 var engasjert, 1840 likerklikk, 139 kommentarer og 430 delinger. Videoen hadde 92 500 visninger, kvinner i alderen 35-44 var overrepresentert og folk så i snitt 10 sekunder. Av negativ respons var det 44 som hadde skjult videoen og 1 ”skjul alle innlegg” (Vedlegg 5, s. 2).

## 6.4 Teknologisk

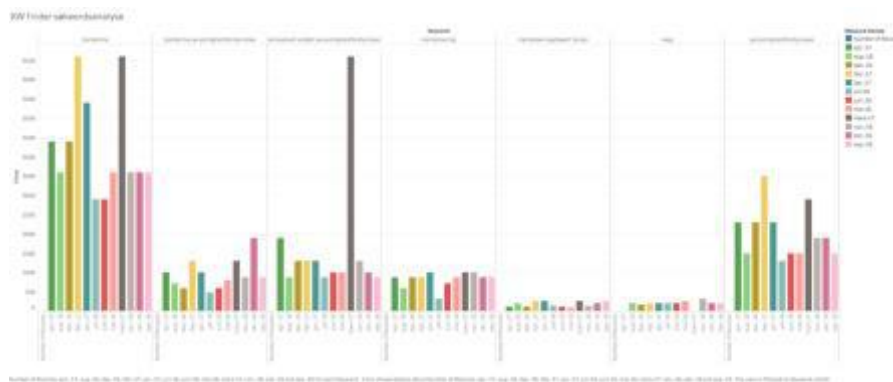
Avstanden fra de gamle pressemeldingene har aldri vært lenger og det blir stadig viktigere å forstå algoritmer (Moen, 2016). De som forstår hvordan teknologien og nettverksteori kan knyttes opp mot PR-fagets kjerne, vil kunne nå langt selv med lite økonomisk kapital.

---

Våre søk ga et eksempel på to mindre aktører som har gjort nettopp dette. Hjelpertilhjel.no og tengel.no, to nettsider som gikk igjen i så og si alle google søk. Hjelpertilhjel.no har blitt til Norges største nettside om psykisk helse og driftes av en psykolog. Tengel.no er en side som tilbyr psykologiske tester. Vi tok kontakt med Tengel for å spørre om hvor mange som har tatt BPD testen. Testen er totalt tatt 10 384 ganger. Foreløpig i 2017 har det i snitt blitt tatt 47,4 tester hver dag. Testene er ikke begrenset til Norge, så det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange nordmenn som tar den. Siden har nå 100 000 visninger i måneden.

Det ble foretatt en søkeordsanalyse med Keywordfinder av relevante søkeord (Vedlegg 3). Mars 2017 fant vi en topp i antall tester på tengel.no og i søk knyttet til BPD. Denne toppen kan tenkes å ha en sammenheng med at BPD var hoveddiagnosen i NRK sitt program “Hva feiler det deg”.

I søkeordsanalysen vi utførte fant vi at “borderline” ser ut til å være et langt mer søkt etter uttrykk enn emosjonelt ustabil PF. Personer som søker på BPD kan nok i stor grad tenkes å være de som sliter eller pårørende.



### 6.5 Legalt

Januar 2017 kom det en dom mot Pasientskadenemnda for feilbehandling. Retten ga medhold i at pasienten ikke har fått tilstrekkelig behandling for BPD og får totalt 4 451 521 kroner i erstatning. Karterud brakte frem denne saken i dybdeintervjuet som et eksempel på noe som kan føre til at det settes helt nye krav til behandling av BPD-pasienter (Lovdata, 2017).

### 7.0 Medieanalyse

I medieanalysen ble det foretatt søk i perioden 1.01.2010 - 31.12.2016 på Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri, BPD og PF (Vedlegg 4).

---

BPD er i norske aviser tatt opp 67 i denne perioden, vi mener det ligger et potensial til å øke antallet. Ved å kategorisere sakene i positiv/informativ, negativ og rettssak fant vi at det har vært en sterk økning i antall positive/informative saker om BPD de siste tre årene (Vedlegg 4, s. 9). Vi fant også en aktiv debatt omkring stigmatiseringen av personer med BPD. Artikler fra det seneste året startet å få et tydeligere fokus på at personlighetsproblemer er noe å ta tak i. Positivt ble definert som: saker som bringer søkelys over på PF eller BPD på en konstruktiv og saklig måte. Debattartikler som var negative til diagnoser, ble også regnet som positiv. En nærmere analyse finnes i vedlegg 4. Kategorisering av alle artiklene finnes i vedlegg 4,1 og 4,2.

## 8.0 Tolkning av dybdeintervju

### 8.1 Sigmund Karterud (Vedlegg 1, s. 7-13)

Ifølge Sigmund Karterud vil vår viktigste oppgave være å håndtere dilemmaet mellom personlighetsproblemer og en forstyrrelse. Intervjuet satte oss på et spor om å tenke mer helhetlig for å kunne hjelpe de unge.

### 8.2 Psykolog (Vedlegg 1, s. 14-19)

I dybdeintervju med psykologen fikk vi et møte med en behandler som i litteraturen omtales som “regelrett fiendtlig innstilt mot å stille en BPD-diagnose”. Hun kunne opplyse om et bevisst valg å unngå diagnosen. I de tilfellene det ble gjort var det i samråd med pasient og i forbindelse med å få innpass til gruppeterapi.

*Jeg synes at det er en uvitenskapelig betegnelse. [...] De aller fleste mennesker vil kjenne seg igjen i de trekkene PF har hvis man f.eks. er i krise. Skulle ønske at man brukte andre ord.*

Intervjuet var sterkt preget av følelsesmessig involvering. Psykologen hadde har erfaring med psykisk lidelse, men ikke PF-problematikk. Hun går videre over til å fortelle om å ha satt opp en egen samtalegruppe om relasjoner og følelser. Kollegaer hadde da slengt kommentarer om det var mange “PF-ere” i gruppen. Dette provoserte henne kraftig, og hun angrer på å ikke ha sagt ifra. *Fordomsfulle måter å snakke om mennesker som har fått de diagnosene gjør meg opprørt. Var nylig på et kurs hvor det var en psykolog som forsker på suicidalitet, han klarte å lire av seg så mye fordomsfullt - “Borderline-damene”, “Ja de vil ha*

---

*oppmerksomhet og manipulerer”. “De går ikke av veien for litt oppmerksomhet de der”, “De kan stoppe toget”. Sjokkerende, sier hun etter å gjenta sitater fra konferansen slik hun husket dem.*

Hun var ingen tilhenger av å forsvare diagnosesystemet.

*“Hadde man pratet sånn om ulike folkegrupper hadde du blitt stemplet som rasist med en gang”.*

Psykologen forble negativ til PF-diagnosen gjennom hele intervjuet, men var positiv til å høre mer om NAPP.

### *8.3 Sykepleier (Vedlegg 1, s. 20-24)*

Sykepleier som jobber i akuttpsykiatrisk avdeling og har møtt flere med BPD-diagnosen. Vedkommende opplyser om at det er en gruppe som er vanskelig å jobbe med.

*Dette er ikke en gruppe jeg synes det er lett å jobbe med fordi linjene kan være svært uklare til tider. Det kreves kunnskap og forståelse for egen motoverføring. Ofte må vi trekke oss tilbake og minne oss selv om at vedkommende er psykisk syk. Det kan trigge personlige tanker. Når man tar en pause fra å være profesjonell – det er å være profesjonell!*

Respondenten har ingen tidligere kjennskap til NAPP og kunne tenke seg å få mer informasjon, da via kurs, seminar og e-post.

### *8.4 Helsesøster, lærer og forelder (Vedlegg 1, s.25-35)*

Intervju med helsesøster, lærer og forelder hadde et fellestrekk ved at intervjuobjektene hadde en motvilje mot å sette en “merkelapp” på personaen introdusert i intervjuet. Helsesøster var i første omgang positiv til at diagnose kan hjelpe unge å få hjelp, men så snart persona ble presentert og det ble stilt spørsmål rundt mulig diagnose, endret tonen seg. På spørsmål om hva hun tenkte kunne feile Trine, sier hun:

*Jeg synes det er vanskelig å sette en diagnose på henne fra den situasjonen hun er i der. Dette er mer en reaksjon på ting enn en diagnose, tenker jeg. Jeg tenker at jeg ikke har lyst til å sette en diagnose.*

Helsesøster fikk videre informasjon om at jenta introdusert viser tegn til BPD og ved spørsmål om hun har hørt om diagnosen tidligere, sier hun: *Ja det har jeg. Men da tenker jeg sånn ut i fra hvis man skal stille diagnoser, er det*

---

*veldig viktig at man ikke bare synser om det.* Da personlighetsforstyrrelse kom på banen, endret kroppsspråk og tonefall seg til det punkt at intervjuer valgte å ikke grave for mye rundt tanker om diagnosen. Lærer som ble intervjuet la frem problemstillingen rundt begrensede ressurser til å følge opp elever som sliter. Intervjuobjektene reflekterte godt rundt hva som kunne være galt og vurderte bakenforliggende problemstillinger. *Flere må hjelpe til* gikk igjen. Helsesøster var interessert i nettkurs i regi NAPP.

### *8.5 Ekspertintervju (Vedlegg 1, s.36-39)*

To av ekspertintervjuene var med en sykepleier som jobber med barn som lever på lånt tid, og en BPD-pasient. De beskriver dårlige holdninger til “svingdørspasientene” eller unge som viser tegn til BPD.

Sykepleier kunne fortelle om at nyutdannede kolleger ofte hadde store vansker i møte med barn som viste tegn til BPD-symptomer. Etterhvert som de får erfaring og blir eldre, blir de flinkere til å sette et skille og forstå at det ligger mer bak oppførselen.

Personen med BPD kunne fortelle om å ha kommet til BUP i ung alder og ha vært igjennom de fleste diagnosene i DSM-systemet før diagnosen kom på plass. Etter dette har personen mottatt MBT-behandling og opplyser selv at behandlere ser forbedring.

*“De som behandler har lett for å se ting i sort/hvitt, men jeg trodde det var oss som er EUPF som gjorde sånt. Hvordan kan de lære oss å se nyanser da?”*

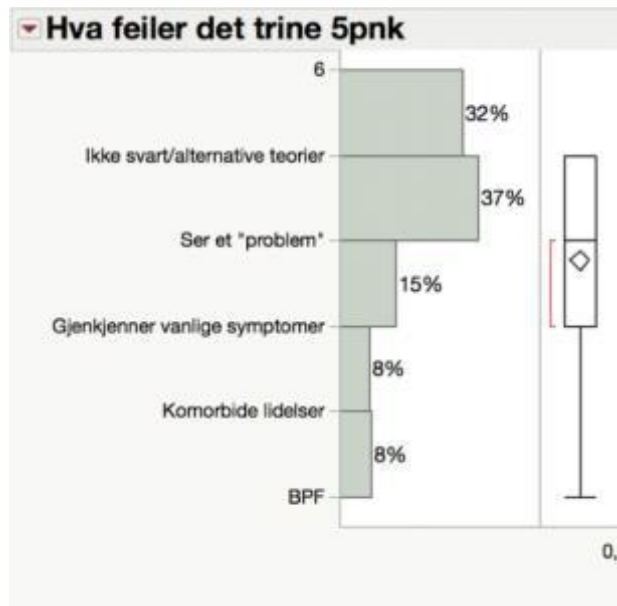
Intervjuer stiller spørsmål om personen hadde merket noe forskjell på de gode og dårlige behandlerne: *De gode er de som tar seg tid. Og som tar i mot det som kommer og venter på at det går over.*

## **9.0 Kvantitative analyser**

I spørreundersøkelsen introduserte vi Trine, ei 13 år gammel jente med en syk mor som viser tegn til atferds- og relasjonsproblemer (Vedlegg 2). Etter introduksjonen spør vi: “om noe, hva tror du det kan feile Trine?”. Hensikten var å måle uhjulpen kjennskap til BPD.

Tidligere studier viser et snitt på 2,3% (Furnham, Lee, & Kolzeev, 2015). De samme studiene viser at BPD er den diagnosen deltakere er minst sympatiske

overfor og vil i lavest grad anbefale hjelp for. Våre funn bygger opp under tidligere studier.



8% var i stand til å gjenkjenne selve lidelsen, med en variasjon mellom 0,44 - 3,73 prosent. Totalt 312 personer svarte på hva de tenkte kunne feile Trine. En svakhet er at vi vet svært lite om hvorfor personer som ikke har svart, har valgt dette. Hele 99% opplyser at de ville anbefalt Trine å få hjelp. Da dette ble målt som et ja/nei spørsmål, kan vi nok si at dette er en feilkilde. Ved å se dette opp mot svar om hva som kan feile Trine, fant vi tegn til mye sympati og kun unntaksvis stigmatiserende holdninger. Dette kan tenkes å ha en sammenheng med hennes unge alder.

Svarene fra analysen ble delt inn i fem kategorier: BPD, komorbide lidelser (ADHD, depresjon etc.), gjenkjenner vanlige symptomer, "noe er galt" og ikke svart/annet.<sup>2</sup>

Etter første gjennomgang av kommentarene besluttet vi å skille mellom at noe var galt og at personer ser vanlige mer interne symptomer. Dersom vi hadde delt inn i en kategori med både interne og eksterne problemstillinger som er korrelert med BPD, ville vi muligens sett at flere var i stand til å gjenkjenne dette.

Å se denne jenta for *den hun er*, gikk ofte igjen i svarene:

*"Antageligvis tilknytningstraumer eller for lite emosjonell omsorg i oppveksten. Siden jeg selv har egenerfaring med borderline er det lett for meg å tenke at hun kan utvikle dette,*

<sup>2</sup> Det er viktig å påpeke at denne inndelingen ville vært hensiktsmessig å gjøre i samarbeid med en fagperson, da det for oss var utfordrende å kategorisere på de litt lengre svarene.

---

*men det kan helt klart være andre lidelser som er aktuelle. Det viktigste blir jo å møte henne som person.”*

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen spør vi om det er noe man vil tilføye, der finner vi noen eksempler på problemstillingen som viste seg å være sentral da vi kom til strategiske valg:

*“Jeg synes det er litt raskt å hoppe fra en case om en 13 åring til PF lidelse. En 13 åring sliter med hormoner og er under utvikling. Det vil derfor være feil å sette diagnose når man ikke er utviklet enda. Lykke til med studier. 20 år innen psykiatrien og jeg blir aldri lei!”*

## ***10.0 Interessentanalyse***

Interessenter kan defineres som en gruppe mennesker som deler samme interesser overfor en organisasjon, og som anerkjenner organisasjonens betydning (Smith, 2013, 61).

### ***10.1 Kundegrupper***

NAPP får i dag en rekke henvendelser fra Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og andre instanser som er interessert i mer opplæring. Disse kan regnes som en aktiv kundegruppe. De passive er de som er et latent publikum for NAPP. Urnes kunne opplyse om at det var liten interesse fra BUP og andre instanser som jobber direkte mot barn og unge. Interessen kommer i hovedsak fra voksenpsykiatrien. Kundegruppen til NAPP kan egentlig sies å være de som går under sekundærkunder. Dette er pasienter i første rekke, pårørende og samfunnet.

### ***10.2 Myndigheter***

Ved at NAPP har fått samfunnsoppdraget for å gjøre sitt arbeid, har myndighetene gitt klarsignal om at dette er viktig. Likevel ser vi at andre kompetansetjenester som ROP-tjenesten får langt mer til sitt arbeid enn hva NAPP gjør.

### ***10.3 Finansiering***

NAPP drives etter øremerkede tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Deres visjon er å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Virksomheten bygger på tre nasjonale verdier: kvalitet, trygghet og respekt (Helse Sør-Øst, 2017).



#### 10.4 Samarbeidspartnere og opinionsledere

*Vi må snakke om svingdørspasientene, skriver Flor (2016).* I medie, søkeords- og nettverksanalyser fant vi ulike organisasjoner og opinionsledere som ser ut til å dele et verdigrunnlag med NAPP. Noen fant vi som en direkte konsekvens av søk på BPD, mens andre ble avdekket basert på et verdigrunnlag.

ROP-tjenesten arrangerte i januar i samarbeid med NAPP: ROP-dagen: tema: personlighet. Denne dagen var dedikert til å se hvordan personlighetsforstyrrelse og ruslidelser henger sammen. På arrangementet var 500 psykologer tilstede. NAPP opplyser å ha et godt samarbeid med ROP-tjeneste, og et tidligere samarbeid med fengselstjenesten. De opplyser også om at det er manglende respons og interesse fra organisasjoner med fokus på barn og unge.

#### 10.5 Begrensende krefter

I våre undersøkelser fant vi noe som tydet på en motstand mot dagens psykiatri. De seneste årene har det vært mye debatter rundt medisiner og dårlig behandling. Sett opp mot helheten av våre funn, er det forståelig at mange med erfaringer i psykiatrien er så skeptiske til BPD-diagnosen som de er.

Av hensyn til personer som har publisert innlegg vi baserer dette på i sosiale medier, velger vi å legge frem denne bevisbyrden direkte til oppdragsgiver. Selv om disse grupper regnes som offentlige, har innleggene forekommet i lukkede grupper, og av etiske hensyn holder vi derfor disse tilbake. Abel (2015) har en beskrivelse som har vært gjennomgående blant motstanden.

*Første gang jeg fikk diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, type borderline, ble jeg egentlig ganske lettet. [...]*

*Lite visste jeg den gangen om at jeg kort tid etter skulle bli betegnet med nedsettende begreper som manipulerende, oppmerksomhetssøkende, usamarbeidsvillig, vanskelig, krevende, barnslig og behandlingsresistent av overleger, behandlere, sykepleiere og andre ansatte innenfor psykisk helsevern.*

Blant noen motstandere blir forandringen som nå er på vei, brukt som et argument for at *alt i personlighetspsykiatrien har vært feil.*

## 11.0 SWOT

SWOT-analysen oppsummerer våre funn og danner grunnlaget for de strategiske valgene som fattes i fase 2.

<p><b>EKSTERNE FAKTORER</b></p> <p><b>INTERNE FAKTORER</b></p>	<p><b>MULIGHETER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknologi</li> <li>• Samarbeid</li> <li>• Falsk konflikt</li> <li>• Styrker svarer på sentrale aspekter funnet i trusler.</li> </ul>	<p><b>TRUSLER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motstand mot psykiske diagnoser</li> <li>• Motstand mot BPDdiagnosen</li> </ul> <p>Kan være et resultat av lav borderline-efteracy</p>
<p><b>STYRKER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høy fagkompetanse</li> <li>• Samarbeid med MBT-kvalitetslab</li> <li>• Erfaringsråd</li> </ul>	<p>Strategier som gjør det beste ut av muligheter og styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisjoneringsarbeid av NAPP</li> </ul>	<p>Strategier som minsker trusler via styrke:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av evidens og logikk</li> <li>• Bruk av enkel kommunikasjon for å minske risiko for misforståelser.</li> </ul>
<p><b>SVAKHETER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomiske ressurser</li> <li>• Kjennskap om NAPP</li> </ul>	<p>Strategier som gjør det beste ut av muligheter for å minimere svakhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta i bruk sosial nettverksteori mellommenneskelig og digitalt.</li> <li>• Forstå og ta i bruk algoritmenes premisser i PR-arbeidet.</li> </ul>	<p>Strategier som minimerer potensielle farer og svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kredibilitet av tredjepart.</li> </ul>

NAPP sin styrke er deres fagkompetanse, erfaring og samarbeid med MBT-kvalitetslaboratorium og erfaringsrådet. Deres svakheter ligger i ressurser og kjennskap til personlighetsforstyrrelse. Det manglende fokuset og kjennskapet til PF, virker nok direkte inn på hvor mye økonomiske ressurser NAPP mottar.

For å hjelpe de unge med psykiske lidelser må et helt samfunn gå sammen om å fange opp og tilby nødvendige tiltak for å hjelpe. Dersom økt kunnskap og holdningsendring ikke bidrar til atferdsendring, har vi sviktet millioner av barn og unge som trenger hjelp, skriver Andreasen (2004). Hvem bør vi velge som målgruppe for å lykkes med en atferdsendring? I våre analyser fant vi flere muligheter enn trusler. Slik vi vurderer det er truslene sterkt knyttet til *mental health literacy*, altså mangelfull kunnskap (Swami, Persaud, & Furnham, 2010).

*En mulig konsekvens av at ikke alle gjenkjenner BPD som en lidelse, er at de som sliter opplever sterk fordømmelse og utfrysning snarere enn hjelp* (Furnham, Lee, & Kolzeev, 2015). Denne kommentaren gjør seg særlig gjeldende med tanke på kampanjens formål: *hjelpe* unge mellom 15-21 år. Dette minner oss på kommentaren sykepleieren brakte frem: *jeg har hørt leger si disse barna er ondsksfulle*.

Det har de seneste årene begynt å skje en positiv endring i voksenpsykiatrien til diagnostisering og behandling av de med BPD. Selv om mye beveger seg i en positiv retning, ser det ut til at det fremdeles er en lang vei å gå.

---

*Aldri i løpet av min tid som bipolar fikk jeg høre “hun bare later som”, “hun er oppmerksomhetssyk” eller “hun vil være syk”, som er noe av det jeg har fått høre i det siste – etter at EUPF ble mistenkt og etterhvert også kom på papiret (Karlsen, 2017). Dette ble delt like før oppgaven skulle leveres og er med på å understreke hvordan vi i lang tid ble dratt mellom et enten/eller når det kom til å velge en målgruppe. Skal vi forkaste formålet om å hjelpe de unge og heller prioritere stigmatiseringen i voksenpsykiatrien? Dette spørsmålet stilte vi oss selv i lang tid, da dataene indikerte at selv om vi lykkes med å påvirke helsesøster, lærer eller foreldre, ville det kunne resultere i at problemene fikk et helt annet navn og dermed resulterte i feildiagnostisering.*

BPD kjennetegnes av sort/hvit tankegang. Ved å se styrker opp mot muligheter, forstod vi til slutt at det ikke var nødvendig å forlate formålet om å hjelpe de unge ved at vi prioritere målgruppen som alle data pekte mot at vi burde prioritere.

Våre analyser i Followerwonk gjorde oss oppmerksom på Jørgen Flor, som i sin studie fant at mye tydet på at det mangler en *felles begrepsforståelse* for negative utfall av behandling (Flor, 2016, s. 73). Våre funn gir indikasjoner om at det samme ser ut til å gjelde for begrepsapparatet for psykiske diagnoser, samt PF og BPD-diagnosen. Barnicot & Ramchandani (2015) stiller spørsmålet: *hva ligger i et navn?* Konklusjonen i deres studie er at BPD-navnet spiller en stor rolle for hvordan unge blir møtt, og om de i det hele tatt får en diagnose. Forandringen som forventes å komme ved lansering av diagnosesystemet ICD-11, vil i langt bedre grad få frem at personlighetsforstyrrelse handler om grader av funksjonsnivå.

*“Etter å ha jobbet i mange år med voksne, hører jeg så mange historier om mennesker med en kjempelang lidelseshistorie. De kan fortelle om store problemer allerede i tidlig ungdomsår som ikke ble identifisert”,* kunne Urnes fortelle oss.

Dette er nøkkelen som ligger til grunn for at vi våger oss å starte et påvirkningsarbeid som har til hensikt å fange opp og hjelpe personer som sliter med personlighetsproblemer, i alle aldre. Ved å gjøre dette, har vi et mål om å kunne styrke NAPP sin posisjon. Det er viktig å påpeke at strategien som følger, kun er å regne som et startskudd i en grasrotbevegelse.

---

## 12.0 Primærmålgruppe

Med diffusjonsteori til grunn og endringene som nå er på vei i hvordan personlighetsforstyrrelse diagnostiseres i voksenpsykiatrien, innså vi at dette kan brukes til å hjelpe de unge. Hvordan, kommer vi nærmere tilbake til i fase to. Målgruppen for kampanjen er *psykologer og psykiatere i psykisk helsevern*. Ved å skape et engasjement blant sentrale nøkkelpersoner eller noder i nettverket (psykisk helse Norge), skal det påvirkes oppover og nedover i systemet. Ved å gjøre denne gruppen til positive formidlere for budskapet “Personlighetsproblemer må fanges opp og tilbys evidensbasert behandling”.

Det var først etter en lang betenkningstid at denne målgruppen ble valgt. Her ble det vurdert å utføre en egen kvantitativ undersøkelse av målgruppens holdninger og personlighetstrekk, men dette viste seg å ikke være realistisk. Derfor støttet vi oss på intervju, sekundærdata og medieanalyse i kartleggingen av målgruppen. Våre funn tyder på at det er de holdningsmessige ankerpunktene som er av størst betydning for kampanjens budskapsutforming.

## Fase 2: Strategi

### 13.0 Posisjonering

*Posisjonering innen PR-faget handler mest av alt om persepsjon – altså hvordan vi ønsker at organisasjonen skal bli sett på av andre* (Smith, 2013, s. 97).

Våre funn ga en indikasjon om at det eksisterer en falsk konflikt mellom NAPPs verdigrunnlag og hvordan målgruppen tolker det organisasjonen jobber med. NAPP bør sees i en sammenheng med de eksisterende konnotasjonene knyttet til ordet personlighetsforstyrrelse.

Det er vår vurdering at det foreligger en kommunikasjonsmulighet i å endre begrepsforståelsen av diagnosen personlighetsforstyrrelse. Slikt påvirkningsarbeid er ikke noe man lykkes med over natten, derfor er det viktig å starte i kjernen av organisasjonen.

Målsetningen i posisjoneringsarbeidet er å lykkes med en *åpning* hos motstandere. Samtidig vil vi *fremme* et positivt verdigrunnlag overfor målgruppen. Dette skal fungere som en *påminnelse* om at økt kompetanse gir *positive resultater*. Det krever en lang utdanning for å bli psykolog eller psykiater. En utdanning de fleste velger med et ønske om å hjelpe andre

---

mennesker. Men selv høyt utdannede mennesker, er fremdeles mennesker. BPD er en pasientgruppe som vekker mye følelser, men som NAPP og en rekke studier viser, kan økt kompetanse gjøre at møtet med disse pasientene blir bedre for alle parter. For å kunne få økt kunnskap må NAPP bli mer kjent og få økt sin troverdighet. Dette er igjen sterkt knyttet til diagnosens omdømme.

*Ved å øke kompetansen om forebygging, utredning og behandling av alvorlig personlighetsforstyrrelser, skal NAPP sikre verdig og evidensbasert behandling.*

## ***14.0 Etablering av mål og delmål***

Smith (2013) viser til at et hovedmål erkjenner problemet organisasjonen står overfor og skisserer hvordan dette kan løses. Et slikt mål kan ha til hensikt å ta tak i omdømme, relasjoner eller konkrete oppgaver overfor målgruppen. Delmålene er *statements* som er konsekvente med organisasjonens posisjonering og hovedmål. Smith presenterer elleve viktige elementer som bør være til stede i delmålene for kampanjen, disse bør være etablert basert på hovedmål, fokusert på publikum og orientert rundt den påvirkningen de kan *gjøre*. De skal være basert på innsikt, være spesifikke, målbare, tidsbestemt og skal være rettet mot en bestemt målgruppe. De skal utfordre organisasjonen og inspirere til handling. De skal være oppnåelige og bli akseptert.

### ***14.1 Hovedmål***

Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri skal øke målgruppens aksept om at det er viktig å fange opp personlighetsproblemer tidlig for å unngå at det utvikles til alvorlig personlighetsforstyrrelse.

### ***14.2 Delmål***

Strategien vår omfatter tre ulike delmål. For å lykkes med hovedmålet omfatter delmålene en økt forståelse og kunnskap om hvordan alvorlig personlighetsforstyrrelse utvikles over tid hos pasienter.

#### ***Delmål 1: Kjennskap***

Øke kjennskapen til NAPP og deres verdigrunnlag blant målgruppen. Ved å starte et posisjoneringsarbeid skal NAPP få klart og tydelig frem deres verdigrunnlag om å se personen som sliter ut fra et mer helhetlig bilde. Dette skal gjøres ved å

---

fremme deres ekspertise og troverdighet gjennom tredjepart, i dette tilfellet skal det være via NAPP sine erfaringskonsulenter og samarbeidspartnere som støtter opp om NAPP sitt arbeid. Verdigrunnet skal fremmes ved å legge frem bevis om at evidensbasert behandling virker.

KPI:

Besøk på nettside i kampanjeperioden

Antall videovisninger over 40 sekunder

Mediapublisitet i kampanjeperioden

### *Delmål 2: Aksept*

Vi ønsker å øke målgruppens aksept til NAPP sitt budskap om at personlighetsproblemer må fanges opp tidlig, og at rett diagnose må settes der det er behov. Dette skal gjøres ved å fremme diagnosens validitet og fremlegge bevis for at det er mulig å komme ut av det. Ved å få frem at diagnosen ikke er et spørsmål om enten/eller, samt at det er helt normalt med samvariasjon med andre lidelser, skal NAPP få økt aksept blant målgruppen. Da særlig den gruppen som er bekymret for diagnosen basert på at det ikke taes tak i traumer.

KPI:

En økning i antall debattinnlegg/kronikker om personlighetsforstyrrelse og BPD med 40%.

En økt tilslutning av personer som opplyser å ville være støttespillere for å fremme NAPP sitt verdigrunnlag.

### *Delmål 3: Handling*

Før kampanjens oppstart i offentligheten er det et mål om å engasjere en allianse på minimum 100 personer i målgruppen til gå offentlig ut i sine kanaler (FB, Twitter, Nyhetsbrev, direkte e-post til kontakter og/eller eventuelle nettsider), med en støtte til kampanjen som skal registreres på kampanjens nettside. Denne støtten har til hensikt å påvirke flere i målgruppen til å engasjere seg. Ved kampanjens slutt skal 500 ha meldt seg på en todagers fagkonferanse om personlighet.

KPI:

Oppmelding til konferanse og registrering av 500 e-postadresser til nyhetsbrevet.

### *15.0 Proaktiv handlingsstrategi for økt aksept*

Disse strategiene skal forklare hvilke aktiviteter Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri skal utføre for å oppnå de målene som er satt (Smith 2013, 113). Strategien for valgt kampanje er en *proaktiv handlingsstrategi*. Den gjennomføres på Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri sitt eget initiativ. Formålet er å fremme et budskap. Valgte proaktive strategier innebærer både engasjement, samarbeid, publisitet og mulig publikumsdeltakelse.

#### *15.1 Engasjement og publikumsdeltakelse*

Det eksisterer en rekke evidensbaserte behandlingsopplegg og gode eksempler på *best practice* innen psykisk helsevern. Dessverre viser det seg at disse i liten grad blir tatt i bruk (Andreasen, 2004, s. 52). Innen implementering av evidens i klinisk praksis, belyses en rekke studier til at det innen helsevesenet har oppstått en *evidence-practice*-bevegelse på en rekke fagområder for å få til en endring (Formoso, Marata, & Magrini, 2006). Dette kan være en god inspirasjonskilde for NAPP.

#### *15.2 Samarbeid og allianser*

Kombinasjonen av at to eller flere organisasjoner kommer sammen mot et felles mål kan skape en energi som gir økt mulighet for å lykkes med det strategiske kommunikasjonsarbeidet (Smith, 2013, s. 120).

Da NAPP av naturlige årsaker er assosiert med *personlighetsforstyrrelse*, kan dette fremdeles vekke negative holdninger og følelser. Derfor vil vi foreslå at NAPP søker etter å inngå et samarbeid med en eller flere organisasjoner. Dette vil kunne bidra til å styrke deres etos ved troverdighet gjennom tredjepart. En allianse er et mer uformelt samarbeid, mens en koalisjon er mer formelt og godt strukturert. Opinionsledere som går ut og godkjenner NAPP sitt budskap og fremmer det i sine nettverk, vil kunne være sentrale påvirkere for økt aksept. Jobber med mennesker, og innen helse.

---

### 15.3 Publisitet

Smith vektlegger at publisitet i media er en annen form for å styrke etos via troverdighet gjennom tredjepart. Det at et budskap lykkes med å komme forbi *gatekeepers* i avisene tilfører ekstra kredibilitet da det kommer fra en *unbiased* kilde (2013).

Ved å samle flere sentrale fagpersoner rundt et felles og kraftig budskap, vil dette kunne øke sannsynligheten for å lykkes med å få denne publisiteten.

En ytterligere pådriver for å nå gjennom, kan eksempelvis være direkte kontakt med journalister som tidligere har vært opptatt av eller delt deres synspunkt.

Ingeborg Senneset er journalist i Aftenposten og vil være en svært aktuell person å ta kontakt med når kampanjen nærmer seg.

## 16.0 Utvikling av budskap

### 16.1 Diffusjonsprosessen

Å implementere evidens i klinisk praksis er en lang påvirkningsprosess. For å lykkes med dette kan diffusjonsprosessen vise seg å være et godt teoretisk rammeverk (Andreasen, 2004; Rogers, 2003) Diffusjonsprosessen sier noe om hvordan innovasjon blir *kommunisert* i visse *kanaler* over *tid* av medlemmer i et sosialt system (Rogers, 2003, s. 11). Ifølge denne teorien vil mennesker adaptere innovasjon på ulike tidspunkter. Det deles inn i: *innovatører*, *tidlig brukere*, *tidlig majoritet*, *sen majoritet* og *etternølere*.

Våre funn indikerer at det har begynt å bli en endring i både holdninger og hvordan man ser på PF/BPD. Mye tyder på at flere har begynt å akseptere nye funn, selv om gamle holdninger ser ut til å fremdeles henger igjen. Ved å jobbe målrettet med å nå ut til opinionsledere som har akseptert dette og driver ut fra NAPPs verdigrunnlag, kan man påvirke andre i det sosiale systemet. Personer som over tid har hatt en ønsket atferd, vil ha høyere troverdighet i formidling av dette budskapet.

### 16.2 Social Judgment Theory

Vi har valgt å se våre funn i lys av *social judgment theory*. Teorien argumenterer for at alle mennesker har holdningsmessige ankere som påvirker hvilke argumenter de aksepterer, er ambivalent til eller direkte forkaster (Gass & Seither,



---

2014, s.111). Vi har definert fem ulike holdningsmessige ankere hos målgruppen, både mer generelt til diagnoser og til BPD/PF:

1. *Det å kartlegge psykiatriske diagnoser er svært viktig/Det er svært viktig å avdekke personlighetsproblemer*
2. *Mulige diagnoser/BPD/PF er viktig å avdekke, men man må huske å ikke se seg blind på diagnoser*
3. *Ambivalent: Diagnoser/BPD/PF er nyttig. Men er svært bekymret for misbruk og overdiagnostisering..*
4. *Det er alt for mye fokus på diagnoser: det sier ingenting om personen, bør brukes med forsiktighet/PF-diagnoser er en uheldig måte å kategorisere mennesker på.*
5. *Alt av diagnosekriterier bør bli forkastet*

Disse ankerpunktene har ikke tatt med de dårlige holdningene som kommer tydelig frem i medieanalysen og intervjuer. For å si noe mer om hva som ligger til grunn for disse holdninger, trengs det ytterligere studier.

### *16.3 ELM*

*The elaboration likelihood model* antyder at det under ulike forhold vil variere i hvilken grad en mottaker vil engasjere seg i et budskap. ELM-modellen sier så noe om hvilken rute dette budskapet prosesseres i, basert på involvering. En perifer rute innebærer at budskapet ikke blir prosessert på samme måte som ved en sentral rute. Når et budskap prosesseres via den sentrale ruten, vil det igjen ha stor betydning for overtalelsesprosessen og en større betydning for en eventuell langvarig atferdsendring.

Ifølge Andreasen (2004), vil det med stor sannsynlighet kreve høy involvering for å påvirke mennesker som skal endre atferd knyttet til psykisk helse. Dette er heller ikke en prosess man lykkes med over natten og må derfor være del av en langsiktig tankegang. Han anbefaler at budskapet tilpasses den fasen av overtalelse som målgruppen befinner seg i (Andreasen, 2004). Hvorvidt et budskap tolkes ut fra høy- eller lavinvolvering påvirkes av en rekke faktorer som blant annet motivasjon, kognitive evner og relevans. Her er det nødvendig at vi stiller oss spørsmålet: hva er motivasjonen for behandlere til å lytte til dette

---

budskapet? Har personen evner til å forstå budskapet og er innholdet relevant for målgruppen?

Innen påvirkningsarbeid med evidens er relevans og validitet en viktig faktor for å lykkes med å involvere behandlere til å ta i bruk evidens (Wright A, et al., 2005)

### *16.2 Budskapsstrategi*

*En retorisk ytring er skapt av mennesker for mennesker* (Kjeldsen, 2015). *For at en ytring skal være retorisk ligger det til grunn at den er hensiktsbestemt og virkningsfull* (2015). Hensikten med denne kampanjen er å påvirke mennesker/behandlere som møter pasienter med personlighetsproblematikk. Det langsiktige retoriske målet er å endre hvordan de tenker, føler om og behandler disse menneskene.

Den retoriske situasjon bestemmer hva som skal sies og hvordan det skal sies. Bitzer (1968) beskriver tre elementer som alltid er tilstede i enhver retorisk situasjon: det påtrengende problemet, publikum, og de endelige retoriske vilkår (Kjeldsen, 2015, s.80). Det påtrengende problemet for NAPP er *stigmatisering, dårlige holdninger, og motvilje til å diagnostisere pasienter med BPD*. Det retoriske publikum defineres som personer som kan *påvirke* avsenders retorikk eller *bidra* til forandring. Basert på kanalvalg vil det retoriske publikum endres, derfor er det viktig å alltid være bevisst på hvem som er det retoriske publikum i ulike kanaler.

Myndigheter, pasient, pårørende eller andre engasjerte som hører budskapet vil kunne påvirke både NAPP og behandlere. Før budskapsutforming er det viktig å avdekke de faktiske forhold og den interessen som eksisterer mellom taler og publikum.

Mye tyder på at det eksisterer en felles interesse om å hjelpe personer som sliter, men at det er uenighet om faktiske forhold. Derfor vil det være hensiktsmessig at kommunikasjonen starter ut fra et fellessted.

#### *16.2.1 Etos*

Etos er med på å påvirke budskapet basert på avsenders kredibilitet, karisma og kontroll/autoritet (Smith, 2013). Denne kampanjen skal vektlegge NAPP sin ekspertise og fagkompetanse. Ærlighet vil også stå sentralt i kommunikasjonen.

---

Det å være ærlig om både farer og fordeler med en diagnostisk merkelapp kan bidra til å øke NAPP sin troverdighet. Gjennom autensitet og å få frem deres verdigrunnlag skal kampanjen bli en invitasjon til å utfordre stigmatiseringens premisser.

*Kredibilitet er relatert til en persons verdigrunnlag og holdninger. Politikere vet veldig godt hvordan de skal skape en "symbiose" mellom deres egne og "sosiale verdier for å tjene i offentligheten" for økt legitimitet (Ordeix & Ginesta, 2011). Kampanjen skal ha et mål om å økte NAPPs kredibilitet ved å skape en symbiose i et felles verdigrunnlag.*

Ved å knytte til seg troverdige organisasjoner og andre opinionsledere, skal dette styrke etos ved bruk av legitimering gjennom tredjepart. Dersom man lykkes med å inngå samarbeid med interessenter som: ROP-tjenesten, Norsk psykologforening, Direktoratet for e-helse, Rådet for psykisk helse og Mental helse, vil dette bidra til å øke kampanjens troverdighet, i tillegg til at det kan nå ut til flere påvirkere. Det er viktig at kun en blir presentert om gangen.

### *16.2.2 Logos*

Hensikten med logos er å appellere til menneskets logiske resonnement. Logisk argumentasjon må alltid ta utgangspunkt i felles og allmenne synspunkter som avsender deler med mottaker (Kjeldsen, 2015).

I enhver tale eller form for kommunikasjon fremmes det argumentasjonspåstander for å overtale. Smith (2013) viser til fire ulike argumentasjonspåstander: verdiforslag, faktuelle forslag, *conjecture proposition*, og *policy*. Det er viktig å ikke blande sammen disse i en og samme argumentasjonsrekke. For å skape et bilde av hvordan kampanjens budskap i samarbeid med fagpersoner kan bygges opp, har vi utviklet et eksempel[1]. Den hensiktsmessige argumentasjonsrekken avhenger av utgangspunktet for det retoriske fellesstedet. NAPP sin kommunikasjon mener vi bør starte med et *verdiforslag* som tar utgangspunkt i det verdimeslige fellesstedet *å hjelpe de som sliter*. Da validitet og relevans er sentralt for å påvirke målgruppen til en høy-involveringsprosess, foreslår vi at argumentasjon beveger seg over til det *faktuelle*. Her kan det være hensiktsmessig å få frem at det i dag eksisterer en statistisk større gruppe mennesker innen psykisk helsevern som ikke får hjelp. Denne pasientgruppen seiler under mange navn, men kalles ofte for

---

*svingdørspasienter*. Hos denne pasientgruppen det er knyttet høy selvmordsstatistikk og mye lidelse. For å gjøre dette mer relevant for publikum, kan det videre knyttes opp til hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. Her kan det foreligge en gylden mulighet for å legge frem en løsning på det påtrengende problemet. Argumentasjonen kan da bevege seg videre over til *conjecture proposition* som sier at *noe* mest sannsynlig eksisterer. I dette tilfellet kan det refereres til evidensbaserte behandlingsmetoder som viser seg å gi gode resultater i behandling av denne pasientgruppen. Kjentegn på de som responderer særlig godt på denne type behandling strever ofte med høy emosjonell ustabilitet, denne gruppen har ofte en trøblete historie og mye traume. For å ha det bedre, trenger de hjelp til å håndtere følelser og det å stå i relasjoner med andre. I høyinvolveringsprosesser er det vesentlig at budskapet er viktig for målgruppen og at det er noe de ofte tenker på (Andreasen, 2004, s. 64).

En av årsakene til at *svingdørspasienter* skaper mye følelser hos behandlere, er blant annet at de kan oppleve at pasienten er på vei i riktig retning, for å senere falle tilbake i en lek med døden (Halvorsen, 2014). Påstanden om at det eksisterer evidensbasert behandling har gitt svært gode resultater for både pasient og behandlere (s.64). Dette vil kunne svare på en relevant problemstilling hos målgruppen. Målet er å lykkes med et etterlatt inntrykk hos mottaker om at det å gi en BPD-diagnose *løser* et problem. Avslutningsvis i argumentasjonen tas det i bruk *policy proposition*, som identifiserer ønsket handling og oppfordrer til å ta i bruk det som er fremmet. Dette må tilpasses den retoriske situasjon for å lykkes med kampanjens målsetting og det retoriske publikum. I noen tilfeller vil det mest virkningsfulle være å påvirke.

### 16.2.3 Visuelle bevis

*Dette er jo noe alle har!* Går stadig igjen når det snakkes om BPD. Derfor bør kommunikasjonen underbygges med visuelle bevis som tydelig viser forskjell på det normale og hva det innebærer å *treng*e hjelp.

### 16.2.4 Patos

Mennesker er ikke bare logisk tenkende vesener, men tar ofte avgjørelser basert på følelser, som skal tas til hensyn i kampanjen for å oppnå våre mål. Dette virkemiddelet vil vi benytte oss av, ikke kun for å påvirke målgruppen til å huske

---

budskapet, men også for å påvirke til handling (Smith, 2013, s.196). En viktig del av PR- og markedskommunikasjonsstrategien er å koble budskapet til følelsesappell, enten den er positiv eller negativ. Vi har valgt å ta i bruk *love appeal* for å vekke følelsene hos mottaker, da med særlig fokus på omsorg og medmenneskelighet. Det er den hensiktsmessige bruken av disse appellformene som gjør ytringer og ikke-fagtekniske bevismidler retoriske og som får dem til å virke overbevisende (Kjeldsen, 2015, s.35).

### *16.3 Se meg*

*Anna utfordret meg. Til tider på måter som gjorde meg frustrert, irritert, engstelig, rådvill, i tvil om hele behandlingsprosjektet og på meg selv som terapeut.*

*[...]*

*I mitt arbeid med Anna var det viktig for meg å møte henne på en annen måte enn hun hadde erfart tidligere. Jeg ville være en å stole på, en som tålte henne og som møtte henne med respekt, samt representere kontinuitet og forutsigbarhet. Å se henne som et subjekt, et menneske bak de kaotiske symptomene. Og å finne balansen mellom rammer, grenser og ansvar på den ene siden og omsorg og støtte på den andre. I møtet med et annet behandlingssted ble disse verdiene utfordret.*

Slik beskriver Margrethe Seeger Halvorsen (2014) sin relasjon med Anna, som før dette opplevde et alvorlig tilbakefall hvor beskjeden var at hun «*hadde vært heldig*» – *utfallet kunne like gjerne ha vært fatalt*. Overlegen på behandlingsstedet hadde sagt følgende til Halvorsen om pasienten: «*Pasienten regrederer voldsomt. Hun saboterer. Hun manipulerer. Hun nekter å samarbeide. Vi må trette henne ut. Hun kommer til å snu til slutt.*»

Det er av vår oppfatning at denne motsetningen oppstår ved en manglende felles begrepsforståelse. Derfor skal *Se meg* ta utgangspunkt i et menneskelig fellessted basert på kjærlighet, omsorg og det å ta vare på hverandre. Når barn, ungdom eller mennesker generelt kjemper en tung og tøff kamp, kan mennesker være enige om at de fortjener støtte og omsorg.

*Se meg* skal vise og fortelle historien om hvordan mennesker med alvorlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse selv opplever at denne lidelsen over tid utviklet seg. Den skal fortelle historier fra virkeligheten om mennesker som

---

har blitt oversett over lang tid. Historiefortellingen skal bringes frem av voksne mennesker, men historiene skal starte ut fra punktet de ble oversett. Den skal også bringe frem betydningen av det å bli sett og få hjelp. Ved å bruke dette virkemiddelet, er målsetningen å få frem at dette kunne vært unngått om noen så disse da de var barn.

På denne måten skal kampanjen møte motstanden som eksisterer mot BPD og psykiatrien, uten å vekke negative følelser knyttet til personlighetsforstyrrelsesdiagnosen hos unge.

Kampanjen skal skape levende bilder og vekke følelser. Samtidig skal budskapet i samarbeid med fagpersoner legge frem en tung bevisbyrde for å gjøre det relevant for målgruppen. Ved bruk av intertekstualitet skal budskapet inneholde grep som gir de retoriske virkemidlene en høyere stil for målgruppen, men fremdeles forstås av andre.

Selve kampanjeideen *Se meg*, har sitt utspring i svarene knyttet til ”om noe, hva feiler det Trine?” i spørreundersøkelsen. Noen av respondentene var tydelige i kommunikasjonen om at Trine trenger å *bli sett*. I en rekke andre tilfeller var det ikke like tydelig, men ved at de ga empatiske svar fikk vi det samme etterlatte inntrykk:

*Det er svært mye som kan ligge til grunn for nettopp denne type adferd. Akkurat hva som ligger bak vil egentlig også være avgjørende for alvorlighetsgraden. Det kan være usikkerhet, dårlig selvtillit, lite bekreftelse fra de rundt seg. Og omsorgssvikt og overgrep kan også gi denne adferden.*

Dersom dette gjør seg mulig å utføre i praksis, vil det utvikles en nettside og kampanjevideo til *Se meg*. Tekst til video og et visuelt idégrunnlag ligger i (Vedlegg 0 – Se meg).

### *16.3.1 Kampanjens løp*

Kampanjen deles inn i to faser. Første fase skal være starten på en årlig ”borderline awareness”-uke. Intensjonen å få medieoppmerksomhet og å nå ut til behandlere. I løpet av denne uken starter billettsalg til personlighetskonferansen, som er den andre fasen. Denne todagers-konferansen vil ta deltakere med på en faglig reise fra ”frisk” til ”syk” og til ”frisk” igjen.

---

## Fase 3: Taktikk

### *17.0 Taktikk*

Taktikk sier noe om selve utførelsen av de strategiske valgene, det er den delen som vil synes. Smith (2013) påpeker at de taktiske valgene ofte fører med seg en heftig prislapp. Dette vil vi forsøke å minimere i størst mulig grad ved å skape et engasjement og utnytte sosial nettverksteori både mellommenneskelig og digitalt. En sentral målsetning er å skape allianser og samarbeid. Kampanjen som bidro til at Barack Obama ble president, ble i stor grad utviklet rundt det å skape en grasrotbevegelse (Ordeix & Ginesta, 2011). Da NAPP inntil videre ikke har store ressurser, kan det være hensiktsmessig å målrettet bruke påvirkningsarbeid på personer som vil fortsette dette arbeidet i deres egne rekker.

### *17.1 Se meg*

Se meg skal være startskuddet for en årlig uke som er dedikert til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne uken skal ha til hensikt å få stor oppmerksomhet. Den første kampanjen vektlegger å engasjere og involvere personer fra målgruppen. Kampanjen vil i hovedsak være rettet mot både personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og målgruppen. Denne uken skal ha som formål å på publisitet og sette søkelyset på BPD.

### *17.2 Interpersonlig kommunikasjon*

Interpersonlig kommunikasjon har en rekke fordeler for en organisasjon, blant annet at de i stor grad kan tilpasses til mottaker (Smith, 2013). Morris viser til at helsearbeidere har et rykte på seg for å være konservative (Morris;11,14,72). For å lykkes med atferdsendring innen helsevesenet, har sosiale nettverk vist seg å være *enablers* for forandring (73,74). Tilnærmingen bruker nettverk proaktivt som en del av markedsmixen. I våre medie- og nettverksanalyser fant vi enkeltpersoner og organisasjoner som kan være med å skape en forandring. Det være seg erfaringskonsulenter, samfunnsstemmer og fagpersoner. De vi fant virket å ha et felles verdigrunnlag med NAPP. Ut fra våre analyser, vil vi også foreslå at det opprettes personlig kontakt.

Dette implementeres ved å i første omgang ta kontakt via e-post. Hvem som er avsender av budskapet vil kunne ha stor betydning for respons. Leder av

---

NAPP er rett person til å ta kontakt med eksempelvis Direktoratet for e-helse, Norsk psykologforening eller NAPHA.

Henvendelsen til mulige allianser eller samarbeidspartnere bør i utgangspunktet kun spørre om personen er interessert i å høre mer, eller kunne tenke seg å hjelpe til med noe mindre. Som eksempelvis om personen vil være blant de første som begynner å spre budskapet i sosiale medier.

### *17.3 Samarbeid*

En viktig, men utfordrende del av kampanjen vil være samarbeid. En sentral del av samarbeidet er troverdighet gjennom tredjepart. Karterud nevnte i intervjuet at NAPP er den viktigste opinionslederen, da de har fått dette samfunnsoppdraget, noe vi er delvis enig i. Utfordringen med dette, ser ut til å være at deres tjeneste er basert på en diagnose det fremdeles eksisterer motstand mot. Det er altså selve budskapet som vi er ute etter å få *approval* for i første rekke.

Det vil være en hårfin balanse å kunne inngå disse samarbeidene og fremdeles sørge for at NAPP hele veien forblir i fokus. I kampanjen, dersom samarbeidspartnere som målgruppen har en større kjennskap til og relasjon til, står for tung. Er det en stor risiko at det er disse organisasjonene som får økt sitt omdømme.

På en annen side kan det være viktig å ha det langsiktige målet som en prioritering. Første prioritet er å starte et påvirkningsarbeid, som vil være en prosess. Resultatet av kampanjen vil være hva NAPP kan levere til Helsedirektoratet. Dersom flere ser behovet for hva NAPP jobber med, vil det styrke deres posisjon overfor myndighetene. Selv om det i første omgang kan være at samarbeidspartnere, som også er konkurrenter, er de som får økt sitt omdømme blant målgruppen. Dette kan dog løses på flere måter, eksempelvis ved å synliggjøre NAPP i stor grad.

### *Engasjement*

Ved at allianser og samarbeidspartnere går offentlig ut med å støtte NAPP sitt verdigrunnlag, skal det på nettsiden ligge til rette for at flere psykologer kan stille seg bak budskapet.



---

#### *17.4 Samarbeidspartnere*

For å kartlegge responsen NAPP kan få ved å kontakte ulike personer, initierte vi kontakt med relevante personer. Vi tok overveininger overfor hvem vi valgte å ta kontakt med til denne delen av kampanjeplanleggingen. Dette samtidig som vi vurderte personer som kunne respondere positivt på at tre engasjerte bachelorstudenter tok kontakt.

Vi kontaktet leder i ROP-tjenesten, Lars Lien, som ga beskjed om at deres organisasjon kan bidra med kommunikasjonsmedarbeidere. Jørgen Flor, som vi fant til å være en svært relevant og aktiv person i et nettverk, sier seg meget interessert i å høre mer. Podkasten Pia og psyken var også svært positive. Vi tok også kontakt med førsteamanuensis Margrethe Seeger Halvorsen, som i 2014 skrev en kronikk som reflekterer kampanjens innhold. Hun vil også gjerne bidra i foreslått kampanje.

For å implementere dette vil vi foreslå et arbeidsmøte for å diskutere andre fagpersoner NAPP kjenner til som deler verdigrunnlag. Til denne oppgaven har det blitt benyttet gratis versjoner av verktøy, noe som ikke gir en fullverdig oversikt. Oppdragsgiver er den som kjenner sine kunder aller best.

Vi vil avslutte med at den interpersonlige påvirkning bør være en sentral del i dette arbeidet. Ved å selv ta kontakt, erfarte vi at de fleste er positive til å hjelpe på en eller annen måte. Et troverdig engasjement som handler om å se og hjelpe mennesker som trenger det, er et godt utgangspunkt for en kampanje.

Ved å engasjere de riktige personene i et nettverk, kan det utgjøre en stor forskjell. Dette var en vesentlig del av Obama sin kampanjestrategi for å bli president. Det er ingen garanti at kampanjen når ut i media det første året med awareness uke, men et interpersonlig påvirkningsarbeid etterfulgt av allianser og samarbeid, øker sannsynligheten. Ikke minst så kan det bidra til at disse personene påvirker andre viktige noder som ikke er fanget opp.

#### *17.5 Nettside*

For målgruppen skal siden kunne være et sted å henvise pasienter og samtidig som det er et sted som kan være målgruppen til NAPP, videre direkte til NAPP sin hjemmeside. Det skal utvikles en egen nettside til kampanjen som skal fungere som en fullverdig ressurs om BPD. Siden skal ha brukeropplevelse i fokus.

---

Søkeordsanalysen viste at det søkes mye på ulike ord relatert til BPD når en bruker kommer inn på ulike nettsider.

For å implementere dette vil vi foreslå at det opprettes en egen nettside. Vi foreslår *Emosjonell.no* som er et ledig domenenavn, hvor nettadressen i seg selv sier noe om hva som står på siden. Dette vil være en av en rekke faktorer som skal bidra til at siden når høyt opp i Google.

Målet er at nettsiden skal være en troverdig kilde til informasjon om BPD. NAPP påpekte at mange pasienter tar kontakt med NAPP. En hjemmeside som er utviklet som et samarbeidsprosjekt vil kunne: gi troverdighet til budskapet gjennom tredjepart og skape den beste brukeropplevelsen. Ved å være den mest relevante kilden til BPD vil denne siden kunne sikre seg høy plass i søkeord knyttet til BPD. Denne oppgaven har gjennomgående hatt et fokus på hvor viktig det er å alltid være bevisst på det retoriske publikum. Flere nettsider vi observerte i denne perioden, innehar et tungt språk som kan være vanskelig å forstå for noen. ”Men alle sliter jo med dette” er en kommentar som går igjen til diagnosekriteriene, noe som er helt riktig, men som Karterud påpekte i intervjuet er vår viktigste oppgave å få frem skillet mellom problemer og forstyrrelse.

NAPP er knyttet til hjemmesiden til Ullevål universitetssykehus, det er den hjemmesiden som best får frem dette skillet. Dessverre kan siden oppleves forvirrende og fører raskt brukeren utover til andre steder på ullevål.no.

### *17.6 Presse*

Kampanjen tar tak i en aktiv debatt i dagens nyhetsbilde som har stor mulighet til å fange interessen til publikum. Det gir en åpning til en debatt hvor fagpersoner, folk flest, brukere og pårørende er involvert. Selv Bent Høie er en del av denne debatten, og fremmer et medisinfritt tilbud. Kampanjen gir et svar på kritikken, men samtidig viser to sider av den. Vi må ha diagnoser, men vi må se mennesket. Dette kan bidra til å nå delmål 1 om å øke kjennskapen til NAPP og deres verdigrunnlag blant målgruppen.

### *17.7 Pressemelding*

En pressemelding som skal nå målgruppen til NAPP må være relevant i tillegg til at den må ha et evidensbasert budskap. Dette er en pressemelding vi ikke følte oss komfortable med eller fagteknisk trygge på. Offentlig kommunikasjonen når ut til

---

pasientene, denne oppgaven kan bli tilgjengelig for andre og derfor velger vi å ikke legge ved en pressemelding som potensielt kan inneholde noe som kan treffe pasientgrupper på en feil måte.

### *Kveldsarrangement*

I uken det rettes et fokus på BPD, anbefaler vi at det arrangeres et eget event med NAPP på Litteraturhuset. Fordelt på andre dager og kvelder bør det implementeres arbeid rettet mot samarbeidspartnere og allianser, dette for å blant annet kunne påvirke disse til å lage sitt eget arrangement. For eksempel kan brukergrupper lage egne arrangementer selv.

### *17.8 Konferanse*

Helt avslutningsvis i denne kampanjeperioden skal det arrangeres en fagkonferanse for helsepersonell i psykisk helsevern. Hensikten med konferansen er å øke målgruppens kompetanse om gradene personlighetsforstyrrelse forekommer i.

Det faglige innholdet på konferansen skal fagpersoner i NAPP stå for, men vi vil legge frem et forslag om at innholdet bygger opp under en argumentasjonsrekke. For å få frem NAPP sitt verdigrunnlag, vil vi også legge frem et forslag om at konferansen skal bygge opp om og både lære om rent fagteknisk, men også rundt det å være med på to konferansedager hvor tema starter på det ”friske”, for å øke forståelsen. Videre skal foredragene bevege seg i en gradvis retning mot det ”syke”, for så å begynne å ta tak i behandlingsopplegg, også tilbake til det “friske”. Vi vil foreslå at foredragstema settes opp i følgende rekkefølge:

- 1) Et foredrag som er relevant for målgruppen, men som vektlegger personlighet i en positiv og interessant måte.
- 2) Foredrag som har til hensikt å få frem utviklingen av personlighetsforstyrrelser
- 3) Foredrag knyttet til alvorlig personlighetsforstyrrelse. Foredrag som har til hensikt å få tydelig frem hvordan det er å leve med alvorlig BPD. Hensikt å vekke nysgjerrighet og følelser.
- 4) Tung fagkunnskap knyttet til alvorlig PF.
- 5) Behandling av alvorlig PF.
- 6) Er det virkelig mulig å bli helt frisk?

### *17.9 Aktivisme*

I analysene av denne oppgaven har vi lest svært mange historier om stigmatisering. Som et ledd i å gi pasientgruppen en stemme vil vi foreslå at det på

---

nettsiden integreres en mulighet til å sende inn relevant og valid kunnskap (fra NAPP og nettsidens samarbeidspartnere) om BPD til målgruppen og til annet helsepersonell.

Ved å foreslå dette beveger vi oss over på et område som må ta en rekke etiske hensyn. *Blant annet om hva slags respons en slik melding fra pasientens side, kan frembringe hos mottaker.* Dersom dette skulle være noe NAPP ønsker å gå for, skal budskapsutformingen være omsorgsfull, troverdig og preget av kampanjens budskap *se meg*. Bakgrunnen for forslaget, er mer enn noe annet et spørsmål om dette kan være til hjelp for de med BPD.

#### *17.10 Sosiale medier*

*En av hensiktene med å inngå samarbeid og allianser, er at dette skal bidra til at budskapet når ut i størst mulig deler av det helhetlige nettverket “Psykisk helse” i Norge. NAPP har en egen Facebook og Youtube side, men er lite aktive her.*

#### *17.11 Kampanjevideo*

Vi har laget et forslag til kampanjevideo (Vedlegg 0 – Se meg). Videoen har en person i fokus og skal bli tydelig tekstet slik at budskapet kommer tydelig frem i sosiale medier med lyden slått av. Den henvender seg i all hovedsak til målgruppen, men kan også i stor grad tolkes av andre mennesker om å *se* et annet menneske. Dette implementeres ved å avgjøre hvilket budsjett som legges inn i produksjon og valg av skuespiller. Det er anbefalt at det brukes en erfaringskonsulent med noen som faktisk har erfaring med BPD. Valg av person til kampanjevideo kan brukes i videre markedsføring.

Kampanjevideoen kan brukes til å engasjere brukere til å lage egne videosnutter eller tekster om de gangene de ble sett, og betydningen av det.

#### *17.12 Budsjett*

Det ble ikke gitt en klar budsjетtramme fra NAPP for denne kampanjen. Tjenesten har lite med økonomiske ressurser, derfor har vi vurdert ulike muligheter knyttet til gjennomføring. I budsjettet ligger det forslag for en lavkost-løsning og et budsjett som vi vurderer til å kunne gi nettsiden et løft. Det er mulig å finne bilder og vektorfiler for å lage illustrasjoner i Shutterstock, men vi har valgt å legge inn

forslag om benyttelse av fotograf. Det kan også være en fin mulighet for å fremme NAPP sitt erfaringsråd. Budsjettet er et estimat basert på priser vi fant frem til, eller tilbud fra de vi kontaktet. Vi var i kontakt med Oslo Kongressenter, Nerd-PR sin faste samarbeidspartner til nettsider Stuntcoders og fotograf Frank Alvegg.

Kampanjebudsjett.

<b>KOSTNADER:</b>	Ordinært udsjett	Lavkostnad	
<i>Forarbeid:</i>			
Videoinnspilling Proff/egenprod	-20000	-2000	
Erfaringskonsulenter honorar/flybilleter video	-3000	-3000	
Nettside	-20000	-5000	
Fotograf/shutterstock	-20000	-1399	
<i>Awareness week:</i>			
Litteraturhuset Wergeland	-10400	-8000	Åpent publikumsarr
Spredning av Se meg video Facebook	-20000		
<i>Konferanse:</i>			
Lokale (berget antall deltakere: 450)	-597600	-597600	664 pr. pers x 2
Foredragsholdere	-200000	-200000	
Kostpris gjester (30 stk)	-39840	-39840	
Trykksaker estimert	-5000	-5000	
<b>INNETEKTER:</b>			
Billettsalg (420)	1045800	1045800	
Stand-plasser			
<b>Totalt</b>	<b>109960</b>	<b>183961</b>	

Nerd-PR sitt arbeid er knyttet til innsikt, analyse og kampanjeplan blir levert kostnadsfritt.

## Fase 4: Evaluering

Evaluering er en av de viktigste prosessene etter kommunikasjonskampanjen, og vil være den systematiske målingen av kampanjens resultat. I dette punktet vil vi vise hvordan man kan måle kampanjens målsetninger, samt påpeke hvilke metoder vi mener er best for evaluering av en slik kampanje.

### Følgende parametre skal måles:

Besøk på nettsiden i kampanjeperioden

- Bruk av Google Tag Manager (aktiver Google Analytics og Facebook pixel)

---

Antall personer som så kampanjevideoen over 60 sek

- Innsikt i FB og på Youtube

Antall personer som så hele kampanjevideoen

- Innsikt i FB og på Youtube

Signaturer fra målgruppen om å stille seg bak verdigrunnlaget og kampanjen

Antall saker publisert i ulike nyhetsmedia i kampanjeperioden

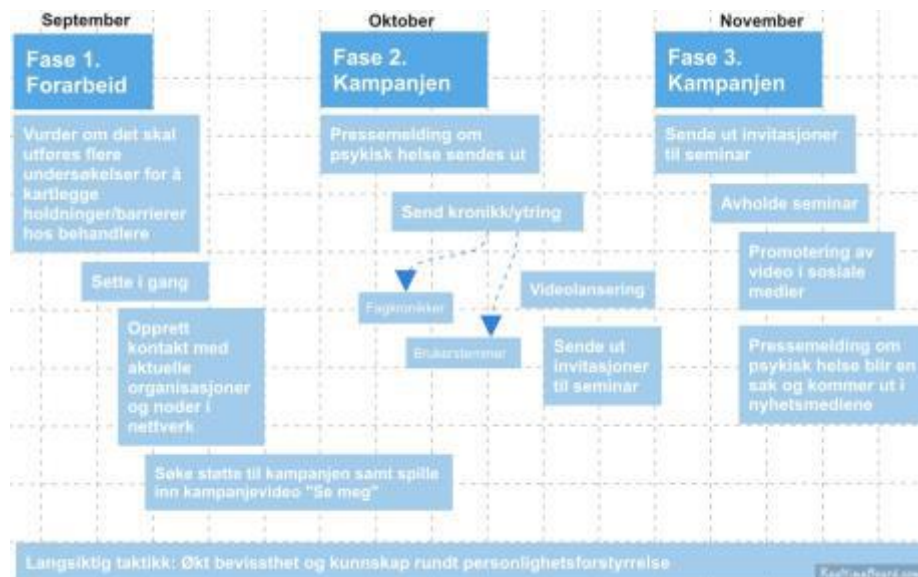
Besøksstatistikk fra andre kilder

- Google Analytics

Studie av holdninger før og etter kampanjen

- Dette er ikke beregnet i budsjettet, men det vi ikke fikk gjennomført er en god kvantitativ holdningsundersøkelse blant målgruppen. Det ble vurdert å få på plass, men tiden ble for knapp etter endelig avgjørelse. Derfor vil vi, dersom NAPP har ressurser til det, at det sendes ut undersøkelser før og etter via SurveyMonkey.

### *Gantt:*



### **Avslutning:**

Vi har forsøkt å benytte oss av mange ulike måter og metoder for å løse denne problemstillingen.

Det var store planer om å avgrense oppgaven. Da vi ikke lykkes med å få tak i helsesøster og begynte å utvide våre søk, startet snøballen å rulle for fullt.

Det viste seg etter hvert at alle veier førte tilbake til det som Chanen (2015) kaller en *dyptgripende kultur* av fiendtlighet mot mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det har begynt å skje en større endring rundt denne problemstillingen, men som psykologen vi intervjuet sa, kan det virke som at det henger igjen gamle holdninger og måter å beskrive pasientene på.

Datainnsamlingen er sterkt preget av et engasjement for saken og et ønske om å forstå mest mulig av hvordan problemstillingen om å hjelpe unge, på best mulig måte kan løses. Det har med stor sannsynlighet gått på bekostning av studiens reliabilitet, da spesielt på målinger gjort på spørreundersøkelsen. Derfor ble denne hovedsakelig brukt mer kvalitativt. Det som gjorde oss litt mer trygge i valgene som ble tatt, var at pilen stadig pekte i samme retning. Derfor ble det til syvende og sist umulig å fortsette å velge en målgruppe som helsesøster, lærer eller foreldre. Disse gruppene vil med stor sannsynlighet være de som i langt mer positiv grad vil la seg påvirke, men først bør nok endringsprosessen som er i gang rundt BPD i psykisk helsevern, komme lenger enn den har til nå. Vi tar likevel høyde for at vi kan ha falt i bekreftelse biased fellen.

Andreasen (2004) påpeker at behandlere vil ikke endre deres praksis eller synspunkter til å behandle unge over natten. Han vektlegger at en svært verdifull innsikt fra *social marketing* er at endringsprosessen i høy-involveringsatferd kan brytes ned i faser. Derfor er han opptatt av at det primære fokuset ikke bør være å lykkes med umiddelbar handling, men heller å flytte målgruppen gjennom ulike steg. Disse stegene deles inn i: *precontemplation*, *contemplation (early contemplation/late contemplation)*, *preparation and action* og *maintenance*. Dette var noe vi ønsket å legge til som et teoretisk rammeverk, men vi hadde allerede brutt alle løfter om å snevre inn oppgaven. Derfor valgte vi å benytte det teoretiske rammeverket til SJT.

Ved at fagpersoner innen både psykisk helsevern og kommunikasjon kommer sammen og samler seg om et felles mål, tror vi det er mulig å starte et arbeid for å forebygge alvorlig personlighetsforstyrrelse.

---

## Bibliografi

- Abel, H. (2015, November 20). *Jeg er ikke en diagnose*. Retrieved Februar 10, 2017, from Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2015/11/jeg-er-ikke-en-diagnose/>
- Andreasen, A. R. (2004). A Social Marketing Approach to Changing Mental Health Practices Directed at Youth and Adolescents. *Health Marketing Quarterly*, pp. 51-75.
- Barnicot, K., & Ramchandani, P. (2015). What's in a name? Borderline personality disorder in adolescence. pp. 1303-1305.
- Bitzer, L. F. (1968). «*The rhetorical Situation*». *Philosophy & Rhetoric*.
- Chanen, A. M. (2015). Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? *Journal of Clinical Psychology*, pp. 778-791.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. (202(S54)), pp. 24–29.
- Commons Treloar, A. J. (2009). A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. pp. 30-34.
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Retrieved from Sifer.no: [http://sifer.no/files/Forekomst\\_av\\_psykiske\\_lidelser\\_hos\\_domfelte\\_i\\_norske\\_fengsler.pdf](http://sifer.no/files/Forekomst_av_psykiske_lidelser_hos_domfelte_i_norske_fengsler.pdf)
- Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian psychiatry*(23(2)), pp. 123-135.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse*, pp. 43-49.
- Ertesvåg, F. (2017, Mai 05). NAV: Antallet unge uføre øker. Retrieved Mai 05, 2017, from VG.no: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/nav/nav-antallet-unge-ufoere-oeker/a/23997765/>
- Everett, R. M. (2003). *Diffusion of innovations* (Fifth edition ed.). New York: Free press.
- Fjeldstad, Ø. D., & Lunnan, R. (2014). *Strategi* (2. utgave ed.). Oslo: Fagbokforlaget.



- 
- Flor, J. (2016, April). *"De har i alle fall ikke blitt dårligere, har jeg trodd" - en kvalitativ studie av psykologers perspektiv på forverring i terapi*. Retrieved mai 05, 2017, from Researchgate.net:  
[https://www.researchgate.net/publication/303894339\\_De\\_har\\_i\\_alle\\_fall\\_ikke\\_bliitt\\_darligere\\_har\\_jeg\\_trodd\\_-\\_en\\_kvalitativ\\_studie\\_av\\_psykologers\\_perspektiv\\_pa\\_forverring\\_i\\_terapi](https://www.researchgate.net/publication/303894339_De_har_i_alle_fall_ikke_bliitt_darligere_har_jeg_trodd_-_en_kvalitativ_studie_av_psykologers_perspektiv_pa_forverring_i_terapi)
- Flor, J. (2016, Juni 05). *La oss snakke om svingdørspasientene*. Retrieved mai 05, 2017, from Aftenposten.no:  
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/La-oss-snakke-om-svingdorspasientene--Jorgen-Flor-199180b.html>
- Formoso, G., Marata, A. M., & Magrini, N. (2006). Social marketing: Should it be used to promote evidence-based health information? pp. 949-953.
- Furnham, A., Lee, V., & Kolzeev, V. (2015). Mental health literacy and borderline personality disorder (BPD): what do the public ' 'make' ' of those with BPD? pp. 317-324.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, pp. 19-22.
- Halvorsen, M. S. (2014). *Ut-trette eller ut-rette?* Retrieved Mai 05, 2017, from Psykologitidsskriftet.no:  
[http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=433302&a=3](http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks_id=433302&a=3)
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for unge: Tilstander for psykisk helsevern for barn og unge*. Retrieved april 2, 2017, from Helsedirektoratet.no:  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/seksjon?Tittel=tilstander-for-psykisk-helsevern-9620>
- Holm, S. F. (2017, Februar 9). *Hvorfor kvier vi oss for å snakke om personlighetsforstyrrelser?* Retrieved from Psykologisk.no:  
<https://psykologisk.no/2017/02/hvorfor-kvier-vi-oss-for-a-snakke-om-personlighetsforstyrrelser/>
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and belief about mental disorders. pp. 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy. *Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*, pp. 231-243.
-

- 
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. pp. 182–186.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, pp. 782-793.
- Karlsen, D. (2017, Mai 28). *Noen psykiske lidelser er mer sexy enn andre*. Retrieved Mai 28, 2017, from [dreakarlsen.com](http://dreakarlsen.com):  
<http://dreakarlsen.com/2017/05/28/noen-psykiske-lidelser-er-mer-sexy-enn-andre/>
- Karterud, S. (2017). Vedlegg 1. (Å.-L. Baltzersen, Interviewer)
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal.
- Kjeldsen, J. E. (2015). *Retorikk i vår tid*. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgil, G., & Patten, S. (2015). *Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design*. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* . 2015.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*, pp. 1-10.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. pp. 154-158.
- Lakoff. (2014). *Dont't think of that elephant! Know your values and freme the debate*. Vermont: Chelsa Green Publishing.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2003). *Hverdagslivets metaforer. Fornuft, følelser og menneskehjernen*. Pax forlag.
- Larsen, K. B. (2017, 1 6). *Når pasienten vekker det verste i deg*. Retrieved from Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/emosjonell-ustabil-personlighetsforstyrrelse>
- Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A
-

- 
- study among psychologists. . *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*(7(1), 3. ).
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. pp. 74-84.
- Lovdata. (2017, 1 27). *Gulating lagmannsrett: LG-2016-77091*. Retrieved from Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/LGSIV/avgjorelse/lg-2016-77091>
- Møller, P. (2017, Januar 26). *Forskningen på schizofreni og psykose er i dyp krise*. Retrieved Mai 1, 2017, from Aftenposten.no: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Forskningen-pa-schizofreni-og-psykose-er-i-dyp-krise--Paul-Moller-613769b.html>
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2017). *The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations*. Illawarra Health and Medical Research Institute and School of Psychology, University of Wollongong, Wollongong, New South Wales, Australia . Tyskland: PLOS ONE.
- Miller, J., Morse, J., Nolf, K., Stepp, S., & Pilkonis, P. (2012). Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal.
- Moen, I. (2016, Februar 11). *Kodehoder*. Retrieved april 20, 2017, from kampanje.com: <http://kampanje.com/tech/2016/02/--kodehoder/>
- Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy* , pp. 135-141.
- NAPP. (2017). *Nasjonale kompetansetjenester for personlighetspsykiatri*. Retrieved from Oslo-universitetssykehus.no: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjenester-for-personlighetspsykiatri-napp/om-personlighetsforstyrrelser>
- NAPP.no. (2017). *Nasjonale kompetansetjenester for Personlighetspsykiatri*. Retrieved from NAPP: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjenester-for-personlighetspsykiatri-napp>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. pp. 2071-2078.
-

- 
- Ordeix, E., & Ginesta, X. (2011). Beyond the Votes: A European Perspective on the Use of Public Relations to Legitimize Authority in Obama's Campaign. pp. 683-695.
- Parrot, R., & Kreuter, M. W. (2011). Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary Approaches to Health Communication. In T. L. Thompson, R. Parrot, & J. F. Nussbaum, *The Routledge Handbook of Health Communication* (Vol. 1). New York: Routledge.
- Ringheim, G. (2017). *Historisk løft for ung psykisk helse*. Retrieved from dagbladet.no: <http://www.dagbladet.no/nyheter/historisk-loft-for-ung-psykisk-helse/67505132>
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations, 5th Edition*. New York: Free Press.
- Sør-Øst, H. (n.d.). *Vårt oppdrag – gode og likeverdige helsetjenester*. Retrieved mars 02, 2017, from helse-sorost.no: <https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag>
- Schlüter, C., & Normann-Eide, E. (2017, Januar 3). *2017 DB Medialab*. Retrieved from Dagbladet.no: <http://www.dagbladet.no/kultur/personlighet-til-besvaer/66585471>
- Smith, R. D. (2013). *Strategic planning for public relations*. New York: Routledge.
- Swami, V., Persaud, R., & Furnham, A. (2010). The recognition of mental health disorders and its association with psychiatric scepticism, knowledge of psychiatry, and the Big Five personality factors: an investigation using the overclaiming technique. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, pp. 181-189.
- Tackett, J., Balsis, S., Oltmanns, T., & Krueger, R. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. pp. 687-713.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? pp. 192-193.
- Torgalsbøen, A.-K., & Vaskinn, A. (2014, September 1). Diagnostisering: Norske psykologers unnlatesynd? *Norske psykologers unnlatesynd*, pp. 753-758. Retrieved from psykologtidsskriftet.no: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2014/753-758.pdf>
-

- 
- Ungar, T., & Knaak, S. (2013). Mental health stigma and the mind-body problem: Making the case for strategic collusion . *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, p. 1088.
- Wilberg, T. (2016, 12 1). *Oslo Universitetssykehus seksjon nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri*. Retrieved from Oslo universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/Documents/Diagnose%20pf%20er%20ferskvare%20-%20Personlighetspsykiatrikonferansen%202016.pdf>
- Wright A, H. M., Jorm, A., Cotton, S., Harrigan, S., Hurworth, R., & McGorry, P. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. pp. 18-23.
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F., & Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy. *BMC Public Health*, pp. 1-13.
- Øye, L. (2015, 8 3). *En fryktelig frekk diagnose*. Retrieved from Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2015/07/en-fryktelig-frekk-diagnose>
- Vedlegg 0. – Se meg.
- Vedlegg 1 – Intervjuguide og intervju
- Vedlegg 2 – Kvantitative undersøkelser.
- Vedlegg 3 – Google/KWfinder
- Vedlegg 4 – Retrierversøk.
- Vedlegg 5 – Diverse
- Vedlegg 6 – Kvittering NSD forskningsråd.

# Se meg



## Idégrunnlag

Se meg kampanjevideo

Idegrunnlag nettside

Følelsene mine

**Tittel:** Til deg som så meg

Tittel 2: Basert på ulike kanalvalg, kan tittel tilpasses til målgruppen. Til psykologen som så meg.

**Til deg som så meg** (*skrives på en video med sort bakgrunn*)

Lav stemningsmusikk i bakgrunnen for å øke pathos.

Kamera fokuserer på personen og da særlig øynene tydelig frem (bevisst bruk av lys for å få frem øyne), med et sårbart uttrykk og kraftig/rolig stemme:

*Tusen takk.*

*Tusen takk for at **du så meg***

*(Stemmen får et hyperaktivt for å vekke assosiasjoner til raske følelssvingninger. Tekst skrives på siden av personen for å treffe personer på FB uten lyd.)*

Jeg var jenta **ingen kunne fikse**

En engel. En djevel

Helt avhengig om jeg elsket deg eller hatet deg

En pest

En plage

...som bare ble **forkastet**... av **alle** de rundt seg (*forkastet - sinne. | av de andre - stemme endres til trist og person titter ned*).

**Tusen takk** for at **du så meg** (*kamera veldig tydelig på personen i det hun titter opp og sier*)

At du **forstod**

at kaoset

var et **uttrykk** for et **underliggende** problem

En normal reaksjon på en unormal utvikling

**Tusen takk** for at du tok deg tid til å **forklare** (*drar ut setningen for å gradvis øke tempo nedover.*

*Veldig tydelig i stemmen*)

Hvorfor alt var så **intenst** (*viser intenst med hele kroppspråket*)

Så jævlig (*drar ut jævlig*)

*(Det under i et stressende tempo, mottaker skal kjenne på at dette er jævlig)*

Jeg var alt og ingenting på en og samme gang

Jeg ville dø

Jeg ville leve

Jeg var et virrvarr fastlåst på en berg og dalbane.

*(Stopp opp og ro ned stemmen veldig. Ser dypt inn i kamera)*

Men du. **Du** forstod.

At hun som **minst** av alt klarte å henge med (*veldig klar tale, stort engasjement i stemmen - høyt tonefall*)

Var meg. (*mildere i stemmen, blir veldig rolig*)

**Tusen takk** for at du lyttet (bitteliten pause mellom Tusen takk og for at du lyttet og endring i tonefall)

At du lyttet. Selv da jeg tok feil. (*endring i tonefall mellom disse. Drar ut feil*)

Du forstod at **alt** jeg følte (*veldig tydelig tale på forstod og tung vekt på alt*)

**Alltid** var like ekte.

Ved at du lyttet, kunne du utfordre meg (ser veldig tydelig inn i kamera)

Tusen takk for at du **aldri** ga opp (*klar, tydelig og med en engasjert tone. Ansikt, kroppsspråk skal si takk!*)

Selv da jeg gjorde mitt **beste** for å **ødelegge** alt vi hadde jobbet for. (*med en viss "sorry!" i stemmen. Tone, kroppsspråk og alt skal gi uttrykk for at dette har skjedd mer enn en gang*)

Du forstod at jeg **ikke** ville svikte deg (tydelig, rolig, forsikrende)

Men at tilbakevendende **brak** i bakken var en **naturlig** av prosessen

Du var trygg på at mønsteret mitt, **ikke** hadde noe med deg å gjøre (*veldig tydelig, ser inn i kamera, får frem nøyaktig hvor viktig dette er*)

**Slik** kunne jeg fokusere på **meg** og det å få det bedre. (*fortsetter samme tone og uttrykk*)

Tusen takk for at du ga meg tid

Takk for at du **aldri** ga meg følelsen av å svikte **nok en** person jeg hadde knyttet meg til

Takk for din tålmodighet

da jeg var fastlåst på en karusell

Du **så meg** (*kroppsspråk skal underbygge hvor viktig dette er*)

Du **visste** hele tiden

at jeg kunne bli **bedre**

Men visste også at jeg **ikke bare** kunne **skjerpe meg**. (*får en viss hånlig tone i skjerpe meg, det visuelle uttrykk og tonefall skal få frem at dette er en referanse til personer som snakker om at man skal skjerpe seg*)

At dette ikke bare var **en fase**

At det var noe galt med meg som **person**

I kampen mot meg selv, **sto du ved min side** (*klar, tydelig, ser inn i kamera*)

på mine **verste** (*visuelt uttrykk viser takknemmlighet, mye følelser, gjerne tårefulle øyne*)



og

beste dager

.

Tusen takk

Tusen takk for at du turte gi meg riktig ”merkelapp”.

Den som vi helst ikke snakker om (*tempo øker her*)

Merkelappen som er så stigmatisert at den helst kalles ved alle andre navn. (*tempo øker mer*)

**Du** utfordret stigmatiseringens premisser (*stemmen heves og blir krystallklar*)

Med **deg** ved min side

Kunne andres ord bare **prelle av** (*visuelt og lyduttrykk skal få frem hvordan stigma eksisterer, men at det tåler man når noen er ved din side*)

Du **viste** meg at (*selvstigma. ikke bare beskytter personen mot andres stigma, men også eget*)

Jeg var **mer** enn min diagnose

Men visste også at den var helt nødvendig for å gi meg hjelpen jeg trengte

Du **så**

Lyttet

Utfordret

Du reddet meg fra meg selv

Tusen takk!

**Tekst på slutten av video:**

Det finnes god evidensbasert behandling for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Fanget opp og behandlet tidlig kan man gå ut av den i løpet av noen år

Men først må vi tørre å snakke om diagnosen

Illustrasjoner nedenfor til kampanjen er kun skisser for å vise frem et idegrunnlag. I utforming av nettsiden skal det legges opp en tydelig grafisk profil og alle illustrasjoner i kampanjeperioden skal være del av denne profilen.

Bilder av personer skal helst være at personer med diagnosen. Bildene på nettsiden og til bruk i kampanjen skal representere hele vårt følelsesregister, og få frem at for de med BPD, har det normale blitt til noe smertefullt de selv ikke har kontroll over. Bilder som brukes, enten fotografier eller fra bildebanker, skal være *ekte*. Det betyr å finne bilder med mennesker som har et *levende og klart uttrykk*.

### **Se meg:**

Det skal brukes en rekke nære bilder, hvor det stilles klare spørsmål: Ser du meg?

Spør meg hvordan jeg *egentlig* har det.

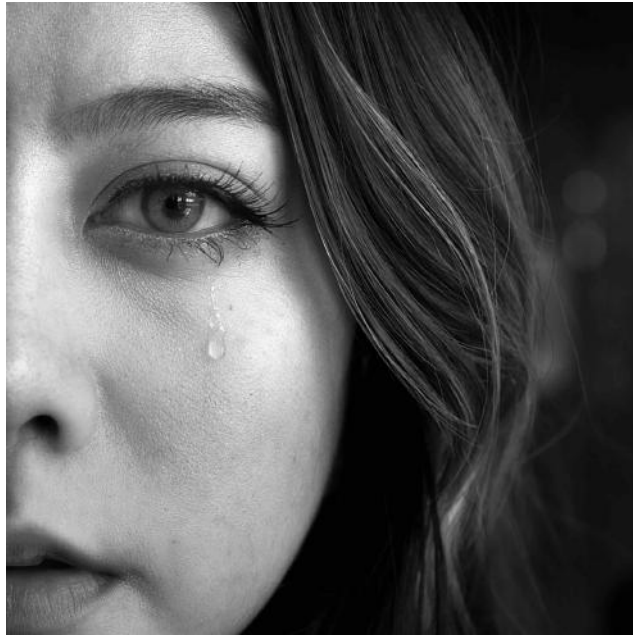
Hensikten er å få mottaker til å se bak fasaden. Se mennesket, ikke diagnosen.

Ved bruk av ekte modeller, er det også mulig at en bildekarusell viser hvordan de ulike svingningene arter seg. Samt klarer å få frem ”det normale” vs. ”det unormale”.

Selve budskapsutformingen bør utvikles i samarbeid med erfaringskonsulenter og fagpersoner innen både personlighetspsykiatri og kommunikasjon for å retoriske virkemidlene.

Illustrasjonsbilder:

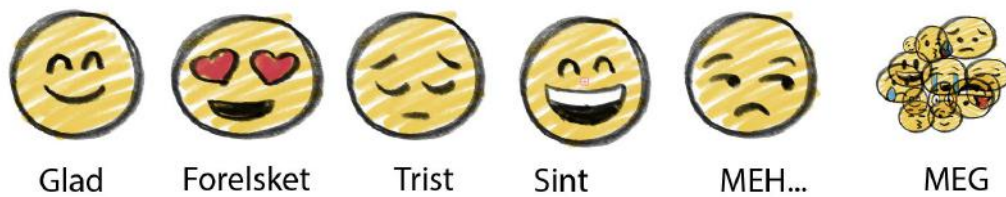




**Mine følelser:**

Som en del av kampanjen skal det vises tydelig frem at følelsene til BPD-pasienter er veldig ekte og svinger fort. Eksemplene under er to måter å kunne løse det på.





Denne illustrasjonen skal på nettsiden være tegnet digitalt for å uttrykke følelser. Formålet med illustrasjonen skal være å vise følelser man normalt kjenner fordelt på *noe* tid, for også illustrere at en med BPD raskt opplever mange følelser etter/oppå hverandre.

Dette bildet kan også lages i et 1200x1200 format til Facebook. For sterkere påvirkning, kan den også lages som en gif. Hvor hver følelse først blir vist en etter en, for så at alle følelsene kommer oppå hverandre i et raskt tempo.

Illustrasjonsbildene er fra Shutterstock og illustrasjon fra Freepik.

# Vedlegg 1

## Intervjumal og oppsummering av intervju

## **Intervjuguide helsesøster**

Dette intervjuet ble tilpasset/generalisert for å passe da lærer og forelder ble intervjuet.

### **Oppvarming**

Takk for at du tok deg tid til å delta i dette intervjuet. Vi skriver en bacheloroppgave knyttet til helsesøsters tanker/kunnskap om psykisk helse og da spesielt en diagnose. For å få kunne kartlegge dette best mulig, vil du først få vite mer om nøyaktig hvilken diagnose vi har fokus på senere i intervjuet.

Er det i orden for deg?

Din informasjon er konfidensiell og vi vil skrive på en måte slik at du ikke direkte blir identifisert eller hvor du jobber. Det er flott om du svarer fritt og åpent, men dine svar skal ikke gå på bekostning av din taushetsplikt. Svar derfor gjerne generelt på spørsmålene.

**Til intervjuer:** Formuler spørsmålene med ydmykhet og på en åpen måte.

### **A: Generelt**

Demografi: Alder (ca), kjønn og fylke.

- *Demografisk skrives ned som følger (eksempel) Helsesøster, Østfold, kvinne i 50-årene.*
- Kan du fortelle litt hvorfor du ble helsesøster?
- Hva er din utdanning?
- Kan du beskrive din arbeidshverdag- og dine ansvarsområder?
- Opplever du at helsesøstre kan mye om unge og psykisk helse?
  - Hva slags tanker tror du helsesøstre har om at unge får psykiske diagnoser i ung alder?

### **B: Spesifikt – psykisk helse**

Vi vil nå stille deg en rekke spørsmål knyttet til psykisk helse.

**Del 1:**

**Internt notat:** Mål for denne delen er først å hente inn informasjon om hvordan helsesøster opplever å få inn elever som tilsynelatende har det vanskelig psykisk. Kartlegge tanker rundt disse og hvordan handlingsplanen er i slike tilfeller. Hvordan er opplevelsen? Er de trygge eller usikre i hvordan den type problemer håndteres.

- Kommer det ofte elever med psykiske vansker til deg?
- På hvilket initiativ pleier elever med psykiske vansker å komme til deg? ( finn ut om lærere sender personen dit, foreldre, eleven selv)
- Kan du si noe rundt hva som er vanlige utfordringer som elever kommer med?
- Kan du si noe om hvordan skolen-/du går frem når det kommer elever som har det tøft psykisk eller utagerer?
  - Hva syntes du om at barn og unge får psykiske diagnoser i ung alder?

**Del 2:**

Jeg skal nå introdusere deg for en tenåringsjente og fortelle deg om hennes hverdag. Etterpå vil jeg stille noen spørsmål om hvordan du tolker hennes situasjon.

Trine er ei 13 år gammel jente i en søskenflokk på 4. En av søsknene har vært mye syk og dette har vært tøft for hele familien. På skolen er hun ofte klassens midtpunkt, og de andre jentene omtaler henne ofte som ”drama queen”. Hun får raskt nye venner, men forblir ikke i venneflokken lenge, Trine blir veldig sint og skifter mellom et elsk-/hat syn på de rundt seg. Foreldrene til andre elever har klaget over at hun kan sende veldig stygge meldinger når hun blir sint. Når dette blir tatt opp med henne, gråter hun og er veldig lei seg, så lover hun at det aldri skal skje igjen. Overfor lærerne på skolen er hun enten veldig på og positiv, eller kranglete og lager trøbbel i timen. Noen lærere har i det siste lagt merke til sår og kutt på armene hennes og det går rykter som at hun drikker og røyker mye i helgene på fest med eldre gutter.

- Kan du beskrive hvilke tanker du gjør deg om denne personen?

- Vil du utdype det? [Forsøk å få frem så mange frie, egne tanker som mulig]
- Om noe, hva ville du sagt er x sitt problem?

### **Del 3:**

Personen i eksemplet har en del typiske symptomer på personlighetsforstyrrelse.

- Har du kjennskap til hva som er en personlighetsforstyrrelse?

[Forsøk å få gode utdypelser for å se hvor god kunnskap hun har og plukk opp eventuelle stigmatiserende eller holdninger]

- Kan du noe noe om hva du tenker når du hører ordet personlighetsforstyrrelse?

Symptomene som x opplevde er typiske symptomer/kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse også kjent som borderline. Jeg vil stille deg noen spørsmål knyttet til denne diagnosen.

- Kjenner du til diagnosen fra før?
- Kan du si noe om hva du tenker-/føler når du hører navnet på eller om denne diagnosen? (gjenta navnet dersom helsesøster ikke kjenner noe særlig til diagnosen)
- Har du opplevd å møte elever med denne diagnosen?
- Har du tidligere hatt å mistenke om at noen elever har denne diagnosen? (stilles ut fra tidligere svar).
- Hvor mange tror du at du har møtt i løpet av det siste året hvor disse problemene kan ha vært tilstede?
- Hva tenker du er en god fremgangsmåte for å støtte eller hjelpe elever med denne problematikken?
- Hvem samarbeider du med for eventuelt å hjelpe slike elever?

### **Avslutning:**

Vi nærmer oss nå slutten på intervjuet. Helt avslutningsvis har jeg noen spørsmål om hvor du søker informasjon og om du fra før kjenner til organisasjonen vi skriver denne oppgaven for.

- Dersom du er usikker på noe innenfor psykisk helse for en elev, hvordan ville du da gått frem for å forstå situasjonen bedre?



- Hvor søker du informasjon dersom det er noe du lurer på?
- Har du hørt om Nasjonalt kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)?
  - Ved nei, si noe om NAPP og deres arbeid.
- Dersom NAPP tilbyr kurs om personlighetsforstyrrelser for deg som helsesøster, er det interessant/relevant for deg å delta?
- Hvordan ville du foretrukket at kurset ble tilbudt? (Finn ut om konferanse, nettkurs eller annet er ønsket)
- I hvilke kanaler (e-post, sosiale medier, brev ect.) ville du foretrukket å få informasjon om NAPPs tilbud?

Da er intervjuet ferdig, tusen takk for at du tok deg tid til å møte meg.

- Har du noe du noen spørsmål, eller noe du vil tilføye?

## **Intervjuguide psykolog**

### **Oppvarming**

Takk for at du tok deg tid til å delta i dette intervjuet. Vi skriver som xx har nevnt en bacheloroppgave i PR og markedskommunikasjon om personlighetsforstyrrelse. For å kunne kartlegge dette best mulig, vil du først få vite mer om nøyaktig hvem vi skriver om senere i intervjuet. Er det i orden for deg?

Din informasjon er konfidensiell og vi vil skrive på en måte slik at du ikke direkte blir identifisert eller hvor du jobber. Det er flott om du svarer fritt og åpent, men dine svar skal ikke gå på bekostning av din taushetsplikt. Svar derfor gjerne generelt på spørsmålene.

**Til intervjuer:** Formuler spørsmålene med ydmykhet og på en åpen måte.

## **A: Generelt**

Demografi: Alder (ca), kjønn og fylke.

- *Demografisk skrives ned som følger (eksempel) Helsesøster, Østfold, kvinne i 50-årene.*
- Kan du fortelle litt hvorfor du psykolog?
- Hva er din utdanning?
- Kan du beskrive din arbeidshverdag- og dine ansvarsområder?
- Opplever du at psykologer kan mye om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?
  - Hva slags tanker tror du de som jobber i psykisk helsevesen har om at unge får diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i ung alder?

## **B: Spesifikt – psykisk helse**

Vi vil nå stille deg en rekke spørsmål knyttet til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

### **Del 1:**

*Internt notat: Mål for denne delen er først å hente inn informasjon om hvordan helsesøster opplever å få inn elever som tilsynelatende har det vanskelig psykisk. Kartlegge tanker rundt disse og hvordan handlingsplanen er i slike tilfeller. Hvordan er opplevelsen? Er de trygge eller usikre i hvordan den type problemer håndteres.*

- Har du jobbet mye med pasienter med personlighetsproblematikk?
- Kunne du beskrive hva du tenker/føler når jeg sier emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?
  - Kan du utdype: velg ut om noen relevante følelser dukker opp
  - Hva opplever du som den største utfordringen i å jobbe med BPF-pasienter?
  - Hva vil du si er noe av det viktigste du har lært i ditt arbeid med disse pasientene?
  - Hva tenker du er særlig viktig at andre vet om BPD-pasienter?

### **Del 2: Holdninger**

- Hva er dine tanker om diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?
- Hva syntes du om at barn og unge får den diagnosen i ung alder?

Hva du tenker rundt det som blir sagt:

Studier viser at det eksisterer regelrett fiendtlig innstilling mot å diagnostisere unge med BPD (Chanen, 2015; Griffiths, 2011; Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach, & Luyten, 2013).

Hvordan vil du si dette stemmer overens med norske forhold?

### **Del 3: Kunnskap**

Personen i eksempelet har en del typiske symptomer på personlighetsforstyrrelse.

- Hvordan vil du si behandlingsprognosen for BPD er?
  - Vil du si det er forskjell om den oppdages tidlig eller sent?
- Hvordan opplever du at din kunnskap om BPD er?
- Føler du behov for mer kunnskap?
- Er det noe du opplever som klare begrensinger?

### **Avslutning:**

Vi nærmer oss nå slutten på intervjuet. Helt avslutningsvis har jeg noen spørsmål om hvor du søker informasjon og om du fra før kjenner til organisasjonen vi skriver denne oppgaven for.

- Dersom du er usikker på noe innenfor ditt fagfelt, hvordan går du da frem?
- Hvor søker du informasjon dersom det er noe du lurer på?

Hvilke kanaler/nettsider/magasiner vil du si at du føler fast for å holde deg oppdatert?

- Har du hørt om Nasjonalt kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)?
  - Ved nei, si noe om NAPP og deres arbeid.

- Dersom NAPP tilbyr kurs om personlighetsforstyrrelser for deg som helsesøster, er det interessant/relevant for deg å delta?
  - Ved nei: Før jeg forteller med om NAPP, hvordan vil du beskrive førsteinntrykket ditt da du hørte navnet?
  - Ved ja: Hvordan vil du beskrive ditt inntrykk av NAPP?
    - Hva vil du si er det viktigste arbeidet napp gjør?
- Hvordan ville du foretrukket at kurset ble tilbudt? (Finn ut om konferanse, nettkurs eller annet er ønsket)
- I hvilke kanaler (e-post, sosiale medier, brev ect.) ville du foretrukket å få informasjon om NAPPs tilbud?

Da er intervjuet ferdig, tusen takk for at du tok deg tid til å møte meg.

- Har du noe du noen spørsmål, eller noe du vil tilføye?

## 1. Ekspertintervju 1 – Sigmund Karterud

Vi tok kontakt med professor i psykiatri, Sigmund Karterud, for å se om han kunne belyse noen områder knyttet til oppgavens problemstilling.

Han er professor i psykiatri og har vært sjef på Oslo universitetssykehus/Ullevål, avdeling for personlighetspsykiatri, tidligere dagavdeling, helt siden avdelingens oppstart.

– Jeg har puslet med personlighet siden i hvert fall 1974.

Karterud har også vært representant for Norge i *International Society for the Study of Personality Disorders*.

På spørsmål om hva han mener «folk flest» tenker om diagnosen, forteller han dette om når han holder foredrag for de som er kulturinteresserte:

– Det er som om det foreligger et kunnskapssug etter personlighet, personlighetsvariasjoner og når denne blir problematisk.

I møte med pasienter på Ullevål forteller Karterud at han møter et vidt spekter av forskjellige mennesker, som endelig føler seg forstått. Noen kan føle seg overkjørt og krenket av diagnosen, men disse er i et klart mindretall.

Han påpeker at pasientene på Ullevål gjennomfører en egen psykoedukativ gruppe når de starter opp. Dette innebærer at før behandling går de gjennom et eget kurs om behandlingsopplegget og det å leve med personlighetsforstyrrelse. Dette er noe som nå er tatt i bruk mange ulike steder i psykisk helsevern. Behandlingen totalt sett består i psykoedukativ gruppe i tre måneder, samt ukentlig samtale- og gruppeterapi som går over tre år.

Pasientene forstår mer av hva dette handler om når man gjennomfører kurset før oppstart. De lærer at diagnosen kun gir en karakteristikk av noe man kan slite med og at det ikke er en betegnelse av en sykdom.

– Diagnosen er ikke for å henge ut noen, eller et påskudd for å medicinere.

Karterud kan fortelle at fagfeltet har vært skeptiske til å gi unge en borderline-diagnose.

– De foretrekker betegnelser som ADHD, angst og depresjon. Og bipolar, selv det er mer salgbart enn personlighetsforstyrrelser.

Men her har det begynt å skje en merkbar endring.

– Styrken ved et personlighetsperspektiv er at hele personen kommer frem, presiserer Karterud.

– Da i forhold til omgivelsene, foreldre og skole. Hvordan de som strever tenker og føler omkring dette.

Karterud begynner å fortelle om et forskningsprosjekt i Danmark som han er involvert i. Der gir de mentaliseringsbasert terapi (MBT) til ungdom mellom 15-18 år. Da i hovedsak gruppe og litt familie.

- Disse ungdommene har kjempeproblemer. De er virkelig ute og kjøre og henger ikke sammen.
- Men i gruppe stimuleres de til å tenke sammen om hva som driver dem. De har virkelig behov for å få samlet seg på en måte.
- Disse ungdommene kan ikke forklare hvordan de har det.
- Dette er helt ned til hvordan de tenker og føler på, og måten de relaterer seg på. Hva de sliter med.
- Det er ingen tvil om at disse ungdommene ikke har fått det de har behov for innenfor tradisjonell behandling.
- Det er fordi deres egentlige problemer blir oversett.
- Men hvordan vanlige folk ser på det, vet jeg ikke. Når fagfolk har så store problemer med det.
- Men altså, dette endrer seg.

I følge Karterud skjer det nok en forandring der ute i holdninger blant “folk flest”.

- Jmfør den gruppeterapien på TV og Skam.

*Hva vil du si er den største utfordringen innenfor personlighetspsykiatri i Norge i dag?*

- Utfordringen er nok å få folk til å behandle bedre, både kvalitativt og kvantitativt.
- Det er mye behandling der ute som er lite effektiv.

Karterud forteller om mye utredninger og behandlinger som avbrytes.

- Mange sier at de ikke har ressurser til å sette opp skikkelige behandlingsopplegg.
- Det er mye behandlingsapparatet kan ta tak i, og det er i og for seg ikke mangel på kunnskap.

På spørsmål om dette kan dreie seg om holdninger, nikker han bekreftende.

- Det er veldig forskjellige nivåer rundt omkring, men det går an hvis man er tålmodig.

*Hva tenker du er den største utfordringen til å lykkes med tidlig hjelp til de unge? Mellom 15-25. Hva tenker du er en god fremgangsmåte?*

- Retningslinjer, hvor staten kommer inn og sier at det og det, er god måte å utrede og behandle på.
    - Det finnes ingen retningslinjer for PF. Her har staten vegret seg.
    - Det finnes ikke norske offisielle retningslinjer for voksne, og selvsagt da heller ikke for ungdommer.
    - Det må være en faglig autoritet som sier at det må gjøres på en viss måte.
    - Det er helsedirektoratet sin jobb å si: I vår tid bør PF behandles omtrent slik og slik. Når dette spres utover til forskjellige DPS'er vil det få stor betydning.
- Karterud stopper opp og kan fortelle om annet som kan ha en stor betydning.
- Rettssak.

Han har nylig vært ekspertvitne i en sak der en pasient klaget inn Sandviken sykehus for dårlig behandling av egen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Vedkommende fikk

4,3 millioner i erstatning.

- Når denne dommen blir kjent, vil den kanskje legge press på at forskjellige aktører skjerper seg.
- Dommen viser at man kan risikere millionkrav ved dårlig behandling.

Når det gjelder ungdommer er saken mer komplisert.

- Der er noe med måten å forstå personlighetsproblemer hos unge på, at man ikke har blitt enige om en slags grunnleggende felles forståelse for personlighetsutvikling hos ungdommer.
- Er det rampestreker eller er det tegn på en personlighetsforstyrrelse? Det å kunne skille disse fra hverandre er viktig.
- Så her går det nok mer på forståelse. Kunnskapsspredning og påvirkning.
- I voksenpsykiatrien handler det om å gjøre noe. Der er mer enn nok kunnskap. Så det bør ikke være en unnskyldning lenger.

*Hvor tenker du vi bør begynne? Hvilken målgruppe tenker du er viktigst?*

- Man må ha en god analyse av terrenget, ”hva er det du skal gjøre?”

Karterud tar opp prosjektet med ungdommer igjen. Da det startet opp for noen år siden var det vanskelig å finne de unge med disse problemene.

- Altså, de var der. Men de ble ikke sett fordi de seilte da under mange andre flagg.

Etterhvert som prosjektet ble mer kjent og diskutert, og det kom mer informasjon, begynte fagpersoner i langt større grad å se de unge med emosjonelle problemer.

- Etterhvert som kunnskapen ble bedret, begynte fagpersoner å ”se” flere unge med PF.

*Man må lyse opp det sosiale rommet, sier Karterud. Som gjør at man får øye på ting som ellers er i mørket.*



*Vi har funnet en del om at behandlere vegrer seg for å sette diagnosen, vil du si at dette også stemmer for Norge?*

– Jada, det er det. I og for seg.

Karterud forteller at det for ham ikke spiller noen vesentlig rolle med diagnose eller ei.

- Det er ikke det som er poenget, presiserer han.
- Disse personlighetsdiagnosene har sine store begrensninger. Jeg kunne godt tenke meg at det het noe annet. Jeg vil heller kalle det personlighetsproblemer eller store personlighetsproblemer.
- Diagnose er en markør for grad av personlighetsproblemer. Slike diagnoser referer ikke til sykdommer i tradisjonell forstand.
- Men diagnoser er noe som kan trigge visse rettigheter. Hvis du ikke har det, har du ikke rettigheter til trygdeordninger og sykemeldinger. Det er den slags ting som krever diagnose.
- Men at du har ungdom med store personlighetsproblemer, det har du definitivt og da må du kunne se det. Og kunne vite hva du skal kunne gjøre med det.
- Diagnose er en markør for grad av personlighetsproblemer. Slike diagnoser referer ikke til sykdommer i tradisjonell forstand
- Man må kunne se de unge og vite hva man skal gjøre for å kunne hjelpe.

*Har du noen tanker rundt hvem som kan være viktige påvirkere?*

*Det er jo NAPP som har det viktige samfunnsoppdraget rundt dette det. Men helsevesenet generelt har et oppdrag å finne frem til og sette søkelyset på dette.*

Dette går fra Helsedirektoratet og nedover, forteller Karterud.

- Vi har jo ment at det skal være et team for personlighetspsykiatri på et hvert DPS, som skal være lokalt ansvarlige for å formidle kunnskap, sette opp behandlingsprogram, utredning og samarbeid, etc.
- Helsedirektoratet, foretakene, lokale sykehus og derav ned til DPS'ene.
- Vi har også foreslått å sette opp MBT-team og satse på at de vil utvikle seg til å bli mer

allmennteam for personlighetspsykiatri.

Ullevål hadde regelmessige pårørendekvelder som skapte forståelse og var med å bygge bygge allianser.

- Personer som engasjerer seg utover. Men for å gjøre det må du ha drevet med behandling selv, først da kan du gå ut å fortelle andre om dette.

Karterud forteller at han har liten tro på skrivebordsforskere som skal lære klinikere om hvordan de skal behandle.

*Ser du noen farer/utfordringer med en kampanje som er ment til å øke kunnskap om PF?*

- Det måtte i så fall være er stigmatiseringsrisiko hvis det blir fokusert for mye på diagnose.

- At ungdommer da skulle blitt hengt ut i skolen. Men kan ikke la den slags frykt styre en når det gjelder å finne frem til måter å håndtere dette på.

Budskap og historiefortelling kan klare å skape forståelse av grader og variasjoner – å gjøre en litt bedre rustet til å forstå seg selv samt få forståelse for at ikke alle har det like bra. Å knytte sammen kommunikasjonsteori med fag er en utfordring blir vi gjort oppmerksom på.

– Det er noe med å håndtere dette dilemmaet mellom problemer og forstyrrelse på en god måte. Det er det som er nøkkelen, det er der man gjerne havner utfor. Er det sykdom eller hva er det for noe? Versus at dette er noe alle har. Alle har en personlighet. Alle har forskjellige sider og kan henge mer eller mindre godt sammen. Det er det å få en forståelse for at diagnoser rett og slett er noe som må til for å utløse visse rettigheter.

Uten en diagnose, får ikke de med alvorlig personlighetsforstyrrelse en plass på Ullevål. Det trengs for å utløse rettigheter med sykemelding, henvisning og det å komme inn.

– Det er en mengde sånne små terskler som må til.

– *Jeg vil nok neddempe dette med sykdom, og heller heie frem dette med vår trøblete*

*personlighet. Men samtidig vår flotte personlighet. Dette å utvikle seg versus snuble og gå seg vill.*

Om hvem som kan være opinionsledere kan det være lurt å se nærmere på, nevner Karterud: Leder for norsk psykiatrisk forening og for norsk psykologforening. Noen med stor påvirkningskraft, som for eksempel Finn Skårderud.

– Og NAPP selvsagt.

*Vi holdt jo på med å bygge opp NAPP i mange år, inntil vi fikk ”napp”, bokstavelig talt. Altså det var ikke noe som kom seilende av seg selv. Det var et langt og møysommelig arbeid å få det til. Det å få etablert kompetansetjenester innen helsevesenet som staten støtter gjennom helsedirektoratet støtter. Det er ganske vanskelig. Vi hadde mange konkurrenter. Men når man først lykkes med det, innebærer det at staten har innsett problemet. De har innsett at her må det ett eller annet ekstraordinært tiltak til. Så derfor får NAPP dette samfunnsoppdraget. Det er helt klart den viktigste opinionslederen.*

- NAPP sitter på et vesentlig og viktig samfunnsoppdrag. De kan sette opp kurs og program. De kan ha påvirkningskraft både her og der.

***Så her kan det ligge noe i å øke deres merkevarebevissthet?***

– I aller høyeste grad! De er få. De burde jo hatt flere folk. Det er Øyvind, Schlüter, Kathrine, og Espen.

Da NAPP ble opprettet stod man fritt i hva slags personer som skulle jobbe her. Vi måtte også ha en på mediasiden.

Karterud kan fortelle at det finnes en rekke kompetansesentra for vold og traumatisk stress.

– Disse har godt med resurser.

Når det skjer større katastrofer, får disse kompetansesentrene ofte penger for å forske på hva som skjer. De har blant annet regionale sentre rundt omkring.

- Det er et betydelig misforhold mellom antall personer som jobber med kompetansespørsmål på personlighetsfeltet og antall som jobber innenfor traumefeltet.
- De aller fleste i fengsel sliter med personlighetsproblemer. Så dette har mye med penger og ressurser å gjøre.
- På en annen side, er det ikke slik at andre land har kommet særlig lenger. NAPP er internasjonalt sett relativt unikt.
- Danskene ligger tett på Norge når det gjelder syn på psykiatri. Og de har kopiert oss når det gjelder kompetansesenter for personlighetspsykiatri. Men de har enda mindre ressurser.

Sigmund avslutter med:

*NAPP er et bra tiltak. De burde fått tildelt en større rolle slik at de kunne lagt opp flere kampanjestrategier. Det NAPP har gjort er å prioritere utredning for å heve kompetansen hos helsepersonell. De burde vært mer synlig.*

## 2. Dybdeintervju – Psykolog

### Demografi:

Alder: 35-45

Kjønn: Kvinne

Yrke: Psykolog

Fylke: Oslo

Har jobbet i spesialisthelsetjenesten og 1. line. Opplyser tidlig i intervjuet at egenerfaring påvirker egne holdninger.

Forskjellige fra person til person. Bevisst på at det jeg opplever i en terapisisituasjon. Man får en liten bit av den personen og at man blir påvirket av den rollen man er i.

*Hva er arbeidshverdagen din i dag/ansvarsområder?*

Egne klienter, brukere samt litt overordnet faglig ansvar.

Jobber med fagutvikling og undervisning samt veileder.

*Opplever du at helsepersonell innenfor psykisk helsevern kan mye om den lidelsen?*

Varierer i stor grad. Syns ikke det er en nyttig diagnose, og veldig forskjellige hva man legger i den diagnosen. Kan få mange forskjellige svar og tolkninger samt kunnskapsnivå.

*Hva tror du at andre (kolleger) syns om at det gis denne diagnosen til yngre som har denne typen problematikk?*

Syns ikke noe om det, litt radikal. Har nesten aldri satt en personlighetsforstyrrelsesdiagnose.

Kun hvis vedkommende selv har ønsket det.

Syns at det er uvitenskapelig betegnelse. De symptomene som beskrives (258 forskjellige) kan man også streve med selv om man har fått andre typer diagnoser. Lite avgrensninger.

De aller fleste mennesker vil kjenne seg igjen i de trekkene PF har hvis man f.eks. er i krise.

Skulle ønske at man brukte andre ord.

Jobbet en del med traumer, Marianne, hun jobbet tidligere på PUB-enheten vedkommende jobbet på. Og hun sa: ”Den som ser forskjellen mellom PF og kompleks PTSD skal få en

*medalje av meg”*

Terapiforskning er ganske tydelig på at de psykiatriske diagnosene ikke er godt egnet til å se hvilken terapiform som vil være nyttig. Hatt en samtalegruppe om følelser og relasjoner, inngangskriteriet var at; man må ha et ønske om å jobbe med noe som er vanskelig.

”Blir provosert av mye PF” – Psykolog (kjernen i hvorfor vi sliter)

Vedkommende tenker ikke sånn siden det ikke settes diagnoser der.

Mye til felles i denne gruppen, samtidig som de er veldig forskjellige. Er ikke så vanskelig å finne fellesnevnerne for folk.

- *Nyttigere å bruke vanlig språk enn de diagnosene, og jeg synes at man skal la være med å definere personligheten til folk – fordi at det høres ut som noe som er gærnt med det mest grunnleggende til et mennesket - Psykolog*
- Låst til personlighetsforstyrrelse i systemet man er i dag.
- Nedvurderende tankegang rundt diagnoser, borderline og PF.
- Mye devaluering fra fagfolk og behandlere, mye svart hvitt.

*Kan det ha en sammenheng med kunnskap? Mangler det kunnskap?*

- Ja det tror hun. Man blir ikke mindre fordomsfull av å lese mer om borderline. Av folk som jobber og som setter den diagnosen oftere så opplever jeg litt forskjellig. Noen kan bli mer nyanserte mens andre kan bli enda mer preget (litt bastant tankegang)
- Har selv ikke jobbet på et sånt sted selv, men det er mye satsning på behandlingsterapi. Tror de gjør mye bra, men får også høre at det kan bli litt mye “en måte å tenke på”. Kan slå litt begge veier.
- *“Tenker du ut fra en forståelse så får du fort bekreftet den forståelsen” - Psykolog.*

*Hvordan varierer behandlingsløpet hvis du har en av de to diagnosene?*

- De som fikk kompleks DPSD ble anbefalt et stabiliseringskurs. Traumepoliklinikken, Modum bad. En del fokus på stabiliseringsteknikker, men også mye informasjon som er normaliserende. Hvis man har opplevd utrygge relasjoner kan man synes det er vanskelig med nye relasjoner.

### *Største utfordringen med å tilby den hjelpen pasienter trenger?*

- Terapi over tid leit at jeg ikke kunne ha de rammene til å gi folk en langvarig trygg relasjon. Er man relasjonsskadd trenger man ikke oppstykkede henvisninger. Utfordring med å kunne gi kontinuerlig verdi. Og at det skal være så avhengig av diagnose.
- Når noen har opplevd traumer og/eller mangler i omsorgen som barn så kan de trenge ganske mye. En frustrasjon å ikke kunne ha muligheten til å gi nok.
- Ellers kan det være sånn at hvis noen er veldig mye opp og ned i følelser, jeg selv er er rolig person. Jeg kan være veldig direkte, (inn og utpust), kan vi stoppe opp nå.
- Man er i beredskap og at det er følelser som er vanskelige, og det er en utfordring men spennende å finne måter å jobbe med dette på. *“Kan vi stoppe opp litt nå, hvor er pusten din nå, hva kan vi gjøre”*

### *Kolleger om PF*

- De som jobber her har gjennomgående litt mer ok holdninger til folk. Mer fokus på brukervirkning som gjør mye med måten man snakker om folk. Og at det ikke er den ekspertrollen. Folk som jobber her har ikke de forventningene til seg selv, større toleranse og ikke de forventningene til seg selv (ekspert).
- Fordomsfulle måter å snakke om mennesker som har fått de diagnosene som gjør meg opprørt. Var på et kurs hvor det var en psykolog som forsker på suicidalitet, han klarte å lire av seg så mye fordomsfullt - “Borderline-damene”, “Ja de vil ha oppmerksomhet, manipulerer”. Er du forsker og ekspert med en sånn holdning og ekstremt liten nysgjerrighet mot selvmordstanker etc. “De går ikke av veien for litt oppmerksomhet de der”, “De kan stoppe toget”. Sjokkerende.
- En diagnose betyr ikke at du er den diagnosen.
- Med de holdningene som finnes i psykiatrien.
- Ser oftere at det er en større erkjennelse av at det finnes behandling som kan virke.
- Syns fortsatt at holdningene ligger litt under der. “Er du en PF” - veldig kategoriserende å si om et annet mennesket. Dehumaniserende, ser på en gruppe

mennesker på den måten.

- Forsvare diagnosesystemet for å få mindre stigmatisering er noe jeg absolutt ikke syns er greit. Det er ikke greit å si at et annet mennesket har en personlighet som er forstyrret. Det kan bli utrolig definerende for en person, og jeg syns ikke det er gode begreper eller greit å si om et annet mennesket. Syns begrepene er dårlig i utgangspunktet, og tror vi bør gå bort fra en veldig enkel kategorisering som er med på å bidra til nettopp det.
- *“Hadde man pratet sånn om ulike folkegrupper hadde du blitt stemplet som rasist med en gang” - Psykolog*
- Det er ikke alt som er bra med traumeperspektivet heller, men der bruker man mer vanlig språk og er mer normaliserende. En mer meningsfull tilnærming.
- Hadde håpet at helsesøstre og hele systemet - se mer på omsorgsforhold. Hvordan har de hatt det, blir de tatt vare på får de det de trenger? Har de allerede blitt påvirket av at du er blitt utsatt for ting og de trenger profesjonell hjelp men fortsatt har det i fokus.

*Hvis du lurer på noe i ditt fagfelt, hvordan går du frem da?*

- Ofte drøfte med kolleger. Har en veileder her som er psykologspesialist. Det med diagnoser diskuteres egentlig ikke siden hun har sitt system hun må forholde seg til.

*Er det noen kanalar, magasiner osv som du følger for å holde deg faglig oppdatert?*

- Tidsskrift for psykisk helsearbeid?
- Søke opp artikler, se i bøker hvis jeg lurer på ting.
- Kurs samt undervisning.
- Facebook-grupper, erfaringsnettverket, psykologer.

*Vi skriver for NAPP - kjenner du til disse fra før? Hva tenker du om arbeidet de skal gjøre*

- Kjenner ikke nok til dem og hva de egentlig gjør.

*Intervjuer forteller litt om oppgaven.*



- *“Fra jeg gikk inn døren der var jeg ikke syk lenger - tidligere pasient ved NAPP”*
- Alle kan kjenne seg igjen i dette.
- Dimensjonssynet
- Intervjuobjektet kjenner litt til systemer der, men ikke selve NAPP.
- Dimensjonene fremfor type, selvom NAPP ikke kan diagnostisere helt enda å den måte.
- NAPP = Kunnskapsformidling rundt personlighetsforstyrrelse.
- Intervjuobjekt: Hvilke unge er det man skal se og hva er det de trenger? Tror at man kan hjelpe dem uten å sette en diagnose. Handler om å ha terapeuter som er gode på relasjon og kunne være tolerante til å holde ut litt. Gjerne bruke gruppeterapi, et tegn at man er nødt til å sette den spesielle diagnosen. Finnes faktisk ut HVA er det som er vanskelig? Finne ut sammen med personen det gjelder; hva kunne du tenke deg å prøve, finne det ut sammen.

*Kampanjen begynner å forme seg til “se meg”, man må tørre å se problemene men diagnosen i seg selv er ikke i sentrum av kampanjen.*

- De definisjonene du oppererer med har en mening, og mener psykisk helsevern har vært fravikende.
- Det betyr utrolig mye å sette en betegnelse på et mennesket, og man kan ikke komme unna med at det finnes holdninger.
- Psykiatrihistorien er ganske stygg, og diagnosene er en del av denne historien. Unnfallende å ikke ta dette innover seg.

*Hvordan får man det beste med sånn som det er i dag?*

- Tenker at hvis det blir sendt en henvisning et eller annet sted og det står en sånn diagnose, kan det gjøre ganske mye med hvordan den personen blir møtt i første samtale der.
- En som sa på den forrige jobben min at: *“Du kan merke det hvis pasientene har personlighetsforstyrrelse, det er magefølelsen du får”*

- Har veldig tro på å bruke enkle ord, hva man kan eie selv. Man kan få et større eierforhold til det man jobber med og som kan gjøre det lettere å faktisk jobbe selv. Rett til å kjenne selv når passer ikke disse ordene her lenger. Er det en fagperson som har sagt at dette er diagnosen som beskriver deg, så er det vanskeligere å si for seg selv når man ikke har det lenger.

*Hvordan er det man snakker om ordet "kommunikasjon med diagnose".*

- Hvis man kunne snakket om relasjonsproblemer.
- Syns det er bedre å bruke ordene som relasjonsproblemer.
- Tilknytning. Sier noe om at det var noe som ikke var bra nok i de viktige relasjonene dine da du var liten.

*Hvem henvender man seg til. Tenker du at det kan være lurt at hvis man henvender seg til mennesket mer, med menneskelige ting eller vil psykologer faktisk kunne.*

- Menneskeliggjøre det. En traume tilnærming kan vekke mer empati. Man vektlegger bakgrunnen til en person. hvorfor er det blitt så vanskelig for deg. Folk som ikke jobber på dagavd eller gruppenhet men som snakker om PF er det fort at man glemmer bakgrunnen og ikke ser mennesket bak.
- *"Det å få en historie, bli kjent med noen vekker en helt annen forståelse og empatisk holdning" - Psykolog*
- Det å bli sett, som man ser på fellesfaktorene i terapi hvor man er blitt mer opptatt av det som kalles for fellesfaktorer. Felles for ulike terapiretninger og som man ser påvirker utfallet og hvor mye bedre klienten får det pga det. Tillit og empati, følelse av en allianse, håp. Man ser det har mye mer å si enn valg av terapiretning. Når man fanger opp de her unge som sliter så er det det at de må bli sett.
- Noe av ustabiliteten at de er tenåringer.
- Tenker at hvis man ser ungdom og prøver å få tilliten deres, snakke med dem, så er det større sjans for de som syns det var vanskelig i ungdomstiden. Ekstremt bra for deres psykisk helse at de ble sett. De som tør å si at de kutter seg, prøvde å ta livet sitt etc og

kunne gå inn å gjøre enda mer der man ser at det er enda mer alvorlig.

- Det å kunne gjenkjenne de vonde tankene sine før det utvikler seg til å bli en tung depresjon.
- Folkeopplysning å gjenkjenne tegn. Det er ikke normalt å gå rundt å føle at man ikke har det bra over lengre tid.
- Ser mye fra henvendelser fra folk som sliter mye, og de som sliter litt mindre og som ikke har gjort det så lenge. Lavterskstilbud, rask psykisk helsehjelp.
  
- *“Kan ikke de i samfunnet ta litt bedre vare på hverandre. Se hverandre, finne måter å snakke sammen på som hadde forebygget utvikling av psykiske problemer i større grad” - Psykolog*
- Det trengs at folk brenner for dette.

*“Se meg da. Se meg streve. I de tilfellene som er nødvendig. Se meg Kan ikke samfunnet ta litt bedre vare på hverandre. Se hverandre, finne måter å snakke sammen på som kan forebygge utvikling av psykiske problemer i større grad” - Psykolog*

### **3. Dybdeintervju - Sykepleier**

### **Demografi:**

Alder: 27

Kjønn: Kvinne

Yrke: Utdannet sykepleier, jobber i akuttpsykiatrisk avdeling på sykehus.

Fylke: Oslo

### **Generelt om arbeidsplassen:**

Intervjuobjektet nevner at det ofte varierer i perioder hvilke aldersgrupper de får inn, mens i voksenpsykiatrisk avdeling er det kun 18+. Ved for eksempel en rusutløst psykose, er det som regel de rundt som har meldt en bekymring til fastlege eller politi. Her er det en behandler fra før som fastlege, psykiater eller psykolog som sier det er behov for innleggelse. Det er veldig ofte andre som melder inn en bekymring, dermed er pasient enten med frivillig eller ved tvang. Som regel er det fastlege eller psykiatrisk legevakt som pleier å henvise til den akuttpsykiatriske avdelingen.

Aldersgruppene varierer basert på tidligere diagnosehistorikk, noen sendes videre til en ny diagnostisering. Tester blir også gjort i avdelingen, men det er tester som bør bli gjort over lengre tid for å best mulig kartlegge pasientens psykiske tilstand.

### **Holdninger:**

*Hvordan er personens holdninger til:*

Diagnoser, psykisk helse, unge og psykisk helse, det personaen så ut til å slite med og personlighetsforstyrrelse:

Intervjuobjektet føler det er synd med det som kan oppleves som stempling av personer i ung alder ved diagnosesetting. Hun foretrekker bruken av definisjoner og begreper som autismespekteret for å unngå stigmatisering. Intervjuobjektet påpeker også at dette er det vi tror, men det er vanskelig å si noe om stigmatisering personen er blitt voksen. Det understrekes at dette er objektets personlige og ikke faglige mening.

Vedkommende mener at det er overraskende hvor lite folk vet om at de psykiske plagene “vanlige” folk har, det finnes til og med ansatte som kan slite psykisk.

*Andre i samme yrkes holdninger:*

Intervjuobjektet nevner at noen er veldig imot diagnosesetting, spesielt de som har jobbet i avdelingen over lang tid. De yngre derimot, lærer mens de går og blir dermed mer liberale, mye på grunn av at de fortsatt er i stadiet der man tar til seg informasjon. I aldersgruppen 45+ har de fleste sterke meninger, deriblant om diagnosesetting. Hun nevner at hun husker en eldre kollega som syntes det var synd at et barn på 11 fikk en diagnose. På arbeidsplassen har de diskusjoner om dette pga at man har lett for å bli kategorisert, da spesielt barn som fremdeles er i utvikling.

Vedkommende refererer til ADHD-“boom” på 90-tallet, der mange barn fikk feilbehandling og feildiagnostisering og ble “stemplet” i tidlig alder.

### **Kunnskap:**

*Hvordan er personens kunnskaper om:*

Diagnoser, psykisk helse, unge og psykisk helse, det personaen så ut til å slite med og personlighetsforstyrrelse:

Sykepleieren starter hver vakt med en rapport fra det forrige vaktlaget, i lag med en ergoterapeut, en sosionom, to psykiatere, en psykolog og alle miljøarbeidere som er på jobb (både ufaglært/ miljøterapeut), ledende spesialsykepleier og en studentsykepleier, leger i spesialisering, og beskriver hverdagen som tett bemannet og med tett oppfølging.

Her foretas en gjennomgang av alle pasienter og alt som har blitt rapportert i journal det siste døgnet. Ut i fra rapport skal man vurdere en behandlingsplan som skal tas stilling til på møtet. Her foregår det et tverrfaglig samarbeid med diskusjon. Et eksempel kan være om pasient eventuelt begynner å bli utskrivningsklar, men ikke har bolig? Da kommer sosionom inn i bildet med en vurdering. Eller om pasientens psykiske tilstand begynner å eskalere seg, må de

søkes videre til Dikemark etc.

På akuten kan de aldri avslå pasienter, så det må stadig vurderes om det er brannslukking eller noe som for eksempel kreves et halvt års behandling. Det gjøres en totalvurdering av behandlingsplan og hvilke tiltak som kan utføres etter det.

Hver mandag har de internundervisning med forskjellige temaer som for eksempel vurdering av selvmordsrisiko. De har kurs i konflikthåndtering hver torsdag der det simuleres utageringssituasjoner. Hver tirsdag er det veiledning, to stk fra hver avdeling – alle ti på avdelingen tar en hendelse hver og går steg for steg igjennom hva som kunne blitt gjort annerledes. Her får de kontinuerlig veiledning på tvers av avdelingene.

Intervjuobjektet opplever kontinuerlig en bratt læringskurve, mye grunnet de ukentlige møtene med de med spesialkompetanse. I tillegg er det to hvert år som får utdanningsstipend til videreutdanning.

#### *Borderline Disorder:*

Intervjuobjektet har hørt om diagnosen Borderline Disorder tidligere, og møtt flere med diagnosen, men kjenner ikke helt forskjellen på det og personlighetsforstyrrelse. Hun påpeker at det er veldig mange som kan ha de trekkene uten å ha diagnosen, og de ofte får vite det dersom de er innlagt for noe annet.

Hun forteller om en person som egentlig var innlagt for antidepresjon, men at det var veldig mye vedkommendes atferd som minnet om borderline, så testet de vedkommende og fant ut at det ikke var noe annet.

Ved spørsmål om Trine klarer intervjuobjektet å identifisere korrekt psykisk lidelse, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun nevner at Trine sine problemområder kan være det å ikke vite hvordan hun skal takle relasjoner.

- Regulering av følelser ikke er lett, og for noen er kanskje den letteste utvei å drive med selvskading.

Videre forteller hun at det krever mye arbeid å identifisere følelser og ting man ser, og at det å lære en mekanisme for å håndtere situasjonen kommer ofte via samtaler og i grupper. Man må sakte men sikkert gjøre personen oppmerksomme på hva det er for å kunne snakke om det, og intervjuobjektet gjentar at dialog og riktig håndtering av situasjonen er nødvendig å lære.

- Dette er ikke en gruppe jeg synes det er lett å jobbe med fordi linjene kan være svært uklare til tider. Det kreves kunnskap og forståelse for egen motoverføring. Ofte må vi trekke oss tilbake og minne oss selv om at vedrørende er psykisk syk. Det kan trigge personlige tanker og man må huske at man trenger kunnskap for å jobbe med det. Når man trenger en pause for å være profesjonell – DET er å være profesjonell!

Basert på intervjuobjektets erfaringer blir det avdekket bred kunnskap, og spesielt stor tilgang til ny kunnskap dersom vedkommende skulle trenge mer informasjon fra kollegaene med spesialkompetanse innen psykiatri.

*Opplever du at personer i ditt yrke kan mye om unge og psykisk helse?*

- Ja, også at man sier i fra om ting man ikke kan, siden det er så spesifikt det vi jobber med får vi støtte om alt vi ikke kan fra overlegene (psykiaterne) som forklarer og utdyper alt vi lurer på. I tillegg til enhetsleder, ledende spesialsykepleier som minner oss på alt hun har spesialkompetanse i.

**Emosjoner:**

Registrer hvordan personen ser ut til å være emosjonell om dette.

Vedkommende uttaler at hun i noen situasjoner føler at det kan være synd med diagnostisering av unge. Det fremstår som at intervjuobjekt har empati og forståelse for mennesker med psykiske vansker, men at det samtidig er en gruppe det kan være vanskelig å

jobbe med til tider.

### **Tilgjengelig:**

*I hvilken grad er denne personen tilgjengelig for å hjelpe unge som sliter psykisk? Direkte eller indirekte*

Vedkommende er direkte tilgjengelig da hun jobber i akuttavdelingen. Hun møter mange med psykiske vansker hver dag. Det delt inn i ulike avdelinger: mottak, krise og traume, psykose og rus og affektive lidelser. Dersom det er opptatt på en avdeling, må de vurdere hvilken post som er tilnærmet lik i forhold til kompetansenivå. Det påpekes at krise og traume pleier å få inn ulike aldersgrupper, og at det kommer mange med PTSD, da trengs det ofte en innleggelse for stabilisering.

Ved utagering tenker de sikkerhet 100 % og går med alarm døgnet rundt. Vaktansvarlig går rundt med calling med en oversikt over hvor alarmen går, og sender minst to til den gitte avdeling. Alt fra plassering av de ansatte i rommene er nøye planlagt, samtidig skal det være tilnærmet et så normalt miljø det går an å bli, for at pasienter skal føle seg komfortable. I avdeling psykose og rus er det mye høyere sikkerhet, de har for eksempel aldri glass tilgjengelig. Krise og traume har både glass og plast. Slike vurderinger må gjøres kontinuerlig på tvers av avdelingene.

### **Løsninger:**

*Hvilke løsningsforslag kommer intervjupersonen med?*

Personlighetsforstyrrelse:

Utdyp eventuelle andre ting personen sier om PF og ordskyer, assosiasjoner osv

*Se: BD (over)*

Fremgangsmåte ved usikkerhet om en situasjon: På jobb: henviser til ledende



spesialsykepleier, behandlere (psykiatere/psykologer) og ser på fagstoff både hjemme og på jobb. Ved søking etter ekstra informasjon om pasient går hun ofte tilbake i journalen og behandler journalen, og ser på vurdering.

**NAPP kjennskap:**

Vedkommende har ingen kjennskap til NAPP.

**Medier personen foretrekker.**

- E-post/oppslag på arbeidsplass eventuelt til leder.

**Er personen interessert i å lære mer?**

- Ja, da spesielt via kurs og seminar i regi av arbeidsplassen.

## **4. Dybdeintervju – Helsesøster**

**Demografi**

Kjønn:

Alder: 38

Yrke: Helsesøster

Fylke: Oslo

## DEL 1

*Fortell litt om hvorfor du ble helsesøster:*

- Ønsket om å jobbe mer forebyggende, 12 år som sykepleier først. Behandling av sykdom, men ønsket å jobbe mer med å forebygge samt jobbe med barn.
- Hjemmetjenesten.

*Arbeidshverdag og ansvarsområder:*

- Helsestasjonen, 0-5,6 år. Samt barneskole 1-7 klasse.
- Konsentrasjoner med foreldre og barn eller med elever.
- Oppfølgingsmøter, skjevutvikling og må da ha samarbeidsmøter, sette inn tiltak så fort man ser barnet strever med noe.

*Opplever du at helsesøstre generelt kan mye om psykisk helse?*

- Tenker at det er noe vi har mye fokus på. Vi har mye fokus på hva som bidrar til god psykisk helse, enkelte faktorer som stiller sterkere og risikofaktorer.
- Allerede fra spedbarnsalder og hva som er grobunn for psykiske problemer.

*Hva slags tanker tror du helsesøstre har rundt at unge får diagnoser rundt psykiske diagnoser i ung alder*

- Først være tilstede på skolen, være tilgjengelige
- Være en trygg voksenperson som har tid til å lytte
- Noen synes det er vanskelig å snakke om problemene sine, eller har ingen å prate med på hjemmebane.

*Opplever du at folk er skeptiske til at barn får eks ADHD-diagnose.*

- Noen er skeptiske for diagnose, ikke settes i en bås. Men vårt fokus er at de får hjelp til det de strever med. Mer fokus på hva de strever med.

*Opplever du at unge med psykiske vansker kommer til deg, eller at du møter unge med psykiske vansker?*

- Ja, 7 klasse på barneskolen der er det mange som kommer til meg gjerne via lærer. Enten oppfordrer de eleven til å kontakte helsesøster, eller så kontakter vi foreldrene. Vi tar aldri kontakt med eleven selv uten å ha snakket med foreldrene på forhånd.

*Hvilket initiativ pleier de å komme med, er det mange som kommer på eget initiativ*

- Både og, begge deler.
- Eller så er det foreldre som også tar kontakt.

*Kan du si noe som er vanlige utfordringer de kommer med?*

- Mye angst, opplever jeg. Depresjon kan det være noe av. Generelt det med at elevene strever med å finne sin plass, alt med sosialt samspill, konflikter, kommer ikke inn i noen vennegjeng. Følelshåndtering rett og slett.

*Hva med når foreldrene tar kontakt, noe av det samme?*

- Veldig varierende. Opplever foreldrene veldig imøtekommende og vil det beste for barnet sitt.

*Kan du si noe om hvordan skolen eller du går frem når det kommer elever som har det tøft og utagerer veldig? Hva er handlingsforløpet deres da?*

- Ofte skolen som tar tak i det og kontakter foreldrene. Samarbeidsmøte og vi blir kalt inn. Så har vi eventuelt veiledningssamtale med foreldre eller eleven selv.

*Hva syns du om at barn får en diagnose? Opplever du at det er en positiv eller negativ ting? (Merkelappen).*

- Ikke bekymret for merkelappen, mer fokus på hva som er vansken. Barnet skal få hjelp uavhengig hva som er problemet.
- En diagnose vil hjelpe dem med å få en forståelse, og fortsette å ha fokuset på eleven.

## **DEL 2**

*Introduserer Trine*

*Kan du beskrive hvilke tanker du gjør deg om denne personen?*

- En jente som har behov for å bli sett. Søsken som er syk, og vet at det kan ta mye fokus for hele familien. Samtidig ser jeg at hun kanskje er litt usikker, elsk/hat forhold med seg selv. Forventningene, bryter relasjonen før det går dårlig. Usikker på seg selv.

*Vil du tenke at dette er et problem for denne jenta?*

- Ja jeg tenker at hun strever

*Kjenner du til en diagnose som kanskje kunne passet til denne jenta?*

- Syns det er vanskelig å sette en diagnose på henne fra den situasjonen hun er i der. Dette er mer en reaksjon på ting enn en diagnose, tenker jeg.
- Jeg tenker at jeg har ikke lyst til å sette en diagnose.
- Vil heller kartlegge gjennom samtale med jenta før jeg éventuelt kunne gjort det.

*Denne jenta har en del typiske symptomer på det som heter personlighetsforstyrrelse. Har du kjennskap til hva som er en personlighetsforstyrrelse?*

- Ja det har jeg. Men da tenker jeg sånn ut i fra hvis man skal stille diagnoser så tenker jeg det er veldig viktig at man ikke bare synser om det.
- Jeg jobber ikke ut i fra diagnoser, dette kunne vært et slikt samarbeidsmøte som jeg nevnte tidligere.
- Heller sendt videre til psykologtjenester eller BUP, siden det er de som setter diagnoser. Vi har ikke lov til det.

*Hvilke tanker gjør du deg når du hører ordet personlighetsforstyrrelse?*

- Psykisk vanske.
- Har det vanskelig.
- Jeg tenker at hva ligger bak, hva kan man gjøre. Jeg jobber med de minste og tenker er

det noe vi kunne gjort før, tidligere gjennom støtte. Hovedsakelig psykisk vanske.

Her går vi dypere inn i eksempelet. Trine er et prakt eksempel på en som har begynt å vise symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse. Ønsker gjerne å stille deg noen spørsmål knyttet til denne diagnosen.

*Kjenner du til diagnosen fra før?*

- Ja, jeg kjenner til diagnosen. Ikke noe jeg har jobbet mye med.
- Tenker at det er fordi jeg jobber mest med de som er yngre.
- Mer utenfor, på privaten.

*Har du opplevd å møte mennesker med denne diagnosen tidligere?*

- Ja

Hva tenker og føler du når du hører navnet på denne diagnosen, får du noen bilder?

- Ustabilitet

*Har du møtt noen med disse symptomtrekkene det siste året?*

- Ja, jeg har vel det.

*Hvem ville du samarbeidet med for å hjelpe slike elever?*

- BUP og psykologer. Viktig å henvise samt trekke inn andre.

Helt avslutningsvis har jeg noen spørsmål hvor du søker informasjon. og på en måte om du kjenner til organisasjonen som vi skriver oppgaven vår for.

*Dersom du er usikker på noe innenfor psykisk helse for en elev, hvordan vil du gå frem for å forstå situasjonen bedre*

- Psykologhelsetjenesten her på bygget. Drøfte sak, og det er det som gir meg best forståelse.

- Ta med foreldrene inn i saken er veldig viktig og verdifullt.
- Søke og litteratur om psykisk helse som er gode å forholde seg, men synes det er viktig å innhente ny litteratur.
- Samarbeid med psykologene er kjempe viktig i arbeid med psykisk helse.

*Har du hørt om Nasjons kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)?*

- Nei

*Dersom NAPP tilbyr kur/foredrag er det noe som ville vært interessant og relevant for deg å delta på?*

- Ja jeg tenker det, men egentlig det vi sitter og jobber mer med er barn og psykisk syke foreldre og forklare dette til barna. Psykisk problem kontra psykisk vanske.
- Jobber ikke med diagnose sånn, men tenker det ville vært nyttig i forståelsen. De som jobber med de litt eldre unge er det mer relevant for enn for meg som jobber med de yngre.
- Man må ikke være redd for å sette diagnose, som kan være med på å hjelpe barnet ytterligere til å forstå situasjonen og seg selv.

*Hvordan ville du foretrukket at et slikt kurs/foredrag ble utført?*

- Fagdag/konferanse
- For å nå ut til alle må man få input, eks mail om tema, tidsskrifter med jevnlig påfyll.

*Hvilke kanaler (epost, sosiale medier, nettside, brev)*

- Nettsider, nyhetsbrev.
- Trykke gode nettsider hvor man kan hente riktig informasjon. En kanal som funker.

*Har du noen spørsmål eller noe du ønsker å tilføre som du tenker kan være relevant?*

- Nei, men jeg vil gjerne høre mer om denne kampanjen som dere jobber med.
- Tenker også at det er viktig at det må bli mer åpenhet rundt psykisk helse, men at det

er mye stigmatisering enda.

*“Jobbe med forståelsen ovenfor å gi hjelp når det trengs” - Helsesøster*

## **5. Dybdeintervju – Lærer**

### **Demografi:**

Alder: 36

Kjønn: Mann

Yrke: Lærer

Utdanning: Master i matematikk

Fylke: Akershus

### **Arbeidshverdag og ansvar:**

*Følge opp elever i daglig, og lære undervisning i matematikk og realfag ungdomsskolen. Alt det innebærer oppfølging av spesielle elever, skole/hjem, foreldre, barnevernet, barn som ikke*

*blir fulgt opp hjemme. Variert jobb. Ingen dag er lik. Samme undervisning, men følge opp elever som han har ansvar for og klasser.*

- *Jobbet mange år i psykiatrien. Ingen utdanning/kompetanse med det, men jobbet med det i mange år. De jeg jobber sammen med har spes.ped og har høy kompetanse. Og som jobber med elever som har en psykiatrisk diagnose. Asbergers syndrom++. Mens noen ikke har noen fagkompetanse, mens andre har tung spesialkompetanse. Mange foreldre mener at man ikke må overdiagnostisere. Selv om en elev ikke er helt som mange andre betyr ikke dermed sagt at det er en diagnose i bildet.*
- *Trist og lei, at man skal slite med det i ung alder. Spesielt jenter i skolen som sliter med psykiske problemer, oftere jenter. De tankene han gjør seg er at det er lei at de skal slite med tunge problemer. Mange ting man kunne gjort, eks ernæring og psykisk helse. Mye press. Prestere på skolen, idrett, sosialt, være populære, pene, ha en kul sosial profil på Instagram og Snapchat. Prestere i 2 idretter (sommer/vinter), gjerne ha 5 i snitt, ikke gå med annet enn merker, parajumpers-jakker, trangt sosialt øye man skal igjennom. Noen elever bryr seg ikke, går sine egne veier, emns for noen andre strever de og finner ikke sin identitet. Mener at ungdomsskolen handler mye om å overleve. Tanker man gjør seg at man skulle ønske man kunne gjort mer. Barnevern + BUP hjelper til, utekontakt hjelper til, kjenner elevene godt alle sammen. God dialog med hjemme. Man skal ikke slite så mye med dette når man er ung (deprisjoner/angst), men ha det gøy.*

### **Emosjoner:**

*Ikke en ukjent elev i min hverdag. Viktig at man finner en årsak til at eleven gjør som hun gjør. EKS: ”i undervisning har han dialog med elevene. Hadde en elev som vippet på stolen for å unngå å bli spurt om matematikk. ”Roger” jeg kommer ikke til å spørre deg hvis ikke du ønsker.” Snakke med foreldre, eleven og finne ut om hva problemet er. Finne kanaler. Personlig snakket med elever selv. Komplekst problem, angripe fra mange sider. Alle personer rundt. Mange grunner til at hun oppfører seg sånn: faglig svak, mange ting,*



*problemer hjemme.*

*Ikke mestrer skolearbeidet. Ond sirkel, en del negative faktorer som kan forsterke alt hun gjør. Dette utenfor faglig eks, Kanskje hun ikke har noen å prate med noe som gjør at hun får problemer med å forholde seg til venner eks. Flere ting.*

### **Tilgjengelig:**

I hvilken grad er denne personen tilgjengelig for å hjelpe unge som sliter psykisk? Direkte eller indirekte

Han er daglig i kontakt med mennesker med psykiske lidelser, kone og elever med aspergers syndrom og autisme.

- *Unge og jevnaldrende.*
- *Elever, tar kontakt. Snakker om ting de er opptatt av. Noen elever som har foreldre som er fraværende*
- *Problemer med det faglige nivået, faglige utfordringer – ikke forstår ting. Foreldre som ikke er så ressursfulle.*
- *Første vi gjør er å kontakte hjemme, foresatte. Spørre om de kjenner til det, og en samtale der. Det er ikke alltid at elevene kommer til oss og sier at de har psykiske problemer. Vi har jevnlig møter, TSS møter (tverrfaglig samarbeid) et par ganger i halvåret hvor kontaktlæreren har med BUP og helsesøster og rektor, sosiallærer og andre faglærere à Så går vi igjennom hver enkelt elev. Er det en kollega som har sett et eller annet kan man ta dette opp her. Innkaller deretter til samtale dersom det er noe de tror. Kan være alt fra læringsproblemer til psykiske problemer. Tar de elevene det kan være noe med. Har hatt elever som ikke kommer på skolen fordi de er psykisk syke – må kontakte foreldrene, de kjenner barnet sitt veldig godt.*
- *Ambivalent fordi det er vanlig å føle at livet er litt dritt når man er ung. Normalt å føle seg utenfor. Være litt varsom. For eleven sin del kan det også være oppklarende, men også*

*stemplende.*

## 6. Dybdeintervju – Forelder

### Demografi:

Alder: 52

Kjønn: Kvinne, jobber som journalist, utdannet siviløkonom

Fylke: Akershus

### Holdninger:

*Opplever ikke selv at andre personer/foreldre kan mye om unge og psykisk helse.*

*Har inntrykk av at det er mer vanlig og utbredt for unge nå å ha psykiske utfordringer. Ikke sikker på om det er mer åpenhet om det eller om det er flere som har det. Tror begge deler.*

*Var sånn for 40 år siden, men at man ikke snakket om det. Har selv ingen opplevelser rundt eks panikkangst. Hennes datter på 16 hadde en venninne med panikkangst. Stusser litt på, og har også hørt om andre. Mye anoreksi, hører og leser om. Psykiske utfordringer.*

### Kunnskap

Diagnoser, psykisk helse, unge og psykisk helse, det personaen så ut til å slite med, personlighetsforstyrrelse:

- 1. Møtt ca 4 stk med problemer, en blanding i alder. Et par voksne og et par ungdommer. Litt både og med kunnskap. En jente hun kjenner som har hatt anoreksi i over et år, tok mange mnd før hun innså at hun hadde et problem. Andre og hun kunne se eller merke at det var et problem. Innrømmelsen/erkjennelsen var ikke tilstede hos henne, mens andre igjen har jo kanskje fått en diagnose à bipolaritet, lever med diagnosen. Kjenner til begge kategorier.*
- 2. Utfordringer med å fungere sosialt, eller fungere i skole og eller i et vanlig sosialt liv. Og*

*selvfølgelig dette med å være åpen er blitt mer ufarliggjort. Mye press fra media for ungdommer, det å være på hele tiden. Være flink pen, tynn, på hele tiden. Tror ungdommen opplever et stort press på det å være perfekte. Hvis man sliter litt med selvtillit og ikke føler seg så verdsatt, så tror hun at det fort kan bli problematisk.*

5. *Usikker på hvordan hjelpeapparat fungerer, men tenker at det kanskje må være hvertfall noen fagpersoner å snakke med. Tenker kanskje minst 1-2-3, en gruppe som kan hjelpe fra litt ulike fagfelt. Tenker type psykolog, helsecoach, litt personavhengig også – ikke kun utdanning. Ungdommen må få muligheten til å bli kjent med noen som hun fler forstår dem. Drammen vs Oslo, på tvers av utdanning er det også personavhengig. Ungdommen må få tillitt til hjelpeapparatet de møter. Foreldre og søsken må taes med, siden det berører hele familien.*
6. *Helsesøster kan også kanskje også være noe med det som skjer på skolen hvertfall. Bup. Vet om noen som har og ikke har fått god hjelp fra bup. Det er variabelt. Problemene må bli tatt seriøst,*
7. *Gjør det kanskje enklere å finne rett behandling hvis man får rett diagnose. Da har man et godt utgangspunkt for riktig behandling. Kan også være stigmatiserende. Viktig at barna ikke blir overdiagnostisert også. Riktig fagkompetanse. Ålreit å få et navn på det, så lenge navnet er riktig og det stemmer. At det er gjort de riktige testene, og det er jo visse type behandlinger i hjelpeapparatet. Bør ikke nødvendigvis være medisinerer. Medisinerer er jeg ikke så veldig positiv til. Bli satt på Ritalin pga ADHD, bør ikke være første valget.*

### **Hvilke løsningsforslag kommer intervjupersonen med?**

*Tror det er viktig å skape trygge rammer, og få på plass et hjelpeapparat tilpasset hver enkelt. Noen som kunne ta ansvar for de mentale prosessene, ernæring (veldig viktig!) Tenker lege, psykolog og ernæringskyndig person. Minst mulig medikamentell behandling, gå mere på å finne ut om hvordan hjernens biokjemi er i balanse, vitaminer, mineraler. Kan være ubalanser som skaper ubalanse i hjernen. Å gå mer på en årsaksrettet behandling i det lange løp. Redd for avhengighet med medikamenter.*

### **Personlighetsforstyrrelse:**

Vedkommende har møtt noen med personlighetsforstyrrelse, og forklarer det sånn her:

*- Har mye med følelser. Borderline er et fjern ord, tenker på helt annet. Suicidal heller, og er på grensen til å bli gal med en gang jeg hører Borderline. EUP sier veldig mye, dekkende for de som har diagnosen. Ikke så lenge siden jeg ble kjent med denne diagnosen. For fremtiden føler jeg mer at jeg kan kanskje gjenkjenne disse tingene hos noe hvis jeg ser det, Eller at jeg tenker på personer jeg kjenner eller har kjent at "det kanskje var det som feilet vedkommende". Tror ikke jeg har møtt så mange at jeg kan tenke. Et par tre stk.*

**Kjennskap til NAPP?:** *Nei*

**Medier personen foretrekker.**

- *Bruker mye Google, søker på nettet, og vet at det finnes org som mental helse og andre mindre org som har kanskje andre tilnæringsmåter. Ikke noen som jeg har brukt aktivt på det området.*
- *Google, nettet. Noen bøker, avgrensede områder og tidsskrifter.*

**Er personen interessert i å lære mer?**

Ja, veldig!

## **7. Ekspertintervu 2 og 3 – Sykepleier & BPD-pasient**

### **7.1 Sykepleier**

**Sykepleiers identitet er beskyttet da personen jobber i et svært snevert yrke, hvor vedkommende er nært på barn som lever på lånt tid.**

Forteller om svært lite kunnskap i alle ledd: foreldre, leger, medarbeidere. De som har jobbet lenger, er flinkere til å se at noe ligger bak unormal oppførsel. Nyutdannede tar alt veldig personlig. De er ingen fokus på at sykepleierne skal ta tak i det. Legene sier ofte “de er psykiatriens problem”. Respondent hadde svært lite kunnskap om PF-diagnosen både refleksivt og opplevde å ikke være alene om dette. Personen var flink til å reflektere rundt hvorfor. OM emosjonelt ustabil PF forteller vedkommende at leger ofte sier: det er ikke noe å

gjøre noe med, slik er det bare, denne personen kommer til å være inn og ut av psykiatrien resten av sitt liv.

Respondent forteller om å oppleve at manglene kunnskap er kjerneproblemet. Spesielt vanskelig er det nok for foreldrene. Som hun opplever som den viktigste målgruppen for å kunne påvirke de unge.

Sykepleieren bekrefter at det er en frykt for diagnoser.

I et best practice tilfelle forteller vedkommende om en familie hvor søsken fikk somatiske symptomer og dermed endte på BUP. Det var nødt til å utvikle seg til noe håndfast før det ble tatt tak i. Etterfulgt av dette fikk familien mer avlastning for å kunne være mer alene med barnet som ikke var sykt.

Leger: trass/sjalusi/ondskapsfullt.

Ønsker kursing, men det eksisterer pr. i dag ingen tilbud om det. Flere medarbeidere har etterspurt kurs og mer hjelp.

Foretrekker nettkurs, som går over lenger periode.

Men også seminargruppe.

## **7.2 BPD-pasient**

### **Demografi**

Kjønn: Mann

Alder: 20-årene

Fikk diagnosen som 18 åring. men kom inn i psykiatrien (BUP) som 12-åring.

Forteller at han alltid har vært krevende. *Så si alle visste noe var feil.* Det var mye frem og tilbake og endte ofte på *“Er bare trollet og vanskelig”*. EUPF ble tidlig mistenkt fra

helsesøster. Men forteller om at han var gjennom så si hele ICD-10 før riktig diagnose falt på plass. **Når intervjuer spør hvorfor, sier han:** Det er nok fordi det er så sinnssykt mye stigmatisering.

**På spørsmål om kunnskap blant fagpersoner sier han:** Det er *veldig variabel kunnskap*. De i psykiatrien *burde vite forbanna mye*. Fastleger har generelt null peiling og stempler meg som “en sånn” som overreagerer og manipulerer.

På spørsmål om hvordan familien er rundt BPD-diagnose:

Familien har aldri hatt en direkte respons, men etter snoking forteller han å ha funnet at de omtaler ham som syk.

Han forteller om hvordan ingen i slekta vil assosieres med en personlighetsforstyrret, mange tror automatisk at man er farlig og forbinder det med det.

Intervjuer stiller så et direkte spørsmål om kunnskap kan bidra til å gjøre ting bedre med familien: Så lenge kunnskapen øker, så blir det ikke så skummelt.

**Intervjuer stiller spørsmål om han har merket noe forskjell på gode og dårlige behandlerne:** De gode er de som tar seg tid. Og som tar i mot det som kommer og venter på at det går over.

De dårlige bagatelliserer det og møter meg som manipulerende og oppmerksomhetssyk.

Om hans egen tidligere kunnskap til BPD: Kun lest på nett, *ikke akkurat lystig lesning*.

**Om ordet personlighetsforstyrrelse:** Det er ganske misvisende. “*Det er ikke min personlighet som er forstyrret, jeg har noen trekk som er forstyrret*”.

**Mot slutten av intervjuet fortelles det litt mer om oppgaven og vi løfter da frem lærere**



**og foreldre som personer til å hjelpe, han sier da:** De burde lære å kunne skille mellom normal og noen som sliter. Slik at man kan få tidlig behandling.

**På spørsmål om hvem han tror det er viktig å påvirke for å få bedring:** Generelt er det nok de som sitter høyt i helsevesenet som ser på oss som "*Sånne pasienter*". Der har de ikke kunnskap. Det nytter ikke hva vi som pasienter sier. Vi har ingen tittel. Folk i systemet vegrer seg. "*Du kan ikke behandle hjertesykdom med insulin*".

Han kjenner til NAPP fra før, men da det blir spurt om hva han tenker om dere oppdrag spør han: *Hva er deres oppgave egentlig?*

**På spørsmål om hva han tenker videre:** Dem har ei tilnærma umulig oppgave, men det er så utrolig viktig at de lykkes.

**Om hvem han tror kan hjelpe:** De burde finne noen med makt som er flink med ord.

Han forteller å google etter symptomer. men det du får opp beskriver han som trist lesning som kun sier noe om hvor manipulerende du er. Det som står i dag, er ikke noe han vil dele med sin familie.

Kunne burde å dele med familie, dersom det var bedre laget.

På spørsmål om han har noe å tilføye:

De gangene jeg har vært lagt inn, har det vært mye forskjellig. - du er manipulerende er en gjenganger.

*Det handler ikke om manipulasjon, men for de fleste av oss med EUPF så har vi en trøblete bakgrunn.* Vi gjør alt for å bli sett, samtidig som vi ikke vil bli sett. Men det siste handler nok mest om hvordan vi blir møtt når vi først blir sett.

– De som skal hjelpe burde hatt noen kontrollspørsmål for å se og forstå bakgrunnen  
Han forteller så at han mottar MBT behandling, men at der han kommer fra xx, var blant de første stedene som fikk MBT utenom Oslo.

Samtalen sklir gradvis over i å handle om diagnoser og holdninger til disse. Han forteller om at de han omgås, ser på diagnosen som noe han ca sliter med. Mens de fleste andre har en “Du er emosjonelt ustabil” holdning.

Avslutningsvis sier han:

*“De som behandler har lett for å se i sort/hvitt, men jeg trodde det var oss som er EUPF som gjorde sånt. Hvordan kan de lære oss å se nyanser da?”*



# Vedlegg 2

## Kvantitative undersøkelser

## 1.0 Utforming av spørreundersøkelse

1 Hvilke av følgende alternativer beskriver best din arbeidssituasjon?



- Jobber i helsevesenet
- Jobber innen psykiatrien
- Jobber i skolevesenet
- Annet

2 Jobber du i et av følgende yrker?



- Psykolog/psykiater
- Psykiatrisk sykepleier
- Fastlege
- Helsesøster
- Lærer
- Jobber ikke i noen av de overnevnte yrkene

3 Har du barn? Ved flere barn: velg eldste sin aldersgruppe.



- 0-7
- 7-14
- 15-18
- 19-23
- 24+
- Har ikke barn

4 Hva er din alder?



- Under 23 år
- 23-34
- 35-49
- 50-66
- 67+

□ 5

Kjønn?

 Kvinne Mann

^

□

Vi vil nå introdusere deg for Trine. Les hennes historie før du svarer på spørsmålene nedenfor.



□



Trine er ei 13 år gammel jente. Moren har vært mye syk under hele oppveksten hennes. På skolen er hun ofte klassens midtpunkt, og de andre jentene omtaler henne som "drama queen". Hun får raskt nye venner, men forblir ikke i venneflokken lenge. Trine blir lett sint og skifter mellom et elsk-/hat syn på de rundt seg.

Foreldrene til andre elever har klaget over at hun kan sende veldig stygge meldinger når hun blir sint. Når dette blir tatt opp med henne, gråter hun og er lei seg, så lover hun at det aldri skal skje igjen. Jentene i klassen har tilgitt henne litt for mange ganger og har den siste tiden fryst henne helt ut.

Noen lærere har i det siste lagt merke til sår og kutt på armene hennes og det går rykter som at hun drikker og røyker mye i helgene på fest med eldre gutter.

□ 6

Vennligst svar på følgende spørsmål om Trine:



	1. Lite	2	3	4	5. Veldig
Hvor plagsomt tror du det er å oppleve å ha Trines problemer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor vanskelig tror du det er å behandle Trines problemer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor sympatisk ville du vært ovenfor noen med denne atferden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvor alvorlig tror du Trines problemer er?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

□ 7

Ville du anbefalt at Trine fikk hjelp?



- Ja
- Nei
- Vet ikke

8 Om noe, hva vil du si er Trine sin primære utfordring eller eventuelt lidelse?




9 Hvor sannsynlig tenker du at følgende personer eller tiltak vil kunne hjelpe Trine?



	1. Ikke veldig sannsynlig	2	3	4	5. Veldig sannsynlig
Ingen behov – dette er en helt normal tenåring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trines lærer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trines venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trines foreldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skolens veileder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trines fastlege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En psykolog/psykiater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hun kan klare å ta seg sammen selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bøker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

▼ Block 3

10 Kjenner du til lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?



- Ja  
 Nei

12 Har du hørt om Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)?



- Ja  
 Nei

## ▼ Block 6

- Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)**  
 er en tjeneste som er etablert for å bygge opp og spre kompetanse på utredning og behandling av mennesker med alvorlig personlighetsforstyrrelser.

Når indre opplevelser om hvordan vi tolker verden, vedvarende og i alvorlig grad påvirker funksjonsnivået negativt, kan det være snakk om en personlighetsforstyrrelse. Dette er en psykisk lidelse hvor lav og ustabil selvfølelse, og problemer i mellommenneskelige relasjoner er mest fremtredene.

- 13 Er du interessert i å lære mer om personlighetsforstyrrelser?

- Ja  
 Nei

## ▼ Block 5

- 14 Ved behov for å lære mer om personlighetsforstyrrelse, hvilke kilder foretrekker du å få informasjon fra?

- Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)  Bloggere  
 Helsedirektoratet  Artikler på nett  
 Støtteorganisasjoner for psykisk helse (Mental helse, Rådet for psykisk helse)  Avisartikler  
 Fagforeninger (Psykologforeningen.no, tidsskriftet.no, psykologforbundet.no)  Er ikke interessert i å lese om denne lidelsen

- 15 Hvor sannsynlig er det at du ville gjort følgende, dersom du eller noen du kjente strevde psykisk

	1. Lite sannsynlig	2	3	4	5. Veldig sannsynlig
Googlet plagene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Googlet lidelsen jeg tror det er	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besøkt hjemmesiden til en støtteforening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snakket med fagpersoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snakket med venner og familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestilt legetime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



16 Er det aktuelt for deg å delta på kurs om personlighetsforstyrrelser? Om ja, hvilke av disse løsningene foretrekker du:



- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heldags konferanse/seminar | <input type="checkbox"/> Kveldskurs   |
| <input type="checkbox"/> Nettkurs                   | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

17 I hvilke kanaler ville du foretrukket å få oppdateringer fra Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri?



- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deres nettside | <input type="checkbox"/> Instagram           |
| <input type="checkbox"/> Nyhetsbrev     | <input type="checkbox"/> Twitter             |
| <input type="checkbox"/> Facebook       | <input type="checkbox"/> Er ikke interessert |

18 Kan du i din rolle, bidra til at unge som sliter psykisk får hjelp?



- Ja, jeg jobber innen psykisk helse
- Ja, jeg kan snakke med foreldre, lærere eller andre som er nær noen som sliter
- Ja, men jeg er usikker på om jeg vil tørre det
- Nei, jeg vil ikke blande meg i andres privatliv
- Nei, fordi jeg ikke har mulighet

19 Er det noe du ønsker å tilføye?



# Default Report

*Bacheloroppgave - spørreundersøkelse*

May 21st 2017, 8:11 pm CEST

## 8 - Om noe, hva vil du si er Trine sin primære utfordring eller eventuelt lidelse?

8. Om noe, hva vil du si er Trine sitt primære utfordring eller eventuelt l...

1. Klarer ikke å regulere følelsene sine
2. Ustabile oppvekstvilkår, vansker med å knytte relasjoner, depresjon, angst
3. Utfordringen hennes er søken etter kjærlighet og oppmerksomhet. Hun søker bekreftelse på sin identitet.
4. Oppveksten. Forholdet til/med moren.
5. Emosjonell regulering, relasjoner
6. Undertrykte følelser og tanker gjennom lang tid, muligens traumer.
7. Personlighetsforstyrrelse. trenger mye oppmerksomhet og bekreftelse, noe hun kanskje ikke har fått hjemme.
8. Tilknytningsproblemer. At moren er syk har gått ut over henne og hun sliter med relasjoner og følelsesregulering.
9. Bipolar lidelse
10. Dårlig og svingende selvbilde. Selvskading. Mulig personlighetsforstyrrelse
11. Behov for å bli sett. Vaksen omsorgsperson.
12. Humørsvingninger a la BP2, med tendenser til selvskading
13. Problemer med å håndtere og uttrykke følelser, samt å ha og ivareta nære relasjoner.
14. At moren er syk
15. Redd for å bli avvist og ikke være god nok for andre I tillegg sørger hun over din mots situasjon og har kanskje skyldfølelse.
16. Mor
17. Omsorgssvikt og mangel på trygghet
18. Bipolar depresjon
19. Syk mor.
20. Relasjonelle vansker
21. Jeg tror Trine har en form for angst.
22. Å bli "venner" med seg selv

- 
23. Personlighet/ adferdsforstyrrelser
- 
24. Å kunne sette ord på følelsene sine
- 
25. Hjemmeforhold
- 
26. Tilknytningsforstyrrelse
- 
27. Personlighetsforstyrrelse
- 
28. At norn viser at de bryr seg
- 
29. Manglende selvsikkerhet og dårlig selvfølelse. Redusert evne til empati.
- 
30. Ho har nok vært veldig bekymret og avreagerer gjennom vennene.
- 
31. Ustabil personlighetsforstyrrelse
- 
32. Trine har et stort behov for å bli sett, hørt og hjulpet. Voksne i nærmiljøet burde ha reagert. Skolen, de nærmeste lærerne MÅ reagere, snakke med Trine, engasjere helsesøster og eventuelt barnevern/bupp.
- 
33. utfordring med å regulere og forså sine følelser, uro i kroppen, mulig bipolar lidelse.
- 
34. Tegn til depresjon, angst og selvskading
- 
35. Trygg og stabil hverdag er Trine sinn største utfordring. Alle barn og unge trenger faste og trygge rammer. Sliter nokk med å måtte være eldre og være mer selvstendig enn hun egentlig burde.. dermed prøver hunn overbevise seg selv og andre ting hun ikke er.. dermed går det ut over konsentrasjon, temperament, vennskap og utstråling.. skulle ønske jeg kunne gitt henne en klem..
- 
36. Tilknytningsproblemer, usikker på seg selv
- 
37. Omsorg og oppfølging
- 
38. Mangel på trygt hjem og trygg omsorgsperson.
- 
39. Behov for oppmerksomheit. Fått for lite heima
- 
40. Behov for å bli sett for den hun er, samtidig som hun hadde trengte trygge voksne rundt seg og trygge rammer i livet.
- 
41. Utrygg tilknytning og vanskeligheter for å stole på andre, kanskje sosial angst og depresjon
- 
42. Tror hun sliter med og sortere og ha en hverdag hvor en du tenker skal være din bauta er syk og hun får mere ansvar og tanker om framtiden
- 
43. manglende selvkontroll og omsorg, ADHD?
- 
44. Hun føler seg lite verdt. Hun har liten tillit til andre mennesker, spesielt voksne på grunn av sine tidlige erfaringer.
- 
45. Depresjon
- 
46. Tilknytningsvansker.
- 
47. Dårlig selvtillit?
- 
48. Selvskader, behov for trygge rammer og omgivelser. Deprimert.
- 
49. Bipolar lidelse
- 
50. Kanskje ADHD, evt bipolar?
- 
51. Hun har måttet vokse opp fort pga manglende foreldre med trygge rammer, drama er den eneste måten hun kan for å føle at hun blir sett
-

- 
52. Hun trenger litt tid og mye oppmerksomhet fra foreldrene
- 
53. Å bli sett, tatt vare på av sin primæromsorgsperson som ikke har fylt den rollen.
- 
54. At hun ikke blir sett og føler trygghet hjemme
- 
55. Trine ønsker å bli sett, et rop om hjelp.
- 
56. Trine trenger kjærlighet og trygghet. Borderline..
- 
57. Hun har kanskje hatt mye ansvar i barndom siden moren var syk og det var mammaen det handlet om, hun har ikke kontakt med sine egne følelser. Tror det er mye frykt siden mammaen har vært syk, hun tørr ikke binde eller stole på andre og vil gjerne bli sett, men samtidig er hun redd for å bli for knyttet.. Hun kutter seg selv eller drikker og slik for å kontrollere å ikke føle det som egentlig er, det er hennes måte å takle følelser på. Det er enklere å kutte seg for å kjenne på den smerten enn hvordan man egentlig har det.. det å være sint på folk rundt seg handler mange ganger om frykt.. oi, vanskelig å sette ord på dette. Man har det liksom klart i hodet, men det å skrive det ned..
- 
58. Veit ikke hva det heter
- 
59. Bipolar lidelse
- 
60. Selvskading, sosiale koder, empati
- 
61. Usikker på seg selv, manglende voksenoppfølging
- 
62. Manglende oppmerksomhet/omsorg hjemmefra, siden mor har vært mye syk. Hun søker derfor oppmerksomhet alle steder hun kan.
- 
63. Mangel på tydelige og trygge omsorgspersoner og derav problemer med selvfølelsen og selvbildet.
- 
64. Tror hun har emosjonell personlighetsforstyrrelse
- 
65. Usikker
- 
66. Utfordringen kan være å håndtere egne følelser rundt mors sykdom, men tenker også det kan handle om relasjonspromblematikk
- 
67. Å føle seg godtatt og trygg på andre mennesker
- 
68. Hennes atferd kan ha flere funksjoner, hun søker oppmerksomhet, kontroll og anerkjennelse på måter som for henne er funksjonell (det foreligger forterkningsbetingelser som oppretholder atferden), men atferdsmønstre peker mot uhendiktmessig atferd som klinisk kan tyde på tilknytningsforstyrrelse.
- 
69. Tilknytningsvansker
- 
70. Selvskading
- 
71. Depresjon, mani, sinne
- 
72. At det er noe hjemme som framprovoserer denne årsaken. Mangel på kjærlig oppmerksomhet kanskje?
- 
73. Mangel på omsorg
- 
74. Usikker på seg selv. Manglende trygge rammer.
- 
75. Ensom het, ikke føle seg bra nok.
- 
76. T høres ut som en jente som har behov for å bli sett litt mer enn det hun får vist. Hennes uttrykk (dramaqueen/ svart/hvitt og selvskading) er ett uttrykk for noe som hun ikke har fått/får bearbeidet. Kanskje har hun hatt mye ansvar for sin syke mor? Kanskje har mammaen vært psykisk syk i mange år?
- 
77. Tydelig oppmerksomhet, og redd for å bli tatt for å være svak, og ikke en av de viktige
-

---

78. Mangel på voksenkontakt / støtte / omsorg
79. Lav selvtillit, lav selvfølelse evt angst/depresjon
80. Å mestre hverdagsfølelsene på en bra måte.
81. Ønsker å bli sett.
82. Det er vanskelig å si noe entydig om dette. Siden det beskrives at Trine har teng til selvskading og at hun har en noe utagerende atferd vil jeg anta at hun streber med vanskelig følelser som hun prøver å dempe gjennom selvskading og atferden. Siden mor har vært mye syk så kan det være at det har handla mye om det og om mor generelt og at det har blitt lite tid til Trine. Det å bli sett er nok viktig for Trine og det virker som om hun søker oppmerksomhet. Barn/unge som føler seg neglisjert e.l streber ofte etter oppmerksomhet, og om den er positiv eller negativ er ikke så viktig. All oppmerksomhet er god oppmerksomhet. hun har åpenbart noe hun sliter med, hva det konkret er er det umulig å si siden vi vet så lite om henne.
83. Lite tro på seg selv/ dårlig selvbilde
84. Omsorgssvikt
85. Hun trenger å bli sett, hun trenger omsorgspersoner som ser henne men også venner. Hun trenger hjelp sosialt, men viktigst trenger hun å bli sett og tatt på alvor.
86. Jeg oppfatter det som at morens sykdom har ført til for lite oppmerksomhet for Trine. Jeg vil også anta at Trine har vært mye bekymret for moren sin. Og jeg vil anta at disse to utfordringene/påkjenningene er noe Trine aldri eller sjeldent har snakket med noen om. Har sett lignende tilfeller i min jobb med ungdom.
87. Selvfølelse, angst...
88. Jeg ser for meg ei som ikke har blitt sett eller møtt på følelsene sine. Ei som søker oppmerksomhet på feil måte, men den eneste måten hun vet hun får oppmerksomhet.
89. Dårlig selvfølelse, mulig atferdsproblematikk eller dårlig/vanskelig familiesituasjon. Tenåring. Selvskader.
90. Å kunne holde på relasjoner over tid og trygghet.
91. Borderline personlighetsforstyrrelse. Tilknytningsproblematikk
92. Tenker at selvskadingen og hennes problemer til å holde på venner i stor grad vil forme henne som person. Venner er viktig i den alderen. Hun har nok mye å tenke på og kanskje hun egentlig ikke har noen hun kan støtte seg til? Hun er i en veldig sårbar alder og bør bli sett og få hjelp til å takle vanskelige følelser...Hadde sikkert vært fint å snakke med en psykolog.
93. Autisme
94. Eksempel om Trine kn vere - mangel på omsorg,Adhd, spiseforstyrrelse, sjølvskading
95. Reguleringsvansker
96. Jeg tror hun har utfordringer med å styre følelser. At hun har en del psykiske utfordringer knyttet til en oppvekst med syk mor.
97. Jeg tror Trine trenger mer oppmerksomhet av voksne, og det av positiv oppmerksomhet. For meg virker det som at Trine tenker "all oppmerksomhet er god oppmerksomhet". Mer skryt av ting henne gjør vil jeg tro hjelper en del på oppførsel. Kanskje ha jevnlig samtale med Helsesøster på skolen
98. Mangel på tilknytning, støtte, kjærlighet, selvfølelse
99. Manglende rammer og stabilitet fra nær omsorgsperson.
100. Det vet jeg ikke
101. Selvskading, lavt selvbilde, manglende trygghet

---

- 
102. Kanskje hun har fått for mye ansvar som barn, iom at moren er syk.
- 
103. Humørsvingande lidingar t.d. bipolar lidelse eller kanskje borderline personlighetsforstyrrelse. Moglegvis sekundært til kosthold?
- 
104. Har et ønske om å bli sett og tatt vare på. Vansker med å opprette tillitsforhold med andre, kanskje redd for å bli skuffa.
- 
105. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
- 
106. Å bygge relasjon pga vanskelig oppvekst.
- 
107. Sliter psykisk pga av syk mor og får derfor mye ansvar og vondt på vegne av moren.
- 
108. Hun blir ikke sett eller hørt
- 
109. Være seg selv
- 
110. Emosjonsregulering, sosial kompetanse, impuls kontroll, oppmerksomhetsbehov.
- 
111. Dårlig selvbilde
- 
112. Deprimert/selvskader. Mulige tilpassningsproblemer, men mest av alt mangel på oppmerksomhet, omsorg og bli sett.
- 
113. Muligens emosjonel ustabil personlihetsforstyrrelse. ADHD
- 
114. Dårlig selvtilitt, trenger mestringsfølelse og aksept. Mulige atferdsproblemer
- 
115. Mangel på stabil voksenperson/mor hjemme å få snakke med. Kan føre til oppmerksomhetstrang, depresjon, et rop om hjelp
- 
116. Blir ikke sett og hørt av voksne rundt seg
- 
117. at moren er syk. kutt og sår
- 
118. Usikker. Blir ikke sett hjemme. Prøver å bli sett
- 
119. Usikkerhet, utrygg og er redd for å miste noen hun er glad i
- 
120. Relasjonsproblemer, problemer med tillit, depresjon
- 
121. Psykiatrisk lidelse
- 
122. Omsorgssvikt? Utrygg tilknytning?
- 
123. Personlighetsforstyrrelser
- 
124. Relasjon til andre. Deprimert, angst.
- 
125. Omsorgssvikt
- 
126. Usikkerhet.
- 
127. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
- 
128. Depresjon og angst
- 
129. Depresjon, angst, dårlig selvfølelse, ambivalent, sensitiv
- 
130. Selvskading og vanskelig for å snakke om ting som er vanskelig
- 
131. Selvskadeing, men det er jo noe som ligger bak.
- 
132. Hvis moren har vært mye syk, har hun kanskje ikke hart overskudd til å være mamma for Trine. Kan ha
-

	vært så ille at det hår under omsorgsvikt.
133.	Depresjon/angst
134.	Angst
135.	Hennes primære utfordring er nok det å være barn av og pårørende til moren som har vært mye syk. Trine lever nok med en del usikkerhet, er svært sårbar og muligens ikke voksenpersoner som kan gi nok omsorg og trygghet. Det å leve med noen som er alvorlig syk eller ofte syk når man er barn fører nok ofte til at deres behov ikke alltid kommer først og de må av og til ta mer ansvar enn nødvendig. En vanskelig situasjon dette og hun trenger hjelp og støtte
136.	Å bli forstått og sett ordentlig
137.	Impulsiv selvdestruktiv atferd, som kan være krevende for andre å holde ut med, noe som desverre kan ende med at andre til slutt trekker seg unna,
138.	Depresjon, utagerende atferd
139.	Trine sine behov er kanskje ikke dekket med tanke på at moren har vært syk hele livet
140.	Adferd og negativ tankemønstre
141.	Selvskading, dårlig selvbilde, omsorgssvikt pga syk mor? Mangler trygge rammer rundt seg
142.	?
143.	relasjonsbygging og tilhørighet.
144.	Synet på sitt egenverd
145.	manglende trygghet og stabile rammer i hverdagen skaper usikkerhet, dårlig selvbilde og utagering.
146.	Traumatisert pga morens sykdom. Ensom med smertene
147.	Liten selvfølelse og på jakt etter egen identitet
148.	Personlighetsforstyrrelse
149.	borderline personlighetsforstyrrelse
150.	Selvskading, personlighetsforstyrrelse
151.	Tilknytning, selvfølelse
152.	depresjon
153.	Sammensatt. Omsorgsvikt, usikker på seg selv, selvskading
154.	Mors sykdom
155.	Dårlig selvbilde
156.	Mangel på oppmerksomhet hjemme, grunnet syk mor?
157.	Feil oppmerksomhet
158.	Følelsesregulering. Personlighetsproblematikk?
159.	Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
160.	Selvskading
161.	Relasjons forstyrrelser /personlighets forstyrrelser

---

162.	Vanskelig forhold til relasjoner
163.	Depresjon
164.	Emosjonell ustabilitet
165.	Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
166.	En "mangelsykdom" som kan føre til ustabil personlighetsforstyrrelse. (mangelen er kjærlighet og TRYGGHET).Måtte vite mer for å si om dette er hennes diagnose/ lidelse. Sannsynligheten for bipolar er også tilstede. (???)
167.	Familie og foreldre
168.	For lite info for å si noe om lidelse men at hennes største utfordring kan være hennes løsningsstrategi på motgang/problemer. Dette må tas tak i av familie og profesjonelle
169.	Får ikke adekvat oppmerksomhet rundt sin sorg
170.	Atferd
171.	Selvskading
172.	Stresslidelser grunnet mors sykdom. Selvskading og skadelig selvbilde som påvirker hvordan hun behandler seg selv og andre.
173.	Angst og depresjon
174.	Omsorgssvikt og behov for bekreftelse og følelsesregulering
175.	Her må man jobbe med hele familien.
176.	Tilknytning
177.	Hun er et barn av ei syk mor og trenger å bli sett. Hun bærer antakelig på mange vonde sannheter om forhold i hjemmet som hun ikke tør meddele andre
178.	Dårlige mestringsstrategier, mulig personlighetsforstyrrelse
179.	Teine trenger noen som kan lytte til henne og hvordan hun har det!
180.	Emosjonell ustabil personlighetsforst
181.	Emosjonell ustabil pf?
182.	Tilknytningsforstyrrelse, emosjonell ustabil fungering
183.	At få hjelp er Trines primære utfordring
184.	Ikke fått snakket om morens sykdom
185.	Positiv oppmerksomhet fra en voksen
186.	Vanskelige oppvekst
187.	Selvskading
188.	Å bli sett i hverdagen av medelever og voksne
189.	Trine trenger anerkjennelse og bekreftelse
190.	Det er noe hun ikke får til i det sosiale samspillet med jevnaldrende. Det kan være en eller annen form for diagnose, men det kan også være utløst av tidligere erfaringer eller traumer.
191.	grunnet morens avvikende atferd under oppveksten, veil jeg tro Trine har problemer med å skape og

---



	holde nære relasjoner spesielt til jevnaldrende. Som lærer ville jeg kontaktet moren, kontaktet sosiallærer på skolen, og henvist henne til BUP for en eventuell utredning og videre oppfølging.
192.	Behov for stabilitet, forutsigbarhet og rammer. I tillegg trenger hun noen å snakke med.
193.	mangel på kjærlighet
194.	Mangel på klare regler og omsorg fra voksne. Følelsen av at noen er der uansett om man feiler, men også stiller krav. Mangel på rollemodeller som er glade i seg selv og respekterer seg selv.
195.	Selvskading. Dårlig selvbilde. Trenger oppmerksomhet fra trygge voksne/miljøterapeut/helsesøster som kan veilede
196.	Bli anerkjent, sett på gode ting. vite at hun betyr noe. sette ord på følelsene sine.
197.	Redd for morens sykdom, vanskelig for å knytte seg til andre personer.
198.	Vansker med binde seg til noe, å kontrollere og uttrykke følelser, selvskading er blant de
199.	Mangel på oppmerksomhet, ta ansvar for tidlig, engstelse for mor
200.	Vansker med å skape gode, langvarige relasjoner
201.	At moren er syk
202.	Hun trenger hjelp til å takle sin mors lidelser som har gått utover henne. Hennes atferd vil jeg si er lært av hennes mor. Hun trenger hjelp til å sortere sine tanker rundt dette.
203.	Tilknytningsskadet
204.	Vonde og vanskelige opplevelser hjemme, for lite oppmerksomhet hjemme - tilknytnings-/relasjonsvansker. Søker oppmerksomhet hos det annet kjønn/i uheldige situasjoner pga ønske om å bli sett/tomhet/ensomhet?
205.	Angst, sosialangst, usikkerhet
206.	Trygghet
207.	Relasjoner og selvfølelse. Noe hjemme som plager henne?
208.	Selvtillit, å stole på andre, å bli akseptert
209.	Selvskading og vansker med relasjoner sier noe om hvor vanskelig Trine har det.
210.	Selvskading er alltid et rop om hjelp, og det at hun hele tiden får nye venner og "bruker opp" vennskap, og har ingen stabile forhold over tid.
211.	Tilknytningsvnsker og tillitsforhold
212.	Emosjonelle vansker
213.	ensomhet, sinne
214.	Trenger å bli "sett" og møtt med anerkjennelse
215.	Casen gir for lite informasjon, og etterlater mange ubesvarte spørsmål. Potensiell omsorgssvikt, psykisk karakter.
216.	Adferd/ bipolar/ selvskading
217.	Trine har behov for å bli "sett"
218.	Ensomhet, sorg , savn
219.	Vanskelig å si siden vi ikke får vite mer om Trine sin familie. Er Trine og mor alene i heimen har nok Trine alt for lenge og mye kanskje tatt seg av mor, og ingen tatt seg av henne. Får reaksjon av dette og

	utagerer på skolen og ellers slik at hun får oppmerksomhet. Om oppmerksomheten ikke er helt bra spiller nok mindre rolle for Trine i hennes situasjon, bare noen SER henne ei lita stund. Vet ikke om Trine også kan være relasjonsskadet, alt etter sykdom til mor det da..... Trine er nok ei jente som skulle fått voksenhjelp med mor, og hjelp selv for å "falle på plass" som barn og tenåring.
220.	Emosjonelle/ psykososiale problemer og selvskading
221.	Angst, redd for å knytte seg for tett til andre
222.	Syk mor, vanskelige følelser rundt det + behov for å være i fokus?
223.	Å bli sett
224.	Tilknytning
225.	Manglende støtte og trygghet i hjemmet. Liten grad av speiling. Ønsker om å bli sett for den hun er. Tilknytningsproblematikk. Mitt svar tar utgangspunkt i mor sin manglende tilstedeværelse. Trine er nok også ei jente som må bli tidlig voksen.
226.	Hun har kanskje skulle bli voksen litt for tidlig
227.	Mangel på sinnekontroll, impulsstyrt, bipolar, emosjonelt ustabil
228.	Å takle hjemmesituasjonen
229.	Psykososiale vansker
230.	Omsorgssituasjon/sosial kompetanse/selvfølelse
231.	Trist. Emosjonelt ustabil
232.	ikke tilstedeværende foreldre. Må være omsorgsperson.
233.	Utrygghet omkring hennes nærmeste omsorgspersoner
234.	Samspillsproblemet
235.	Depresjon eller bipolær lidelse. Problemer med å stole på folk
236.	Sosial kompetanse og hjemmesituasjon
237.	Trines forhold til sin syke mor og evt mangel på oppfølging som mindreåring pårørende.
238.	Trenger å bli sett. Engstelig fordi mor er syk, trenger trygghet. Jeg diagnostiserer ikke - jobber i PPT
239.	Tilknytningsvansker
240.	Hun vil bli sett av voksne
241.	Tilknytningsproblemer
242.	Ut i fra hva jeg har lest tenker at pga. mors sykdom så har Trine kanskje ikke fått love til å være barn på den måten barn skal. Kanskje har hun måtte ta mye ansvar, fått lite oppmerksomhet, osv. I tillegg må hun jo også takle at moren er, kanskje alvorlig, syk. Alt dette kan resultere i mange ulike følelser som er vanskelig å takle,, og kanskje har hun ikke fått den støtten hjemmefra pga. mors sykdom, noe som har resultert i det som har blitt hørt/observert på skolen.
243.	Hun har det vondt, behov for å bli sett og føle tilhørighet, men vet ikke hvordan.
244.	knytte seg til andre? stabilitet? dårlig selvfølelse/ lite trygghet innvendig
245.	Depresjon

- 
246. Fysisk bedriver hun jo selvskading, men jeg tenker at det skyldes sikkert en kombinasjon av ulike ting. Ut i fra det lille jeg vet om Trine, tenker jeg at dette er ei usikker jente som nok trenger å oppleve å bli sett på en positiv måte. At hun har mange bekymringer for moren, kanskje vært mye redd. Vanskelig å vite før man har pratet med ho. Men, å gi Trine trygghet...både i fht å tro på seg selv, selvfølelse, og positiv oppmerksomhet...det tror jeg ville gjort Trine godt.
- 
247. Det er svært mye som kan ligge til grunn for nettopp denne type adferd. Akkurat hva som ligger bak vil egentlig også være avgjørende for alvorlighetsgraden. Det kan være usikkerhet, dårlig selvtillit, lite bekreftelse fra de rundt seg. Og omsorgssvikt og overgrep kan også gi denne adferden.
- 
248. PF
- 
249. ADHD med selvskading
- 
250. ADHD
- 
251. Stol på de som vil hjelpe deg. Lykke til
- 
252. Manglende omsorg av trygge voksne.
- 
253. Hun trenger kanskje å få snakke med noen om sine følelser, lære å sette ord på det som er vondt og vanskelig. Trenger å vite at noen er glade i henne, få omsorg, bekreftelse, anerkjennelse og oppmerksomhet. Jeg ville ikke satt noen lidelse på dette tidspunktet.
- 
254. relasjoner, (ektefølt selvtillit -respekt for andre)
- 
255. Antageligvis tilknytningstraumer eller for lite emosjonell omsorg i oppveksten. Siden jeg selv har egenerfaring med borderline er det lett for meg å tenke at hun kan utvikle dette, men det kan helt klart være andre lidelser som er aktuelle. Det viktigste blir jo å møte henne som person.
- 
256. Miljøarv/komplekse traumer - å anbefale behandling kan være risky, fordi mange i helsevesenet ikke kjenner til mekanismene i å vokse opp og leve under slike forhold. Således kan "behandling" fra en velmenende hjelper gjøre vondt verre, sett at hun ble tilbudt eksempelvis atferdsterapi, hvilket indikerer at det er atferden som er problemet. Da blir beskjeden en befestning av en kanskje allerede godt innarbeidet "alt er bra, det er bare jeg som er feil". Hva som her beskrives kan lett fragmentere et menneske inn i det sårbare, det normale og det "diktatoriske" - ulike sider man ikke har kontroll over og som gir seg til kjenne ved visse triggere. Disse er viktige at både andre og mennesket selv anerkjenner - og tåler. Alle delene har sitt å si og er viktige å arbeide med for at vedkommende skal kunne bli et helt og tilfreds menneske. Å diagnostisere et menneske i en slik livssituasjon mener jeg blir helt feil. Dessuten er det en jente på 13 år - hvilket gjør det enda mer intrikat; hun er i en fase der løsriving og opprør er viktig. Hjernen er også i stadig utvikling - mennesket er ikke statisk, i motsetning til psykiatriske merkelapper, som har en tendens til å befestes seg.
- 
257. Usikker identitetsfølelse
- 
258. Familie situasjonen, psykolog kan kanskje hjelpe.
- 
259. Vanskelige hjemmeforhold
- 
260. Sosial og relasjonelle utfordringer
- 
261. Emosjonelt ustabil, hun har det nok veldig vondt psykisk og prøver å "selvmedisinere/dempe smerte" ved å påføre seg selve n konkret smerte (kutt) og rømme unna ved alkohol.
- 
262. Tidlig tegn på potensiell personlighetslidelse. Hun er på et destruktiv sti og trenger omsorg og støtte til å kunne ta gode valg
- 
263. Trines selvbilde
- 
264. Adhd og depresjon kan være noen tegn på det trine kan slite med
- 
265. Adhd, borderline
-

---

266.	Psykisk av et eller annet slag
267.	Selvskading utløst av tilknytningsproblematikk
268.	relasjons problemer
269.	Utrygg. Angst og depresjonslidelser
270.	Å takle morens sykdom
271.	At hun ikke har fått trygg og nær omsorg i oppveksten fordi morens problemer har overskygget fokuset på hennes utvikling
272.	Dårlig selvtillit og empati
273.	Omsorgssvikt hjemme
274.	Bærer på noe vondt, får ikke satt ord på.
275.	Hun trenger å bli sett og verdsatt for det hun er god på
276.	Sårbarhet
277.	Dårlig oppfølging hjemme og på skolen. Regulering av følelser
278.	her er det mulig å tenke seg til flere grunner til Trines oppførsel men først og fremst tenker jeg at hun kanskje ikke har blitt sett i oppveksten på flere plan da fokuset kanskje har vært på morens sykdom. Det fremkommer ikke hvor faren er eller har vært i bildet men la oss si at han har vært til stede, så har kanskje pappaen også hatt fokuset på moren/ holde familien over vannet. Trine har også kanskje utfordringer med tilknytning til andre mennesker og kanskje hun også ikke har fått hjelp til regulering av egne følelser/bekreftelse osv.
279.	Udekket behov for oppmerksomhet, å føle seg sett.
280.	Primær utfordring usikker på seg selv, trenger omsorg
281.	Tilhørighet, tilknytning
282.	Tegn til emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller andre problem med å håndtere følelser. Mulig omsorgssvikt.
283.	Med en syk mor, og det blir ikke nevnt noe om far derfor antar jeg at vedkommende ikke er i bildet. Jeg ville tenkt at en type omsorgssvikt ligger i grunn. Det er uvisst om det står på vilje fra mor, men utifra hva jeg tenker står det kanskje på mulighet pga sykdom. Moren har antageligvis stått i sentrum pga sykdom. Det legger en stor last på et barn.
284.	Vanskligheter hjemme, vanskelig å få venner og holde på dem. Blir så dårlig at hun skader seg selv. Sliter mye psykisk og trenger absolutt å få hjelp.
285.	Emosjonelle utfordringer, selvskading, mulig rusproblematikk
286.	Manglende impuls kontroll, dårlig selvbilde, vansker i oppveksten
287.	Ustabil på noe måte? Opplever ikke trygge rammer og god omsorg i hverdagen, blir usikker.
288.	Ustabil emosjonelt, ikke blitt sett i oppveksten/trauma
289.	Kan jo være mye, men vil tenke at dette er bivirkninger av ikke å ha blitt sett nok i oppveksten. Slik oppførsel kan også være tegn på alvorlige psykiske lidelser som depresjon, personlighetsforstyrrelser og etc
290.	Hun ber om å bli sett
291.	Problemer hjemme/ bekræftelse/ nærhet/ for mye ansvar

---

292.	tilknytningsproblemer
293.	At hun ikke ser sin egen verdi
294.	Følelsesregulering
295.	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selvskading og rusproblematikk
296.	Personlighetsforstyrrelse
297.	Familieforhold, stabilt hjem
298.	Det kan være så mye. Vanskelig å svare ut fra det lille jeg vet
299.	Tilknytningsproblemer
300.	lite oppmerksomhet
301.	Selvskading, depresjon, selvhat og angst
302.	Siden jeg ikke har helsefaglig bakgrunn, er det vanskelig for meg å uttale meg om det
303.	Måtte vite mye mer om Trine for å avgjøre det.
304.	Manisk despeessiv
305.	Mangel på voksen tilstedeværelse og å bli sett.
306.	Sinnemestring. Emosjonell ubalanse
307.	Hun har en normal reaksjon på en vanskelig livssituasjon, og risikerer å bli sykliggjort i stedet for å få hjelp som hjelper.
308.	Mangel på klare grenser under oppvekst. Oppmerksomhetssøkende/ mangel på empati.
309.	Utfordringen er vel å takle at mor er syk.
310.	Å ikke bli forstått
311.	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
312.	Hun trenger å bli sett, og verdsatt, og få kjærlighet. Ikke trenge å føle at hun har ansvar for sin egen mor
313.	

## 19 - Er det noe du ønsker å tilføye?

1. Er det noe du ønsker å tilføye?

2. Jeg synes det er litt raskt å hoppe fra en case om en 13 åring til pf lidelse. En 13 åring sliter med hormoner, og er under utvikling. Det vil derfor være feil å sette diagnose når man ikke er utviklet enda. Lykke til med studier. 20 år innen psykiatrien og jeg blir aldri lei

3. Er pensjonert

4. Nei

5. Nei

6. Alle må vi tørre og vise at vi bryr oss om! Vi må tåle å bli avvist og prøve igjen!

7. Dette er et veldig viktig tema, nå til dags da samfunnet krever kun "perfekte" mennesker

8. Flott undersøkelse om et voksende problem i samfunnet blant barn og unge

9. Har jobbet med tilknytning til ungdomspsykiatri og barnevern i 26 år, men går snart av med pensjon.

10. At alle barn som har psykiske problemer må få hjelp så fært som mulig

11. Bra undersøkelse :-)

12. På spm 18: Ja, jeg jobber som lærer og kan snakke med foreldre/henvise videre til PPT eller BUP.

13. Har selv personlighetsforstyrrelse

14. Med snart fullført bachelorgrad i sosialt arbeid ser jeg at jeg i min rolle kan bidra til at unge som sliter får hjelp avhengig av hvor jeg arbeidet. Aktuelle arbeidsplasser kan være barnevern, skole, nav o.l. hvor jeg både kan treffe personen det gjelder, men også foreldre, lærere eller andre nære.

15. Har mange kurs i krisepedagogikk, og bruker man ikke øynene, ser man ikke skogen for trær.

16. Jobber i ambulansen. Det opplever vi mye av spesielt unge jenter som sliter med psyken. Veldig vanskelig å kommunisere på "rett måte" med disse stakkars unge menneskene. Prøver så hardt det går men det er ikke enkelt alltid. Hjerteskjærende igrunn!

17. Er barnevernspedagog, det kom ikke frem under alternativene.

18. Nei

19. Nei

20. Økt kompetanse blant lærere. Få det inn under utdanningen for det er viktig at det blir tatt tak i tidlig. Mange unge kommer å sier "skulle ønske noen så meg"

21. Stå på

22. Dette er et vanskelig tema, og veldig sårt. Er vanskelig å vite hva som er rett vei å gå.

23. Jeg jobber ikke direkte i psykiatrien, men jobber som sosionom på NAV og har mange brukere som sliter psykisk. Hadde sårt hatt behov for mer kunnskap rundt psykisk helse. Mitt inntrykk er at det er vanskelig å få dokumentert en slik sykdom, så ender det med at du heller blir kastet rundt i systemet. Opplever også at noen, hva skal jeg si.. har en opplevelse av at de har det fælt, og tenker at det beste (i forhold til min jobb) er å få seg AAP eller uføretrygd. Jeg mener at mange av disse hadde hatt behov for å jobbe, om ikke 100%, men noe. For å ha noe å gå til, det sosiale ++

- 
24. Viktig tema! Selv vokst opp med en psykisk syk mamma, men lite informasjon!
- 
25. Det var ingen gode alternativer for meg på spm 18; jeg jobber med alvorlig kronisk syke barn, barn som ikke er forventet høy levealder. Og en stor del av min jobb er i tillegg til å ivareta barnet som er sykt er å trygge foreldre og eldre/ynge søsken med å bearbeide og det å leve med et alvorlig sykt familiemedlem og jeg har gjennom det anbefalt foreldre å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten eller formidlet kontakinfo for å gi søsken samtaler osv så bidrar på en måte til at unge som sliter får hjelp.
- 
26. Vi er litt i den situasjonen selv, og det er faktisk ikke så enkelt å få hjelp til barn. Vi har måtte gått via fylkesmann/lege for å få råd.
- 
27. Nei
- 
28. Spm 18 har for få valgmuligheter- ville konfrontert direkte gjennom å anbefale evt fastlege eller psykologtjeneste
- 
29. Lykke til
- 
30. Flott at dere har fokus på personlighetsforstyrrelse
- 
31. Lykke til
- 
32. Jeg jobber i en av de større studentsamskipnadene i Norge; med kommunikasjon og digitale medier. Jeg har ikke direkte kontakt med studenter som sliter eller som er i faresonen, men generelt tror jeg mange innafor denne type organisasjon, som har ansvar for studentenes velferd, vil være interessert i å vite og lære mer om hva vi kan se etter/ hvordan vi kan hjelpe.
- 
33. Gi mer og konkret opplæring til skole/lærere de er det svake punkt ift fysiske lidelser
- 
34. Familieterapi hos FNe på OUS
- 
35. Dette er viktig for alt helsepersonell, midtreårige barn som pårørende finnes over alt. Det er vitenskaplig bevist at barn som pårørende av særlig psykisk syke og av alvorlig og somatisk sykdom selv er utsatt for psykiske problemer om de ikke får oppfølging, informasjon og den hjelpen de behøver når sykdom rammer voksne i nær relasjon. Synes det var synd at dere ikke hadde et alternativ for "sykepleier" innenfor yrke, da alle sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har minimumsrammer og lovpålagte krav når det kommer til oppfølging/varsling/oppfangning av barn som pårørende. Viktig og spennende tema, lykke til!
- 
36. Jeg er Sykepleier i somatikken, dette burde indgå som svarmulighet
- 
37. Kan hjelpe ved å måle hvilke næringsstoffer hun mangler ihht livssituasjon pågått over tid
- 
38. Ernæring får altfor lite fokus ifm mental helse. Mange diagnoser blir borte når mage-/tarmproblematikk tas hånd om.
- 
39. Det mangler et svaralternativ på spm 18. Her ville jeg svart- Ja, jeg jobber i skolevesenet og er i direkte kontakt med eleven, andre lærere, medelever, helsesøster og rådgivere
- 
40. At denne undersøkelsen burde spille på følelser i langt større grad, for å skape engasjement og ønske om å lære mer.
- 
41. Slike kurs etc burde vært obligatorisk for alle som jobber med mennesker
- 
42. Ja, synes punkt 18 mangler et svaralternativ. Jeg er lærer og har hjulpet elev til å få hjelp og vært samtalepartner både for elev og heim. Derfor kan ikke jeg svare på noen av alternativene siden det ikke fantes..... D synes jeg var dumt. En kan hjelpe selv om en ikke jobber innen psykisk helse!!!!
- 
43. Helesøster er en uvurderlig person på skolene for elever som trenger noen å snakke med. Dere burde hatt med noen spørsmål om denne rollen også.
- 
44. Jeg jobber i ppt, som er en viktig instans rundt barn som sliter. Vi brukes ofte til veiledning til skole etc, i tillegg til tiltak på skole hvis barnet strever faglig.
- 
45. Som lærer vil jeg snakket med eleven, oppfordret eleven til samtaler med sosiallærer/ helsesøster/ foreldre evt lærer eleven godkjente. Valgte eleven meg ville jeg spurt om det var Ok at jeg formidlet videre, evt ikke: rådført meg med fagpersoner.
-

- 
46. fant ikke noe bra alternativ på spm 18
- 
47. Fint med fokus på psykisk helse, men litt skeptisk til å gi alt en diagnose. For Trines del skyldes kanskje utfordringene en noe mangelfull "verktøykasse" for øyeblikket. Å få en psykisk diagnose kan kanskje bli litt voldsomt, når det man heller trenger er å bli sett og få trygghet på at man er verdifull. Få økt selvfølelsen.
- 
48. Jeg snakker fortrinnsvis med ungdommen som sliter fremfor alle rundt. Selv om jeg ikke jobber innenfor de relevante yrkene.
- 
49. Er pårørende til en som sliter. Erfaring tilsier at diagnosen personlighetsforstyrrelse er stigmatiserende, og signaliserer at her er det ikke håp for bedring. Begrepsbruk fra helsepersonell er ofte: jentene våre, svingdørspasientene og de vokser det nok av seg.
- 
50. Lykke til
- 
51. Takk for jobben NAPP gjør.
- 
52. Jeg arbeider ikke, men jeg vet at jeg har en sjans til å påvirke hva som er rundt meg. Det gjelder også mennesker som den 13 år gamle jenta; det handler om se de vi har rundt oss og å møte dem på riktig. Jeg er takknemlig for hva livet har lært meg - den her vissheten om at mennesket og dets liv er like komplekst som antallet vi er på jorda. En ydmykhet er hele grunnstenen for å hjelpe et annet menneske; man må vite hvor lite man vet - at det her mennesket har sin egen plass og at oppskriften fra eget eller andres liv med all sannsynlighet er lite overførbart. Som Kierkegaard sier det; skal man lede et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst finne ham der hvor han er. Da krever det at man bruker hodet, lytter og ser med åpne øyne. Hvis du "vet" du kjenner terrenget, for du har gått det før, da har du ikke sjans til å finne fram til den her personen. Kartet ser kanskje likt ut, men hører til en helt annen verden.
- 
53. Jeg er sykepleierstudent, som tidligere har studert litt psykologi og har jobbet noen år innen psykisk helsevern. I min erfaring er det alt for lite kunnskap om personlighetsforstyrrelser blant allmennheten.
- 
54. Sitter som erfaringskonsulent for NAPP og Landsforeningen mot seksuelle overgrep
- 
55. Viktig å huske at hvordan barn har det hjemme påvirker et menneske veldig mye. Ikke sikkert hun har en diagnose. Å få hjelp til f eks å takle morens sykdom, kan noen ganger være nok, hvis hjekpen settes inn tidlig nok. Jeg meber at det er feil å og alltid sette diagnoser, spesielt på barn som lever med foreldre som er syke og elsker sliter ned rus.
- 
56. Jeg tror ikke det alltid er diagnoser som er svaret på adferdsproblemer.
- 
57. når det gjelder spørsmålene og svaralternativene i undersøkelsen så måtte jeg svare etter det som ble oppgitt. Likevel vil jeg påpeke at det avhenger av situasjonen og relasjonen av den syke om hva utfallet mitt ville blitt.
- 
58. Innen rusfeltet der jeg jobber har vi mye fokus på personlighetsforstyrrelser og spesielt EUPF
- 
59. Tenker nok at dette er noe som burde bli belyst og opplyst om i større grad på ungdoms- og videregående skoler av helsesøstre, miljøarbeidere og lærere.
- 
60. Nei
- 
61. Vi burde vært mye mer opplyst om psykiske probøemer. Det burde vært nærmest et fag i skolen som lærte oss om dette for så viktig er det. Det er faktisk veldig lurt å spre det på både facebook og twitter slik at alle får det med seg. Det er der de fleste bruker tiden sin daglig eller fritiden sin. Dette er et så utrolig viktig tema. Mange selvmord kunne vært unngått og mange kunne fått tidligere hjelp via skolen om lærere og medelever var mer obs på slike lidelser. Jeg har en lillebror som oppdaget at en medelev var i psykose. Takket være han så fikk hun god hjelp og hun takket han selv senere. Ingen av lærerne eller foreldrene så det selv.
- 
62. Veldig god undersøkelse. Jeg har selv en diagnose og jobben dere gjør er viktig.
- 
63. Mennesker viser typisk signaler når de grunnleggende psykososiale kårerne har mangler. Det kan være skjebnesvangert å overse slike mangler ved personens status og rolle i sitt sosiale miljø. Jeg ville fokusert mest på å forstå personen ut fra sin historikk og nåtidige sosiale status og sosiale trivsel om jeg skulle trå
-



---

støttende til.

---

64. Unngå medisiner untatt for søvn

---

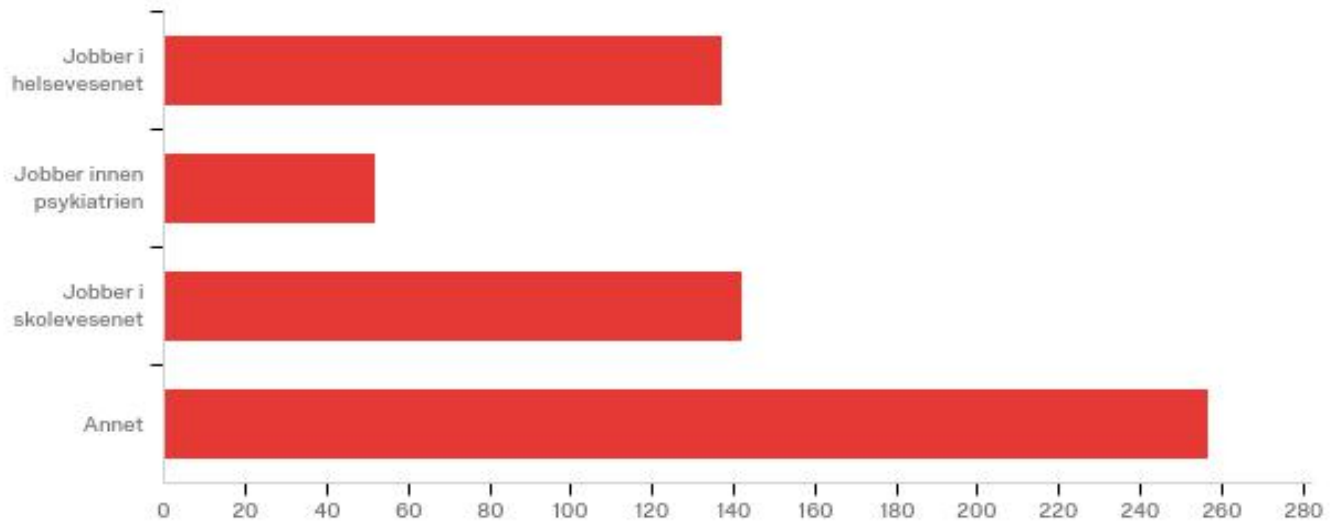
65. Veldig bra at dere setter fokus på dette

# Default Report

Bacheloroppgave - spørreundersøkelse

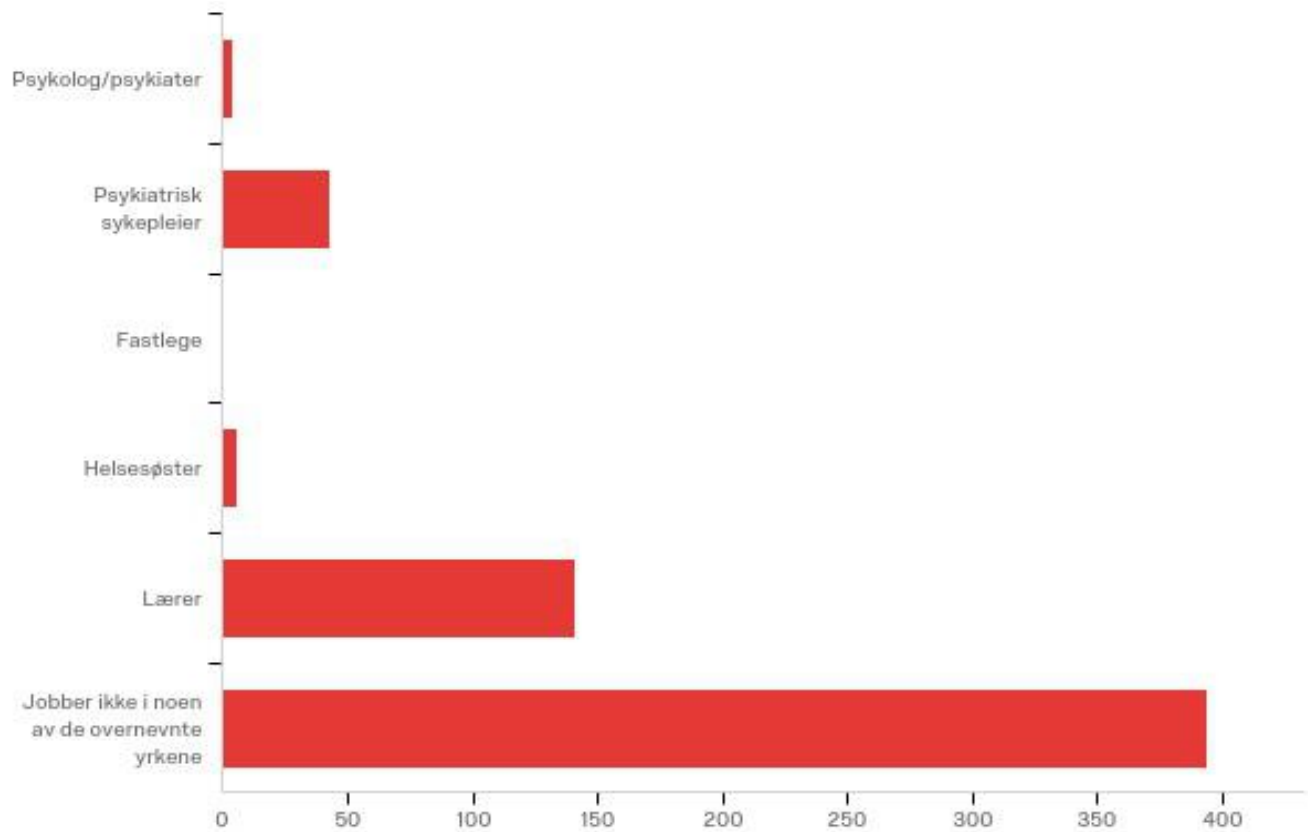
May 21st 2017, 8:10 pm CEST

## 1 - Hvilke av følgende alternativer beskriver best din arbeidssituasjon?



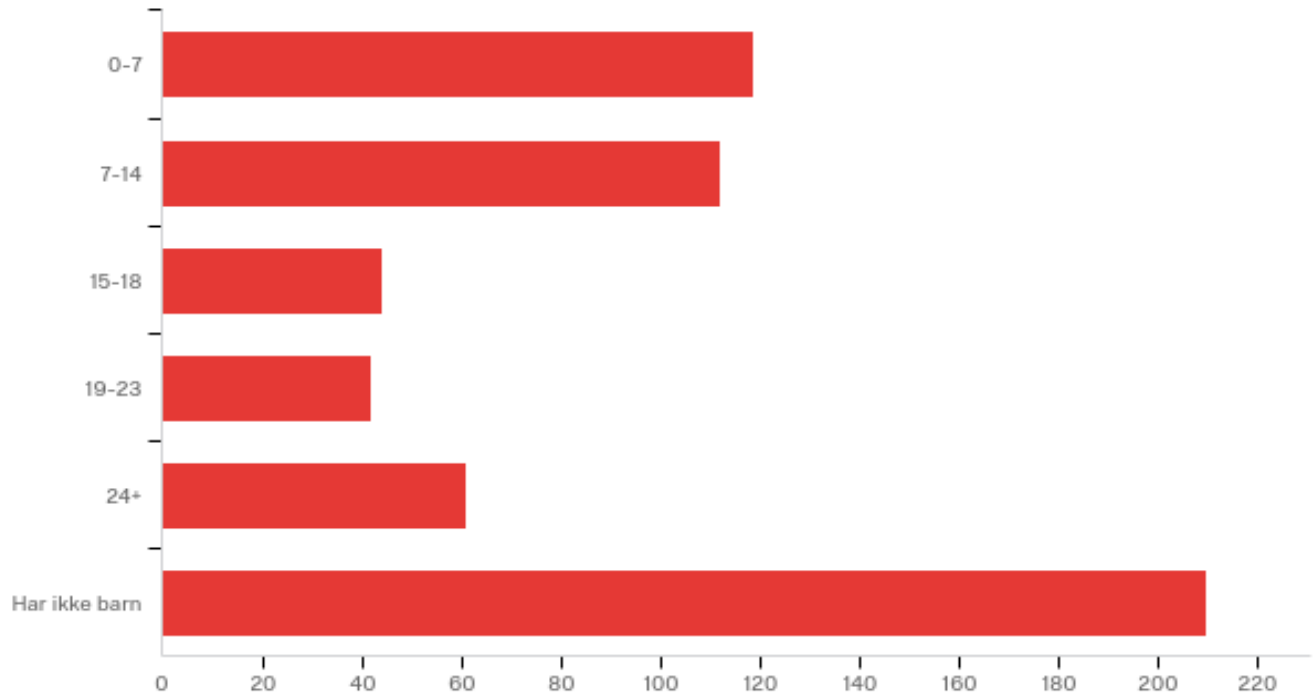
#	Answer	%	Count
1	Jobber i helsevesenet	23.30%	137
2	Jobber innen psykiatrien	8.84%	52
3	Jobber i skolevesenet	24.15%	142
4	Annet	43.71%	257
	Total	100%	588

## 2 - Jobber du i et av følgende yrker.



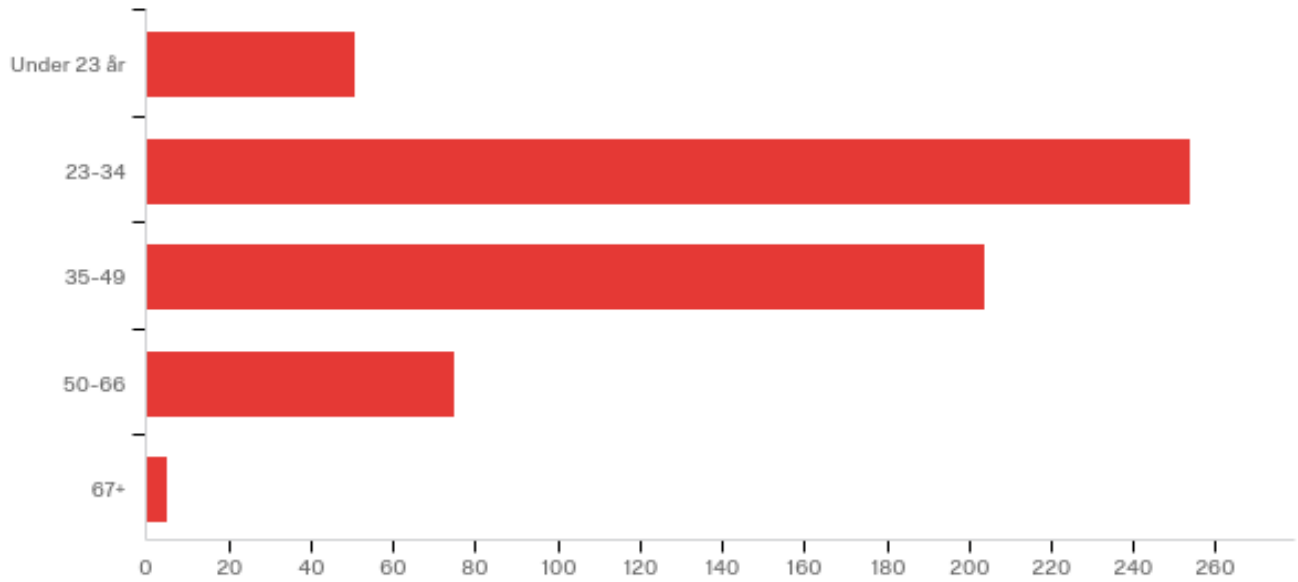
#	Answer	%	Count
1	Psykolog/psykiater	0.68%	4
2	Psykiatrisk sykepleier	7.31%	43
3	Fastlege	0.00%	0
4	Helsesøster	1.02%	6
5	Lærer	23.98%	141
6	Jobber ikke i noen av de overnevnte yrkene	67.01%	394
	Total	100%	588

5 - Har du barn. Ved flere barn, velg eldste sin aldersgruppe.



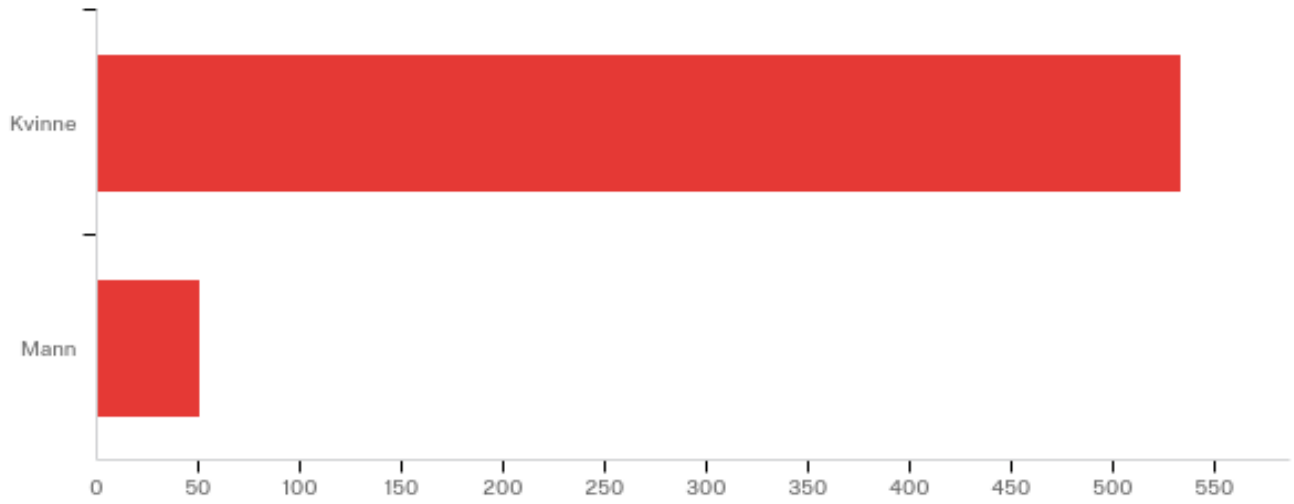
#	Answer	%	Count
1	0-7	20.24%	119
3	7-14	19.05%	112
4	15-18	7.48%	44
5	19-23	7.14%	42
6	24+	10.37%	61
7	Har ikke barn	35.71%	210
	Total	100%	588

## Tilfyller alder.



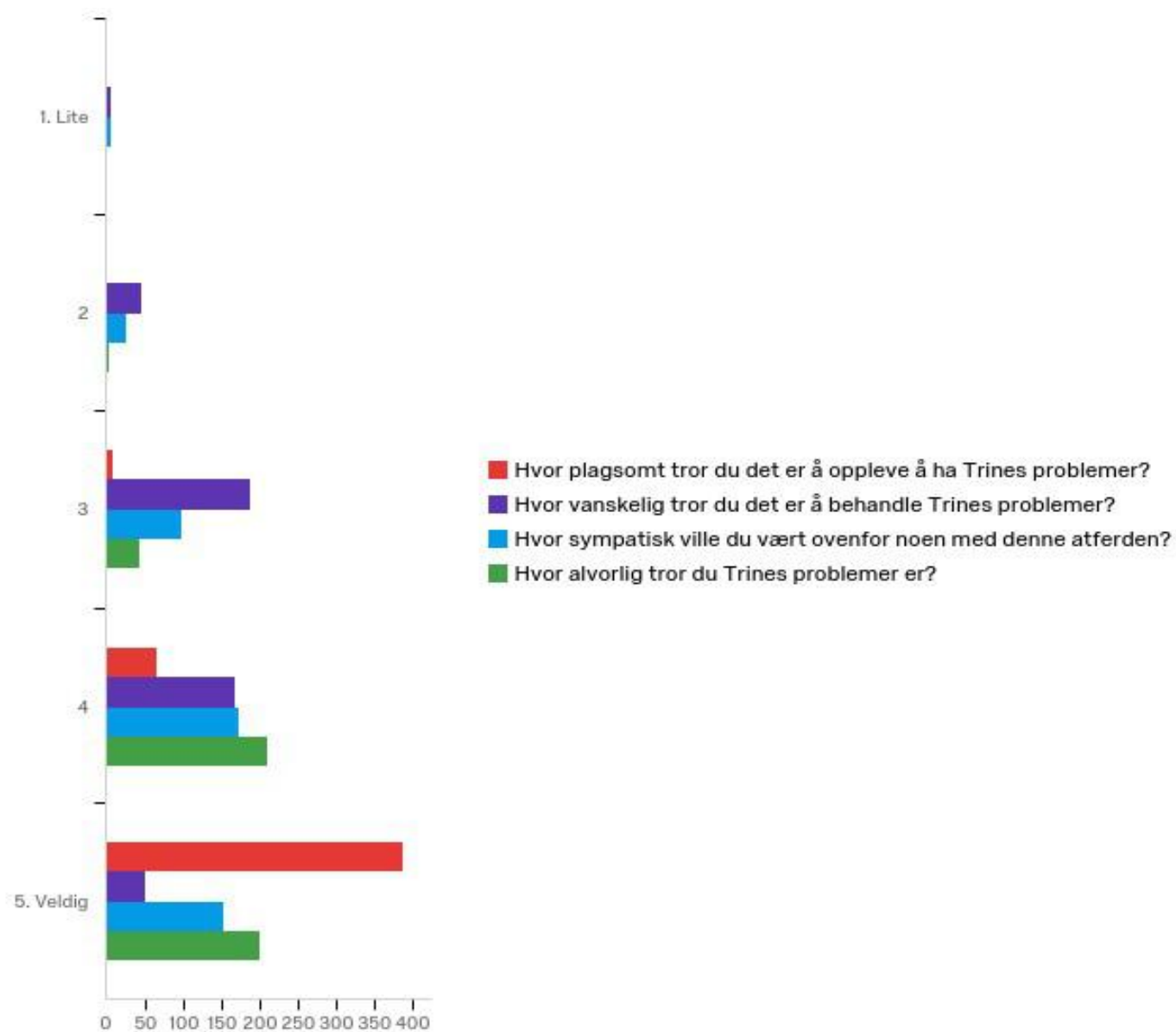
#	Answer	%	Count
1	Under 23 år	8.66%	51
2	23-34	43.12%	254
3	35-49	34.63%	204
4	50-66	12.73%	75
5	67+	0.85%	5
	Total	100%	589

Spørsmål.



#	Answer	%	Count
1	Kvinne	91.28%	534
2	Mann	8.72%	51
	Total	100%	585

6 - Vennligst svar på følgende spørsmål om Trine.

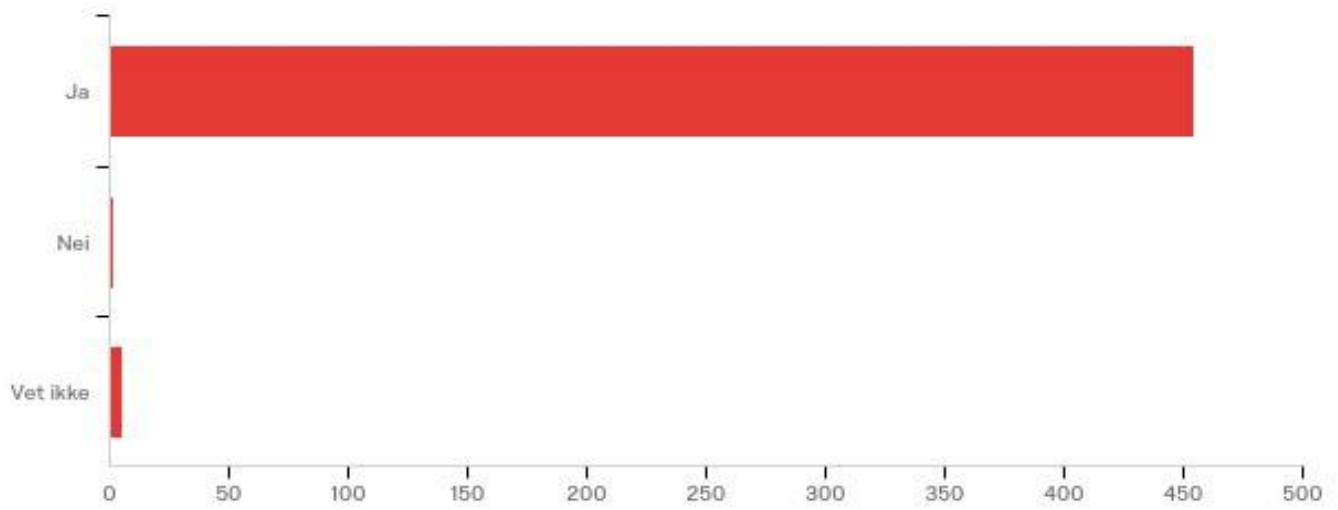


#	Question	1. Lite	2	3	4	5. Veldig	Total					
1	Hvor plagsomt tror du det er å oppleve å ha Trines problemer?	0.00%	0	0.22%	1	1.74%	8	14.32%	66	83.73%	386	461

	mer?											
2	Hvor vanskelig tror du det er å behandle Trines problemer?	1.30%	6	10.22%	47	41.09%	189	36.52%	168	10.87%	50	460
3	Hvor sympatisk ville du vært ovenfor noen med denne atferden?	1.31%	6	5.90%	27	21.62%	99	37.55%	172	33.62%	154	458
4	Hvor alvorlig tror du Trines problemer er?	0.00%	0	0.66%	3	9.39%	43	46.07%	211	43.89%	201	458



7 - Vil du anbefale at andre ikke hjalp.



#	Answer	%	Count
1	Ja	98.70%	455
2	Nei	0.22%	1
3	Vet ikke	1.08%	5
	Total	100%	461

## 8. Om noe, hva vil du si er Trine sitt primære utfordring eller eventuelt lidelse.

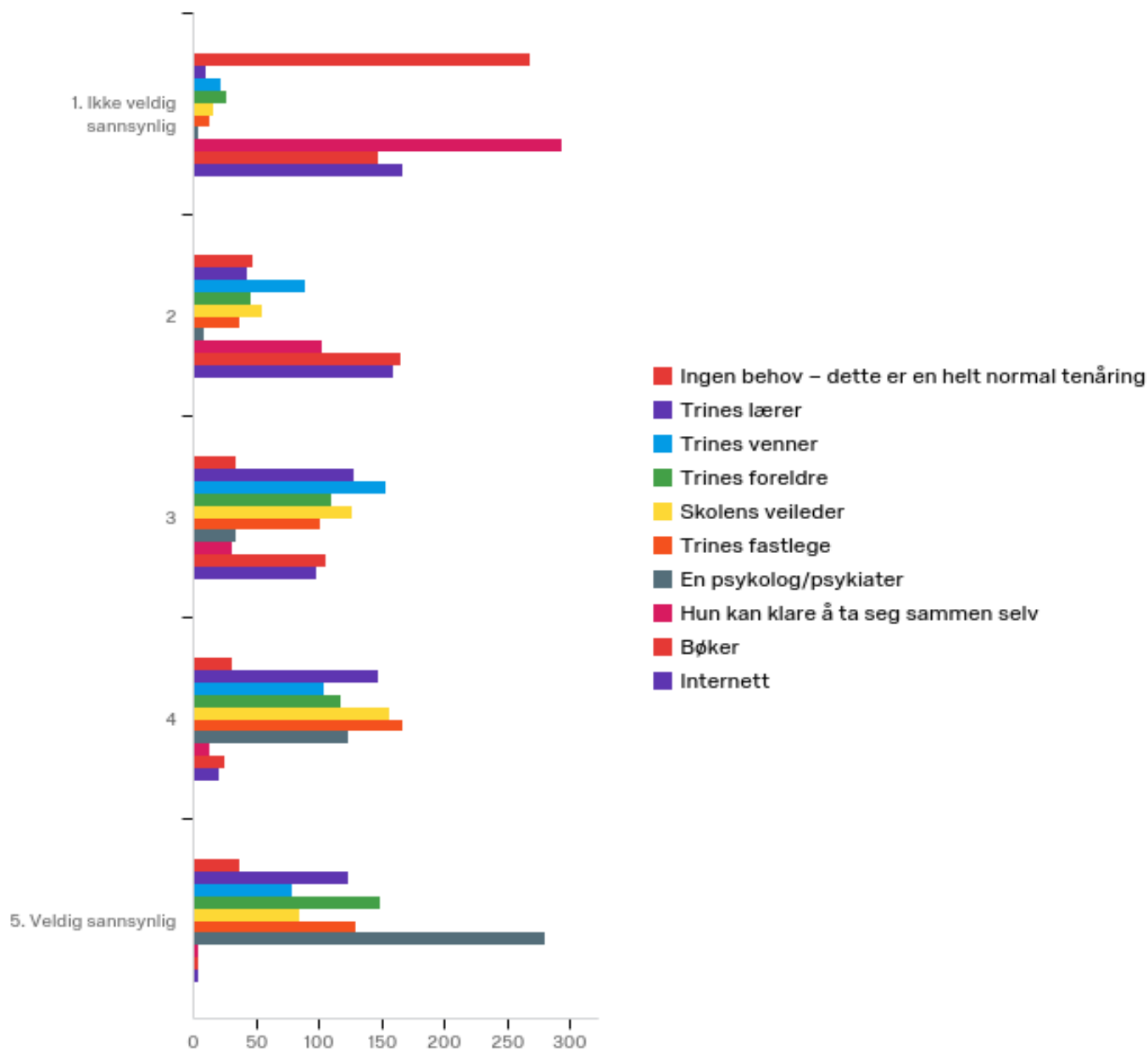
8. Om noe, hva vil du si er Trine sitt primære utfordring eller eventuelt l...
Klarer ikke å regulere følelsene sine
Ustabile oppvekstvilkår, vansker med å knytte relasjoner, depresjon, angst
Utfordringen hennes er søken etter kjærlighet og oppmerksomhet. Hun søker bekreftelse på sin identitet.
Oppveksten. Forholdet til/med moren.
Emosjonell regulering, relasjoner
Undertrykte følelser og tanker gjennom lang tid, muligens traumer.
Personlighetsforstyrrelse. trenger mye oppmerksomhet og bekreftelse, noe hun kanskje ikke har fått hjemme.
Tilknytningsprobmer. At moren er syk har gått ut over henne og hun sliter med relasjoner og følelsesregulering.
Bipolar lidelse
Dårlig og svingende selvbilde. Selvskading. Mulig personlighetsforstyrrelse
Behov for å bli sett.Vaksen omsorgsperson.
Humørsvingninger a la BP2, med tendenser til selvskading
Problemer med å håndtere og uttrykke følelser, samt å ha og ivareta nære relasjoner.
At moren er syk
Redd for å bli avvist og ikke være god nok for andre I tillegg sørger hun over din mots situasjon og har kanskje skyldfølelse.
Mor
Omsorgssvikt og mangel på trygghet
Bipolar depresjon
Syk mor.
Relasjonelle vansker
Jeg tror Trine har en form for angst.
Å bli "venner" med seg selv
Personlighet/ adferdsforstyrrelser
Å kunne sette ord på følelsene sine
Hjemmeforhold
Tilknytningsforstyrrelse
Personlighetsforstyrrelse
At norn viser at de bryr seg

Manglende selvsikkerhet og dårlig selvregulering. Redusert evne til empati.
Ho har nok vært veldig bekymret og avreagerer gjennom vennene.
Ustabil personlighetsforstyrrelse
Trine har et stort behov for å bli sett, hørt og hjulpet. Voksne i nærmiljøet burde ha reagert. Skolen, de nærmeste lærerne MÅ reagere, snakke med Trine, engasjere helsesøster og eventuelt barnevern/bupp.
utfordring med å regulere og forså sine følelser, uro i kroppen, mulig bipolar lidelse.
Tegn til depresjon, angst og selvskading
Trygg og stabil hverdag er Trine sinn største utfordring. Alle barn og unge trenger faste og trygge rammer. Sliter nokk med å måtte være eldre og være mer selvstendig enn hun egentlig burde.. dermed prøver hun overbevise seg selv og andre ting hun ikke er.. dermed går det ut over konsentrasjon, temperament, vennskap og utstråling.. skulle ønske jeg kunne gitt henne en klem..
Tilknytningsproblemer, usikker på seg selv
Omsorg og oppfølging
Mangel på trygt hjem og trygg omsorgsperson.
Behov for oppmerksomhet. Fått for lite heima
Behov for å bli sett for den hun er, samtidig som hun hadde trengte trygge voksne rundt seg og trygge rammer i livet.
Utrygg tilknytning og vanskeligheter for å stole på andre, kanskje sosial angst og depresjon
Tror hun sliter med og sortere og ha en hverdag hvor en du tenker skal være din bauta er syk og hun får mere ansvar og tanker om framtiden
manglende selvkontroll og omsorg, ADHD?
Hun føler seg lite verdt. Hun har liten tillit til andre mennesker, spesielt voksne på grunn av sine tidlige erfaringer.
Depresjon
Tilknytningsvansker.
Dårlig selvtillit?
Selvskader, behov for trygge rammer og omgivelser. Deprimert.
Bipolar lidelse
Kanskje ADHD, evt bipolar?
Hun har måttet vokse opp fort pga manglende foreldre med trygge rammer, drama er den eneste måten hun kan for å føle at hun blir sett
Hun trenger litt tid og mye opmarksomet fra foreldene
Å bli sett, tatt vare på av sin primæromsorgsperson som ikke har fylt den rollen.
At hun ikke blir sett og føler trygghet hjemme
Trine ønsker å bli sett, et rop om hjelp.
Trine trenger kjærlighet og trygghet. Borderline..
Hun har kanskje hatt mye ansvar i barndom siden moren var syk og det var mammaen det handlet om, hun har ikke kontakt med sine egne følelser. Tror det er mye frykt siden mammaen han vært syk, hun tørr ikke binde eller stole på andre og vil gjerne bli sett, men samtidig er hun redd for å bli for knyttet.. Hun kutter seg selv eller drikker

<p>... seg for å kjenne på den smerten enn hvordan man egentlig har det.. det å være sint på folk rundt seg handler mange ganger om frykt.. oi, vanskelig å sette ord på dette. Man har det liksom klart i hodet, men det å skrive det ned..</p>
Veit ikke hva det heter
Bipolar lidelse
Selvskading, sosiale koder, empati
Usikker på seg selv, manglende voksenoppfølging
Manglende oppmerksomhet/omsorg hjemmefra, siden mor har vært mye syk. Hun søker derfor oppmerksomhet alle steder hun kan.
Mangel på tydelige og trygge omsorgspersoner og derav problemer med selvfølelsen og selvbildet.
Tror hun har emosjonell personlighetsforstyrrelse
Usikker
Utfordringen kan være å håndtere egne følelser rundt mors sykdom, men tenker også det kan handle om relasjonsproblematikk
Å føle seg godtatt og trygg på andre mennesker
Hennes atferd kan ha flere funksjoner, hun søker oppmerksomhet, kontroll og anerkjennelse på måter som for henne er funksjonell (det foreligger forterkningsbetingelser som oppretholder atferden), men atferdsmønstre peker mot uhendiktmessig atferd som klinisk kan tyde på tilknytningsforstyrrelse.
Tilknytningsvansker
Selvskading
Depresjon, mani, sinne
At det er noe hjemme som framprovoserer denne årsaken. Mangel på kjærlig oppmerksomhet kanskje?
Mangel på omsorg
Usikker på seg selv. Manglende trygge rammer.
Ensom het, ikke føle seg bra nok.
T høres ut som en jente som har behov for å bli sett litt mer enn det hun får vist. Hennes uttrykk (dramaqueen/ svart/hvitt og selvskading) er ett uttrykk for noe som hun ikke har fått/får bearbeidet. Kanskje har hun hatt mye ansvar for sin syke mor? Kanskje har mammaen vært psykisk syk i mange år?
Tydelig oppmerksomhet, og redd for å bli tatt for å være svak, og ikke en av de viktige
Mangel på voksenkontakt / støtte / omsorg
Lav selvtillit, lav selvfølelse evt angst/depresjon
Å mestre hverdagsfølelsene på en bra måte.
Ønsker å bli sett.
Det er vanskelig å si noe entydig om dette. Siden det beskrives at Trine har teng til selvskading og at hun har en noe utagerende atferd vil jeg anta at hun streber med vanskelig følelser som hun prøver å dempe gjennom selvskading og atferden. Siden mor har vært mye syk så kan det være at det har handla mye om det og om mor generelt og at det har blitt lite tid til Trine. Det å bli sett er nok viktig for Trine og det virker som om hun søker oppmerksomhet. Barn/unge som føler seg neglisjert e.l streber ofte etter oppmerksomhet, og om den er positiv

<p>hva det konkret er er det umulig å si siden vi vet så lite om henne.</p>
<p>Lite tro på seg selv/ dårlig selvbilde</p>
<p>Omsorgssvikt</p>
<p>Hun trenger å bli sett, hun trenger omsorgspersoner som ser henne men også venner. Hun trenger hjelp sosialt, men viktigst trenger hun å bli sett og tatt på alvor.</p>
<p>Jeg oppfatter det som at morens sykdom har ført til for lite oppmerksomhet for Trine. Jeg vil også anta at Trine har vært mye bekymret for moren sin. Og jeg vil anta at disse to utfordringene/påkjenningene er noe Trine aldri eller sjeldent har snakket med noen om. Har sett lignende tilfeller i min jobb med ungdom.</p>
<p>Selvfølelse, angst...</p>
<p>Jeg ser for meg ei som ikke har blitt sett eller møtt på følelsene sine. Ei som søker oppmerksomhet på feil måte, men den eneste måten hun vet hun får oppmerksomhet.</p>
<p>Dårlig selvfølelse, mulig atferdsproblematikk eller dårlig/vanskelig familiesituasjon. Tenåring. Selvskader.</p>
<p>Å kunne holde på relasjoner over tid og trygghet.</p>
<p>Borderline personlighetsforstyrrelse. Tilknytningsproblematikk</p>
<p>Tenker at selvskadingen og hennes problemer til å holde på venner i stor grad vil forme henne som person. Venner er viktig i den alderen. Hun har nok mye å tenke på og kanskje hun egentlig ikke har noen hun kan støtte seg til? Hun er i en veldig sårbar alder og bør bli sett og få hjelp til å takle vanskelige følelser...Hadde sikkert vært fint å snakke med en psykolog.</p>
<p>Autisme</p>
<p>Eksempel om Trine kn vere - mangel på omsorg,Adhd, spiseforstyrrelse, sjølvskading</p>
<p>Reguleringsvansker</p>
<p>Jeg tror hun har utfordringer med å styre følelser. At hun har en del psykiske utfordringer knyttet til en oppvekst med syk mor.</p>
<p>Jeg tror Trine trenger mer oppmerksomhet av voksne, og det av positiv oppmerksomhet. For meg virker det som at Trine tenker "all oppmerksomhet er god oppmerksomhet". Mer skryt av ting henne gjør vil jeg tro hjelper en del på oppførsel. Kanskje ha jevnlig samtale med Helsesøster på skolen</p>
<p>Mangel på tilknytning, støtte, kjærlighet, selvfølelse</p>
<p>Manglende rammer og stabilitet fra nær omsorgsperson.</p>
<p>Det vet jeg ikke</p>
<p>Too many rows for PDF export, try exporting to Word or CSV</p>

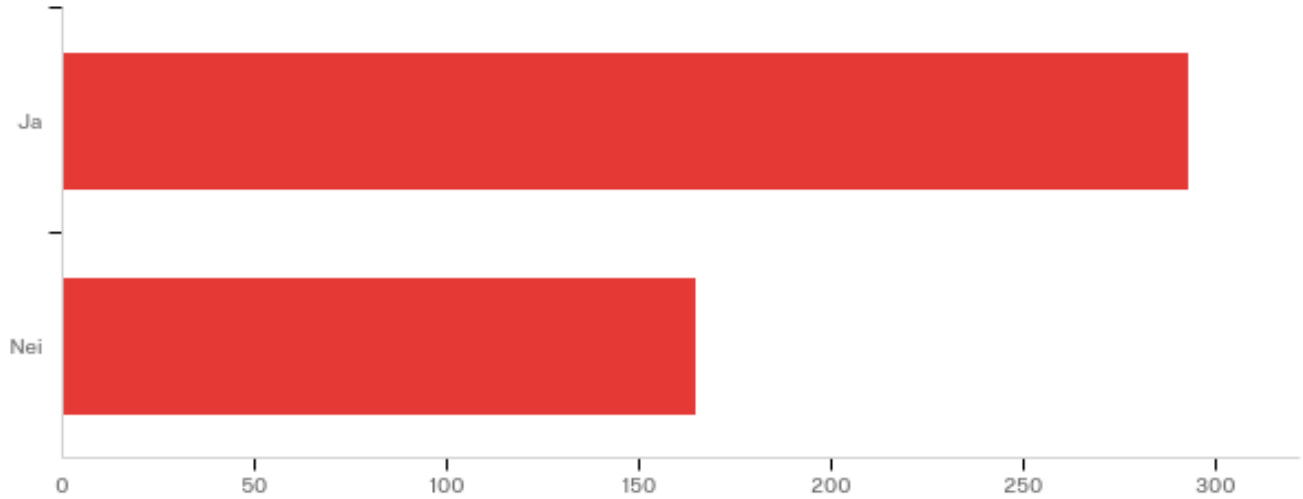
## 7 - Hvor sannsynlig tenker du at følgende personer eller tiltak vil kunne hjelpe mine.



#	Spørsmål	1. Ikke veldig sannsynlig	2	3	4	5. Veldig sannsynlig	Total
1	Ingen behov - dette er en helt normal	64.73 % 268	11.35 % 47	7.97% 33	7.25% 30	8.70% 36	414

	ng											
2	Trines lærer	2.00%	9	9.31%	42	28.38%	128	32.82%	148	27.49%	124	451
3	Trines venner	4.93%	22	19.96%	89	34.30%	153	23.32%	104	17.49%	78	446
4	Trines foreldre	5.80%	26	10.04%	45	24.55%	110	26.34%	118	33.26%	149	448
5	Skolen s veiledere	3.66%	16	12.36%	54	28.83%	126	35.70%	156	19.45%	85	437
6	Trines fastlegene	2.91%	13	8.07%	36	22.65%	101	37.22%	166	29.15%	130	446
7	En psykolog/psykiater	0.89%	4	1.78%	8	7.56%	34	27.56%	124	62.22%	280	450
8	Hun kan klare å ta seg sammen selv	66.22%	294	23.20%	103	6.76%	30	2.93%	13	0.90%	4	444
9	Bøker	32.89%	147	36.91%	165	23.71%	106	5.59%	25	0.89%	4	447
10	Internett	37.22%	166	35.65%	159	21.97%	98	4.48%	20	0.67%	3	446

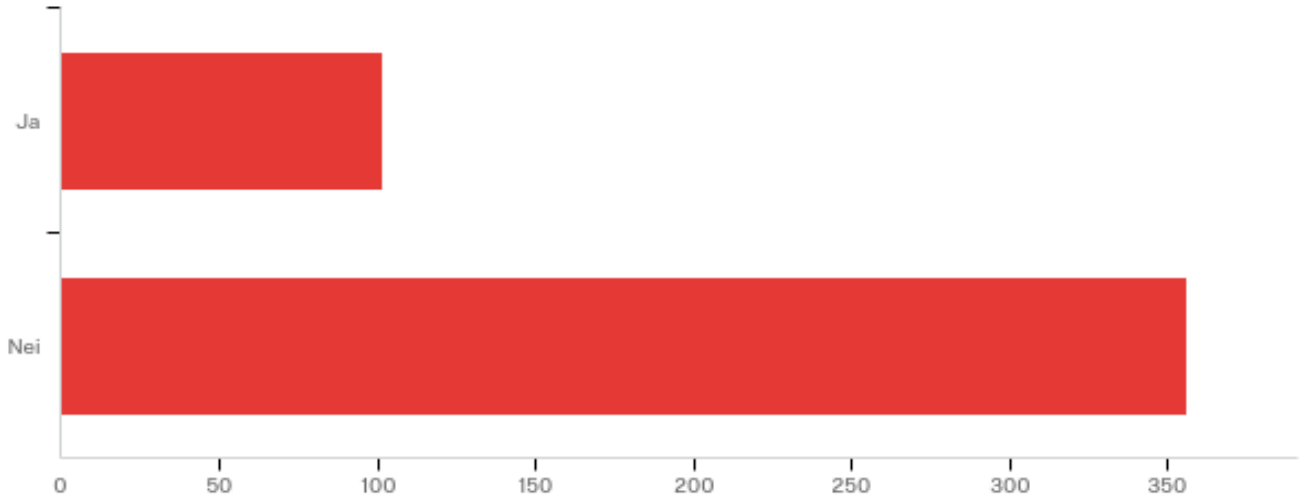
## 10 - Tjener du til nålsen emosjonelt ustabil personlighetstypelse.



#	Answer	%	Count
1	Ja	63.97%	293
2	Nei	36.03%	165
	Total	100%	458

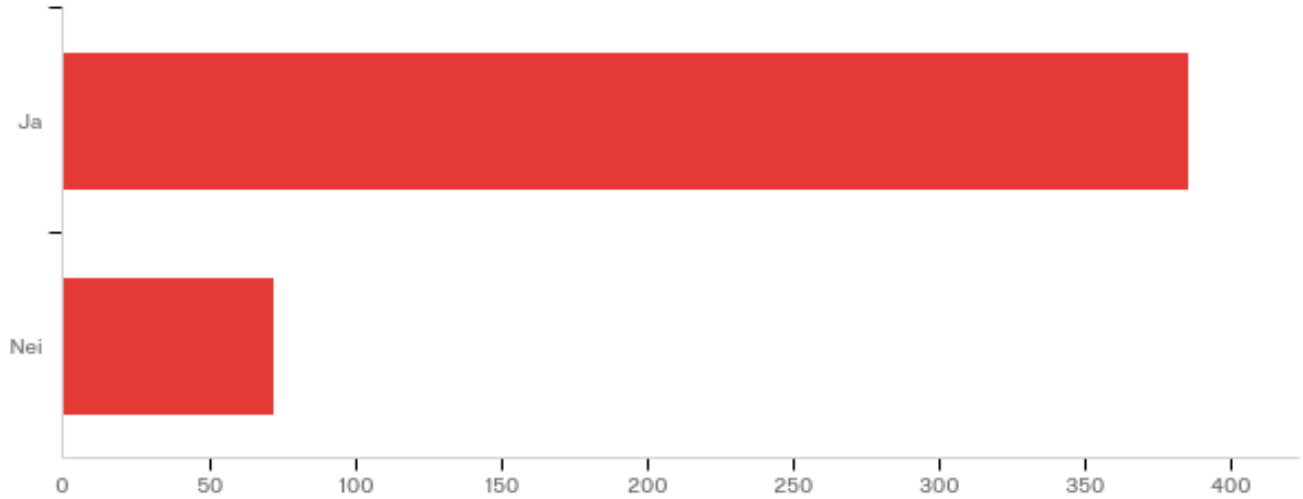


12 - Har du hørt om nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NKP)?



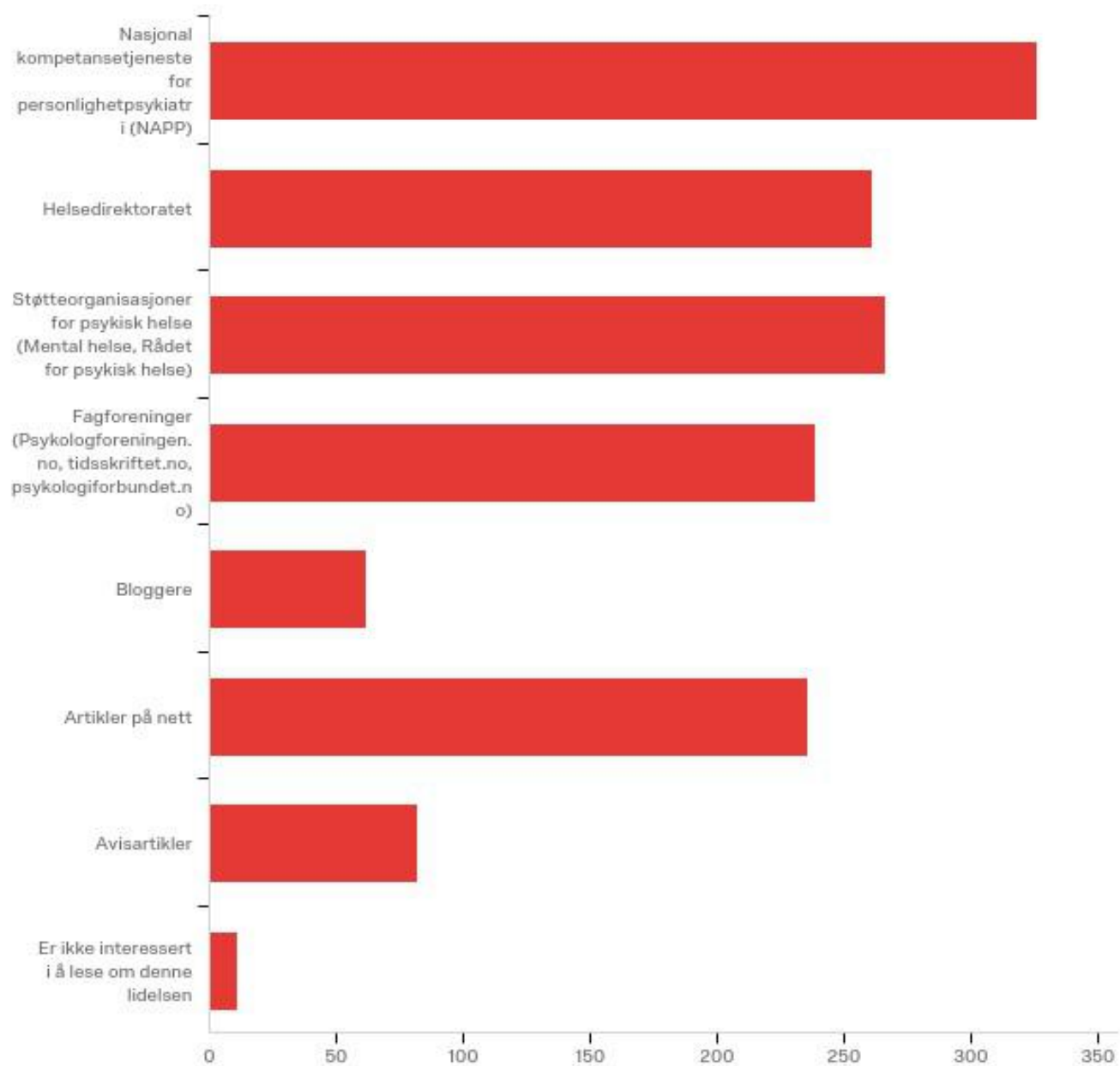
#	Answer	%	Count
1	Ja	22.27%	102
2	Nei	77.73%	356
	Total	100%	458

## 19 - Er du interessert i lære mer om personlighetsforstyrrelser?



#	Answer	%	Count
1	Ja	84.25%	385
2	Nei	15.75%	72
	Total	100%	457

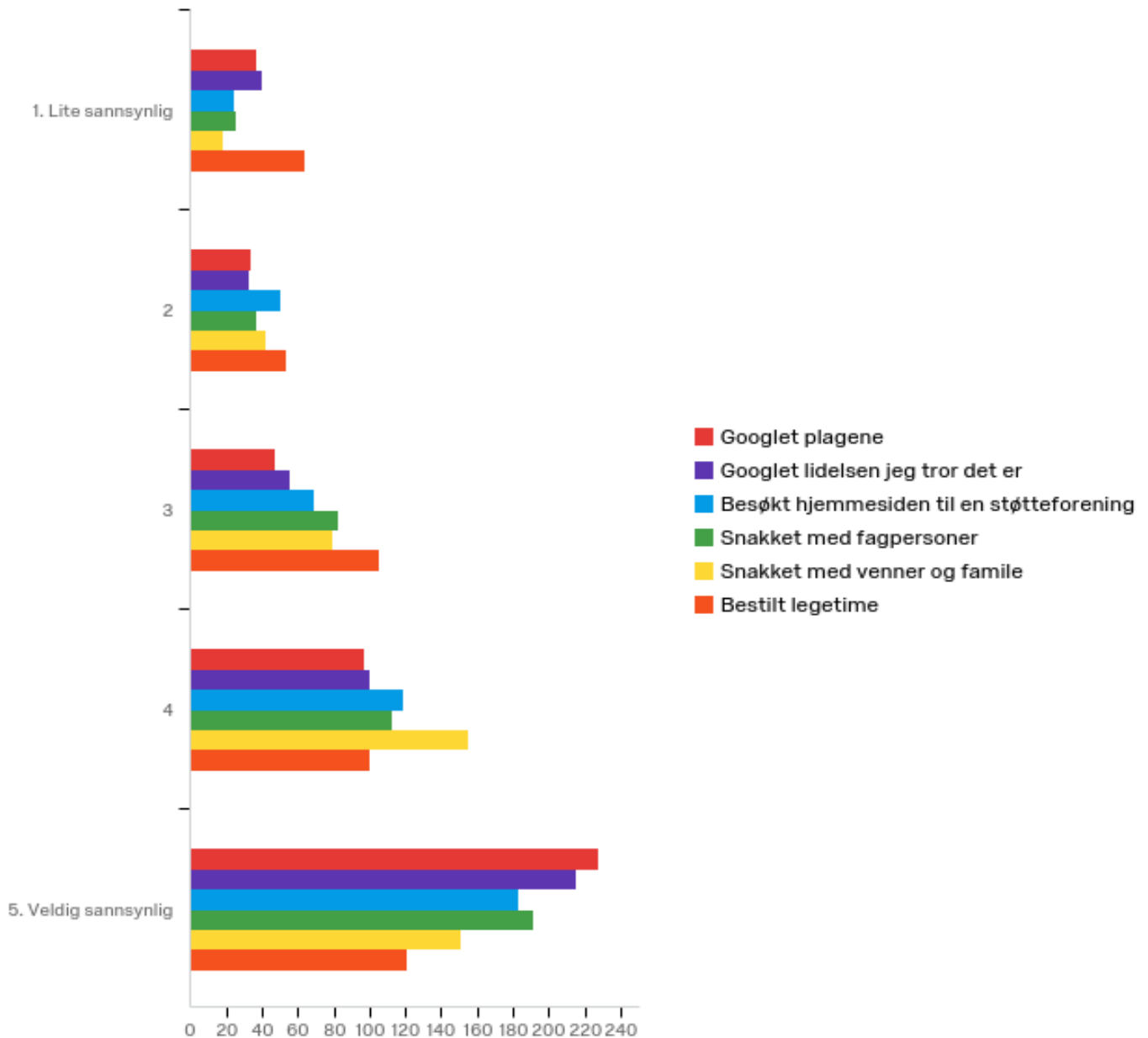
## 17 - Ved behov for å lære mer om personlighetsforstyrrelse, hvilke kilder foretrekker du å få informasjon fra?



#	Answer	%	Count
1	Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP)	73.92%	326
2	Helsedirektoratet	59.18%	261
3	Støtteorganisasjoner for psykisk helse (Mental	60.32%	266

	helse)		
4	Fagforeninger (Psykologforeningen.no, tidsskriftet.no, psykologiforbundet.no)	54.20%	239
5	Bloggere	14.06%	62
6	Artikler på nett	53.51%	236
7	Avisartikler	18.59%	82
8	Er ikke interessert i å lese om denne lidelsen	2.49%	11
	Total	100%	441

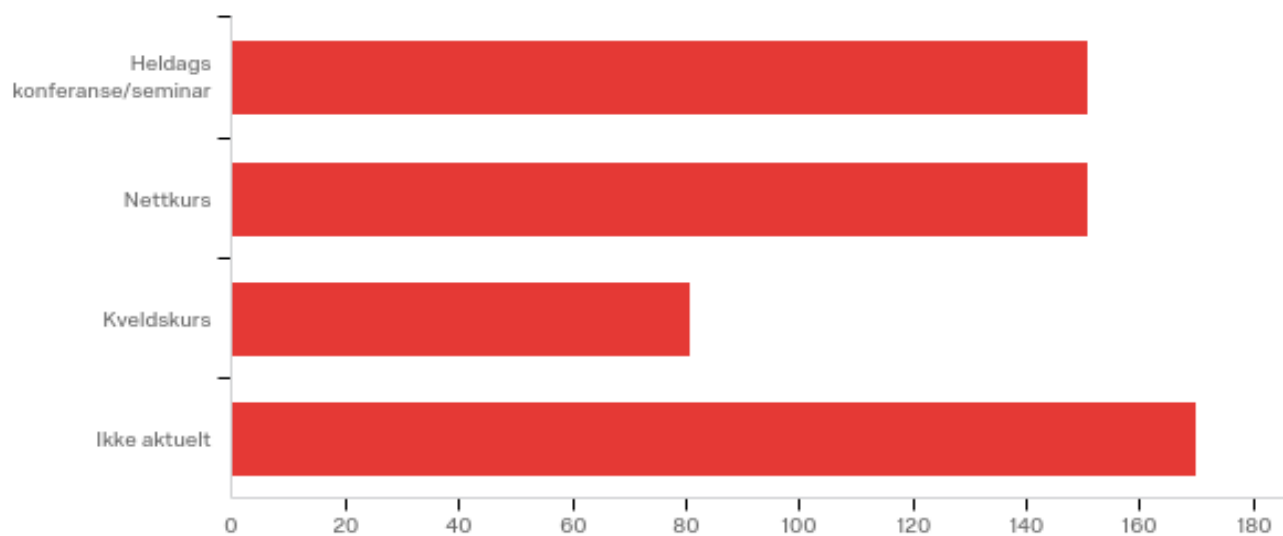
## 15 - Hvor sannsynlig er det at du ville gjort følgende, dersom du eller noen du kjenner strevde psykisk



#	Question	1. Lite sannsynlig	2	3	4	5. Veldig sannsynlig	Total
1	Googlet plagene	8.35% 37	7.67% 34	10.61% 47	21.90% 97	51.47% 228	443
2	Googlet	9.01% 40	7.43% 33	12.61% 56	22.52% 100	48.42% 215	444

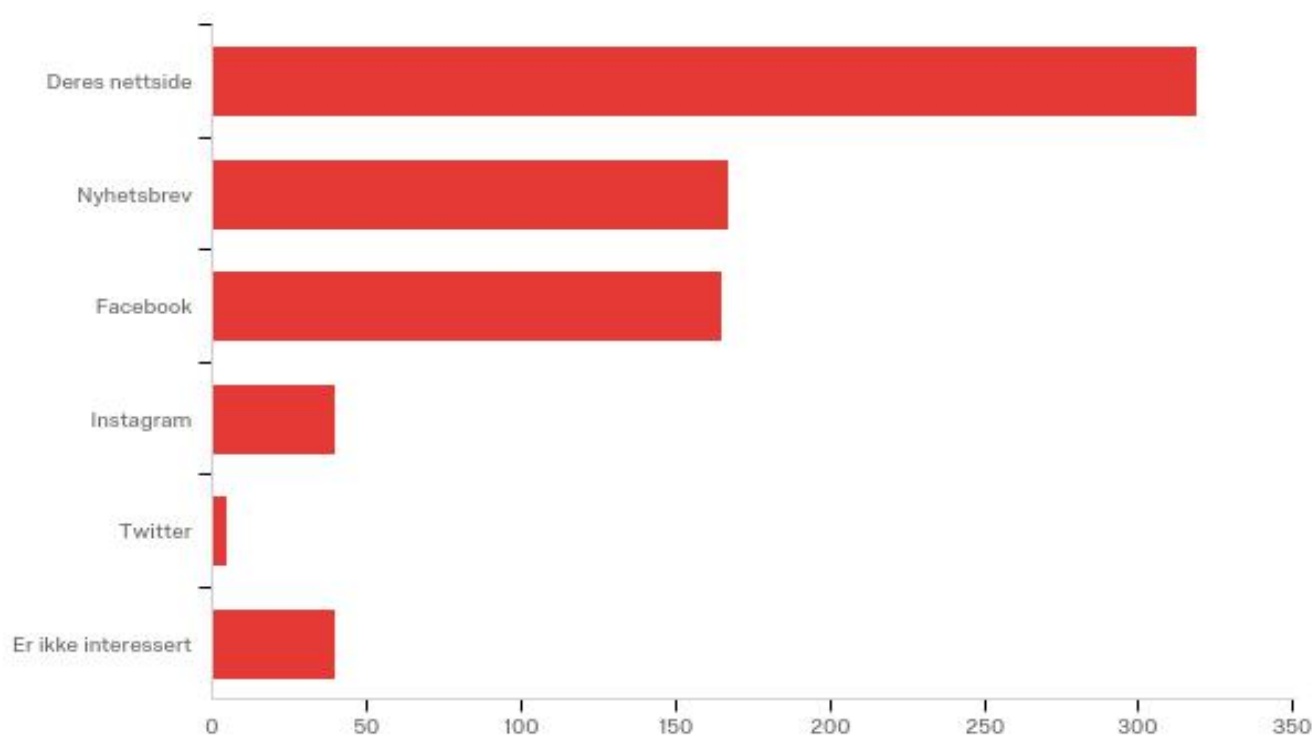
	n jeg tror det er											
3	Besøkt hjemmesiden til støtteforening	5.39%	24	11.24%	50	15.51%	69	26.74%	119	41.12%	183	445
4	Snakket med fagpersoner	5.58%	25	8.26%	37	18.30%	82	25.22%	113	42.63%	191	448
5	Snakket med venner og familie	4.04%	18	9.44%	42	17.75%	79	34.83%	155	33.93%	151	445
6	Bestilt legetime	14.45%	64	11.96%	53	23.70%	105	22.57%	100	27.31%	121	443

10 - Er det aktuelt for deg å delta på kurs om personlignettsstyring? Om ja, hvilke av disse løsningene foretrekker du:



#	Answer	%	Count
1	Heldags konferanse/seminar	33.86%	151
2	Nettkurs	33.86%	151
3	Kveldskurs	18.16%	81
4	Ikke aktuelt	38.12%	170
	Total	100%	446

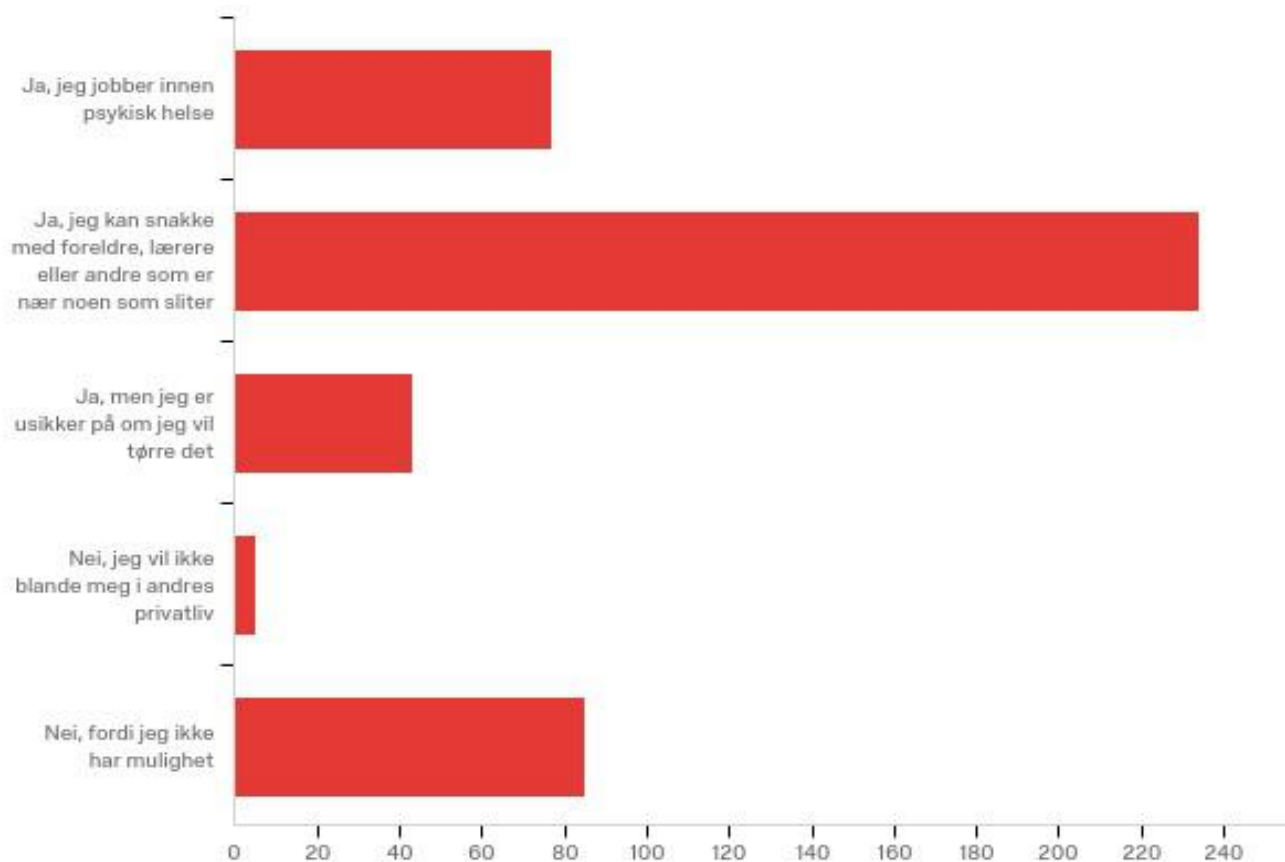
## 17 - Hvilke kanaler ville du foretrukket å ta oppdateringer fra Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri?



#	Answer	%	Count
1	Deres nettside	71.05%	319
2	Nyhetsbrev	37.19%	167
3	Facebook	36.75%	165
4	Instagram	8.91%	40
5	Twitter	1.11%	5
6	Er ikke interessert	8.91%	40
	Total	100%	449




## 10 - Kan du ta en rolle, blanda til at unge som sliter psykisk får hjelp.



#	Answer	%	Count
1	Ja, jeg jobber innen psykisk helse	17.34%	77
2	Ja, jeg kan snakke med foreldre, lærere eller andre som er nær noen som sliter	52.70%	234
3	Ja, men jeg er usikker på om jeg vil tørre det	9.68%	43
4	Nei, jeg vil ikke blande meg i andres privatliv	1.13%	5
5	Nei, fordi jeg ikke har mulighet	19.14%	85
	Total	100%	444

## 17 - Er det noe du ønsker å tilføye.

Er det noe du ønsker å tilføye?
Jeg synes det er litt raskt å hoppe fra en case om en 13 åring til pf lidelse. En 13 åring sliter med hormoner, og er under utvikling. Det vil derfor være feil å sette diagnose når man ikke er utviklet enda. Lykke til med studier. 20 år innen psykiatrien og jeg blir aldri lei
Er pensjonert
Nei
Nei
Alle må vi tørre og vise at vi bryr oss om! Vi må tåle å bli avvist og prøve igjen!
Dette er et veldig viktig tema, nå til dags da samfunnet krever kun "perfekte" mennesker
Flott undersøkelse om et voksende problem i samfunnet blant barn og unge
Har jobbet med tilknytning til ungdomspsykiatri og barnevern i 26 år, men går snart av med pensjon.
At alle barn som har psykisk problemer må få hjelp så fært som mulig
Bra undersøkelse :-)
På spm 18: Ja, jeg jobber som lærer og kan snakke med foreldre/henvise videre til PPT eller BUP.
Har selv personlighetsforstyrrelse
Med snart fullført bachelorgrad i sosialt arbeid ser jeg at jeg i min rolle kan bidra til at unge som sliter får hjelp avhengig av hvor jeg arbeidet. Aktuelle arbeidsplasser kan være barnevern, skole, nav o.l. hvor jeg både kan treffe personen det gjelder, men også foreldre, lærere eller andre nære.
Har mange kurs i krisepedagogikk, og bruker man ikke øynene, ser man ikke skogen for trær.
Jobber i ambulansen. Det opplever vi mye av spesielt unge jenter som sliter med psyken. Veldig vanskelig å kommunisere på "rett måte" med disse stakkars unge menneskene. Prøver så godt det går men det er ikke enkelt alltid. Hjerteskjærende igrunn!
Er barnevernspedagog, det kom ikke frem under alternativene.
Nei
Nei
Økt kompetanse blant lærere. Få det inn under utdanningen for det er viktig at det blir tatt tak i tidlig. Mange unge kommer å sier "skulle ønske noen så meg"
Stå på 
Dette er et vanskelig tema, og veldig sårt. Er vanskelig å vite hva som er rett vei å gå.
Jeg jobber ikke direkte i psykiatrien, men jobber som sosionom på NAV og har mange brukere som sliter psykisk. Hadde sårt hatt behov for mer kunnskap rundt psykisk helse. Mitt inntrykk er at det er vanskelig å få dokumentert en slik sykdom, så ender det med at du heller blir kastet rundt i systemet. Opplever også at noen, hva skal jeg si.. har en opplevelse av at de har det fælt, og tenker at det beste (i forhold til min jobb) er å få seg AAP eller uføretrygd. Jeg mener at mange av disse hadde hatt behov for å jobbe, om ikke 100%, men noe. For å ha noe å gå til, det sosiale ++

viktig tema: Selv vokst opp med en psykisk syk mamma, men lite informasjon:
Det var ingen gode alternativer for meg på spm 18; jeg jobber med alvorlig kronisk syke barn, barn som ikke er forventet høy levealder. Og en stor del av min jobb er i tillegg til å ivareta barnet som er sykt er å trygge foreldre og eldre/ynge søsken med å bearbeide og det å leve med et alvorlig sykt familiemedlem og jeg har gjennom det anbefalt foreldre å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten eller formidlet kontakinfo for å gi søsken samtaler osv så bidrar på en måte til at unge som sliter får hjelp.
Vi er litt i den situasjonen selv, og det er faktisk ikke så enkelt å få hjelp til barn. Vi har måtte gått via fylkesmann/lege for å få råd.
Nei
Spm 18 har for få valgmuligheter- ville konfrontert direkte gjennom å anbefale evt fastlege eller psykologtjeneste
Lykke til
Flott at dere har fokus på personlighetsforstyrrelse
Lykke til
Jeg jobber i en av de større studentsamskipnadene i Norge; med kommunikasjon og digitale medier. Jeg har ikke direkte kontakt med studenter som sliter eller som er i faresonen, men generelt tror jeg mange innafor denne type organisasjon, som har ansvar for studentenes velferd, vil være interessert i å vite og lære mer om hva vi kan se etter/ hvordan vi kan hjelpe.
Gi mer og konkret opplæring til skole/lærere de er det svake punkt ift psykiske lidelser
Familieterapi hos FNe på OUS
Dette er viktig for alt helsepersonell, midtreårige barn som pårørende finnes over alt. Det er vitenskaplig bevist at barn som pårørende av særlig psykisk syke og av alvorlig og somatisk sykdom selv er utsatt for psykiske problemer om de ikke får oppfølging, informasjon og den hjelpen de behøver når sykdom rammer voksne i nær relasjon. Synes det var synd at dere ikke hadde et alternativ for "sykepleier" innenfor yrke, da alle sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har minimumsrammer og lovpålagte krav når det kommer til oppfølging/varsling/oppfangning av barn som pårørende. Viktig og spennende tema, lykke til!
Jeg er Sykepleier i somatikken, dette burde indgå som svarmulighet
Kan hjelpe ved å måle hvilke næringsstoffer hun mangler ihht livssituasjon pågått over tid
Ernæring får altfor lite fokus ifm mental helse. Mange diagnoser blir borte når mage-/tarmproblematikk tas hånd om.
Det mangler et svaralternativ på spm 18. Her ville jeg svart- Ja, jeg jobber i skolevesenet og er i direkte kontakt med eleven, andre lærere, medelever, helsesøster og rådgivere
At denne undersøkelsen burde spille på følelser i langt større grad, for å skape engasjement og ønske om å lære mer.
Slike kurs etc burde vært obligatorisk for alle som jobber med mennesker
Ja, synes punkt 18 mangler et svaralternativ. Jeg er lærer og har hjulpet elev til å få hjelp og vært samtalepartner både for elev og heim. Derfor kan ikke jeg svare på noen av alternativene siden det ikke fantes..... D synes jeg var dumt. En kan hjelpe selv om en ikke jobber innen psykisk helse!!!!
Helesøster er en uvurderlig person på skolene for elever som trenger noen å snakke med. Dere burde hatt med noen spørsmål om denne rollen også.
Jeg jobber i ppt, som er en viktig instans rundt barn som sliter. Vi brukes ofte til veiledning til skole etc, i tillegg til tiltak på skole hvis barnet strever faglig.
Som lærer vil jeg snakket med eleven, oppfordret eleven til samtaler med sosiallærer/ helsesøster/ foreldre evt lærer eleven godkjente. Valgte eleven meg ville jeg spurt om det var Ok at jeg formidlet videre, evt ikke: rådført meg med fagpersoner.

tant ikke noe bra alternativ på spm 10
Fint med fokus på psykisk helse, men litt skeptisk til å gi alt en diagnose. For Trines del skyldes kanskje utfordringene en noe mangelfull "verktøykasse" for øyeblikket. Å få en psykisk diagnose kan kanskje bli litt voldsomt, når det man heller trenger er å bli sett og få trygghet på at man er verdifull. Få økt selvfølelsen.
Jeg snakker fortrinnsvis med ungdommen som sliter fremfor alle rundt. Selv om jeg ikke jobber innenfor de relevante yrkene.
Er pårørende til en som sliter. Erfaring tilsier at diagnosen personlighetsforstyrrelse er stigmatiserende, og signaliserer at her er det ikke håp for bedring. Begrepsbruk fra helsepersonell er ofte: jentene våre, svingdørspasientene og de vokser det nok av seg.
Lykke til
Takk for jobben NAPP gjør.
Jeg arbeider ikke, men jeg vet at jeg har en sjans til å påvirke hva som er rundt meg. Det gjelder også mennesker som den 13 år gamle jenta; det handler om se de vi har rundt oss og å møte dem på riktig. Jeg er takknemlig for hva livet har lært meg - den her vissheten om at mennesket og dets liv er like komplekst som antallet vi er på jorda. En ydmykhet er hele grunnstenen for å hjelpe et annet menneske; man må vite hvor lite man vet - at det her mennesket har sin egen plass og at oppskriften fra eget eller andres liv med all sannsynlighet er lite overførbart. Som Kierkegaard sier det; skal man lede et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst finne ham der hvor han er. Da krever det at man bruker hodet, lytter og ser med åpne øyne. Hvis du "vet" du kjenner terrenget, for du har gått det før, da har du ikke sjans til å finne fram til den her personen. Kartet ser kanskje likt ut, men hører til en helt annen verden.
Jeg er sykepleierstudent, som tidligere har studert litt psykologi og har jobbet noen år innen psykisk helsevern. I min erfaring er det alt for lite kunnskap om personlighetsforstyrrelser blant allmennheten.
Sitter som erfaringskonsulent for NAPP og Landsforeningen mot seksuelle overgrep
Viktig å huske at hvordan barn har det hjemme påvirker et menneske veldig mye. Ikke sikkert hun har en diagnose. Å få hjelp til f eks å takle morens sykdom, kan noen ganger være nok, hvis hjekpen settes inn tidlig nok. Jeg meber at det er feil å øg alltid sette diagnoser, spesielt på barn som lever med foreldre som er syke og elker sliter ned rus.
Jeg tror ikke det alltid er diagnoser som er svaret på adferdsproblemer.
når det gjelder spørsmålene og svaralternativene i undersøkelsen så måtte jeg svare etter det som ble oppgitt. Likevel vil jeg påpeke at det avhenger av situasjonen og relasjonen av den syke om hva utfallet mitt ville blitt.
Innen rusfeltet der jeg jobber har vi mye fokus på personlighetsforstyrrelser og spesielt EUPF
Tenker nok at dette er noe som burde bli belyst og opplyst om i større grad på ungdoms- og videregående skoler av helsesøstre, miljøarbeidere og lærere.
Nei
Vi burde vært mye mer opplyst om psykiske probøemer. Det burde vært nærmest et fag i skolen som lærte oss om dette for så viktig er det. Det er faktisk veldig lurt å spre det på både facebook og twitter slik at alle får det med seg. Det er der de fleste bruker tiden sin daglig eller fritiden sin. Dette er et så utrolig viktig tema. Mange selvmord kunne vært unngått og mange kunne fått tidligere hjelp via skolen om lærere og medelever var mer obs på slike lidelser. Jeg har en lillebror som oppdaget at en medelev var i psykose. Takket være han så fikk hun god hjelp og hun takket han selv senere. Ingen av lærerne eller foreldrene så det selv.
Veldig god undersøkelse. Jeg har selv en diagnose og jobben dere gjør er viktig.
Mennesker viser typisk signaler når de grunnleggende psykososiale kårene har mangler. Det kan være skjebnesvangert å overse slike mangler ved personens status og rolle i sitt sosiale miljø. Jeg ville fokusert mest på å forstå personen ut fra sin historikk og nåtidige sosiale status og sosiale trivsel om jeg skulle trå støttende til.
Unngå medisiner untatt for søvn

veidig þra at dere setter tokus pa dette

0 - Topics



Answer	%	Count
Total	100%	0



Answer	%	Count
Total	100%	0

0 - Topics



Answer	%	Count
Total	100%	0



Answer	%	Count
Total	100%	0

# Vedlegg 3

## Google/KWfinder




Keyword	Search Volume	CPC	PPC Competition	SEO Difficulty	mar.16	apr.16	mai.16	jun.16	jul.16	aug.16	sep.16	okt.16	nov.16	des.16	jan.17	feb.17	mar.17	apr.17
dialektisk atferdsterapi	260	0.62	10	11		320	260	170	110	210	250	260	320	210	320	320	260	
selvskading	1600	jan.16	3	23		1600	1900	1300	880	1300	1300	1600	1600	1300	1600			
nasjonalt kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri	N/A		N/A	N/A														
fnapp	210	0.6	2	30	210	210	260	210	210	210	210	210	320	170	210	210		
personlighetspsykiatri	30	0.36	29	19				20	10	30	30	30	70	30	40	70	40	
mentalløsing	880		1	23	720	880	880	720	320	590	880	880	1000	880	1000	880	1000	880
borderline	4400	01.sep	0	39	4400	3600	3600	2900	2900	3600	3600	3600	3600	4400	5400	6600	6600	4400
personlighetsforstyrrelse	1900	0.05	0	26		1500	1500	1300	1300	1500	1500	1900	1900	2300	2300	3500	2900	2300
borderline personlighetsforstyrrelse	880		0	25		1000	800	590	480	720	880	1900	880	590	1000	1300	1300	
emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	1600	jan.24	0	19			1000	1000	880	880	880	1000	1300	1300	1300	1300	6600	1900
personlighetsforstyrrelse test	320		1				320	260	170	210	250	320	210	390	390	480	480	300
personlighetsforstyrrelse symptomer	110		0				90	110	110	110	110	110	70	110	90	90	50	140
borderline symptomer voksne	70		3				50	20	30	40	50	40	110	140	140	170	140	
ustabil personlighetsforstyrrelse	260	0.01	0				210	210	140	170	250	170	140	260	320	320	350	170
psykkisk ustabil symptomer	70		0				50	50	70	90	70	70	70	90	70	90	140	110
borderline symptomer	210		1				170	170	210	170	140	170	320	320	210	210	350	260
borderline personlighetsforstyrrelse test	140		0				260	170	170	170	250	260	140	170	140	320	480	210
borderline personlighetsforstyrrelse p4+nr11)rende	110		0				90	110	90	110	90	110	110	140	170	170	170	110
mentalløsningsbasert terapi	170	jan.13	15				90	110	140	210	260	210	140	110	260	260	260	110
personlighetsforstyrrelse behandling	30		2	22			20	40	30	20	30	20	30	20	30	40	40	20
behandling av personlighetsforstyrrelser	20		7				20	10	10	20	40	50	20	10	20	20	20	20
emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse test	210		0				250	170	170	170	260	260	140	170	140	320	480	210

★ Bacheloroppgave


## dialektisk atferdsterapi

Norway
Any language



**11/100**  
go for it

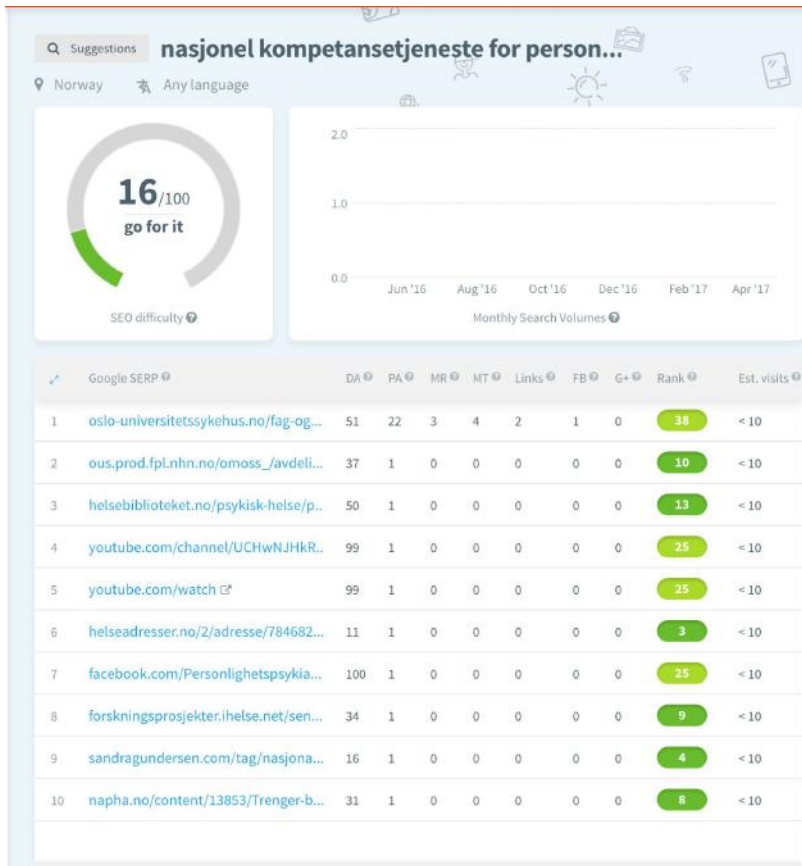
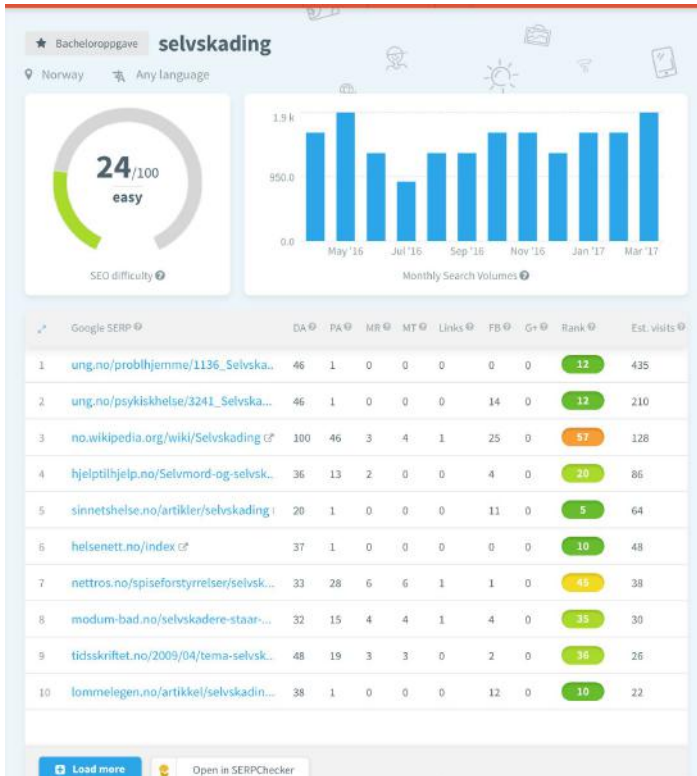
SEO difficulty

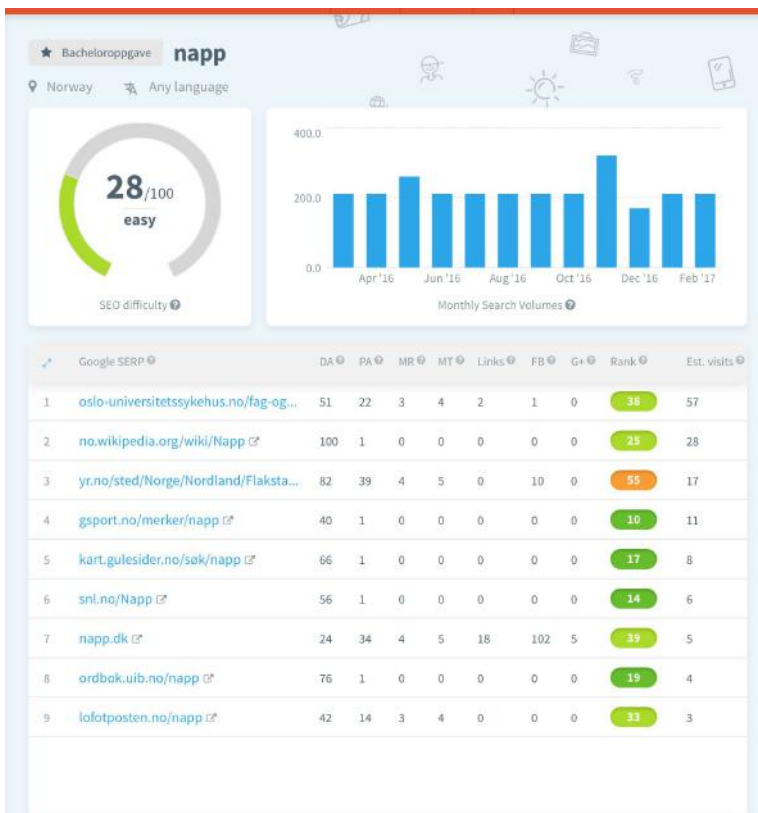
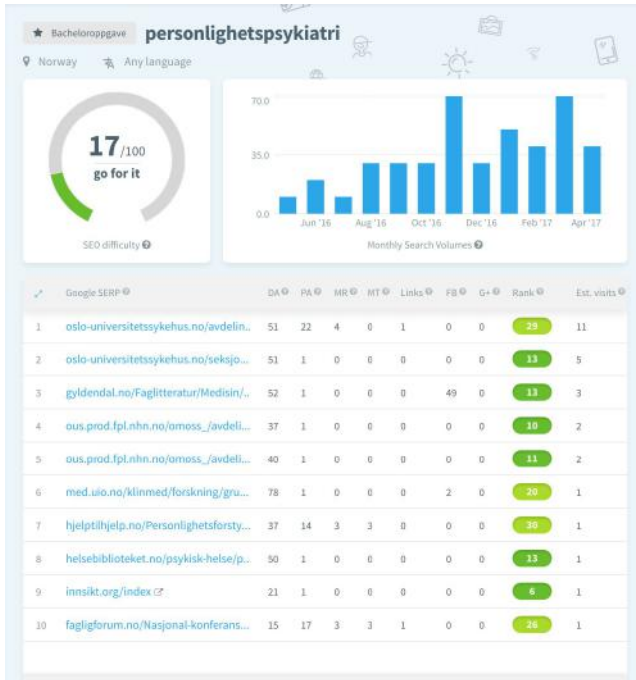


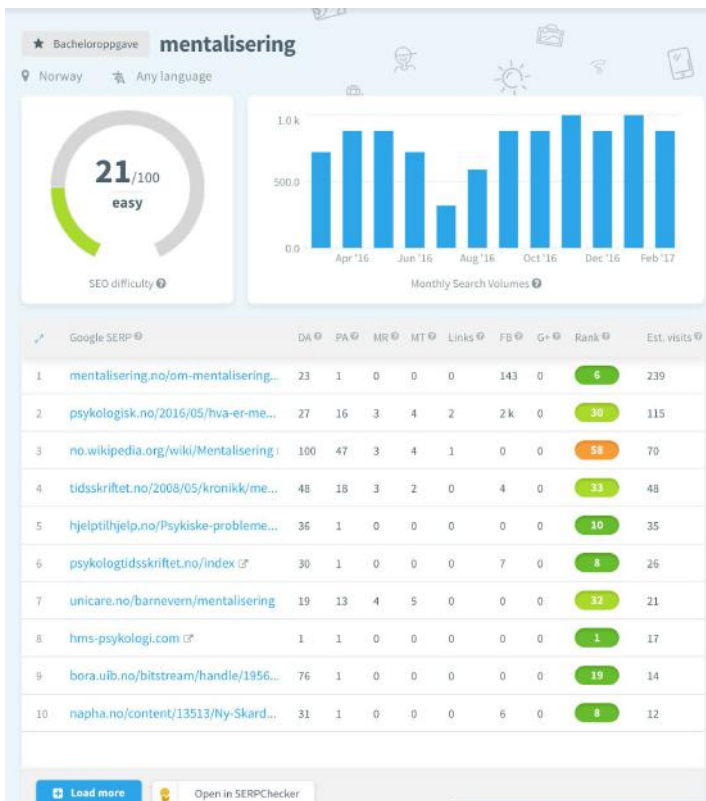
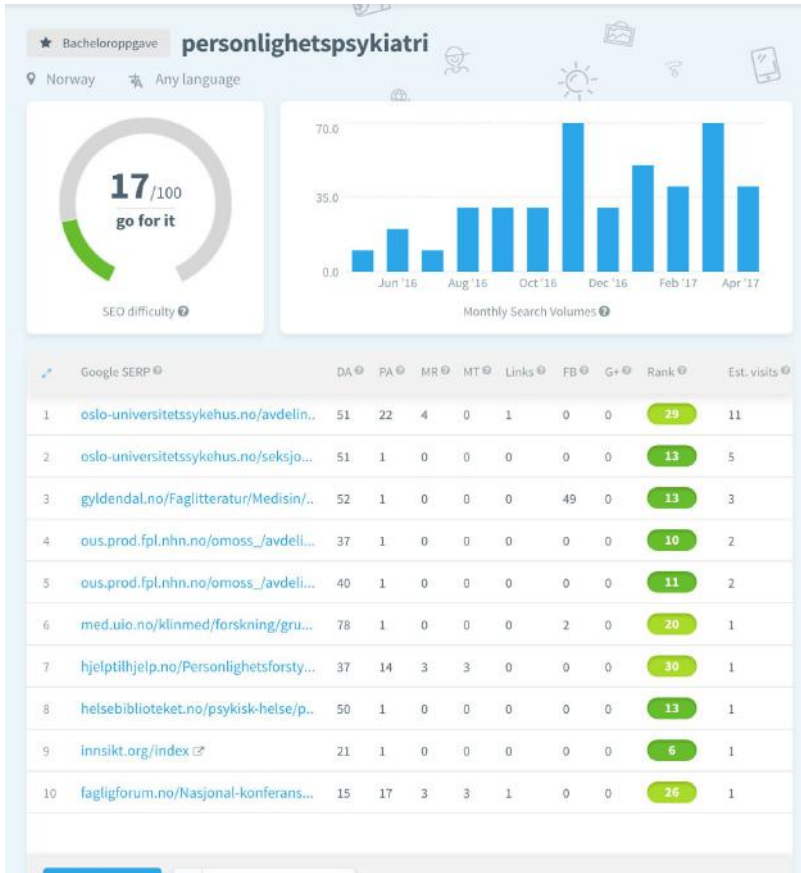
Monthly Search Volumes

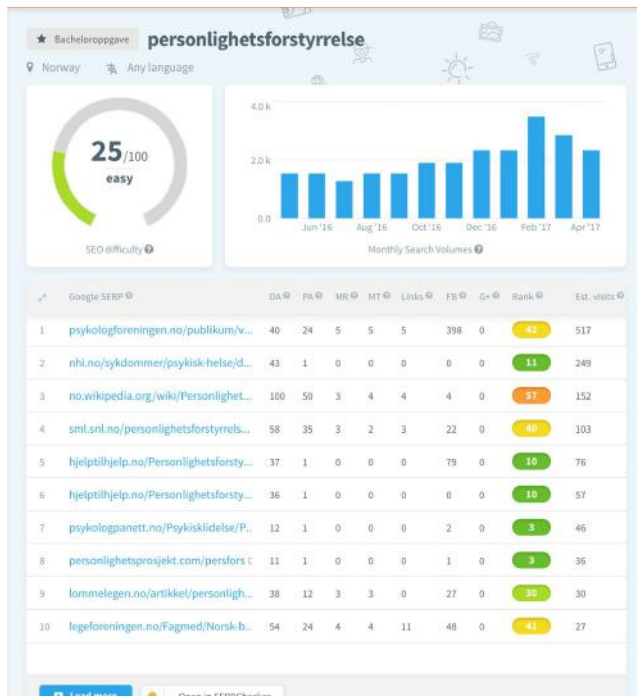
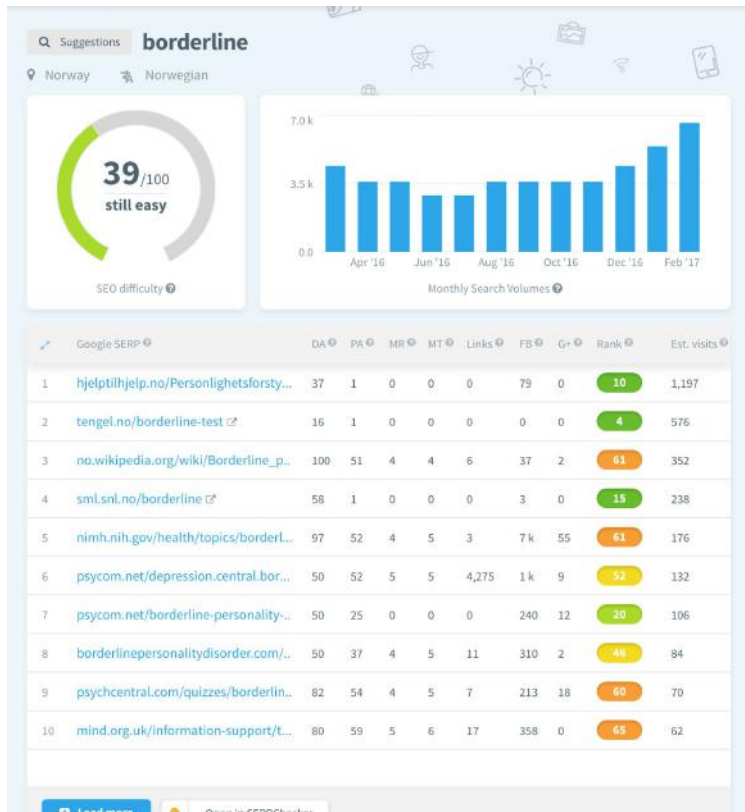
Google SERP	DA	PA	MR	MT	Links	FB	G+	Rank	Est. visits
1 <a href="http://dbt.no/om-dbt">dbt.no/om-dbt</a>	11	1	0	0	0	0	0	3	64
2 <a href="http://dbt.no">dbt.no</a>	11	22	4	4	2	0	0	31	35
3 <a href="http://psykologtidsskriftet.no/index">psykologtidsskriftet.no/index</a>	30	1	0	0	0	0	0	8	21
4 <a href="http://psykologpanett.no/Psykoterapi/Dia...">psykologpanett.no/Psykoterapi/Dia...</a>	1	1	0	0	0	1	0	1	15
5 <a href="http://psykologbloggen.no">psykologbloggen.no</a>	22	1	0	0	0	8	0	6	11
6 <a href="http://omhelse.no/menneskekroppen/psy...">omhelse.no/menneskekroppen/psy...</a>	6	1	0	0	0	25	0	2	9
7 <a href="http://napha.no/content/21218/8-av-10-k...">napha.no/content/21218/8-av-10-k...</a>	31	19	3	0	1	0	0	21	7
8 <a href="http://hjelptilhjelp.no/ad/psykkisk-helseve...">hjelptilhjelp.no/ad/psykkisk-helseve...</a>	37	1	0	0	0	0	0	10	6
9 <a href="http://ous.prod.fpl.nhn.no/dialektisk-atfer...">ous.prod.fpl.nhn.no/dialektisk-atfer...</a>	40	1	0	0	0	0	0	11	5
10 <a href="http://mentalhelse.no/sinn-samfunn/innb...">mentalhelse.no/sinn-samfunn/innb...</a>	42	13	0	0	0	0	0	14	4

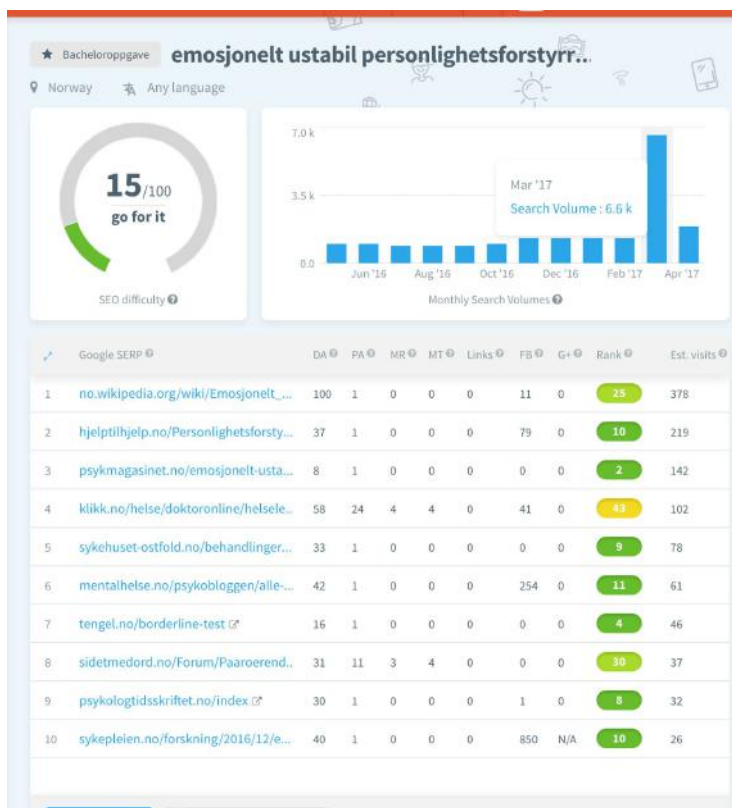
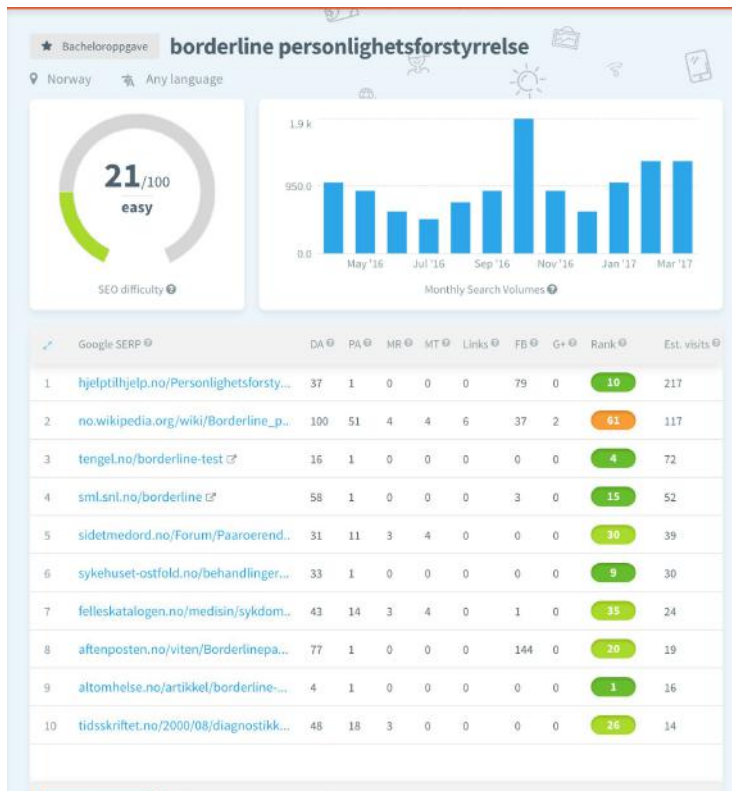
Load more
Open in SERPChecker



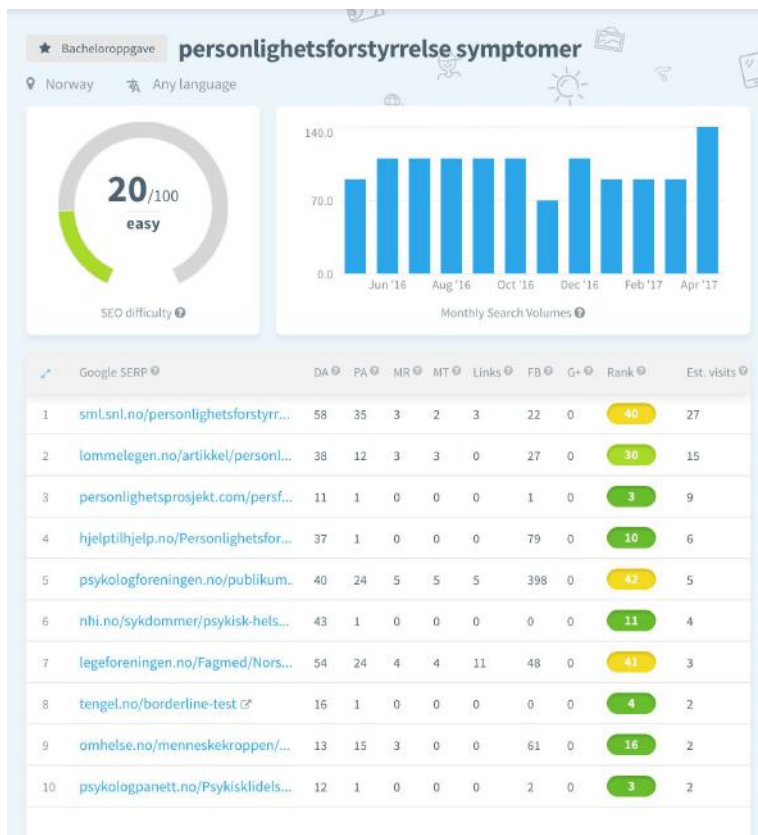
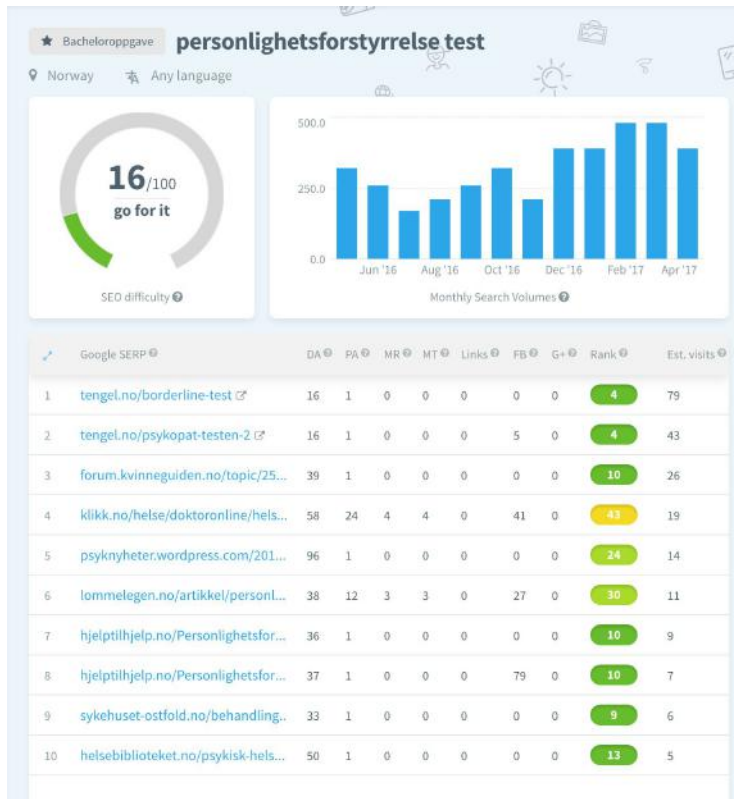


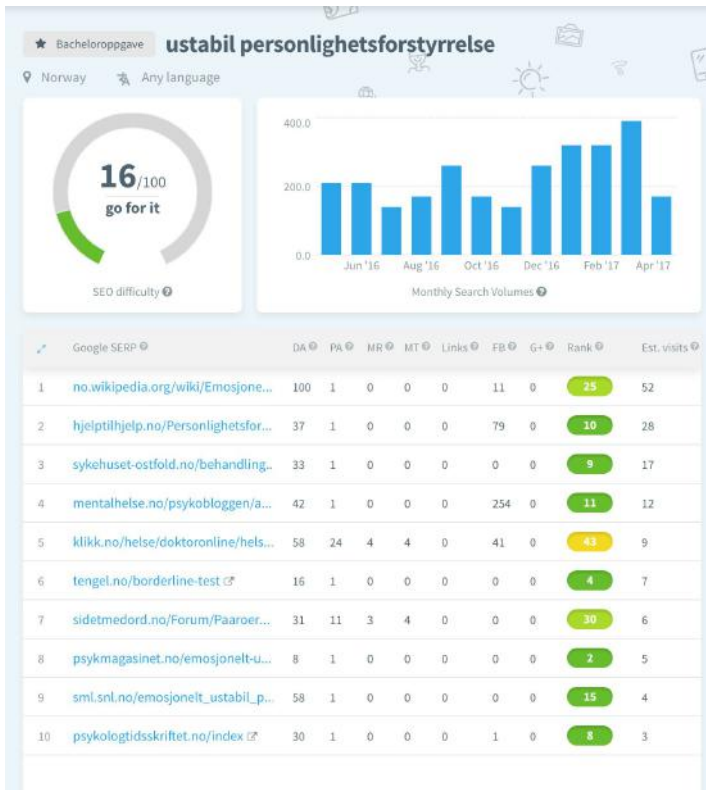
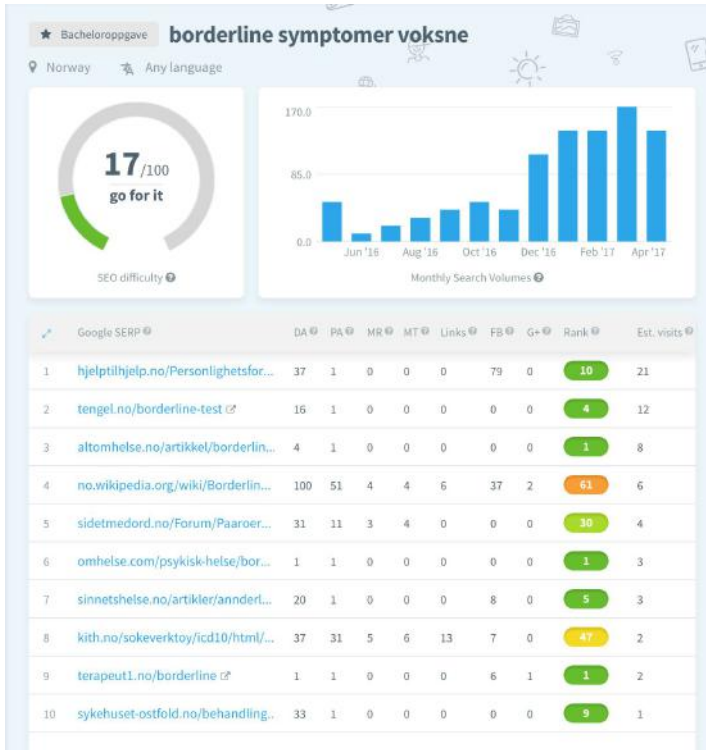




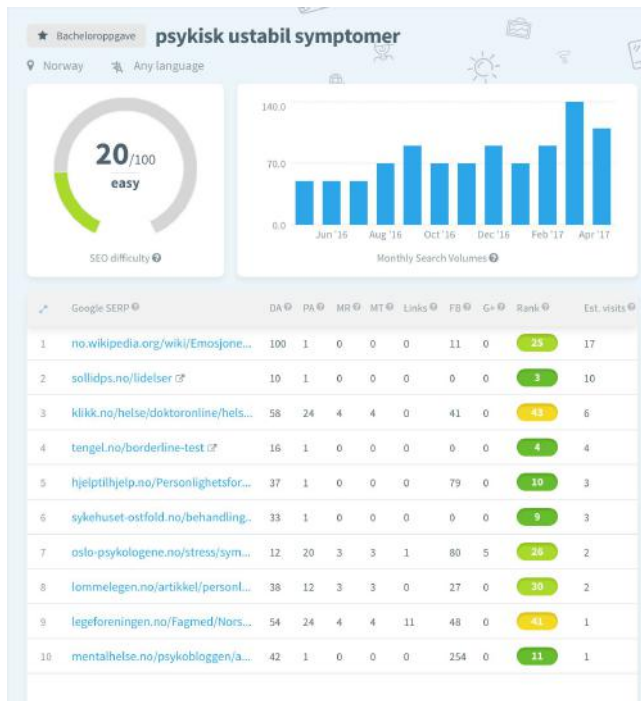


- Mar 2017 – emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er tema på "Hva feiler det deg".

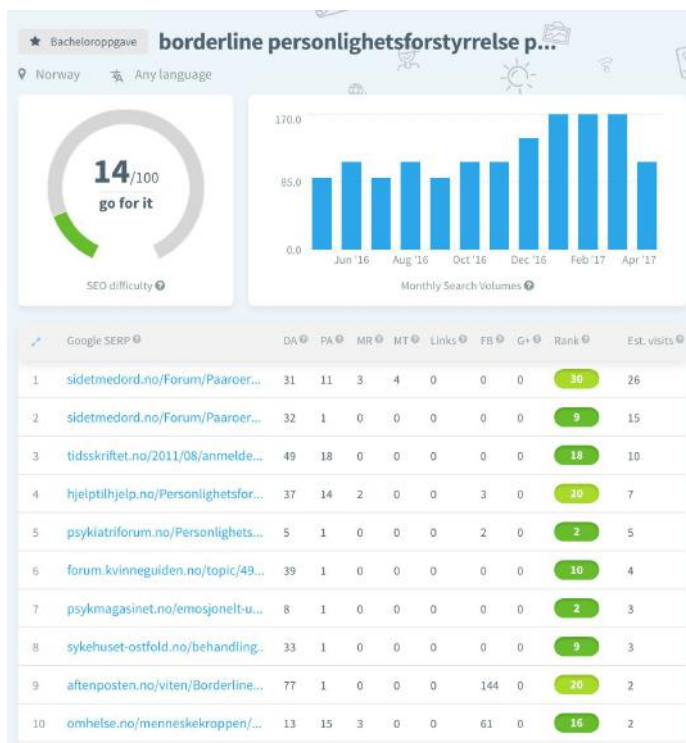


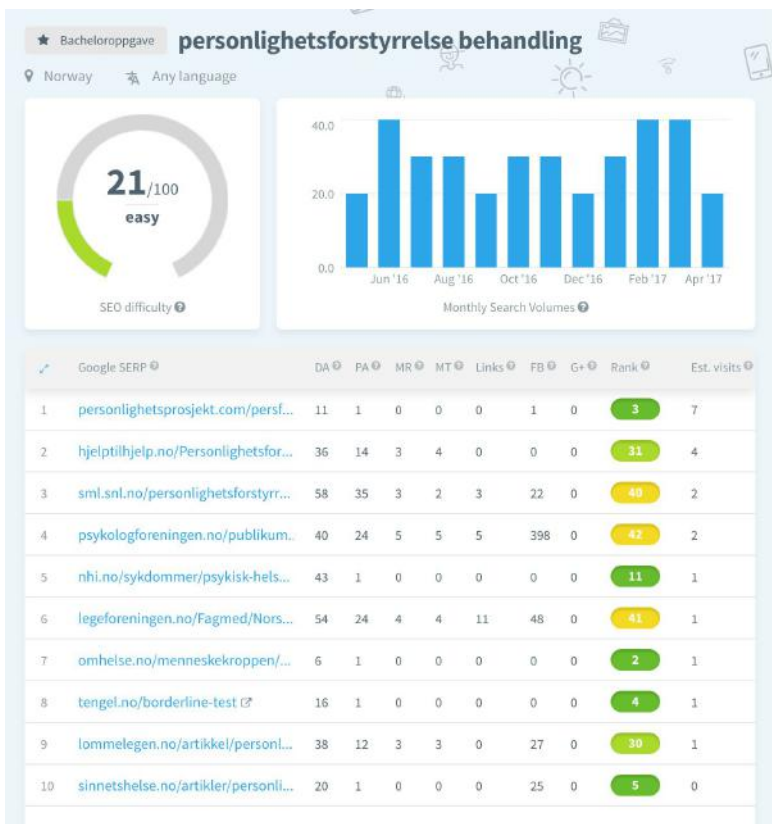
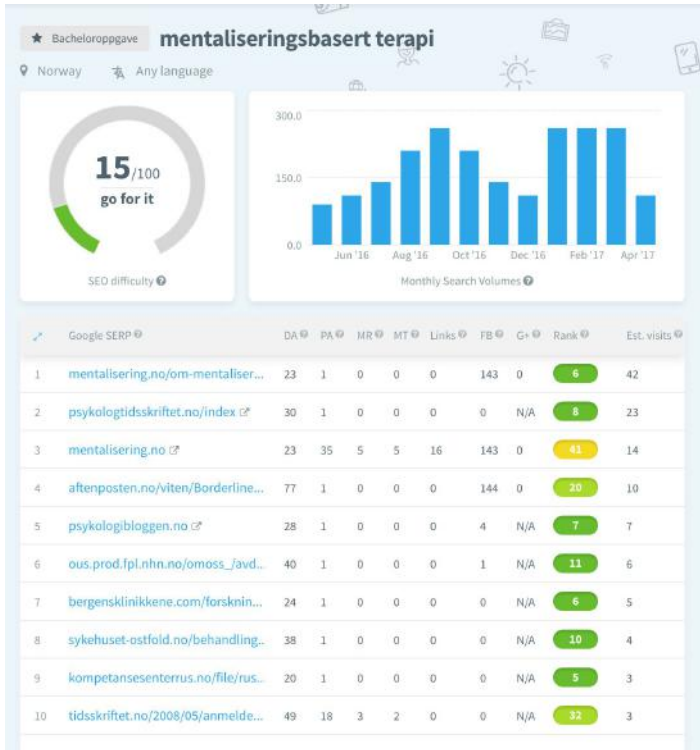


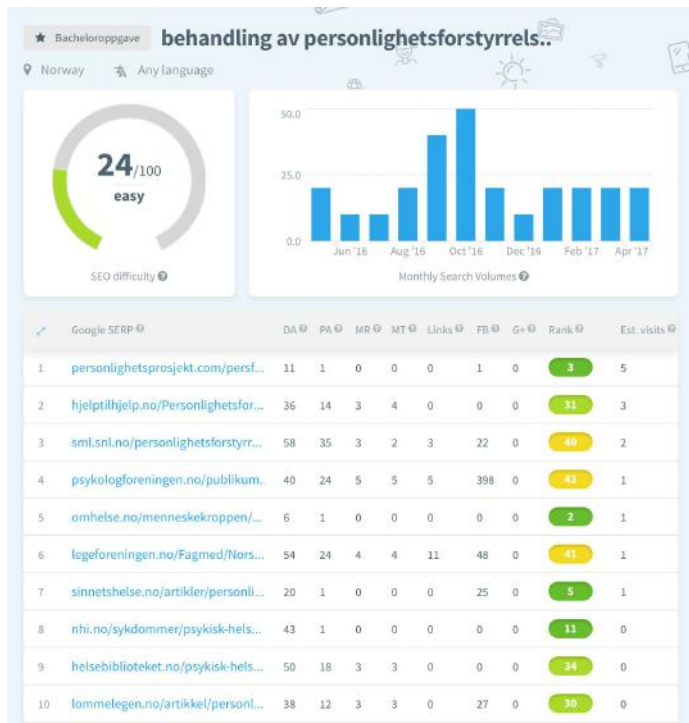




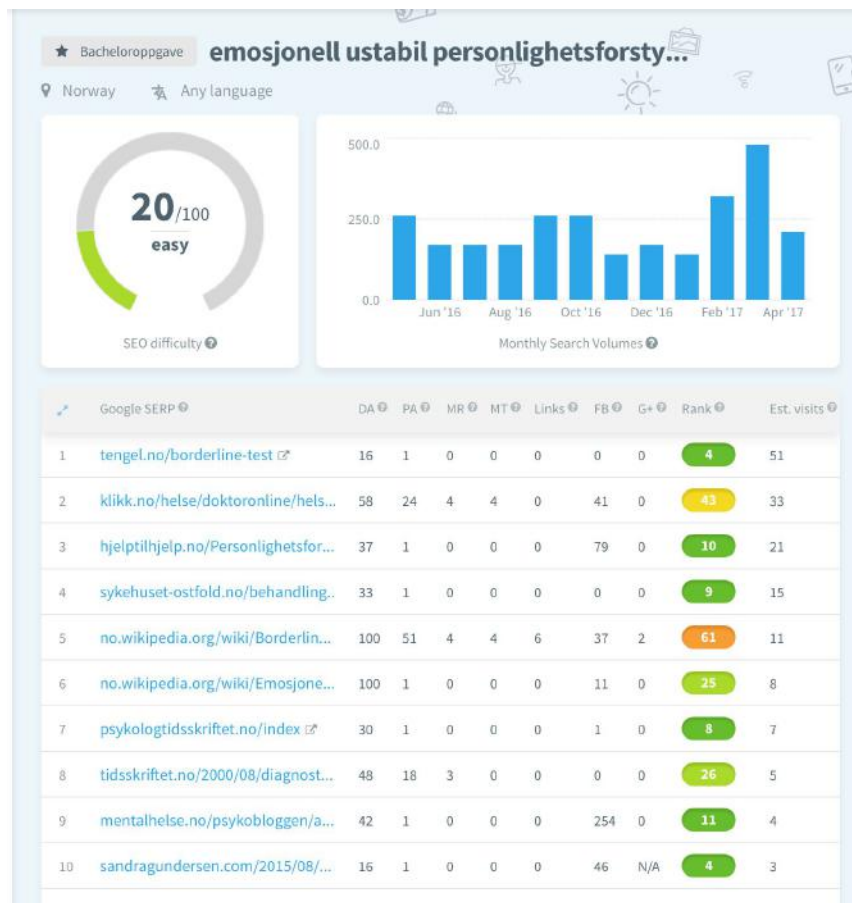
borderline personlighetsforstyrrelse pårørende:







Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse test:



# Vedlegg 4

## Retriever

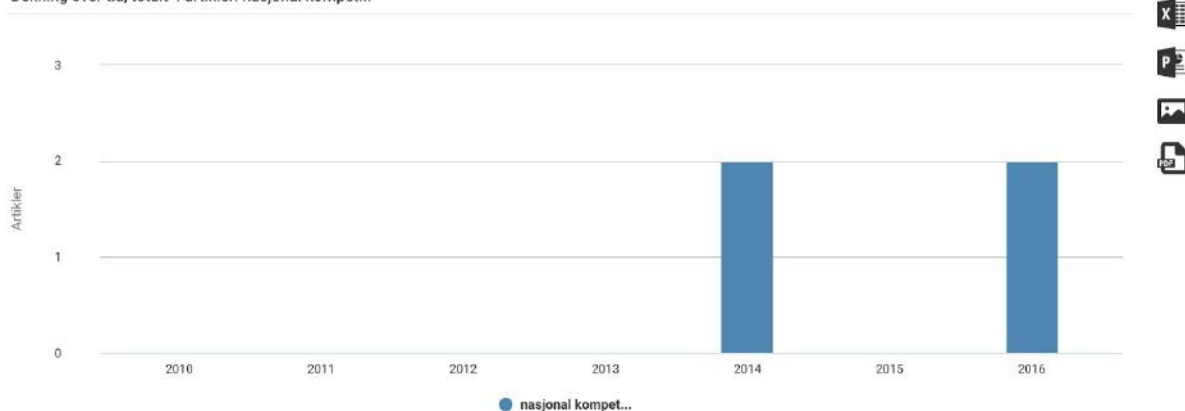
## 1. Retriever søk

Det ble foretatt Retriever søk i Atekst der vi så nærmere på: “Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri”, “Personlighetsforstyrrelse” og “Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse”.

I avis er det skrevet om NAPP totalt 7 ganger i tidsperioden 2010 og frem til 21.05.2017. I alle kilder er NAPP nevnt 43 ganger i samme periode. I fag- og rikspresen er det altså rom for mer oppmerksomhet.

### 1.1 Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri – kun avis

Dekning over tid, totalt 4 artikler: nasjonal kompet...



Dekning per kilde nasjonal kompet...

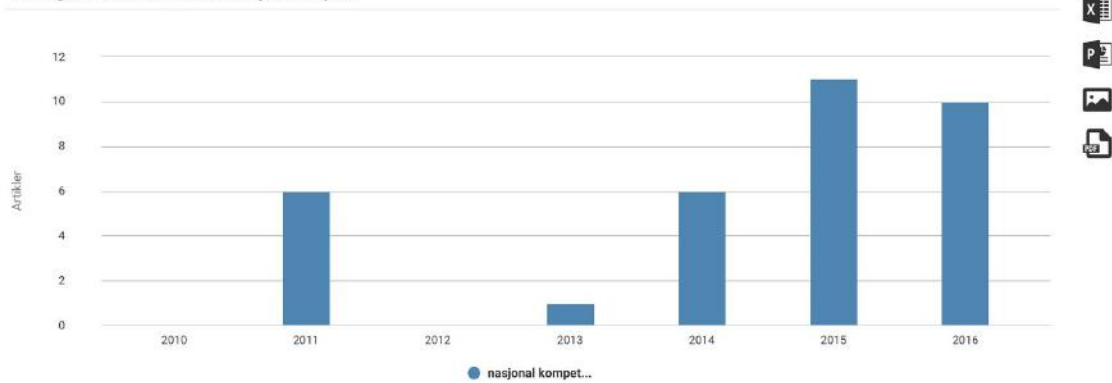
Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Dagens Medisin					1		1	2
Psykisk Helse							1	1
Dagsavisen					1			1
Total	0	0	0	0	2	0	2	4

### 1.2 Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri - alle kilder

Dekning per kilde nasjonal kompet...

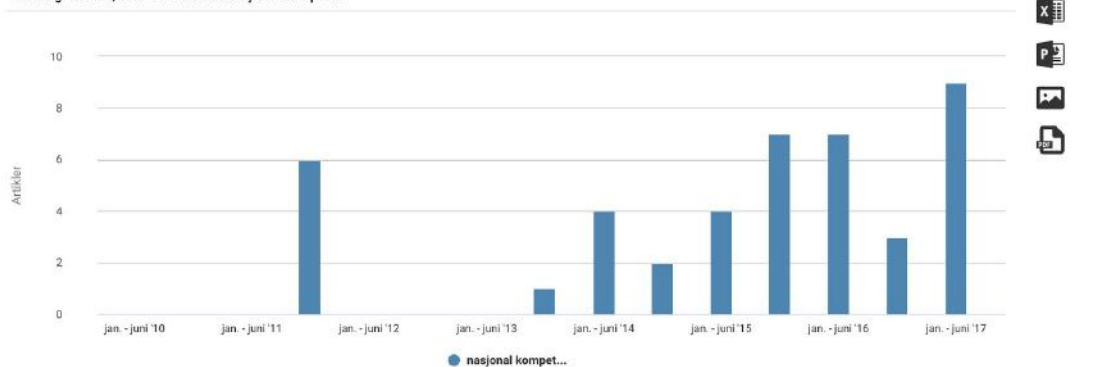
Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Oslo universitetssykehus		1			2	6	5	14
Rop.no						5	2	7
Universitetssykehuset Nord-Norge				1	2			3
Dagens Medisin		2						2
Dagens Medisin					1		1	2
Helse- og omsorgsdepartementet		2						2
Psykisk Helse							1	1
Avisen Agder		1						1
Dagsavisen					1			1
KK							1	1
Total	0	6	0	1	6	11	10	34

Dekning over tid, totalt 34 artikler: nasjonal kompet...



### 1.3 Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri - kun avis. Per halvår frem til 21.05.17

Dekning over tid, totalt 43 artikler: nasjonal kompet...



Dekning per kilde nasjonal kompet...

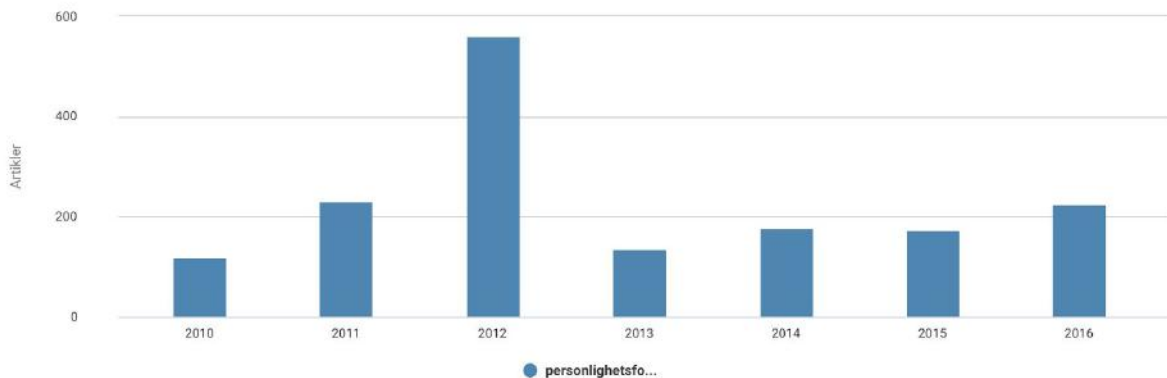
Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Oslo universitets sykehus		1			2	6	5		14
Rop.no						5	2	1	8
Universitetssykehuset Nord-Norge				1	2				3
Dagens Medisin		2						1	3
Dagens Medisin					1		1	1	3
VG Pluss								2	2
Helse- og omsorgsdepartementet		2							2
Dagbladet								1	1
Psykologisk.no								1	1
KK							1		1
VG								1	1
Total	0	6	0	1	6	11	10	9	43

## 2. Personlighetsforstyrrelse

Vi ser en tydelig økning i 2012, dette kan kobles til Breivik og 22 juli, hvor det i en periode var en rettsmessige vurderinger om gjerningsmannen skulle vurderes som tilregnelig eller utilregnelig.

### 2.1 Dekning "personlighetsforstyrrelse" - kun avis

Dekning over tid, totalt 1619 artikler: personlighetsfo...



Dekning over tid	personlighetsfo...								
Søk	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		Totalt
personlighetsfo...	119	232	560	135	177	172	224		1619
<b>Totalt</b>	119	232	560	135	177	172	224		1619
Generert: 15.05.2017									
Kilde: Retriever									

### 2.2 Dekning "personlighetsforstyrrelse" kun avis etter kilde

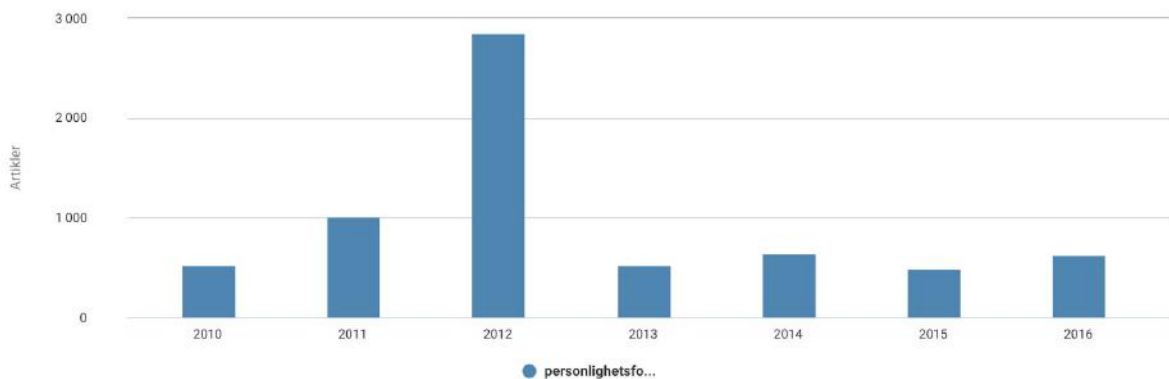
Dekning per kilde personlighetsfo...

Vis alle (114)

Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<input type="checkbox"/> NTBtekst	15	25	115	11	14	18	34	232
<input type="checkbox"/> Aftenposten	11	11	38	7	15	20	14	116
<input type="checkbox"/> Dagbladet	5	20	51	10	8	9	7	110
<input type="checkbox"/> VG	2	23	31	3	16	10	17	102
<input type="checkbox"/> Bergens Tidende	3	6	25	8	9	6	15	72
<input type="checkbox"/> Stavanger Aftenblad	9	13	14	9	3	10	5	63
<input type="checkbox"/> Dagsavisen	4	7	24	5	6	5	6	57
<input type="checkbox"/> Klassekampen	1	9	21	4	1	3	4	43
<input type="checkbox"/> Adresseavisen	4	4	16	7	5	1	2	39
<input type="checkbox"/> Tidsskrift for Norsk Psykologforening				10	12	9	6	37
<input type="checkbox"/> Østlendingen		11	8	5	5	3	2	34
<b>Total</b>	119	232	560	135	177	172	224	1619

## 2.3 Dekning "personlighetsforstyrrelse" alle kilder

Dekning over tid, totalt 6670 artikler: personlighetsfo...



Dekning over tid personlighetsfo...								
Søk	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
personlighetsfo...	529	1016	2849	523	640	488	625	6670
<b>Totalt</b>	529	1016	2849	523	640	488	625	6670
Generert: 15.05.2017								
Kilde: Retriever								

## 2.4 Dekning "personlighetsforstyrrelse" alle data – pr kilde

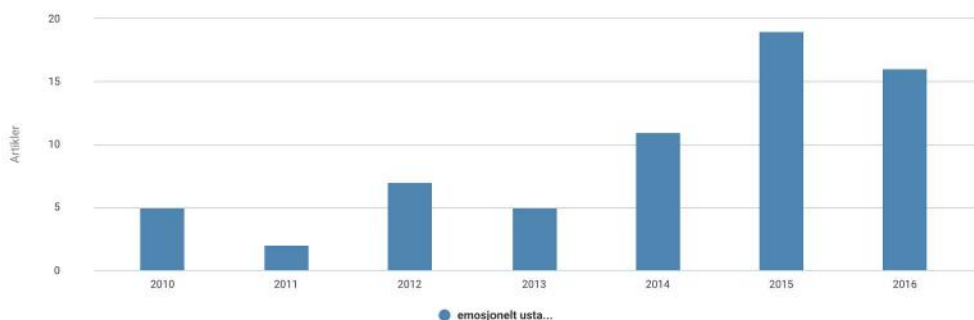
Dekning per kilde personlighetsfo...									Vis alle (361)
Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	
Ⓜ Lovdata	34	44	38	38	40	31	18	243	
☐ NTBtekst	15	25	115	11	14	18	34	232	
Ⓜ Dagbladet	6	19	53	12	8	16	19	133	
Ⓜ VG Nett	11	11	43	7	15	11	20	118	
☐ Aftenposten	11	11	38	7	15	20	14	116	
☐ Dagbladet	5	20	51	10	8	9	7	110	
Ⓜ Aftenposten	12	20	61	9		4		106	
☐ VG	2	23	31	3	16	10	17	102	
Ⓜ Aftenposten - Login					28	34	23	85	
Ⓜ ABC Nyheter	2	16	38	3	3	7	14	83	
Ⓜ Bergensavisen	3	11	37	4	14	1	4	74	
<b>Total</b>	529	1016	2849	523	640	488	625	6670	

## 3. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse



### 3.1 Dekning "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" - kun avis

Dekning over tid, totalt 65 artikler: emosjonelt usta...



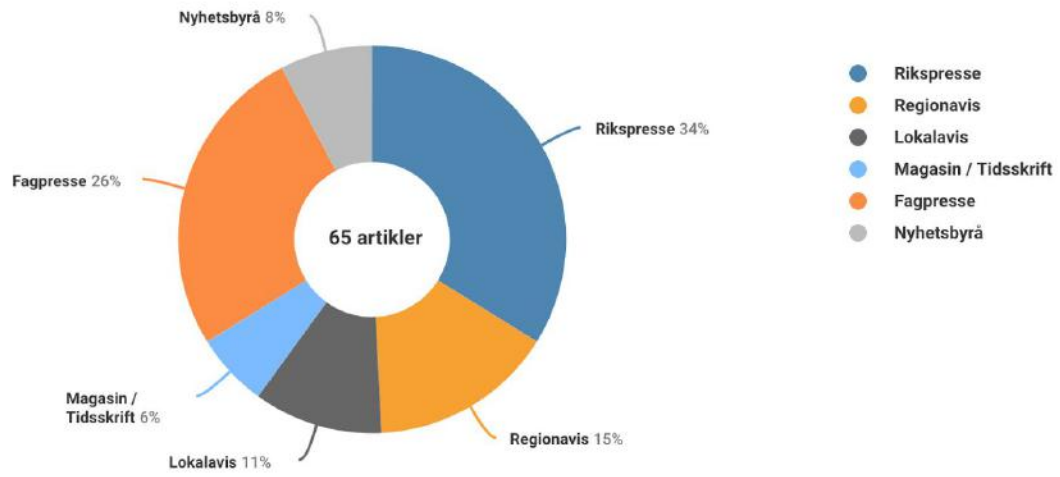
Dekning over tid emosjonelt usta...								
Søk	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
emosjonelt usta...	5	2	7	5	11	19	16	65
<b>Totalt</b>	5	2	7	5	11	19	16	65
Generert: 15.05.2017								
Kilde: Retriever								

### 3.2 Dekning "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" kun avis – pr kilde

Dekning per kilde emosjonelt usta...

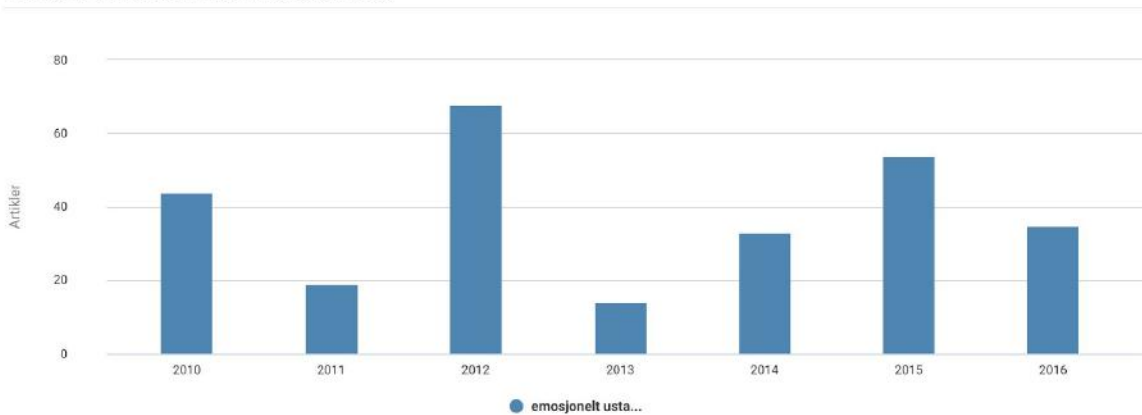
Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<input type="checkbox"/> Tidsskrift for Norsk Psykologforening				1	5	5	2	13
<input type="checkbox"/> Aftenposten			1		3	2	1	7
<input type="checkbox"/> VG							7	7
<input type="checkbox"/> NTBlekt	1		4					5
<input type="checkbox"/> Nordlys	1					2		3
<input type="checkbox"/> Bergens Tidende					1	1	1	3
<input type="checkbox"/> Psykisk Helse				1			1	2
<input type="checkbox"/> Morgenbladet			2					2
<input type="checkbox"/> Dagbladet				1			1	2
<input type="checkbox"/> Adresseavisen	1			1				2
<input type="checkbox"/> Stavanger Aftenblad						2		2
<input type="checkbox"/> Budstikka						2		2
<input type="checkbox"/> A-magasinet						2		2
<input type="checkbox"/> Allers	1			1				2
<input type="checkbox"/> ToppGirl							1	1
<input type="checkbox"/> Rogalands Avis		1						1
<input type="checkbox"/> Dagsavisen		1						1
<input type="checkbox"/> Fontene					1			1
<input type="checkbox"/> Helgelands Blad							1	1
<input type="checkbox"/> Avisa Nordland	1							1
<input type="checkbox"/> Vårt Land						1		1
<input type="checkbox"/> Ringerikes Blad					1			1
<input type="checkbox"/> Degens Medisin							1	1
<input type="checkbox"/> Ny Tid						1		1
<input type="checkbox"/> Drammens Tidende						1		1
<b>Total</b>	5	2	7	5	11	19	16	65

Dekning per kildekategori (papir), totalt 65 artikler: emosjonelt usta...



### 3.3 Dekning "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" alle kilder

Dekning over tid, totalt 267 artikler: emosjonelt usta...



Dekning over tid emosjonelt usta...								
Søk	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
emosjonelt usta...	44	19	68	14	33	54	35	267
<b>Totalt</b>	44	19	68	14	33	54	35	267
Generert: 15.05.2017								
Kilde: Retriever								

### 3.4 Dekning "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" - alle kilder

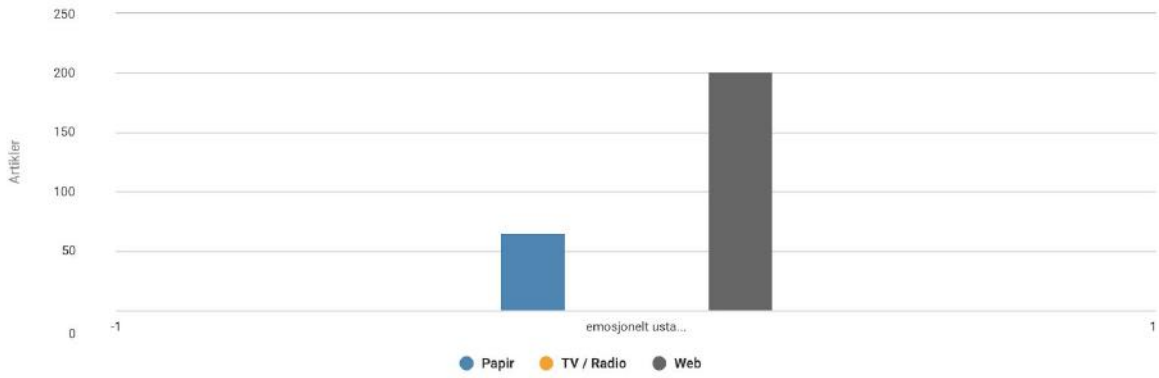
Dekning per kilde emosjonelt usta...

Vis alle (136)

Kilde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<input checked="" type="checkbox"/> Lovdata	4	14	4	4	4	5	2	37
<input type="checkbox"/> Tidsskrift for Norsk Psykologforening				1	5	5	2	13
<input checked="" type="checkbox"/> Oslo universitetssykehus					1	5	4	10
<input checked="" type="checkbox"/> Aftenposten - LogIn					3	4	1	8
<input checked="" type="checkbox"/> VG Nett	1		2			1	3	7
<input type="checkbox"/> Aftenposten			1		3	2	1	7
<input type="checkbox"/> VG							7	7
<input checked="" type="checkbox"/> NRK			1		4	2		7
<input checked="" type="checkbox"/> VG Pluss						1	5	6
<input type="checkbox"/> NTBtekst	1		4					5
<input checked="" type="checkbox"/> Stavanger Aftenblad	1		1		1			3
<b>Total</b>	44	19	68	14	33	54	35	267

### 3.5 Dekning per medietype

Dekning per medietype, totalt 267 artikler



## 4. Personlighetsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

For å se nærmere på debatter og holdninger ble det foretatt en grundigere analyse av "personlighetsforstyrrelse" og "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse". Vi utførte søk og analyse av disse to i Retriever mellom 1.01.2010 – 31.12.2016. Søkene omfattet "kun avis" og "alle kilder".

For utføre medieanalysen ble det innledningsvis delt inn i positive og negative oppslag. Det viste seg at svært mange av funnene var knyttet til rettssaker, særlig på "personlighetsforstyrrelse", derfor ble det delt inn i følgende kategorier: Negativ, Positiv/informativ og Rettssak. Kriteriene for inndelingen:

### Negativ:

Oppslag av saker som var svært påståelige og som vi vurderer til å ha rigide karakteristika om personlighetsforstyrrelse, disse inneholdt blant annet sleng-uttrykk.

### Positiv/informativ:

Oppslag av saker som kunne bidra til å skape debatt rundt psykisk helse uavhengig av ståsted, da spesielt om tilfriskning (recovery), eller informative om sykdomsforløp og brukerhistorier.

### Rettsak:

Innenfor rettsak så vi to ulike sider, både gjerningsmann med diagnosen personlighetsforstyrrelse, og rettsak der offer hadde diagnosen personlighetsforstyrrelse. Vi la merke til at det i kategorien rettsak var en blanding av fastsatt diagnose og synsing. Dette var utenfor vår vurderingsevne å analysere.

*Alle artiklene med kategorisering innen "personlighetsforstyrrelse" og "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" finnes i vedlegg 4,1 og 4,2.*

### 4.1 Analyse "personlighetsforstyrrelse"

"Personlighetsforstyrrelse" ga 1619 treff:

2010: 119, 2011: 232, 2012: 560, 2013: 135, 2014: 177, 2015: 172, 2016: 224. Antall artikler har vært ganske stabilt i årene vi undersøkte, med unntak av en topp i 2012, som har en sammenheng med Anders Behring Breivik.

### 4.2 Analyse "emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse"

"Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse" i kun avis ga et treff på 65 artikler:

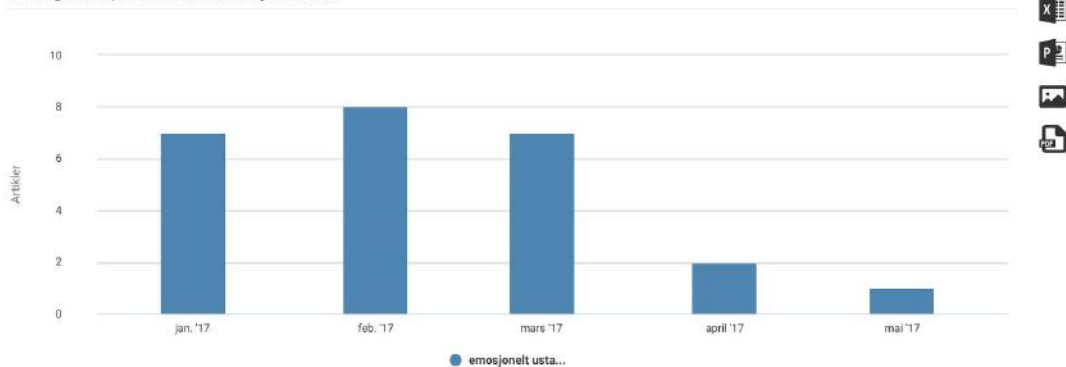
2010: 5, 2011: 2, 2012: 7, 2014:11, 2015: 19, 2016: 16. Norsk psykologforening ligger på topp

i antall saker. Når søket utvides til "alle kilder" ga søket 267 treff: 2010: 44, 2011: 19, 2012: 68, 2013: 14, 2014: 33, 2015: 54, 2016: 35.

På både "PF" og "BPD" i "alle kilder" er det lovdata som bringer inn flest saker. Under BPD er det igjen tidsskrift for norsk psykologforening som har flest saker, etterfulgt av Oslo universitetssykehus ved NAPP:

BPD hittil i år:

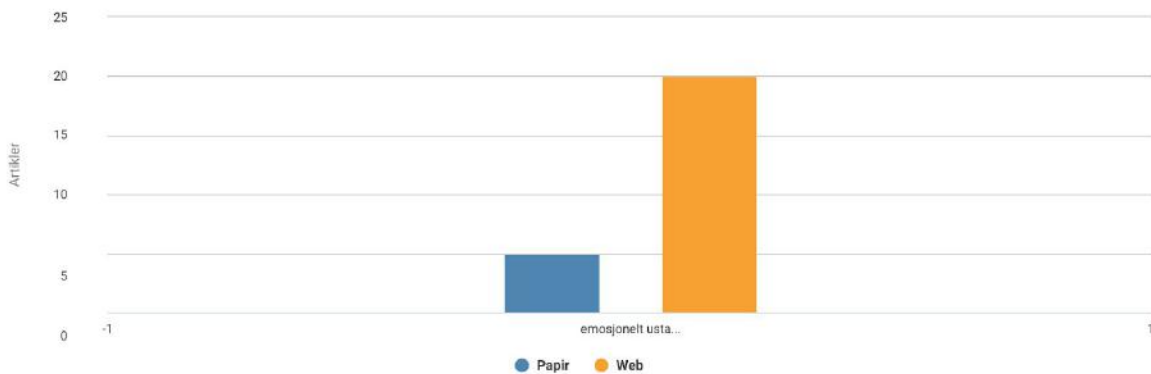
Dekning over tid, totalt 25 artikler: emosjonelt usta...



Dekning per kilde emosjonelt usta...

Kilde	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	Total
Ⓜ Lovdata	1	4	1	1	1	8
Ⓜ Psykologisk.no		1	1			2
☐ Sykepleien	1			1		2
Ⓜ Dagbladet	1					1
Ⓜ Rop.no		1				1
Ⓜ VG Pluss		1				1
Ⓜ Bergens Tidende - Login			1			1
Ⓜ Aftenposten - Login			1			1
Ⓜ KK		1				1
Ⓜ Dagens Medisin	1					1
Ⓜ Sykepleien			1			1
☐ A-magasinet			1			1
Ⓜ ABC Nyheter	1					1
☐ Dagens Medisin	1					1
Ⓜ NRK			1			1
☐ Dagbladet	1					1
Total	7	8	7	2	1	25

Dekning per medietype, totalt 25 artikler



Det ble tidlig i prosessen foretatt en medieanalyse, men etter å ha funnet klare mangler i metoden det ble gjennomført på, er disse utelatt fra oppgaven. Det ble ikke kodet i et eget ark slik som i analysene vist tidligere. Det var derfor umulig å finne tilbake til feilkilder. Men gjennomgangen av sakene er en del av informasjonen som ble samlet.

Negative totalt)	Kriminalitet	Negativ	Positive (rettssak)	Positive	Positive			debatt	annet urelevant p/ nevnt i bsetning	kommentar
29	27	2		6	6	feb.14	1	1 (neg?)	1	aksla-drapet vedlegg x
9	9					aug.10			1 (journal) 1 (kulturtilbud)	drap Marit Randsted Andreassen
3	3		1	5	6	nov.16			3	
35	32	3	2			sep.12			3	sigridsken
9	9		1	3	4	des.12			3	
7	5	2		2	2	jun.13			1 (journal) 1 (kulturtilbud)	
6	4	2		1	1	mai.11				
1	1			3	3	okt.15			2	
	3	1			2	okt.13			4	
11	8	3		8		mar.17			1	
31	30	1	2			jul.11				
	12	1			6	sep.14				
141	143	15	6	28	30					
Personlighetsforstyrrelse										
Neg	neg (krim)	pos	pos (rettssak)	offer	bemerkning	dobbel	urelevant			
1	4	2		2010	mye fra lovd	2				
	12	2		2011		12	pos 1			
	5	2		2012		3	pos1			
	4	2		2013		3		1		
	3	10	2	2014		3	pos 3	1		draps
	18	24		2015		5		5	(om andre lidelse; dokumentar; munchausen syndrc drapssak og Idas dagbok	
2	5	18		2016		3		1	(tvangstiltak	
						4				
3	51	60	2			35	5	8		
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse "alle kilder"										



## Handelshøyskolen BI

Uttak 01.05.2017

---

### Nyhete r

---

#### Rolig premiere i natt **Utelukkes, ikke relevant**

📄 Adresseavisen 1 25.07.201  
2

Fortsatt billetter igjen til premieren av «The Dark Knight Rises».

#### Året etter at terroren rammet Norge **Retts sak, Breivik**

📄 Sunnmørsposte 21.07.201  
n 2

Ett år er gått siden siden 77 mennesker ble drept under terrorangrepene i Oslo og på Utøya. Dette har skjedd siden 22. 07.11:

#### Mars 2012 April 2012 Mai 2012 **Retts sak, Breivik**

📄 Nationen 21.07.201  
2

Viktige hendelser etter 22. juli-angrepene 1. mars: Stortingets 22. juli-komité kommer med 14 konkrete forslag til en styrket terrorplan til regjeringen.

#### Diagnose: Sjekklistemonomani **Retts sak, Breivik**

📄 Morgenblade 20.07.201  
t 2

Breivik-saken viser hvordan psykiatriens bruk av sjekklister og manglende interesse for barns utvikling svekker forståelsen av mennesker.

#### FAKTA om viktige hendelser etter 22. juli-angrepene **Retts sak, Breivik**

📄 NTBtekst 18.07.2012  
16:04

Juli 2011 \*23. juli: Politiet oppjusterer tallet på antatt drepte kraftig, til 84 på Utøya og 7 i regjeringskvartalet. \*23. juli: oppnevnes som forsvarer og opplyser at Anders Behring Breivik erkjenner begge terroraksjonene.

#### FAKTA om viktige hendelser etter 22. juli-angrepene **Retts sak, Breivik**

📄 NTBtekst 18.07.2012  
16:02

Juli 2011 \*23. juli: Politiet oppjusterer tallet på antatt drepte kraftig, til 84 på Utøya og 7 i



regjeringskvartalet. \*23. juli: oppnevnes som forsvarer og opplyser at Anders Behring Breivik erkjenner begge terroraksjonene.

#### «FÆVLÆR» Utelukkes

Telemarksavisa 18.07.201  
2

Jeg har de siste fem døgn hatt besøk av en bokfink. Trur jeg, selv om jeg ikke helt er ekspert på fævlær. Jeg er i allefall rimelig sikker på at det er en bokfink. Jeg har tatt overvåkningsbilder av fyren. Og. Han ser helt ut som en bokfink.

#### FAKTA om viktige hendelser etter 22. juli-angrepene **Rettsak, Breivik**

NTBtekst 15.07.2012  
13:20

Juli 2011 \*23. juli: Politiet oppjusterer tallet på antatt drepte kraftig, til 84 på Utøya og 7 i regjeringskvartalet. \*23. juli: oppnevnes som forsvarer og opplyser at Anders Behring Breivik erkjenner begge terroraksjonene.

#### Lei av Bieber **Negativt, nevnt som slang**

Bergens Tidende 15.07.201  
2

Komiker Morten Ramm hisset på seg sinte Justin Bieber fans, skriver VG Nett. Etter å ha lest saken er jeg klar i talen! Enkelte av beliebers-ene er crazy. De er blitt aggressive, farlige og et stort samfunns- problem

Det er blitt helt sykt. Jeg tror at enkelte av beliebers-ene har en annen virkelighetsforståelse enn alle andre, det er på grensen til å regnes som multippel-personlighetsforstyrrelse..

#### Det er synd på narsissisten **Positiv/informativ**

VG U1 14.07.201  
2

og enda mer synd på hans ofre.

#### FAKTA om viktige hendelser etter 22. juli-angrepene **Rettsak, Breivik**

NTBtekst 12.07.2012  
12:21

Juli 2011 \*23. juli: Politiet oppjusterer tallet på antatt drepte kraftig, til 84 på Utøya og 7 i regjeringskvartalet. \*23. juli: oppnevnes som forsvarer og opplyser at Anders Behring Breivik erkjenner begge terroraksjonene.

#### – Gutter må få være gutter Michael fikk ADHD-diagnosen i moden alder **Utelates, urelevant (om ADHD)**

Fredriksstad Blad 05.07.201  
2

En personlighetsforstyrrelse som har skaffet ham en del problemer opp gjennom årene. Vil ikke ha ritalin

– På skolen hadde jeg lopper i blodet. Satt ikke rolig. Når jeg leser merknadene i karakterboken min, er det som å lese en ADHD-diagnose. Av John Johansen john.johansenf-b.no - m: 92840912 Dette sier Michael «Tiger'n» Walsøe (37).

#### Kan helsevesenet finne de farlige? **Positiv/informativ**

Journalen 28.09.201  
5

Etter drap i det offentlige rom, som trikkedrapet i Oslo, bussdrapene i Valdres og i Årdal, og dobbelt-drapet på Ikea i Sverige, spør mange om ikke helsevesenet kan forutsi hvem som er de potensielle voldsmenn.

#### Sjalu ekskjæreste dømt for trusler **Rettsak**

Sarpsborg Arbeiderblad 26.09.201  
5


Sarpsborg tingrett mener Sarpsborgmannen var drevet av sjalusi da han sendte en rekke SMS-trusler til sin ekskjereste, hennes søster og hennes nye mann.

#### Rått og tett på et modig menneske **Positiv/informativ**

 Bergens Tidende 24.09.2015


Regi: August B. Hanssen Norge 1 time 3 minutter Et sjeldent og informativt innblikk i psykisk sykdom.

#### En diagnose er ingen livstidsdom **Positiv/informativ**

 Bergens Tidende 23.09.2015


PSYKISK LIDELSE: For mange høres personlighetsforstyrrelse skremmende ut. Men til tross for det dramatiske ved ordet, er det mulig å bli frisk.

#### Mennesker som handler ondt, har et ansvar **Positiv debatt, negativ til diagnose**

 Aftenposten 18.09.2015


Russiske myndigheter beskylder ham for å promotere nazisme. Selv kritiserer han historikere som bortforklarer ondskap. - I en svært detaljert rapport sendt til Stalin står det skrevet at ukrainske kvinner ble voldtatt natt etter natt.

#### Skaper nye spørsmål **Positiv/informativ**

 Stavanger Aftenblad 18.09.2015

En psykisk ustabil kvinne har laget videodagbok fra sju år av sitt turbulente liv.

#### Kverulanter **Positiv/informativ**

 Klassekampen 18.09.2015


En kverulant har lett for å føle seg utsatt for urett og er overdrevent opptatt av å få oppreisning og unnskyldning for det hun opplever som krenkelser av seg selv eller viktige prinsipper hun er opptatt av.

#### På tråden **Utelates, urelevant**

 Rogalands Avis Dagsavisen 18.09.2015


The big bang The Big Bang. Tenk at den dypeste forståelsen menneskeheten har av universet er oppkalt etter en tivoliattraksjon! Det må jo være et tegn på et eller annet.

#### Nytt liv med lastebil **Positiv/informativ**

 Psykisk Helse 17.09.2015


Adelheid Rundhovde Greve kjører en 14 tonn tung lastebil. Hun elsker jobben sin. For noen år siden hadde det vært helt utenkelig å ha en slik jobb.

#### Ba om tre års fengsel for legen **Rettssak**

 Bergens Tidende 17.09.2015

Statsadvokat Benedicte Hordnes mener den overgrepstiltalte legen bør straffes med tre års fengsel og betale saksomkostninger. Hun beskriver hans innleide IT-ekspert som en leiesoldat.

#### Sterk selvskadings-selfie **Positiv/informativ**

 Vårt Land 17.09.2015

PERSONLIG FORTELLING: Ida Storm har laget en brutalt ærlig videodagbok om livet som psykisk syk. Norsk dokumentar Regi: August B. Hanssen Med: Ida Storm Viser på Kapittel Film i Stavanger i kveld, på Bergen internasjonale filmfestival neste uke og

**Idioter med selfiesticks «Hæsjtægg» Utelates, urelevant**  Dagbladet 15.09.201  
5

Dorsk bloggeparodi er ingenting å le av.

**Skal ha fantasert om å drepe og voldta unge jenter Rettssak**  Adresseavisen 12.09.201  
1 5


19-åringen fra Trondheim skal i avhør ha forklart seg i detalj om hvordan han ønsker å ta livet av jenter i alderen 9 til 25 år.


**«Det som ikke dreper oss, gjør oss sterkere» Positiv/fokus på traumearbeid**  Tidsskrift for Norsk Psykologforening 04.09.201  
5

Når blir traumer så store at de trenger spesialisert behandling, forskjellig fra annen, psykologisk behandling? To bøker prøver å gi oss svar.  
I 2006 OPPRETTET Helsedirektoratet fem Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Bakgrunnen var at man ville ruste opp behandlingen av blant annet flykninger som kom til landet.

**Lokalefilmskapereåpner filmåret Positiv/informativ**  Agderposten 29.12.201  
Medier\_Felles 6

Det unge, Arendalsbaserte Sporenstreks Film har laget en dramakomedie om det alvorlige temaet psykopati i filmen «Årets Medarbeider». Den er på kino fra 6. januar. b filmLokal film. Årets medarbeider, om en psykopat

**Personlighetsforstyrrelsene du må se opp for Negativ**  Dagbladet 28.12.201  
01 6

**Vant lang kamp Rettssak**  Rjukan 27.12.201  
Arbeiderblad 6

Tone Brown Olesrud (55) fikk diagnosen schizofreni og ble sterkt medisinert med antipsykotika. Etter 10 års kamp har hun vunnet fram med et erstatningskrav. Hun var ikke sinnssyk.

**Stemplet som sinnssyk - vant årelang kamp Positiv/informativ**  Telemarksavisa 27.12.201  
6

TINN/NOTODDEN/SKIEN: Tone Brown Olesrud (55) fikk diagnosen schizofreni og ble sterkt medisinert med antipsykotika. Etter 10 års kamp har hun vunnet frem med et erstatningskrav. Hun var ikke sinnssyk.

**Filminnspilling i Lillesand sentrum Positiv/informativ**  Lillesands-Poste 23.12.201  
n 6

Gjennomførte opptak til webserie om mennesker med antisosial personlighetsforstyrrelse.

**Systemsvikt Rettssak**  Bergens 12.12.201  
Tidende 6

Ida ble voldtatt da hun var 13 år. Det gikk fem år før voldtektsmannen ble tatt. Imens voldtok han igjen. Siren, desember 2002. Ida, juni 2006. Tina, oktober 2006. Nå er han siktet for å ha voldtatt for fjerde gang.

**IDA (13) BLEI VALDTEKEN PÅ VEG HEIM FRÅ BURS DAG Retts sak**Bergens  
Tidende10.12.201  
6

No er mannen sikta for ei fjerde valdtekt. Korleis kunne det skje?

- Slepp han ut igjen no, så går eg ut med namnet.
- Gud, han er sjuk! Denne mannen er som dei verste forbrytarane i krimseriane.
- Han får jo berre halde fram,

**Dansk politimann død av skuddskade Kriminell, retts sak**NTBtekst 07.12.2016  
16:43

København (NTB-Ritzau): Politimannen som ble skutt i hodet i København tirsdag, er død, opplyser dansk politi.

**Lokale filmskaper debuterer med kinopremiere Positiv/informativ**Arendals  
Tidende 06.12.201  
6

Filmskaperduoen Thomas Steinsholm og Lone Engbråten fra Eydehavn har produsert spillefilmen «Årets Medarbeider». Fredag 6. januar har filmen premiere på seks kinoer i Aust- og Vest-Agder, deriblant på Arendal kino.

**Å finne Positiv/informativ**Klassekampen 02.12.201  
1 6

Terapi handler om å finne et språk for å formidle vårt innerste. Det er ikke bare lett, men kan åpne verden.

**Å skille rus og psykopatologi Positiv/informativ**Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 02.12.201  
6

Rusproblemer og psykiske vansker forekommer ofte samtidig. Diagnoseintervjuet PRISM kan belyse hvilken av tilstandene som best forklarer pasientens plager.

**Tar med 600 sider blogg i retten Utelates, Retts sak offer**Moss  
Avis 30.04.201  
1

- Politimannen, min feil. For pokker, jeg ville jo ha oppmerksomhet, skrev «Mia». Nå befinner sitatet seg på ett av de over 600 arkene med blogginnlegg som den sex-tiltalte politimannens forsvarer vil ta med seg i retten.

**Jeg trodde han var glad i meg, at han brydde seg Hun varslet om sextiltalt Utelates, Retts sak offer**VG  
U1 29.04.201  
1

Som 15-åring hadde Østfold-kvinnen en drøm om å bli politi. På nettet skal hun ha blitt kontaktet av den erfarne politibetjenten. Det fikk enorme konsekvenser.

**Tre dager om psykiatri Utelates, urelevant**Romerikes  
Blad 27.04.201  
1

Nordbyhagen: Akershus universitetssykehus ved divisjon psykisk helsevern, Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i psykisk helse tilbyr tre kvelder med undervisning og dialog for alle som er interessert i temaet.

**Ny rettsrunde for Våg-treneren Retts sak**

Fædrelandsvennen 11.04.201

1 1

KRISTIANSAND Over påske må den overgrepssøkte fotballtreneren i Våg igjen møte i retten. Det bekrefter Einar Skarpeid ved Spesialenheten for seksuelle overgrep mot barn under 18 år i Agder. '

#### Vil teste asylsøkere psykologisk **Positiv/informativ**

NTBtekst 08.04.2011  
08:02

Oslo (NTB): Voldtektene i Oslo gjør at Aps toppkandidat i Oslo, Libe Rieber-Mohn, åpner for å undersøke alle asylsøkere psykologisk for å finne mulige overgrepsmenn, skriver VG.

#### Ap-topp vil ha dramatisk tiltak **Positiv/informativ**

VG 08.04.2011  
U1 1

Voldtektene i Oslo gjør at Arbeiderpartiets toppkandidat i Oslo, Libe Rieber-Mohn, åpner for å undersøke alle asylsøkere psykologisk for å finne mulige overgrepsmenn.

#### Østlands-Posten 2011-04-02 page: 5 **Rettsak**

Østlands-Posten 02.04.2011  
1

#### Min mor er psykisk syk **Positiv/informativ**

A-magasinet 28.02.2011  
4

Oppveksten har vært vanskelig. Nå er hun engstelig for lillesøsteren.

#### Selvmedisinering er feil medisin **Positiv/informativ**

Sykepleie 27.02.2011  
n 4

Selvmedisinering er uheldig i dobbelt forstand, både som behandling og som begrep.

#### De nyttige psykopatene **Utelates, usikker**

Fædrelandsvennen 21.02.2011  
4

Av og til trenger vi kanskje noen «nyttige psykopater», mennesker med karaktertrekk som får dem til å ta de vanskelige, men nødvendige avgjørelsene, de avgjørelsene mykere og mer empatiske mennesker ikke klarer å ta.

#### Når pasientene skaper kaos **Positiv/informativ**

Fontene 20.02.2011  
e 4

Enkelte barn og voksne skaper et emosjonelt kaos rundt seg. Det stiller spesielle krav til behandlerne.

#### Savner svar **Rettsak**

Sunnmørsposten 18.02.2011  
n 4

Aksla-drapet Fem dager i Sunnmøre tingrett har gitt mange svar på hva som skjedde da Anja Weløy Aarseth i august i fjor ble drept. Men fortsatt gjenstår svaret på: Hvorfor?

#### – Fikk en sprekk i sjølbildet **Aktor ba om 21 års forvaring: Raumamann (24) Rettsak**

Romsdals Budstikke 18.02.2011  
4

Etter det mislykkete ranet følte raumamannen seg forsmådd og mislykket. I rus og sinne beveget han seg oppover Aksla.

#### Kan få 21 års forvaring **Rettsak**

Drammens Tidende 18.02.2011  
4

Aktor i Aksla-saken la mandag ned påstand om lovens strengeste straff, 21 års forvaring for voldtekten og drapet på Anja Weløy Aarseth (21)

#### Aksla-drapet: Påstand om lovens strengeste straff **Rettsak**

Stavanger Aftenblad 18.02.2014

Ålesund Aktor i Aksla-saken la mandag ned påstand om lovens strengeste straff, mens motparten ba om at Steven Dan Danielsen (24) dømmes på mildest mulige måte for voldtekten og drapet på Anja Weløy Aarseth (21) i august i fjor.

#### Steven Dan Danielsen er **Rettsak**

Bergens Tidende 18.02.2014

farlig, og vil være det i mange år, mener statsadvokaten. Hun mener 21 års forvaring er riktig straff for Anja Weløy Aarseths drapsmann.

#### Krever lovens strengeste straff **Rettsak**

Telemarksavisa 18.02.2014

ÅLESUND: Aktor i Aksla-saken la i går ned påstand om lovens strengeste straff. Mens motparten ba om at Steven Dan Danielsen (24) dømmes på mildest mulige måte for voldtekten og drapet på Anja Weløy Aarseth (21) i august i fjor.

#### Aksla-drapet: Påstand om lovens strengeste straff **Rettsak**

NTBtekst 17.02.2014 19:12

Ålesund (NTB-Dag Kjørholt): Aktor i Aksla-saken la mandag ned påstand om lovens strengeste straff, mens motparten ba om at Steven Dan Danielsen (24) dømmes på mildest mulige måte for voldtekten og drapet på Anja Weløy Aarseth (21) i august i fjor.

#### Fare for ny vold **Rettsak**

Sunnmørsposten 15.02.2014

Langvarig rusmisbruk, en alvorlig personlighetsforstyrrelse og lav IQ bidro til at han ble drapsmann. Psykiaterne tror ikke det blir lett å løse opp denne knuten.

#### Psykiaterne: Høg risiko for vold **Rettsak**

Romsdals Budstikke 15.02.2014

Rettspsykiaterne er så sikre de kan være: Den drapstiltalte raumamannen har høg risiko for framtidig farlig voldelig atferd.

#### Aksla-drapet: Sakkyndige advarer **Rettsak**

Dagbladet 15.02.2014

Aksla-saken startet i går med vitneprovet til Anja Weløy Aarseths mor. Og saken sluttet med klar beskjed fra rettspsykiaterne: Det er høy risiko for at tiltalte vil begå flere voldshandlinger.

#### «Vår skjønne jente? Jenten med det beste smilet? Når skal jeg våkne fra **Rettsak**

Bergens Tidende 15.02.2014


I går forsøkte Anja Weløy Aarseths mor å sette ord på hvordan det er å miste en datter, søster, en kjæreste, et barnebarn under grufulle omstendigheter.

#### Ingen tegn til anger **Rettsak**

Aftenposten 15.02.2014


Høy risiko for ny vold. Aktor har neppe noe annet valg enn å påstå forvaringsstraff.

**- Ikke psykotisk under Aksla-drapet Rettsak**

 Dagsavisen 15.02.2014  
4


ÅLESUND: Psykiaterne konkluderer med at 24-åringen som er tiltalt for å ha drept Anja Weløy Aarseth (21), ikke var psykotisk under drapet.

**- Reagerer på adferden Rettsak**

 Bergensavisen 15.02.2014  
4


Bistandsadvokat Einar Råen sier at Anjas etterlatte er skuffet over at de heller ikke denne dagen fikk flere svar om hva som skjedde med datteren.

**Aksla-drapet: Sakkyndige advarer mot ny vold Rettsak**

 NTBtekst 14.02.2014  
21:04


Ålesund (NTB-Dag Kjørholt): Aksla-saken startet fredag med vitneprovet til Anja Weløy Aarseths mor og sluttet med klar beskjed fra rettspsykiaterne: Det er høy risiko for at tiltalte vil begå flere voldshandlinger.

**Aksla-drapet: Ikke psykotisk under drapet Rettsak**

 NTBtekst 14.02.2014  
18:40


Ålesund (NTB-Dag Kjørholt): De to rettsakkyndige psykiaterne i Aksla-saken la fredag fram sin rapport. De har konkludert med at 24-åringen som står tiltalt for å ha drept Anja Weløy Aarseth (21) ikke var psykotisk i gjerningsøyeblikket.

**Er 24-åringen for farlig? Rettsak**

 Romsdals Budstikke 14.02.2014  
4


Kan 15–16 år i fengsel være samfunnets straff for Rauma-mannen som har innrømmet å ha drept Anja Weløy Aarseth?

**-Voldtok igjen Rettsak**

 Dagbladet 14.02.2014  
4

TV-danser siktet en måned etter forrige dom En profilert mannlig danser (36) er siktet for å ha voldtatt en kvinnelig britisk turist. Overgrepet skal ha skjedd bare en måned etter at han ble dømt for tre voldtekter.


**Risikerer forvaring Rettsak**

 Bergensavisen 12.02.2014  
4

Strafferammen for de punktene Paco Dan Danielsen er tiltalt for er på 21 år.

**Akademisk krangel om psykisk sykdom Positiv/informativ**  Aftenposten 11.02.2014  
4

**NRK jukser ikke Positiv/informativ**

 Aftenposten 11.02.2014  
4

Drap i Norge. De som kan begå og bli ofre for terrorhandlinger som 22. juli, trenger ikke å være de samme som er utsatt for drap.

**Ville ha voldsspill i fengsel Rettsak**  Sunnmørsposte 10.02.2014

n 4

Anja-saken for retten i morgen

**Hevder drapet skjedde på bestilling Anja-saken for retten i morgen Rettsak**

Sunnmørsposten 10.02.2014

Aksla-drapet Når Steven (Paco) Dan Danielsen i morgen møter i Sunnmøre tingrett tiltalt for å ha drept Anja Weløy Aarseth, vil retten trolig møte en gjerningsmann blottet for empati.

**20 MINUTTER anja-drapet Rettsak**

Dagbladet 10.02.2014

I løpet av 20 minutter overfalte, voldtok og drepte 24-åringen studenten Anja Weløy Aarseth (21) på Akslafjellet i Ålesund. Hun var et helt tilfeldig offer. Nå skal han dømmes.

**Forestillingen om Norge Utelates, urelevant**

VG U1 10.02.2014

Nordmenn burde vite bedre enn noen andre at man ikke må føre trollene. Men det er vanskelig å snu det andre kinnet til når de kommer til syne i den britiske avisen The Guardian. Jeg føler meg kallet til å forsvare mitt adopterte hjemland.

**Vil be om forvaring for Anjas drapsmann Rettsak**

Bergens Tidende 06.02.2014

Rettspsykiaterne som har undersøkt drapstiltalte Steven Dan Danielsen, skal ha konkludert med at det er høy risiko for at han vil begå nye, alvorlige lovbrudd.

**Frykt og fakta om psykiatri Positiv/Informativ**

Aftenposten Morgen 05.02.2014

Psykososer og drap. NRK har ikke tatt til orde før økt bruk av tvang.

**NRKs fryktjournalistikk Positiv/Informativ**

Aftenposten 04.02.2014

Psykose og drap. I forskningen ville det NRK har gjort blitt kalt juks. Hva det kalles i journalistikken, får journalistene svare for.

**-KAN VÆRE PREGET HELE LIVET Positiv/Informativ**

VG U1 02.02.2014

Psykologspesialist og forsker Pål Grøndahl ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, mener det kan være flere forklaringer på hvorfor en kvinne etterlater sitt barn i en pose på et fremmed sted.

**NRK har riktige tall Positiv/Informativ**

Aftenposten 01.02.2014

Psykisk syke. Tallene NRK har presentert er basert på en gjennomgang av 228 drapsdommer. Metoden er etterprøvable og premissene er åpne.

**Han smører avføring på Positiv/Informativ, kriminell**

VG 01.02.2014

veggene. På tredje året sitter han isolert på enecelle, og må holdes unna andre innsatte. Ila fengsel vet ikke hva de skal gjøre med sine mest utagerende fanger - som bare



**IKEA-drapsmann dømt til livstid i fengsel Rettsak**Dagsavisen 31.10.201  
5

SVERIGE: En 36 år gammel eritreisk asylsøker er dømt til livstid i fengsel for å ha drept to mennesker i en IKEA-butikk i Sverige i august.

**IKEA-drapsmannen dømt til livstid Rettsak**Ekstr 31.10.201  
a 5

VÄSTERÅS: En 36 år gammel eritreisk asylsøker er dømt til livstid i fengsel for å ha drept to mennesker i en IKEA-butikk i Sverige i august.

**IKEA-drapsmann dømt til livstid i fengsel Rettsak**NTBtekst 30.10.2015  
12:20

Västerås (NTB-TT): En 36 år gammel eritreisk asylsøker er dømt til livstid i fengsel for å ha drept to mennesker i en IKEA-butikk i Sverige i august.

**Rasistiske drap Sveriges «ensomme ulver» Positiv/informativ** Dagbladet 29.10.201  
5**Min nye konkurranseregel: Krig mot talentet Positiv/informativ**Aftenposten 25.10.201  
5

På forsiden av seneste utgave av Harvard Business Review står det med store bokstaver: «De nye konkurransereglene».

**Klandret seg selv Rettsak** Dagbladet 24.10.201  
5**De som dikter opp sykdom Positiv/informativ, men dårlig begrepsbruk**Stavanger  
Aftenblad 22.10.201  
5

Det finnes mennesker som er så kyniske at de lyver på seg kreft for penger og sympati. Hva driver dem?

**13 Star Wars- fakta du kanskje ikke kjente til Utelates, urelevant**Stavanger  
Aftenblad 21.10.201  
5

Star Wars-universet er fullt av underlige historier, rare effekter og pussige sammentreff. Her er 13 av dem.

**Bygde egen Star Wars-droid Utelates, urelevant**Stavanger  
Aftenblad 21.10.201  
5

I to og et halvt år har Børge Vasshus (42) brukt mesteparten av fritiden til å bygge sin egen kjørbare R2-D2-droid. 16. desember er det norgespremiere på den nye Star Wars-filmen.

**Hvorfor blir vi ikke fly forbanna her i landet? Utelates, urelevant** Dagens  
Næringsliv 17.10.201  
5**DET NORSKE SINNET Utelates, urelevant**Dagens  
Næringsliv 17.10.201  
5

Hos Knut Arild Hareide vipper underkjeven ut. Espen Eckbo surner. Thomas Seltzer er så lei «smilefjesaggresjonen» at han mener det norske folk kunne trengt et sinnekurs.

#### Siktede slapp forvaring etter anke **Retts sak**

Stavanger Aftenblad 14.10.2015

BRYNE Det var 33 år gamle Scarlet Thomsen som ble funnet død i nærheten av sitt hjem på Bryne fredag. Samme dag ble en jærbu i 30-årene pågrepet og siktet i saken.

#### Ny negativ topplassering **Positiv/informativ**

Byavisa Sarpsborg 14.10.2015

- Det er uheldig at Østfold topper de fleste negative statistikkene, sier Britt Tunby i NAV Østfold. Nå har vi nemlig flest med nedsatt arbeidsevne også.

#### Tunge psykiske lidelser kan gi en svak stemme. Da er det opp til oss andre **Positiv/informativ**

Aftenposten 12.10.2015

Psykatri. Åpenhet om psykisk helse er bra, men ikke uten risiko.

#### Tranby-drap til lagmannsretten **Retts sak**

Dagsavisen 12.10.2015

ANKE: Anken i drapssaken fra Lier i Buskerud skal behandles i Borgarting lagmannsrett denne uka. Kvinnen som står tiltalt for å ha drept sin ektemann, har sittet i varetekt siden i mars 2013.

#### Tranby-drapet opp i lagmannsretten **Retts sak**

NTBtekst 11.10.2015 11:20

Oslo (NTB-Dag Kjørholt): Anken i drapssaken fra Lier i Buskerud skal behandles i Borgarting lagmannsrett denne uken. Kvinnen som står tiltalt for å ha drept sin ektemann, har sittet i varetekt siden i mars 2013.

#### Masseselv mord, pedofili **Positiv/Informativ, bidrar til debatt**

VG U1 10.10.2015

dødelige gassangrep. Slik er noen av verdens mest ekstreme sekter.

#### DAGBOKNOTATENE **Positiv/informativ**

A-magasinet 09.10.2015

Hun filmet seg selv mens hun var innlagt på et psykiatrisk sykehus. Nå er videodagboken blitt film.

#### - Et stort ansvar **Positiv/informativ**

A-magasinet 09.10.2015

Dette kan vi aldri vise, tenkte regissøren da han første gang fikk se filmklippene Ida hadde sendt ham.

#### Scener fra et tøft liv **Positiv/informativ**

A-magasinet 09.10.2015


#### Ny negativ topplassering **Positiv/informativ**

Byavisa Fredrikstad 07.10.2015

- Det er uheldig at Østfold topper de fleste negative statistikkene, sier Britt Tunby i NAV Østfold.


Nå har vi nemlig flest med nedsatt arbeidsevne også.

**- Ida er mye mer enn psykisk sykdom Positiv/informativ**

 Tvedestrandsposten 06.10.2015


Mer enn noen annen har Ida Storm satt fokus på selvskading og psykisk helse. Lørdag viser NRK3 filmen om henne i anledning verdensdagen for psykisk helse. I kveld kan du få et innblikk i Idas verden på Risør kino.

**Gripende om å miste noen til glemselens slør Positiv/informativ**

 Østlandets Blad 05.10.2015


Oddvar Omland rørte forsamlingen da han, i egenskap av pårørende til demente, gjestet Ås på Verdens Eldredag.

**GUIDEN Utelates, urelevant, annen artikkel**

 Nordlys 05.10.2015


UTSTILLINGER TROMSØ MUSEUM: Ved Skjoldhamn helt sør på Andøya fant man i 1936 restene av et påkledd menneske i myra. Da klærne ble tatt opp og undersøkt, trodde man det dreide seg om en mann fra 1400- eller 1500-tallet.

**- Det største sjokket var Rettsak**

 Dagbladet Magasinet 03.10.2015

hans totale mangel på empati. Den ondskapen ødela meg nesten mer enn voldtekten. Det ble som en voldtekt på sjelen.

**Behandling ved kronisk suicidalitet Positiv/informativ**

 Tidsskrift for Norsk Psykologforening 01.10.2015

Behandlere legger inn pasienter med kronisk suicidalitet hyppig. Disse pasientene blir ofte i sengeposten lenger enn det retningslinjene anbefaler. Hvorfor - og hva kan gjøres?

**Friske fra spiseproblem Positiv/informativ**

 Avisa Nordland 30.03.2010

Overraskende mange blir helt kvitt spiseforstyrrelser. Unntaket er de som har vært utsatt for seksuelle overgrep og i tillegg har en unnvikende personlighetsforstyrrelse, viser en oppfølgingsstudie fra Modum Bad.

**Vil ut av forvaring Rettsak**

 Avisa Nordland 23.03.2010

En 44 år gammel mann fra Lofoten ber nå Hålogaland lagmannsrett løslate ham fra en seks år lang forvaringsdom. I desember avslo Salten tingrett å slippe mannen ut på prøve.

**Dagsavisen 2010-03-13 page: 5 Utelates, urelevant**  Dagsavisen 13.03.2010

**- Sjelden utilregnelig Positiv/informativ**

 Sunnmørsposten 13.03.2010

Psykolog Pål Grøndahl sier det er sjelden at saker som er anmeldt på falsk grunnlag kommer fra utilregnelige personer.

**Gresset er grønnere på den andre siden – del II Utelates, urelevant**

Stavanger  
Aftenblad

12.03.201  
0

Kjære mannlige leser. Jeg beklager. Jeg tror kanskje jeg overdrev en smule, da jeg for noen uker siden påstod at tilværelsen hadde vært enklere som mann.

**Mann dømt for mishandling av familien Rettssak/gjerningsmann**

NTBtekst 10.03.201  
0

Sandvika (NTB): En 44-åring er i Asker og Bærum tingrett dømt til fire og et halvt års fengsel etter å ha utsatt kone og sønner for et torturlignende regime over mange år. Retten ber også om umiddelbar utvisning etter soning.

**Budstikka 2010-03-10 page: 7  
Rettssak**

Budstikka 10.03.201  
1 0

**Eikerbladet 2010-03-02 page: 9 Rettssak**

Eikerblade 02.03.201  
t 0




## Handelshøyskolen BI

Uttak 23.05.2017

### Nyhete r


**Personlighetsforstyrrelsene du må se opp for (Stigmatiserende/feilaktig)**  Dagbladet 28.12.201  
01 6

**Systemsvikt Rettssak**

 Bergens Tidende 12.12.201  
6

Ida ble voldtatt da hun var 13 år. Det gikk fem år før voldtektsmannen ble tatt. Imens voldtok han igjen. Siren, desember 2002. Ida, juni 2006. Tina, oktober 2006. Nå er han siktet for å ha voldtatt for fjerde gang.

**- Hjelper å bli forstått Positiv / informativ**

 Psykisk Helse 22.11.201  
6

Tidligere trodde man at personlighetsforstyrrelser ikke kunne bedres eller gjøres noe med. - Ulike terapier kan hjelpe, men vi vet ikke på forhånd hva den enkelte har nytte av, sier Frida Gullestad Rø, psykolog og forsker.


- For å forstå hva personlighetsforstyrrelse er, må vi snakke om hva personlighet er,

**Bruker historiene sine FOR Å HJELPE ANDRE Positiv / informativ**

 ToppGirl 14.11.201  
6

Kim og Veronica har sammen laget prosjektet Til Tross For. Gjennom prosjektet vil de vise at det går an å få et godt liv, til tross for at man har hatt en traumatisk barndom.

**GRUPPEBASERT KOGNITIV OG SOMATISK INTERVENSJON Utelates / om noe annet**

 Tidsskrift for Norsk Psykologforening 02.11.201  
6

Personer med muskel-skjelettlidelser, depresjon og angst fikk økt arbeidsdeltagelse og bedret helserelatert livskvalitet etter gjennomført gruppebaserte «Raskere tilbake»-tiltak.

**Et annerledesland også i psykiatrien Positiv / debatt**Aftenposten 10.07.201  
6

At det nå iverksettes tiltak som støtter andre typer behandling i psykiatrien, må hilses velkommen.

**EFFEKTEN AV KOMPLEMENTÆR YTRE REGULERING (KYR) PÅ TVANGSTILTAK Utelates / om noe annet**Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 01.07.201  
6

Implementering av komplementær ytre regulering ved en langtidsseksjon for psykoser og sammensatte lidelser ble fulgt av en markant nedgang i bruken av tvang overfor kvinnelige pasienter.

**TRAKASSERT AV SJEFEN - Ønsket ikke å leve lenger Dette er faresignalene (negativ / grunnet stigmatiserende om BPD som psykopat)**VG  
U1 13.05.201  
6

Da kvinnen fikk ny sjef, syntes hun først han fremsto som hyggelig og karismatisk. Hun tok grundig feil.

**Ifølge rettspsykiater Henning (negativ /stigmatisering)**V  
G 13.05.201  
6

Værøy er det fire personlighetsforstyrrelser som definerer en psykopatisk person.  
Fire typer psykopater

Ifølge rettspsykiater Henning Værøy er det fire personlighetsforstyrrelser som definerer en psykopatisk person.

Disse er basert på det amerikanske klassifikasjonssystemet for diagnoser, DSM: Det er de emosjonelt ustabile, narsissistiske, antisosiale og hysteriske.

Man har vanligvis trekk fra minst tre av disse forstyrrelsene for å kunne omtales som psykopat.

I Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse: Mye spontan affekt, som sinne og raseri.  
Personen er svært ustabil.

**Sammenlignet ulike terapier Positiv / forskning**Dagens  
Medisin 28.04.201  
6


113 pasienter med ulike personlighetsforstyrrelser ble randomisert til enten sykehusbasert intensiv dagbehandling i 18 uker, etterfulgt av poliklinisk gruppe- og individualterapi, eller til individualterapi - i hovedsak hos en avtalespesialist.

**Mange sliter med psykososiale problemer (Positiv / debatt)**Helgelands  
Blad 15.04.201  
6


Hvor er helse Norge når det gjelder de som sliter med psykososiale problemer, og hvem handler dette om? Dette handler vesentlig om mennesker i 18-30 årsalderen i denne omgang.

**Tidligere høyesterettsdommer Ketil Lund om den tvangsinnlagte kvinnen Positiv"/debatt - dog, ikke BPD som er i fokus**V  
G 16.03.201  
6


Tidligere høyesterettsdommer Ketil Lund mener det burde vært en selvfølge at den tvangsinnlagte kvinnen på Gaustad fikk saken sin prøvd for landets øverste domstol.

**DETTE ER SAKEN Positiv"/debatt - dog, ikke BPD som er i fokus**
 V 16.03.201  
G 6


VG fortalte lørdag historien om en kvinne i trettiårene som har vært tvangsinnlagt i psykiatrien i ti år. De to siste årene har hun vært beltelagt hele eller deler av døgnet.

**Utfordrer oss på hvor grensene skal gå Helseministeren om Gaustad-saken Positiv"/debatt - dog ikke BPD som er i fokus**
 V 15.03.201  
G 6


I to år har kvinnen levd med beltene på Gaustad sykehus. Helseminister Bent Høie tror mange vil ha sympati med hennes ønske om å forlate livet.

**- En fascinerende pasient I I VG fortalte lørdag historien om en kvinne i Positiv"/debatt – dog - ikke BPD som er i fokus**
 V 13.03.201  
G 6


GAUSTAD (VG) For to år siden tok psykiater Gunnar Henden avgjørelsen: kvinnen skulle holdes i belter gjennom hele døgnet.

**VERDENS GANG DOKUMENT Hun er dømt til å leve. dog, ikke BPD som er i fokus**
 V 12.03.201  
G 6


I tre måneder har kvinnen skrevet til VG Helg om sitt liv på lukket avdeling. Armene er fastspent i reimer til dette skrivebordet. I to år har hun daglig vært beltelagt. Hun får ikke dusje eller gå på do alene. Det eneste hun vil, er å dø.

**PSYKOEDUKASJON I GRUPPE FOR PERSONER MED BIPOLAR LIDELSE Utelates, om bipolar**
 Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 04.12.201  
5


Moderne behandling av bipolar lidelse handler like mye om psykologi som om kjemi. I Vestre Viken har vi holdt pasientkurs om bipolar lidelse siden 2007. Psykoedukasjon i gruppe verdsettes høyt av deltagerne,

**Mangelfullt om behandling ved kronisk suicidalitet (Positiv/debatt)**
 Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 05.11.201  
5


Behandlingstilbud som etterlyses i fagessay, er allerede på plass ved mange av landets DPS-er og sykehus.

**GUIDEN utelates – Utelates, ikke relevant**
 Nordly  
s 05.10.201  
5

UTSTILLINGER TROMSØ MUSEUM: Ved Skjoldehamn helt sør på Andøya fant man i 1936 restene av et påkledd menneske i myra. Da klærne ble tatt opp og undersøkt, trodde man det dreide seg om en mann fra 1400- eller 1500-tallet.

**Behandling ved kronisk suicidalitet (Positiv/debatt)**
 Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 01.10.201  
5

Behandlere legger inn pasienter med kronisk suicidalitet hyppig. Disse pasientene blir ofte i sengeposten lenger enn det retningslinjene anbefaler. Hvorfor - og hva kan gjøres?

**En diagnose er ingen livstidsdom (Positiv/debatt)**
 Bergens  
Tidende 23.09.201  
5

PSYKISK LIDELSE: For mange høres personlighetsforstyrrelse skremmende ut. Men til tross for det dramatiske ved ordet, er det mulig å bli frisk.

**Skaper nye spørsmål (Positiv/informativ)**

Stavanger Aftenblad 18.09.201  
5

En psykisk ustabil kvinne har laget videodagbok fra sju år av sitt turbulente liv.

**HVA BESTEMMER UTFALL AV BEHANDLING FOR PASIENTER MED EMOSJONELT USTABIL (Positiv/faglitteratur)**

Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening 05.07.201  
5

Relativt få menn får diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Artikkelen gir en kort innføring i forskningen på menn med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mulige feilkilder tilknyttet diagnostisering av menn,

**Her skal 15-åringen sone Rettssak**

Aftenposten 27.06.201  
5

Dømt til ni års forvaring for Vollen-drapet. En leilighet strippet for farlige ting. Bøyelige penner. Uknuselig toalett. Plast- bestikk og forbud mot hårstrikker.

**- Stor gjentakelsesfare Rettssak**

Aftenposten 27.06.201  
5

Groteske drapsdetaljer og mange svært voldelige episoder har kommet frem i den to uker lange rettssaken mot 15-åringen.

**Strid om straff for drap Rettssak**

Budstikk 19.06.201  
a 5

Vollen-drapet. Den drapstiltalte 15-åringen må dømmes til forvaring for å beskytte samfunnet, mener aktor. Et brudd på Barnekonvensjonen, mener forsvaret.

**- Volden gir bekræftelse Rettssak**

Budstikk 17.06.201  
a 5

Vollen-drapet. Et sårbart sinn, grov omsorgssvikt og mishandling fra mor var avgjørende for den drapstiltalte jentas voldsutøvelse.

**Kronisk suicidal - merkelapp til besvær (Positiv/informativ/motsvar/debatt)**

Nordly 13.06.201  
s 5

*Dårlig prognose for en som sliter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og kronisk suicidalitet, kan det skyldes behandlingen? I Tidsskriftet for Norsk legeforening (nov 2006) viser L Mehlum og A I Jensen i en artikkel om suicidal adferd til Fonagy & Bateman som sier at; «den dårlige prognosen for behandling av personer med kronisk suicidalitet og ustabil personlighetsforstyrrelse, som en er vant med å tilskrive pasientene, kanskje delvis er iatrogen. Pasienten er skadet av behandleren eller av behandlende tiltak som skulle hjelpe, fordi mange av pasientene med slike diagnoser opplever stadige terapeutskrifter og avbrudd i behandlingen». Det vil si, den dårlige prognosen kan skyldes behandlingen og være påført av behandleren.*

*Kanskje kan det psykisk helsefeltet se med nye øyne på hvordan en møter pasienter med selvmordsproblematikk og økt selvmordsfare, enn å se seg blind på merkelappen «kronisk suicidal». En må spørre seg: Hvorfor? Hvorfor vil Veronica dø? Av og til virker det som en snakker om kronisk forhøyet selvmordsfare som om det er en lidelse som står for seg selv. Den gjør vel ikke det? Glemmer en den underliggende lidelsen som kan være depresjon, kompliserte traumer, dissosieringslidelser, personlighetsforstyrrelser, AD/HD, rus eller annen problematikk. Å avvise pasienter som er i fare for å ta sitt eget liv kan legge stein til byrden de allerede bærer på. En må søke å forstå selvmordsugets sfære og*



farlighet.

*Møt dem med kjærlighet, omsorg og respekt, sier enkelte. Andre sier: Du har ikke godt av å være innlagt, du passer ikke her. Ser du forskjellen? God pasientbehandling handler om respekt, omsorg, nysgjerrighet, evne og viljen til å lytte. Det handler om hvordan man tar imot pasientenes livssmerte og formidler beskjeder til pasienten. Det handler om å ta pasienten og pårørende på alvor. Ser en vanskelige pasienter, eller pasienter som har det vanskelig? Ser en vanskelige pårørende, eller pårørende som har det vanskelig?*

**Farlig merkelapp (positiv/ samme artikkel som overfor)**

Stavanger Aftenblad 05.06.2015

Helene (24) tok sitt eget liv etter å ha blitt utskrevet fra Psykiatrisk divisjon. Hun ble beskrevet som kronisk suicidal og emosjonelt ustabil, og innleggelse var ikke godt for henne. Hun er ikke alene!

**Virkeligheten varer lengst Positiv/informativ**

Ny Tid 22.04.2015

Hvilken rolle kan dokumentarfilmer spille som leverandør av rollemodeller for barn og ungdom? Dette er et av spørsmålene som reises når Barnefilmfestivalen arrangeres i Kristiansand.

**Tett på Idas sykdom Positiv/informativ**

Vårt Land 22.04.2015

ÅPNER I DAG: Dokumentarfilmfestivalen i Volda vil drøfte de etiske valgene filmskapere gjør når de eksponerer enkeltpersoners psykiske lidelser.

**Overgriperens psykemelding Negativ/rettssak**

Drammens Tidende 17.04.2015

Den tiltalte kvinnen fra Kongsberg, moren til det ene barnet, har foreløpig fått diagnosene Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline-typen og pedofil. Alle de tre mennene kvalifiserer for to diagnoser: De lider av dyssosial personlighetsforstyrrelse og er pedofile. Mens de sakkyndige mener at det er liten risiko for at kvinnen kan komme til å begå nye seksuelle overgrep, mener de at risikoen for at alle de tre mennene skal kunne gjøre det, er høyere.

**DIFFERENSIALDIAGNOSTISKE VURDERINGER VED SCHIZOFRENI OG KOMPLEKSE utelukkes, handler om noe annet**

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 05.03.2015

Dissosiative symptomer kan forveksles med symptomer på schizofreni og føre til at pasienten ikke får tilpasset behandling. Denne artikkelen gir klinikere en beskrivelse av viktige likheter og forskjeller mellom tilstandene.

**KAN YOGA HJELPE NORGES FARLIGSTE MENN? Positiv/men dog annet. Men taes med da det gir et "bilde" av disse gutta som mennesker**

A-magasin et 27.02.2015

**Besværlig søskenkjærlighet Utelukkes pga usikkerhet til kategorisering. Fjerndiagnostisering.** En slik veksling mellom gode og dårlige perioder er ikke uvanlig. Tvert imot vil de aller fleste av oss varierer noe i humør og sinnsstemning over tid. For noen er det snakk om så store svingninger at de tilfredsstill kriteriene for en psykiatrisk diagnose, slik som bipolar lidelse eller ustabil personlighetsforstyrrelse. Ut fra beskrivelsen du gir, kan det godt tenkes at din søster er langt mer ustabil enn det som er vanlig, og at det i seg selv kan forklare det du beskriver som «av og påmønsteret».

A-magasin et 02.01.2015

**UT-TRETTE ELLER UT-RETTE? Positiv/informativ/anti-stigma/debatt**Tidsskrift for Norsk Psykologforening 05.12.201  
4

Noen diagnoser er mer «trendy» enn andre. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er ikke en av dem.

*Flere ganger har jeg møtt mennesker med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som opplever det som om diagnosen «står stemplet i panna» på dem og legger føringer for hvordan de blir møtt. Anna var en av dem.*

*Dessuten var hun svært begavet. Anna utfordret meg. Til tider på måter som gjorde meg frustrert, irritert, engstelig, rådvill, i tvil om hele behandlingsprosjektet og på meg selv som terapeut. Men allerede fra første time hadde vi begynt å finne fram til hverandre på en måte som jeg tenker rommet og tålte alt dette.*

*Nå var hun altså innlagt igjen, på et sykehus i en annen sektor. Da jeg ringte overlegen på avdelingen for å forhøre meg om innleggelsen og behandlingsplanen, sa hun: «Pasienten regrederer voldsomt. Hun saboterer. Hun manipulerer. Hun nekter å samarbeide. Vi må trette henne ut. Hun kommer til å snu til slutt.» Jeg skal ærlig innrømme at jeg ble både overrasket og provosert, og opplevde beskrivelsen som instrumentell og objektiviserende. Det var som om egenskapene hun ble tillagt, var et knippe stereotyper brukt om «den klassiske borderlinepasienten».*

*Hun ble diagnosen, ikke Anna med sin helt spesifikke utforming av vansker og forsøk på å mestre verden. Jeg kom ingen vei, hverken med forsøk på en faglig samtale eller samarbeid. For en tid tilbake fant jeg en gul lapp som jeg husker jeg skrev ned i ren frustrasjon:*

*Å trette ut som terapeutisk logikk: Å utrette versus å uttrette. En liten «t» er den store forskjellen.*

**Moderne behandling gir håp Positiv/informasjon/forskning**Aftenposten 21.10.201  
4

Borderlinepasienter dobler utbyttet av terapien. Vi har gjort betydelige fremskritt i behandlingen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

**På sporet av den tapte diagnose Utelates pga usikkerhet til kategorisering. Fagartikkel om diagnoser mer generelt.**Tidsskrift for Norsk Psykologforening 05.09.201  
4

Fride begynte da å skade seg, og diagnosen ble endret til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. På grunn av selvmordsfare ble hun innlagt ved min arbeidsplass og traff meg idet jeg var i ferd med å avslutte en traumeutdanning. Uten antydning til dette i tidligere anamnese fortalte Fride plutselig om en svært traumatisk barndom. Senere i behandlingsforløpet fikk hun en fastlege med mange anorektiske pasienter, og nå ser hun langt på vei ut til å ha utviklet en spiseforstyrrelse.

Hvor ble hysteriet av? Nyere psykodynamisk teori om symptomer som kommunikasjon gir den avlagte diagnosen fornyet aktualitet.

**Diagnostisering: Norske psykologers unnlattessynd? Positiv/debatt**

Enkelte psykologer i offentlig psykisk helsevern synes å avvise diagnostisk klassifikasjon. Da bør vi spørre om pasientene får den helsehjelpen de har krav på, og om psykologens praksis er faglig forsvarlig. «*Diagnostisk klassifikasjon er ikke nyttig*»

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 05.09.2011 4

*Den mest nærliggende årsaken til diagnostisk tilbakeholdenhet er en ideologisk eller faglig avvisning av nytten av det å klassifisere menneskelig lidelse og problemer ut fra diagnostiske systemer. Noen psykologer inntar dette ståstedet. Det argumenteres for eksempel med at diagnostisk klassifikasjon er et dehumaniserende system som reduserer et jeg-duforhold til et jeg-detforhold. Andre mener at diagnoser upersonliggjør problemene, og slik tar bort ansvaret for egne handlinger og følelser, noe som hindrer vekst og utvikling (for en oppsummering se Torgersen, 2009). Ofte kobles en slik avvisning av klassifikasjon etter diagnostiske kriterier til en manglende nytte med tanke på den videre behandlingen. I den ekstreme utgaven avvises den medisinske modellen fullstendig, og det hevdes at psykisk sykdom ikke finnes.*

*God formidling kan redusere stigmatisering, kanskje ikke minst den selvstigmatiseringen vi vet mange mennesker med alvorlig psykisk lidelse utsetter seg for.*

**Hvordan kan klienten akseptere å ha en alvorlig psykisk lidelse når ikke engang behandleren utfordrer stigmatiseringens premisser? Det er etisk betenkelig å holde tilbake alvorlige diagnoser, og dette ville naturligvis aldri blitt verken godtatt eller gjort ved somatisk sykdom. Hvilken kreftlege ville unnlate å sette diagnosen leukemi hvis den ble oppdaget? Unnlatt å formidle den? Personen som har en psykisk lidelse, har rett til å få vite at psykologen har identifisert den. Likevel finnes det mange eksempler på mennesker som har fått behandling i det psykiske helsevern i en årrekke uten at de har fått vite hva de har fått behandling for**

**Kunnskapsløs forebygging Positiv/debatt**

Aftenposten 01.07.2011 4

Tilsynsmyndighetene forventer det umulige av ansatte i psykisk helsevern, nemlig evnen til å forutse selvmord. Dette skriver Karsten Hytten i Aftenposten 24. juni og sikter til Helsedirektoratets retningslinjer for rutinemessige selvmordsrisikovurder

Den beste selvmordsforebyggingen i psykisk helsevern vil være å lindre pasientenes plager. Vi vet at det på gruppenivå er forhøyet selvmordsfare ved en rekke psykiske lidelser, som alvorlig depresjon og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I motsetning til selvmordsrisikovurderinger finnes det behandlingsalternativer for disse lidelsene som bygger på et godt forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Andre forebyggingstiltak favner mye bredere enn hva psykisk helsevern kan ta ansvar for, som for eksempel å begrense tilgangen på skytevåpen og sikre steder hvor man kan utføre selvmord ved utsprang fra høyt sted.

**Mentalisering i rusklinikk** **Positiv/fag**Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening05.06.201  
4

Mentaliseringsbasert terapi er en potensielt fruktbar behandlingsmetode også i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

**Klarer ikke sone i fengsel** **Positiv/kriminalitet/debatt**Bergens  
Tidende22.03.201  
4

Ikke alle lovbrøtere bør settes i fengsel. Hva slags historier ligger bak, når enkelte får sone straffen sin på sykehus eller gamle hjem? Vi så nærmere på saken til ei jente fra Kristiansand, som lider av angst og ikke tålte fengselsoppholdet.

**Shoppingavhengighet: en oversikt utelatt/om noe annet**Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening05.03.201  
4

Daglig eksponeres vi for reklame som forteller oss at shopping gjør oss lykkeligere. Stadig oppmuntrer politikere oss til å holde det økonomiske hjulet i gang. For noen kan det ytre og indre presset til å shoppe bli så stort at de mister helt kontro

**Si fra til noen, det er hjelp å få!** **Positiv/informativ**Ringerikes  
Blad01.03.201  
4

Jeg tror de fleste ville blitt overrasket over all forståelsen de vil få hvis de forteller om sine psykiske problemer.

**Når pasientene skaper kaos** **Positiv/informativ/  
Med christian Schluter (NAPP ikke nevnt).Karterud og Urnes også med.**Fonten  
e20.02.201  
4

Enkelte barn og voksneskaperet emosjonelt kaos rundt seg. Det stiller spesielle krav til behandlerne. Hvordan takler vi at hjelptrengende barn og voksne pasienter skaper splid og drama blant helperne? I ing I et foredrag på Sykehuset Østfold i mars 2013 sa psykolog Christian Schluter at disse pasientene gjensker sitt eget indre kaos på avdelingen, og at den indre splittelsen vil bli utagert på personalet Flere personlighetsforstyrrede pasientersammenvil øke dette kaoset Det er ikke uten grunn det ofte kalles en relasjonslidelse Er man ikke bevisste på dette, kan personalet dele seg; en del blir overempatiske og ser på pasientene som depri verte, svake og i behov for ekstra kjærighet, redning og næring for å vokse, en annen del føler antipati og blir straffende og ser på dem som krevende, manipulerende, og i behovfor konfrontasjon og grenser Schluter påpekte hvor viktig det er at personalet er hypersensitive på egne (mot)reaksjoner, redningsfantasier, splitting samt seksualisert og utfordrende atferd.

«Splittinga beskriver et psykologisk forsvar hvor pasienten ikke klarer å skille mellom det som er positivt og det som er negativt Pasienter som fungerer slik vil ofte idealisere noen i personalet og svartmale andre, det fins ingen mellomting.

*Veiledning til personalet er en forutsetning for at personalet skal kunne gjøre jobben Ustabile personer trenger stabile relasjoner for å føle seg verdifulle. For å få til dette må personalet være aktivt, involvert og vise initiativ. Dette må til for å vekke en følelse av at de bryr seg. For å kunne romme pasientens følelser er det viktig at personalet er klar over hvilke prosesser som skjer, blant annet hvordan pasienten overfører sine egne, indre traumer på personalet. Sverker Belin (1993) omtaler parallellprosesser Parallellprosesser betegner det som skjer når personalet påvirkes følelsesmessig av pasienten, og nærmest tar med seg pasientens følelser videre.*

**Frykt og fakta om psykiatri utelates, usikker på kategorisering**

Aftenposten Morgen

05.02.201  
4

Psykoset og drap. NRK har ikke tatt til orde før økt bruk av tvang.

**- Å få diagnosen var en lettelse** **positiv/informativ**

Adresseavisen

10.10.201  
3

Tonje Farstad (26) har en personlighetsforstyrrelse. Hun er såkalt borderliner. Det lever hun helt fint med - nå.

**Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk positiv/informativ/Faglitt**

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 06.08.2013

I en psykoanalyse er følelser det første som lyttes til i en pasients tale, men de er ikke det eneste som skal håndteres, evalueres og endres. Ethvert menneskelig psykologisk uttrykk kan forstås motivert av fantasier om relasjoner,

**Ble pilleavhengig i tenårene positiv/informativ**

Psykisk Helse 28.06.2013

- Jeg trodde at jeg måtte underholde og være noe. Da jeg tok piller, pratet jeg mer og ble sosial. Noen sier de drikker for å bli sosiale. Jeg tok piller.

«Jeg er diagnostisert med bipolar 2, klinisk depresjon, emosjonelt ustabil og engstelig personlighetsforstyrrelse,

sosial angst og spiseforstyrrelse, [jeg har gått på medisiner i mange år,»

**Et løfte om kjærlighet utelates – novelle eller noe slikt.**

Allers 06.05.2013

Besøket i Richmond føles nesten som en ferie for Lauren, og selv om ekskjæresten Edward fremdeles er i hennes tanker, begynner Will å ta mer og mer plass.

**Den usynlige sorgen Positiv / opplysende**

Dagbladet Magasinet 26.01.2013

-Det er underlige og skremmende ting som foregår inne i hodet mitt, men å få diagnoser er ikke skremmende. Jeg har jo lenge visst at jeg var syk.

**En tragedie ved navn mor, far og barn rettssak**

Morgenbladet 05.10.2012

Mors omsorgssvikt er én grunn til at det gikk så galt med Anders Behring Breivik, hevder ny bok. Biologi, en fraværende far og en ideologi som legitimerer vold kan også være en del av forklaringen, - é #

**Politiets viktigste spor rettssak**

Aftenposten Morgen 04.10.2012

1 Funnstedet. Liket av Sigrid ble funnet i et skogholt like ved bilverkstedet til den 64 år gamle mannen. Begge de siktede tilbrakte mye tid her, og det var også her de ble pågrepet.

**Familien prøvde å få tvangsinnlagt 37-åringen rettssak**

NTBtekst 08.09.2012 17:46

Oslo (NTB-Per-Helge Berg/Margrethe Håland Solheim): Familien til den 37 år gamle mannen som er siktet for drap på Sigrid Giskegjerde Schjetne, skal ha prøvd å få ham tvangsinnlagt uten hell.

**Familien prøvde å få tvangsinnlagt 37-åringen rettssak**

NTBtekst 08.09.2012 14:40

Oslo (NTB-Per-Helge Berg): Familien til den 37 år gamle mannen som er siktet for drap på Sigrid Giskegjerde Schjetne, skal ha prøvd å få ham tvangsinnlagt uten hell.

**37-åringen ble anmeldt for drapstrusler rettssak**NTBtekst 08.09.2012  
04:52

Oslo (NTB): Et nært familiemedlem av 37-åringen som er siktet for å ha drept 16 år gamle Sigrid Schjetne, har to ganger det siste året anmeldt mannen for å ha truet henne på livet.

**Morgenbladet 2012-03-16 page: 28 Fagdebatt**  Morgenblade 16.03.201  
t 2

**Refset Breivik-psykiater Utelukkes**Dagsavisen 09.12.201  
1

KRITIKK: Bare to uker før psykiater Synne Sørheim konkluderte med at Anders Behring Brevik er utilregnelig, fikk hun refs av tingretten i en annen drapssak.

**- Håper å gjøre en forskjell Lise (28) åpen om psykisk lidelse informativt**Rogalands 09.11.201  
Avis 1

På ungdomsskolen merket Lise Hetland at noe var galt. Hun var deprimeret, skadet seg selv og tenkte mye på døden. Da hun var 15 år tok en lærer henne med til ungdomspsykiatrik.

**Vil ut av forvaring rettssak**Avisa 23.03.201  
Nordland 0

En 44 år gammel mann fra Lofoten ber nå Hålogaland lagmannsrett løslate ham fra en seks år lang forvaringsdom. I desember av slo Salten tingrett å slippe mannen ut på prøve.

**FIKK SJU ÅR rettssak**Nordly 27.02.201  
s 0

Den 29 år gamle mannen fra Tromsø som sto tiltalt for hallikvirksomhet og flere voldtekter, ble fredag ettermiddag dømt til sju års forvaring.

**Allers 2010-02-22 page: 10 informativt**  Allers 1 22.02.201  
0

**Aktor ber om sju års forvaring for halliktiltalt mann rettssak**NTBtekst 16.02.201  
0

Tromsø (NTB): Aktor la i Nord-Troms tingrett tirsdag ned påstand om sju års forvaring for en halliktiltalt 29-åring, med minstetid på fem år.

**Utnyttet pasient rettssak**Adresseavisen 13.01.201  
1 0

En psykiatrisk sykepleier (63) på Nordmøre er dømt til ni måneders fengsel for å ha skaffet seg seksuell omgang med en kvinnelig pasient.

# Vedlegg 5

## Diverse

## Vedlegg 5

### 5.0 Tengel.no

Hei på deg, Åse-Line.

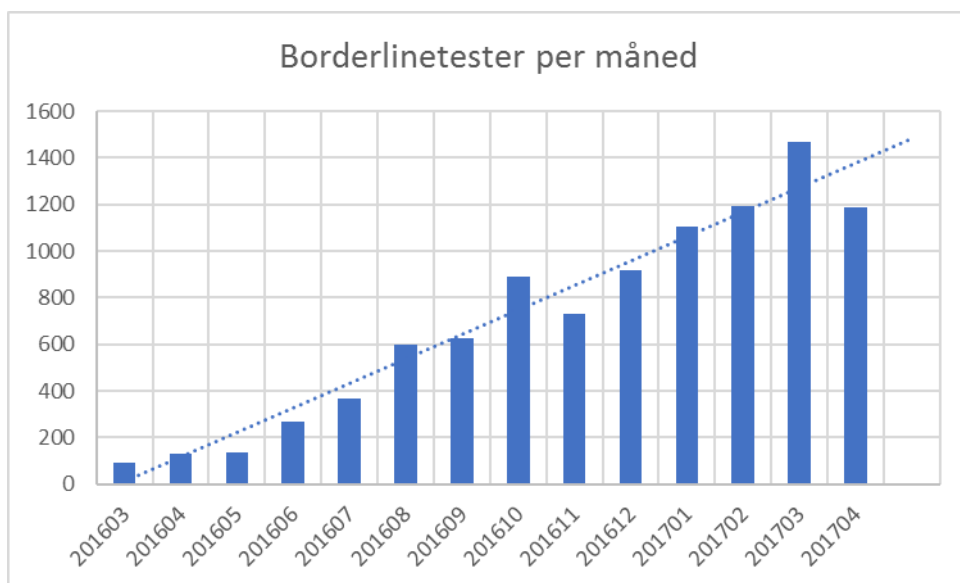
Helt ok å dele ikke-sensitiv informasjon med deg.

Kildehenvisning er

*Gestaltterapeutene Ketil Øyesvold Melhus og Aina Staxvold, [www.tengel.no](http://www.tengel.no)*

Borderline-testen ble publisert i mars 2016, og har siden den gang blitt kjørt 10.384 ganger.

Det tar litt tid å krabbe seg opp på Google-søk, og det forklarer den gradvise økningen av brukere:



Gjennomsnittlig antall tester per dag siden den ble publisert, er  $10.384/420 = 24,7$  tester per dag, altså en per time.

Mars 2017 avviker ikke mye fra trendkurven på antall tester, men det er såpass at jeg er nysgjerrig på spørsmålet ditt om akkurat denne måneden. Antall tester i mars 2017 er 1.468. Fordelt på 31 dager blir det 47,4 tester per dag, altså nesten to per time. Og testene tas til alle døgnets tider.

Av de som har tatt testen, har 7.889 personer fått en score som indikerer at de kan ha Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Score 20 eller høyere). Testene kjøres av både svensker og dansker, så tallene sier ikke noe spesifikt i forhold til populasjonen i Norge.

Av de 25 testene på [tengel.no](http://tengel.no), er Borderline på 5. plass i antall tester tatt per måned.

Totalt med alle tester har [tengel.no](http://tengel.no) ca 100.000 sidevisninger per måned.

Lykke til med oppgaven!

Vennlig hilsen

Ketil Øyesvold Melhus



☆ Astrid Engen v Til: post@fikseline.no

---

**Fra:** Heidi Odde Karstensen

**Sendt:** [mandag 29. mai 2017 15.04](#)

**Til:** Astrid Engen <[astrid.engen@nrk.no](mailto:astrid.engen@nrk.no)>

**Emne:** SV: Flere tall på personlighetsforstyrrelse?

---

NEGATIVE FEEDBACK

**44** Hide Post

**1** Hide All Posts

**0** Report as Spam

**0** Unlike Page

---

---

☆ Astrid Engen v Til: post@fikseline.no

18.05.2017, 09.13      

Hei!  
Her er tallene!

Si fra hvis du trenger mer!

---

**Fra:** Heidi Odde Karstensen

**Sendt:** [16. mai 2017 13:54](#)

**Til:** Astrid Engen <[astrid.engen@nrk.no](mailto:astrid.engen@nrk.no)>

**Emne:** Tall FB-post

Posten om personlighetsforstyrrelser har nådd 267 000 mennesker. 2463 mennesker har engasjert seg. 1840 likes, 139 kommentarer og 430 delinger.

Videoen har 92 500 visninger. Det er kvinner i alderen 35-44 år som ser mest.

Folk ser i snitt 10 sekunder.

Det er bare å ta kontakt dersom det er flere spørsmål!  
Hilsen Heidi



Anitra Guddal Figenschou  
Institutt for kommunikasjon og kultur Handelshøyskolen BI  
Nydalsveien 37  
0442 OSLO

Vår dato: 11.04.2017

Vår ref: 52960 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52960	<i>Helsesøsters kjennskap og holdninger til personlighetsforstyrrelse og tegn på lidelsen hos elever</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Handelshøyskolen BI, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anitra Guddal Figenschou</i>
<i>Student</i>	<i>Åse-Line Baltzersen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 02.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Åse-Line Baltzersen balterz86@gmail.com

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 52960

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men vi har følgende kommentarer:

- ordet "anonymt" må fjernes fra første setning under avsnittet "Hva skjer med informasjonen om deg?", da data ikke regnes som anonyme når det foreligger personopplysninger,
- det kan ikke oppgis at prosjektet er "godkjent" av oss, da vi ikke har slik myndighet. Det må heller stå at prosjektet er "meldt til" eller "vurdert av" oss,
- veileders kontaklinformasjon må tilføyes

### TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at det av hensyn til helsesøstres taushetsplikt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltelever. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

### METODER

Du oppgir i meldeskjemaet at data skal innhentes ved personlig intervju, gruppeintervju, elektronisk spørreskjema, papirbasert spørreskjema og blogg/sosiale medier/internett. Det går ikke frem av meldeskjemaet hvilke opplysninger som innhentes gjennom andre metoder enn intervju. Vi legger derfor til grunn at det kun er i intervjuene det registreres personopplysninger, og at innhenting av data i de øvrige metodene gjøres anonymt. Hvis det blir aktuelt å samle inn personopplysninger via andre metoder, må utfyllende informasjon sendes til [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no).

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Handelshøyskolen BI sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMSIERING

Forventet prosjektslutt er 02.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)