



09HBSPLH

SPL 3903 BACHELOR I SYKEPLEIE

**Hvordan kan sykepleier tilrettelegge
for et best mulig terapeutisk miljø for en
pasient med emosjonelt ustabil
personlighetsforstyrrelse?**

FORFATTERE: Ingeborg Bjerke og Silje Bekkemellem

Dato: 07.05.12

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Vår 2012

SAMMENDRAG

Tittel:	Dato: 07.05.12
<u>Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?</u>	
Deltaker(e): <u>Ingeborg Bjerke og Silje Bekkemellem</u>	
Veileder(e): <u>Hege Kletthagen</u>	
Evt. oppdragsgiver: _____	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk) <u>Terapeutisk miljø, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, sykepleier</u>	
Antall ord: 11 909	Antall vedlegg: 3
Publiseringsavtale inngått: nei	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:	
<p>Introduksjon: Bruken av miljøterapi som en terapeutisk tilnærming er utstrakt i psykiatriske avdelinger i de nordiske land (Schjødt og Heinskou 2007, s. 11). Gunderson (1978) har beskrevet ulike miljøvariabler. Behandling og sykepleie til mennesker med personlighetsforstyrrelser er på mange måter utfordrende (Hummelvoll 2004, s. 268).</p> <p>Hensikt: Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?</p> <p>Metode: Systematisk søk etter litteratur i databasene CINAHL, PubMed and Academic Search Elite i mars/april 2012, med søkeordene: Therapeutic milieu, structure, support, patient satisfaction</p> <p>Diskusjon: Sju forskningsartikler ble inkludert. Trygghet ble ansett som en sentral faktor for å gjøre miljøet terapeutisk. Støtte så pasientene som et viktig element, mens de var mer ambivalent i forhold til struktur (Kuosmanen m.fl. 2006). Engasjement og anerkjennelse var terapeutisk for miljøet i varierende grad (Vatne og Hoem 2008, Oeye m.fl. 2009).</p> <p>Nøkkelord: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, terapeutisk miljø, sykepleie</p>	

ABSTRACT

Title:	What can be done to ensure a good therapeutic milieu for a patient with Borderline Personality Disorder?	Date: 7 May 2012
Participants:	Ingeborg Bjerke and Silje Bekkemellem	
Supervisor(s):	Hege Kletthagen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Therapeutic milieu, borderline personality disorder, nursing	
Number of words: 11 909	Number of appendix: 3	Availability : confidential
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Milieu therapy is widely used as a therapeutic approach in psychiatric wards in the Nordic countries (Schjødt og Heinskou 2007, p. 11). This type of therapy is based on five components (Gunderson 1978). Patient with Borderline Personality Disorder have been identified as challenging to care for (Hummelvoll 2004, p. 268).</p> <p>Purpose: What can be done to ensure a good therapeutic milieu for a patient with Borderline Personality Disorder?</p> <p>Methods: CINAHL, PubMed and Academic Search Elite databases were used for systematic literature search in March/ April 2012, Search query: Therapeutic milieu, structure, support, patient satisfaction</p> <p>Discussion: A total of seven studies was included. Containment was seen as a key factor to ensure a therapeutic milieu. Support was important, structure the patient found more ambivalent. (Kuosmanen et. al. 2006). Involvement and validation was varied therapeutic (Vatne and Hoem 2008, Oeye et. al. 2009).</p> <p>Key words: Borderline Personality Disorder, Therapeutic Milieu, nursing</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Beskrivelse av teori.....	6
1.1.2 Joyce Travelbee	6
1.1.3 Sykepleierens terapeutiske funksjon	6
1.1.4 Menneske – til – menneske - forhold	7
1.1.5 Terapeutisk miljø.....	7
1.1.6 Miljøterapi	9
1.1.7 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.....	12
1.1.8 Utfordringer ved opphold i en avdeling	13
1.1.9 Hensikt.....	14
2.0 Metode.....	15
2.1 Metodevalg	15
2.2 Fremgangsmåte i litteratursøk.....	15
2.3 Begrunnelse for valg av litteratur - inklusjon og eksklusjonskriterier.....	16
2.4 Kildekritikk	16
2.5 Forskningsetiske overveielser	17
3.0 Resultater.....	19
3.1 Sykepleierens ulike holdninger og veiledningstilbud ga ulike behandlingsresultat	19
3.2 Pasientenes grad av tilfredshet etter behandling i en avdeling	20
3.3 Pasientenes meninger om hva som var god behandling	21
3.4 Hvordan miljøterapien foregikk på en avdeling	22
3.5 Anerkjennende kommunikasjon	24
3.6 Effekt av miljøterapi som behandlingsmetode	25
4.0 Drøfting	27
4.1 Trygging, omsorg.....	27
4.2 Støtte	28
4.3 Struktur	30
4.4 Engasjement, samhandling	31
4.5 Anerkjennelse, bekreftelse.....	33
4.6 Implikasjoner for sykepleiepraksis	35
4.7 Kritisk vurdering	35
5.0 Konklusjon	37
6.0 Etterord.....	38
7.0 Litteratur.....	39

Vedlegg 1: Inkluderte artikler

Vedlegg 2: Søkeresultat

Vedlegg 3: PICO - skjema

Antall ord: 11 909

1.0 Innledning

Innenfor rammen av et terapeutisk miljø foregår miljøterapi (Aanderaa 1997, s 70). Bruken av miljøterapi som en terapeutisk tilnærming er utstrakt i psykiatriske avdelinger i de nordiske land (Schjødt og Heinskou 2007, s. 11). Miljøterapi innebærer å bruke de mulighetene som miljøet har så det kan bidra til at pasienten kan lære noe om seg selv, andre og om sin egen situasjon (Aanderaa 1997, s. 70). Gunderson (1978) har beskrevet ulike elementer han mente var viktige variabler i miljøterapi. Disse fem miljøvariablene ligger til grunn for oppgavens teoretiske perspektiv. Oppgavens sykepleiefaglige perspektiv relateres til Joyce Travelbee sin teori om de mellommenneskelige aspekter. Miljøterapi omhandler både hvordan avdelingen er organisert, og hvordan interaksjonen er mellom sykepleier og pasient, samt mellom personalet seg imellom i dette miljøet (Aanderaa 1997, 72).

Joyce Travelbee gjør i sin teori rede for sykepleiefagets mellommenneskelige aspekter. Travelbees teori er bygd på en eksistensialistisk filosofi og ser på mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Hennes sykepleiesyn er også preget av en humanistisk filosofi. Travelbee sin teori ble første gang utgitt i 1966, og må forstås med bakgrunn i 60- og 70-tallets rutinepregede og til tider noe lite gjennomtenkte utøvelse av sykepleie (Kirkevold 1998, s. 126). Hennes oppfatning av virkeligheten er fortsatt interessant og relevant i dag, ettersom mange av de ideene hun presenterte har fått stort gjennomslag blant sykepleiere (Kirkevold 1998, s. 123). I følge Travelbee er sykepleiens overordnede mål å hjelpe den syke til å finne mening i situasjonen. Det viktigste redskapet til sykepleieren er da å utvikle et bevisst og nært menneske – til – menneske – forhold (Kirkevold 1998, s. 122).

Menneske - til - menneske - forholdet er all kontakt mellom to mennesker (Travelbee 1999, s. 173). Travelbee betrakter termene sykepleier og pasient som stereotyper, det er ingen pasienter eller sykepleiere. Det som fins er enkeltmennesker med behov for omsorg, og enkeltmennesker som gir assistanse til de som trenger omsorg (Travelbee 1999, s. 17). I oppgaven blir termene allikevel brukt grunnet praktiske hensyn, da det blir lettere å referere til enkeltmennesker som har behov for omsorg, samt enkeltmennesker som gir assistanse. I oppgaven er interaksjonen mellom en sykepleier på en avdeling med miljøterapi som behandlingsmetode, og en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som er innlagt på avdelingen. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse forekommer hos 1,2 % av befolkningen i Norge (Karterud, Wilberg og Urnes 2010, s. 236). Behandling og sykepleie til

mennesker med personlighetsforstyrrelser er utfordrende på flere måter. De har ofte liten motivasjon for behandlingen, og kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet ved selvmordsforsøk, alkohol- og stoffmisbruk eller kriminalitet (Hummelvoll 2004, s. 268). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en sterk tendens til å idealisere eller devaluere andre mennesker (splitting), samtidig som de lett projiserer sine negative følelser over på andre, verbalt eller i form av utagerende atferd. Dette kommer spesielt godt fram i en avdeling, der deres atferd kan gi sterke reaksjoner hos personalet og de andre pasientene (Evang 2010, s. 331).

Ut i fra to sykepleiestudenters ståsted er kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø interessant for framtidig yrkesutøvelse. Grunnen til dette bygges på at flere avdelinger legger behandlingen opp etter miljøterapeutiske prinsipper, og erfaringer fra tidligere praksisperiode. Erfaringsmessig er pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse umodne i sin atferd og aggressive overfor personalet. Ved å gjennomføre denne oppgaven ønsker vi å styrke vårt kunnskapsnivå innenfor denne behandlingsmetoden og diagnosen, så vi er bedre stand til å ta hånd om denne pasientgruppen.

Litteraturstudiet relateres til forskningsområdet ”*Helse i dagliglivet*” fordi et av fokusområdene er ”*Å leve med helsesvikt*” (HIG 2011). Helsesvikten er å ha diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for at miljøet skal være terapeutisk for pasienten.

1.1 Beskrivelse av teori

1.1.2 Joyce Travelbee

Travelbee (1999, s. 29- 31) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor en sykepleier skal hjelpe enkeltpersonen. Støtten som sykepleieren gir kan være direkte eller indirekte. I samspillet mellom sykepleieren og pasienten påvirker de hverandre, det foregår en forandring i alle situasjoner hvor sykepleier er involvert. Sykepleieren antas å kunne tilby den hjelpen pasienten trenger for at en forandring skal være mulig. Et viktig begrep i Travelbees teori er individ. Mennesket er et enestående og uerstattelig individ (Travelbee 1999, s. 54).

1.1.3 Sykepleierens terapeutiske funksjon

Å bruke seg selv terapeutisk er selve kjennetegnet ved en profesjonell sykepleier. Det innebærer at en bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i interaksjonen med pasienten. Hensikten er å fremme en ønsket forandring hos pasienten.

Denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere plagene til pasienten. En forutsetning for å kunne bruke seg selv terapeutisk er at en er oppmerksom på hvordan egen atferd har innvirkning på andre mennesker. En må ha selvinnsett og evne til å vise empati. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk utvikles gjennom flere år, ikke minst gjennom utdanningen. En må ha selvforståelse, samt forståelse av menneskelig atferd. Sykepleieren må ha tenkt nøye gjennom egne verdier og holdninger i forbindelse med sykdom, lidelse og død. En terapeutisk bruk av seg selv er knyttet til fornuft og intelligens. Sykepleieren bruker altså seg selv bevisst i interaksjonen med pasienten (Travelbee 1999, s. 44).

1.1.4 Menneske – til – menneske - forhold

Et menneske - til - menneske - forhold er hovedsaklig en erfaring mellom to mennesker som har betydning for begge parter. Forholdet skal være gjensidig og meningsfylt, både sykepleieren og pasienten har behov som blir oppfylt gjennom forholdet (Travelbee 1999, s. 177). Menneske - til - menneske - forholdet etableres ikke av seg selv, men utvikler seg fra dag til dag i samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren. Grunntanken er at forholdet etableres etter at sykepleieren og pasienten har gått gjennom fire forutgående og sammenhengende faser. De er: Det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, og sympati. Da forholdet har gått gjennom de forutgående fasene oppleves gjensidig forståelse og kontakt, trygghet er et viktig element her. Pasienter bruker mye unødvendige krefter dersom de ikke stoler på sykepleieren og føler seg trygge (Travelbee 1999, s. 215). Menneske – til - menneske - forholdet bygges aldri opp på samme måte, det kan ta kort tid eller det kan ta lengre tid (Travelbee 1999, s.172).

For å kunne etablere et menneske - til - menneske - forhold, er kommunikasjon et redskap som sykepleieren må bruke. Det foregår en påvirkning og motpåvirkning i interaksjonen mellom sykepleieren og den syke. Sykepleieren kommuniserer for å motivere og påvirke syke mennesker og sykepleieren blir på sin side påvirket av pasienten (Travelbee 1999, s. 137-138).

1.1.5 Terapeutisk miljø

En avdeling bygges på ulike oppfatninger om hva som bidrar til psykisk lidelse og hva som bidrar til vekst, utvikling og bedring. Behandlingsopplegget og utformingen av miljøet varierer. I alle avdelinger vil det være grader av bevisst arbeid for å bruke miljøet terapeutisk.

Noen avdelinger vil legge liten vekt på å tematisere og analysere sykepleiernes egne emosjonelle opplevelser. Mens andre avdelinger nettopp vil anvende sykepleiernes egne følelser og tanker rundt det som erfarer i avdelingen, som avgjørende for å forstå pasienten og det som foregår. Avdelingenes oppbygning er også forskjellige med tanke på den vekt som legges på gruppeterapi og gruppeaktiviteter på den ene siden, og individuelle opplegg på den andre siden. Utformingen av avdelingen avhenger av personalets kompetanse og hvilke diagnoser som blir behandlet der (Aanderaa 1997, s. 60).

Terapeutisk miljø er en betegnelse for erkjennelsen av at avdelingen skal være et sted som fremmer vekst for pasientene. Denne veksten skjer ikke bare gjennom individuelle samtaler med sykepleier, sosionom og psykolog, men gjennom hele døgnet. Store deler av døgnet oppholder pasienten seg i avdelingen sammen med andre pasienter og personalet. Måten personalet arbeider, hvordan sykepleieren omgås pasienten på, og hvordan døgnrytmen er bygd opp er av overordnet betydning for pasientens mulighet til å bedre sin situasjon (Aanderaa 1997, s. 61).

I følge Aanderaa (1997, s. 61) hevder Brudal at et terapeutisk miljø skal imøtekomme pasientens behov for tilknytning, men samtidig være en situasjon preget av containing. Avdelingen har et ansvar for å trene pasienten dit hen at han kan klare seg selv og bli livsdyktig utenfor avdelingen. Det er viktig å finne balansen mellom å la pasienten få være, men samtidig oppmuntre til aktivitet. Dersom en avdeling skal kunne utnytte sine terapeutiske muligheter må en bevisst og systematisk tilrettelegge miljøets psykologiske, sosiale og materielle betingelser. Denne tilretteleggingen må tilpasses pasientens behov og situasjon. Det bør være et lite antall pasienter, ikke mer enn femten. Dette gir den enkelte sykepleier mulighet til kontakt og personlig forhold til hver enkelt pasient, samtidig blir avdelingen mer oversiktlig og forutsigbar for pasientene. Avdelingens arkitektur og interiørmessige utforming er av betydning. Estetiske verdier bør vektlegges. Det betyr mye for pasientene og personalet at estetiske kvaliteter vektlegges, at farger og møbler med mer virker stimulerende og trivselskapende. Dette gjelder også renholdet på avdelingen (Aanderaa 1997, s. 60 - 62).

Kjernen i behandlingen til pasienter med psykiske lidelser er å møte dem med en terapeutisk holdning. Elementene i en terapeutisk holdning er å vise respekt for pasienten, interesse, nysgjerrighet og være anerkjennende. Vise ekthet er også et element. Med det menes at en ikke skal være påtvunget forståelsesfull, men på en naturlig måte uttrykke hjelp og omsorg

spontant. En annen side ved den terapeutiske holdningen er at sykepleierens egne private erfaringer og oppfatninger ikke skal komme til syne. Sykepleierens væremåte skal bære preg av å interessere seg og tåle ulikhetene til pasientene. Dersom sykepleierens holdninger og erfaringer i for stor grad uttrykkes kan det ta oppmerksomheten vekk fra pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010, s. 123).

Ulike forhold gjør et miljø terapeutisk ut i fra at et terapeutisk miljø skal fremme forandring og utvikling. Et forhold er at miljøet skal være et sted der relasjonell læring og erfaring kan finne sted. Miljøet skal tilrettelegge for at pasienten skal kunne etablere tilknytninger og relasjoner på et nivå som er optimalt og realistisk for pasienten. Det betyr at omgangen med andre ikke skal være for overfladisk, distant eller formell. På den andre siden skal relasjonen heller ikke være for nær og intens, det kan virke skremmende og gjøre at pasienten trekker seg unna (Schjødt og Heinskou 2007, s. 19).

Trygghet og sikkerhet, både psykisk og fysisk, er andre sentrale faktorer som gjør miljøet terapeutisk. I et tillitsvekkende og trygt miljø er det grunnlag for å etablere tilknytning, sosial kontakt og relasjoner for pasientene og personalet. En psykiatrisk avdeling kan virke belastende for de som jobber der. Dersom miljøet er trygt og åpent for at erfaringer og opplevelser kan deles, samt gir sympati og forståelse tilbake, kan de belastende opplevelsene lettere bæres (Schjødt og Heinskou 2007, s. 20).

1.1.6 Miljøterapi

Miljøterapi betyr å bruke mulighetene i avdelingsmiljøet så det blir et sted der pasienten kan lære noe om seg selv, og om sin plass i miljøet. Miljøterapi lar seg ikke beskrive med få ord. Det betegner de prosesser som skjer i forholdet mellom pasienten og personalet på avdelingen. Forutsetningen for miljøterapi er at alle mulighetene i miljøet brukes dit hen at det kan bli et lærested for pasienten. Miljøterapi handler om organiseringen og administreringen av miljøet, avdelingen som helhet. Det handler også om interaksjonen mellom sykepleier og pasient (Aanderaa 1997, s. 70).

Mange har beskrevet miljøterapi, psykiateren John Gunderson har beskrevet ulike prosesser som han mener det er mulig å gjenkjenne som virkningsfulle variabler i miljøterapi. Han viser til fem funksjonelle variabler som inngår i ulik grad i miljøterapi. Disse variablene er:

1. Trygging, omsorg (Containment)

2. Støtte (Support)
3. Struktur (Structure)
4. Engasjement, samhandling (Involvement)
5. Anerkjennelse, bekreftelse (Validation)

Trygging, støtte og struktur beskriver det Gunderson kaller miljøbehandling. Miljøbehandling skiller seg fra et vanlig miljø ved at situasjonen rundt er tilrettelagt for å hindre at ødeleggende og vonde ting kan skje, og fremme at gode og utviklende ting skjer. Disse variablene trer i kraft når for eksempel en pasient som er ute av stand til å kontrollere destruktive krefter, blir tatt hånd om på en empatisk og betryggende måte. Sykepleieren kan ta pasienten med inn på et eget rom, skjermet fra de andre. Det handler om å gjøre avdelingen til et trygt og forutsigbart sted. Avdelingen skal være et sted der det er mat og tilfredsstillende renhold, varmt, en god seng og estetisk interiør (Aanderaa 1997, s. 72).

Trygging og omsorg handler om å hjelpe pasienten til å opprettholde fysisk velvære og den tyngende følelsen av ikke å ha kontroll over seg selv (Gunderson 1978). Trygging er medvirkende til å hindre aggressiv atferd overfor seg selv og andre. Trygging bidrar til at pasientens indre kontroll blir styrket, får samlet seg og destruktiv tanker avtar. Derimot kan for stor grad av trygging medføre manglende initiativ, isolasjon og passivitet (Aanderaa 1997, s. 73). Støtte er tiltak for å få pasienten til å føle seg mer komfortabel og sikker, eller motsatt for å få pasienten til å føle mindre grad av angst og fortvilelse (Gunderson 1978). Det kan handle om støtte i handlinger på pasientens vei til å bli mer selvstendig. Støtte kan skje ved å gi pasienten oppmuntrende ord. Dersom behandlingen er preget av for stor grad av støtte kan pasientens utilstrekkelighet understrekes og han kan vise manglende evne til å ta eget ansvar. Sykepleierne på sin side, kan få følelsen av at det ikke skjer noe med pasienten, samme hvor mye støtte de gir er det ingen forandring (Aanderaa 1997, s. 73).

Den tredje funksjonsvariabelen er struktur. Struktur skal bidra til at alle sider ved avdelingen har en formålsrettet organisering, med tanke på tid, sted og personer. Strukturen skal bidra til å gjøre miljøet forutsigbart, og at pasienten føler seg forankret i omgivelsene (Gunderson 1978). Strukturen skal ikke endre pasientens forhold til virkeligheten. Hensikten er derimot å lage en forbindelse mellom pasienten og hans omgivelser, slik at han får en sterkere forankring til den fellesmenneskelige virkelighet enn til sine indre objekter. Med det menes større deltakelse i sosiale aktiviteter i stedet for å trekke seg tilbake fysisk og mentalt. Strukturen skal hjelpe pasienten til å tenke over konsekvenser og til å hindre utagerende

atferd. Strukturen i avdelingen kommer til syne ved roller, ansvarsfordeling, orden og døgnrytme. For stor vekt på struktur kan skjule graden av psykisk lidelse hos pasienten. Pasienten kan fungere optimalt innenfor avdelingens fire vegger, men er lite i stand til å takle den mindre forutsigbare verden utenfor (Aanderaa 1997, s. 74).

Engasjement viser til handlinger som bidrar til at pasienten aktivt deltar i sine omgivelser. Målet er å styrke pasientens ego og stimulere evnene til å samhandle med andre. Denne funksjonen retter seg spesielt mot pasientens passivitet og manglende selvstendighet (Gunderson 1978). Sykepleieren skal her bidra til at pasienten får uttrykt sine følelser og sine opplevelser. Det er også viktig å konfrontere pasienten med hans væremåte og hva som er konsekvenser av denne, for så å bidra til at pasienten utvikler gode interaksjoner med andre. For å utvikle handlinger knyttet til engasjement kan en bruke åpne dører, åpne samlinger, deltakelse i miljøaktiviteter og utprøving av selvhevdelse. Engasjement medfører at pasientene blir opptatt av hverandres problemer, personalet blir på sin side opptatt av å tolke det budskapet som ligger underforstått i pasientens symptomer og måten de kommuniserer på. Denne variabelen legger vekt på kommunikasjon, omtale av det som skjer og på samhandling. For stor grad av engasjement kan på sin side føre til at pasienter føler seg invadert, skremt og at de nekter å delta. Det kan også føre til at pasientene blir likeformet i sin væremåte. Kravet om engasjement kan medføre at enkelte av pasientene blir ekskludert fordi de ikke klarer å tilpasse seg. Som følge av den sterke vektleggingen av tolkning av pasientenes symptomer, av både pasientens atferd og sykepleiernes atferd, vil det bli mange personalmøter, mye verbalisering, uoverensstemmelser og til tider tendenser av selvopptatthet (Aanderaa 1997, s. 75 - 76).

Anerkjennelse handler om de prosesser som bekrefter pasientens individualitet. Pasienten tillates gjennom denne funksjonen å uttrykke sin forstyrrelse. Dette foregår ved å legge vekt på individrettet behandling, ved å vise respekt for pasientenes behov for å være alene og ha hemmeligheter. Det handler om å gi pasienten rom for at det er lov å mislykkes og til å oppleve tap. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse vil ha utbytte ved vektlegging av denne variabelen. Anerkjennelse kan hjelpe de til å utvikle større evne til nærhet, samt en sterkere identitetsfølelse (Gunderson 1978). Anerkjennelse krever at sykepleieren aksepterer regresjon og utilstrekkelighet, og at pasientens symptomer er hensiktsmessige uttrykk for hans livssituasjon. Anerkjennelse innebærer sykepleierens evne til empati, til å holde ut usikkerhet og tristhet. Hun må være i stand til å forstå seg selv, ta

signaler i seg selv alvorlig, med evne til å tåle passivitet i seg selv og andre. For stor grad av anerkjennelse kan føre til at pasienter som er passive og ikke-verbaliserende kan føle seg forsømt og forvirret. Sykepleierne kan bli splittet og komme i opposisjon til hverandre (Aanderaa 1997, s. 76).

1.1.7 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Gjennomgående episoder av ustabilitet i mellommenneskelige forhold, selvbilde og affekter, samt en framhevet impulsivitet som begynner i tidlig voksen alder og gir seg til kjenne i mange sammenhenger, er Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders sin definisjon av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Diagnosen er karakterisert ved minst fem av totalt ni kriterier. Det første kriteriet er desperate anstrengelser for å unngå en reell eller innbilt fare for å bli forlatt. Det neste omfatter episoder av ustabile og intense mellommenneskelige forhold som er kjennetegnet av en veksling mellom ekstremer av overidealiserings og devaluering. En identitetsforstyrrelse, samt markert og vedvarende ustabil selvbilde eller følelse av eget selv er det tredje kriteriet. Videre er personen impulsiv på minst to områder som er potensielt selvødeleggende, for eksempel alkohol - eller stoffmisbruk. Det femte kriteriet innebærer gjentatte selvmordsforsøk, trusler eller selvskading. Personen er preget av affektiv ustabilitet på grunn av markert tendens til følelsesmessige reaksjoner, dette inngår i det sjette kriteriet. Det neste kriteriet er kronisk tomhetsfølelse. Åttende kriterium innebærer upassende, intenst sinne eller vansker med å kontrollere sinne, ved for eksempel hyppige raserianfall, konstant sinne og stadige fysiske angrep. Det siste kriteriet er forbigående, stressutløste paranoide tanker eller alvorlige dissosiative symptomer (Torgersen 2008, s 89).

Hverdagen for de med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse preges av ustabilitet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010, s. 270). En person med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse lever ofte et vanskelig liv med mye dramatikk, kriser, samlivsbrudd, farlige episoder og uro. De har en stor selvmordsrisiko, og sjansene for å utvikle avhengighet til et rusmiddel eller alkohol er betydelige (Torgersen 2008, s.91). De er preget av en sterk forstyrrelse i sin identitet. Splitting blir ansett som den viktigste forsvarsmekanismen, det innebærer at deres relasjoner til andre er preget av en svarthvit tenkning. De ser på andre som enten gode eller onde, det er ingen mellomting (Vatne 2006, s. 86).

1.1.8 utfordringer ved opphold i en avdeling

Et opphold i en avdeling er ofte utfordrende både for pasienten og personalet på avdelingen.

De med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har et stort regresjonspotensial som lett stimuleres i en avdeling (Evang 2010, s. 334). Det innebærer at en faller tilbake til et atferdsmønster som var vanlig og virket tilfredsstillende for personens behov på et tidligere utviklingsnivå (Hummelvoll 2004, s. 134). Avdelingsmiljøet stimulerer pasientens fantasi om grenseløs omsorg og behovstilfredsstillelse (Evang 2010, s. 334). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i en avdeling bruker ofte ubevisst projeksjon overfor personalet. Projeksjon betyr at en tillegger andre mennesker uakseptable følelser og impulser som en selv har. Personen vranger da virkeligheten ubevisst (Hummelvoll 2004, s. 475).

Prosjektiv identifikasjon er en mer primitiv utgave av projeksjon. Det er en måte å få kontroll over egne, negative impulser og behov gjennom å plassere dem ut på andre. Positive sider kan også bli projisert. Selv om sider ved en selv er projisert, betyr det ikke at personen er av med de projiserte sidene. Han vil med ulike metoder forsøke å få den andre til å være slik at det samsvarer med innholdet i det som er projisert (Hummelvoll 2004, s. 262). De vil forsøke å påvirke personalet til å handle i samsvar med projeksjonen. For eksempel kan et personal få projisert på seg å være avvisende, fiendtlig og straffende. Pasientene vil da forholde seg overfor dette personalet med en fiendtlig holdning. Et annet personal kan i så måte få projisert på seg en "god" rolle. Overfor dette personalet vil pasienten oppføre seg beundrende og god. Prosjektiv identifikasjon er ikke noe pasienten selv har kjennskap til. Pasienten vil også prøve å kontrollere personalet. Dette kan oppleves belastende og intenst for personalet.

Motoverføring er et annet fenomen i et avdelingsopphold. Motoverføring beskriver de følelsesmessige reaksjoner som ikke stammer fra slik pasienten forholder seg, eller som behandleren får overfor pasienten. Motoverføring har sitt opphav i behandlerens tidligere erfaringer i mellommenneskelige forhold. Dette er en ulempe for behandlingen. For eksempel er pasienten ond, eller er en som har problemer. Noen av personalet ser pasienten som ond, manipulerende og lite samarbeidende. Dette hindrer de i å se pasienten som en som har store vanskeligheter, som er redd og har stort behov for behandling. Tendensen til splittelse i personalet ved behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er viktig å være bevisst. Det kan skje ved at de av personalet som mottar de idealiserte projeksjonene vil reagere med en beskyttelse overfor pasienten. Motsatt vil de som får projisert på seg straffende eller avvisende deler av pasienten ha tendens til å reagere nettopp slik overfor han. Dette fører til en splittelse blant personalet (Evang 2010, s. 337 - 340).

1.1.9 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvordan en kan tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Med tilrettelegging menes ut i fra psykologiske, sosiale og materielle betingelser (Aanderaa 1997, s. 61).

Ut i fra hensikten er følgende problemstilling formulert: “Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”

2.0 Metode

2.1 Metodevalg

Metoden er en litteraturstudie. Det vil si at litteratur er brukt som informasjonskilde for å besvare problemstillingen. All forskning starter med en gjennomgang av litteraturen. En litteraturstudie skal ha en klar framstilling, en tydelig avgrensning, metodevalg og vise til tidligere forskning. Det er viktig å bedømme studiets gyldighet. For at andre skal kunne anvende kunnskapen, må det komme klart fram hvor den er hentet fra. Framgangsmåten og valg underveis i arbeidet må beskrives. Resultatene skal være kontrollerbare og de data som brukes må være reliable og relatert til problemstillingen (Forsberg og Wengstrøm 2003, s. 77). Metoden i litteratursøket baserer seg på Polit og Beck sin modell for et systematisk litteratursøk (Polit og Beck 2010, s. 172).

2.2 Fremgangsmåte i litteratursøk

Litteratursøket ble startet med et generelt søk på den sentrale termen i problemstillingen: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – Borderline personality disorder. Når en søker uten avgrensning i en artikkeldatabase, kommer det opp flere tusen treff som alle kan være potensielle referanser (Bjørk og Solhaug 2008, s. 57). Et søk med termen i CINAHL resulterte i 1155 treff. Et tilsvarende søk i Academic Search Elite ga 1112 treff. For å avgrense søket ble PICO – skjemaet brukt (Vedlegg 3). Avgrensingen i søket ble dermed ut i fra bokstavene PICO: Patient, Intervention, Comparison og Outcome (Vedlegg 3). Under pasient handler det om pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, 20 - 25 år og de er innlagt på en avdeling. Intervensjon handler om hvilke tiltak som vurderes, altså et best mulig terapeutisk miljø. Alternativer er om det finnes andre tiltak som bør vurderes, tradisjonelle tiltak. Det siste, hvilke utfall er interessante, er det betydningen av en terapeutisk relasjon, veiledning, samt andre forhold i tillegg til det som er ansett som terapeutiske miljøvariabler (Gunderson 1978). Ved hjelp av medical subject heading ble mulige søketermer funnet (U.S. National Library of Medicine 2012). Databasene som ble brukt i litteratursøket var Academic Search Elite, PubMed og CINAHL. Tidsrommet for søket ble begrenset til å gjelde fra 2002 – 2012. Etter begrenning av tidsrommet ble søkeresultatet håndterlig (Vedlegg 2). Deretter ble sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning tatt i bruk (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006). Vi kom da fram til de sju artiklene som presenteres i resultatdelen (Vedlegg 1).

2.3 Begrunnelse for valg av litteratur - inklusjon og eksklusjonskriterier

Det første inklusjonskriteriet innebar at de inkluderte artiklene skulle omhandle tilrettelegging av et terapeutisk miljø for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette ble svært begrensende for søkeresultatet. Ingen av artiklene i resultatet fra litteratursøket har tilrettelegging av terapeutisk miljø for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som direkte utfallsmål. Artiklene undersøker pasientens tilfredshet over behandling, både generelt ved psykiske lidelser og ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Enkelte av artiklene skildrer oppbygningen i et terapeutisk miljø, og behandlingseffekten ved denne type behandlingen ut i fra helsepersonells perspektiv. Vi startet med et kriterium at artiklene kun skulle omfatte jenter med denne diagnosen i alderen 20 - 25 år, det ble svært begrensende for søkeresultatet, så artiklene i resultatet omfatter begge kjønn og gjennomsnittsalderen er 30 år. Et annet kriterium var et sykepleiefaglig fokus, alle artiklene er ut i fra helsepersonells eller pasienters ståsted. Tidsbegrensningen for resultatet er 10 år. Resultatet i artiklene er aktuelt i Norge og forenelig med norske forhold. Alle forskningsartiklene er publisert i tidsskrift med fagfellenivå 1 eller 2. Dette forsikrer oss at tidsskriftene er vitenskapelige (Database for statistikk om høgre utdanning 2012).

2.4 Kildekritikk

En primærkilde er en førstehåndskilde. Det kan for eksempel være en forskningsartikkel publisert i et tidsskrift (Bjørk og Solhaug 2008 s. 44). Forskningartiklene i resultatdelen er primærkilder publisert i ulike vitenskaplige tidsskrifter. Tidsskriftene er alle fagfellevurdert på nivå 1 eller 2. Nivå 1 og 2 representerer tidsskrifter som er vurdert til å oppfylle kriterier gitt av Universitets og høgskolerådet. De blir delt inn i to grupper; ordinære vitenskaplige tidsskrifter i nivå 1, mens tidsskrifter med høyest internasjonal prestisje i nivå 2 (Database for statistikk om høgre utdanning 2012). Siden forskningartiklene oppfyller disse kriteriene, har de blitt vurdert av personer med fagkunnskaper på emnet, de er dermed kvalitetssikret. De anses da som valide. Reliabiliteten til forskningartiklene kan betraktes som kildekritikk. Har andre undersøkelser kommet fram til lignende resultater? Resultatene fra litteratursøket viser at flere undersøkelser viser samme resultat. Forskningsartiklene er vurdert etter Nasjonalt kunnskapssenter sine sjekklister som stiller kritiske spørsmål (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006).

Vi har funnet mest utenlandsk forskning på temaet. En kan da være kritisk til resultatenes relevans i Norge. Blant annet en av de inkluderte forskningsartiklene "Caring Across Thorns"

– Different care outcomes for Borderline Personality Disorder patients in Taiwan. Denne artikkelen er skrevet i Taiwan, et land svært forskjellig fra Norge. Artikkelen er publisert i et tidsskrift fra Storbritannia; Journal of Clinical Nursing. Tidsskriftet er rangert til vitenskaplig nivå 2 - altså har det høy internasjonal prestisje. Grunnen til at vi har tatt med denne artikkelen er at den kan være relevant ettersom den er publisert i et tidsskrift fra Storbritannia, et land som ikke er veldig forskjellig fra Norge. Videre undersøker artikkelen ulike behandlingsresultater for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Den har et sykepleiefaglig fokus og viser hvordan sykepleiers holdninger påvirker behandlingsresultatet. Dette finner vi overførbart til vår oppgave ettersom sykepleiers holdninger til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ikke er spesielt for Taiwan. Flere av de andre forskningsartiklene i resultatdelen er også fra andre land enn Norge, vi har allikevel valgt å bruke de ettersom vi finner de relevante for problemstillingen.

Resultatene fra litteratursøket er avgrenset til å gjelde forskning fra de siste 10 årene. Dette for å finne mest mulig ny forskning på temaet. Innenfor vårt tema fins det en del eldre forskning som fortsatt kan betraktes som valid siden den fortsatt blir referert til ved ulike publiseringer. Vi har allikevel valgt kun å konsentrere oss om forskning fra de siste 10 årene i resultatdelen. Ettersom de fleste av forskningsartiklene i resultatdelen er utenlandske og skrevet på engelsk, forutsetter det at våre tolkninger er korrekte, noe vi ikke kan være helt sikre på. Selv ved å lese artiklene flere ganger kan det være ord eller setningsbygging vi har forstått feil.

2.5 Forskningsetiske overveielser

For å gjennomføre fagutvikling og forskning stilles det krav til etisk og juridisk forsvarlighet. Regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK) har som oppgave å redegjøre for etisk forsvarlighet i forskningsprosjekter som skal foregå i Norge, og dermed anbefale/tilråde disse prosjektene. Kravet om å redegjøre for etisk forsvarlighet er nødvendig ved forskning på mennesker. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) skal vurdere juridiske forhold ved fagutvikling og forskningsprosjekter for å beskytte personvernet. Dette for at pasientenes rettigheter skal bli beskyttet, sensitive data ikke komme på avveie og data skal bli anonymisert. Metoden i oppgaven går ut på å bruke tidligere forskning og eksisterende litteratur om terapeutisk miljø og pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Litteraturen skal ligge til grunn for drøftingsdelen, så vi skal komme fram til en konklusjon som besvarer problemstillingen. Metoden innebærer ikke

forskning på mennesker. Den omhandler verken intervjuer eller sensitive opplysninger som skal behandles konfidensielt, da er heller ikke forsvarlig lagring av data nødvendig for å hindre uønsket innsyn. På bakgrunn av dette trenger vi ikke å søke komiteer eller datatjenester for anbefaling eller tillatelse for å skrive oppgaven. (Bjørk og Solhaug 2008, s. 122).

En annen forskningsetisk overveielse som er relevant i oppgaven er i forhold til bruk av tidligere utgitt materiale. Det å referere til kilder er et forskningsetisk og vitenskapelig kvalitetskrav når en skriver en vitenskapelig tekst. I vitenskapelig sammenheng handler referering om å hen vise til kilder ved argumentasjon, begrunnelse og dokumentasjon. I ikke-empirisk forskning refererer en til andres argumentasjon. Oppgaven baserer seg på resultater fra tidligere forskning. For at litteraturstudiet skal tilfredsstillе forskningsetiske krav er det viktig å hen vise til de resultater som er brukt i oppgaven, så det kommer tydelig fram hva som er vårt og hva som ikke er det. Dersom kravet om litteraturhenvisning ikke følges er resultatet en svekket og lite troverdig oppgave, på grunn av liten mulighet for sporing og etterprøving av resultater. Forfatteren(e) får heller ikke den anerkjennelsen de fortjener og vi kan bli beskyldt for plagiat og fusk (Thorseth 2009).

3.0 Resultater

368 originale artikler ble gjennomgått ved hjelp av tittel. 336 ble ekskludert ettersom disse enten ikke var forskningsartikler, ikke var rettet mot pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, psykiske lidelser, eller ikke undersøkte pasientene i en institusjon der miljøterapi var en del av behandlingen. 32 artikler ble etter første gjennomgang vurdert som relevante og gjennomgått i fulltekst. 25 av disse ble ekskludert fordi de ikke beskrev en relevant intervensjon, ikke undersøkte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller ikke var empiriske studier. Referanselistene i det foreløpige utvalget ble gjennomgått, men ingen potensielle artikler ble innhentet. Etter en grundig gjennomlesning i fulltekst med tanke på inkludering i lys av relevans og inklusjonskriterier ble sju artikler inkludert i oppgaven (Vedlegg 1). Litteraturstudiet inkluderte fra 15 til 50, til sammen 90 helsepersonell. Antall inkluderte pasienter varierte fra sju til 316, til sammen 401 pasienter.

3.1 Sykepleiernes ulike holdninger og veiledningstilbud ga ulike behandlingresultat

En undersøkelse gjennomført av Wei-Fen m. fl. (2008) blant Taiwanske sykepleiere hevder at arbeidet med pasienter med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse varierer fra det ene øyeblikket til det andre. Flere sykepleiere har erfart at forholdet til pasienten da de kom til institusjonen var ”rosenrødt”. Pasienten behandlet sykepleieren med respekt og verdighet, men dette varte som regel i kort tid. Etter at pasienten hadde vært noen dager på institusjonen kunne forholdet utvikle seg til å bli et fullstendig kaos, hvor pasienten ble voldelig og viste destruktiv atferd. De erfarte at pasientene hele tiden testet grensene, krenket dem og manipulerte. Denne atferden preget sterkt sykepleieres følelser ovenfor pasientene, og sykepleierens positive forventninger om at behandlingen skulle gå bra endret seg. Enkelte sykepleiere gruet seg til å dra på jobb, de følte sinne overfor pasienten og fant det vanskelig å gi omsorg til pasienten med en riktig holdning. Forventningene som sykepleierne hadde til utfallet av pasientenes behandling, hadde en stor innvirkning på sykepleierens beslutninger til samhandling med pasientene. De sykepleierne som hadde tro på at pasientene med tiden gradvis kunne bli bedre, hadde en holdning som bar preg av tålmodighet, oppmuntring og at deres erfaring og kompetanse ville komme til nytte. De sykepleierne som hadde lav forventning til effekten av behandlingen basert på tidligere erfaringer, bar preg av at det var

unødvendig å bruke så mye tid på denne pasientgruppen. Noen av sykepleierne mente at det var bortkastet bruk av ressurser å hjelpe en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

De sykepleierne som brukte individrettet behandling basert på det som var karakteristisk for deres pasienter og som opptrådte positivt og imøtekommende for pasienten, opplevde at de fikk en positiv respons fra pasientene. I et tilfelle som ble nevnt, fikk pasienten mindre destruktive tanker og følte at sykepleieren virkelig brydde seg om henne. Sykepleieren følte også et økt behov for å lære mer om pasienter med denne diagnosen. De sykepleierne som hadde negative holdninger til behandlingsresultatet, og som ikke fikk støtte fra kollegaene ga kun helt grunnleggende behandling. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten bar preg av å være overfladisk. Ved å holde avstand til pasienten, kunne de lettere holde seg unna konflikter da de fant det lettere håndterbart. De som hadde støtte og mulighet til å be om råd fra andre kollegaer utførte en mer individrettet behandling. De sykepleierne som ga en individrettet behandling, men som ikke fikk støtte av kollegaene, fikk et dårligere behandlingsresultat. Dette sammenlignet med de som ga individrettet behandling og i tillegg hadde støtte fra kollegaene.

Veiledning var betydningsfullt for sykepleierne. Det hadde stor betydning at de fikk anledning til å utveksle felles erfaringer med kollegaer, de følte at de da hadde et bedre utgangspunkt for neste møte med pasienten. De som derimot ikke hadde noen å utveksle erfaringer med følte seg tappet for krefter. En sykepleier uttalte at hun følte seg traumatisert fordi hun brukte så mye tid og energi alene på en pasient som til slutt begikk selvmord (Wei-Fen m. fl 2008).

3.2 Pasientenes grad av tilfredshet etter behandling i en avdeling

En finsk studie undersøkte graden av tilfredshet blant pasienter innlagt på et psykiatrisk sykehus. Tilfredsheten var størst blant de pasientene som hadde hatt en god relasjon til behandleren gjennom oppholdet. De følte at personalet alltid brydde seg om dem og viste sympati. Over halvparten av pasientene var fornøyde med behandlingen de fikk, og framhevet sine kontaktpersoner blant sykepleierne som avgjørende. Derimot var helheten og kontinuiteten i behandlingen preget av større misnøye blant pasientene.

Restriksjonene for hva de kunne gjøre, og hvor de kunne bevege seg skapte misnøye blant pasientene, og var et moment de ikke var fornøyde med. De obligatoriske aktivitetene var også grunnlag for frustrasjon, pasientene mente de kunne vært færre. Graden av betydningsfulle aktiviteter fant pasientene lav. Et fåtall sa de hadde blitt informert om

rettighetene til å klage dersom de ikke fant behandlingen tilfredsstillende (Kuosmanen m.fl. 2006).

3.3 Pasientenes meninger om hva som var god behandling

En svensk studie undersøkte pasienters erfaringer og oppfatninger av behandlingen.

Relasjonen til personalet var viktig, den skulle være preget av kvalitet, forståelse og støtte. De fant det viktig fordi de verdsatte noen å snakke med, så de slapp å føle seg alene. En relasjon bestående av de tidligere nevnte momentene bidro til at pasientene følte seg sett, og at de eksisterte som personer. De var redd for å bli sett på som objekter som skulle vurderes og tolkes. Betydningen av nærhet og avstand i relasjonen til personalet var pasientene uenige om. Enkelte av pasientene ønsket større grad av nærhet i relasjonen til kontaktpersonene i personalgruppen. De ønsket at personalet skulle forstå dem bedre. Noen opplevde at kontaktpersonene var vanskelig å stole på, derfor var det ikke alt de ønsket å fortelle de. På en annen side syntes deltakerne at det var skremmende med en slik nær kontakt med personalet. De kunne heller tenke seg et mer overfladisk forhold enn et nært forhold (Johansson og Eklund 2003).

Pasientene uttrykte at de ønsket både ro og hvile for å kunne bygge seg opp igjen og slippe stress. Samtidig vil de ha framgang i behandlingen. Pasientene var også ambivalente i forhold til krav. De synes det var vanskelig å leve opp til institusjonens krav og forventninger. At alt skulle ha en mening var viktig for pasientene. De ønsket å bli oppfattet som betydningsfulle, og de ønsket å bli forstått. Videre ønsket de tilstrekkelig informasjon om behandlingen og medikamentene de fikk, samt hvilke regler som gjaldt.

Stabilitet og struktur ble oppfattet som viktig med hensyn til behandlingen og personalet. Stabilitet og kontinuitet blant personalet var en viktig faktor som ble nevnt av deltakerne. Pasientene mente det var viktig at det samme personalet var på jobb hele tiden, slik at det ble lettere å ha et nært forhold og bli forstått. At personalet var sikre på seg selv og uttrykte dette gjennom sin væremåte, var viktig. Derfor syntes deltakerne at det var vanskelig med de yngre blant personalet fordi de ikke klarte å åpne seg for dem (Johansson og Eklund 2003).

Plagsomme tanker og følelser preger livet til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hevder Fallon (2003). Hensikten med undersøkelsen var å undersøke pasienter diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse sin opplevelse av behandlingen, for så å kunne tilpasse behandlingen i større grad.

Fortvilelse, håpløshet, depresjon, panikk og aggresjon blir også nevnt. For å unngå disse følelsene utarbeidet de strategier, for eksempel unngåelse av fremmede og å være på offentlige steder. Fallon (2003) hevder at kun to av de totalt sju pasientene i undersøkelsen hadde blitt fortalt av helsepersonell at de hadde diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Til tross for følelsen av stigmatisering og negative holdninger fra andre over å ha denne diagnosen, syntes pasientene det var godt å få vite diagnosen. Det var fordi det hjalp dem å forstå sine følelser og atferd.

Nesten alle pasientene opplevde stigmatisering og negative holdninger inneliggende på avdelinger. Fra de mer erfarne blant personalet opplevde pasientene større grad av positive holdninger. Pasientene verdsatte noen som lyttet til dem, hadde tid og ga emosjonell støtte. Relasjoner til andre ble sett på som veldig viktig. Alle pasientene hadde opplevd positive relasjoner med personalet. En som kunne ta i mot de negative følelsene var viktig i en relasjon. Helsepersonell som var rolige, tålmodige, kunnskapsrike, fleksible, empatiske, interesserte og så dem som mennesker var viktig. Ettersom alle pasientene hadde opplevd negative holdninger, var de følsomme for dømmende holdninger. De blant personalet som var reale, og satte klare grenser uten å være straffende eller dømmende, ble identifisert som personer de kunne stole på.

Pasientene opplevde at avdelingen var raske til å overta da de mistet kontrollen over seg selv. De var ambivalente i forhold til dette, og følte sinne over manglende frihet på grunn av restriksjonene. Samtidig fryktet pasientene å miste kontroll over sine følelser, og deretter skade seg selv eller andre nær dem. De følte større grad av trygghet dersom disse følelsene ble tatt hånd om. Det var både vanskelig og plagsomt for pasientene å holde ut strukturerte former for terapi. Noen syntes det var utfordrende og positivt med gruppeterapi, mens andre syntes det var alt for utfordrende og klarte kun å delta en kort periode.

Flertallet av pasientene syntes den psykiatriske behandlingen hadde bedret seg gjennom årene. Kommunikasjon hadde bedret seg og pasientene erfarte at de ble mer inkludert i behandlingen. De som erfarte at de ble inkludert i behandlingen, følte at de kom videre i systemet (Fallon 2003).

3.4 Hvordan miljøterapien foregikk på en avdeling

Hensikten til denne undersøkelsen fra Norge, var å innhente en innsikt i hvordan miljøterapi utfolder seg på en psykiatrisk avdeling. I denne undersøkelsen understreket personalet at institusjonens organisering av dagliglivet og arbeidet med pasientene, var basert på

miljøterapeutiske tradisjoner og prinsipper. Miljøterapi var til hjelp for å lære pasientene praktiske og sosiale ferdigheter. Det fysiske miljøet ble organisert på en hjemmekoselig måte med tremøbler, potteplanter, bilder, pyntegjenstander, duker og aviser på bordene, TV og DVD-spiller. Miljøet bar likevel preg på å være en institusjon på grunn av mangel på personlige eiendeler, og medisinsk reklame på for eksempel kopper og penner (Oeye m.fl. 2009).

Institusjonen var strukturert rundt hverdagslige aktiviteter. En vanlig dag gikk ut på at personalet vekket pasientene til frokost og gikk gjennom aktivitetene for dagen sammen med dem i et morgenmøte. Aktivitetene kunne være å lage/spise måltider, se på tv, vaske klær, rydde, sy, handle, jobb/skole eller sportsaktiviteter. Pasientene ble også minnet om sine avtaler med leger eller psykologer. De som valgte ikke å delta på aktivitetene, så for eksempel på tv, leste, oppholdt seg på røykerommet eller i stuen. Pasientene spilte også kortspill med andre pasienter eller personalet. Pasientene spiste lunsj og middag sammen på kjøkkenet, vanligvis servert av en eller to av personalene. Personalet forberedte pasientene til å møte samfunnet utenfor avdelingen gjennom ulike aktiviteter. Aktivitetene var for eksempel sportsaktiviteter, håndarbeid, hagearbeid, maling og matlaging. En viktig aktivitet var utvikling av sosiale ferdigheter. De ble utviklet gjennom å gjøre sosiale aktiviteter med personalet og andre pasienter. På kveldene hadde pasientene fritid. Personalet ville vanligvis ikke tvinge eller motivere pasienter til å være med på aktiviteter på kvelden.

Pasientene ble ofte omtalt som ”et skadet barn i nød”. Personalet oppfordret konsekvent pasientene til å utvikle seg selv. De ønsket å gi en omsorgsfull atmosfære, og pasientene selv oppførte seg ofte på en umoden måte. Personalet diskuterte pasientene seg i mellom om de var klare for å bli utskrevet fra avdelingen, for å ta i mot besøk eller å få mer frihet. I samarbeid med hver enkelt pasient, formulerte personalet planer med kortsiktige og langsiktige mål. Oeye m.fl. (2009) hevder pasientene ble fratatt sin formelle autoritet og autonomi ettersom de ikke kunne velge disse målene selv. I stedet for var de basert på avtaler og restriksjoner satt opp av personalet som i en tradisjonell hierarkisk medisinsk sykehus struktur. Det oppstod derfor ofte uenigheter mellom pasientene og personalet. Hvis pasienten reagerte på en måte som var uakseptabel, ble pasientene straffet ved å miste ulike goder som for eksempel å begrense antall sigaretter eller permisjoner.

De ansatte ønsket å etablere en omsorgsfull atmosfære og relasjoner til pasientene. Det gjorde de ved å utnevne en eller to blant personalet til hver enkelt pasient som

"miljøarbeiderkontakt". Disse kontaktene fikk et spesielt ansvar for å aktivisere og bry seg om sin pasient. Miljøarbeiderkontaktene beskrev sin rolle som "containere" og "omsorgspersoner". "Container" ble forklart som en måte å tåle pasientenes atferd og følelser, for eksempel sinne, aggresjon, trusler, uhøflighet, vulgaritet, eller da de nektet å samarbeide. "Omsorgsperson" betydde at de hadde en spesiell rolle i omsorgen for pasienten. Det kunne innebære og vaske pasientenes klær, plukke opp pasientenes personlige eiendeler, serverer dem kaffe eller kjøre dem til sentrum. Til tider kunne personalet gi for mye støtte og hjelp til pasientene. De oppførte seg mer som mødrene deres istedenfor helsepersonell, og gjorde tjenester og andre oppgaver som pasientene kommanderte de til å gjøre. Ble det ikke gjort fort nok, uttrykte pasientene misnøye. En sykepleier kommenterer at de glemmer nesten at pasientene er voksne.

Videre viser undersøkelsen at pasientene veldig ofte ikke oppførte seg i henhold til hva som forventes av en uavhengig, ansvarlig voksen. Ved spørsmål fra personalet kunne pasientene svare med å rope eller protestere på en eller annen måte. Annen oppførsel fra pasientene var smelling med dører eller røyking av sigaretter i røykfrie rom. Ulike strategier ble brukt blant personalet da pasientene viste denne type oppførsel, det for å vise at de ønsket å forstå dem og at de var tålmodige. En pasient ropte stygt til et personal da hun ikke kom med en kopp kaffe fort nok. Personalet på sin side svarte med tålmodig og rolig tone med å gi kaffekoppen til pasienten, og fortelle at de neste gang satte pris på om han hentet den selv. De roste pasientene da de gjorde det på egen hånd. De fortalte pasientene at de var stolte over det de hadde klart. Videre oppmuntret og støttet personalet hverandre for å tåle pasientenes trakasseringer og dårlige oppførsel (Oeye m.fl. 2009).

3.5 Anerkjennende kommunikasjon

Hensikten med undersøkelsen var å utvikle deltakernes ferdigheter i anerkjennende kommunikasjon i relasjonen med pasienten. Deltakerne i undersøkelsen hevdet at anerkjennende kommunikasjon er en mellommenneskelig måte å dele gode og dårlige følelser på en respektfull måte. De så gjensidighet som en viktig faktor i anerkjennende kommunikasjon. Ved å vise gjensidighet kunne både pasienten og personalet framstå som hele personer. Da de startet å fokusere på anerkjennende kommunikasjon gikk de fra å være de som "kjente personen best" til å anerkjenne pasienten til en som visste sitt eget beste. De lærte å ta pasientens meninger mer alvorlig, og å respektere ulikheter blant pasientene. Dette innebar et rollebytte for deltakerne, fra å være eksperter til å la pasienten styre behandlingen. Perspektivet til deltakerne ble endret, de gikk fra å tolke pasientens negative affekter til å

møte pasientene på deres nivå. Slike endringer tar tid, i følge deltakerne innebar endringen en ”avkledning” fra deres side. De gikk fra en distansert profesjonell rolle, til å være selvstendige individer med egne meninger om pasienten og hans behandling. Måten de kommuniserte med pasientene på måtte også endres. De lærte å snakke til pasientene så de åpnet seg, så de hadde mulighet til å reflektere over egne tanker og følelser, og relasjoner med andre. De opplevde en større nærhet til pasienten, et vennskap. De nye situasjonene med pasientene gjorde refleksjonsbegrepet viktigere, de fant egne grenser viktig i møte med pasientene. Refleksjon i grupper ble en måte å utvikle nye tilnærminger til pasientens følelser på. Gjennom å reflektere så de seg selv lettere fra andre synsvinkler, sa en deltaker (Vatne og Hoem 2008).

Deltakerne sa deres måte å kommunisere på endret seg fra å være preget av autoritet til å bli emosjonell lytting. De stilte reflekterte spørsmål og observerte pasientenes emosjonelle uttrykk. Tidligere bedrev de rådgivning til pasientene, deres fokus var på fakta. De ville endre pasientens oppfatninger og atferd i samsvar med sitt profesjonelle syn. Reflekterende kommunikasjon fant de mer meningsfylt, men også vanskelig. Flere av deltakerne opplevde det de kalte ”misforstått anerkjennelse”. Det kunne være vanskelig å vite når du ikke skulle være enig med pasienten, men framstå som en autoritær. Vatne og Hoem (2008) kommer med et eksempel på misforstått anerkjennelse. Det handler om en pasient som er usikker på om han skal bruke sine oppsparte penger til en raftingtur eller spare dem for å kjøpe møbler til sin nye leilighet. Han rådførte seg med sykepleieren som svarte at det var opp til ham selv å bestemme. Pasienten valgte ikke å være med på turen, men han så ikke fornøyd ut med avgjørelsen. Deltakerne reflekterte over denne pasienthistorien for å komme med en annen løsning. De foreslo at sykepleieren skulle gi råd til pasienten, men samtidig gi pasienten mulighet for å komme med egne innspill.

3.6 Effekt av miljøterapi som behandlingsmetode

En svensk undersøkelse gjennomført på en langtidsavdeling for personlighetsforstyrrelser, deriblant emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, viste effekten av miljøterapi. Avdelingen hadde miljøterapi som behandlingsmetode, i tillegg til psykodynamisk psykoterapi. Pasientene og personalet delte hverdagen i institusjonen og gjorde ulike gjøremål sammen. Avdelingen var bemannet på dagtid, men i helger og på kvelder var pasientene overlatt til seg selv. Ambisjonen var å skape et trygt sted, med illusjon til et vanlig hjem med en atmosfære preget av sterke relasjoner. Det skulle være klare roller og struktur. Miljøet på avdelingen skulle ha klare likheter til virkeligheten, med fokus på mellommenneskelig relasjoner. Pasientene ble tilbudt to psykodynamisk psykoterapitimer hver uke. Fokus i

timene var å styrke pasientens ego gjennom å oppmuntre til individualitet. Videre tok alle pasientene del i ukentlig gruppeterapi. Alle hverdager startet med morgenmøte for pasientene og personalet, gjennom dagen hadde de mulighet til å delta på ulike aktiviteter. Pasientene var på avdelingen fra seks til 30 måneder.

Alle pasientene ble vurdert ved utskrivelse og to år etter utskrivelse. Alle viste klar forbedring, og etter to år hadde de fleste beholdt gevinsten fra behandlingen. Noen av pasientene fylte ikke lenger karakteristikken for sin diagnose (Werbart, Forsström og Jeanneau 2012).

4.0 Drøfting

Ut i fra de inkluderte forskningsartiklene drøftes resultatene innenfor Gundersons fem miljøvariabler, samt i lys av Travelbee sin teori. Drøftingen blir belyst med erfaringsbasert kunnskap. Innledningsvis ble følgende problemstillingen presentert: “Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?”

4.1 Trygging, omsorg

Fysisk og psykisk trygghet anses som en sentral faktor for å gjøre miljøet terapeutisk. Dette gjelder for både pasientene og personalet. For pasientene er trygghet et grunnlag for å etablere tilknytninger, sosial kontakt og relasjoner (Schjødt og Heinskou 2007, s. 20). Relasjoner etableres gjennom samhandling mellom to mennesker, et menneske - til - menneske - forhold. Relasjonen etableres etter at sykepleieren og pasienten har gått gjennom fire forutgående og sammenhengende faser: Det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, og sympati (Travelbee 1999, s. 172). Da forholdet har gått gjennom de forutgående fasene oppleves gjensidig forståelse og kontakt, trygghet er et viktig element her. Pasienter bruker mye unødvendige krefter dersom de ikke stoler på sykepleieren og føler seg trygge (Travelbee 1999, s. 215). Kuosmanen m. fl. (2006) kom i sin undersøkelse fram til at graden av tilfredshet over behandlingsopplegget var størst blant de pasientene som hadde en god relasjon til personalet. Gjennom relasjonen følte de at personalet brydde seg og var sympatiske. Dette samsvarer med Johansson og Eklund (2003) som i sin undersøkelse hevder at pasientene som ikke hadde en god relasjon til et av personalene, hadde vanskelig for å stole på sine kontaktpersoner i personalgruppen. Pasientene unnlot da å fortelle dem alt.

I følge Gunderson (1978) omhandler trygging og omsorg å hjelpe pasienten til å opprettholde fysisk velvære og den belastende følelsen av å ikke ha kontroll over seg selv. Trygging er medvirkende til å hindre utagerende atferd overfor seg selv og andre. Trygging bidrar til at pasientens indre kontroll blir styrket, får samlet seg og destruktiv tanker avtar (Aanderaa 1997, s. 73). Fallon (2003) hevder at pasientene i undersøkelsen følte stor grad av trygghet da personalet hjalp dem med å håndtere følelsene de ikke hadde kontroll over.

Som nevnt innledningsvis, er også fysisk trygghet sentralt. Werbart, Forsström og Jeanneau (2012) kom i sin undersøkelse fram til pasientene viste en klar bedring. Behandlingen var basert på miljøterapeutiske prinsipper, der målet var å skape et trygt sted, med illusjon til et

vanlig hjem med en atmosfære preget av sterke relasjoner. Fysisk trygghet beskriver Schjødt og Heinskou (2007, s. 20) som en beskyttelse mot skade i situasjoner med voldelig utagering. Erfaringsmessig kan pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse være utagerende i sin atferd, eksempelvis ved å slå en av personalet. Torgersen (2008, s. 89) beskriver at pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har et upassende, intenst sinn som de kan ha vanskeligheter med å kontrollere. Dette kan komme til uttrykk ved hyppige raserianfall og fysiske angrep. Wei-Fen m.fl. (2008) påstår i sin undersøkelse at pasientens forhold til sykepleieren gikk fra å være lystbetont til at pasienten var voldelig og utagerende mot sykepleieren.

Siden pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan ha ukontrollerte sinneutbrudd med fysiske angrep, mener Schjødt og Heinskou (2007, s. 20) at trygghet og sikkerhet for personalet er nødvendig. Det innebærer sikkerhet mot fysiske angrep og håndtering av voldsomme situasjoner uten at noen blir pådratt skade. I tillegg til fysisk trygghet kan psykiske trygghet mellom personalet gjøre det lettere å utveksle erfaringer og veiledning dem imellom, så utfordringene pasientene gir lettere kan håndteres (Schjødt og Heinskou 2007, s. 20- 21).

I følge Aanderaa (1997, s. 73) hevder Gunderson at for stor grad av trygging og omsorg kan medføre manglende initiativ, isolasjon og passivitet. Omsorg og trygghet bør derfor brukes med forsiktighet overfor pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ved å overta for mye kan det medføre ansvarsfraskrivelse fra pasientens side (Aanderaa 1997, s. 73). Pasientene framtrer ofte som mer hjelpeløse, enn de virkelig er. Da det viktig å appellere til pasientens ansvarsfølelse (Brotkorb 2001). Dette kan belyses med Oeye m.fl. (2009) som hevder at sykepleierne var nær ved å behandle pasientene som yngre enn de var. De fratok pasientene ansvaret med å ta hånd om sine eiendeler, ved for eksempel rydde opp etter dem. Videre hevder Oeye m.fl. (2009) at pasientene ikke hadde en atferd i tråd med sin alder. De oppførte seg umodent, ved at de smelte med dørene og brøt restriksjonene på avdelingen. Regresjon er en atferd som lett stimuleres hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i en avdeling (Evang 2010, s. 334).

4.2 Støtte

Plagsomme tanker og følelser preger livet til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. De beskriver følelser som fortvilelse, håpløshet, depresjon, panikk og aggresjon, hevder Fallon (2003). Relasjoner til personalet var viktig for pasientene,

bearbeiding av de plagsomme tankene og følelsene var det viktigste relasjonen ga dem. Pasientene verdsatte noen som lyttet til dem, hadde tid og ga emosjonell støtte. De blant personalet som var rolige, tålmodige, kunnskapsrike, fleksible, viste empati, interesse og så dem som mennesker, ble verdsatt av pasientene (Fallon 2003). En annen undersøkelse gjennomført av Johansson og Eklund (2003) hevder også betydningen av støtte. Pasientene mente at støtte var et av flere viktige elementer for å bygge opp en relasjon til personalet på avdelingen. Dette begrunnes med at de da følte seg verdsatt og mindre alene. I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010, s. 123) består kjernen i behandlingen av psykiske lidelser av å vise interesse, respekt, være nysgjerrig og anerkjennende. Dette er elementene i en terapeutisk holdning. En forutsetning for å bruke seg selv terapeutisk, innebærer å være oppmerksom på hvordan egen atferd har innflytelse på andre (Travelbee 1999, s. 44). Terapeutisk bruk av seg selv er kjennetegnet ved en profesjonell sykepleier. Det betyr at en bruker sin personlighet bevisst og hensiktsmessig i interaksjonen med pasienten (Travelbee 1999, s. 44).

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor en sykepleier skal hjelpe enkeltpersonen. Støtten som sykepleieren gir i interaksjonen med pasienten kan være direkte eller indirekte (Travelbee 1999, s. 29- 31). I følge Gunderson (1978) innebærer støtte tilrettelegging for å redusere pasientens følelse av angst og fortvilelse. Det kan handle om støtte i handlinger på pasientens vei til å bli mer selvstendig. Støtte kan skje ved å gi pasienten oppmuntrende ord (Aanderaa 1997, s. 73). En undersøkelse gjennomført av Wei-Fen m.fl. (2008) hevder at de sykepleierne som opptrådte positivt og imøtekommende for pasienten fikk positiv respons fra pasientene. En av sykepleierne i undersøkelsen hevder at pasienten fikk mindre grad av destruktive tanker, og følte at sykepleieren virkelig brydde seg.

Støtte kan også være innad i personalet. Oeye m. fl. (2009) beskriver at personalet på en miljøterapeutisk institusjon oppmuntret og støttet hverandre for å tåle pasientenes trakasseringer og dårlige oppførsel. Betydningen av støtte innad i personalgruppen understrekes av andre undersøkelser. En australsk undersøkelse hevder at støtte og veiledning kunne lære sykepleierne hvordan de kunne opptre i interaksjonen med pasientene. Dersom de fikk støtte og veiledning kunne de lære hvordan de skulle håndtere krisesituasjoner, samt gi en generelt bedre behandling til pasientene (Commons Treloar 2009). Wei-Fen (2008) hevder i sin undersøkelse at sykepleiere som ikke fikk støtte og veiledning fra kollegaene, oppnådde et dårligere behandlingsresultat, i motsetning til de som hadde støtte i omgivelsene.

I følge Aanderaa 1997, s. 74) hevder Gunderson at for stor grad av støtte kan ha negativ virkning. Det kan understreke pasientens utilstrekkelighet, samt at de viser manglende evne til å ta eget ansvar. Personalet kan på sin side få inntrykk av at ingenting skjer i pasientens progresjon (Aanderaa 1997, s. 74). En undersøkelse gjennomført av Oeye m. fl. (2009) viser til konsekvenser av for mye støtte til pasientene. Personalet opptrådte mer som mødrene til pasientene, istedenfor en profesjonell rolle. Pasientene kommanderte personalet til å utføre ulike gjøremål. Dersom det ikke skjedde fort nok, kritiserte pasientene de. En sykepleier sa at pasientene oppførte seg umodent. Oeye m.fl. (2009) hevder at for stor grad av støtte og opplagte aktiviteter fra personalet bidro til at pasientene mistet sin autoritet og autonomi. I følge de yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren respektere pasientens rett til selv å foreta valg (Norsk sykepleierforbund 2011). Innen medisinsk etikk kan autonomi oversettes som medbestemmelse. Det kan enten være pasientens rett til å bestemme behandlingsform, eller retten til å nekte behandling. En kan ikke ta autonomi fra et menneske. I følge Slettebø (2009, s. 88) mener Kant at autonomi er grunnleggende i hva som konstituerer mennesket - det å være menneske innebærer å være autonom.

4.3 Struktur

Struktur skal bidra til at alle sider ved avdelingen har en formålsrettet organisering, med tanke på tid, sted og personer. For at miljøet skal være forutsigbart og pasientene skal føle seg forankret i omgivelsene, er struktur viktig (Gunderson 1978). Strukturen skal hjelpe pasienten til å tenke over konsekvenser, og til å hindre utagerende atferd. Ved roller, ansvarsfordeling, orden og døgnrytme kommer strukturen i avdelingen til syne (Aanderaa 1997, s. 74). Miljøet på avdelingen Oeye m.fl. (2009) undersøkte, var basert på miljøterapeutiske tradisjoner og prinsipper. Avdelingen var strukturert rundt dagens ulike gjøremål. Personalet sørget for at dagen ble strukturert ved at de vekte pasientene, serverte måltider til faste tider og igangsatte ulike aktiviteter. Videre minnet de pasientene på avtaler hos leger eller psykologer.

Aktiviteteene gjenspeilte samfunnet utenfor, det kunne være matlaging eller trening i sosiale ferdigheter. På kveldene hadde pasientene fritid. Personalet ville vanligvis ikke tvinge eller motivere pasientene til å være med på aktiviteter på kvelden. Prinsippene i avdelingens struktur kan belyses med egne erfaringer. Erfaringen bygger på praksisperiode i en avdeling der miljøterapi var en del av behandlingen. Dagene på avdelingen var lagt opp som en arbeidsdag, hvor pasientene hadde planlagte gjøremål. Gjøremålene var fastsatt i en ukeplan, det bidro til forutsigbarhet at pasientene visste hva som skulle foregå. Måten dagen var bygd opp på, ga inntrykk av en god rutine for pasientene. De fikk en bedre døgnrytme. Effekten av

miljøterapi som behandlingsmetode kan begrunnes i en undersøkelse gjennomført av Werbart, Forsström og Jeanneau (2012) på en langtidsavdeling der miljøterapi var én av behandlingsmetodene. Avdelingen skulle være strukturert og ha klare roller. De hevder at pasientene viste klar bedring ved utskrivelse, og at enkelte symptomer ble mindre framtrødte hos noen.

Johansson og Eklund (2003) mener i sin undersøkelse at struktur og stabilitet var viktig både i forhold til behandlingen og personalet. Pasientene uttrykte at for å bli forstått og etablere et nært forhold til personalet, var stabilitet i personalgruppen viktig. De ønsket at personalet skulle bestå av de samme personene hele tiden. De samme meningene kommer fram i undersøkelsen til Kuosmanen m. fl. (2006). De hevder at pasientene var misfornøyde over helheten og kontinuiteten i behandlingen. Pasientene uttrykte at det var for mange obligatoriske aktiviteter, de var i tillegg lite tilfredse over aktivitetenes innhold. Johansson og Eklund (2003) påstår at pasientene ønsket ro og hvile under avdelingsoppholdet så de kunne bygge seg opp igjen. Samtidig ville de ha framgang i behandlingen. De fant det vanskelig å leve opp til institusjonens krav og forventninger. Fallon (2003) kom i sin undersøkelse fram til at strukturerte former for terapi opplevdes vanskelig og plagsomt for pasientene. Andre fant det positivt og utfordrende, for noen ble utfordringen for stor.

Restriksjonene for hva de kunne gjøre på avdelingen skapte misnøye blant pasientene, hevder Kuosmanen m. fl. (2006). Det er viktig å finne balansen mellom å la pasienten få være, men samtidig oppmuntre til aktivitet. Dersom en avdeling skal kunne utnytte sine terapeutiske potensialer må en bevisst og systematisk tilrettelegge miljøets psykologiske, sosiale og materielle betingelser. Denne tilretteleggingen må være tilpasset pasientens behov og situasjon (Aanderaa 1997, s. 61). For stor vekt på struktur kan skjule graden av psykisk lidelse hos pasienten. Pasienten kan fungere optimalt innenfor avdelingens fire vegger, men er lite i stand til å takle den mindre forutsigbare verden utenfor (Aanderaa 1997, s. 74).

4.4 Engasjement, samhandling

Engasjement viser til handlinger som bidrar til at pasienten deltar aktivt i sine omgivelser. Intensjonen er å styrke pasientens ego og stimulere evnene til å samhandle med andre. Denne funksjonen retter seg spesielt mot pasientens passivitet og manglende selvstendighet (Gunderson 1978). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har episoder av ustabile og intense mellommenneskelige forhold, som er kjennetegnet av en veksling mellom

ekstremer av overidealiserings og devaluering (Torgersen 2008, s. 89). I følge Evang (2010, s. 238) hevder King-Casa at pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse viste store vansker med å samarbeide med andre. Det foreligger av en undersøkelse der de lot pasientene spille et spill som krevde samarbeid. Sykepleierens oppgave er å bidra til at pasienten får uttrykt sine følelser og sine opplevelser. Det er også viktig å konfrontere pasienten med hans væremåte og hva som er konsekvenser av denne, for så å bidra til at pasienten utvikler gode interaksjoner med andre. Oeye m.fl. (2009) kom i sin undersøkelse fram til at personalet brukte ulike strategier da pasientene viste umoden oppførsel. De konfronterte pasientene med deres oppførsel. En pasient ropte stygt til et personal da hun ikke kom med en kopp kaffe fort nok. Personalet på sin side svarte med tålmodig og rolig tone med å gi kaffekoppen til pasienten, og fortelle at de neste gang satte pris på om han hentet den selv. De roste pasientene da de gjorde noe på egen hånd. De fortalte pasientene at de var stolte over det de hadde klart. I følge Travelbee (1999, s. 29- 31) er sykepleie en mellommenneskelig prosess hvor en sykepleier skal hjelpe enkeltpersonen. I samspillet mellom sykepleieren og pasienten påvirker de hverandre, det foregår en forandring i alle situasjoner hvor sykepleier er involvert. Sykepleieren antas å kunne tilby den hjelpen pasienten trenger for at en forandring skal være mulig.

For å utvikle handlinger knyttet til engasjement kan en bruke åpne dører, åpne samlinger, deltakelse i miljøaktiviteter og utprøving av selvhverdelse. Denne variabelen legger vekt på kommunikasjon, omtale av det som skjer og på samhandling (Anderaa 1997, s.75). Travelbee (1999, s. 137 - 138) hevder kommunikasjon er et verktøy for å kunne etablere et menneske - til - menneske - forhold. I interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten foregår det en gjensidig påvirkning og motpåvirkning. Sykepleieren kommuniserer for å motivere og påvirke pasienten. På sin side blir sykepleieren påvirket av pasienten. Evang (2010, s. 334) beskriver hvilke utfordringer som oppstår for personalet og pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse under et avdelingsopphold. Projeksjon er en utfordring Evang (2010, s. 337) beskriver. De bruker projeksjon overfor personalet. De prøver å påvirke personalet til å handle i samsvar med projeksjonen. Et av personalene kan for eksempel få projisert på seg å være avvisende, fiendtlig og straffende. Da vil pasienten forholde seg overfor dette personalet med en fiendtlig holdning. En annen av personalet kan i så måte få projisert på seg en "god" rolle. Overfor dette personalet vil pasienten oppføre seg beundrende og god.

Engasjement i for stor grad kan være uheldig. Det kan føre til at pasienter føler seg invadert, skremt og at de nekter å delta. Videre kan pasientene bli konform i sin væremåte. Kravet om engasjement kan medføre at enkelte av pasientene blir utstøtt fordi de ikke klarer å finne seg til rette. Ved vektlegging av engasjement blir pasientene fokusert på hverandres problemer. Personalet blir opptatt av å analysere det budskapet som ligger implisitt i symptomene og måten pasientene kommuniserer på (Aanderaa 1997, s. 75). En konsekvens av dette er mange personalmøter, mye verbalisering, uenigheter og av og til tendenser av selvopptatthet (Aanderaa 1997, s. 76).

4.5 Anerkjennelse, bekreftelse

I følge Gunderson (1978) er anerkjennelse de prosesser som bekrefter pasientens individualitet. Gjennom denne variabelen tillates pasienten å uttrykke sin forstyrrelse. Dette kan gjøres ved å vektlegge individrettet behandling og respektere pasientens behov. Det innebærer hans behov for å være alene og ha hemmeligheter. I likhet med Gunderson (1978) påpeker Travelbee i sin teori vektlegging av en individrettet tilnærming. Travelbee ser på mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Selv om alle er forskjellige, har de allikevel de samme grunnleggende behov. Styrken og intensiteten på behovene kan variere. Hvert menneske har en grunnleggende kjerne av individualitet og evne til å være alene (Travelbee 1999, s. 54 - 57). Ved å bruke en individrettet tilnærming overfor pasientene hevder Wei-Fen m.fl. (2008) at sykepleierne fikk en positiv tilbakemelding fra pasientene. De så pasientene ut i fra det som var det unike ved dem.

Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er karakterisert ved en forstyrrelse i personenes identitet, de har et markert og vedvarende ustabil selvilde. Mellommenneskelige forhold er ofte ustabile og intense, og veksler mellom overidealiserings og devaluering (Torgersen 2008, s. 89). De vil derfor ha et utbytte dersom denne variabelen vektlegges. Anerkjennelse kan hjelpe de til å utvikle en større evne til nærhet, samt en sterkere identitetsfølelse (Gunderson 1978). Anerkjennelse forutsetter at sykepleieren aksepterer regresjon og utilstrekkelighet, og at symptomene til pasientene er hensiktsmessige uttrykk for hans livssituasjon. At avdelingen skal være et sted som fremmer utvikling hos pasienten kjennertegner et terapeutisk miljø. Dette skjer ved blant annet gjennom individuelle samtaler med sykepleier (Aanderaa 1997, s. 61).

Johansson og Eklund (2003) kom i sin undersøkelse fram til at pasientene ønsket å bli oppfattet som betydningsfulle, og de ønsket at personalet skulle forstå dem. En tilnærming kan være å møte de med en terapeutisk holdning. En terapeutisk holdning innebærer å vise respekt, interesse, nysgjerrighet og være anerkjennende (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010, s. 123). Å være anerkjennende kan innebære anerkjennende kommunikasjon. Vatne og Hoem (2008) gjennomførte en undersøkelse i den hensikt å utvikle deltakerens ferdigheter i anerkjennende kommunikasjon i relasjon med pasienten. Deltakerne i undersøkelsen mente at anerkjennende kommunikasjon er en mellommenneskelig måte å dele gode og dårlige følelser på en respektfull måte. Gjensidighet var betydningsfullt i utøvelsen av anerkjennende kommunikasjon. Anerkjennende kommunikasjon medførte at deltakerne endret perspektiv. Før var de eksperter, nå ga de rom for at pasientene kunne ytre sine meninger. Tidligere tolket de pasientens negative affekter, nå møtte de dem på deres nivå. Denne endringen tok tid, de lærte seg en ny måte å kommunisere på. Endringen medførte en større nærhet til pasientene, de utviklet det de kalte emosjonell lytting. De stilte reflekterte spørsmål og observerte pasientenes emosjonelle uttrykk. I møtet med pasientene fant personalet refleksjonen viktig. Gjennom refleksjonen så deltakerne seg selv fra andre synsvinkler. Aanderaa (1997, s. 76) understreker at anerkjennelse forutsetter at sykepleieren er i stand til å forstå seg selv og ta signaler i seg selv alvorlig.

Deltakerne i undersøkelsen til Vatne og Hoem (2008) erfarte at anerkjennende kommunikasjon var mer betydningsfullt, samtidig fant de det vanskelig. Flere av deltakerne opplevde det de kalte ”misforstått anerkjennelse”. De uttrykte at det kunne være vanskelig å vite når de ikke skulle være enig med pasienten, men isteden framstå som autoritære. Erfaringsmessig er dette en utfordring. Kari, en fiktiv person som gjenspeiler en erfaring fra praksis ønsket å være med da avdelingen arrangerte en fjelltur. Kari var veldig glad i fjellet og så fram til noen dager utenfor avdelingens fire vegger. Derimot skulle ingen av hennes primærkontakter delta på turen, dette fant Kari vanskelig. Noen dager før pasientene måtte melde seg på turen kom Kari bort til den ene av sine primærkontakter. Hun var usikker på om hun skulle være med ettersom ingen av hennes kontakter skulle være med. Primærkontakten sa dette var noe hun måtte bestemme selv. Kari gikk sin vei med et misfornøyd uttrykk. Hun meldte seg ikke på fjellturen. Dette kan samsvare med pasientsituasjonen som er framstilt i Vatne og Hoem (2008) sin undersøkelse. Deltakerne i undersøkelsen reflekterte over pasientsituasjonen og kom fram til en mulig løsning på problemet. Isteden for å si at pasienten selv skal ta avgjørelsen kan sykepleieren si “ jeg er overrasket, jeg trodde virkelig du ville

delta". Det åpner for at pasienten kan komme med sitt innspill. Sykepleieren kan videre støtte pasienten til å være med selv om ikke primærkontaktene skal være med.

4.6 Implikasjoner for sykepleiepraksis

Selv om litteraturstudiet bygger på et lite utvalg av forskningsartikler, kan resultatet ha relevans for sykepleiepraksis. Drøftingen har belyst ulike forhold som sykepleieren må vektlegge for å tilrettelegge et terapeutisk miljø i lys av Gundersons fem miljøvariabler. Deltakerne i de inkluderte artiklene opplevde at deres holdninger i møte med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ble endret som følge av økte kunnskaper, refleksjon og et støttende kollegialt miljø (Vatne og Hoem 2008, Wei-Fen m.fl. 2008). Dette kan sees overførbart til praksis, dersom en er mer bevisst på hvilke faktorer i miljøet som bidrar til å gjøre det terapeutisk kan det i større grad fremme utvikling for pasienten. Sykepleiere kan ha nytte av å sette seg inn i ulike forhold ved terapeutiske tilnærminger ettersom det er en utbredt behandling i nordiske land (Schjødt og Heinskou 2007, s. 11). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse forekommer hos 1, 2 % av befolkningen i Norge (Karterud, Wilberg og Urnes 2010, s.236). Sykepleiere kan være mer forberedt i møte med denne pasientgruppen ved å tilegne seg mer kunnskap og være bevisst sine holdninger.

Vi håper lesing av denne oppgaven kan bidra til økt interesse om hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø for denne pasientgruppen.

4.7 Kritisk vurdering

Litteraturstudiet er noe begrenset, inkluderte helsepersonell varierte fra 15 til 50, til sammen 90 helsepersonell. Antall inkluderte pasienter varierte fra sju til 316, til sammen 401 pasienter. Andre svakheter med denne litteraturstudien kan være at vi bare har med nyere forskning. Det er mulig at det finnes relevante studier publisert før 2002. I tillegg kan det være en svakhet at utvelgelsen av de inkluderte studiene bare er gjort av to sykepleierstudenter. Ingen av artiklene har tilrettelegging av terapeutisk miljø for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som direkte utfallsmål. Artiklene beskriver pasientens tilfredshet over behandling, både generelt ved psykiske lidelser og ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Noen av artiklene skildrer oppbygningen i et terapeutisk miljø, og behandlingseffekten ved denne type behandlingen ut i fra helsepersonells perspektiv. Vi mener allikevel at artiklene er relevante og troverdige. På bakgrunn av vår praksis på en psykiatrisk institusjon har vi også inntrykk av at resultatene samsvarer med

praksis. Det er en styrke at fleste av de inkluderte artiklene er utført i vestlige land. En annen styrke ved de inkluderte artiklene er at både personalet og pasientenes syn er representert.

5.0 Konklusjon

Tilrettelegging av et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er utfordrende. Sykepleieren må være seg bevisst ulike forhold for hva som gjør miljøet terapeutisk. Litteraturgjennomgangen tyder på at Gundersons miljøvariabler kan vektlegges for å tilrettelegge et best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. De fem miljøvariablene må vektlegges i varierende grad. Dersom de vektlegges i for stor grad, kan det få negative følger. Alle miljøvariablene er relevante for å tilrettelegge et best mulig terapeutisk miljø. Imidlertid framhever Gunderson (1978) anerkjennelse i arbeidet med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Anerkjennelse kan bidra til at de utvikler en større evne til nærhet, samt en sterkere identitetsfølelse. Derimot vektlegger pasientene fra resultatene i forskningsartiklene betydningen av en god relasjon til sykepleieren, at de får respekt og at de blir verdsatt. Sykepleieren må vise empati, være tålmodige, trygge på seg selv, erfarne, ha god tid og positive holdninger. Pasientene mente restriksjoner hadde dårlig effekt på deres behandling, og ønsket mindre av obligatoriske gjøremål. (Fallon 2003, Johansson og Eklund 2003, Kuosmanen m.fl. 2006). Tilgangen til sykepleiefaglig veiledning bidro til et mer terapeutisk miljø (Wei-Fen 2008).

Det vitenskapelige grunnlaget for hvordan sykepleier kan tilrettelegge for et best mulig terapeutisk miljø er svakt. Hovedfokuset i forskningsartiklene er på pasientens tilfredshet over behandling, både generelt ved psykiske lidelser og ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Noen av artiklene skildrer oppbygningen i et terapeutisk miljø, og behandlingseffekten ved denne type behandling ut i fra helsepersonells perspektiv. Ingen av forskningsartiklene fokuserer på hvordan en kan tilrettelegge så miljøet blir terapeutisk for akkurat denne pasientgruppen. Dette bør i større grad vektlegges i framtidig forskning. Gjennom utførelsen av dette litteraturstudiet har vi funnet nye problemstillinger. Det kunne vært interessant å finne ut hvorvidt brukermedvirkning bidrar til et terapeutisk miljø. Videre på hva en avdeling bør vektlegge for at miljøet skal bli terapeutisk, både utforming og hvorvidt sykepleierens følelser og tanker skal uttrykkes.

6.0 Etterord

Gjennom arbeidet mot det endelige resultatet har vi møtt flere utfordringer. Vi fant det først og fremst vanskelig å formulere problemstillingen. Etter diskusjoner oss i mellom og veiledninger, kom vi til slutt fram til den endelige problemstillingen. En annen utfordring var å innhente relevante forskningsartikler. Videre var oppsettet av oppgaven noe forvirrende i forhold til de nye retningslinjene.

Vi startet med å legge opp oppgaven etter Liv Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper. I den videre prosessen gikk vi bort fra dette. Grunnen var lite forskning og litteratur om emnet. Dette var kanskje ikke fordelaktig for vår oppgave, men et valg vi valgte å ta. Vi ser nå at Liv Strand kunne gjort det lettere med tanke på drøftingsdelen og det sykepleiefaglige fokuset. På en annen side fant vi Gundersons miljøvariabler anvendelige da de er rettet mot flere ulike pasientgrupper, i motsetning til de egostyrkende prinsipper som er beregnet for psykotiske pasienter. Samtidig var Gundersons miljøterapeutiske prinsipper framtrede under vår psykiatripraksis.

I løpet av arbeidsprosessen har vi erfart betydningen av godt samarbeid og viktigheten av struktur. Vi ser dette overførbart til sykepleiers travle hverdag der samarbeid og struktur er viktige elementer. Samtidig forutsetter yrkesutøvelsen kunnskapsbasert praksis. Gjennom søkeprosessen har vi tilegnet oss bedre ferdigheter i innhenting av kunnskap. Både hvordan vi kan finne fram til gode søkeord i ulike databaser, samt kritisk vurdere forskningsartikler. Ved å besvare på problemstillingen har vi lært mer om pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og miljøterapi.

7.0 Litteratur

Aanderaa, I (1997) Pasienten og sykepleieren. I: *Kompendium studieenhet 2 - Studieåret 2010/2011*. Høgskolen i Gjøvik - avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Bjørk, I. T og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes AS

Brotkorb, K. (2001) Selvskading og sykepleie - Hvordan kan sykepleie hemme og/eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv? I: *Vård i Norden* [online], 21 (2) URL: <http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?start=30&searchform=simple&rows=10&query=borderline&count=77> (17.04.12)

Commons Treloar, Amanda J. (2009) A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. I: *New Zealand Journal of Psychology* [online], 38 (2) URL: http://www.psychology.org.nz/cms_show_download.php?id=453. (12.04.12)

Database for statistikk om høgre utdanning (2012) *Publiseringskanaler*. [Online] URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (12.04.12)

Evang, A (2010) *Utvikling, personlighet og borderline*. Cappelen Damm AS

Fallon, P (2003) Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [Online] URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=18&sid=5a48e80a-5a58-456c-9d91-4af5517f1feb%40sessionmgr11> (22. 04.12)

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Gunderson, J.G. (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. I: *Psychiatry* 41(nov.). s. 327-335

HIG (2011) *Helse i dagliglivet*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. [Online] URL:
http://www.hig.no/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (03.02.12)

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 1. utg. 2004, 5. oppl. 2010. Oslo: Gyldendal Akademisk

Johansson, H. og M. Eklund (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. I: *Scandinavian journal of caring sciences*. [Online] 17(4): URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=18&sid=9109f46c-e902-4e91-9f49-0a9cab0afe4%40sessionmgr12> (22.04.12)

Karterud, S., Ø. Urnes og T. Wilberg (2010) *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M (1998) *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

Kuosmanen, L. m.fl. (2006) Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. I: *Journal of Advanced Nursing* [Online] 55(6) URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=18&sid=f32cfa0f-e280-41a0-83a2-7c4ca491c470%40sessionmgr14> (23.04.12)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Oslo [online]. URL:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (16.04.12)

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. [online] URL:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (02.05.12)

Oeye, C m. fl. (2009) Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway. I: *Issues in Mental Health Nursing* [Online] 30 (mar.) URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=18&sid=ea9efe2a-e107-4269-8bcd-20779132f8cb%40sessionmgr13> (23.04.12)

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Schjødt, T og T. Heinskou (2007) *Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. København: Hans Reitzels Forlag

Skårderud, E., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykatriboken - Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Thorseth, M. (2009) *Referanser*. [online] URL:

<http://www.etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Referanser/> (01.02.12)

Torgersen, S. (2008) *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

U.S. National Library of Medicine (2012) *Medical subject headings* [online]. URL:

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (16.04.12)

Vatne, S (2006) *Korrigere og anerkjenne - Relasjonens betydning i miljøterapi* Oslo: Gyldendal Akademisk

Vatne, S og E. Hoem (2008) Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care I: *Journal of Advanced Nursing* [online], 61(6) URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=18&sid=48250483-07d8-4519-b0cf-9f921fc751e0%40sessionmgr4> (02.04.12)

Wei-Fen, Ma m.fl (2008) "Caring Across Thorns" – Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. I: *Journal of Clinical Nursing* [online], 18(29) URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=17&sid=03168917-3f48-4023-a9e2-9d2c01dc83fd%40sessionmgr13> (12.04.12)

Werbart, A., D. Forsström og M. Jeanneau (2012) Long-term outcomes of psychodynamic residential treatment for severely disturbed young adults: A naturalistic study at a Swedish therapeutic community I: *Nordic Journal of Psychiatry* [online], 64 (februar) URL: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/08039488.2012.654508> (02.04.12)

Vedlegg 1

Inkluderte artikler

Tittel, Land/år	Forfatter(e)	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Long-term outcomes of psychodynamic residential treatment for severely disturbed young adults: A naturalistic study at a Swedish therapeutic community</p> <p>Sverige 2012</p>	<p>Andrzej Werbart, David Forsström, Madeleine Jeanneau</p>	<p>Nordic Journal of Psychiatry</p> <p>Fagfelleverdert. Vitenskapelig nivå 1</p>	<p>Undersøke den langsiktige effekten av miljøterapi, på en svensk psykiatrisk avdeling, døgnbehandling, med personlighetsforstyrrelser.</p>	<p>Kvalitativ studie, oppfølgingsstudie over 14 år, 56 pasienter i tidsrommet 1994 til 2008. Behandlingseffekten ble vurdert av pasientene selv ved 5 punkt skala (fra ”ikke i det hele tatt” til ”svært mye”). GAF (Global Severity Index) ble vurdert av en psykiatrisk konsulent ved hjelp av intervjuer og personlig kjennskap til pasientene. The Strauss - Carpenter Outcome Scale (SCOS) som består av fire subskalaer ble avkrysset av personalet på en skala 0-4 (varighet av nyttig arbeid, frekvens av sosial kontakter, symptom alvorlighetsgrad, varighet av sykehusinnleggelse for psykiatiske lidelser). Pasientens bedring ble vurdert av de ansatte. Pasientene ble diagnostisert ved innkomst, underveis og etter 2-års oppfølging av en erfaren psykiatrisk konsulent.</p>	<p>De fleste av pasientene hadde en betydelig forbedring fra innkomst til utreise. To år etterpå hadde nesten alle pasientene fortsatt beholdt sine ”terapeutiske gevinster”. Dette viser effekten av terapeutisk miljø for personlighetsforstyrrelser (deriblant emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse).</p>

<p>Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care</p> <p>Norge 2007</p>	<p>Solfrid Vatne, Elisabeth Hoem</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Full fagfellevurdering. Vitenskapelig nivå 2</p>	<p>Utvikle sykepleierens bruk av anerkjennende kommunikasjon i relasjoner med pasienter for å bedre pasientens selvutvikling.</p>	<p>Avdeling med unge pasienter med ulike psykiske lidelser. Artikkelforfatterne deltok i veiledningsgrupper sammen med personalet på avdelingen, 50 stk av personalet. De ble delt i 8 grupper. Forfatterne deltok hver andre uke i en periode på 18 måneder. Personalet forfalte fortellinger fra praksis, hvor så en i hver gruppe ble intervjuet. Fortellingene ble analysert i gruppa med tanke på anerkjennende kommunikasjon.</p>	<p>Kjernekonseptet var anerkjennende kommunikasjon. Deltakerne beskrev sin utviklingsprosess fra å vite hva som var best for pasienten til å verdsette mangfold og reflektere rundt pasientene. Misforstått anerkjennelse forekom.</p>
<p>Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care</p> <p>Sverige 2003</p>	<p>Håkan Johansson, Mona Eklund</p>	<p>Scandinavian journal of caring sciences</p> <p>Fagfellevurdert. Vitenskapelig nivå 1</p>	<p>Målet var å undersøke pasientenes oppfatning av hva som er god psykiatrisk omsorg, og hva de betraktet som viktig i psykisk omsorg.</p>	<p>Kvalitativ metode, intervjuer. Spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva var din viktigste opplevelse av å motta psykiatrisk omsorg? • Hva har dette betydd for deg og ditt liv? • Hva føler du om personalets forståelse av din psykiske tilstand <p>Gjennomført i Sør-Sverige, deler av undersøkelsen foregikk "outpatient", resten "inpatient"</p> <p>Deltakere: 9 pasienter, 8 av dem menn, 22-38 år. Ulike diagnoser bl.a. personlighetsforstyrrelser.</p>	<p>Generelt var inneliggende pasienter fornøyd med behandlingen. De fleste hadde erfaringer fra tidligere innleggelses, og i lys av dem, var det nåværende opplegget bra. Pasientenes oppfatninger av hva som var god omsorg kan oppsummeres i tre hovedkategorier, hvorav en dominerer: eksistensen av og kvaliteten på forholdet til behandleren. Videre var graden av struktur og stabilitet, samt lindrende press.</p>

<p>Patient satisfaction with psychiatric inpatient care</p> <p>Finland 2006</p>	<p>Lauri Kuosmanen, Heli Hätönen, Anna Riitta Jyrkinen, Jouko Katajisto, Maritta Välimäki</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Full fagfelle vurdering. Vitenskapelig nivå 2</p>	<p>Undersøke grad av tilfredshet på et finsk psykiatrisk sykehus, og hva som bidro til at de var tilfredse.</p>	<p>Kvalitativ metode, 313 inneliggende pasienter, spørreskjema: det bestod av fem elementer vedrørende pasientenes bakgrunn (alder, kjønn, varighet av psykiske problemer, tidligere behandlinger og lengde på nåværende opphold) og syv viktigste tilfredshetskomponenter: sykepleier – pasient - forhold, avdelingens atmosfære og fysisk miljø, informasjon, behandlingstiltak, restriksjoner og tvungen omsorg, kvaliteter på behandling(design og behandlingsprogram som helhet).</p>	<p>Samlet var pasientene i studien fornøyd med behandlingen, og uttrykte stor tilfredshet med sykepleier -pasient relasjoner. Imidlertid bør spesiell oppmerksomhet være fokusert på metoder for å bedre pasientenes tilgang til informasjon, og metoder bør utvikles for å minimere bruken av restriksjoner og tvungen omsorg. Pasientenes individuelle egenskaper, for eksempel alder og kjønn, må tas inn i hensyn til når en utvikler en psykiatrisk institusjon. Det er også viktig å øke meningsfylte aktiviteter i løpet av oppholdet.</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway</p> <p>Norge 2009</p>	<p>Christine Oeye, Anne Karen Bjelland, Aina Skorpen, Norman Anderssen</p>	<p>Issues in Mental Health Nursing</p> <p>Fagfelleurdert. Vitenskapelig nivå 1</p>	<p>Undersøke hvordan miljøterapi er utført i en norsk psykiatrisk avdeling, gjennom et etnografisk perspektiv (Etnografi = Læren om de ulike folkeslag).</p>	<p>Undersøkelsen baserer seg på en større etnografisk studie på miljøterapi: "Daily life in a psychiatric hospital: An analysis of milieu therapeutic practices." Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan miljøarbeideres terapeutiske praksis ble gjennomført, samt oppfattet av pasientene og personalet. Etnografisk metode er en metode som benytter deltagende observasjon i kombinasjon med uformelle samtaler og intervju. Personalet på avdelingen (23 stk) og pasientene (12 stk, 18-25 år) ble observert, de deltok i samtaler med dem og ble intervjuet hver for seg.</p>	<p>Et hovedfunn i undersøkelsen var bruken av metaforer fra livet til en tradisjonell kjernefamilie. Pasientene ble ofte forstått som barn og ble lært selvforståelse. De ansatte la vekt på å skape en omsorgsfull atmosfære, pasientene svarte med barnslig oppførsel. Personalet ga pasientene hele tiden trening i selvstendighet, ved å legge opp til ulike aktiviteter. Forfatterne hevder pasientene ble fratatt autonomien.</p>
---	--	--	--	---	---

<p>'Caring across thorns' - different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan</p> <p>Taiwan 2009</p>	<p>Wei-Fen Ma, Fu-Jin Shih, Szu-Mei Hsiao, Shaw-Nin Shih, Mark Hayter</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Full fagfelle vurdering. Vitenskapelig nivå 2</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om de forskjellige sykepleiernes omsorgsmønstre ga forskjell i behandlingsresultatet for pasienter med emosjonelt ustabil personlighets – forstyrrelse.</p>	<p>15 psykiatriske sykepleiere fra et psykiatrisk senter nord i Taiwan</p> <p>Kvalitativ metode, dybdeintervjuer ansikt - til- ansikt.</p>	<p>Behandlingseffekten var størst hos de sykepleiere som hadde positive holdninger til pasienten, fikk støtte og veiledning fra andre kollegaer, og som praktiserte individrette sykepleie.</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services</p> <p>Storbritannia 2002</p>	<p>P. Fallon</p>	<p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Fagfelleurdert. Vitenskapelig nivå 1</p>	<p>Å analysere de opplevde erfaringer av deltakernes kontakt med psykiatrien. Beskrive påvirkningene de ulike tjenestene har hatt på deltakeren som er en bruker av helsetjenestene. Bruke deltakernes perspektiv på helsetjenestene for å diskutere oppfattelse av rolle og funksjon av psykisk helsevern sine bestemmelser til personer med en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.</p>	<p>Ustrukturerte intervjuer ble gjennomført med sju deltakere rekruttert via deres psykiater. Fire var kvinner og tre var menn, fra 25 til 45 år. Intervjuene varte maksimalt en time og fant sted på et sted som deltakerne selv valgte.</p>	<p>Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelser satte pris på sin kontakt med psykiatrien tross negative opplevelser og at de møtte negative holdninger fra ansatte. Relasjoner med andre var avgjørende for å uttrykke sine plagsomme følelser til tross for deres problemer med tillitt til andre. De fleste syntes helsetjenesten hadde bedret seg gjennom årene.</p>
--	------------------	---	--	---	---

Vedlegg 2
Søkeresultat

Søkeord	Framgangsmåte	Kombinasjoner	Antall treff	Forskningsartikkel	Database
1. Borderline personality disorder	Advanced search	1 and 2	23	Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services	CINAHL
2. Structure	Advanced search	3 and 4	6	-	CINAHL
3. Therapeutic environment					
4. Affect					

Søkeord	Framgangsmåte	Kombinasjoner	Antall treff	Forskningsartikkel	Database
1. Borderline personality disorder	Advanced search	1 and 2	69	Caring across thorns” – different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan	Academic Search Elite
2. Support		3 and 4	7	-	Academic Search Elite
3. Conventional care					
4. Structure					

Søkeord	Framgangsmåte	Kombinasjoner	Antall treff	Forskningsartikkel	Database
1. Inpatient	Advanced search	1 and 2 and 3	18	Patient satisfaction with psychiatric inpatient care	PubMed
2. Therapeutic milieu	Advanced search	4 and 5	20	Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway	PubMed
3. Nursing care	Advanced search	2 and 6 and 7	1	Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care	PubMed
4. Norway	Advanced search	1 and 8 and 9	187	Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care	PubMed
5. Milieu therapy	Advanced search	1 and 10 and 11	16	Long-term outcomes of psychodynamic residential treatment for severely disturbed young adults: A naturalistic study at a Swedish therapeutic community	PubMed
6. Communication	Advanced search	3 and 10 and 12	21	-	
7. Validation					
8. Patient satisfaction					
9. Psychiatric care					
10. Personality disorder					
11. Therapeutic community					
12. Therapeutic relationship					

Vedlegg 3

PICO - skjema

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	↑ OR ↓
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Borderline personality disorder Inpatient Personality disorder Norway	Therapeutic milieu Therapeutic community Nursing care Therapeutic environment Milieu therapy	Conventional care Psychiatric care	Therapeutic relationship Communication Structure Support Validation Affect Patient satisfaction	
← AND →				