



BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan sykepleier opprettholde en profesjonell rolle ovenfor en pasient med borderline personlighetsforstyrrelse som over tid er innlagt på et psykiatrisk sykehus?

FORFATTERE: Camilla Lauritzen Roth og Hans Kristoffer Mobekk Stensrud

Dato: 09.05.2014

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleier opprettholde en profesjonell rolle ovenfor en pasient med borderline som over tid er innlagt på et psykiatrisk sykehus?	Dato : 09.05.14
Deltaker(e)/	Camilla Lauritzen Roth og Hans Kristoffer Mobekk Stensrud	
Veileder(e):	Lisbeth Kjelsrud Aas	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Profesjonell rolle, sykepleie, borderline personlighetsforstyrrelse, innlagt på psykiatrisk sykehus, miljøterapi	
Antall sider/ord: 12254	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Introduksjon: Utdanningsbakgrunn og ferdigheter for å utøve kompetent sykepleie ligger til grunn for en profesjonell sykepleier (Travelbee 2010). En profesjonell sykepleier må bygge sin omsorg på faglig og moralsk forsvarlighet (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Hensikt: Få økt kompetanse og forståelse for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse og belyse viktigheten rundt opprettholdelsen av profesjonell rolle, med sikte på hvilke utfordringer sykepleier står ovenfor i samhandling med pasienten. Metode: Systematisk søk i databaser. Valg av litteratur er vurdert med kritisk blikk, analysert og deler fra studiene ble satt sammen til en ny tekst (Forsberg og Wengström 2013). Nøkkelord: Profesjonell rolle, borderline personlighetsforstyrrelse, og innlagt. Hovedresultat: Det blir kjent gjennom flere artikler at sykepleiere ser det utfordrende å forholde seg til pasienter med borderline (Ma m.fl. 2009, Bodner m.fl. 2011, Treloar 2009). Konklusjon: Litteraturen sier det kan være utfordrende for sykepleiere å opprettholde en profesjonell rolle i relasjon med pasientgruppen.		

Abstract

Title:	How can a nurse maintain a professional role above a patient with borderline which over time is hospitalized in a psychiatric hospital?	Date : 09.05.14
Participants/	Camilla Lauritzen Roth and Hans Kristoffer Mobekk Stensrud	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aas	
Employer:		
Keywords	Professional role, nursing, borderline personality disorder, hospitalized to a psychiatric hospital, milieu therapy.	
(3-5)		
Number of pages/words:	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential):
12254		yes
Short description of the bachelor thesis:		
Introduction		
Education background to practice skilled nursing is the basis for a professional nurse (Travelbee 2010). A professional nurse must base their care on justifiability and morally defensible (Kristoffersen and Nortvedt 2011).		
Purpose: Provide increased competence and understanding of patients with borderline personality disorder and highlight the importance surrounding the maintenance of a professional role, aimed at the challenges nurses face in interactions with patients.		
Method: Systematic database searches. Selection of literature considered by a critical sight, analyzed and parts from the studies were combined into a new text (Forsberg and Wengström 2013). Keywords: Professional role, borderline personality disorder and hospitalized.		
Main Results: It has been known through several articles that many nurses find it challenging to deal with patients with borderline (Ma m.fl. 2009, Bodner m.fl. 2011, Treloar 2009)		
Conclusion: The literature claim that it can be challenging for nurses to maintain a professional role in relation with the patient group.		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Innledning	5
2. Bakgrunn	6
2.1 Den profesjonelle sykepleiers to hovedfunksjoner.....	6
2.2 Å bruke seg selv terapeutisk	6
2.3 Sykepleiers relasjon til pasient med borderline.....	7
2.4 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse	8
2.5 Egostyrkende sykepleieprinsipper	9
2.6 Miljøterapi.....	10
2.7 Terapeutisk miljø	11
2.8 Psykiatrisk sykehus	11
2.9 Tidligere forskning.....	12
2.10 Hensikt.....	13
3. Metode	14
3.1 Fremgangsmåte og søkedokumentasjon	14
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.3 Analyse av artikler.....	15
3.4 Forskningsetiske overveielser	15
4. Resultater	17
4.1 Helsepersonellens holdninger.....	17
4.2 Sykepleieres utfordringer	18
4.3 Helsepersonellens erfaringer	20
4.4 Pasientperspektiv	21
4.5 Miljøterapi.....	22
5. Drøfting	23
5.1 Sykepleiers holdninger.....	23
5.2 Sykepleieres utfordring.....	26
5.3 Sykepleiers erfaringer	28
5.4 Pasientperspektiv	29
5.5 Miljøterapi.....	30
5.6 Kunnskapsutvikling i sykepleie	33
5.7 Forskningsetiske overveielser	34
6. Konklusjon	37
7. Litteraturliste	38

Vedlegg 1 – Søkedokumentasjon

Vedlegg 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vedlegg 3 – Inkluderte artikler

Antall ord: 12254

1. Innledning

Bacheloroppgavens tema er sykepleierens profesjonelle rolle og opprettholdelsen av denne i samhandling med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, herunder borderline type, som det senere blir omtalt som. Det er tatt utgangspunkt i at pasienten er innlagt over tid på et psykiatrisk sykehus. Videre vil elementer i miljøterapi være et tema, herunder hvilken funksjon dette kan ha for pasienten.

Bacheloroppgaven anses å ha relasjon til seksjonens forskningsområder *Kvalitet i sykepleie* og *Helse i dagliglivet* som en finner på Høgskolen i Gjøvik sin hjemmeside. Området *Kvalitet i sykepleie* har to underliggende punkter som omhandler *pasientens behov og sikkerhet*, og *personalets funksjon og sikkerhet*. Tema i oppgaven har relevans for disse underpunktene fordi kvaliteten angår både sykepleier og pasient. Med dette menes det at holdninger kan påvirke kvaliteten og ha konsekvenser for at pasientens behov blir oversett. Personalets funksjon er rettet mot den fysiske og psykososiale arbeidssituasjonen som kan omhandle utfordringer sykepleiere møter, hvor de kan trenge å bearbeide utfordrende situasjoner og få støtte fra kollegaer.

Området *Helse i dagliglivet* omhandler *kritiske livshendelser* som anses relatert til oppgavens tema. Dette underliggende punktet handler om vanskelige livshendelser. Det kan knyttes opp i mot pasientgruppen i oppgaven fordi pasienter med borderline lever helt klart et dramatisk liv som kan inneholde samlivsbrudd, kriser og mye uro (Torgersen 2008). De vanskelige livshendelsene i oppveksten kan være en medvirkende faktor til diagnostiseringen av lidelsen (Ma, Shih, Hsiao, Shih og Hayter 2009).

2. Bakgrunn

2.1 Den profesjonelle sykepleiers to hovedfunksjoner

Å være profesjonell blir definert under to hovedpunkter:

“Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)” (Travelbee 2007, s.48).

Utdanningsbakgrunn og ferdigheter for å utøve kompetent sykepleie ligger til grunn for en profesjonell sykepleier (Travelbee 2010). En profesjonell sykepleier må bygge sin omsorg på faglig og moralsk forsvarlighet. Som sykepleier må en være der for andre mennesker uten å forvente noe tilbake, en må høre vanskelige hendelser fra livet, vise trøst og omsorg. Den private relasjonen et menneske har til de nærmeste er forskjellig fra den profesjonelle relasjonen sykepleiere har til pasienter. De nærmeste vil du stille opp for til en hver tid, og vennskapet er bygget på gjensidighet og kjærlighet. Den profesjonelle relasjonen til en pasient vil være bygget på ensidighet, der sykepleier er lovpålagt å yte omsorg (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Dette blir bekreftet gjennom Helsepersonelloven (1999) § 4, loven sier i tillegg at sykepleien som ytes skal være faglig forsvarlig. Forholdet mellom sykepleier og pasient trenger ikke å være bygget på god kjemi, fordi det foreligger et hjelpeforhold. En sykepleier er pliktet juridisk og etisk til å ivareta pasienter som har behov for helsehjelp og grunnlaget er ikke pasientens personlighet. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-1 har alle krav på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Kristoffer og Nortvedt (2011) skriver at det er forskjeller i den profesjonelle relasjonen til en pasient og det personlige vennskapet. En kan likevel se likheter der sykepleier ser hele menneske som er syk og ikke bare det somatiske. Det må ligge en personlig involvering i omsorgen, selv om hensikten med omsorgen er basert på faglig kunnskap.

2.2 Å bruke seg selv terapeutisk

Travelbee (2010) beskriver hva som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren, det er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Gjennom sykepleierstudiet fremmes denne evnen, ved at en får sykepleiepraksis under utdanning og ved ordinært arbeid. Man får terapeutisk innsikt gjennom å teste den på andre. Det er hensiktsmessig å vite hvordan ens egen atferd virker på andre, for at en skal bruke seg selv i sykepleiesituasjoner. En sykepleier bruker seg selv terapeutisk ved å bruke sin egen personlighet og kunnskaper for å fremme forandring hos den

som er syk. Når sykepleieren lindrer den sykes smerte har hun opptrådd terapeutisk. For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren ha evnen til å tolke andre mennesker og deres atferd, forståelse ovenfor seg selv, evnen til å handle i sykepleiesituasjoner og ha innsikt i å være et menneske. Sykepleieren er målrettet i etableringen av en relasjon med pasienten, hvor hun må kunne reflektere over sine egne oppfatninger og aktivt bruke sin egen personlighet. Empati og medfølelse er to aspekter som må være tilstede for å bruke seg selv terapeutisk. Empati foreligger mellom to eller flere individer. Det vil si å ta del i eller forstå den andre personens tilstand, men det vil ikke si at en tenker eller føler det samme.

Sykepleieren viser nærhet, men med visse begrensninger. Dette er ikke en prosess der sykepleieren kan velge når hun skal være empatisk eller ikke. Nygren (2004) tolker begrepet personlig på to forskjellige måter. På den ene siden tolkes personlig som en bit av menneskets personlighetstrekk som kan være felles for flere. Denne kan utvikles slik at den kan brukes i samspill med andre i sin yrkesutøvelse. Et eksempel kan være humor. På den andre siden tolkes personlig som noe egenartet og unikt ved hvert enkelt menneskets personlighet som kan utvikles. Den er egenartet fordi den ikke kan overføres eller gjøres felles for flere mennesker på grunn av sin egen karakter. Et eksempel kan være menneskets egne erfaringer man bruker som en ressurs i yrkesutøvelsen.

Når empatien har oppstått vil ikke forholdet bli som det en gang var. Dette fordi en av de involverte personene blir såret eller skuffet, er det vanskeligere å tilgi enn før empatien oppstod. Evnen til å føle empati ovenfor et annet menneske, blir forsterket når personene har likhetstrekk som samme bakgrunn (Travelbee 2010).

2.3 Sykepleiers relasjon til pasient med borderline

Personalet kan oppleve forholdet til pasienten som intenst, belastende og det vekker sterke følelser. Påkjenningen personalet føler hører sammen med projiseringen (Evang 2010). Hummelvoll (2012) beskriver hvilke mål som er viktig for et godt samarbeid uansett om det dreier seg om behandling i institusjon, poliklinisk eller kommunalt. Målene skal hjelpe pasienten til å oppnå et mer helhetlig bilde av seg selv, akseptere ambivalens, utvikle en impulskontroll og tillate frustrasjoner. Målene videre er å forme evnen til å planlegge på en realistisk måte, skape tillitsforhold til andre mennesker ved å bedre de sosiale ferdighetene og minske tomhetsfølelsen. Det er ikke anbefalt lange institusjonsopphold for pasienter med borderline, fordi institusjonen er opphav for fraskrivelse av ansvar, passivitet og de utvikler avhengighet til personalet. Denne pasientgruppen har enkelte væremåter og bruker

forskjellige forsvarsmekanismer, som kan påvirke personalet til å vise holdninger som kan virke antiterapeutiske.

Brinchmann (2010) skriver at relasjonsetikk er holdninger og væremåte sykepleieren viser ovenfor pasienten som er avgjørende for at situasjonen skal bli meningsfull. Det vil foreligge et maktforhold mellom sykepleier og pasient som øker dersom pasienten trenger mer hjelp og omsorg. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er betydningsfullt, slik at maktforholdet ikke blir for stort. Hvis pasienten opplever at kommunikasjonen er dårlig, mens sykepleier opplever den som god, er det pasientens opplevelse som er avgjørende. I slike situasjoner får sykepleieren en utfordring i relasjonen til pasienten.

2.4 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

ICD- 10 definisjon på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline typer):

- *Klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene*
- *Stemmingsleie er uforutsigbart og svingende*
- *Tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende kontroll over eksplosiv atferd*
- *Tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd*
- *Forstyrrelser i selvbylde, mål og indre verdier*
- *Kronisk tomhetsfølelse*
- *Intense og ustabile interpersonelle forhold*
- *Tendens til selvdestruktiv atferd som selvmordhandlinger og -forsøk.*

(Verdens helseorganisasjon 2011, s. 368-369)

Pasienter med borderline lever helt klart et dramatisk liv som kan inneholde samlivsbrudd, kriser og mye uro. På bakgrunn av dette er risikoen for selvmord stor, og stoff- og alkoholavhengighet kan forekomme (Torgersen 2008).

Splitting er den viktigste forsvarsmekanismene til en pasient med borderline. Ustabiliteten til pasientene i relasjoner med andre blir preget av svart eller hvitt tenkning. Der de i relasjoner med andre velger seg ut enkelte av personalet fremfor andre, og dette kan skifte fort (Berg 2007). Bruken av forsvarsmekanismen avhenger av hvor mye smerte det lindrer for pasienten, og det er først og fremst rettet mot å unngå følelser som skyldfølelse og skam, samt at de vil unngå å få angst. Prosjektiv identifikasjon er en tidligere versjon av forsvarsmekanismen projeksjon. Personen legger sine egne negative impulser og sine egne behov over på andre for å få kontroll. Selv om personen har projisert noe av seg selv over på en annen vil ikke det bety at “problemet” er borte (Hummelvoll 2012). En vil på alle mulig måter prøve å få den andre

til å svare til innholdet i det som er blitt projisert, ved hjelp av lokking eller tvinging. Den som er blitt projisert vil kunne merke at de blir ledet til å være slik personen opplever en i det tidspunktet. Pasienten kan oppleve personalet som fiendtlig en periode og personalet vil kunne kjenne en invitasjon til å oppføre seg fiendtlig ovenfor pasienten. Selv når personalet opplever seg selv som ikke-fiendtlig i relasjon med pasienten, vil han likevel være overbevist. Pasienten gjør ingenting for å bryte relasjonen, noe som ville vært naturlig hvis de hadde oppført seg fiendtlig (Evang 2010).

2.5 Egostyrkende sykepleieprinsipper

Kontinuitet og regelmessighet kan være et viktig prinsipp i en behandling av psykiatriske pasienter. Sykepleierne må vise at de er tilstede, men samtidig passe på at de ikke kommer for nær pasienten med tanke på at de skal ha en terapeutisk rolle. Kontinuitet og regelmessighet er en ramme som må være tilstede for at forholdet mellom pasient og sykepleier skal kunne utvikle seg. For at dette skal kunne utvikle seg, må sykepleieren tilby pasienten kontakt, skape tillit, være tålmodig og tilgjengelig (Strand 2009).

Nærhet og avstand er to ytterpunkter hvor det gjelder å finne balansen, der en viser nok interesse for pasienten. Det er en fordel å vite pasientens grenser.

Empati som er et sentralt begrep i prinsippet nærhet og avstand, har både aspekter som er emosjonelle og kognitive. Hvis en viser for mye empati, kommer man for nær pasienten, og da kan en identifisere seg med pasienten og bli handlingslammet. Hvis avstanden blir for stor kan en risikere å ikke bli berørt av problemene i det hele tatt. Derfor trenger man en balansegang mellom nærhet og avstand i forhold til når man skal vise empati (ibid).

Grensesetting kan defineres som å stoppe uhensiktsmessig atferd, der en også forebygger skadelig atferd. Der en setter grenser vil en ikke stanse pasientens følelser, men atferden. Ved å utføre grensetting vil en hjelpe pasienten i øyeblikket, men også på lengre sikt. Dette krever at sykepleiere har innsikt og kunnskap om grensetting.

Vanlige typer atferd der grensesetting kan bli nødvendig er når pasienten har utflytende og destruktiv atferd. Pasienten er ukritisk i oppførselen sin og er utagerende slik at ny læring blir forhindret (ibid).

2.6 Miljøterapi

Miljøterapi kan kort beskrives som de prosessene som skjer i en avdeling mellom pasient og personale. Miljøterapi skal hjelpe pasienten med å finne sin posisjon i avdelingen og være en lærearena. For at pasienten skal lære noe i miljøterapien, er det nødvendig at personalet tar utgangspunkt i pasientens tilstand, og benytter seg av prinsippene i et terapeutisk miljø. I lærebøkene i psykiatri blir ikke miljøterapi definert som begrep. Dette kan skyldes at miljøterapi beskrives nærmere i hver enkelt avdeling, hvor de henviser til de aktuelle aktivitetstilbudene. Det kan også antas at miljøterapi ikke er nærmere beskrevet siden den utvikles forskjellig.

I miljøterapien er det fem elementer som må være tilstede: trygging og omsorg, støtte, struktur, engasjement og anerkjennelse (Aanderaa 1997).

Elementet trygging skal være til hjelp for å styrke den indre kontrollen og opprettholde fysisk velvære. Dette kan være aktuelt for pasienter som kan være aggressive ovenfor seg selv og andre, og for de som har selvdestruktive handlinger. Om sykepleiere viser for mye trygging, kan dette føre til at pasienten blir initiativløs og mister håpet (ibid).

Støttefunksjonen har som hensikt å minske angst og fortvilelse hos pasienten. Dette kan sykepleieren gjøre ved å vise fysisk eller psykisk støtte, ved at sykepleieren gir veiledning eller støtte under de omstendighetene hvor pasienten har behov for det. Sykepleieren kan også dele personlige erfaringer om det er nødvendig. Kort fortalt skal støttefunksjonen være med på å skape et tilfluktssted for pasienten, hvor han/hun kan bli ivaretatt eller få muligheten til å samle seg. Om sykepleieren viser for mye støtte, kan dette føre til at pasienten føler seg utilstrekkelig, og funksjonen virker mot sin hensikt (ibid).

Struktur skal være med på å skape trygge rammer i miljøet som pasienten befinner seg i. Hensikten er at rammene skal bidra til faste tider og steder, og faste personer å forholde seg til. Målet er at pasienten skal kunne se konsekvenser gjennom handlinger, og knytte seg selv til omgivelsene. Om pasienten opplever for mye struktur, kan dette føre til at strukturen er med på kamuflere graden av psykisk forstyrrelse (ibid).

Elementet engasjement har som hensikt at pasienten aktivt skal delta sosialt i miljøet, slik at han/hun får mulighet til å samarbeide med andre, samt å styrke egoet. Man kan forstå engasjement som det motsatte av støttefunksjonen, siden engasjementet skal motvirke passivitet og uselvstendighet hos pasienten. For at pasienten skal kunne utvikle egoet,

avhenger det av at sykepleieren gir positiv oppmuntring. Dette skal bidra til at pasienten bedre skal kunne klare å delta i miljøet og samarbeide med andre. Opplever pasienten for mye engasjement kan dette medføre at han/hun ikke ønsker å delta i miljøet.

Gjennom anerkjennelse får pasienten muligheten til å uttrykke egne følelser, samt at sykepleieren tillater pasientens individualitet. Dette gjøres gjennom at sykepleieren viser respekt for at pasienten får lov til å ha hemmeligheter og at han/hun får lov til å være alene. Det krever at sykepleieren viser tålmodighet og ikke krever mer av pasienten enn det han/hun klarer å mestre. Hvis sykepleiere viser for mye anerkjennelse, kan dette føre til forvirring hos passive pasienter (ibid).

2.7 Terapeutisk miljø

I en avdeling vil det være forskjellige grader av bevisste handlinger fra sykepleier som gjør at de kan bruke miljøet terapeutisk. Begrepet terapeutisk miljø handler om pasientens mulighet for vekst i avdelingen. Hele avdelingen er med å påvirke det terapeutiske miljøet, alt fra hvordan rutineene er i forhold til måltider og leggetid, til hvordan personalet og pasienter samarbeider. Alle disse faktorene er med på å påvirke om pasienten får mulighet til å fremme vekst hos seg selv. For at en avdeling skal kunne være terapeutisk for hver enkelt pasient, er det nødvendig at enkelte elementer blir tilrettelagt som for eksempel det sosiale og fysiske miljøet. Det er anbefalt å ha 8-15 sengeposter per avdeling. Dette er fordi personalet skal ha mulighet til å gi tilstrekkelig og personlig kontakt til både pasienter og medarbeidere, og for at pasientene skal ha det oversiktlig og forutsigbart (Aanderaa 1997).

2.8 Psykiatrisk sykehus

Før i tiden ble psykiatriske institusjoner delt inn i tre typer. “*Psykiatriske sykehus (asyler), psykiatriske klinikker og psykiatriske poliklinikker*” (Kringlen 2006, s. 9). Pasienter som hadde behov for langtidsbehandling ble lagt inn på de psykiatriske sykehusene. Akutt psykiatrien med korttidsbehandling var det klinikerne som bedrev. Dette var i stor grad det eneste tilbudet innen psykiatri. I dag tar psykiatrisk sykehus seg av både langtids- og korttidsbehandling (Kringlen 2006). Nylenna (2012) definerer et psykiatrisk sykehus som et spesialsykehus hvor pasienter innlegges, blir undersøkt og får behandling.

2.9 Tidligere forskning

Stringer, Meijel, Koekkoek, Kerkhof og Beekman (2011) har gjort en undersøkelse i Nederland hvor studien viser at det er svært stressende for sykepleiere å vise omsorg for pasienter med borderline. Det kan vekke sterke følelser mot pasienten, særlig når de viser splittende atferd. På den ene siden må sykepleierne balansere mellom autonomi og sikkerhet for pasienten, de kan føle seg tvunget og ansvarlig til å beskytte pasienten. På den andre siden kan sykepleierne undervurdere deres ønske om endring i atferden, og ser på pasienten som uvillig til å endre seg. Det er derfor en utfordring å utøve sykepleie til pasienter med borderline.

Borschmann, Henderson, Hogg, Philips og Moran (2012) har gjort en undersøkelse om kriseintervensjon av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. De ønsket å finne ut effekten av kriseintervensjon av voksne personer med borderline. De fant 15 studier, hvor 13 ble ekskludert. Dette fordi det var mangel på randomisering, retrospektiv design eller at intervensjonen var psykologisk terapi med varighet på flere enn en måned. De tre studiene som ble inkludert var pågående og resultatet ble derfor ikke tatt med i denne studien. De fant ingen bevis fra tilfeldige artikler for å vurdere effekten av kriseintervensjon av pasientene. Diagnosen er utbredt og dermed er behovet for kriseintervensjon nødvendig. De skriver at pasientene er vanskelige og utfordrende å rekruttere til forskning. Dette vil kreve ekstra tid, innsats og tillitt er nødvendig for å engasjere pasienten til å være med i forskningen.

Torgersen, Kringlen og Cramer (2001) har skrevet en artikkel om forekomsten av personlighetsforstyrrelse i Oslo der de samlet data fra 2053 deltakere mellom alderen 18-65 år, i tidsperioden 1994-1997. De studerte forekomsten av blant annet borderline personlighetsforstyrrelse. De kom frem til at forekomsten av borderline var 0.7% og mindre utbredt enn andre diagnoser de studerte, som for eksempel paranoid og schizoid personlighetsforstyrrelse. De kom frem til at personlighetsforstyrrelse generelt var mer utbredt blant enslige personer fra lavere økonomisk klasse.

2.10 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å få økt kunnskap og forståelse for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Videre forsøkes det å finne svar på hvordan sykepleier kan opprettholde en profesjonell rolle og hvilke utfordringer en står ovenfor i samhandlingen.

Ut fra litteraturen kom vi frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier opprettholde en profesjonell rolle ovenfor en pasient med borderline personlighetsforstyrrelse som over tid er innlagt på et psykiatrisk sykehus?

3. Metode

Et litteraturstudie innebærer at man skal gjøre systematiske søk, og stille seg kritisk til den litteraturen en finner. Deretter settes litteraturen sammen innenfor den valgte problemstillingen. En systematisk litteraturstudie vil si å ta ut deler fra tidligere studier og sette det sammen til en ny tekst. Litteraturstudien bygger på vitenskapelige tidsskriftsartikler eller andre vitenskapelige rapporter (Forsberg og Wengström 2013).

Sykepleieren må jobbe på en kunnskapsbasert måte når vedkommende utøver sykepleie og står ovenfor beslutninger som angår pasienten. Pleien som utøves skal være forskningsbasert og faglig begrunnet. Sykepleieren må derfor lære å gjøre systematiske søk i databaser for vitenskapelige artikler, slik at det kliniske arbeidet bevises gjennom kunnskap (Polit og Beck 2014).

3.1 Fremgangsmåte og søkedokumentasjon

I vedlegg 1 vises fremgangsmåten som ble benyttet ved søk i databasene PubMed og Ovid Nursing Database som finnes på Høgskolen i Gjøvik sin hjemmeside. Valget av databaser ble basert på god erfaring fra tidligere søkeresultater. Databasen Norart ble forsøkt brukt, men søkeordene ga ingen relevante resultater. Som første søkeord ble *borderline personlighetsforstyrrelse - Borderline Personality Disorder* benyttet. Dette ble ansett som relevant søkeord, siden diagnosen er tema i oppgaven. Ved søk på diagnosen i databasen PubMed ble søkeresultatet 6671, sammenliknet med søk i Ovid Nursing Database, hvor søkeresultatet ble 211. For å avgrense søket ble det benyttet andre søkeord ansett som relevante for en mulig problemstilling. Relevante søkeord omhandlet sykepleiers *profesjonelle rolle - professional* og *pasient innlagt på et psykiatrisk sykehus - inpatient*. Andre søkeord som ble benyttet i prosessen var *miljøterapi - milieu therapy*, *sykepleie - nursing care*, *støtte - support*, *Norge - Norway* og *relasjon - relation*. Disse søkeordene, kombinert med hverandre, var med på å begrense søkeresultatene slik at artiklene kunne belyse problemstillingen.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I vedlegg 2 vises det til kriterier for funn av artikler. Ønsket tidsrom for artiklene var etter 2009, siden det kontinuerlig foregår nyere forskning. Etter søk i databasene, ble det funnet relevante artikler som var publisert utenfor ønsket tidsrom. Dermed ble dette utvidet til etter 2004. I følge Olsson og Sørensen (2003) skal artiklene inneholde IMRAD-struktur, som

består av *Intruduction, Method, Result And Discussion*. Database for statistikk og høgre utdanning (2014) bekrefter at de inkluderte artiklene er fagfellevurdert og vitenskapelige nivå 1 og 2. Viktige momenter fra problemstillingen som *pasienter med borderline, opprettholde en profesjonell rolle og innlagt i psykiatrisk sykehus* ble benyttet som inklusjonskriterier i prosessen. Artiklene skulle være på engelsk eller norsk og ble analysert opptil flere ganger, for å unngå feiltolking av innholdet. Om litteraturen skal kunne drøftes, vil det være en fordel at artiklene belyser både sykepleier- og pasientperspektiv. Dette fordi perspektivene kan være forskjellig og interessante å studere. Artikkelen som er skrevet av Bateman og Fonagy (1999) ble ekskludert fordi den inneholdt psykoanalytisk behandling av pasienter med borderline og forekomsten av selvskading i en psykiatrisk avdeling. I tillegg var den skrevet i 1999, og oppfylte derfor ikke kriteriet for anslått tidsrom. Siefert (2011) skriver at artikkelen er utarbeidet på en lukket psykiatrisk døgnenhet hvor fokuset er å minske risikoen for selvmord. Artikkelen ble dermed ekskludert fordi den ikke er innenfor litteraturstudiens tema.

3.3 Analyse av artikler

Analyse er en metode for å analysere data. Det handler om at forskeren samler inn data og innholdet bearbeides og gjøres mer forståelig, slik at den blir oversiktlig for det formålet den er ment for. På en annen side er det ikke sikkert at de sammensatte elementene frembringer ny kunnskap og forståelse (Olsson og Sörensen 2003). Hensikten ved å benytte analyse, er å bearbeide litteraturen og presentere den på en forståelig måte i resultatet (Forsberg og Wengström 2008). Et eksempel kan en se i artikkelen skrevet av Bodner, Cohen- Fridel og Iancu (2011) hvor de blant annet tar for seg holdningene til både psykologer, psykiatere og sykepleiere. I denne litteraturstudien vil sykepleieres holdninger bli sammenliknet med de andre yrkesgruppene i resultatdelen. Sykepleierens holdninger blir belyst i resultatdelen i større grad fordi det er et sentralt tema i litteraturstudien.

3.4 Forskningsetiske overveielser

Bias er en skjevhet i resultatet som kan true studiens gyldighet. Dette vil ha noe å si for utformingen og kan påvirke resultatet i forskjellige studier. Den kan komme av flere faktorer som bør vurderes ved planlegging av forskningen. Forskerens jobb er å redusere eller eliminere mulige skjevheter i studien. Det skilles mellom tilfeldig bias og systematisk bias. Tilfeldig bias kan ha liten effekt på resultatet. Et eksempel er hvor noen få deltakere gir uriktige opplysninger fordi de er slitne på tidspunktet for datainnsamlingen. En systematisk

bias kan forklares ved at en gruppe mennesker skal veies, hvor vekten måler to ekstra kilo. Da vil det være systematisk skjevhet i datainnsamlingen (Polit og Beck 2014).

I et litteraturstudie er det sentralt at resultatene av studiene oppfattes som pålitelige (Forsberg og Wengström 2008). Validitet er et kvalitetskriterie som sier noe om i hvilken grad studien er nøyaktig og velbegrunnet i målingene (Polit og Beck 2014). Validitet kan deles inn i to underkategorier, intern validitet og ekstern validitet. Intern validitet handler om hvor pålitelig resultatene av undersøkelsen er. Det handler i all hovedsak om å unngå systematiske feil (Forsberg og Wengström 2008).

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatet i oppgaven kan overflyttes til andre lignende formål, som for eksempel sykepleiepraksis (Polit og Beck 2014).

Reliabiliteten sier noe om påliteligheten av resultatet i forskjellige studier, der det er brukt ulike metoder og resultatet sier det samme. Flere artikler med likt resultat har høy reliabilitet (Forsberg og Wengström 2008).

4. Resultater

Her vil resultatene av analysen fra de forskjellige artiklene bli presentert. Overskriftene er inndelt etter hva forfatterne belyser i resultatet, med hensikt å systematisere og skape struktur i resultatet og drøftingen. I vedlegg 2 er det en systematisert oversikt over hver enkelt artikkel som omfatter forfatter(e), tidsskrift, hensikt, metode og resultat.

4.1 Helsepersonellens holdninger

Bodner m.fl. (2011) ønsket å utforske hvilke holdninger helsepersonell har til pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. I denne artikkelen regnes helsepersonell som psykiatere, psykologer og sykepleiere. Forfatterne viser til flere artikler som sier at denne pasientgruppen er utfordrende å forholde seg til. Forfatterne henviser til tall fra Australia som viser at 85 % av pleiepersonell månedlig er i kontakt med pasienter med borderline. Videre er hele 32 % i daglig kontakt med dem. Når de sammenlikner tallene mellom Israel og Australia, kommer de frem til at pasientene med borderline personlighetsforstyrrelse kan bli sett på med andre øyne i Israel enn det de gjør i Australia. I Israel er det ikke alltid at denne pasientgruppen blir sett på som kandidater for sykehusinnleggelse, og i hvertfall ikke over tid.

I resultatet av undersøkelsen kommer det frem at sykepleierne viser mindre empati ovenfor pasienter med borderline, enn det psykiatere og psykologer gjør, og i forhold til pasienter med andre diagnoser. Dette kan ha sammenheng med at det er sykepleierne som har den daglige kontakten med disse pasientene i en psykiatrisk avdeling, og at de etterhvert kan bli utbrent av konfliktene som oppstår. Når det er nevnt, kommer det også frem at både psykiatere, psykologer og sykepleiere føler frustrasjon som sinne, utålmodighet og agitasjon i behandlingen av disse pasientene. Dette kan gjenspeiles i hvordan helsepersonellet oppfatter pasientene med denne diagnosen. Til slutt kommer det frem at helsepersonell med erfaring i psykiatrien er med på å se disse pasientene på en mindre negativ måte. Noen ganger kan det være utageringen som gjør at personalet føler seg hjelpeløse, mens andre ganger kan det være pasientenes tendens til å droppe ut av behandlingen som gjør dem frustrerte.

I den Australske undersøkelsen som de refererer til, kommer det videre frem at 80 % av personalet synes det er vanskelig å forholde seg til denne pasientgruppen, og at det er vanskeligere å kommunisere med disse, sammenliknet med pasienter med andre diagnoser. Det kommer for eksempel frem at det er lettere å forholde seg til pasienter med schizofreni eller depresjon (ibid).

Ut i fra tabellen som inngår i resultatet, kan en finne tre variabler som blir målt innenfor de tre yrkesgruppene. Den *første* variabelen måler negative følelser ovenfor pasientene. Her skårer psykologene lavere enn psykiatere og sykepleiere, som vil si at psykologene har mindre negative følelser ovenfor pasientene. Under den *andre* variabelen som omhandler holdningene deres til behandlingen. Her skårer alle yrkesgruppene likt. Det samme resultatet for den *tredje* måling, som angår holdninger de har til selvmordsforsøk (ibid).

4.2 Sykepleieres utfordringer

Resultatet av studien til Ma m.fl. (2009) viser at pasienter med borderline er ustabile i mellommenneskelige forhold og har negativt selvbilde. Videre kan de true med selvskading, kommer med urealistiske forespørsler, er manipulerende ovenfor andre pasienter og lage konflikter mellom personalet. En vanskelig oppvekst kan være en medvirkende faktor til at pasienten har fått diagnosen borderline. Videre vil en traumatisk opplevelse som overgrep i oppveksten være en annen faktor og pasienten vil da kunne ha vanskeligheter med å stole på andre mennesker som nære pårørende. Dette kan være medvirkende til at sykepleierne føler seg stresset, hjelpeløse og frustrerte. Intervjuene har fem gjennomgående punkter:

1) Det første punktet omhandler at pasientene skifter fra å være harmoniske til kaotiske. Sykepleierne beskriver at forholdet med pasienten i begynnelsen er harmonisk der de etablerer et forhold som bygges på respekt. Denne perioden skifter fort til kaotisk, hvor pasienten viser ødeleggende oppførsel, tester avdelingens regler og manipulerer medpasienter. En sykepleier forteller at hun gruet seg til å gå på jobb fordi pasienten manipulerte og fikk medpasienter til å gå imot henne (ibid).

2) Punkt to handler om sykepleieres forventninger til positive og negative utfall av behandlingen. Det kommer frem at seks sykepleiere sa at positivitet om pasientens utfall i behandlingen hadde styrket deres vilje til å møte utfordringer og være tollerante med pasientene. Ni sykepleiere hadde mer negative forventninger, fem av sykepleierne trodde til og med at å hjelpe pasienter med borderline var å kaste bort ressurser (ibid).

3) Punkt tre sier noe om praktiske rutiner eller individuell behandling. Seks sykepleiere med negative forventninger praktiserte rutiner som inneholdt å ha fokus på pasientens grunnleggende behov og sikkerhet, uavhengig av deres individuelle behov. Ni sykepleiere

med positive forventninger til behandlingen trodde noe av pasientenes oppførsel var modifiserbar. På bakgrunn av deres karakter brukte de individuell behandling (ibid).

4) Det fjerde punktet handler om hvorvidt sykepleierne har tilstrekkelig eller utilstrekkelig støtte fra andre kollegaer. Det kommer frem at seks sykepleiere trengte støtte for at behandlingen skulle ha et positivt utfall. Støtten inneholdt diskusjon og samarbeid om hvilke strategier de skulle bruke i behandlingen. De trengte også emosjonell støtte fra hverandre. Erfarne sykepleiere var aktive støttespillere, de laget et positivt arbeidsmiljø og arbeidskultur. Sykepleierne lærte flere omsorgsstrategier og fikk høyere forventninger til kvaliteten i arbeidet. Vanskelige opplevelser ble taklet med støtte fra andre, slik at sykepleierne følte seg mindre emosjonelt stresset. Ni sykepleiere som hadde lite støtte fra kollegaer fortalte at det var vanskelig å omstille andre kollegaer til å tenke positivt og de ga dem lite oppmerksomhet når de var bekymret for pasienten (ibid).

5) Femte og siste punkt handler om forskjeller i utfallene av behandlingen, der sykepleierne enten hadde tilfredsstillende erfaringer, utilfredsstillende erfaringer eller overfladiske forhold med pasientene. Det kommer frem at seks sykepleiere sa at de hadde tilfredsstillende omsorgserfaring, men under to forskjellige omstendigheter. Under første omstendighet hadde tre sykepleiere negative forventninger til pasienten, men ble støttet og prøvde å lære fra andre kollegaer som hadde positive forventninger. De praktiserte individuelle behandlingsstrategier. Under andre omstendigheter er det seks sykepleiere som fortalte de hadde positive forventninger, de prøvde å praktisere individuell behandling selv når de var kaotiske. Tre av disse sykepleierne tok initiativ til å søke hjelp fra andre kollegaer. Tre sykepleiere som hadde utilfredsstillende erfaringer brukte individuelle strategier uten støtte fra kollegaer. Når pasientene skadet seg selv og hadde selvdestruktive handlinger, slik at de ble tvunget til å forlate avdelingen, følte sykepleierne anger og skyldfølelse. Seks sykepleiere sa at de ikke hadde gitt oppmerksomhet til pasientene gjennom behandlingen og satt igjen med et overfladisk forhold til pasienten. De fortalte at de ikke hadde hatt noen spesielle følelser, frustrasjoner eller konflikter gjennom behandlingsprosessen med pasientene (ibid).

Forfatterne påpeker at sykepleiere synes det er vanskelig å forholde seg til pasienter med borderline, fordi de utfordrer dem følelsesmessig. Holdningene og måten sykepleieren yter omsorg på er nøkkelen til vellykket psykiatrisk hjelp i Taiwan (ibid).

4.3 Helsepersonellets erfaringer

Treloar (2009) ønsker med sin studie å undersøke fire forhold. Det første er hvordan pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse frembringer ubehag hos helsepersonell. Det andre er hvilke spesifikke karakterer ved borderline som bidrar til negativitet i helsesystemet. Det tredje forholdet omhandler utilstrekkelighet i forhold til pasientens behov. Det siste og fjerde forholdet er å finne teknikker og strategier som er nødvendig for å forbedre tjenester for pasienter med borderline.

Det er flere helsepersonell som erfarer ubehag ved å jobbe med pasienter med borderline. De føler seg frustrerte, utilstrekkelige og profesjonelt utfordret. Ubehageligheten gjør at det er vanskelig å behandle pasientene, hvor konflikter ofte oppstår i relasjonen med pasienten. Helsepersonellet har to typiske påstander å si om pasienter med borderline. Den ene påstanden er at de tror oppførselen deres bare er en unnskyldning for å oppføre seg dårlig, den andre påstanden er at helsepersonell føler seg maktesløse og frustrerte i relasjon med pasientene. Disse negative holdningene forblir i helsesystemet fordi det også er stadfestet i litteraturen at pasientene er manipulerende (ibid).

Ut i fra et demografisk spørreskjema finner Treloar at det bare er 47.12% av deltakerne i undersøkelsen som har fått noen form for utdanning innenfor borderline, og at 18% av disse er akuttmedisinsk helsepersonell og 63.22% er psykiatrisk helsepersonell. Det var rapportert at de fikk mer kunnskap gjennom erfaring med pasientene. Det kommer frem i spørreundersøkelsen at deltakerne mener at de er manipulerende og kaotiske av natur på grunn av forstyrrelsen. Flere mener derfor det er bortkastet tid å behandle pasientene. Enkelte deltakere viser forståelse i oppførselen, der pasienten viser selvdestruktive handlinger, og mener derfor at dette er deres måte å kommunisere på. Flere deltakere ser også utfordringen med å møte pasientens behov, selv om de ser det er en gruppe som trenger helsetjenester. Helsepersonellet er bekymret for at de har for lite kunnskap om borderline og at det er for lite ressurser å bruke i behandlingen slik som pasienter med borderline har krav på (ibid).

Deltakerne mener for lite personell på jobb er relatert til for lite ressurser både på akuttmedisinsk og psykiatrisk avdeling. Helsepersonellet har mulige svar på løsninger de kan gjøre for å forbedre dette. For det første foreslår de mindre personalgrupper som tar seg av en og en pasient. Dette vil kunne føre til at det blir lettere å følge opp konsekvente grenser. Ved å

bruke lite personell på en og en pasient og i tillegg få mer erfaringer om borderline, ser dette ut til å være betydelig for å gjøre personalet mindre ukomfortable i relasjon med pasienten. I tillegg vil dette føre til at de kan forstå de karakteristiske trekkene ved borderline (ibid).

4.4 Pasientperspektiv

Perseius, Ekdahl, Åsberg og Samuelsson (2005) presenterer tre omfattende temaer i resultatet som omhandler *life on the edge, the struggle for health and dignity - a balance act on a slack wire over a volcano*, og *the good and the bad act of psychiatric care in the drama of suffering*. Undersøkelsen er gjort på bakgrunn av at borderline personlighetsforstyrrelse er et psykiatrisk helseproblem med rykte om at pasientene er vanskelig å forholde seg til og behandle. Studien er gjort fordi de ønsket å finne svar på hvordan opplevelsen av lidelse hos pasienten er, hvordan pasienten selv opplever lidelsen, sin egen livssituasjon og sitt møte med psykiatrien. Forfatterne ønsker å få mer forståelse for hvordan pasienten tenker, og hvordan behandlingen av pasientene kan bli bedre. De mener at dette er et viktig steg mot å bedre kvaliteten på behandlingen.

Life on the edge blir beskrevet av pasientene som en konstant følelse av opp og nedturer. De beskriver at de faller inn i svarte hull med glatte vegger hvor noe ekkelt kryper rundt bena. Pasientene beskriver sin emosjonelle smerte og hvordan de hater seg selv. Smerten de kjenner er angst, tomhetsfølelse, håpløshet, meningsløshet, anger og avmakt. Dette er følelser de mener personalet verken kan forstå eller kontrollere. Pasientene forteller at de tar på en maske for å virke normal, og at dette er en overlevelsesmåte hvor de viser verdighet. Masken blir også brukt som en påkalling, der pasienten ønsker å kjempe om å bli normal (ibid). Pasienten sier ”*hvis jeg oppfører meg normal, blir jeg betraktet som normal, og da vil jeg være normal*” (Perseius m.fl. 2005, s. 164).

The struggle for health and dignity - a balance act on a slack wire over a volcano, blir beskrevet som å balansere på en slakk line over en vulkan, hvor vulkanen er humørsvingninger og følelser. Pasientene forteller at de har ambivalente følelser ved det å leve eller å dø. Siden pasientene er overveldet av en mørk smerte inni seg, er de lette offer for impulser som får dem til å føler seg liten, hjelpeløs og en form for avmakt. På samme tid har de en sterk vilje til å kjempe for å forandre seg, føle kontroll og finne mestringsstrategier. Pasientene har også en ambivalens rundt forhold til andre mennesker, der de føler de ikke er verdt å elske, og føler en frykt for å bli forlatt (Perseius m.fl. 2005).

The good and the bad act of psychiatric care in the drama of suffering. Under dette punktet avslører pasientene at personalet har en dobbel rolle i psykiatrien når de lider og har drama rundt seg. På den ene siden viser ikke personalet forståelse og er respektløse. På den andre siden kan personale være hjelpsomme og lindre smerter. De beskrev hvordan det var å møte personell som ikke forsto og var respektløse. En pasient forteller at han ikke ble respektert som et menneske. Han forteller at hvis han følte seg dårlig, fikk han medisiner slik at det ble stille og rolig på avdelingen. Pasienten følte dette som avmakt. Allikevel hjalp personalet pasientene med å se seg selv som ansvarlig for sitt eget liv, og ønske om endring, noe som pasientene følte var nyttig for at behandlingen skulle ha en positiv utgang (ibid).

4.5 Miljøterapi

Oeye, Bjelland, Skorpen og Anderssen (2009) skriver en artikkel om hvordan miljøterapien fungerer i en psykiatrisk avdeling. Rutinene i avdelingen er utformet for å være miljøterapeutisk ved at pasientene tar del i hverdagen. Hver pasient blir tildelt en eller to miljøkontakter som har ansvar for å aktivisere og vise omsorg for pasienten. Personalet ser på miljøterapien som et viktig verktøy til rehabilitering av pasienter, slik at de blir rustet for verden utenfor sykehuset. Derfor blir pasientene motivert til å delta på aktiviteter, som å gå på jobb eller skole, være med å lage mat, servere mat, vaske klær eller delta i fysiske aktiviteter. Ved at personalet sysselsetter pasientene til hverdagslige gjøremål med tanke på å lære de praktiske og sosiale ferdigheter, får pasientene mulighet til å vise pålitelighet og ansvar. Hver pasient har en dagsplan for å skape struktur i hverdagen. Denne blir gått gjennom av miljøkontakten sammen med pasienten etter frokost.

Rommene i avdelingen er innredet til å være hjemmekoselig med tremøbler, grønne planter, bilder, keramikk, TV, DVD-spiller, aviser og magasiner. Selv om rommene er innredet på denne måten, kan det likevel avsløres at det er en institusjon. Det er store korridorer og rom, kulepenner med medisinsk reklame, medisinbegre i plast, og mangel på personlige eiendeler. Personalet har daglige møter på personalrommet hvor de rapporterer hvordan de oppfatter pasientene fra dag til dag. De diskuterer blant annet eventuelle endringer i pasientenes væremåte og hvordan de fungerer i samspill med andre. Atferden til pasienten kan variere. Enkelte ganger kunne de banke på døren til personalrommet med forespørsel om å gå ut. Ved disse tilfellene fikk de beskjed om å vente til møtene var ferdig. Hvordan pasienten tok dette kunne variere. Noen reagerte med sinne og frustrasjon, mens andre aksepterte det med å vise

tålmodighet. Under et intervju med et personale, kom det frem at pasientene kunne oppføre seg som barn, ved at de som personer ikke stod til forventningene man kunne ha til et voksent menneske. Det var ikke alltid personalet kunne være for strenge med pasientene, da mange av dem har hatt en vanskelig fortid (ibid).

5. Drøfting

I drøftingsdelen blir resultatet fra hver enkelt artikkel drøftet opp mot litteraturen som presenteres. Videre vil artiklene bli drøftet opp mot hverandre. Til slutt vil forskningsetiske overveielser bli drøftet. For å få en systematisk fremstilling vil overskriftene i resultatdelen være gjennomgående i drøftingen.

5.1 Sykepleiers holdninger

Travelbee (2010) sier at utdanningsbakgrunn og ferdigheter for å utøve kompetent sykepleie ligger til grunn for en profesjonell sykepleier. Kristoffersen og Nordtvedt (2011) skriver at den profesjonelle sykepleieren må bygge sin omsorg på forsvarlighet. Omsorgen sykepleieren viser ovenfor andre mennesker utøver man uten å få noe tilbake, en må høre på livshendelser som har vært vanskelige og vise trøst. Den profesjonelle relasjonen mellom sykepleier og pasient vil være forskjellig fra en privat relasjon. Det profesjonelle forholdet vil være ensidig og trenger ikke være bygget på god kjemi, fordi det foreligger et hjelpeforhold hvor sykepleier er lovpålagt å yte omsorg. Dette blir bekreftet gjennom Helsepersonelloven (1999) § 4, i tillegg til at sykepleien som ytes skal være faglig forsvarlig. I følge Kristoffersen og Nordtvedt (2011) kan en likevel se likheter mellom de to relasjonene fordi sykepleieren ser hele mennesket som er syk og ikke bare det somatiske. Det må ligge en personlig involvering i omsorgen, selv om hensikten er basert på faglig kunnskap. Dette kan knyttes opp i mot Brinchmann (2010) som skriver at relasjonsetikk er holdninger og væremåte sykepleieren viser ovenfor pasienten som er avgjørende for at situasjonen skal bli meningsfull.

I følge Bodner m. fl (2011) kommer det frem at i Israel ser de på pasientene med andre øyne enn i Australia, fordi de ikke alltid blir betraktet som kandidater for sykehusinnleggelse. Er dette likt for Norge? I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1 har alle krav på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Ut fra dette kan det se ut til at Australia har andre lovbestemmelser enn det er i Norge.

Bodner m.fl (2011) skriver at sykepleiere har mangel på empati for pasienter med borderline, i forhold til andre yrkesgrupper, herunder psykologer og psykiatere. De skriver at det kan skyldes at sykepleiere har den daglige kontakten med pasientene i en psykiatrisk avdeling, og at de kan bli utbrent av konfliktene som kan oppstå i relasjon med pasienten. Ma m.fl. (2009) påpeker at enkelte sykepleiere kan dra nytte av støtte fra kollegaer når de opplever vanskelige situasjoner med denne pasientgruppen. Det kan dermed legges til grunn for at sykepleiere trenger støttespillere å diskutere med og legge frem sin frustrasjon for at det skal ha positiv innvirkning på relasjonen til pasienten.

Bodner m.fl (2011) hevder at personalet sier det er vanskelig å kommunisere med pasienter med borderline sammenliknet med pasienter med andre diagnoser, som for eksempel pasienter med schizofreni og depresjon.

Pasientene har fått diagnosen etter ICD-10 kriteriene for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, herunder borderline type. For å nevne noen av kriteriene involverer de seg i intense forhold, har et uforutsigbart stemningsleie, søker konflikter i personalet og med andre pasienter, og har selvdestruktive handlinger (Verdens helseorganisasjon 2011). På bakgrunn av ICD-10 kriteriene kan det se ut til at dette kan være med på å skape ubehageligheter i personalgruppen.

Ut i fra en studie Torgersen m.fl. (2001) har gjort i Oslo, viser det seg at 0.7% av befolkningen har diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse. En kan anta ut i fra prosenttallet at det er for lite kunnskap om pasienter med diagnosen borderline fordi forekomsten er lav. Antagelsen kan forsterkes ut i fra hva Borschmann m.fl. (2012) skriver om at pasientene er vanskelig å rekruttere til forskning fordi det krever ekstra tid, innsats og tillit.

Pasientene bruker forsvarsmekanismer som splitting aktivt i nærvær med andre mennesker. Ustabiliteten i relasjon med andre blir preget av svart eller hvitt tenkning. I behandling velger de å like noen fremfor andre, og dette kan endre seg fort (Berg 2007). Bruken av forsvarsmekanismen avhenger av hvor mye smerte det lindrer for pasienten (Hummelvoll 2012). Med utgangspunkt i artikkelen av Perseius m.fl. (2005) opptrer personalet på en hjelpsom måte noe som kan resultere i lindring av smerte. På bakgrunn av dette kan det se ut til at pasientene ikke trenger å benytte seg i større grad av forsvarsmekanismen splitting. Dersom sykepleier ikke opptrer i henhold til det Perseius m.fl. (2005) skriver da kan det antas at spilling kan forekomme i større grad. Hummelvoll (2012) beskriver videre at grunnen for

bruk av splitting er at pasienten først og fremst ønsker å unngå følelser som skyldfølelse og skam. En annen forsvarsmekanisme er projeksjon. Dette innebærer at de legger sine egne negative impulser og sine egne behov over på andre for å oppnå kontroll. Evang (2010) skriver at pasienten ønsker å få den andre til å svare til innholdet i projiseringen ved hjelp av lokking eller tvinging. De vil kunne oppleve personalet som fiendtlig en periode og personalet vil kunne føle seg invitert til å oppføre seg på denne måten ovenfor pasienten. Selv når personalet opplever seg selv som ikke-fiendtlig i relasjon med pasienten, vil pasienten likevel være overbevist om at personalet er fiendtlig. Brinchmann (2010) presiserer viktigheten av kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjonen kan antas å ha en viktig funksjon for å minske sjansen for at projeksjon oppstår. På en annen side kan det se ut til at kunnskap er minst like viktig, dette på bakgrunn av hva Treloar (2010) skriver om at helsepersonell føler de har for lite kunnskap om diagnosen borderline.

Ut i fra projiseringen vil ikke pasienten gjøre noe for å bryte relasjonen med personalet, noe som ville vært naturlig for andre om personalet faktisk hadde oppført seg fiendtlige (Evang 2010). Det kan antas at pasienten ikke ønsker å bryte relasjonen fordi det er slik en har blitt behandlet i fortiden og er ikke vant til å bli behandlet på en annen måte.

I artikkelen skrevet av Ma m.fl (2009) blir det sagt at væremåten til pasienter med borderline har en medvirkende faktor til at sykepleiere føler seg stresset, hjelpeløse og frustrerte. Sykepleierne forteller at relasjonen med pasienten i starten er harmonisk, men at det skifter fort til kaotisk. Når den kaotiske tilstanden kommer til syne viser pasienten ødeleggende oppførsel, de tester avdelingens regler og manipulerer både sykepleiere og andre pasienter. En sykepleier forteller at hun gruet seg til å gå på jobb nettopp på grunn av denne oppførselen. Ut i fra dette kan man anta at pasienter med borderline er vanskelige å forholde seg til og dette kan medføre usikkerhet hos sykepleieren i sin yrkesutøvelsen. Usikkerheten kan se ut til å bli mindre dersom en forsøker å opprettholde en profesjonell rolle i relasjon med pasienter med diagnosen borderline.

Travelbee (2010) beskriver at den profesjonelle sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk fremmes gjennom sykepleiepraksis. Det er hensiktsmessig å vite hvordan ens egen atferd virker på andre for at en skal bruke seg selv i sykepleiersituasjoner. Dette kan en anta er viktig i møte med pasientene i forhold til deres adferd. Videre kan erfaring i sykepleiepraksis være betydningsfullt ovenfor denne pasientgruppen. Dette fordi det kan tyde på at jo lenger sykepleiepraksis man har desto større

er sjansen til å bruke seg selv terapeutisk. Det overnevnte kan gjenspeiles i det Bodner m.fl. (2011) sier om at helsepersonell med erfaring i psykiatrien er med på å se pasientene på en mindre negative måte.

Hummelvoll (2012) beskriver at bruken av forskjellige forsvarsmekanismer og væremåte kan påvirke personalet til å vise holdninger som kan virke antiterapeutiske. Travelbee (2010) sier at sykepleier bruker seg selv terapeutisk når hun bruker sin egen personlighet og kunnskaper for å fremme forandring hos den som er syk. Nygren (2004) tolker begrepet personlig på to forskjellige måter. Sett ut i fra den første tolkningen kan sykepleier finne et felles personlighetstrekk som kan bidra til uhensiktsmessig atferd hos pasienten. Et eksempel kan være å finne en felles interesse eller bruk av humor.

Den andre tolkningen av begrepet personlig som Nygren (2004) beskriver omhandler at erfaring ikke kan deles. Dette kan se ut til at sykepleiere ikke kan brukes andres erfaringer som en ressurs i yrkesutøvelsen.

For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren ha evnen til å tolke andre mennesker og deres atferd, ha forståelse ovenfor seg selv, evnen til å handle i sykepleiesituasjoner og ha innsikt i det å være et menneske (Travelbee 2010). I en artikkel av Perseius m.fl. (2005) blir det fortalt av en pasient at hvis han følte seg dårlig, fikk han medisiner slik at det skulle være rolig og stille på avdelingen. Han sa at han ikke ble behandlet som et menneske, uten respekt og forståelse. Har sykepleieren opptrådd terapeutisk ovenfor denne pasienten, med tanke på det Travelbee beskriver? Om vi tar utgangspunkt i hva Brinchmann (2010) skriver om kommunikasjon, kan man anta at pasienten føler kommunikasjonen er dårlig, selv om sykepleieren på sin side føler at den er god. Ved et slikt tilfelle er det pasientens opplevelse av kommunikasjonen som er avgjørende. Sett ut fra sykepleieren sin side, kan det likevel hende at situasjonen er terapeutisk siden medisinerer kan lindre smerte.

5.2 Sykepleieres utfordring

Det blir kjent gjennom flere artikler at sykepleiere ser det utfordrende å forholde seg til pasienter med borderline (Ma m.fl. 2009, Bodner m.fl. 2011, Treloar 2009). Ma m.fl. (2009) skriver blant annet at sykepleierne blir følelsesmessig utfordret, Bodner m.fl. (2011) kommer frem til at sykepleiere viser mindre empati ovenfor denne pasientgruppen sammenliknet med andre diagnoser, og Treloar (2009) kommer frem til at helsepersonell føler seg frustrert, utilstrekkelig og profesjonelt utfordret i møte med pasienter med borderline. Dette bekreftes gjennom Evang (2010) som skriver at personalet kan oppleve forholdet til pasienten som

intens, belastende, og at det vekker sterke følelser i en selv. Ma m.fl. (2009) skriver, som nevnt tidligere, at personalet føler forholdet til pasientene er skiftende. Når personalet oppfatter dem som kaotiske kan det se ut til at dette er noe av grunnen til at sykepleiere gruer seg til å gå på jobb. Hvordan kan det ha seg at pasientene viser slik atferd? Et mulig svar kan man finne i det Ma m.fl. (2009) skriver om at pasientene kan ha hatt vonde og traumatiserende opplevelser, som for eksempel overgrep i oppveksten. Slike opplevelser kan være med på å skape mistillit til andre mennesker, som gjerne står pasienten nær. Det kan antas at sykepleieren står ovenfor utfordringer med tanke på pasientens væremåte. Videre kan en anta at kommunikasjon, sykepleierens holdninger og væremåte er andre utfordringer. Brinchmann (2010) nevner at relasjonsetikk er sykepleierens holdninger og væremåte, og at dette er avgjørende om situasjonen skal bli vellykket. Det vil hele tiden eksistere et maktforhold mellom pasienten og sykepleieren og dette vil øke når pasienten trenger mer omsorg. Her spiller kommunikasjonen en viktig rolle, slik at maktforholdet ikke skal bli for stort. Ut fra det som er beskrevet over, kan det tyde på at pasientene vil trenge omsorg i varierende grad, noe som fører til at maktforholdet vil kunne øke. Hvordan kan dette utarte seg, i og med at Ma m.fl. (2009) skriver at personalet har negative holdninger til pasientene og at det er utfordrende å kommunisere med dem?

Hvilke utfordringer står den enkelte sykepleier ovenfor? I følge Ma m.fl. (2009) kan utfallet av behandlingen påvirkes av sykepleieres positive og negative holdninger til behandlingen. I intervjuene kommer det frem at enkelte sykepleiere, som hadde negative holdninger, ser på det å behandle pasienter med borderline som å kaste bort ressurser. Da kan man stille seg spørsmålet om hvordan disse sykepleierne forholder seg til pasientene i avdelingen, og i hvilken grad de motiverer dem? Treloar (2009) støtter oppunder dette, ved at hun skriver i sin studie at informantene mener det er bortkastet å behandle pasienter med borderline fordi de er manipulerende og kaotiske av natur. Stringer m.fl. (2011) nevner at sykepleiere kan undervurdere pasientenes ønske om å endre atferden sin, og dermed tro at pasienten ikke er motivert til å endre seg. Her kan det se ut til at alle forfatterne belyser samme synspunkt. Ut i fra dette skulle man tro at sykepleieres funksjon er å motivere pasienten til behandling. En annen utfordring kan være hvis ikke sykepleieren har troen på at behandlingen fungerer, hvordan skal da pasienten ha tro på dette? Det kan antas at en pasient vil merke forskjell på en sykepleier som ikke har troen på behandlingen, og på en sykepleier som er overbevist om at pasienten kommer til å endre atferd og som dermed er motivert til å gjøre sitt beste for pasienten. Treloar (2009) skriver også at enkelte informanter føler de har for lite kunnskap i

tillegg til at det ikke er tilstrekkelig med ressurser for å møte utfordringene med denne pasientgruppen. Kan forklaringen ligge her?

5.3 Sykepleiers erfaringer

Pasienter med borderline fremmer, som nevnt tidligere, frustrasjon og utilstrekkelighet hos sykepleiere, samt at de føler seg profesjonelt utfordret (Treloar 2009). Hvordan kan det ha seg at sykepleiere føler seg profesjonelt utfordret? Den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom og lindre smerte (Travelbee 2007). Sett ut i fra at borderline personlighetsforstyrrelse er en lidelse, er sykepleieres oppgave å lindre pasientens smerte og motivere til å mestre sin sykdom for å opptre profesjonelt.

En kan ut i fra litteraturen se at pasienter med borderline kommer under huden på sykepleiere fordi de bruker forsvarsmekanismer som splitting og projisering. Det kan virke som at et samarbeid mellom sykepleier og pasient kan føre til ubehageligheter. Ubehageligheten sykepleiere føler i relasjon med pasienten kan gjøre det vanskelig i forhold til behandlingen (Treloar 2009). I artikkelen av Border m.fl. (2011) kommer det frem at personalet føler seg hjelpeløse på grunn av pasientens utagering, mens andre ganger føler de frustrasjon fordi pasienten dropper ut av behandlingen. Kunnskap gjennom erfaring med pasienter er rapportert i Treloar (2009) sin artikkel som en måte å kunne forstå pasientenes tankegang. De negative holdningene hos sykepleiere kan antas å komme fra væremåten til pasientene. Det kommer også frem i artikkelen av Treloar (2009) at enkelte sykepleiere mener pasientene er manipulerende og er kaotiske av natur på grunn av forstyrrelsen. Andre mener de viser forståelse i hvordan atferden deres er, der pasienten viser selvdestruktive handlinger hvor sykepleier sier at dette er deres måte å kommunisere på. Ut i fra det Ma m.fl. (2009) sier om negative holdninger kan dette ha negativt utfall i behandlingen, og dermed kan en tro at det her foreligger negative innstillinger hos sykepleierne.

Flere sykepleiere sier det er utfordrende å møte pasientens behov, selv om de ser at det er en gruppe som trenger helsetjenester (Treloar 2009). Hummelvoll (2012) skriver at det ikke er anbefalt lange institusjonsopphold for pasienter med borderline, fordi det gir opphav for fraskrivelse av ansvar, passivitet og de utvikler avhengighet til personalet. Det kan se ut til at dette kan bli utfordrende for både personalet og pasienten. For personalets kan det betraktes som at arbeidet blir uterapeutisk. For pasienten kan det se ut til at de ikke får den

behandlingen de trenger hvis de er innlagt over lengre tid på en psykiatrisk avdeling, fordi det kan virke mot sin hensikt.

Treloar (2009) skriver at helsepersonell er bekymret for at de ikke har nok kunnskap om diagnosen borderline og at det er for lite ressurser å bruke i behandlingen. En løsning de hadde på dette var å bruke få personell på en og en pasient. Dette mente de kunne føre til at det ble lettere å følge opp konsekvente grenser. Kristoffersen og Nortvedt (2011) beskriver at en profesjonell relasjon er bygget på omsorg, hvor sykepleierens utøvelse skal være faglig og moralsk forsvarlig. Det som vil være en interessant betraktning er i hvilken grad en sykepleier er i stand til å opprettholde en profesjonell rolle dersom fokuset skal være å kun forholde seg til en pasient over en lengre periode. Det kan tenkes at den profesjonelle rollen vil være mer tilstede dersom sykepleier har muligheten til å forholde seg til eksempelvis flere pasienter over lengre tid. Ut fra dette kan det tenkes omsorgen ovenfor pasienten blir redusert.

5.4 Pasientperspektiv

Perseius m.fl. (2005) ønsker å få en bedre forståelse av hvordan pasientene tenker, dette mener de er et viktig steg mot å bedre behandlingen. Dette kan anses som nødvendig etter hva Treloar (2009) skriver om at helsepersonell er bekymret for manglende kunnskap om diagnosen borderline. I følge Torgersen m.fl. (2001) er det 0.7% av Oslos befolkning som har fått diagnosen borderline. Ut i fra den lave prosentandelen kan det se ut til at det er vanskelig å rekruttere pasienter til forskning, og det er dermed vanskelig å få tilstrekkelig kunnskap og forståelse om denne pasientgruppen. Dette tatt til betraktning i forhold til hva Borschmann m.fl. (2012) skriver om at pasienten er vanskelig å rekruttere til forskning, har allikevel Perseius m.fl. (2005) klart å rekruttere noen pasienter til deres studie.

I Perseius m.fl. (2005) forteller pasientene at de har ambivalente følelser ved det å leve eller å dø. Dette støttes oppunder ICD-10 kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse, hvor et av dem er at pasienten har "*tendens til selvdestruktiv atferd som selvmordshandlinger og -forsøk*" (Verdens helseorganisasjon 2011, s. 368-369). En kan her se likheter i hva kriteriene faktisk viser og hvordan pasientene i artikkelen skrevet av Perseius m.fl. (2005) beskriver sine egne følelser. I likhet med de øvrige ICD-10 kriteriene, fremgår det videre av undersøkelsen til Perseius m.fl. (2005) at pasientene føler seg hjelpeløse, små, lette offere for impulser og videre at de føler en viss form for avmakt. Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse opplever dermed sykdommen sin, likt som kriteriene som fremgår av ICD-10 kriteriene. Perseius m.fl. (2005) skriver at pasientene har på samme tid en sterk vilje til å forandre seg,

føle kontroll og finne mestringsstrategier. Treloar (2009) skriver at pasientene er kaotisk av natur og det er derfor bortkastet tid å behandle dem. Hvordan kan slike holdninger føre til et godt utfall i behandlingen? Det kan antas at pasienten med sin sterke vilje om forandring blir undervurdert hvis helsepersonell har negative holdninger ovenfor pasientene. I så fall kan det antas at det faktisk er sykepleiernes negative holdninger som bidrar til at pasientene dropper ut av behandlingen.

Perseius m.fl. (2005) forteller at pasientene tar på seg en maske. De bruker denne masken for å fremstå som normal, hvor de viser verdighet og at dette er deres overlevelsesmåte. Ut fra dette kan en anta at bruk av denne masken er deres måte å vise at de ønsker å forandre seg. Dermed kan dette gjenspeiles i hva Ma m.fl. (2009) skriver om at sykepleierne i relasjon med pasienten ser at de skifter fort fra å være harmoniske til kaotiske. Det kan se ut til at pasienten ikke klarer å holde masken over lengre tid.

Videre skriver Perseius m.fl. (2005) at pasientene opplever å ikke bli respektert som et menneske. Travelbee (2010) skriver at en sykepleier skal ha innsikt i det å være et menneske. Her kan en se ulikheter ut i fra hvordan pasientene føler seg behandlet av sykepleierne og hvordan sykepleierne bør opptre ovenfor pasientene i henhold til hva Travelbee (2010) skriver.

På en annen side forteller pasientene i Perseius m.fl. (2005) at personalet hjelper de til å se seg ansvarlig for sitt eget liv og ønske om endring. Dette mener pasientene er nyttig for at behandlingen skal ha en positiv utgang. Vil økt kunnskap om diagnosen borderline gi pasienten et bedre liv? En ser igjen at kunnskap kan være nøkkelen til bedre forståelse ovenfor pasienten. Bruken av empati og medfølelse kan ha stor betydning, med tanke på det Travelbee (2010) skriver om at dette må være til stede for å bruke seg selv terapeutisk i relasjon med pasienten.

5.5 Miljøterapi

Aanderaa (1997) beskriver at miljøterapi er prosesser som skjer i en avdeling mellom pasientene og personalet. I miljøterapien vil det være forskjellige grader av bevisste handlinger fra sykepleier som gjør at de kan bruke miljøet terapeutisk. Begrepet terapeutisk miljø handler om pasientens mulighet for vekst i avdelingen og hos seg selv. Hele avdelingen er med på å påvirke det terapeutiske miljøet, alt fra hvordan rutinene er lagt opp i forhold til måltider og leggetid, til hvordan personalet og pasientene samarbeider. Hvordan avdelingen er innredet kan også ha en betydning. Oeye m.fl. (2009) beskriver hvordan avdelingen er

innredet med tremøbler, grønne planter, keramikk, TV, DVD-spiller, aviser og magasiner, men at det likevel kan avsløres at det er en institusjon ved at det er store korridorer og mangel på personlige eiendeler. Aanderaa (1997) skriver at miljøterapi skal være en arena for læring hvor pasientene skal finne sin posisjon. Man kan tro at personalet, på sin side, ønsker at avdelingen skal være oversiktlig med store korridorer, men at pasientene ønsker et tilnærmet likt sted som hjemmet. Her ser det ut til at det er mange faktorer man må ta hensyn til. Ved at innredningen har et institusjonspreg vil mulig være for at personalet skal ta forhåndsregler med tanke på selvmordsfare. Dette tatt i betraktning i forhold til hva Torgersen (2008) skriver om at selvmordsrisikoen er stor hos disse pasientene.

Aanderaa (1997) nevner fem elementer innunder miljøterapi som må være tilstede: trygging og omsorg, støtte, struktur, engasjement og anerkjennelse. Oeye m.fl. (2009) skriver at rutinene er utformet for å være miljøterapeutisk ved at pasienten tar del i hverdagen. Personalet ser på miljøterapien som et viktig verktøy til rehabilitering av pasienter, slik at de blir rustet for verden utenfor sykehuset. Hver pasient er med på å utarbeide en dagsplan, som personalet går gjennom med dem. Dette skal være til for å hjelpe pasientene med å skape struktur i hverdagen. I tillegg motiverer personalet pasientene til å delta på aktiviteter.

Aanderaa (1997) skriver om elementet trygging og omsorg som skal være en hjelp til å styrke pasientens indre kontroll og opprettholde fysisk velvære. Dette er aktuelt for pasienter som kan være aggressive ovenfor seg selv eller andre, og for de som har selvdestruktive handlinger. I følge Verdens Helseorganisasjon (2011) har pasienter med borderline selvdestruktive handlinger, dermed kan det antas at trygging er et element som fungerer å praktisere på denne pasientgruppen. Aanderaa (1997) skriver videre at hvis sykepleieren viser for mye trygging, kan dette føre til at pasienten blir initiativløs og mister håpet. Dette kan igjen gjenspeiles i det Hummelvoll (2012) sier om ansvarsfraskrivelse under langtidsopphold på en avdeling. Det kan se ut til at korte institusjonsopphold for pasientene kan virke rehabiliterende, fordi de lærer å strukturere livet sitt. De lærer å samarbeide med andre og finne mestringsfølelse. Strand (2009) skriver at prinsippet nærhet og avstand er to ytterpunkter, som det gjelder å finne en balanse mellom. Ut i fra ytterpunktene kan det se ut til at situasjonen får negative utfall om sykepleieren viser for mye trygging og ikke har en balanse mellom prinsippet nærhet og avstand.

Støttefunksjonen har som hensikt å minske angst og fortvilelse. Dette kan sykepleieren gjøre ved å vise fysisk og psykisk støtte (Aanderaa 1997). Oeye m.fl. (2009) skriver at pasientene kan reagere med sinne og frustrasjon hvis de ble bedt om å vente. Fra personalet kom det frem at pasientene kunne oppføre seg som barn og at det ikke stod til forventningene man kunne ha til et voksent menneske. Ut i fra dette kan det betraktes som at støttefunksjonen til sykepleieren spiller en viktig rolle. Dette vises også gjennom det Strand (2009) skriver om kontinuitet og regelmessighet. Sykepleier må vise at de er tilstede, men samtidig passe på at de ikke kommer for nær pasienten med tanke på at de skal holde en terapeutisk rolle. For at dette skal kunne fungere må sykepleier tilby pasienten kontakt, skape tillit, være tålmodig og være tilgjengelig.

Struktur skal være med å skape trygge rammer i miljøet som pasienten befinner seg i. Rammene skal bidra til faste tider og steder, og faste personer å forholde seg til (Aanderaa 1997). Er dette mulig å få til i praksis? Treloar (2009) skriver at det er lettere å følge opp konsekvente grenser dersom det er færre personalet på en og en pasient. Strand (2009) skriver om grensesetting og at dette omhandler å stoppe en uhensiktsmessig atferd. Der en setter grenser vil en ikke stanse pasientens følelser, men atferden. Ved grensesetting vil en hjelpe pasienten i øyeblikket også på lengre sikt. Dette vil kreve at sykepleier har innsikt og kunnskap om grensesetting.

Elementet engasjement og anerkjennelse har som hensikt at pasienten aktivt skal delta sosialt i miljøet, slik at de får mulighet til å samarbeide med andre, samt å styrke egoet. For at pasientene skal kunne utvikle egoet avhenger det av at sykepleieren gir positiv oppmuntring. Gjennom anerkjennelse får pasienten muligheten til å uttrykke egne følelser, samt at sykepleieren tillater pasientens individualitet. Dette gjøres gjennom at sykepleier viser respekt (Aanderaa 1997). Perseius m.fl. (2005) skriver at pasientene følte noen av personalet ikke gav dem respekt og viste forståelse, men på en annen side var de hjelpsomme og lindret smerten deres. Positivitet fra personalets side kan dermed være viktig slik at pasienten føler seg anerkjent. Det vises gjennom både Bodner m.fl. (2011), Ma m.fl. (2009) og Treloar (2009) at pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse er en utfordrende pasientgruppe å forholde seg til. Ut fra dette kan det se ut til at det er krevende for sykepleiere å få med pasienten på sosiale aktiviteter i miljøet for å kunne utvikle egoet til pasienten.

5.6 Kunnskapsutvikling i sykepleie

I arbeidet med litteraturstudien har det blitt oppdaget noen elementer som viser seg å være lite belyst. Behovet for kunnskapsutvikling ser en gjennom resultater i forskningsartikler. Et eksempel på dette ser vi gjennom Treloar (2009) som skriver at deltakerne i studien gir uttrykk for at de har for lite kunnskap om diagnosen. I tillegg skriver Torgersen m.fl. (2001) at forekomsten for diagnosen er liten, mens Borschmann m.fl. (2012) skriver at pasientene er vanskelige å rekruttere til forskning, kan man tro at det er en sammenheng mellom disse punktene. Kunne utfallet vært annerledes om det var lettere å rekruttere pasientene til forskningen?

Mehlum og Jensen (2006) skriver om innleggelse av pasienter med borderline hvor legene som er ansvarlig for innleggelsen kan stå ovenfor en vanskelig avgjørelse. Hvis pasientene blir innlagt vil de kunne trenge beskyttelse fra å skade seg selv og hvis de ikke blir innlagt kan selvmordsrisikoen øke. De skriver videre at sykehusinnleggelse av pasientgruppen er ugunstig og at dagbehandling er et bedre alternativ. Borschmann m.fl. (2012) hadde nylig gjort en studie hvor de ikke fant noen bevis fra tilfeldige artikler for å vurdere effekten av kriseintervensjon av pasientene. De skriver at diagnosen er utbredt og dermed er behovet for kriseintervensjon nødvendig. I følge Torgersen m.fl. (2001) har 0.7% av Oslos befolkning borderline personlighetsforstyrrelse. Ut i fra det Borschmann m.fl. (2012) skriver har de har tatt utgangspunkt i randomiserte studier sammenliknet med Torgersen m.fl. (2001) som har gjort sin studie innenfor et avgrenset område.

Under litteraturstudien har behovet for kunnskapsutvikling blitt tydeligere. Ut i fra dette har to nye problemstillinger dukket opp. Mulige problemstillinger kan være:

Hvordan kan sykepleier forebygge at pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse dropper ut av behandlingen på et psykiatrisk sykehus?

Dette på grunnlag av pasientenes høye tendens til å droppe ut av behandlingen.

Hvordan kan økt kunnskap minske sykepleier negative holdninger til pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse?

Siden det blir kjent gjennom artikkelen av Treloar (2009) at personalet føler de har lite kunnskap om diagnosen, kunne dette vært en interessant problemstilling.

5.7 Forskningsetiske overveielser

Forskning som omhandler mennesker, må godkjennes av en komité for helsefag og medisin på forhånd, og er det eneste området som krever slik godkjenning. Forskningen omfatter innsamling av data fra for eksempel et forskningsprosjekt. Det kan inneholde personopplysninger, behandling eller diagnostikk som kan betraktes som sensitiv informasjon. Helseforskningslover er basert på de etiske prinsippene som er utviklet av Helsinkideklarasjonen. Forskningsetikkens viktigste normer omhandler blant annet at forskeren har ansvar for hver enkelt og vurdere hvilke informanter som passer til undersøkelsen. Er ikke informanten passende for forskningen vil de bli ekskludert fra studien på grunn av et forsiktighetshensyn som blir tatt og vil bli kategorisert som en sårbar gruppe (Ruyter 2009).

En form for etiske retningslinjer er Helsinkideklarasjonen og alle som arbeider med forskning forholder seg til disse (Ruyter 2009). Helsinkideklarasjonen er utarbeidet etter Nürnbergkodeksen (Førde 2009). Siden det tidligere foregikk forskning som pasienter ble tvunget til å være med på, må man i dag ta høyde for at det skal være frivillig for pasientene å delta i forskningen. I Nürnbergkodeksen blir dette vektlagt i stor grad (Ruyter 2009). Skavlid (2009) skriver at Nürnbergkodeksen omhandler forskningsetiske retningslinjer for forskning som angår mennesker.

Aspektene i sykepleie har blitt større ved at sykepleiere stadig må forholde seg til flere arbeidsoppgaver enn tidligere. Sykepleie ytes til både enkeltindivider, dens familie og samfunnet som man befinner seg i. Siden samfunnet stadig er i endring, vil også kravene til sykepleie endres. Sykepleierforskning har etiske retningslinjer som omhandler å respektere menneskers rettigheter når det handler om liv og verdighet. Det handler om at ytelsen av sykepleie ikke skal baseres på deres subjektive handlinger, dette for å unngå diskriminering. Sykepleiere har grunnleggende ansvarsområder som tar sikte på helse, sykdom og lidelse. I sykepleierforskning er ofte fokuset humanistisk, hvor det kan handle om menneskets sårbarhet. Forskerne må ha kunnskap og innsikt om de etiske prinsippene. De grunnleggende etiske prinsipper er et vitenskapsetisk krav som omhandler autonomi, å gjøre godt, ikke gjøre skade og opptre rettferdig (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003).

Som et eksempel har Perseus m.fl. (2005) benyttet kvalitativ metode i sin undersøkelse ved hjelp av intervjuer av pasienter. Forfatterne skriver at hver enkelt pasient ble forklart hva undersøkelsen gikk ut på før de fikk spørsmål om de ville være med i undersøkelsen. Det var

kun én pasient som ikke ønsket å være med, uten at de fikk noen grunn. Siden artikkelen er skrevet i Sverige, er de nok like bundet som Norge til å følge retningslinjene i Helsinkideklarasjonen.

Forskningsetiske overveielser omhandler hvorvidt artiklene og litteraturstudien for øvrig tar høyde for bias, validitet og reliabilitet som beskrevet i metoddelen.

I Perseus m.fl. (2005) kan man se et eksempel på at forfatterne har tatt høyde for tilfeldig bias. En vurdering som bør tas i forhold til intervjuundersøkelsen er at informantens sinnstilstand på den tiden informasjonen ble samlet kan påvirke resultatene. I deres undersøkelse, fant intervjuet sted når de fleste av informantene uttrykte at de følte seg bra. Mesteparten av det biografiske materiale i undersøkelsen har på en annen side blitt utført på tidspunkt hvor informantene ikke har følt seg vel. Derfor vil denne fremstillingen representere et balansert bilde av informantens livssituasjon og lidelser.

Et eksempel på intern validitet er studien skrevet av Ma m.fl. (2009). Forfatterne nevner at informantene var kvinner, og at resultatet kunne vært annerledes om de intervjuet menn. De har gjort en kvalitativ studie som innebærer intervju som innsamlingsmetode. Det omhandler å beskrive og forklare en situasjon eller en sammenheng, der forskeren har kontakt med informanten over lengre tid og er subjektive. Kvalitativ metode kjennetegner at resultatet i undersøkelsen baseres på få informanter og et stort antall faktorer (Olsson og Sörensen 2003).

I metoddelen ble det presentert en detaljert og åpen beskrivelse av fremgangsmåten for funn av artikler i litteraturstudien. Dette er for å synliggjøre at litteraturstudien har blitt gjennomført på en systematisk og oversiktlig måte. Ved å synliggjøre fremgangsmåten for funn av artikler sikres det at objektive holdninger har blitt bruk fremfor egne subjektive holdninger. Dette er for å styrke den interne validiteten (Forsberg og Wengström 2008). I litteraturstudien ble Pubmed og Ovid Nursing Database benyttet. Dette på grunn av god erfaring fra tidligere søkerresultater. Noe ble forsøkt brukt, men ga ingen relevante søkerresultater. Det er tatt høyde for at dette kan ha hatt innvirkning på at studier kan ha blitt ekskludert og det kan ha ført til svakhet i litteraturstudien. Allikevel har bruk av de valgte databasene gitt relevante søkerresultater. Ut i fra dette har det blitt tatt høyde for intern validitet. Selv om bruken av to databaser ga relevante søkerresultater, ser det ut til at litteraturstudien har ekstern validitet. Dette handler om hvorvidt resultatet i oppgaven kan overflyttes til andre lignende formål, som for eksempel sykepleiepraksis (Polit og Beck 2014).

Reliabiliteten tar sikte på at forskeren har brukt forskjellige metoder og kommet frem til det samme resultatet (Forsberg og Wengström 2008), dette vises gjennom artikler skrevet av Treolar (2009), Bodner m.fl. (2011). Treolar (2009) har brukt en kvantitativ metode ved hjelp av et demografisk spørreskjema. Olsson og Sörensen (2003) skriver at dette kjennetegnes ved at forskerne er objektive i forhold til undersøkelsen og at den er basert på flere antall deltakere, men med mindre antall faktorer. Treolar (2009) beskriver at deltakerne i undersøkelsen bekrefter at de føler seg frustrerte, utilstrekkelige og profesjonelt utfordret av pasientene. De ble i tillegg tilbudt å kommentere sine egne erfaringer med å jobbe med pasienter med borderline, hvor de gir uttrykk for at de har for lite kunnskap om diagnosen og at det er for lite ressurser i behandlingen. En annen artikkel skrevet av Bodner m.fl. (2011) bruker de kvalitative metode ved hjelp av intervju. Det kommer frem i studien at sykepleierne som har den daglige kontakten med pasientene, blir frustrerte og utbrent på grunn av konflikter som blir skapt av pasientene. Sykepleiere med mye erfaring i psykiatrien føler det lettere å forholde seg til denne pasientgruppen. Her ser man at forfatterne har benyttet ulike metoder, men kommet frem til samme resultat og reliabiliteten vil dermed være høy.

Når det gjelder kritiske overveielser angående artiklene ser en at artikkelen skrevet av Ma m.fl. (2009) er utarbeidet i Taiwan, hvorvidt dette kan relateres til Norge kan diskuteres på grunn av kulturforskjeller. En ser likevel likheter i forhold til pasientenes atferd og personalets holdninger i både Taiwan og Norge. Derfor anses artikkelen som viktig. Artikkelen skrevet av Oeye m.fl. (2009) er utarbeidet i Norge, det er viktig for litteraturstudien at det belyses hvordan miljøterapi fungerer, fordi det kan praktiseres på ulike måter i andre land og dermed er det muligheter for at det ikke kan relateres til Norge. Artikkelen skrevet av Treolar (2009) er utarbeidet i New Zealand, og hvorvidt denne kan relateres til Norge kan diskuteres. Allikevel ser en at deltakerne sier at pasientene frembringer ubehagelige sider hos personalet noe som kan gjenspeiles i Verdens Helseorganisasjon (2011) sin definisjon gjennom ICD-10 kriterier for å bli diagnostisert. Det ene kriteriet sier noe om at pasienten søker konflikter, en kan ut i fra dette anta at dette skaper ubehageligheter for personalet.

Når Bodner m.fl. (2011) sammenlikner sin egen studie med en artikkel som er skrevet i Israel, kommer de frem til at de kan ha forskjellige syn på pasientene. Dette kan også være relevant for Norge, ved at kulturen kan være annerledes. Allikevel ser det ut til at det er likheter i

resultatene i flere artikler ved at de skriver at det er vanskelig for sykepleiere eller helsepersonell å forholde seg til pasienter med borderline.

6. Konklusjon

Det blir kjent gjennom artikkelen til Perseius m.fl. (2005) at pasientene opplever personalet på to forskjellige måter. På den ene siden viser ikke personale forståelse og er respektløse, mens på den andre siden oppleves de som hjelpsomme og er med på å lindre smerte.

Treloar (2009) skriver at det er flere helsepersonell som føler ubehag ved å jobbe med denne pasientgruppen. De føler frustrasjon, utilstrekkelighet og profesjonelt utfordret. I tillegg er helsepersonellet bekymret for at de ikke har nok kunnskap om diagnosen borderline og at det er for lite ressurser å bruke i behandlingen. Personalet hadde en løsning på problemet, det var å bruke lite personell på en og en pasient. Dette mente de kunne føre til at det blir lettere å følge opp konsekvente grenser. Ma m.fl. (2009) skriver at enkelte sykepleiere trengte emosjonell støtte fra kollegaer. Sykepleiere lærte flere omsorgsstrategier fra erfarne støttespillere og fikk høyere forventinger til kvaliteten i arbeidet. Vanskelige opplevelser ble taklet med støtte fra andre slik at sykepleierne følte seg mindre emosjonelt stresset.

Det blir kjent gjennom litteraturen at det kan være utfordrende for sykepleiere å opprettholde en profesjonell rolle i relasjon med pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse som over tid er innlagt på et psykiatrisk sykehus.

Konklusjonen vil derfor være at sykepleiere vil trenge støttespillere å diskutere og dele sin frustrasjon med, ha færre personale på en og en pasient og få økt kunnskap om diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse.

7. Litteraturliste

Aanderaa, I. (1997) *Pasienten og sykepleieren*. Norge: Ad Notam Gyldendal.

Bateman, A. og P. Fonagy (1999) Effectiveness og Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trail. I: *Am J Psychiatry*, 156 (10), s. 1563-1569.

Berg, J. E. (2007) *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Bodner, E., S. Cohen-Fridel, I. Iancu (2011) Staff attitudes toward pasients with borderline personality disorder. I: *Comprehensive Psychiatry*, 52 (5), s. 548-554.

Borschmann, R., C. Henderson, J. Hogg, R. Philips og P. Moran (2012) Crisis intervensions for people with borderline personality disorder (Review) I: *The Cochrane Library* [online]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009353.pub2/full> (17.04.14)

Brinchmann, B. S. red. (2010) *Etikk I sykepleien*. Oslo: Gyldendal.

Database for Statistikk og høgre utdanning. (2014) *Publiseringskanaler* [online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (08.04.2014)

Evang, A. (2010) *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen akademisk.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Førde, R (2009) *Helsinkideklarasjonen* [online]. De forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (24.04.14)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (14.04.14)

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kringlen, E. (2006) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J og Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 84-133.

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

Mehlum L. og A. I. Jensen (2006) Suicidal adferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126 (22), s. 2946-2949.

Nygren, P. (2004) *Handlingskompetanse - Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nylenna, M. (2012) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Oeye, C., A. K. Bjelland, A. Skorpen og N. Anderssen (2009) Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway. I: *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (3), s. 150-158.

Olsson, H. og S. Sørensen (2003) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (22.04.2014)

Perseus, K. I., S. Ekdahl, M. Åsberg og M. Samuelsson (2005) To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Theos Perceptions of Suffering. I: *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (4), s. 160-168.

Polit, D. F og C. T. Beck (2014) *Essentials of nursing research*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Ruyter, K. W. (2009) *Medisin og helsefag* [online]. De nasjonale forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/> (24.04.14)

Siefert, C. J. (2011) A Goal-Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalization. I: *Psychotherapy*, 49 (4), s. 502-518.

Skavlid, S. (2009) *Nürnbergkodeksen* [online]. De nasjonale forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Nurnbergkodeksen/> (24.04.2014).

Strand, L. (2009) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stringer, B., B. V. Meijel, B. Koekkoek, A. Kerkhof og A. Beekman (2011) Collaborative care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes. I: *BMC Psychiatry*, 11 (102), s. 1-10.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (24.04.14)

Torgersen, S. (2008) *Personlighet og personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torgersen, S., E. Kringlen og V. Cramer (2001) The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. I: *Archives of General Psychiatry*, 58 (6), s. 1-9.

Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2010) *Mellemmenneskelige aspekter i sykepleie*. København: Scandinavian Book a-s.

Treloar, A. J. C. (2009) A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. I: *New Zealand Journal of Psychology*, 38 (2), s. 30-34.

Verdens helseorganisasjon (2011) *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifisering av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Vedlegg 1 – Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1 Inpatient	Ovid	1	11525	Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder
2. Borderline Personality Disorder	Nursing Database	2 3	211 234781	
		1, 2 AND 3	19	
3. Nursing care	Ovid	2	211	"Caring Across Thorns" – Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan
4. Support	Nursing Database	4	154634	
5. Norway		2 AND 4	44	
6. Milieu Therapy	Pubmed	5	4175	Raising Adults as Children? A Report in Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway
7. Relation		6	180	
		5 AND 6	9	
8. Professional	Ovid	2	211	To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering
	Nursing Database	7	11827	
		2 AND 7	8	
	PubMed	2	1853	A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder
		8	62368	
		2 AND 8	49	

Vedlegg 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tidsrom: >2004	Tidsrom <2004
Struktur: IMRaD	Struktur: Ikke IMRaD
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Pasienter med borderline	Pasienter med andre diagnoser
Språk: Engelsk eller norsk	Språk: Andre språk
Innlagt i psykiatrisk institusjon	Innlagt somatisk sykehus etc.
Miljøterapi	Andre behandlingsformer
Sykepleie-/pasientperspektiv	Andre yrkesgruppeperspektiv

Vedlegg 3 – Inkluderte artikler

Tittel	Staff Attitudes to Ward Patients With Borderline Personality Disorder
Land/År	Israel/2011
Forfattere	Ehud Bodner, Sara Cohen-Fridel, Iulian Iancu
Tidsskrift	Comprehensive Psychiatry
Hensikt	Forfatterne ønsker å finne ut hvilke holdninger psykiatere, psykologer og sykepleiere har til pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, og sammenlikne resultatet.
Metode	Undersøkelsen baserer seg på kvantitativ metode ved bruk av spørreskjemaer som deltakerne fyller ut, hvor skjemaene senere ble statistisk analysert. Undersøkelsen inneholdt 47 emner.
Resultat	I resultatet blir det presentert at sykepleiere viser mindre empati ovenfor pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, enn psykiatere og psykologer gjør. Dette kan forsvares med at det er sykepleiere som har den daglige kontakten i avdelingen. Sykepleiere viser generelt mindre empati ovenfor pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, enn det de gjør ovenfor andre pasienter med andre diagnose. De viser også til, at de med mye erfaring fra psykiatrien føler det lettere å forholde seg til denne pasientgruppen.

Tittel	To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering.
Land/År	Sverige/2005
Forfattere	Kent-Inge Perseius, Susanne Ekdahl, Marie Åsberg, Mats Samulesson
Tidsskrift	Comprehensive Psychiatry
Hensikt	Forfatterne ønsket å undersøke livssituasjonen og lidelse hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, og deres oppfatning av omsorgen i psykiatrien. De ønsker også å øke forståelsen av pasientenes tankegang.
Metode	Undersøkelsen er gjort gjennom kvalitativ metode ved bruk av individuelle intervjuer av 10 kvinner mellom 22 og 49 år.
Resultat	Det presenteres tre omfattende temaer som omhandler hvordan pasientene opplever sitt eget liv, i forhold til helse og verdighet, og de beskriver gode og dårlig sider ved omsorgen i psykiatrien når pasienten lider og har drama rundt seg.

Tittel	Caring Across Thorns' – Diffirent care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan
Land/År	Taiwan/2009
Forfattere	Wei-Fen Ma, Fu-Jin Shih Szu-Mei Hsiao, Shaw-Nin Shih, Mark Hayter
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Forfatterne ønsker å utforske hvilke utfordringer Taiwanske sykepleiere har ovenfor pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse i forhold til utfallet av behandlingen.
Metode	Det er brukt et kvalitativt design for å samle og analysere data fra informantenes beskrivelse av deres opplevelse. Totalt 15 sykepleiere ved et psykiatrisk senter i Nord-Taiwan ble intervjuet.
Resultat	Ut fra intervjuene kom det frem fem gjennomgående punkter: 1) Pasientene skifter fra å være harmonisk til kaotiske, 2) sykepleiernes forventninger til positive og negative utfall, 3) praktisere rutiner eller individuell behandling, 4) tilstrekkelig eller utilstrekkelig støtte fra andre kollegaer og 5) forskjeller i utfallene av behandlingen, der sykepleierne enten har tilfredsstillende eller utilfredsstillende erfaringer eller overfladisk forhold med pasientene.

Tittel	Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway
Land/År	Norge/2009
Forfattere	Oeye, Christine, Bielland, Anne Karen, Skorpen, Aina, Anderssen, Norman
Tidsskrift	Issues in Mental Health Nursing
Hensikt	Hensikten med undersøkelsen er å få innsikt i hvordan miljøterapi fungerer i en psykiatrisk avdeling og hvordan den blir oppfattet av personalet og pasienter, ut i fra en større etnografisk studie.
Metode	Undersøkelsen er basert på en større etnografisk studie om miljøterapi, som heter "Daily Life in a Psychiatric Hospital", og en analyse av miljøterapeutisk praksis. Det var 1 sosialantropolog og 3 sykepleiervitenskapere som utførte observasjonene, intervjuene og samtalene.
Resultat	<p>I miljøterapien ble det brukt metaforer fra tradisjonelle familieliv. Personalet ser på pasientene som barn, og der de lager en omsorgsfull atmosfære responderer pasientene med å opptre barnslig.</p> <p>I miljøterapien tilbyr personalet forskjellige aktiviteter som pasienten kan velge i, men samtidig tilbyr de seg å gjøre tjenester for pasientene, som for eksempel å servere de kaffe.</p> <p>Istedenfor å gjøre pasientene til ansvarsfulle voksne og forberede dem på livet utenfor sykehuset, er utfallet heller at de ser på pasienten som barn.</p>

Tittel	A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder
Land/År	New Zealand/ 2009
Forfattere	Amanda J. Commons Treolar
Tidsskrift	Journal of Psychology
Hensikt	Forfatteren ønsker å finne ut 1) hvordan pasienter med borderline frembringer ubehagelige sider hos personalet, 2) hvilke spesifikke karakter ved borderline som bidrar til negativitet i helsesystemet, 3) utilstrekkelighet i forhold til pasientens behov, og 4) teknikker og strategier som er nødvendig for å forbedre tjenester for pasienter med borderline.
Metode	Det benyttes kvantitativ metode ved bruk av demografiske spørreskjemaer, som inkluderer kjønn, hvilken avdeling de jobber på, yrkestittel, om de har gjennomført opplæring i henhold til borderlinediagnosen og til slutt ble de tilbudt å kommentere deres egne erfaringer med å jobbe med pasienter med borderline. Resultatene fra undersøkelsen ble analysert og strukturert i et skjema.
Resultat	Deltagerne bekrefter at de føler seg frustrerte, utilstrekkelige og profesjonelt utfordret. På en annen side, ser de at denne pasientgruppen har behov for helsetjenester. Deltakerne gir også uttrykk for at de har for lite kunnskap om diagnosen og at det er for lite ressurser i behandlingen. Ut fra dette kom det forslag om mindre personalgrupper som tar seg av en og en pasient, og dette vil føre til at det blir lettere å følge opp konsekvente grenser.