

FØLELSER PÅ AVVEIE?

Av:

Ane Selma Ovedal

&

Mirjam Wold

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Innlevering: 27. 04. 2011

Høgskolen i Oslo, Avdeling for SU, SAM og HF

Veileder: Professor Per Nerdrum

Forord

Tiden for denne lærerike og krevende prosessen er over og vi ønsker å benytte anledningen til å takke alle som har hjulpet oss på veien.

Takk til sykepleierne som delte sine erfaringer og opplevelser med oss, og som bidro med viktig kunnskap og innsikt om et vanskelig tema. Uten deres deltakelse ville denne studien ikke kunne vært gjennomført.

Videre vil vi rette en stor takk til vår veileder Per Nerdrum som har delt raust av sin tid og kunnskap. Veiledningene har vært svært lærerike og ikke minst oppløftende når skriveprosessen har vært på sitt mest krevende.

Vi vil i tillegg takke Amy Østertun Geirdal for konstruktive tilbakemeldinger i skriveseminarene, men også våre medstudenter og øvrige lærere ved studiet som alle har inspirert oss med sin kunnskap, engasjement, støtte og gode humør. Vi vil også rette en takk til våre to kollegaer som stilte til prøveintervju, og en takk til Kristin Østlie, som bidro med nyttige innspill i forkant av våre intervjuer.

I løpet av de siste 3 årene er det flere rundt oss som har fulgt våre oppturer og nedturer i denne prosessen, og spesielt nevnes vår nærmeste familie og venner. På flere områder har dere støttet, lyttet og forstått. Takk for all korrekturlesing og gode innspill.

Sist, men ikke minst, rettes en kjempe stor takk til våre ektefeller som har vært enormt tålmodige og som har bidratt med den støtten og forståelsen som måtte til for at masteroppgaven skulle kunne gjennomføres.

27. 04. 11

Ane Selma Ovedal og Mirjam Wold

Sammendrag

Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) kan på grunn av sine symptomer, hjelpesøkende atferd og utrygghet i nære relasjoner være en utfordring for helsearbeidere som arbeider med dem. Selv om pasientene med denne forstyrrelsen primært behandles utenfor psykiatriske døgnavdelinger, innlegges mange i akuttpsykiatriske avdelinger ved kriser som ofte har utløst selvdestruktiv eller suicidal atferd. Innen den akuttpsykiatriske behandlingen er pasientene kjent for å utfordre hele det tverrfaglige teamet så vel som den enkelte terapeut, og behandlingen av dem vekker ofte sterke følelsesmessige reaksjoner i terapeutene. Selv om de følelsesmessige utfordringene i møte med pasienter med BPF er rikelig beskrevet i faglitteraturen, har temaet vært mindre gjenstand for forskning. Hensikten med denne studien var derfor å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere opplever og forstår egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med pasientene og hvordan sykehusorganisasjonen tilrettelegger for håndtering av reaksjonene. I denne studien ble problemstillingen primært studert i lys av psykodynamisk teori. Det kvalitative forskningsintervju ble brukt som metode for innhenting av data og syv sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid ble intervjuet på fire forskjellige akuttpsykiatriske enheter. Meningsfortetting ble benyttet som analysemetode.

Resultatene viste at sykepleierne opplevde en overvekt av negative følelser i arbeidet med pasientgruppen og at følelsene er mer intense enn ved andre psykiatriske lidelser. Til tross for videreutdanning i psykisk helsearbeid, manglet sykepleierne både et teoretisk og begrepsmessig rammeverk for å forstå reaksjonene som oppstod. I personalgruppen ble pasientens splitting opplevd som den største følelsesmessige utfordringen. Resultatene viste også at organisasjonenes tilretteleggelser for håndtering av følelsesmessige reaksjoner var mangelfulle med tanke på et tydelig definert fagsyn for arbeidet, systematisert møtestruktur og tydelig innhold og hyppighet i veiledningstilbudet. De mangelfulle rammebetingelsene syntes å gjøre personalgruppene sårbare for splittingsprosesser.

Nøkkelord: Borderline personlighetsforstyrrelse, psykiatrisk sykepleie, følelsesmessige reaksjoner/ motoverføring, klinisk veiledning

Abstract

Patients with borderline personality disorder (BPD) can because of their symptoms, help-seeking behavior and their insecurity in close relations, be challenging for health care professionals who work with them. Though patients with this disorder primarily are treated outside the psychiatric inpatient treatment, many of them are hospitalized in acute psychiatric wards when crises have triggered self-destructive or suicidal behavior. Within the acute psychiatric treatment, patients with BPD are known to challenge the entire interdisciplinary team as well as the individual therapist, and their treatment often evokes strong emotional reactions from therapists. While the emotional challenges are ample described in the literature, the theme has been less subject to research. The purpose of this study was therefore to gain more knowledge about how nurses experience and understand their own emotional reactions when working with these patients, and how the hospital organization facilitates to handle the reactions. In this study, the topic in question was studied in the light of psychodynamic theory. The qualitative research interview was used as a method for collecting data and seven nurses with training in mental health care were interviewed in four acute psychiatric units. Meaning condensation was used as analytical method. The results showed that the nurses experience a preponderance of negative emotions in their work with patients who have BPD and that the emotions were more intense than in work with other psychiatric disorders. Despite the fact that all had training in mental health, they lacked both a theoretical and conceptual framework for understanding the reactions that occurred. The nurses described a number of conflicts to occur in the work group when treating these patients and they experienced the patient's splitting as the biggest emotional challenge in the interdisciplinary team. The results also showed that the hospital organizations arrangements for dealing with emotional reactions were deficient in terms of a clearly defined theoretical understanding for their work, systematized meeting structure and clear content and frequency of clinical supervision.

Keywords: Borderline personality disorder, mental health nursing, emotional reactions/countertransference, clinical supervision

INNHold

1.0	INTRODUKSJON	7
1.1	Studiens hensikt og problemstilling	9
1.2	Forskningsspørsmål	9
2.0	TEORETISK RAMMEVERK	11
2.1	Borderline personlighetsforstyrrelse.....	11
2.2	Psykodynamisk teori.....	11
2.3	Kildekritikk.....	12
3.0	METODE	13
3.1	Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel.....	13
3.2	Planlegging av studien.....	14
3.3	Det kvalitative intervjuet	15
3.4	Deltakere og rekruttering.....	16
3.5	Gjennomføring av intervjuene.....	18
3.6	Transkribering	20
3.7	Analyse	20
3.8	Etiske hensyn.....	22
4.0	HOVEDRESULTATER	25
4.1	Artikkel 1. Sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse.....	25
4.2	Artikkel 2. Organisatoriske betingelser for sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse	26
4.3	Artikkel 3. En følelsesmessig storm: Hvor bringer den oss? – Om det kompleksesamspillet mellom sykepleier og pasient med borderline personlighetsforstyrrelse i akuttpsykiatrisk avdeling.....	27
4.4	Artikkel 4. <i>Muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for god sykepleie og godt samarbeid i arbeidet med pasienter som har borderline personlighetsforstyrrelse</i>	27
5.0	GENERELL DISKUSJON	29
5.1	Metode.....	29
5.2	Resultater.....	30
5.3	Implikasjoner og oppsummering.....	30

5.4 Bakgrunn for valg av artikkelmanus som presentasjonsform	31
REFERANSER.....	

Vedlegg 1. Artikkel nr 1-4

Vedlegg 2. Ansvarsfordeling i samarbeidet

1.0 INTRODUKSJON

De relasjonelle utfordringene som helsearbeidere møter i behandlingen av pasienter som har diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er kjent for å være store, og rikelig med litteratur har problematisert at denne gruppen er utsatt for betydelige negative stereotype holdninger i helsevesenet. BPF faller inn under gruppen av alvorlige personlighetsforstyrrelser og er preget av følelsesmessig ustabilitet, dårlig impuls kontroll, selvdestruktiv adferd og usikkerhet knyttet til identitet (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003) og pasientgruppen har økt risiko for å begå selvmord (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Mange pasienter med BPF er på grunn av sine symptomer og hjelpesøkende atferd storforbrukere av helsevesen, sosialomsorg og trygdesystem og utgjør en utfordring for samhandling mellom de ulike tjenestene (St.meld. nr. 25 (1996-97)). I kliniske populasjoner er forekomsten av BPF omtrent tjue ganger så vanlig som i befolkningen forøvrig (Torgersen, 2008) og i Stortingsmelding 25 (1996-1997) presiseres det at behandlingen vil være svært krevende, og stiller store krav til behandlernes kompetanse, fleksibilitet og samarbeidsevne. Ved akuttpsykiatriske avdelinger innlegges pasienten vanligvis i forbindelse med kriser som har utløst alvorlig selvdestruktiv adferd. Utfordringene personalet møter i sykehusavdelinger er ofte knyttet til samarbeidsproblemer i det tverrfaglige teamet, terapeutenes egne følelsesmessige reaksjoner, så vel som pasientenes ustabile og impulsive karaktertrekk (Gabbard, 2005). De følelsesmessige reaksjonene, grunnet deres intensitet og karakter, forstås ofte som motoverføringsreaksjoner i forbindelse med pasientens bruk av primitive forsvarsmekanismer (Lorentzen, 2009). Betydningen av å kunne gjenkjenne og arbeide med følelsesmessige reaksjoner er vektlagt ikke bare innenfor psykoterapi, men også i miljøterapi (Gabbard, 2005; Gabbard & Wilkinson, 1996; Lorentzen, 2009). Den økende interessen for terapeuters følelsesmessige reaksjoner i relasjon til pasienter kommer blant annet av forskning innen psykoterapi som tilsier at behandlingsutfall i stor grad kan tilskrives kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient (Statens helsetilsyn, 2001). Selv om dette forholdet først og fremst er undersøkt innen individuell psykoterapi med pasienter som har lettere psykiske lidelser, er det grunn til å anta at kvaliteten på relasjonen er vel så viktig i all terapeutisk arbeid med pasienter (Rønnestad & Lippe, 2011; Statens helsetilsyn, 2001). Samtidig er det i senere tid gjort en rekke undersøkelser som viser at pasienter opplever relasjonen med personalet som den

viktigste faktoren i sykehusbehandlingen (Røssberg, 2008). God relasjonell kompetanse anses derfor i dag som viktig innen alle ledd i psykisk helsearbeid (Statens helsetilsyn, 2001).

Følelsesmessige reaksjoner i terapeutiske relasjoner med pasienter som har BPF er rikelig beskrevet i faglitteratur, men har vært lite gjenstand for forskning. Innen individuell psykoterapi fant Bourke og Grenyer (2010) at leger og psykologers emosjonelle responser tenderte å være betydelig mer negative ovenfor pasienter med BPF, enn ved pasienter med alvorlig depressiv lidelse, og at de var mindre fornøyd med sin terapeutiske rolle i forhold til BPF. Rossberg, Karterud, Pedersen, og Friis (2007) gjorde en studie av motoverføringsreaksjoner hos psykoterapeuter i arbeidet med personlighetsforstyrrelser innen dagbehandling. Resultatene viste at pasientene i cluster A og B, som hovedsakelig var pasienter med BPF, vekket mer negative enn positive motoverføringsreaksjoner, og at det var en sterk korrelasjon mellom pasientens bedring og terapeutens motoverføringsreaksjoner. Innen akuttpsykiatri utgjør sykepleiere en stor faggruppe, og er av de som tilbringer størst andel tid med pasientene. Internasjonalt er det gjort en rekke studier om sykepleieres holdninger til pasienter med BPF. Studiene viser at negative holdninger ovenfor denne pasientgruppen er utbredt blant psykiatriske sykepleiere i akuttpsykiatri, og at sykepleiere opplever en overvekt av negative følelser i arbeidet med dem (Westwood & Baker, 2010). Enkelte av studiene har også vist at sykepleiere tenderer å respondere mindre empatisk ovenfor pasienter med BPF enn pasienter med andre psykiatriske lidelser (Forsyth, 2007; Fraser & Gallop, 1993). De fleste av studiene om sykepleiernes holdninger innen akuttpsykiatri er kvantitative av natur, og påpeker behovet for flere kvalitative studier for å bedre forstå de psykologiske mekanismene som kan ligge til grunn for holdningene (James & Cowman, 2007; Markham, 2003; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Samtlige av studiene påpeker imidlertid at sykepleiernes negative holdninger synes å være påvirket av manglende kunnskaper om BPF, og at organisatoriske tilretteleggelser som tilbud om veiledning og ferdighetstrening, ikke er tilstrekkelig (Westwood & Baker, 2010). Selv om flere av studiene har noen metodiske svakheter knyttet til et lavt antall respondenter, synes tendensene bekymringsfulle, spesielt med tanke på at sykepleiere ofte utgjør den største faggruppen innen det tverrfaglige teamet i akuttpsykiatri (Kerr, Dent-Brown, & Parry, 2007). Den terapeutiske relasjonen mellom pasienter og personalet anses som et av de viktigste kvalitetsmål i helsetjenesten, og dårlige terapeutiske relasjoner kan i følge Røssberg (2008) få alvorlige negative konsekvenser for behandlingen.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Vår interesse for teamet kommer på bakgrunn av egne erfaringer som sykepleiere i akuttpsykiatri. Erfaringene tilsier at vi som sykepleiere har manglende kunnskaper om pasientgruppens personlighetspatologi, og at vi har et lite utviklet begrepsmessig verktøy for å forstå og reflektere over egne følelsesmessige reaksjoner som oppstår i relasjonen. Som en følge blir problemer i relasjonen ofte tillagt pasienten, heller enn refleksjon rundt eventuelle egne følelser og bidrag som kan ha ført til problemene. Erfaringen tilsier også at det er stor variasjon i hvordan det tverrfaglige teamet håndterer de følelsesmessige utfordringene og konfliktene i arbeidet med denne pasientgruppen, samt hvordan organisasjonen tilrettelegger for å kunne håndtere utfordringene som oppstår. Så langt vi vet, foreligger det ingen norske studier på hvordan sykepleiere opplever og forstår egne følelsesmessige reaksjoner i relasjon til BPF, og hvordan organisasjonen tilrettelegger for dette arbeidet. Selv om det er sannsynlig at de internasjonale tendensene også forekommer her, kan potensielle kulturelle, organisatoriske og ideologiske forhold være forskjellige, og de internasjonale funnene er derfor ikke direkte overførbare (Friis & Vaglum, 1999). Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan sykepleiere i akuttpsykiatri opplever og forstår egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPF, både individuelt og i lys av organisatoriske tilrettelegger. Økt kunnskap om sykepleiernes opplevelse og refleksjoner over egne følelsesmessige reaksjoner i sitt daglige arbeid, og de organisatoriske forutsetningene for å kunne håndtere reaksjonene, mener vi vil kunne bidra til bedre mestringsfølelse hos sykepleierne, teamsamarbeid, øke kvaliteten på relasjonsarbeidet og følgelig kunne bedre pasientenes behandlingsutfall i akuttpsykiatri. Følgende problemstilling ble utformet:

”Hvordan opplever og forstår sykepleiere følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse?”

1.2 Forskningsspørsmål

Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

1. Hvordan opplever sykepleiere egne følelsesmessige reaksjoner i relasjon til pasienter med BPF?
2. På hvilken måte forstår de sine reaksjoner?

3. Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever sykepleierne at oppstår i personalgruppen?
4. Hvordan tilrettelegger organisasjonen for arbeidet med følelsesmessige reaksjoner og hvordan opplever sykepleierne tilretteleggingen?

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Borderline personlighetsforstyrrelse

Vi valgte å benytte oss av diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, slik forstyrrelsen er definert i DSM-IV, til fordel for emosjonelt ustabil PF slik forstyrrelsen er tilsvarende definert i ICD-10. Det meste av empirisk kunnskap om forstyrrelsen er basert på DSM- IV kategorien (Karterud et al., 2010) og var derfor bakgrunnen for vårt valg. Borderline PF forekommer i ca 1,2 % av befolkningen (Karterud et al., 2010) og i ca 18 % i kliniske populasjoner (Torgersen, 2008). Det er antatt å være en betydelig interaksjonseffekt mellom skadelige oppvekstbetingelser og genetiske sårbarhetsfaktorer som manifesterer seg i dysfunksjonelle nevrologiske systemer (Karterud et al., 2010). Disse dysfunksjonene antas å spille en betydelig rolle for impulsivitet og affektiv dysregulering (Karterud et al., 2010). Studier viser til økt forekomst av oppveksttraumer i form av neglekt og fysisk og psykisk mishandling (Gabbard, 2005). Tilknytningstraumer vil kunne få konsekvenser for utviklingen av evnen til mentalisering og adekvat interpersonlig fortolkning, noe som antas å bidra sterkt i deres samspillproblemer med andre (Bateman og Fonagy, 2007). Prognostisk vil ca 10 % av pasienter med BPF begå selvmord (Paris, 2008). De fleste bedres imidlertid over tid og vil ikke lenger oppfylle kriteriene til diagnosen BPF (Torgersen, 2008).

Studien konsentrerer seg om voksne pasienter med et funksjonsnivå som i perioder krever akuttpsykiatrisk innleggelse. Det er ikke tatt hensyn til komorbide tiltander.

2.2 Psykodynamisk teori

I denne studien valgte vi å undersøke problemstillingen i lys av psykodynamisk teori, og det er flere årsaker til det. Selv om utviklingen av BPF anses å være et samvirke mellom arv og miljøfaktorer, er det som Malt et al. (2003) påpeker som regel mest nyttig å henvende seg til psykodynamisk teori ved forsøk på å forstå dem. En viktig årsak til teoriens nytte er at den retter oppmerksomheten spesielt mot personlighetsfaktorens rolle i utvikling av psykiske lidelser. Psykodynamisk teori er også en del av den biopsykososiale tilnærmingen mange akuttpsykiatriske avdelinger i dag har som overordnet forståelsesramme (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007; Gabbard, 2005). Det viktigste aspektet er kanskje at psykodynamisk teori ikke bare er en måte å tenke på om sine pasienter, men også en måte å tenke på om seg selv i den interpersonlige samhandlingen med pasienten (Gabbard, 2005), og teorien egner seg derfor

godt til å forstå følelsesmessige reaksjoner som oppstår hos terapeuter. Mye av litteraturen som beskriver de følelsesmessige reaksjonene som oppstår i arbeidet med pasientgruppen er gjort ut i fra en psykodynamisk forståelsesramme, ikke minst med tanke på fenomener som overføring og motoverføring. Som nevnt innledningsvis er det i internasjonal sykepleieforskning etterspurt mer kunnskap og forståelse om psykologiske prosesser som kan ligge til grunn for de negative tendensene som er funnet, og for hvordan overføring/motoverføringsfenomener uspiller seg i sykepleie -pasientrelasjonen. Av denne grunn mente vi et psykodynamisk perspektiv også kunne bidra til økt kunnskap i henhold til dette behovet.

2.3 Kildekritikk

Vi har konsentrert oss spesielt om bøkene til Gabbard (2005), og Bateman og Fonagy (2007), men også Lorentzen (2009) sin artikkel, på bakgrunn av deres dynamiske og detaljerte beskrivelser av utfordringer som oppstår i arbeidet med BPF, både på gruppe og individnivå innen sykehusbehandling. De sier imidlertid mindre om andre faktorer som kan påvirke våre følelsesmessige reaksjoner, som for eksempel holdninger og stereotype oppfatninger knyttet til diagnosen. Et sosiologisk og sosialpsykologisk perspektiv ville kanskje kunne belyst problemstillingen i en større kulturell, politisk og sosial kontekst. I forbindelse med organisatoriske forhold som er av betydning for å kunne håndtere følelsesmessige reaksjoner har vi i all hovedvekt vært inspirert boken *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut* av Larsen (2004). Selv om hans bok er rettet mot barn og unge, mener vi likevel at boken er anvendelig i andre kontekster og at den bidrar med viktige perspektiver på organisatoriske forhold som fører til et godt klinisk arbeid. I tillegg har vi latt oss inspirere av boken til Schjødt og Heinskou (2007) *Miljøterapi på dynamisk grunnlag* som har en psykodynamisk forankring. Innholdet i boken handler blant annet om forhold som organisasjonsstruktur og mellommenneskelige relasjoner i møte med pasienter med psykiske lidelser.

3.0 METODE

Dette kapittelet presenterer vi først valg av vitenskapsteoretisk innfallsvinkel og planlegging av studien. Deretter vil metode for datainnsamling, utvalgsstrategi og gjennomføring av undersøkelsen bli presentert. Videre beskrives analyse- og tolkningsprosessen og til slutt presenteres etiske hensyn som samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av studien. Etiske hensyn ble reflektert gjennom hele prosessen, og enkelte aspekter blir beskrevet underveis i kapittelet.

3.1 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

Temaet vi valgte å belyse handlet om et ønske om å søke dybdekunnskap om hvordan sykepleiere opplever og forstår sine egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med pasienter som har BPF. Valg av vitenskapsteoretisk innfallsvinkel er viktig for å belyse hvilke fundamentale ontologiske og epistemologiske antakelser som ligger til grunn i en studie, og gir derfor føringer for valg av design og metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien har vært inspirert av en fenomenologisk og hermeneutisk innfallsvinkel. Slik vi forstår retningene utfyller de hverandre i hvordan mennesker erfarer fenomener og hvordan vi fortolker dem. Oppmerksomheten rettes mot å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens perspektiv og mot hva som er grunnlaget for vår forståelse. Fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon som konsentrerer seg om hvordan verden oppfattes av subjektet, og ikke hvordan verden oppfattes uavhengig av hvem som erfarer den (Thornquist, 2003). Subjektivitet blir ansett som en forutsetning for forståelse og gyldig kunnskap (Malterud, 2003; Thornquist, 2003), og et sentralt begrep her er "livsverden". Vi lever vårt daglige liv i denne livsverdenen, som kan oppfattes på forskjellige måter avhengig av våre perspektiver (Kaiser, 2000). Fenomenologien legger vekt på erfaringsnære og fyldige beskrivelser satt i forbindelse med kontekst (Thornquist, 2003).

Hermeneutikk kan forstås både som en metode og som en grunnleggende menneskelig refleksjon knyttet til skillet mellom forklarende og forstående vitenskaper (Dalland, 2007; Nortvedt & Grimen, 2004). Vi møter våre omgivelser med egne fortolkninger og forutinntattheter som er med på å skape våre inntrykk, noe hermeneutikken er opptatt av. Disse fortolkningene og forutinntatthetene er noe vi har med oss i enhver tolkningsprosess, og for å forstå helheten av det

som tolkes må delene belyses i grad av helheten, og omvendt (Dalland, 2007). Dette kalles den ”hermeneutiske sirkel”, og betyr i prinsippet at det kan jobbes med fortolkningsprosessen i det uendelige (Dalland, 2007). Derimot må det på et tidspunkt settes strek med den erkjennelsen av at det alltid vil finnes aspekter ved fenomenene som ikke blir presentert.

I en postmoderne tenkning blir oppfatninger av virkeligheten også ansett som en sosial konstruksjon, og i det kvalitative intervjuet anses kunnskapsproduksjonen som en konstruksjon mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Den postmoderne forståelsen av det kvalitative intervju som kunnskapsproduksjon mellom forsker og informant, samt den fenomenologiske og hermeneutiske innfallsvinkelen gjorde oss oppmerksomme på å være bevisst og arbeide med egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen. I denne studien anså vi denne bevisstheten som svært viktig med tanke på våre egne erfaringer som sykepleiere innen akuttpsykiatri, hvor vi hadde med oss egne fortolkninger, meninger og teoretiske forståelser som kunne ha en innvirkning på hvordan vi oppfattet det som ble oss fortalt. Bevisstheten av denne forforståelsen hjalp oss å ikke styre samtaler inn på tema som ikke fremmet ny kunnskap, og som bare bekreftet egne tanker, holdninger, kunnskap og erfaringer. I tillegg gjorde vi oss skriftlige refleksjoner for å bevisstgjøre oss innholdet i denne forforståelsen både før og etter intervjuene.

Troverdigheten og overførbarheten av forskningsresultatene er avhengig av at man eksplisitt redegjør for fremgangsmåter både under datainnsamling, analyse og hvordan resultatene tolkes (Thagaard, 2009). Vi vil derfor gi en påfølgende redegjørelse for vår gjennomføring.

3.2 Planlegging av studien

Før studiens oppstart ble Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) søkt for tillatelse, med foreliggende godkjennelse sommeren 2010. Videre utførte vi en systematisk gjennomgang av primær og sekundærkilder for å skaffe en oversikt over eksisterende kunnskap på området. Kombinasjoner av manuelle søk og søk i internasjonale databaser som Cochrane, EMBASE, PsychINFO, Medline og Cinahl ble foretatt. Vi benyttet søkemetoden PICO (Patient/ Problem, Intervention, Comparison, Outcome) og søkeordene bestod i hovedsak av: *Borderline personality disorder, mental health nursing/ psychiatric nursing, organization and administration, emotional reactions/ countertransference, acute mental health/ inpatient setting og clinical supervision.*

3.3 Det kvalitative intervjuet

Problemstillingen og valg av vitenskapsteoretisk innfallsvinkel ga retning av et kvalitativt design ved bruk av et semi-strukturert forskningsintervju som utgangspunkt for datainnsamlingen.

Hensikten med studien var å innhente dybdekunnskap om sykepleiernes opplevelser og forståelse ut fra deres eget perspektiv og det kvalitative intervju gir nettopp mulighet for å innhente denne type dybdekunnskap. Vi ønsket å frembringe så konkrete og rike beskrivelser som mulig fra sykepleierne, og åpne for nye uventede temaer som kunne belyse problemstillingen. Av denne grunn var det derfor viktig at intervjuguiden ikke ble for strukturert og detaljert.

Intervjuguiden med dens temaer ble laget med tanke på problemstillingen og de forskningsspørsmålene vi hadde utarbeidet i forkant, og på bakgrunn av litteratursøk og teori på området. Da vi utarbeidet forskningsspørsmålene så vi at det forelå to aspekter ved problemstillingen, og det falt seg derfor naturlig å dele intervjuguiden i to overordnede temaer som et utgangspunkt for samtalen vi skulle gjennomføre. Temaene var *individuelle forhold* og *organisatoriske forhold*. Under individuelle forhold var hensikten å få tak i konkrete beskrivelser av følelsesmessige reaksjoner og hvordan sykepleierne forsto dem i en til en interaksjon med pasientene. Det ble også spurt etter generelle tanker og refleksjoner knyttet til egne følelsesmessige reaksjoner og hvilken betydning reaksjonene ble opplevd å ha i arbeidet. Under organisatoriske forhold spurte vi etter beskrivelser av hvilke følelsesmessige utfordringer som kunne oppstå i personalgruppen, hvordan avdelingen tilrettela for å håndtere disse utfordringene og hvordan sykepleierne opplevde tilretteleggingen.

For å kvalitetssikre vår intervjuguide og intervjuteknikk, og for å få tilbakemeldinger på spørsmålene, gjennomførte vi to prøveintervjuer med sykepleiere fra egen arbeidsplass. Vi tok intervjuet opp på bånd, lyttet til det i etterkant, og vurderte kvaliteten både på lyd og intervjuteknikk. Med unntak av et spørsmål i intervjuguiden, fremstod de andre som forståelige for prøveinformantene våre. Spørsmålet som var vanskelig å forstå handlet om hvilke teoretisk forankring og bruk av relasjonelle begreper de brukte i sitt arbeid med den konkrete pasientgruppen. Her var tilbakemeldingene først og fremst at de ikke forstod hva vi mente og hva vi konkret ønsket å vite noe om, samt at de følte spørsmålet ga følelsen av eksaminasjon og en fornemmelse av at de måtte prestere overfor oss. Kvale og Brinkmann (2009) gjør leseren oppmerksom på faren for spørsmål som kan vekke assosiasjoner om muntlige eksaminering, og

med bakgrunn i dette, og de konkrete tilbakemeldingene vi mottok, valgte vi å endre spørsmålsformuleringen. En annen viktig tilbakemelding fra prøveinformantene var at det var mer utfordrende å snakke om følelsesmessige reaksjoner enn først antatt. Spesielt med tanke på følelsesmessige reaksjoner som var nært knyttet til personlige og private erfaringer, og det var vanskelig for oss å finne en riktig balanse i hvordan vi stilte spørsmålene og hvor mye vi kunne etterspørre for mer detaljerte beskrivelser. Fordi vi ikke ønsket at intervjusituasjonen skulle bære preg av en terapeutisk samtale, og fordi det var viktig for oss å kunne ha en samtale med sykepleierne om et potensielt ømfintlig tema, endret vi først og fremst rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden. Vi anså det som en fordel å starte med de mest nøytrale temaene først, for deretter å kunne nærme oss de mer personlige erfaringene etter hvert. Deretter kontaktet vi en fagperson med erfaring fra akuttpsykiatri som ikke var tilknyttet vårt prosjekt eller arbeidssted, for tips og råd om hvordan vi kunne samtale om teamet og på en slik måte at det ga oss rikelige beskrivelser.

Vi vil komme tilbake til hvordan selve intervjusituasjonene med sykepleierne ble opplevd, men først presenteres utvalg og rekrutteringen av informantene.

3.4 Deltakere og rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg av sykepleiere med inklusjonskriteriene videreutdanning innen psykisk helsearbeid og minimum to års arbeidserfaring. Sykepleiere som arbeider i akuttpsykiatriske avdelinger består av sykepleiere både med eller uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Vi reflekterte over at sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid antakeligvis hadde mer fagkunnskaper om psykiske lidelser, noe som kunne føre til større informasjonsrikdommen i forhold til det valgte temaet. Vi mente dette kunne være av betydning for innhenting av rikelige beskrivelser, og utgjorde derfor et inklusjonskriterium. Hvor lang erfaring sykepleierne hadde ble ansett som viktig av samme grunn og vi søkte derfor sykepleiere med minimums to års klinisk erfaring i akuttpsykiatri. Ved å kombinere disse to inklusjonskriteriene, sikret vi oss et best mulig utgangspunkt for berikelsen av materialet og som Malterud (2003) påpeker, gir et vellykket strategisk utvalg med et variert mangfoldig materiale bedre grunnlag for alternative fortolkninger og versjoner i analysefasen.

Etter godkjenning fra NSD ble det sendt skriftlig henvendelse til akuttpsykiatriske avdelinger ved tre ulike sykehus innenfor Østlandsområdet. Vi ønsket sykepleiere fra flere

avdelinger for å oppnå bredde i erfaringer med hensyn til forskjellige organiseringer av struktur og rammer for det miljøterapeutiske arbeidet, samt muligheter for ulikheter i kulturer og ideologier som kunne ligge til grunn. Hvilket område vi valgte ble gjort av praktiske hensyn i forhold til tilgjengelighet, ressurser og tid til rådighet for studien.

Informasjonsskrivet til øverste leder ved avdelingene inneholdt presentasjon av tema, bakgrunnen for studien og problemstilling. Som vedlegg lå godkjenningen fra NSD, informasjonsskriv til enhetsledere ved de aktuelle enhetene, samt informasjonsskriv og samtykkeskjema til de psykiatriske sykepleierne som ønsket å delta. I denne forbindelsen ble øverste leder bedt om å være behjelpelige med å videresende brevene til aktuelle enhetsledere om de stilte seg positive til vår studie. Aktuelle enhetsledere ble i informasjonsskrivet så bedt om å være behjelpelige med å komme i kontakt med aktuelle og interesserte sykepleiere. Lederne ved de ulike avdelingene sendte oss skriftlig godkjenning pr e-post med tillatelse til å intervju sykepleiere. Enhetslederne ved de aktuelle enhetene tok kontakt med oss per e-post eller telefon med navn på sykepleiere som hadde meldt sin interesse for deltakelse og som vi kunne kontakte direkte på deres arbeidsplass. Vi rekrutterte de første som ønsket å delta i studien og utgjorde i første omgang ni informanter. Det var et frafall på to informanter på bakgrunn av praktiske forhindringer. Utvalget til slutt bestod av totalt syv sykepleiere fra tre ulike sykehus og fire ulike enheter. Sykepleierne var i alderen 28-58 år. Seks av dem var kvinner og én var mann. Arbeidserfaringen innen akuttpsykiatri var mellom tre og 15 år. Samtlige hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Malterud (2003) anbefaler en forskningsstrategi hvor man sikrer et optimalt antall informanter med trinnvis rekruttering slik at det oppnås ”metning”. Flere intervjuer vil etter dette metningspunktet i liten grad føre til ny kunnskap rundt temaet (Kvale og Brinkmann, 2009). Valg av antall informanter kan imidlertid også være avhengig av tid til rådighet og omfanget av prosjektet. Å rekruttere informanter inntil et ”metningspunkt” av ny kunnskap i denne studien ble først vurdert problematisk i forhold til tid til rådighet, samt oppgavens størrelse. Det ble derfor i utgangspunktet ansett at åtte informanter ville kunne være gjennomførbart og tilstrekkelig for å oppnå tilfredsstillende mengde materiale. Vi opplevde imidlertid underveis i prosessen at etter fem intervjuer nærmet vi oss ”metning” i materialet.

Vi skal nå se nærmere på hvordan vi gjennomførte intervjuene.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på informantenes egen arbeidsplass i løpet av november 2010, og hadde en gjennomsnittlig varighet på 60 minutter. Intervjuene fant sted på egnede møterom som var reservert for anledningen av informantene. Å gjennomføre intervjuene på denne måten hadde til hensikt å være så nær informantenes daglige kontekst som mulig, samt at det var mest praktisk for begge parter. En ulempe ved å gjennomføre intervjuene ved sykepleiernes eget arbeidssted og i arbeidstiden, var at forstyrrelser fra avdelingen og tiden avsatt til disposisjon kan tenkes å ha preget informantene med tanke på stress. For enkelte informanter var det problematisk å gå utover den avsatte timen, noe som er forståelig med tanke på travelheten som kan foreligge i en akuttpsykiatrisk avdeling. Tiden til rådighet var imidlertid tilstrekkelig for innhenting av data.

I forkant av intervjuene ble det vurdert om vi begge skulle være tilstede under hvert intervju med tanke på hvordan det ville kunne påvirke informantene, samt fordeler og ulemper for oss. Fordi denne studien tok utgangspunkt i et samarbeid, ønsket vi begge å være tilstede, hvor vi i hovedsak ville intervjuer hver vår gang. I forkant ble dette avklart med informantene, slik at de hadde mulighet til å reservere seg. I etterkant av intervjuene spurte vi om det opplevdes vanskelig at begge forskerne var til stede, hvor samtlige avkreftet dette.

Før intervjuets oppstart, samlet vi inn signerte samtykkeskjema og fikk muntlig bekreftelse på at informantene fremdeles ønsket å delta. Vi ga samtlige muligheter til å trekke seg fra intervjusituasjonen når som helst, om de ønsket det. Vi informerte om hensikten med studien, konfidensialitet, samt spurte om de ønsket å bli kreditert ved en mulig publikasjon med tanke på dere deltakelse. Ingen ønsket dette. Vi spurte også om de ønsket å lese transkripsjonen av intervjuet i etterkant, noe en sykepleier ønsket. Informanten fikk transkripsjonen tilsendt som avtalt, og da med mulighet til å kunne oppklare eventuelle mistolkninger eller misforståelser. Vi mottok ikke tilbakemeldinger på transkripsjonen. Alle fikk mulighet til å kontakte oss etter gjennomført intervju vedrørende spørsmål eller om det var noe de ønsket å endre eller tilføye, samt om de hadde ombestemt seg på tilbudene som hadde blitt fremlagt.

I informasjonsskrivet ble det åpnet for re-intervjuer med tanke på mulige refleksjoner i etterkant av første intervju som de mente kunne bidra til å belyse temaet, og med tanke på eventuelle områder som ikke var tilstrekkelig dekket. Vi fikk imidlertid ikke mulighet til å re-intervjuer på grunn av for lite tid til rådighet, noe informantene ble informert om i forkant eller etterkant av intervjuet.

Under intervjusituasjonen fordelte vi det slik at den ene av oss intervjuet, mens den andre noterte seg observasjoner og inntrykk. På denne måten kunne intervjuer konsentrere seg helt og fullt om selve samtalen, mens den andre hadde mulighet til å sørge for at ulike aspekter i svarene til informanten senere ble fulgt opp. Mot slutten av intervjuene var det åpent for at den av oss som observerte kunne stille oppfølgende og klargjørende spørsmål til temaer som var ønsket beskrevet, eller som av andre årsaker var oversett av intervjueren. På denne måten opplevde vi i større grad å få dekket temaene i intervjuguiden ettersom vi var uerfarne intervjuere. Det var også lettere for den som intervjuet å konsentrere seg om å skape en tillitsfull og trygg atmosfære, samt å kunne lytte aktivt.

Under hele intervjuet ble det vektlagt kommunikativ validitet (Kvale og Brinkmann, 2009) ved å følge opp informantenes beskrivelser, slik at vi ikke mistolket det som ble sagt. Dette gjorde vi ved for eksempel å stille spørsmål som: *"mente du nå at...."*, *"forstod jeg deg riktig når du sier....."*, *"kan du si noe mer om ..."*, eller der vi ba dem utdype enkelte beskrivelser.

Det at vi valgte å være to personer til stedet ved hvert intervju kan ha påvirket intervjusituasjonen mer enn antatt. Enkelte spørsmål i forbindelse med teori og relasjonelle begreper i slutten av intervjuet syntes i likhet med prøveintervjuene å vekke ubehag. Flertallet kunne ikke besvare disse spørsmålene og uttrykte at dette nok var noe de burde kunne. Det viste seg derfor viktig å være seg bevisst det asymmetriske forholdet som var tilstedet i situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009) og som kan ha bidratt til ubehaget av å ikke kunne svare. Også andre aspekter ved sosial konformitet kan ha medvirket som at informantene tilbakeholdt informasjon med tanke på frykt for å fremstå uprofesjonelle i sine beskrivelser. Vi anså det derfor som svært viktig å være spesielt oppmerksom på interaksjonen mellom oss og våre informanter. Etter første intervju valgte vi å introdusere med at vi hadde erfaring fra akuttpsykiatri og opplevde at det ga informantene en trygghet og tillit for å snakke om temaet. I etterkant av intervjuet stilte vi spørsmål til samtlige informanter om hvordan de hadde opplevd situasjonen og om temaet var ubehagelig å snakke om. To av informantene uttrykte et visst ubehag ved at de negative følelsene hadde tatt mye plass i intervjusituasjonen, og at de i forkant ikke ønsket å fremme pasientgruppen i et negativt lys. En forklarte det på følgende måte; *"Jeg skulle ønske at jeg ikke bare var i det sporet når vi snakket. Men jeg kjenner at det ikke er så mange solskinnshistorier eller gledeshistorier å fortelle heller, så dessverre så blir det sånn"*. Vi la også merke til at enkelte av informantenes kroppsspråk under intervjuet ble økende anspent.

I etterkant av intervjuene avsatte vi tid til å sjekke at lyd kvaliteten på opptakeren var tilfredsstillende og skrev ned førsteinntrykkene våre av situasjonene. En fordel med at den ene forskeren noterte underveis og at hovedinntrykkene ble reflektert over i etterkant, var sikring om at begge hadde oppfattet meningen i det som var blitt formidlet. Disse notatene ble en del av vår fremgangsprotokoll.

3.6 Transkribering

Intervjuet ble transkribert ved hjelp av hva Malterud (2003, s.79) beskriver som ”slightly modified verbatim mode”. Det betyr at teksten i noen grad blir redigert under utskriften som hindrer at ordrett avskrift gir et feilaktig inntrykk av det som ble sagt, og sikrer at meningsinnholdet kommer frem som det var ment. At teksten ikke ga et feilaktig inntrykk av materialet var et viktig etisk aspekt med tanke på informantene som eventuelt ønsket å lese transkripsjonen og en viktig del av valideringsprosessen var at meningsinnholdet ble ivaretatt. Ved overføring av tale til tekst kan deler av den naturlige konteksten og de nonverbale uttrykkene i intervjusituasjonen mistes. En fordel med å notere underveis i intervjuene var at disse aspektene ble ivaretatt. At vi selv utførte transkripsjonsarbeidet økte også muligheten for å oppdage svakheter i materialet eller uklarheter som kunne ha betydning for meningen i teksten. Transkripsjonen utgjorde i tillegg en begynnelse på de spørsmål vi stilte oss i analysefasen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003). Vi transkriberte tre intervjuer hver oss, og det syvende delte vi i to, for å dele arbeidsmengde. For å kvalitetssikre innholdet i transkriberingene, lyttet vi igjennom båndet og leste hverandres transkripsjoner. På denne måten ble det mulig for oss å fange opp deler av intervjuet som kunne misoppfattes. Et viktig aspekt ved å krysskontrollere hverandres transkripsjoner, handlet om at vi lytter forskjellig, velger å sette punktum og komma forskjellig, og dermed kan meningen i setninger og avsnitt tolkes ulikt.

3.7 Analyse

Utgangspunktet for vår tolkning og analyse var ved bruk av *meningsfortetting* slik den er beskrevet av Kvale & Brinkmann (2009, s. 205-206). Analysemetoden er en trinnvis metodisk tilnærming inspirert av Giorgi (2009) basert på en fenomenologisk filosofi. Fremgangsmåten består av fem trinn: 1. Først dannes et helhetsinntrykk. 2. Deretter trekkes det ut meningsenheter

fra informantenes beskrivelser. 3. Meningsenhetene tematiseres. 4. Meningsenhetene studeres i forhold til studiens formål. 5. Og til slutt bindes de viktigste temaene i en beskrivende form. Det ble stilt strukturerte analysespørsmål etter Kvale og Brinkmanns (2009, s.220-223) tre ulike fortolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

Vi leste alle intervjuene i sin helhet hver for oss, og dannet oss et helhetsinntrykk, deretter lagde vi et kort sammendrag av hvert intervju som vi gjennomgikk sammen. For de individuelle forholdene var helhetsinntrykket at sykepleierne opplevde arbeidet med BPF som følelsesmessige utfordrende, og opplevelsene var mer preget av negative følelser enn positive. Reaksjonene ble i hovedsak forstått som en reaksjon på pasientens adferd, og refleksjonene var i liten grad forankret i teori. Helhetsinntrykket for de organisatoriske forholdene var at pasientens splitting ble opplevd som den største utfordringen i personalgruppen og at de organisatoriske tilretteleggingene for å håndtere disse utfordringene var usystematiske. Etter helhetsinntrykket var dannet ble meningsbærende enheter inndelt under de to forhåndsbestemte hovedkategoriene *individuelle og organisatoriske forhold* av betydning for opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner. Under hovedkategorien *individuelle forhold* ble meningsbærende enheter hva gjaldt den enkelte sykepleiers opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner plassert, og hvordan de reflekterte over disse uavhengig av gruppen. Under hovedkategorien *organisatoriske forhold* ble det plassert meningsbærende enheter som inneholdt opplevelser av følelsesmessige utfordringer i gruppen og beskrivelser av hvordan enhetene tilrettela for arbeidet med de følelsesmessige reaksjonene, samt hvordan sykepleierne opplevde tilretteleggingen. Etter at meningsenhetene var identifisert tok førsteforfatter av artikkel 1 hovedansvaret for videre analyse av individuelle forhold, og førsteforfatter av artikkel 2 tok hovedansvaret for analyse av organisatoriske forhold. Analysen har likevel vært en samarbeidsprosess, hvor hvert trinn har vært krysskontrollert av hverandre og hvor vi har stilt hverandre kritiske spørsmål til fortolkningene av materialet. Ut fra de meningsbærende enhetene under individuelle forhold ble det først identifisert 13 temaer, som etter trinn fire utgjorde fire hovedtemaer og syv undertemaer. Ut fra de meningsbærende enhetene under organisatoriske forhold ble det først identifisert 13 temaer, som etter trinn fire utgjorde to hovedtemaer og fire undertemaer. Nedenfor følger en oversikt over hovedtemaer og undertemaer:

Individuelle forhold

Hovedtema	Undertema
1. Negative følelser	- Oppgitthet - Når indre og ytre rammer blir utfordret - Å bli forsiktig
2. Positive følelser	- Om morsfølelse og å bli for involvert
3. Motstridende følelser	- Konflikt og intensitet
4. Bevissthet og refleksjon	- Om profesjonalitet og bruk av relasjonelle begreper - Betydningen av erfaring

Organisatoriske forhold

Hovedtema	Undertema
1. Følelsesmessige utfordringer i personalgruppen	- Splitting
2. Former og arenaer for kommunikasjon	- Organisering av avdelingen og miljøet - Ventilering - Formell veiledning

3.8 Etiske hensyn

Det er en regel at alle som deltar i et forskningsprosjekt må frivillig gi sitt samtykke til deltakelse (Friis og Vaglum, 1999), og være informert om konfidensialitet og konsekvensene av å delta i studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltakerne ble informert skriftlig gjennom informasjonsskriv om studiens tema og hensikt, at deltakelsen var frivillig og at de sto fritt til å trekke seg når som helst fra prosjektet uten noe form for ubehag eller andre negative konsekvenser. I informasjonsskrivet ble det også informert om bruk av lydbånd, oppbevaring, destruksjon og anonymisering av data, samt at prosjektet var godkjent av NSD. Informantene ble sikret at deres identitet og opplysninger ville

bli behandlet konfidensielt og ikke kunne føres tilbake til dem som person fra publikasjoner. For å sikre at deltakerne hadde mottatt informasjon ble det ved telefonkontakt spurt om de hadde fått videresendt informasjonsskriv. Om ikke, ble det tilsendt per e-post. Informantene ble også informert skriftlig pr e-post om at begge forskere ville være tilstede under intervjuet og ga deltakerne i denne forbindelse mulighet til å reservere seg for dette.

I forkant av intervjuene ble samme informasjon i skrevet gjentatt muntlig og det ble underskrevet samtykkeskjemaet før intervjuet ble gjennomført. I tillegg ble informantene gitt mulighet til å få tilgang til transkriberingen av materialet, og det ble avklart om informanten ønsket å bli kreditert ved en eventuell publikasjon i et tidsskrift.

Malterud (2003, s.199) fremhever fire former for risiko eller belastning deltakerne kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse. I denne studien ble det vurdert at alle former kunne berøre informantene om ikke flere områder ble utført med omhu. Temaet i seg selv kunne skape psykisk uro og det kunne tenkes å være vanskelig for deltakerne å nærme seg områder av sin arbeidsutførelse som ikke førte til ønsket resultat, eller hvor de ikke hadde mestret situasjoner profesjonelt som ønskelig. Det kunne også tenkes at enkelte informanter ikke har reflektert tidligere over enkelte episoder som kan komme frem under intervjuet og aktivere ubehagelige følelser av utilstrekkelighet. I tillegg kunne det tenkes at noen ble oppmerksomme på sider ved seg selv som de ikke kjente eller likte. Av denne grunn avsluttet vi intervjuene med å spørre informantene hvordan de opplevde å snakke om temaet og hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Vi forsikret oss om at de hadde vår kontaktinformasjon om det var noe de ønsket å endre, tilføye eller kjente ubehag av å ha formidlet.

Både Kvale og Brinkmann (2009) og Malterud (2003) bemerker at en ikke bare må tenke på mulige konsekvenser for informanten, men også gruppen de representerer, noe som ble aktualisert i vår studie. Resultatene våre viste et betydelig gap mellom teoretisk anbefalt praksis og den praksis som ble beskrevet av sykepleierne i sin arbeidshverdag. Av denne grunn var vi redd for at informantene, personalgruppen eller enheten de tilhørte kunne oppleve å bli fremstilt i et annet lys enn de så seg selv. Etter grundig gjennomgåelse av den etiske problemstillingen dette medførte og en gjennomgang av at våre resultatpresentasjoner var respektfullt presentert, mente vi hensynet til både sykepleierne og den tredje part - pasienten, overveide eventuelle negative

reaksjoner fra miljøet vi forsket i. Vi mente kunnskapen studien har bidratt med, på sikt ville kunne bedre både pasientens behandling og deltakernes arbeidshverdag.

4.0 HOVEDRESULTATER

4.1 Artikkel 1. Sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse

Hensikten med denne artikkelen var å undersøke sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i relasjonsarbeidet med pasienter som har BPF. Resultatene av analysen viste at flertallet av sykepleierne opplevde hele deres følelsesregister ble aktivert i interaksjonen med BPF og at følelsene var mer intense enn ved andre psykiatriske lidelser. Det var imidlertid opplevelsen av negative følelser som dominerte og beskrivelsene av de positive følelsene var betydelig færre og mindre differensierte enn de negative. I tillegg fremkom det en betydelig tilstedeværelse av motstridende følelser som var preget av intensitet og konflikt, og som i mindre grad er beskrevet i eksisterende litteratur. Selv om sykepleierne anså det viktig å bevisstgjøre seg og reflektere over følelsesmessige reaksjoner, viste resultatene at sykepleierne hadde en manglende teoretisk forståelsesramme og et begrepsmessig verktøy for å forstå pasientene og kildene til sine reaksjoner. Enkelte forstod eksplisitt eller implisitt mange av de følelsesmessige reaksjonene som motoverføringsreaksjoner, men denne forståelsen syntes å bære preg av et klassisk syn på begrepet og noe som skulle unngås heller enn reflekteres. Egne bidrag ved problemer i relasjonen ble i liten grad reflektert over. Resultatene viste at pasientatferd som enten bekreftet eller avkreftet deres rolle som sykepleiere syntes å være av større betydning for hvilke følelser de genererte, enn atferd som selvskading og suicidalitet. Et annet viktig funn var også at deres refleksjoner over hva det var med pasienten som kunne vekke følelsesmessige reaksjoner syntes å være atferdsmessig heller enn emosjonelt orientert.

4.2 Artikkel 2. Organisatoriske betingelser for sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse

Hensikten med artikkelen var å undersøke hvordan sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling opplever og forstår følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) i lys av organisatoriske rammebetingelser. Resultatene av analysen viste at splitting ble opplevd som den største utfordringen i personalgruppen, noe som førte til store uenigheter og diskusjoner personalmedlemmer i mellom. Uenighetene og diskusjonene handlet i hovedsak om behandling, husregler, grensesetting og utskrivelse. De ulike følelsene som ble beskrevet i denne sammenhengen var sinne, frustrasjon og oppgitthet. Splitting ble beskrevet til å ha sitt utgangspunkt i pasientens fremstillinger av idealisering og devaluering av personalet, som følgelig syntes å bli ytterligere komplisert av motoverføringsreaksjoner som oppstod hos de enkelte personalmedlemmene, og i personalgruppen som helhet. Håndteringen av de følelsesmessige reaksjonene som oppstod, ble opplevd som positive, men analysen av resultatene viste usystematiske tilretteleggelser innad i enhetene. De uorganiserte tilretteleggelsene fremstod i form av hyppighet, innhold, deltakelse og hensikt. Det meste av møtevirksomheten og veiledningen på enhetene var primært behandlingsmessig og praktisk orientert. Kun én av de syv informantene kjente til et overordnet fagsyn på sin tilhørende enhet, og det kan synes som om de store utfordringene som ble opplevd var et resultat av de mangelfulle organisatoriske tilrettelegginger. I tillegg kan utfordringene være et resultat av uklar rolleforståelse, usystematisk møtevirksomhet og tilfeldig veiledning. De manglende organisatoriske tilretteleggingene syntes å gjøre personalgruppen sårbare for splitting prosesser.

4.3 Artikkel 3. En følelsesmessig storm: Hvor bringer den oss? – Om det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient med borderline personlighetsforstyrrelse i akuttpsykiatrisk avdeling

Sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger skal møte og romme de emosjonelle utfordringene som pasienten med BPF bringer med seg, men dette kan synes vanskelig med bakgrunn i manglende kunnskap om både pasienten, diagnosen og om egne følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. Med utgangspunkt i hovedfunn fra artikkel 1, var hensikten med denne populærvitenskapelige artikkelen å belyse noen aspekter ved det komplekse samspillet som kan oppstå mellom sykepleier og pasient med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) i akuttpsykiatrisk avdeling. Artikkelen har som mål å nå et bredere publikum, og det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient formidles ved hjelp av en klinisk vignette og med bruk av psykodynamisk teori.

4.4 Artikkel 4. *Muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for god sykepleie og god t t ea arbeid i arbeidet med pasienter som har borderline personlighetsforstyrrelse*

Hensikten med denne populærvitenskapelige artikkelen var å belyse enkelte aspekter ved hovedresultatene, primært fra artikkel 2, til et bredere publikum. Oppmerksomheten rettes mot muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for at sykepleie og det tverrfaglige teamsamarbeidet kan bedres i arbeidet med pasienter som har BPF. I artikkelen drøftes organisatoriske rammer og tilretteleggelser som organisasjonens primære oppgave, miljøterapiens oppgave, det tverrfaglige teamet, veiledning og ferdighetstrening, og kompetanseheving. I artikkelen belyses spesielt behovet for at den akuttpsykiatriske organisasjonen har et overordnet teoretisk fagsyn for sitt arbeid og nytten av et psykodynamisk perspektiv vektlegges. Det argumenteres for at dersom sykepleiere er bedre rustet til å mestre de følelsesmessige reaksjoner som oppstår i arbeidet med pasienter som har BPF, kan både det tverrfaglige teamsamarbeidet og behandlingsutfall bevege seg i mer positiv retning.

5.0 GENERELL DISKUSJON

5.1 Metode

En metodisk begrensning ved studien var det lave antall informanter og det er derfor usikkert om resultatene er representative for den generelle populasjonen av psykiatriske sykepleiere. Funnene må derfor tolkes med forsiktighet. Likevel samsvarer en del av resultatene med områder som er rikelig beskrevet i litteratur, som for eksempel følelsesmessige reaksjoner som et resultat av pasientens projeksjoner både på gruppe og individnivå. Noen av disse resultatene ga også mening på bakgrunn av våre egne erfaringer. Faglitteraturen skiller også i liten grad mellom forskjellige faggrupper innen miljøterapi og typer psykiatriske avdelinger. Resultatene kan derfor tenkes å ha relevans for hvordan den terapeutiske relasjonen med BPF oppleves og forstås av andre faggrupper og i andre kontekster, enn sykepleiere i akuttpsykiatri. En styrke ved studien var utvalgsstrategien, som inkluderte flere sykehus og forskjellige enheter, og funnene begrenser seg derfor ikke til forhold ved én enkelt organisasjon eller enhet. Et annet forhold som styrket metoden var at vi var to forskere, og den kommunikative validiteten gjennom intervjuene og under analyseprosessen ble av denne grunn forsterket. På bakgrunn av egen klinisk erfaring på området var det imidlertid påkrevd en stor grad av bevissthet og refleksjon over egen forforståelse, og inngikk som en pågående diskusjon i valderingen under analyseprosessen. En mulig begrensning med metoden er at svar basert på selvbeskrivelser kan være preget av sosial konformitet. Informantene kan tenkes på å ha holdt tilbake relevante beskrivelser, eller endret svar for å tilfredsstille antatte forventninger til forskerne eller antatte lesere, samt frykt for fordømmelse av deres terapeutiske ferdigheter, holdninger og følelser. Alt i alt synes det likevel å ha bidratt i liten grad med tanke på at flertallet av beskrivelsene på individ og gruppenivå ga betydelige beskrivelser av ubehagelige følelser og konflikter. På grunn av at det syntes å betrygge første informant i etterkant av intervjuet at vi selv hadde erfaring fra akuttpsykiatri, valgte vi å informere om dette innledningsvis på resten av intervjuene.

Fortolkningen av materialet var preget av et psykodynamisk perspektiv, og det kan derfor ikke utelukkes at sosiologiske kulturelle, politiske og sosiale aspekter ved de følelsesmessige reaksjonene, både individuelt og på gruppenivå, kunne ha gitt en utvidet forståelse av prosessene.

Et psykodynamisk perspektiv, samt metoden, ga imidlertid en utvidet forståelse av hva som kunne ligge til grunn for eventuelle stereotype holdninger.

5.2 Resultater

Studien har til tross for begrenset generaliserbarhet bidratt med ny dybdekunnskap om hva som kan generere negative, positive følelser og motstridende følelser hos sykepleierne i interaksjon med pasientene. I tillegg har studien vist at manglende teoretisk referanseramme og relasjonelle begreper kan vanskeliggjøre forståelsen av reaksjonene, refleksjon over egne bidrag og muligens forsterke ubehaget ved dem. Dette gjelder kanskje spesielt for enkelte av reaksjonene som kan forstås som motoverføringsreaksjoner, både individuelt og på gruppenivå. I gruppen viste resultatene at de fleste konfliktene som kunne oppstå ble forstått å ha sin kilde i pasientens splitting, og polariseringen som beskrives å være et resultat kan også tyde på dette, samt forstås som motoverføringsreaksjoner. Nærmere analyse viste imidlertid at flere av konfliktene heller syntes å være et resultat av mangelfulle organisatoriske tilretteleggelser som et manglende felles fagsyn, uklar rolleforståelse, usystematisk møtevirksomhet og tilfeldig veiledning. Slike mangelfulle organisatoriske tilretteleggelser kan gjøre personalgruppen som helhet sårbar for konflikter og utfordringer pasienter med BPF bringer med seg. Et paradoks i denne sammenhengen var at til tross for den manglende tilretteleggingen for en effektiv håndtering av følelsesmessige reaksjoner, opplevde flertallet av sykepleierne at utfordringene ble håndtert på en god måte. En mulig årsak til denne opplevelsen kan tenkes å stå i forbindelse med den manglende refleksjonen over egne og organisasjonens bidrag til samhandlingsproblemer og behandlingsutfall. Den manglende refleksjonen over egne følelsesmessige reaksjoner og bidrag kan tenkes å være et resultat av en lite teoristyrte praksis både på individuelt, gruppe og organisatorisk nivå. Uten en teoristyrte praksis vil det kunne mangle et felles språk for fenomenene som oppstår og det vil være vanskelig å finne retning for intervensjon. Det vanskeliggjør også teamets evne til å reflektere og skille mellom konflikter som ledd av splitting eller andre forhold, og faren er da at problemene tillegges pasienten.

5.3 Implikasjoner og oppsummering

Videre kvantitativ forskning synes nødvendig for å avklare om overveiende negative følelser i arbeidet med BPF er kan generaliseres til den generelle populasjonen av sykepleiere i akuttpsykiatri. Det er også usikkert om intensiteten i følelsene gir retning for økt forekomst av

motoverføringsreaksjoner, eller om de kan være knyttet til andre faktorer som sykepleierens fagidentitet, personlige tilknytningsstil eller forhold ved organisasjonens tilretteleggelse for håndtering av følelsesmessige reaksjoner. Et annet usikkert aspekt er om sykepleierens manglende bruk av teoretiske og relasjonelle begreper er knyttet til forhold ved deres videreutdanning eller om de reflekterer et manglende felles fagsyn eller faglig stimulering innen organisasjonen. Et annet aspekt er om det skyldes en manglende teoretisk praksis blant sykepleierne, i det tverrfaglige teamet eller i avdelingen generelt. I denne forbindelse må det nevnes at sykepleierens forståelse av tilbudet ved avdelingen kan være preget av hvordan de opplever det og ikke hvilket tilbud som faktisk foreligger, og det kan være tilbud de har glemt under intervju situasjonen. Flere studier synes også nødvendig for å kunne avklare hvilket tilbud sykepleierne har, tilbudets innhold og hvilken betydning det har for sykepleierens opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner individuelt og i gruppe. Videre forskning synes også nødvendig for å kunne avklare hvilke konsekvenser de følelsesmessige reaksjonene kan ha både på den enkelte sykepleier, på den tverrfaglige gruppen og på behandlingsutfallet ved BPF i akuttpsykiatri.

Denne studien støtter imidlertid behovet for at følelsesmessige reaksjoner må reflekteres over, både individuelt og i hele den tverrfaglige gruppen, og at ”reflekterende” rom for dette arbeidet må systematiseres fra organisasjonens side. I tillegg må denne organiseringen tilrettelegges for en overlappende faglig kompetanse i det tverrfaglige teamet og et ”felles språk” for prosessene som kan påvirke det kliniske arbeidet. Og kanskje vel så viktig, sykepleierne og organisasjonen må reflektere over egne bidrag som kan gi uønskede følelsesmessige reaksjoner, påfølgende konflikter og uønskede behandlingsutfall.

5.4 Bakgrunn for valg av artikkelmanus som presentasjonsform

Valget om å utforme masteroppgaven som artikkelmanus ble gjort av praktiske årsaker og hensyn til formidling av forskningsfunn. For det første anså vi en slik presentasjon som hensiktsmessig med tanke på at studien var et samarbeidsprosjekt. Skriveprosessen kunne på denne måten tydeliggjøre arbeidsfordeling hvor vi hadde hovedansvaret som førsteforfattere for to artikler hver. I tillegg løste denne skriveformen eventuelle utfordringer men hensyn til forskjeller i personlig ”skrivestil”. Vi har imidlertid vært medforfattere på hverandres artikler hvor begge har bidratt med kommentarer, innspill og forslag til endringer. Et annet aspekt ved valget var et ønske

om å ha muligheten til gjøre funnene tilgjengelig for flest mulig, noe vi anså mer realistisk med tanke på mulig publikasjon i et tidsskrift enn ved monografi. Vi ønsket i tillegg å belyse noen av våre hovedfunn i et noe bredere perspektiv og til et bredere publikum enn vi hadde mulighet til i de vitenskapelige artiklene. Vi valgte av denne grunn å gjøre to av artikkelmanusene i populærvitenskapelig form.

Artikkelmanusene er skrevet etter sjette utgave av APA s retningslinjer for publikasjon (American Psychological Association, 2010) med tanke på fremtidig publisering i aktuelle tidsskrift. Det er imidlertid blitt gjort et avvik fra disse reglene. I APAs retningslinjer brukes dobbel linjeavstand i motsetning til halvannen linjeavstand i henhold til studieplanens føringer for innlevering av masteroppgaven. Vi valgte i denne forbindelse å følge føringene i studieplanen slik at krav til oppgavens omfang ble opprettholdt.

REFERANSER

- American Psychological Association. (2010). *Concise rules of APA style* (6th ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertvig Forlag.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691. doi:10.1080/10503307.2010.504242
- Dalland, D. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on thereputic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1) 33-40. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341. doi:10.1016/0883-9417(93)90051-W
- Friis, S., & Vaglum, F. (1999). *Fra idé til prosjekt: en klinisk innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th. ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x
- Kaiser, K. (2000). *Hva er vitenskap?* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kerr, I. B., Dent-Brown, K., & Parry, G. D. (2007). Psychotherapy and mental health teams. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 63-80. doi:10.1080/09540260601109380
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, S. (2009). Miljøterapi av borderlinepasienter: Fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Matrix*, 26(1), 162-176.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg.). Oslo: universitetsforlaget.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612. doi:10.1080/09638230310001627955
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. New York: The Guilford Press.

- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Rønnestad, M. H., & Lippe, A. L. von der (2011). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I: H. M. Rønnestad og A. von der Lippe (red.) 2 utg. *Det kliniske intervjuet med ulike klientgrupper* (s. 13-24). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røssberg, J. I. (2008). Relasjonen mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I: S. Opjordsmoen, P. Vaglum og G. B. Thorsen (red.) 2 utg. *Oss i mellom: om relasjonens betydning for mental helse* (s.133-145). Stavanger: Hertervig Forlag
- Statens helsetilsyn.(2001). Kompetansebehov i psykisk helsevern (Utredningsserie 4-2001), IK-2740. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kompetanse_psykisk_helsevern_ik-2740.pdf
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the

literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662.

doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x

ARTIKKEL 1.

**Sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med pasienter
som har borderline personlighetsforstyrrelse**

Ane Selma Ovedal og Mirjam Wold

Høgskolen i Oslo

2011

Master i psykisk helsearbeid

Avdeling for sykepleie, helsefag og samfunnsfag

Sammendrag

Det foreligger lite forskning om hvordan psykiatriske sykepleiere opplever og forstår sine følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienter som har borderline personlighetsforstyrrelse (BPF). Pasienter med BPF er kjent for å vekke sterke følelsesmessige reaksjoner i terapeutiske relasjoner og reaksjonene antas å kunne ha en negativ effekt på terapeuten, pasienten og behandlingsutfallet. Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan psykiatriske sykepleiere opplever og forstår egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPF. Syv sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid ble intervjuet ved fire akuttpsykiatriske enheter. Fire hovedtemaer fremkom av analysen: negative følelser, positive følelser, motstridende følelser og bevissthet og refleksjon. Studien konkluderte med at sykepleierne opplevde en overvekt av negative følelser i relasjon til pasienter med BPF. Analysen viste også at sykepleierne hadde en manglende begrepsmessig og teoretisk referanseramme for å forstå følelsene som oppstod.

Nøkkelord: borderline personlighetsforstyrrelse, psykiatrisk sykepleie, følelsesmessige reaksjoner/ motoverføring

Abstract

There is little research on how mental health nurses experience and understand emotional reactions toward patients with borderline personality disorder (BPD). Patients with BPD are known to evoke strong emotional reactions in therapeutic relations and the reactions are presumed to have a negative effect on the therapist, the patient and treatment outcome. The purpose of this qualitative study was to examine how mental health nurses experience and understand their own emotional reactions towards patients with BPD. Seven nurses with education in mental health were interviewed at four acute psychiatric wards. Four themes emerged: negative emotions, positive emotions, conflictive emotions and awareness and reflection. The study concluded that the nurses interviewed experienced a preponderance of

negative emotions reactions toward BPD. The analysis also showed that the nurses had a lack of conceptual and theoretical framework for understanding the feelings that arose.

Keywords: borderline personality disorder, psychiatric nursing, emotional reactions/ countertransference

Introduksjon

Noen pasientgrupper antas å skape sterkere og mer karakteristiske følelsesmessige reaksjoner i terapeuten enn andre, og pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) utgjør en av dem (Holmqvist & Armelius, 1996). Det finnes rikelig med faglitteratur som beskriver følelsesmessige utfordringene i psykoterapi med BPF, og mange av de samme utfordringene er også beskrevet å oppstå hos terapeuter innen sykehusbehandling. Til tross for at pasienter med BPF er kjent for å bidra til utfordringer i den terapeutiske relasjonen, og vekke sterke følelser i terapeuten, har følelsesmessige reaksjoner i relasjon til BPF vært lite gjenstand for forskning (Bourke & Grenyer, 2010; Ens, 1999; Holmqvist & Armelius, 1996; O'Kelly, 1998; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2008).

BPF er en av personlighetsforstyrrelsene som forekommer hyppigst i kliniske populasjoner og er preget av et vedvarende mønster av selvdestruktivitet, ustabilitet i relasjoner, selvbilde og affekter (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Utfordringene som oppstår i sykehusavdelinger beskrives mest i sammenheng med pasientgruppens ustabile og impulsive karaktertrekk, og følelsene som oppstår hos terapeutene som en reaksjon på pasientens bruk av primitive forsvarsmekanismer (Evang, 2010). Av primitive forsvarsmekanismer står splitting og projektiv identifikasjon sentralt, og terapeutenes reaksjoner på forsvarsmekanismene forstås ofte i lys av begrepet motoverføring (Gabbard, 2005). Motoverføringsbegrepet har gjennomgått endringer siden det først ble introdusert av Freud. Han anså reaksjonene som et resultat av terapeutens ubevisste følelser til pasientens overføring på bakgrunn av egne konflikter og historie (Gabbard & Wilkinson, 1996; Lorentzen, 2009). Reaksjonene ble følgelig ansett som en forstyrrelse i behandlingen (Gabbard, 2001). Et utvidet syn ble introdusert på 1950- tallet hvor motoverføringen ble ansett som en uunngåelig del av den interaksjonelle prosessen mellom terapeut og pasient (Zachrisson, 2008). Den utvidede definisjonen av begrepet som ofte brukes i dag, innebefatter alle ubevisste og bevisste følelser terapeuten har ovenfor pasienten, enten de er induert av pasientens atferd eller er aspekter ved en selv. Dette totalistiske synet har imidlertid

blitt kritisert for å føre til at begrepet mister sin opprinnelige mening (Ens, 1998; Holmqvist, 2001). I psykoanalytisk teori er terapeutens følelsesmessige reaksjoner ansett som et viktig verktøy i den terapeutiske prosessen om de bevisstgjøres og brukes hensiktsmessig (Gabbard, 2001; Miles, 1993). Reaksjonene er antatt å kunne gi viktig informasjon om hva pasienten strever med, samt å kunne påvirke behandlingsutfallet i forhold til grad av empatisk innlevelse (Rossberg, Karterud, Pedersen & Friis, 2007). I sykepleielitteratur er verdien av å kunne gjenkjenne og være bevisst motoverføring anerkjent, men begrepet brukes sporadisk og det foreligger forskjellige, og til tider motstridende definisjoner (O'Kelly, 1998). Gallop og O'Brien (2003) mener årsaken til den sporadiske bruken er den manglende oppmerksomheten rettet mot psykodynamisk teori i sykepleie. Forfatterne hevder at rådende sykepleieteoretiske modeller ikke evner å forklare komplekse sider av menneskets natur, og at det derfor er behov for en psykodynamisk orientering som supplement til de eksisterende sykepleieteoriene, for å forstå sentrale fenomener som motoverføring og projektiv identifikasjon. Motoverføringsreaksjoner hevdes å kunne påvirke alliansearbeidet negativt (Rønnestad & Lippe, 2011) og være potensielt skadelig ovenfor pasienter med BPF, som er sensitive for psykoterapeutiske intervensjoner (Bateman & Fonagy, 2007). Av denne grunn er det viktig at terapeuten har evne til selvinnsikt og er bevisst egne følelser for å kunne håndtere sine følelsesmessige reaksjoner (Bourke & Grenyer, 2010).

Negative holdninger ovenfor BPF er funnet å være utbredt blant sykepleiere i akuttpsykiatri, og tendensene er bekymringsfulle (Westwood & Baker, 2010). Fraser og Gallop (1993) konkluderte i sin observasjonsstudie at sykepleierne var mindre empatiske og hadde mer negative følelser ovenfor pasienter diagnostisert med BPF enn andre pasientgrupper. Markham (2003) fant at psykiatriske sykepleiere uttrykte større sosial avstand til pasienter med BPF og anså dem farligere enn pasienter diagnostisert med schizofreni og depresjon. Personalet var også mindre optimistiske til bedring hos pasienter med BPF og hadde flere negative erfaringer i arbeidet med dem. Markham og Trower (2003) sin studie viste at pasienter diagnostisert med BPF fikk mer negativ respons enn pasienter diagnostisert med schizofreni og depresjon. De fant også at personalet rapporterte mindre sympati ovenfor disse pasientene og stod i sterk relasjon til deres attribusjon av kontroll over negativ atferd, som likner Forsyth (2007) sine funn om at attribusjonen var forbundet med sinne. Han fant også at sykepleierne responderte mindre empatisk ovenfor BPF. I følge James og Cowman (2007) opplevde at 80 % av sykepleierne det

vanskeligere å utøve omsorg for pasienter med BPF enn andre pasienter og at omsorgen de fikk var utilstrekkelig. Woollaston og Hixenbaugh (2008) konkluderte i sin kvalitative studie at sykepleierne oppfattet pasienter med BPF på en negativ måte, på bakgrunn av svært ubehagelige erfaringer i interaksjonen med dem og opplevelsen av manglende ferdigheter i arbeidet. Resultatene viste også at sykepleierne ønsket å bedre relasjonen med pasientgruppen.

Innen psykoterapeutisk praksis, utenfor døgnavdelinger, er det gjort noen liknende funn. Bourke og Grenyer (2010) fant i sin studie at psykoterapeuters, her leger og psykologer, emosjonelle responser tenderte å være betydelig mer negative ved BPF i sammenlikning til pasienter med alvorlig depressiv lidelse, og at de var mindre fornøyd med deres terapeutiske rolle i forhold til BPF. Rossberg et al. (2007) har studert motoverføringsreaksjoner hos psykoterapeuter i arbeidet med pasienter som har personlighetsforstyrrelser i dagbehandling. Av terapeutene var fem av 11 psykiatriske sykepleiere. Forskerne fant blant annet at pasientene i cluster A og B, hovedsakelig BPF, vekket mer negative og mindre positive motoverføringsreaksjoner. I tillegg viste studiene en sterk korrelasjon mellom pasientens bedring og terapeutens motoverføringsreaksjoner i løpet av behandlingen.

Enkelte har rettet oppmerksomheten på betydningen av terapeutens eget reaksjonsmønster for følelsene som oppstår. Meyer og Pilkonis (2002) argumenterer for at terapeutens tilknytningsmønster kan være vel så viktig som pasientens i psykoterapeutisk virksomhet fordi mønsteret antas å påvirke hvordan terapeuten håndterer alliansebrudd, samt at enkelte kombinasjoner av tilknytningsmønstre hos begge parter kan fungere bedre enn andre. Funnt fra Holmqvist (2001) og Holmqvist og Armelius (2006) indikerer også at terapeutens eget reaksjonsmønster er av større betydning for følelsesmessige reaksjoner som oppstår, enn forhold ved pasienten.

Flertallet av studiene ovenfor er kvantitative og vektlegger behovet for mer kunnskap på området, blant annet behovet for flere kvalitative studier (James & Cowman, 2007). Et større fokus på psykologiske mekanismer som kan ligge til grunn for sykepleiernes holdninger er også etterspurt (Markham, 2003; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Også Miles (1993) mener motoverføringsreaksjoner i sykehussammenheng bør utforskes på bakgrunn av lengden og intensiteten i sykepleie- pasient relasjonen. Ens (1999) påpeker også at det er for lite kunnskap om hvordan sykepleiere kjenner og gjør bruk av de overnevnte relasjonelle begrepene.

En svakhet med flere av studiene om sykepleiernes holdninger, både de kvantitative og kvalitative, er at de har et lavt antall respondenter. Funnene har derfor begrenset generaliserbarhet. Selv om tendensene kan tenkes å være de samme i Norge er funnene ikke direkte overførbare med tanke på eventuelle kulturelle, organisatoriske og ideologiske forskjeller (Friis & Vaglum, 1999). Flertallet av studiene er også basert på sjekklister av følelser som gir forhåndskategoriserte svar, og gir derfor ikke mulighet for å sette opplevelsene i sammenheng med konteksten de fremkommer i. På bakgrunn av begrenset empirisk kunnskap på området, og forfatternes egne erfaringer som sykepleiere i akuttpsykiatri, var formålet med denne studien å undersøke sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPF. Følgende forskningsspørsmål ble stilt: Hvordan opplever sykepleiere egne følelser i relasjon til pasienter med BPF? På hvilken måte forstår de sine reaksjoner?

Metode

Studien hadde et kvalitativt design inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori.

Utvalg

Utvalget bestod av syv informanter fra tre ulike sykehus ved fire akuttpsykiatriske enheter. Rekruttering av informantene ble gjort gjennom leder ved de aktuelle enhetene som informerte om studien ved hjelp av tilsendt informasjonsskriv. Utvalget bestod av de første som meldte sin interesse for deltakelse. Inklusjonskriterier var sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og minimum to års erfaring fra akuttpsykiatri. Kriteriene hadde til hensikt å sikre best mulig informasjonsrikdom i materialet. Informantene hadde mellom tre og 15 års erfaring og et alderspenn fra 28 til 58 år. Seks av informantene var kvinner og én var mann.

Datainnsamling og prosedyre

Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer med en varighet på gjennomsnittlig en time. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted i egnede møterom, høsten 2010. For å kvalitetssikre intervjuguiden og intervjuteknikk ble det gjennomført to prøveintervjuer. Intervjuguiden var delt i to forhåndsbestemte kategorier, *organisatoriske* og *individuelle* forhold av betydning for opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner.

Resultatene fra organisatoriske forhold er publisert i egen artikkel. Spørsmålene i intervjuguiden ble formulert på bakgrunn av erfaring, teori og forskning på temaet. Spørsmålene knyttet til *individuelle* forhold bestod av tre hovedtemaer: konkrete beskrivelser av følelsesmessige reaksjoner i interaksjon med pasienter, informantenes forståelse av reaksjonene og generelle tanker om bevissthet og refleksjon om følelsesmessige reaksjoner. I forkant av intervjuene ble informantene bedt om å tenke igjennom konkrete interaksjoner med pasienter som kunne bidra til å belyse temaet. Intervjuene ble transkribert av forskerne og ved bruk av hva Malterud (2003) beskriver som ”slightly modified verbatim mode”(s. 79).

Deltakerne ble i forkant av intervjuene informert muntlig og skriftlig om studiens tema og hensikt, at deltakelsen var frivillig og at de sto fritt til å trekke seg når som helst fra prosjektet uten negative konsekvenser. Informasjonen inneholdt også prosedyre for oppbevaring, konfidensialitet og anonymisering av data. Informantene ble informert om at begge forskerne ville være tilstede under intervjuet og ga i denne forbindelse deltakerne mulighet til å reservere seg for det. Skiftlig samtykke for deltakelse ble innhentet før intervjuets oppstart og informantene ble forespurt om de ønsket å bli kreditert i forbindelse med publikasjon. Deltakerne fikk også mulighet til å gjennomgå det transkriberte intervjuet. Ethiske overveielser ble reflektert over gjennom hele forskningsprosessen. Prosjektet var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) før studiens oppstart.

Analyse

Dataene ble analysert ved hjelp av ”meningsfortetting” slik metoden er beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009, s. 212-213) og utføres i fem forskjellige trinn. Trinnene består av: 1. helhetsinntrykk, 2. identifisering av meningsbærende enheter, 3. tematisering av de meningsbærende enheter, 4. identifisering av temaenes betydning etter studiens hensikt og 5. de essensielle temaene bindes sammen til en beskrivende forklaring. Metoden er inspirert av Giorgi’s (2009) trinnvise tilnærming basert på fenomenologisk filosofi. Helhetsinntrykket av materialet var at sykepleierne opplevde arbeidet med BPF følelsesmessig utfordrende og at opplevelsene var preget av mer negative enn positive følelser. Følelsene ble i hovedsak forstått som en reaksjon på pasientgruppens atferd og refleksjonene var i liten grad forankret i teori. Det ble i alt identifisert 19 meningsbærende enheter. Enhetene inneholdt beskrivelser av opplevelser interaksjon med pasienter, forståelsen av dem, samt mer generelle

refleksjoner over følelsesmessige reaksjoner. Av de meningsbærende enhetene fremkom 13 temaer. I trinn fire fremkom det ut i fra studiens hensikt tre hovedtemaer ettersom opplevelsene var preget av *negative, positive* eller *motstridende* følelser. I tillegg fremkom et siste hovedtema, *bevissthet og refleksjon*, som følge av informantens beskrivelser av hvordan de forsto konkrete hendelser og egne følelsesmessige reaksjoner mer generelt. Videre fremkom fem undertemaer etter hva som genererte følelsene, og to undertemaer i tilknytning til bevissthet og refleksjon (trinn fire er presentert i tabell 1). Til fortolkning av teksten er det tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009, s. 220-223) tre analyse spørsmål: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse. Fortolkningen ble gjort i lys av psykodynamisk teori.

Tabell 1. *Trinn fire i analysemetoden*

Individuelle forhold	
Hovedtema	Undertema
Negative følelser	1. Oppgitthet 2. Når indre og ytre rammer blir utfordret 3. Å bli forsiktig
Positive følelser	4. Om morsfølelse og å bli for involvert
Motstridende følelser	5. Konflikt og intensitet
Bevissthet og refleksjon	6. Om profesjonalitet og bruk av relasjonelle begreper 7. Betydningen av erfaring

Resultater

Samtlige av sykepleierne som deltok i studien opplevde arbeidet med BPF som utfordrende. Seks av syv informanter formidlet at hele deres følelsesregister ble aktivert og at aktiveringen var sterkere enn i møte med pasienter som hadde andre psykiatriske lidelser: ”Det er alt fra å ville ta dem med hjem og innrede gjesterommet, til å bli så sint at du nesten...altså, det går så langt over andre pasienter”. Forskjellene i følelsesmessig aktivering ble ofte sammenliknet med pasienter som hadde psykoselidelser, og samtlige beskrev arbeidet som ”en annen måte å jobbe på.” Arbeidet med BPF ble av flere oppfattet å kreve andre relasjonelle ferdigheter enn arbeidet med psykosepasienter som ble oppfattet praktisk orientert, hvor roller og

arbeidsoppgaver var klare og forløpet mer forutsigbart:” Det er veldig mange praktiske og konkrete ting man kan jobbe med ved psykosepasienter, det er det ikke med disse. Det er veldig mye annet i forhold til kommunikasjon og allianse.”

Negative følelser

De fleste beskrivelsene av følelser som oppstod i arbeidet med pasientgruppen falt inn under gruppen av negative følelser. Følelsene ble beskrevet i alt fra oppgitthet, sinne, frustrasjon, tristhet, bekymring, forsiktighet, å bli såret, lei seg, angst og redsel. Det var i flere situasjoner mindre differensierte følelser som opplevdes negativt og ble omtalt som ”vanskelige” eller ”å føle ubehag.” Til tross for at de fleste presiserte at de brydde seg om pasientene opplevde de at negative følelser dominerte arbeidet:

Ja, som oftest så er det jo negative følelser i møte med disse selv om, jeg kan godt gå til den andre siden også og kjenne godhet og sånn også, men akkurat med denne pasientgruppa er det mye negative følelser.

Informantene beskrev negative følelser som ubehagelig å kjenne på, og ga uttrykk for at negative følelser og tanker om pasienten kunne være skamfullt, flaut og vanskelig å snakke om. Konsekvensene av disse følelsene ble beskrevet å kunne føre til redusert engasjement, og i verste fall resignasjon, kynisme, unngåelse av pasienten, samt nedvurdering av seg selv og sin kompetanse som sykepleier.

Oppgitthet. Følelsen av oppgitthet ble nevnt hyppig og ble generert av manglende synlig bedring etter stadige innleggelser, pasientens vedvarende ustabilitet og manglende evne til å følge opp råd og hjelpetiltak som ble iverksatt:

Vi blir jo litt oppgitte da når det ikke blir noe forandring på pasienten etter mange år. Da blir vi litt lei og – kontinuerlig overvåkning hele tiden og stranguleringer (...) for man får jo ikke gjort så mye med dem på en akuttpost, så da blir man litt oppgitt.

Oppfatningen av at pasientgruppen ikke fikk hva de trengte av behandling i akuttpsykiatri syntes også å være av betydning. Flertallet av informantene mente pasienter med BPF ikke profiterte på innleggelse. Noen mente årsaken var pasientenes tendens til regresjon, andre at de knyttet seg for

lett til personalet og av denne grunn ikke ønsket utskrivelse. Disse forholdene ble beskrevet å føre til økt forekomst av, eller trusler, om suicidal atferd som forlenget innleggelsene. Irritasjonen over innleggelse som ble forlenget ble av enkelte rettet mot behandlingsansvarlig, og av andre mot pasientenes kaos som kunne være vanskelig å forholde seg til:

Jeg tror at man kjenner på så mye virvar og kaos kanskje, hos pasientene, at man blir veldig sliten av det selv, og at man da ikke ønsker å forholde seg så mye til det og ønsker at det bare skal være fem dager, ferdig med det.

Når indre og ytre rammer blir utfordret. Et gjennomgående tema ved følelser som sinne, frustrasjon, usikkerhet og opprørthet, var opplevelsen av at egne indre eller ytre rammer ble utfordret. De indre rammene handlet om sykepleiernes selvfølelse, å holde på egne tanker, følelser og egne fysiske grenser. De ytre rammene dreide seg om forhold som husregler og andre miljøterapeutiske rammebetingelser på enheten. Å holde på egne indre eller ytre rammer ble av enkelte beskrevet som ”slitsomt” eller som ”en kamp”. Informantene forstod reaksjonene sine noe ulikt. Enkelte vektla at pasientgruppen fremstod friskere og mer oppegående enn andre pasienter og at det derfor var mer de kjente seg igjen i med dem. Ved uoverensstemmelser ble det presisert at pasientene kunne være mer rasjonelle og argumentere godt for seg. Denne fremtreden førte til større usikker på seg selv, sine grenser og om håndhevelse av de ytre rammene var riktig. Å holde på rammene ble beskrevet å kreve kontinuerlig konsentrasjon:

Fordi kranglene, hvis jeg kan bruke ordet krangel, med de pasientene er hardere enn andre. Og nettopp fordi, det jeg sa i sted i forhold til ting de kommer med som du kjenner deg igjen i, og som du blir usikker på, det er ting som er formelle, på veldig mange måter, og som du må konsentrere deg hele tiden på en måte, til å stå for det du har bestemt og det krangelen på en måte går ut på.

Noen av informantene vektla opplevelsen av pasientenes tendens til å true, lure og manipulere personalet gjennom selvskading, suicidforsøk eller forsøk på å tilegne seg personlig informasjon om personalet. Atferden ble forstått som en bevisst eller ubevisst strategi for å unngå utskrivelse og at pasienten hadde flere ressurser til rådighet som kunne vært benyttet i stedet. Dette kunne føre til at informantene opplevde seg lurt og provosert:

For det første ser jeg så godt at det er manipulasjon, så jeg blir forbannet på det. Og jeg tenker at skal man få oppmerksomhet, så kan man få det på andre måter og heller få litt positiv oppmerksomhet (...) Man blir provosert og man blir litt irritert (...) man føler seg lurt.

Grensesettingssituasjoner ble av de fleste informantene beskrevet som ubehagelig og vanskelig, og ble satt i sammenheng med behovet for å bli oppfattet som snill: ”Jeg vil gjerne være snill og prøver å imøtekomme pasienten og synes nok det er vanskelig å være den slemme, eller den som setter ned foten.” Grensesettingen ble også opplevd som å avvise pasienten på en fin måte og som å si nei til voksne mennesker. Flere satt ubehaget i sammenheng med deres forståelse av husreglene som rigide og at de ønsket å være mer fleksible i forhold til disse.

Å være forsiktig. Å være et godt forbilde for pasienten i henhold til å utvise respekt, være anerkjennende og pålitelig, anså flere av sykepleierne som viktige idealer i arbeidet med pasientgruppen. Pasientenes tendens til å gi uttrykk for sine vurderinger av om de likte sykepleierne eller ikke, og hvordan de vurderte sykepleierne sitt arbeid ga en følelse av å måtte være forsiktig og ordentlig: ”Blir litt forsiktig med hva jeg gjør og hva jeg sier. Har ikke lyst til å fremstå slurvete”. Andre mente også pasienter med BPF kunne styre hele personalgruppen og en derfor ble forsiktig for å skape minst mulig ”styr og støy”. Forsiktighet ble også satt i sammenheng med frykt for at pasienten kunne utagere gjennom selvskading eller mot andre. Følelsen av forsiktighet kunne også oppstå i situasjoner hvor forholdet mellom nærhet og avstand opplevdes utfordrende. En informant beskrev opplevelsen av tilnærming og avvisning slik;

Ja, jeg ble lei meg, rett og slett. Følte meg udugelig, jeg gjorde det (...) så jeg kjente litt på det der at jeg var litt nervøs for å tilnærme meg henne igjen. For jeg var litt usikker på, trør jeg for langt nå eller? (...) hun ville ha andre som var flinkere enn meg, så da fant jeg en løsning på det.

Ved overveldende negative følelser beskrev informantene bytte av sykepleier som en løsning. De mente det var et viktig tiltak fordi sykepleierne opplevde å ikke gjøre en god jobb om relasjonen følte for slitsom eller ubehaglig. Av enkelte ble et slikt bytte også tillagt negative konsekvenser, fordi pasienten iblant attribuerte dette til egen person som uholdbare å være sammen med.

Enkelte så det også som en avvisning eller unngåelse: ”På en avdeling som en akuttavdeling har du flere å spille på så, så da unngår du den pasienten”. Unngåelsen av pasienten syntes imidlertid å føre til at enkelte sterke følelser vedvarte og ikke ble tilstrekkelig bearbeidet.

Positive følelser

Beskrivelsene av de positive følelsene i materialet var *betydelig færre* og mindre differensierte enn de negative, og flertallet av informantene mente de var mindre gjenstand for refleksjon i hverdagen. Følelsene ble beskrevet som ”godhet”, ”bli glad i”, ”god følelse”, ”følelse av å være til hjelp” og ”stolthet.” Sykepleierne mente at positive følelser ga økt engasjement og ekstra innsats og velvilje for pasienten, og at pasienten lettere opplevdes mer sympatisk og sårbar. I tillegg næret følelsene tanker og forståelse for pasientens vanskelige historie og aksept for at pasientens negative atferd. Positive følelser ble også generert når pasienten ga uttrykk for at sykepleierens innsats var til hjelp og når pasienten viste bedring, spesielt ved mindre negativ atferd: ”Men nå har jeg en helt annen innstilling til henne for hun har blitt så annerledes, det er så godt å se.”

Om morsfølelse og å bli for involvert. Morsfølelsen var den følelsen som ble beskrevet hyppigst å generere positive følelser ovenfor pasienten, spesielt ved yngre kvinnelige pasienter med lite nettverk. Fellestrekk ved følelsen var behovet for å beskytte, ta vare på, ønske dem godt, synes synd på og å være lei seg med pasienten:

Jeg vil ta vare på dem, jeg vil at de skal ha det godt, de har jo som oftest ikke hatt det bra i barndommen. Så tenker man på hvordan de hadde det og hvordan de kunne ha hatt det.

Morsfølelsen og de positive følelsene syntes imidlertid å innebære en viss varhet og reservasjon hos sykepleierne, da den hos flere også ble assosiert med å bli ”for involvert”. Noen opplevde at overinvolvering aktiverte morsfølelsen, andre at morsfølelsen ledet til overinvolvering. For informantene betydde det å bli for involvert å komme for nær pasienten og å sette seg ut av stand til å hjelpe fordi de ikke klarte å opprettholde den nødvendige avstanden til å reflektere. En beskrev det som å bli ”sugd inn i det”, andre som ”å gå i fella” eller i ”baret”:

Da føles virkelig pasienten som den viktigste i hele verden, og man tenker veldig mye på pasienten når man er hjemme. (...) det har veldig mye sammenheng med den morsfølelsen også, at man føler at man er utrolig viktig for pasienten da, at man nesten er sånn en ikke kunne vært en foruten.

Motstridende følelser

Konflikt og intensitet. En av utfordringene sykepleierne opplevde knyttet til egne følelsesmessige reaksjoner var forekomsten av motstridene følelser. Opplevelsen hadde til felles at de inneholdt positive og negative følelser ovenfor pasienten på samme tidspunkt, og var preget av konflikt og ambivalens, hvor begge alternativer var lite ønskelige å falle på. En av informantene skildret det slik;

Ja, så tenker jeg at det kan jammen meg ikke være lett å være deg, det er jammen meg ikke rart du har problemer i livet, og da kjenner jeg at det er litt godt når jeg drages litt mot der, og så kjenner jeg på den andre siden at jeg kan tenke herregud livet krever jo, (...) det er tøft å være menneske det krever også at vi må stå opp og vi må ta ansvar selv og, jeg kjenner at jeg kan drages imot de polene der på en måte.

Den negative komponenten i følelsene syntes ofte å være nært knyttet til moralske vurderinger av pasienten. De gode var preget av omsorg, forståelse av pasientens vanskelige situasjon og livshistorie, og til tider å synes synd på pasienten. Motstridende følelser ovenfor pasienten opplevde de fleste som ubehagelige, samt vanskelig å romme og containe. Flertallet av informantene forstod opplevelsen i sammenheng med pasientens tendens til å svinge fra glede til suicidalitet på kort tid. Enkelte av de motstridende følelsene inneholdt også en *intensitet*, hvor egne følelser ble dratt utover følelsesspekteret de vanligvis kjente. Følelsene kunne gå fra sterkt sinne til sterkt omsorgsbehov. Intensiteten og innholdet kunne oppleves skremmende og fremmed fordi følelsene gikk utover egne rammer og ble følgelig beskrevet som vanskelig og flaut å snakke om med andre:

Og hvor du i det ene øyeblikket sitter og det eneste du har lyst til i hele verden er å ta med deg den pasienten hjem og sitte i sofaen å se en film, og bare - dette her går bra liksom, til

å bli så sint at du tør nesten ikke ta i pasienten for du vet ikke hvor hardt du kommer til å ta, og det kan gå i løpet av et par timer.

Bevissthet og refleksjon

Profesjonalitet og bruk av relasjonelle begreper. Å være bevissthet egne følelser og reflektere over dem anså flertallet som viktig, men samtidig vanskelig å gjøre alene i den akuttpsykiatriske hverdagen. Enkelte mente det var vanskelig å se selv hva som kunne utspille seg i relasjonen til pasienten, andre at tidspresset gjorde det vanskelig. Et felles tema for fem av syv informanter var evnen til å holde passende avstand som det viktigste verktøyet for å kunne reflektere og uttrykk som ble brukt var: ”ta et skitt tilbake”, ”holde seg midt på vektskålen” og ”lukke ørene”. Å håndtere følelsesmessige reaksjoner profesjonelt ble av de fleste likevel kun satt i forbindelse med å ikke uttagere følelsene gjennom handling. Bruk av relasjonelle begreper i beskrivelsene av hvordan de opplevde, forstod og reflekterte egne følelsesmessige reaksjoner var svært få, og syntes å stå i sammenheng med en manglende teoretisk referanseramme. Til tross for at samtlige hadde videreutdanning innen psykisk helsearbeid oppga flertallet at deres forståelse av pasientgruppen og sine egne reaksjoner ikke hadde teoretisk forankring. En av sykepleierne oppga en biomedisinsk forståelsesramme, to av sykepleierne forankret sin forståelse i psykodynamiske teori, hvorav en også kognitiv og fenomenologisk teori. Av informantene med teoretisk forankring så noen av dem reaksjonene i sammenheng med motoverføringsreaksjoner:

Så jeg prøver å tenke at jeg registrerer at det skjer. Det er ikke alltid positive følelser, men sånn er det. Så blir det min jobb å være profesjonell og gjøre mitt beste for å ikke overføre det tilbake på pasienten.

Sykepleierne uten teoretisk forankring svarte alle på direkte spørsmål at de kjente til motoverføringsbegrepet, men at de ikke tenkte så mye over det i praksis. De fleste beskrev sin forståelse av begrepet som følelsesmessige reaksjoner som oppstår hos terapeuten. Samtlige av informantene beskrev ofte sin aktivering som; ”det gjør noe med meg”, men det var for flertallet vanskelig å beskrive hva dette var. Kilden til følelsene virket vanskelig å forklare, samt hvilke karaktertrekk pasientene hadde som kunne bidra til følelsene og ble beskrevet av enkelte som ”vanskelig å forstå”. Noen vektla at pasientgruppens tendens til å fremstå inkongruent lett kunne aktivere sterke følelser fordi atferden ga lite mening: ”Det blir litt sånt fjernt for meg”. Et annet

forhold var at flertallet av informantene mente at pasientens problemer sto i tilknytning til at de ”ikke har lært i livet”, men ingen beskrev hva det de ikke hadde lært var.

Betydningen av erfaring og kunnskap. Negative følelser ovenfor pasientene ble beskrevet å føles mye vanskeligere tidlig i arbeidserfaringen. Erfaring ble av informantene beskrevet å bidra til at følelsene ble opplevd som mer normale, spesielt når informantene oppdaget at kollegaer kunne få de samme følelsene for pasienten, samt de i mindre grad førte til en nedvurdering av seg selv som sykepleier. Gjenkjennelse av følelser ble også ansett å gi grunnlag for selvrefleksjon og definering av egne grenser. Flertallet fremhevet også at det å ikke like en pasient var ubehagelig, men ble forstått som ulik kjemi og som normalt: ”Det er sånn det er, man trenger ikke like alle, og det er jo bra for det finnes jo de som ikke er så trivelige”. Tre av sykepleierne var i sine beskrivelser bevisst at egne personlige forhold eller behov i egne liv kunne prege følelsene i gitte situasjoner: ”Men det vet jeg også er sterke ting i mitt liv og det gjenspeiler seg jo ofte her,” samt at egen forforståelse kunne bidra til hvordan man opplevde og tenkte om pasienten ved innleggelse: ”å nei, ikke nå igjen, det orker jeg ikke”. På spørsmål om informantene pleide å kommunisere sine følelser til pasientene formidlet de fleste at det ikke var noe de pleide å gjøre, og virket usikre på om dette var noe man burde og eventuelt hvilken terapeutisk hensikt dette kunne ha. Kunnskap, innsikt, faglighet, forståelse og veiledning mente flertallet var en forutsetning for å kunne være bevisst og reflektere over følelsene: ”Hvis jeg ikke hadde hatt videreutdanning, ikke hadde erfaringen med å jobbe her så hadde jeg nok blitt like forb...forvirra og følt meg tråkket på og ikke skjønt noe særlig av dem.” Enkelte av informantene beskrev også kunnskap som en forutsetning for å kunne oppleve pasientgruppen som spennende, samt å ha tro på at sykepleiere i akuttpsykiatri har noe å bidra med. Kun én av informantene formidlet at følelsesmessige reaksjoner kunne brukes som en ressurs i arbeidet: ”Jeg tenker også at man kan bruke de følelsesmessige reaksjonene som en ressurs, også de negative, at man lærer noe av det hver gang og man er klar over det.”

Diskusjon

I likhet med eksisterende litteratur og forskning opplevde sykepleierne en overvekt av negative følelser i arbeidet med pasienter som hadde BPF (Fraser & Gallop, 1993; Markham, 2003; Rossberg et al., 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008) og at følelsene var mer intense

enn ved andre psykiatriske lidelser (Fraser & Gallop, 1993; Karterud et al., 2010; Lorentzen, 2009). Resultatene synes også å bekrefte tidligere funn om at negative følelser er sterkt forbundet med manglende bedring hos pasienten i behandlingen (Rossberg et al., 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Sykepleierne opplevde også at følelsene kunne påvirke hvordan de forholdt seg til pasienten i forhold til grad av følelsesmessig og praktisk engasjement. I faglitteraturen beskrives negative og positive følelser å kunne bidra til å bekrefte eller avkrefte denne pasientgruppens indre objektrepresentasjoner (Bateman & Fonagy, 2007). I tillegg er grad av empatisk innlevelse også identifisert som en av de viktigste variablene på hjelpeprosessen (Ens, 1999; Keefe, 1976). Sykepleiernes overvekt av negative følelser og opplevelse av redusert følelsesmessig engasjement i tilknytning til dem, vil trolig kunne påvirke deres evne til empatisk innlevelse. I så måte er den negative overvekten av følelser i materialet bekymringsverdig med tanke på deres mulige negative effekt på pasienten og behandlingsutfallet (Rossberg et al., 2007).

Enkelte av sykepleiernes følelsesmessige reaksjoner kan forstås som motoverføringsreaksjoner i tilknytning til pasientens bruk av forsvarsmekanismer, spesielt med tanke på deres grad av intensitet og tvungenhet (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen, & Schanche, 2006; Lorentzen, 2009). Forsvarsmekanismen splitting innebærer at pasienten holder, eller deler, svært polariserte perspektiver på seg selv, som for eksempel snill eller slem (Gabbard, 2005). Projektiv identifikasjon er ubevisste problematiske aspekter ved en selv som eksterneres på terapeuten, og kan være en løsning for pasienter med BPF når de polariserte eller delte perspektivene blir uholdbare å romme (Bourke & Grenyer, 2010). Projeksjonen kan anses som ”vellykket” om sykepleieren identifiserer seg med de projiserte følelsene. Projektiv identifikasjon synes å være sentralt ved sykepleiernes opplevelse av å bli utfordret i forhold til indre og ytre rammer, ved overinvolvering, og ved enkelte av de motstridende følelsene. De motstridende følelsene synes imidlertid å bære preg av to forhold, sympati eller empati, i følge Nerdrums (2011) begrepskille. Det første eksempelet i resultatene som omtaler de motstridende følelsene synes å bære preg av forsøk på forståelse gjennom sympati, hvor sykepleieren søker forståelse ved hjelp av hvordan ting har vært for en selv (Nerdrum, 2011). Med sympati som grunnlag for forståelse synes forhold ved sykepleierens egen historie å vekke følelser av misunnelse, samt vurderinger av gyldigheten i pasientens opplevelse. Aktiv bruk av sympati som forståelsesstrategi kan derfor tenkes å forklare noen av de motstridende følelsene hvor man ikke får tak i pasientens indre opplevelse, og konflikten i følelsene forblir uløst. I det andre eksempelet

synes sykepleiernes svingninger å korrespondere med pasientens selvtilstander, hvor projeksjonen resulterer i sykepleierens opplevelse av å være intenst splittet mellom disse to uforenelige følelsene eller perspektivene. Sykepleieren mister ”*som om*” dimensjonen i den empatiske prosessen, og uten denne dimensjonen vil prosessen lett ende med identifikasjon med de projiserte følelsene (Nerdrum, 2011). Manglende refleksjon over identifikasjon kan derfor føre til et destruktivt samspill med pasienten (Miles, 1993). Oppfatninger om at pasienten manipulerer, og sykepleierens følelser av å bli lurt, tyder også på at sykepleierne ikke forstår de projektive prosessene tilstrekkelig. Følgelig gir opplevelsen følelsen av å være angrepet og øker sannsynligheten for at sykepleieren motarbeider prosessen heller enn å romme følelsene (Fraser & Gallop, 1993). Funnene kan i så måte bekrefte Westwood og Bakers (2010) antakelser om at psykiatriske sykepleiere ikke ville følt seg like manipulert og devaluert av pasientene ved større forståelse av lidelsen og dens uttrykk.

At arbeidet med psykotiske pasienter oppleves mer praktisk enn ved BPF synes i liten grad å kunne forklares med tanke på bruk av primitive forsvarsmekanismer alene. Pasienter som er psykotiske gjør også bruk av primitive forsvarsmekanismer, men som Gabbard (2005) påpeker, er dette ofte mindre uttalt og fremstår mindre dramatisk. Igjen kan det synes som om intensiteten i følelsene er av betydning for utfallet av de følelsesmessige reaksjonene, samt at sykepleierne lettere identifiserer seg med pasienter som har BPF. I tillegg kan det tenkes at pasientatferd ved psykose lettere bekrefter sykepleiernes rolle og at de i større grad er i behov av deres omsorg og hjelp.

Negative følelser i arbeidet med BPF er vist å være sterkt forbundet med følelser som utilstrekkelighet (Rossberg et al., 2007) og redusert tilfredshet i den terapeutiske rolle (Bourke & Grenyer, 2010). Negative følelser ble også i denne studien funnet å påvirke sykepleiernes selvbilde og selvtillit i sin rolle som sykepleier. Rossberg og Friis (2003) gjorde en studie om personalets følelsesmessige reaksjoner i tilknytning til aggressiv og suicidal atferd hos inneliggende pasienter med psykotiske lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Funnene fra studien viste at pasientenes aggressive og suicidale atferd forklarte en stor del av variansen i de negative følelsene. Resultatene i vår studie tyder imidlertid på at pasientatferd som utfordrer sykepleierens selvbilde og selvtillit i sin rolle som sykepleier, er av større betydning for om de opplever negative eller positive følelser for pasienten, enn pasientens selvskading og suicidalitet, selv om disse forholdene også spilte en rolle. Pasientatferden kan tenkes å generere

motoverføringsreaksjoner som i større grad er induisert av forhold ved sykepleieren. Sentralt her er at negative følelser beskrives når pasientens atferd ikke bekrefter sykepleierens behov for at hjelpen hun tilbyr har effekt, er snill, blir likt og er fleksibel. Andre forhold som følelsen av å bli lurert, avvist, provosert, manipulert, splittet og frykt for overinvolvering synes å bære preg av å måtte forsvare seg og å være forsiktig på bakgrunn av trusler mot egen selvfølelse og kompetanse. Flere av de positive følelsene synes å genereres av pasientatferd som bekrefter sykepleierens rolle om å være til hjelp og morsfølelsen kan tenkes å bekrefte deres evne til gi omsorg. Omsorg er et stort og sentralt begrep i sykepleiefaget (Kirkevold, 1998) og kan derfor antas å være en viktig del av sykepleieidentiteten.

Det sterke ubehaget som ligger i opplevelsene av de negative følelsene, samt den påtrengende reservasjonen ved de positive kan forstås fra flere forhold. For det første kan det tenkes å berøre deres oppfatning av den profesjonelle rollen som sykepleier. Rossberg og Friis (2003) foreslår at det kan være en utbredt holdning hos terapeuter at de skal føle seg hjelpsomme, trygge og at de ikke skal uttrykke negative følelser. Sykepleierne i vår studie henviste ofte til deres idealer om å være snille, ordentlige og respektfulle. For det andre påpeker Ens (1999) at motoverføringsbegrepet i litteraturen ofte har blitt brukt nedlatende om sykepleieres reaksjoner til pasienter, og at det er dette klassiske synet som dominerer innen sykepleieprofesjonen. Informantene beskriver sin profesjonelle rolle hva gjelder følelser hovedsakelig i tilknytning til å ikke uttagere følelsene, som i tradisjonelle beskrivelser av motoverføringsreaksjoner. Det syntes som om sykepleierne i vår studie forstod motoverføring mer i retning av dens klassiske betydning, hvor følelsene er en forstyrrelse heller enn en ressurs, samt at de ikke var del av en interaksjonell prosess. Som en følge oppleves negative følelser mer skamfulle og ubehagelige (Miles, 1993). Det kan også tenkes å forklare noe av reservasjonen som ligger i de positive følelsene, hvor frykten for overinvolvering synes sentral og forbindes med å gjøre noe "galt". Selv om erfaring virker å lette ubehaget ved negative følelser, synes det å forstå dem som rent allmenngyldige og "normalt" å trygge sykepleierne i at følelsene ikke skal fordømmes og at de ikke skal klandre seg selv. Selv om det er rimelig at man har følelser av å ikke like en pasient er det i den profesjonelle rollen forventet at man skal reflektere over kilden til følelsene (Gallop & O' Brien, 2003). I så måte synes ikke alminneliggjøringen av følelsene å stimulere refleksjon, undring eller profesjonell vekst.

Et annet funn i studien var at refleksjonene over hva som vekket følelsesmessige reaksjoner syntes å være adferdsmessig heller enn emosjonelt orientert. Selv om sykepleierne implisitt gjenkjente at sterke følelsesmessige reaksjoner kunne være resultat av motoverføring, som ved overinvolvering, var de i liten grad gjenstand for eksplisitt refleksjon. Sykepleierne syntes å forstå motoverføringsreaksjoner som en konkret verbal eller ikke verbal handling som skulle unngås, heller enn en følelsesmessig tilstand som krevde en reflekterende prosess for å forstå hva som kunne være kilden til følelsene eller å forstå hva som utspilte seg i relasjonen. Følgelig kan følelsene da tenkes å ha lite informasjonsverdi om hva som kan være underliggende motivasjon til å handle både hos pasienten og hos en selv, samt å gi lite retning for terapeutisk intervensjon (Gallop & O' Brien, 2003). At det er vanskelig å reflektere alene over hva som skjer i relasjonen er forståelig, men synes først og fremst å være preget av manglende evne til å reflektere over pasientens indre liv. En av årsakene til dette kan, som Eide (2003) påpeker, være at helsepersonell gjennom sin utdanning har sin oppmerksomhet rettet mot ytre observasjoner, og evnen til selvobservasjon er lite i fokus. Hun mener dette kan bidra til å forklare sykepleieres manglende evne til å rette oppmerksomheten mot ens egen og pasientens indre verden i vår arbeidshverdag. En manglende reflekterende praksis over indre mentale tilstander kan også bety en manglende mentaliserende praksis. Mentalisering handler om evne til å fortolke handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, på bakgrunn av for eksempel følelser, ønsker og behov (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Sykepleiernes mentalisering kan utfordres spesielt ved sterke følelsesmessige reaksjoner, og i møte med BPF hvor manglende mentaliseringsevne er en sentralt trekk ved lidelsen (Bateman & Fonagy, 2007; Gabbard, 2005). Mentalisering i arbeidet med BPF kan også utfordres grunnet pasientenes svingninger mellom rasjonell og irrasjonell atferd (Bateman og Fonagy, 2007). Kunnskap som kan gi grunnlag for ulike fortolkninger og indre dialog synes derfor viktig.

Et overraskende funn var at flertallet av sykepleierne, til tross for videreutdanning innen psykisk helse, hadde en manglende teoretisk forankring og nesten fraværende bruk av relasjonelle begreper i deres beskrivelser og refleksjoner. Rønnestad og Lippe (2011) hevder at erfarne terapeuters praksis ofte reflekterer teoretisk bredde, hvor terapeuter som er lite påvirket av teori også virker minst effektive i sin praksis. Mangelen på bruk av begreper kan tolkes som et fravær av tilstrekkelig kunnskap og trygghet i hva de egentlig betyr. Om informantene i tillegg ikke bruker begreper som for eksempel splitting, proaktiv identifikasjon, motoverføring, empati eller

mentaliseringsseg i mellom, i det tverrfaglige teamet eller i veiledning er det lite sannsynlig at de blir inkorporert som en del av en aktiv indre dialog over hva som skjer i interaksjonen med pasientene. Begrepet empati er imidlertid et aktivt anvendt og et sentralt begrep i sykepleie (Gallop & O'Brien, 2003). Den lille bruken av begrepet i intervjuene, var i forbindelse med positive følelser, og kan tenkes å bekrefte Nerdrums (2011) antakelser om at begrepet er lite utviklet som et profesjonelt repertoar i enkelte profesjoner. Resultatene synes også å bekrefte forfatterens erfaring om at empatibegrepet ofte forbindes med å være forståelsesfull, snill og enig med pasienten. Ens (1999) hevder også at den vide forståelsen av empati i sykepleie forhindrer anerkjennelse av hva sykepleiere strever i skillet mellom hva som er eget og hva som kan være pasientens i interaksjonen. Manglende tilrettelegging fra organisasjonens side, hva gjelder veiledning og faglig stimulering, kan også være av betydning, men også om sykepleierens rolle er mer definert ut fra praktiske forhold enn terapeutiske.

En metodisk begrensning med studien var det lave antallet informanter og det er derfor usikkert om resultatene er representative for den generelle populasjonen av psykiatriske sykepleiere. Funnene må i så måte tolkes med forsiktighet. Studien har likevel bidratt med dybdeinformasjon om kompleksiteten bak tendenser som er funnet i internasjonale kvantitative studier (Westwood & Baker, 2010) og som er omtalt i sykepleielitteratur (Bland, Tudor & Whitehouse, 2007; O'Brien, 1998). Mye av faglitteratur skiller sjelden mellom faggrupper innen miljøterapi og ulike typer psykiatriske avdelinger. Resultatene kan derfor også tenkes å ha relevans for hvordan den terapeutiske relasjonen med BPF oppleves og forstås i andre kontekster og ved andre faggrupper enn sykepleiere. En styrke ved studien var utvalgstrategien som inkluderte flere sykehus og avdelinger og funnene er derfor ikke begrenset til forhold ved én organisasjonskultur. Resultatene ga også mening på bakgrunn av forfatternes egne kliniske erfaringer. Egen klinisk erfaring på området krevde stor grad av bevissthet og refleksjon over egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen. Datamaterialet har imidlertid vært igjennom omfattende kommunikativ validering gjennom informantene under intervjuene og mellom forskerne (Kvale & Brinkmann, 2009). En mulig begrensning med metoden er at svar basert på selvbeskrivelser kan være påvirket av sosial konformitet (Bourke & Grenyer, 2010). Informantene kan tenkes å ha tilpasset eller endret sine svar for å tilfredsstillende antatte forventninger til forskerne og eller i frykt for fordømmelse av deres terapeutiske ferdigheter, holdninger eller følelser. Likevel synes dette lite sannsynlig da informantene ga rikelige

beskrivelser av negative og ubehagelige følelser. Metoden undersøkte sykepleiernes opplevelser retrospektivt og beskrivelser av konkrete hendelser kan derfor mangle aspekter som følge av vanlige begrensninger av hukommelsen. Det var imidlertid kunnskap om opplevelser av følelser som var gjenstand for forskning, og som Gullestad og Killingmo (2005) poengterer, er det ofte den ”korrekte” følelsen som gjenerindres, heller enn det ”korrekte” minnet.

Fortolkningene av resultatene har vært preget av et psykodynamisk teoretisk perspektiv, og det kan derfor ikke utelukkes at sosiologiske kulturelle, sosiale og politiske aspekter kunne ha gitt andre fortolkninger av de følelsesmessige reaksjonene og forståelsen av dem. En annen faktor var at hverken spørsmålene i intervjuene eller informantene tok hensyn til eventuelle komorbide tilstander hos pasientgruppen, og kan derfor ha utelatt enkelte nyanser i sykepleiernes forståelse av behandlingsbehovet og akuttpsykiatriens rolle ved slike tilstander. Den manglende oppmerksomheten rettet mot slike nyanser kan imidlertid også bety at sykepleierne i materialet i liten grad vurderer slike tilstander i deres vurdering og forståelse av pasientgruppen.

På bakgrunn av denne studiens lave antall informanter er det nødvendig med videre studier for å klargjøre om funnene er generaliserbare til en større andel av populasjonen av psykiatriske sykepleiere. Videre kvantitativ forskning kan klargjøre om intensiteten i følelsene gir retning for økt forekomst av motoverføringsreaksjoner eller om intensiteten i følelsene er knyttet til andre faktorer, som for eksempel sykepleiernes egen tilknytningsstil eller tilrettelegger i organisasjonen. Et annet aspekt er om sykepleiere som har en teoretisk referanseramme for å forstå pasienten og sine reaksjoner, og som bruker relasjonelle begreper for å reflektere over dem, opplever sine følelsesmessige reaksjoner på en annen måte. Flere studier er også nødvendig for å kunne avklare hvilke konsekvenser de følelsesmessige reaksjonene kan ha på både på sykepleieren, interaksjonen med pasienten og behandlingsutfallet i akuttpsykiatriske avdelinger.

Denne studien støtter imidlertid synet om at følelsesmessige reaksjoner, både positive og negative, må reflekteres over både individuelt og i veiledning. Studien indikerer også at sykepleiere trenger økt kunnskap om BPF og lidelsens uttrykk, samt psykologiske prosesser som kan bidra til de følelsesmessige reaksjonene for å kunne bedre håndtere dem. Kunnskapen vil kunne gjøre følelsene til en terapeutisk ressurs heller enn et hinder i arbeidet. I denne forbindelse er det behov for mer kunnskap om hvilke forutsetninger sykepleiere har for å reflektere over disse relasjonelle prosessene, og om den manglende teoretiske og begrepsmessige forankringen skyldes forhold ved videreutdanningen, organisasjonen eller sykepleierne selv. Miller (1964) påpekte i

sitt essay for 47 år siden at til tross for nevneverdige forsøk syntes det som om kunnskap om menneskelig psykologisk dynamikk enda ikke hadde nådd sykepleieprofesjonen tilstrekkelig. Om dette er tilfellet også i dag er usikkert, men et økt fokus på den kompliserte psykologiske dynamikk i arbeidet med BPF må likevel antas å kunne bedre både sykepleiernes relasjonskompetanse, interaksjonen med pasienten og behandlingsutfallet i akuttpsykiatri.

Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at sykepleierne opplevde en overvekt av negative følelser i relasjon til pasienter med BPF. Analysen viser også at sykepleierne hadde en manglende begrepsmessig og teoretisk referanseramme for å forstå sine følelsesmessige reaksjoner.

Referanser

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Binder, P. E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H., & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 43, 899-908.
- Bland, A. R., Tudor, G., & Whitehouse, D. M. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212.
doi:10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691. doi:10.1080/10503307.2010.504242
- Eide, T. M. O. (2003). *Motoverføringsreaksjoner i profesjonell kommunikasjon: Nøkkelen til profesjonell vekst i sykepleieyrket. En teoretisk litteraturstudie* (hovedfagsoppgave). Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, Trondheim.

- Ens, I. C. (1998). An analysis of the concept of countertransference. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 273-281. doi:10.1016/S0883-9417(98)80037-X
- Ens, I. C. (1999). The lived experience of countertransference in psychiatric/mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(6), 321-329. doi:10.1016/S0883-9417(99)80064-8
- Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline* (5. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on thereptic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1) 33-40. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341. doi:10.1016/0883-9417(93)90051-W
- Friis, S., & Vaglum, F. (1999). *Fra idé til prosjekt: en klinisk innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. doi: 10.1002/jclp.1065
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th. ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gallop, R., & O'Brien, L. (2003). Re-establishing psychodynamic theory as foundational knowledge for psychiatric/mental health nursing. *Issues Mental Health Nursing*, 24(2), 213-227. doi:10.1080/01612840305302
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.

- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 104-116. Hentet fra <http://www.jpapr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/10/2/104>
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 660-666.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 571-584. doi:10.1348/147608306X112984.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Keefe, T. (1976). Empathy. The critical skill. *Sosial work*, 21(1), 10-14.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2 utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentzen, S. (2009). Miljøterapi av borderlinepasienter: Fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Matrix*, 26(1), 162-176.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg.). Oslo: universitetsforlaget.

- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health, 12*(6), 595-612. doi:10.1080/09638230310001627955
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(3), 243-256.
doi: 10.1348/01446650360703366
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford Press.
- Miles, M. W. (1993). The evolution of countertransference and its applicability to nursing. *Perspectives in Psychiatric Care, 29*(4), 13-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.1993.tb00424.x
- Miller, A. A. (1964). Therapeutic resources in state hospitals: the psychiatric Nurse. *Comprehensive Psychiatry, 5*(2), 122-127. doi:10.1016/S0010-440X(64)80022-5
- Nerdrum, P. (2011). Om empati. I: H. M. Rønnestad og A. von der Lippe (red.) *Det kliniske intervjuet med ulike klientgrupper: Bind II* (s. 53-76). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- O'Brien, L. (1998). Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 7*(4), 172-183.
- O'Kelly, G. (1998). Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 28*(2), 391-397. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00638.x
- Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services, 54*(10), 1388-1394. Hentet fra <http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/54/10/1388>

- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 702-708. doi:10.1097/NMD.0b013e318186de80
- Rønnestad, M. H., & Lippe, A. L. von der (2011). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I: H. M. Rønnestad og A. von der Lippe (red.) 2 utg. *Det kliniske intervjuet med ulike klientgrupper* (s. 13-24). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128,(9), 1066-1069. Hentet fra http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1685473
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 45(8), 939-948. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61880&a=2

ARTIKKEL 2

Organisatoriske betingelser for sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse

Mirjam Wold og Ane Selma Ovedal

Høgskolen i Oslo

2011

Master i psykisk helsearbeid

Avdeling for sykepleie, helsefag og samfunnsfag

Sammendrag

Sykepleiere som arbeider i akuttpsykiatriske avdelinger opplever store utfordringer i møte med pasienter som har borderline personlighetsforstyrrelse (BPF), og pasienten kan ha stor innvirkning på personalgruppen som helhet. Systematisk tilrettelegging av ulike møtevirksomhet og veiledning kan være til hjelp for å håndtere de ulike utfordringer som oppstår, men det foreligger manglende forskning på området. Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling opplever og forstår følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPF i lys av organisatoriske rammebetingelser. Semi-strukturerte intervjuer av syv sykepleiere ble gjennomført og to hovedtemaer ble funnet: følelsesmessige utfordringer i personalgruppen, og former og arenaer for kommunikasjon. Resultatene viste at sykepleierne opplevde pasientens splitting som den største utfordringen i personalgruppen, noe som ledet til store uenigheter og diskusjoner. Analysen viste også at manglende organisatoriske tilrettelegginger, som et overordnet fagsyn og usystematisk veiledning, syntes å gjøre personalgruppen sårbare for splitting prosesser.

Nøkkelord: borderline personlighetsforstyrrelse, psykiatrisk sykepleie, akuttpsykiatri, klinisk veiledning.

Abstract

Nurses find it challenging to work with patients with borderline personality disorder (BPD) hospitalized in the acute psychiatric ward, where the patient can have a major impact on the staff group as a whole. The facilitation of being able to work with the various challenges that arises seems important and helpful, although there is a lack of research in this area. The purpose of this qualitative study was to examine how nurses in acute psychiatric ward experience and understand the emotional reactions in the work of BPD in the light of organizational factors. Semi-structured interviews of seven nurses were conducted, and two main themes were found: Emotional challenges in the staff group, and methods and arenas for communication. The results showed that the phenomenon splitting was seen as the biggest challenge to occur in the staff group, which led to major disagreements and discussions. In addition, there was unsystematic facilitation of being able to work with various challenges. The analysis also showed that lack of organizational

arrangements, such as unsystematic clinical supervision, seemed to make the staff group vulnerable to splitting processes.

Keywords: borderline personality disorder, mental health nursing, acute psychiatry, clinical supervision.

Introduksjon

Det kan være utfordrende å arbeide i en sykehusavdeling der helsepersonell tar del i en større organisasjon hvor alle med sine ulike roller skal inngå i relasjoner til hverandre (Schjødt & Heinskou, 2007). Enkelte prosesser som oppstår i avdelinger og personalgrupper kan medføre hva Schjødt og Heinskou (2007) kaller ”kortslutninger av realitetssansen” (s.27). Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er fra fag- og forskningslitteratur kjent for å være relasjonelt utfordrende for sykepleiere og annet helsepersonell i sykehusavdelinger, der de stiller krav til personalets toleranse og samarbeidsevner, samt frustrasjonsnivå (Bland & Rossen, 2005; Gabbard, 2005; Lorentzen, 2009; O’Brien & Flöte, 1997; Schjødt & Heinskou, 2007). BPF karakteriseres av et ustabilt stemningsleie, nedsatt impuls kontroll og selvdestruktive handlinger. De har lite kontroll over eget sinne og har tendenser til konfliktsøkende adferd (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Pasientenes ustabilitet i nære relasjoner er tett knyttet til deres betydelige frykt for å bli avvist og forlatt (Bland & Rossen, 2005; Karterud et al., 2010). I akuttpsykiatriske avdelinger innlegges pasienten ofte i forbindelse med krisereaksjoner som har utløst selvskading eller selvmordsatferd (Mehlum & Jensen, 2006; Paris, 2008; Sosial- og Helsedirektoratet, 2008).

I faglitteraturen forstås følelsesmessige utfordringer som oppstår i sykehusmiljøet hovedsakelig i forbindelse med pasientens bruk av primitive forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikasjon (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007; Gabbard, 2005; Lorentzen, 2009). Resultatet av pasientens splitting og projeksjoner beskrives ofte å føre til motoverføringsreaksjoner hvor personalet inntar helt ulike roller og oppfatninger av pasienten og behandlingen. Utfordringer i tilknytning til splitting har lenge vært kjent. Lorentzen skrev i 1983 om hvordan motoverføringsreaksjoner kan oppstå i et sykehusmiljø på bakgrunn av pasientens spesielle interpersonlige struktur. Artikkelen ble etter forespørsel publisert på nytt i 2009 og tyder

på at temaet oppleves like aktuelt i dag. Bland, Tudor, og Whitehouse (2007) gjorde en litteraturgjennomgang av sykepleieutøvelsen for innlagte pasienter med BPF, der splitting og manipulering var fremtredende i hva sykepleiere formidlet som utfordrende.

Litteraturgjennomgangen viste i tillegg at pasienter med BPF kunne ha en tendens til å påvirke hele det tverrfaglige miljøet. I en kvalitativ studie gjennomført av Woollaston & Hixenbaugh (2008) ble det beskrevet at sykepleierne opplevde at pasienter med BPF hadde full kontroll over personalgruppen og avdelingsmiljøet. Studien viste at sykepleierne opplevde at pasienten forsøkte å splitte personalet. Sykepleieforskning beskriver samtidig at sykepleiere som arbeider i sykehusavdelinger har negative holdninger overfor pasienten med BPF (Westwood & Baker, 2010). Pasientgruppen blir gjerne oppfattet og omtalt som manipulerende, splittende og oppmerksomhetssøkende, og enkelte av utfordringene som oppstår kan være relatert til følelsesmessige reaksjoner som hjelpeløshet, sinne, frustrasjon, ønske om å redde pasienten, hat og angst (Gabbard, 2005; O'Brien, 1998; O'Brien & Flöte, 1997; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Det er imidlertid ikke verifisert at pasientens splitting kan forårsake de utfordringer og uenigheter som oppstår i en personalgruppe (O'Brien, 1998).

For å kunne jobbe effektivt sammen i en sykehusavdeling der pasienter med BPF innlegges, er det viktig med kontinuerlig veiledning og god kommunikasjon innad i personalgruppen (Berg et al., 2007; Jørstad, 1984; Lorentzen, 2009; Schjødt & Heinskou, 2007). Psykiatriske sykepleiere utgjør den største kliniske faggruppen i sykehusmiljøet, og flere forfattere påpeker behovet for et bedre tilbud om klinisk veiledning for å øke kunnskap og forståelse av pasienten, for dermed å bedre kvaliteten på relasjonen og øke egen kompetanse (Bergman & Eckerdal, 2000; Bland & Rossen, 2005; Bland et al., 2007; Cleary, Siegfried, & Walter, 2002; Commons Treloar, & Lewis, 2008; O'Brien & Flöte, 1997; Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Det har kun latt seg gjøre å finne en artikkel som omhandler klinisk veiledning for sykepleiere knyttet direkte til pasienter med BPF (Bland & Rossen, 2005). Artikkelen fremstår som en fagartikkel som beskriver den utfordrende adferden pasienter med BPF har, for så å relatere det til behovet for klinisk veiledning for sykepleiere. Det har ikke latt seg gjøre å finne empiriske studier som direkte knytter tilrettelegging av klinisk veiledning for psykiatriske sykepleiere til arbeidet med BPF.

Klinisk veiledning blir i faglitteratur ansett å kvalitetssikre arbeidet som utføres og forbedre kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet, men organisatoriske faktorer kan også

hindre muligheten for tilrettelegging av klinisk veiledning (Cleary, Horsfall, & Happell, 2010). Bergman og Eckerdal (2000) fant at samtlige helsepersonell som arbeidet med pasienter med BPF hadde et ønske om å være kompetente nok til å møte pasientens behov og derfor ville motta mer klinisk veiledning og undervisning enn det som allerede var av tilbud i enheten. To nyere studier (Buus, Angel, Traynor, & Gonge, 2010; Gonge & Buus, 2010) viser at det foreligger variasjoner og ulike forklaringer på hvor ofte psykiatriske sykepleiere deltar i veiledning, hvordan organisasjonen tilrettelegger for klinisk veiledning og hvordan sykepleiere opplever å delta i klinisk gruppeveiledning. Gonge og Buus (2010) gjennomførte en kvantitativ studie der de undersøkte psykiatriske sykepleiere ved ni psykiatriske avdelinger og fire kommunale psykiatriske institusjoner. Hensikten var å undersøke hvor ofte de deltok i veiledning, og om det forelå forbindelser mellom individuelle og arbeidsrelaterte faktorer. Resultatene deres viste at over en periode på tre måneder, var det ingen sykepleiere fra de psykiatriske sykehusavdelingene som deltok i veiledningen. Turnusarbeid var en innvirkende faktor for de som ikke deltok, kombinert med hvilke prioriteringer som syntes å foreligge i avdelingen (Gonge & Buus, 2010). Å delta i klinisk veiledning er forventet å bidra til økt klinisk kunnskap og kompetanse, økt jobb tilfredshet, forbedret pasientbehandling, sterkere profesjonell og personlig selvbevissthet, øke team-følelsen og bedre faglig samarbeid (Berg & Hallberg, 2000; Buus et al., 2010). Imidlertid finnes det lite empirisk kunnskap som kan bekrefte dette (Berg & Hallberg, 2000). Buus et al. (2010) intervjuet 22 psykiatriske sykepleiere om det å delta i klinisk gruppeveiledning. Resultatene viste at den kliniske effekten av å delta i gruppeveiledning var både begrenset og kortsiktig. Høye arbeidskrav og mye arbeidspress i avdelingene ledet til usystematisk tilrettelegging (Buus et al., 2010). På grunn av den manglende tilretteleggingen brukte sykepleierne i denne studien i stedet mer uformelle arenaer for å lette på egne følelser.

Faglitteratur påpeker at det mest fundamentale en sykehusavdeling gjør, er å ha fokus på hvordan personalgruppen konstruktivt skal forholde seg best mulig til pasienter og deres lidelse (Larsen, 2004; Schjødt & Heinskou, 2007). Det er derfor viktig at medlemmer av personalgruppen jevnlig deltar i tilrettelagte arenaer som veiledning og annen møtevirksomhet (Larsen, 2004; Lorentzen, 2009; Schjødt & Heinskou, 2007). En svakhet ved studiene om klinisk veiledning er at de ikke direkte er knyttet til pasienter med BPF, og at det mangler beskrivelser om hvorvidt akuttpsykiatriske avdelinger inngår i undersøkelsene. Studiene er Skandinaviske, noe som kan tilsa at de organisatoriske, kulturelle og ideologiske forholdene er tilnærmet likt

forholdene ved psykiatriske sykehus i Norge, selv om man skal være forsiktig med å direkte generalisere funnene da ulikheter kan forekomme (Friis & Vaglum, 1999). Det er likevel grunn til å anta at de samme tendensene kan foreligge her.

På bakgrunn av den ufullstendige empiriske forskningen på området og egen erfaring fra akuttpsykiatrisk avdeling, var hensikten med denne studien å undersøke hvordan sykepleiere opplever og forstår følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med BPF i lys av organisatoriske rammebetingelser. To forskningsspørsmål ble utarbeidet:

-Hvilke følelsesmessige utfordringer opplever sykepleieren at det oppstår i personalgruppen?

-Hvordan tilrettelegger enhetene for at sykepleiere skal kunne arbeide med følelsesmessige reaksjoner, og hvordan opplever sykepleieren denne tilretteleggingen?

Metode

Studien er inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori.

Deltakere og rekruttering

Informantene ble rekruttert ved skriftlig henvendelse til psykiatriske akutt avdelinger fra fire enheter ved tre ulike sykehus. Et informasjonsskriv ble sendt ut til ledere ved de aktuelle enhetene, som så bidro med hjelp til å rekruttere informanter. Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter hvor inklusjonskriteriene var videreutdanning i psykisk helsearbeid og minimum to års erfaring fra akuttpsykiatri. Inklusjonskriteriene hadde som formål å best sikre informasjonsrikdom i materialet. Utvalget bestod av de første som meldte sin interesse: syv psykiatriske sykepleiere i alderen 28-58 år, der seks var kvinner og en var mann. Arbeidserfaringen fra akuttpsykiatri var mellom tre til 15 år. Intervjuene ble gjennomført i november 2010.

Datainnsamling og prosedyre

Et semi-strukturert intervju ble benyttet for datainnsamlingen, der en intervjuguide var utformet på forhånd med temaer som var ønsket belyst. Temaene tok utgangspunkt i erfaring, teori og forskning, og intervjuguiden ble i forkant delt i to hovedtemaer: organisatoriske og

individuelle forhold. Resultatene fra de individuelle forholdene som hadde betydning for opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner er presentert i egen artikkel.

Under de organisatoriske forholdene spurte vi etter hvilke utfordringer sykepleieren opplevde kunne oppstå i personalgruppen i arbeidet med pasienter med BPF, om de opplevde at rammene og rutinene i avdelingen muliggjorde arbeidet med pasienten, samt hvordan tilretteleggingen ble opplevd.

To prøveintervjuer ble gjennomført for å kvalitetssikre intervjuguide og intervjuteknikk. Intervjuene hadde en varighet på gjennomsnittlig 60 minutter per informant, og ble gjennomført på informantenes egen arbeidsplass ved egnede møterom reservert for anledningen. Intervjuene ble transkribert ved hjelp av hva Malterud (2003) beskriver som ”slightly modified verbatim mode” (s.79), som betyr at teksten i noe grad ble redigert under utskriften.

Etiske overveielser ble reflektert over gjennom hele studien. Skriftlig informasjon ble sendt til informantene med orientering om frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. Informasjonsskrivet inneholdt i tillegg orientering om oppbevaring av datamaterialet, konfidensialitet og anonymitet. Informantene ble informert om at begge forskere ville være tilstede under intervjuene, og ble gitt mulighet for å kunne reservere seg mot dette. Skriftlig samtykke for deltakelse ble samlet inn i forkant av intervjuene, og informasjon om studien og deltakelsen ble samtidig gjentatt muntlig. Det ble gitt anledning for tilgang til transkribering av materialet, samt avklart om informanten ønsket å bli kreditert ved navn i studien. Ingen ønsket kreditering, og kun en deltaker ønsket å lese transkriberingen.

Prosjektsøknad for studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) i løpet av sommeren 2010.

Analyse og tolkning

Analysen ble gjennomført ved bruk av ”meningsfortetting” slik den er beskrevet av Kvale & Brinkmann (2009, s. 212-213). Analysemetoden er en trinnvis metodisk tilnærming inspirert av Giorgi (2009), basert på en fenomenologisk filosofi. Meningsfortetting betyr å forkorte uttalelser fra informantene til meningsenheter, altså sitater. Fremgangsmåten består av fem trinn: 1. Få et helhetsinntrykk. 2. Trekke ut meningsenheter slik de uttrykkes av informanten. 3. Trekke ut tema som er essensielle for meningsenheten. 4. Studere meningsenheten i forhold til studiens formål. 5. Binde sammen essensen av intervjuet i en beskrivende form.

Helhetsinntrykket av de organisatoriske forholdene var at sykepleierne opplevde pasientens splitting som den største utfordringen i personalgruppen, og at de organisatoriske tilretteleggelsene for å håndtere utfordringene fremsto som usystematiske (trinn en). Meningsenheter ble så trukket ut for hvert intervju slik de ble uttrykt av informantene, og satt inn i en matrise for å få en oversikt (trinn to). Tema ble deretter identifisert for de ulike meningsenhetene (trinn tre). Det ble identifisert 13 temaer ut i fra de meningsbærende enhetene under organisatoriske forhold, som etter trinn fire utgjorde to hovedtemaer med fire tilhørende undertemaer. Se tabell 1.

Tabell 1. *Temaer identifisert for organisatoriske forhold*

Hovedtema	Undertema
Følelsesmessige utfordringer i personalgruppen	- Splitting
Former og arenaer for kommunikasjon	- Organisering av avdelingen og miljøet - Ventilering - Formell veiledning

Til teksten er det tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmann (2009,s.220-221) sine tre analytiske spørsmål: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

Analyseresultatene ble tolket ut i fra et psykodynamisk perspektiv.

Resultater

Følelsesmessige utfordringer i personalgruppen

Sykepleierne fortalte om en arbeidshverdag preget av ulike utfordringer som påvirket følelsene i personalgruppen. De opplevde pasientens innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling som en utfordring, da de mente det forelå et behov om behandling over lengre tid. Sykepleierne følte at dette ikke var noe enheten kunne imøtekomme. De mente pasienten kun ble til ”oppbevaring” i påvente av videre behandling, eller det forelå ”ingen tilbud om behandling” i akuttavdelingen. Forståelsen av behandlingen til pasienten med BPF var felles for alle sykepleierne; pasienten profiterte ikke på innleggelse, de skulle kun innlegges ved kriser som ikke kunne håndteres andre steder, og innleggelsene skulle tilstrebes å være basert på frivillighet. Målet med behandlingen var at pasienten først og fremst skulle stabiliseres med tanke på selvmordstanker/planer og

selvdestruktiv adferd, og det skulle tilstrebes tilbud om korte opphold ved kriser. Til tross for at det forelå en felles forståelse for behandlingsmålet, formidlet seks av syv informanter at det ikke eksisterte et felles fagsyn i enhetene.

Særlig ett tema kom frem i analysen som ble ansett som en følelsesmessig utfordring av informantene, og det var splitting.

Splitting

Samlet forståelse av splitting ble beskrevet ved at pasienten var selektiv i forhold til hvem de ville ha som kontaktperson, der de uttrykte høyt hvem de likte og ikke likte. Splitting ble opplevd både som manipulering og devaluering av informantene. Samtidig ble det påpekt at pasienten regrederte under innleggelsen, som igjen skapte konflikter når det nærmet seg utskrivelse. At pasienten knyttet bånd til enkelte av miljøpersonalet og behandlere ble ansett som uheldig, og spesielt konfliktfylt syntes dette å være når flere med BPF var innlagt samtidig fordi det ”splittet miljøpersonalet”. Informantene ga et inntrykk av at pasienten skapte konflikter i personalgruppen, og dermed splittet miljøet: ”Det her med splitting kan jo være veldig vanskelig i forhold til miljøet. Man kan se at det blir veldig mye klikkete og dårlig forhold mellom oss som behandlergruppe og pasientgruppen”. Videre ble det formidlet at enkelte ansatte kom bedre overens med pasienten enn andre og derfor involverte seg mer. Polarisering i gruppen kunne oppstå: ”Det blir jo mye diskusjoner i avdelingen når en slik pasient blir innlagt. Det er mye splitting og manipulering og litt sånne ting. Noen synes pasienten er grei og noen synes ikke det og så blir det mye diskusjoner”.

Flere av informantene mente at pasienten hadde for lange innleggelser, og hovedsakelig ble det beskrevet ulike meninger om hvordan pasienten skulle behandles, hvem som skulle gjøre hva og hvordan. Overlegen ble nevnt hos de fleste informanter til å ha den største innvirkningen på ulike avgjørelser omkring behandlingen, som syntes å bidra til konsekvenser for den miljøterapeutiske tilnærmingen. Overlegens innvirkning opplevdes ikke utelukkende positivt fordi det kunne føre til skiftninger i behandlingssynet som preget personalet og også forvirret pasientene:

Hans eller hennes tankegang kommer igjennom og blir veldig styrende. Så jeg blir litt skuffet på miljøpersonalets vegne når de kan styre hele tankegangen så mye, det sier litt

om hvilken konsistens det er vi driver med i dag. Med en vikar for eksempel, så fungerer de kanskje på en helt annen måte, og så er vi over på noe helt annet.

Usikkerhet rundt hva som var riktig behandling ledet til forskjellige uenigheter og diskusjoner på gruppenivå. Uenighetene og diskusjonene ga følelsesmessige reaksjoner som for eksempel oppgitthet, sinne og frustrasjoner. En polarisering mellom sykepleierne og behandlergruppen oppstod, som førte til det som ble beskrevet som en ”oppgitthetsfølelse”. Polariseringsen og oppgitthetsfølelsen synes å henge sammen med de reaksjonene som preget personalgruppen allerede før pasienten kom inn i avdelingen, erindringen om tidligere erfaringer, og de mange kravene sykepleierne opplevde at pasienten stilte. Enkelte informanter fortalte at de kunne både se og føle på stemningen når man satt på et inntaksmøte og hørte at en pasient med BPF skulle innlegges: ”vi kan nesten se hvordan skuldrene går opp og det blir litt sånn; å nei”. Andre uttrykte at man ofte husket tilbake på hvordan tidligere innleggelser var, at man da ble veldig sliten, og lurte på hvordan det skal gå denne gangen. Noen få informanter formulerte også at pasienten ”krever” mye, ofte mer enn hva de oppfattet at enheten kunne gi dem tilbud om.

I tillegg til at respondentene generelt beskrev uenigheter, forelå det antydning til motsetningsforhold om hva som var best å gjøre når det oppstod konflikter. Noen få sykepleiere beskrev hvordan detaljerte behandlingsplaner kunne ha en beroligende effekt på personalgruppen som helhet, siden det også viste seg å stabilisere pasientens uforutsigbarhet og ustabilitet, og dermed ”roe ned personalgruppen”. Andre mente det ikke var så enkelt, og at grunnspørsmålet ofte var hva man kunne kreve av pasienten innlagt i en akutt krise preget av sterke affekter; ”der er det jo uenighet i personalgruppen,- der har du den evige diskusjonen”. Et viktig element som for de fleste kom frem i denne sammenhengen, var betydningen av å kommunisere til hele personalgruppen om hva som ble bestemt. Her formidlet informantene hvor vesentlig det var at alle skulle ”respektere” avgjørelsene, og at de ikke skulle ”vike” fra behandlingstiltakene.

To store utfordringer som ledet til diskusjoner og uenigheter innad i personalgruppen, var husregler og utskrivelser. Fem av syv opplevde at det fantes en felles enighet i behandlingsteamet om at de skulle ”stå samlet” i møte med pasienten, og spesielt tydelig ble dette når personalgruppen møtte på utfordringer. Det ble da poengtert og formidlet på behandlingsmøtene at personalgruppen som helhet skulle ”stå i det, ha is i magen”, eller ”stå sammen og skjerpe oss”. Først og fremst ble dette beskrevet til å oppstå når miljøpersonalet måtte sette grenser for pasienten, med grunnlag i husregler. Regler og struktur ble fremhevet som viktig for

personalgruppen på grunn av pasientens utflytende og ustabile følelsesliv, men syntes også å medbringe konflikter i personalgruppen; enkelte mente at regler ikke måtte følges hele tiden; ”de kan brytes innimellom”, - mens andre igjen fortalte at regler hadde liten hensikt fordi det ble opplevd for lettvtint og teknisk i det daglige arbeidet. Uenighetene kunne lede til diskusjoner og konflikter: ”En del er veldig strenge, og en del gir kanskje mer etter (...). Da kan man vike mye og det blir konflikter”.

Analysen viste at selv om regler i utgangspunktet ble oppfattet forskjellig, ble deres betydning tydelig så fort det oppstod vanskeligheter med pasienten: ”Noen ganger må man jo bare følge reglene (...) Man må jo ikke følge det som ikke er så alvorlig, men når det virkelig gjelder så må man jo”.

Når det gjaldt utskrivelse av pasienten fremkom det en forbindelse mellom pasientens destruktive adferd og behandlerens avgjørelse knyttet til behandlingen. Sykepleierne opplevde at pasienten regrederte når det nærmet seg tidspunkt for utskrivelse, der de økte den selvdestruktive adferden og trusselen om selvmord. Den selvdestruktive adferden og selvmordstruslene frembrakte usikkerhet og oppgitthet i personalgruppen, og informantene knyttet det til en følelse av at man ikke fikk gjort så mye med pasienten i en akutt post:

De blir i avdelingen, de tør ikke å skrive dem ut fordi de regrederer (...) Det er mange som føler seg oppgitt, for man får jo ikke gjort så mye med dem på en akuttpost (...) Vi har faktisk hatt pasienter som har vært her i mange måneder som overlegen ikke har turt å skrive ut fordi de er kronisk suicidale, eller usikker på om de er suicidale.

Flere respondenter opplevde det som vanskelig å forholde seg til de lange oppholdene, spesielt tydelig kom dette frem i sammenheng med at de fleste hadde ”en policy” om at pasienten kun skulle ha tilbud om korte opphold. De fleste beskrev hvordan irritasjon og frustrasjon oppstod når man ikke fikk skrevet pasienten ut, og knyttet dette til de ”mange følelsene som man blir så prega av”. Det forelå også en ytring om at miljøpersonalet var tryggere på at pasienten ikke var suicidal enn hva mange behandlere var, og at sykepleierne av den grunn ”snakker mye bak ryggen til overlegen”. Eller som en sykepleier sa; ”så blir man irritert på den legen som har bestemt det, og så blir det sånn surmuling”.

Former og arenaer for kommunikasjon

Organisering av avdelingen og miljøet

Rammene som hadde størst innflytelse på håndteringen av følelsesmessige reaksjoner ble av informantene beskrevet til å være husregler, tid til faglig utvikling og møtevirksomhet. De fleste avdelingene arbeidet i grupper rundt pasienten kalt ”mini-team”, bestående av primærkontakt (sykepleier), overlege, assistent lege, og i noen tilfeller enten psykolog eller ergoterapeut og fysioterapeut. Tverrfaglighet og høyt faglig nivå ble fremhevet som positivt for arbeidsmiljøet. Tilrettelegging av ulike arenaer for kommunikasjon, som for eksempel veiledning, ble trukket frem som det viktigste elementet for å arbeide med følelsesmessige reaksjoner. Å kunne prate og diskutere med egne kollegaer om følelsesmessige reaksjoner som oppstod fremstod som betydningsfullt. Videre uttrykte sykepleierne at det måtte foreligge tid til å mestre ulike utfordringer, samt ha tilbud om undervisning, seminar og kurs.

Samtlige informanter fikk spørsmål om hvordan de opplevde at følelsesmessige reaksjoner ble håndtert i avdelingen. De fleste uttrykte at de opplevde at avdelingen tilrettela for å arbeide med dette, og det ble beskrevet at å jobbe aktivt med følelsesmessige reaksjoner som oppstod i arbeidet var ”veldig viktig” og nyttig både for personalgruppen som helhet og for pasienten. Enkelte mente at kommunikasjon var nødvendig for å unngå konflikter i personalgruppen, og man så det som utelukkende positivt å prate sammen av ulike grunner; noen mente det var en fordel fordi personalgruppen ble bedre kjent med hverandre, stod mer samlet som en gruppe som kunne møte pasienten mer likt, og det var fint å ”vite at andre kan kjenne på de samme følelsene som en selv”. Andre påpekte hvordan pasienten kunne merke følelsene som oppstod, og igjen hvilken implikasjon dette kunne ha på personalgruppen;

Man tenker vel at hvis man går og bærer på ting, så vil jo pasienter merke det. Og også hvis vi ikke får ventilert eller snakket om det så kan det spre seg en slags ukultur i personalgruppen. Og det er vanskelige ting å jobbe med og det trenger vi å snakke om (...) Hvis man for eksempel har hatt noe som har gjort at veiledningen har måttet utgå, så kan det samle seg litt sånn negativ energi.

Resultatene viste imidlertid motstridende forhold mellom informantenes opplevelse av hva som forelå av kommunikasjonsarenaer, og faktiske tilfeller. Det forelå lite systematikk i arenaene for kommunikasjon som ble beskrevet. De arenaer som ble nevnt for å kunne arbeide med følelsesmessige reaksjoner kunne deles i to; ventilering og formell veiledning.

Ventilering

Ventilering som arena handlet om generelle utblåsninger av følelsesmessige reaksjoner som ble delt med de nærmeste kollegaene på et her-og-nå nivå.

Samtlige respondenter fortalte at kollegaer ble anvendt for dette formålet. Opplevelsen av aksept og støtte var viktig når de for eksempel erfarte å bli sinte eller frustrerte på pasienten. Det var rom for å si i fra, og det var lov å uttrykke eget sinne. Mange sa at de brukte vaktrommet som en ventilasjonsarena der de kunne lufte seg uten at det ble tatt verken tungt eller høytidelig av kollegaene. Enkelte opplevde dette positivt fordi de bedre greide å håndtere utfordringene som oppstod i møte med pasienten, mens andre ikke så nytten av dette i det lengre løp; ”vi må puste som personal, så det gjelder å ha muligheten til å kunne sette seg på personalrommet med ryggen til og puste ut og kanskje få utløp for frustrasjoner. Men samtidig er det ikke nok”.

Fire stykker fortalte om innføring av ”overlapping/evaluering/oppsummering mellom vaktene” der målet var at personalet skulle få snakke ut om det de hadde opplevd i løpet av dagen med pasienten. Tre av informantene syntes ikke dette fungerte optimalt, fordi de som oftest hadde hastverk med å komme seg hjem og var ”sliten og lei på slutten av dagen”. Samtaletemaene var overflatiske med bruk av mye humor, der personalet sjelden kom i dybden på det som skulle snakkes om. Én uttrykte også at det var avhengig av hvem som hadde ansvarsvakt den dagen i forhold til konstruktivitet.

I tillegg til det som allerede er nevnt, kom det frem i analysen at ”behandlingsmøter, mini-team møter og miljømøter/personalmøter” også var arenaer der det var mulig å kommunisere om ulike utfordringer som oppstod. Enkelte nevnte blant annet behandlingsmøter som en slik arena der utfordringer rundt pasienten ble tatt opp, men sjelden var temaet hva pasienten gjorde med gruppen. Det essensielle innholdet var å lage konkrete behandlingsplaner for pasienten, som skulle videreformidles til resten av personalgruppen. Dette skulle ”respekteres” av alle. I mini-teamene ble overlegen eller psykologen brukt for å ta opp følelsesmessige reaksjoner eller andre utfordringer som oppstod. Fire sykepleiere tilsammen nevnte at deres overleger og/eller psykologer hadde en sentral rolle som intern veileder.

Formell veiledning

Dette var en arena tilrettelagt fra enheten sin side for å kunne arbeide med positive og negative utfordringer som oppstod i personalgruppen. Veiledningene ble ledet av enten en ekstern eller en intern veileder. Informantene beskrev at veilederne ofte var en overlege eller en psykolog. Ved interne veiledninger kom det frem at det ofte var overlegen eller psykologen som tok initiativet.

Av samtlige som ble spurt, meddelte to informanter at deres enhet ikke hadde noen form for regelmessig veiledning, og at det tidligere kun hadde eksistert ved behov. I en enhet var veiledning etterspurt, men ble ikke opprettet grunnet økonomi. En annen påpekte at personalgruppen kunne sette seg ned ”når de måtte”, men at det gjerne ble mer ad-hoc og ikke satt i system slik at det ble en del av hverdagen. Mindretallet opplevde at eksterne veiledninger fungerte optimalt, da det ofte var stort frafall og kontinuiteten var dårlig. Årsaken til dette var ”det daglige stresset, travelheten, folk glemmer det, man går i turnus; det blir for vanskelig å få det til å henge sammen og få tid, få en gruppe som møtes jevnlig”. Det kom også frem at det ikke følte som om de fikk gått i dybden på de følelsesmessige reaksjonene og opplevelsene som oppstod knyttet til pasientkontakten.

Ved en enhet var kontrasten stor til den manglende systematikken i tilrettelegging for veiledning og møtevirksomhet som til nå er beskrevet. To informanter fortalte at de ved sin enhet var flinke til å snakke sammen om pasienter som berørte dem både positivt og negativt: ”Her får man sagt mye og vi er på en måte innforstått med at her føler vi mye”. I denne enheten forelå det systematisk møtevirksomhet og veiledning med eksterne veiledere, tverrfaglige veiledninger for alle med tre-årig høgskoleutdanning annenhver uke, og i tillegg til ved behov.

De fleste informantene fortalte at fokuset i veiledningene ofte var på pasienten og hvordan behandlingen skulle foregå, heller enn på følelsesmessige utfordringer. Én beskrev for eksempel hvor lett det var at veiledningene kunne gå over til å bli behandlingsmøter ”fordi man så lett kommer bort fra egne følelser”. Veiledningene manglet faglig innhold selv om det ble fremhevet som viktig. Enkelte påpekte at selv om jobben deres var å prate om følelser med pasienten, ble det noe helt annet når de skulle snakke med kollegaer om det. Ærlighet hos den enkelte spilte også en rolle;

Det spørres hvor ærlig man tør å være også, fordi det er kollegaer, som har helt andre meninger og holdninger enn en selv (...) Kanskje man ikke kjenner dem så godt, kanskje du ikke vil ha noen for nær deg, eller kanskje du tar avstand.

Andre belyste det samme; det kunne bli for personlig og nært å snakke med kollegaer. Enkelte mente at de ikke "måtte dele" med andre så lenge man reflekterte på egen hånd, andre igjen påpekte hvor vanskelig det var å reflektere alene og derfor trengte noen å dele følelsene med. På denne måten kunne "følelsene bli felles", samtidig som det viste seg viktig å kjenne at kollegaene "står i ryggen på deg". I tillegg opplevde svært få at det eksisterte nok trygghet i personalgruppen til å kunne prate om følelsesmessige reaksjoner.

Diskusjon

Ved hjelp av dybdeintervjuer var hensikten med denne studien å undersøke hvilke følelsesmessige reaksjoner sykepleierne opplevde kunne oppstå i personalgruppen, hvordan enhetene tilrettela for å arbeide med følelsesmessige reaksjoner, og hvilken opplevelse sykepleierne hadde av tilretteleggingen.

Sykepleierne fortalte om en arbeidshverdag preget av ulike utfordringer som påvirket de følelsesmessige reaksjonene i personalgruppen, og i likhet med beskrivelser fra faglitteratur og sykepleieforskning om BPF innlagt i sykehusavdelinger, opplevde sykepleierne at splitting var den største utfordringen (Bland et al., 2007; Gabbard, 2005; Gabbard & Wilkinson, 1996; Lorentzen, 2009; Lotz, 1987; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Splitting som prosess i et sykehusmiljø i arbeid med BPF kan forstås på flere måter. Aller først ble splitting beskrevet av sykepleierne til å ha sitt utgangspunkt i pasientens fremstillinger av idealisering og devaluering av personalet, som følgelig synes å bli ytterligere komplisert av følelsesmessige reaksjoner som oppstod i personalgruppen og hos den enkelte terapeut/sykepleier. De følelsesmessige reaksjonene kan forstås som motoverføringsreaksjoner, og oppstod ved ulike utfordringer som ble beskrevet av informantene. Motoverføringsreaksjoner i personalgruppen synes spesielt å komme til syne ved pasientens utskrivelse fra enheten. Når pasienten skulle skrives ut, oppfattet sykepleierne at pasienten regrederte, økte sin selvdestruktive adferd og truet med selvmord. Motoverføringsreaksjoner synes å oppstå både hos sykepleierne og behandlerne. Resultatene tyder på at en polarisering mellom behandlergruppen og sykepleierne oppstår når pasienten

projiserer internaliserte objektrelasjoner over til enkelte medlemmer av personalgruppen. Behandlergruppen tar til seg en idealiserende rolle, mens sykepleierne tar til seg en devaluerende rolle. Pasienter med BPF blir ofte beskrevet til å presentere seg som syk overfor legen, og det motsatte overfor sykepleieren (Lotz, 1987), noe som kan være en forklaring på de oppståtte uenighetene og diskusjonene innad i personalgruppen ved utskrivelse av pasienten. Slik det fremkommer av resultatene, representerer pasientens indre selvrepresentasjoner ulike forhold som gjenspeiler seg i personalgruppen, derav polariseringen i mellom behandlergruppen og sykepleierne. Litteratur beskriver at ved innleggelse av pasienter med BPF i sykehusavdelinger skjer en spesiell form for splitting-prosess, der både intrapsykisk og interpersonlig splitting oppstår (Gabbard & Wilkinson, 1996). De interpersonlige sidene ved splitting, altså de mellommenneskelige reaksjoner som oppstår i personalgruppen, beskrives å ha klare sammenligninger til den intrapsyriske splitting som finner sted i pasienten (Gabbard & Wilkinson, 1996). I sykehusavdelinger identifiserer forskjellige personalmedlemmer seg ubevisst med pasientens ulike indre objekter, der pasientens indre verden spilles ut i enheten (Gabbard & Wilkinson, 1996; Schjødt & Heinskou, 2007). De følelsesmessige reaksjonene som oppstod knyttet til utskrivelse av pasienten synes altså å samsvare med motoverføringsreaksjoner.

Det var ikke kun i mellom behandlergruppen og sykepleiergruppen det oppstod en polarisering, men også i mellom sykepleierne. Denne polariseringen kom frem som et resultat av den andre store utfordringen som ble beskrevet, nemlig ved bruk av husregler. Bruk av regler og struktur i enhetene, i betydning husregler, synes sterkt å henge sammen med utskrivelsesprosessen av pasienten. Analyseresultatene viste at til tross for en faglig enighet om at pasienter med BPF ikke synes å oppnå positive behandlingsresultater ved kronisk selvmordsproblematikk innlagt i sykehusavdelinger (Mehlum & Jensen, 2006; Paris, 2008; Schjødt & Heinskou, 2007), ble flere pasienter ikke skrevet ut før etter mange måneder. Mehlum og Jensen (2006) beskriver at det ikke er sjelden at selv ved korte sykehusopphold kan pasienter med BPF oppleve forverring, for eksempel ved å involvere seg i negativt samspill med personalet. De forlengende innleggelsene til pasienten synes å forsterke og kontinuere det negative samspillet med sykepleierne. Som allerede beskrevet oppfattet sykepleierne at pasienten regrederte, økte sin selvdestruktive adferd og truet med selvmord når det nærmet seg utskrivelse. Ved de forlengende innleggelser oppstod det en oppgitthetsfølelse hos sykepleierne, som kan forstås å henge sammen med pasientens sterke frykt for å bli avvist og forlatt. Den regressive

adferden og de økende selvmords truslene syntes å forsterke behovet for regler og struktur overfor pasienten. Ved innleggelser i sykehusavdelinger kan regressive lengsler etter omsorg og ansvarsfrihet hos pasienten med BPF vekkes, noe som er forbundet med frykten for å bli forlatt og sviktet (Schjødt & Heinskou, 2007). Resultatene i denne studien tyder på at sykepleierne opplever de ulike kravene som pasienten stiller til omsorg og ivaretagelse som en form for manipulering fra pasienten sin side som følgelig blir for vanskelig å håndtere. I stedet trekker de seg unna pasienten, eller blir mer rigide i forhold til regler og grensesetting. Det økte behovet for omsorg og ivaretagelse fra pasienten kan så bli forstått av sykepleierne som for intens. I stedet for at samtlige sykepleiere forholder seg til de intervensjoner og bestemmelser som på forhånd er forsøkt kommunisert, oppstår det uenigheter om hvorvidt det er viktig å følge regler eller ikke. Det igjen kan forstås som å skape mer forvirring og uforutsigbarhet for pasienten, fordi resultatet ofte blir at hele personalgruppen i enheten blir påvirket av pasientens ustabilitet og stadig skiftende affekter (Lotz, 1987; Shjødt & Heinskou, 2007). Når dette skjer, øker pasientens behov for å forsvare seg selv mot ubehagelige følelser, som en intens frykt for å bli avvist og forlatt. Pasienten kan protestere mot rigiditeten og den autoritære adferden som personalet igangsetter, som for eksempel ved bruk av regler og struktur. Personalet opplever da at pasienten splitter og manipulerer, og utfordringene og de følelsesmessige reaksjonene synes å bli opprettholdt.

Når personalet opplever at pasienten splitter og manipulerer, kan det være en gjenspeiling av pasientens indre verden (Gabbard, 2005). Ofte er det slik at personalgrupper som opplever å bli gjenstand for pasientens bruk av forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikasjon, heller anklager pasienten for å forsøke å splitte personalgruppen, enn å bevisstgjøre seg de ulike prosessene som oppstår (Gabbard & Wilkinson, 1996; Schjødt & Heinskou, 2007). De ulike prosessene kan bestå av angst, forvirring og irrasjonalitet (Larsen, 2004). Det som ofte blir oversett ved slike prosesser, er at pasienten ikke bevisst splitter, men at det er en ubevisst prosess som pasienten automatisk bruker for å opprettholde en følelsesmessig overlevelse (Gabbard & Wilkinson, 1996). Manipulering er sjelden en bevisst tilstand fra pasienten sin side, og noe som faktisk ikke inneholder en intensjon om å manipulere slik det kan oppfattes av personalgruppen (Schjødt & Heinskou, 2007). Følelsesmessige reaksjoner som oppstår kan også være et resultat av underliggende konflikter og ubevisste prosesser som ligger latent i personalgruppen (Schjødt & Heinskou, 2007). Underliggende konflikter og ubevisste prosesser kan komme til syne når ekstra press oppstår i enheten, som for eksempel ved innleggelse av pasienter med BPF.

Underliggende konflikter kan være tidligere opplevelser med pasienter som ikke er bearbeidet, eller manglende ledelse og utydelig kommunikasjon personalmedlemmer seg i mellom (Schjødt & Heinskou, 2007). Hvis medlemmer av personalgruppen ikke har kunnskap og bevisstgjør seg de ulike mekanismene som ligger til grunn for de dynamiske prosessene og konfliktene som kan oppstå, kan det bli en ”kortslutning av realitetssansen”, slik beskrevet innledningsvis (Schjødt & Heinskou, 2007, s. 27). Det betyr at intervensjoner som igangsettes ikke blir godt nok overveid, og irrasjonelle sider av arbeidet kan dermed få innflytelse på tilrettelegging av behandling for pasienten (Schjødt & Heinskou, 2007). Underliggende konflikter og ubevisste prosesser kan være nyttig å arbeide med, hvis en identifisering er mulig (Schjødt & Heinskou, 2007). I utgangspunktet kan konfliktene og prosessene fortelle noe om enheten og hva som trengs å jobbe videre med. Både Larsen (2004) og Schjødt og Heinskou (2007) beskriver at enheter med sine personalmedlemmer må ha fokus på hvordan de best skal kunne forholde seg effektivt og fornuftig til pasientene og deres lidelser. Uten bevissthet og refleksjon rundt de dynamiske prosessene som oppstår i personalgruppen, kan både sykepleiere og behandlere selv være med på å bidra til utfordringer og følelsesmessige reaksjoner som oppstår i møte med pasienter med BPF vedvarer (Jørstad, 1985; Larsen, 2004; Schjødt & Heinskou, 2007).

Resultatene i denne studien viste at det manglet en felles faglig forankring i enhetene. Flere av konfliktene i personalgruppen syntes å ha sin rot i ufullstendige organisatoriske tilrettelegginger som en manglende faglig definert miljøterapeutisk oppgave, uklar rolleforståelse, usystematisk møtevirksomhet og tilfeldig veiledning. Disse uklare organisatoriske forholdene kan tenkes å gjøre personalgruppen spesielt sårbare for splittingsprosesser. Så hvordan opplevde sykepleierne at enheten tilrettela for å arbeidet med utfordringer og følelsesmessige reaksjoner som oppstod? Flertallet av sykepleierne rettet lite oppmerksomhet på faktorer uavhengig av pasienten som kunne bidra til konflikter eller utfordringer og flertallet formidlet også at de var fornøyd med enhetenes tilrettelegging for håndtering av følelsesmessige reaksjoner. Larsen (2004) beskriver at uklarhet og usikkerhet i personalgruppen handler om hvordan den faglige oppgaven forstås, og hvordan den skal arbeides med. Han påpeker videre hvor viktig det er for organisasjonen å kontinuerlig jobbe med seg selv, sine regler og strukturer, samt se på det relasjonelle innholdet i avdelingen for å unngå konflikter. Ved å gjøre dette, bør det foreligge en åpenhet for å kunne snakke om det som oppleves som utfordrende, og spesielt blir det viktig når det gjelder sterke følelsesmessige reaksjoner: ”om organisasjonskulturen ikke uttrykker en slik

verdi, er sjansen stor for at vanskelighetene går under jorden, og begynner å leve sitt eget (ubevisste) liv” (Larsen, 2004, s. 104).

Resultatene av analysen viser manglende tilbud om klinisk veiledning, til tross for at de fleste sykepleierne formidlet at klinisk veiledning var det viktigste elementet for å arbeide med følelsesmessige reaksjoner. En forklaring kan være en grunnleggende misforståelse av definisjonen og intensjonen med veiledning. Cleary et al. (2010) beskriver at alle fagpersoner, inkludert ledelsen, må ha en klar forståelse av hvilken hensikt den kliniske veiledningen skal ha og hva den skal inneholde før den vellykket kan implementeres i akuttpsykiatriske avdelinger. En klar forståelse av hensikten med veiledning synes å mangle i sykepleiernes beskrivelser, fordi flere ulike arenaer for å arbeide med følelsesmessige reaksjoner nevnes. Først og fremst ligger sykepleiernes forståelse av veiledning at alt fra vaktrommet og egne kollegaer, til behandlingsmøter med interne veiledere som overlegen eller psykologen, ble brukt for å kommunisere om følelsesmessige reaksjoner. Litteratur beskriver at enkelte sykepleiere kan mistolke klinisk veiledning med andre former for støtte og læring, der de ofte kan tro de blir veiledet mens de egentlig ikke blir det (Cleary et al., 2010). En mistolking om betydningen av klinisk veiledning kan være en plausibel forklaring på de varierende beskrivelsene av kommunikasjonsarenaer som kom frem, mens en annen forklaring kan være avhengig av hva veiledning betyr for den enkelt enhet. Hvis enheten anser veiledning som en relevant kvalitetssikring av sykepleieutøvelsen og legger forholdene til rette for at det skal kunne være mulig (Cleary et al., 2010), kan det være slik som beskrevet ved en av enhetene; samtlige personal var flinke til å snakke sammen om hvordan pasienten med BPF berørte personalet både positivt og negativt. I denne konkrete enheten forelå det systematisk tilretteleggelse av ulike former for veiledning. I motsetning kom det frem at flertallet av informantene ikke hadde systematisk tilrettelegging av formell veiledning, noe som kan handle om at enheten ikke anser veiledning som en relevant kvalitetssikring av sykepleieutøvelsen (Cleary et al., 2010).

Manglende systematikk i tilrettelegging av jevnlig klinisk veiledning kan handle om organisatoriske hindringer, som manglende tid for sykepleiere til å delta på veiledning på grunn av turnusarbeid og høyt arbeidspress i enheten (Buus et al., 2010; Gonge & Buus, 2010). Sykepleierne i denne studien uttrykte en manglende kontinuitet i eksterne veiledninger, og begrunnet dette med ”det daglige stresset, at folk glemmer det og at man går i turnus”. I stedet brukte sykepleierne uformelle arenaer for å få utløp for de følelsesmessige reaksjonene og

utfordringene de opplevde i arbeidet med pasienten. En mulig forklaring på daglig stress og manglende tid til å kunne delta i veiledninger, kan handle om et økt krav om effektivisering og mengde arbeid som er til stedet (Hummelvoll & Severinsson, 2001), men det kan også bety at det foreligger ulik bruk av ressurser og ulike vektlegging av faglig utvikling fra enheten sin side. Mens leger og psykologer har pålagt undervisning og veiledning, forsvinner sykepleierne i bakgrunnen for den samme prioriteringen (Buus et al., 2010; Hjort & Ruud, 2006).

Akuttpsykiatriske avdelinger er komplekse og sammensatte enheter, der sykepleieren forventes å utøve profesjonell og terapeutisk utøvelse i sitt arbeid (Awty, Welch, & Kuhn, 2010), og effektiviseringen kan ha medført konsekvenser for hvordan enhetene prioriterer sine ressurser.

De fleste sykepleierne opplevde at de ulike arenaene ikke handlet om å snakke om hva pasientene gjorde med personalgruppen. Å delta i klinisk veiledning, enten det er seg en-til-en veiledning eller gruppeveiledning, kan være en følelsesmessig påkjenning for den som blir veiledet (Cleary et al., 2010; Gonge & Buus, 2010). Sykepleierne i denne studien mente det var betydningsfullt å snakke om egne erfaringer og opplevelser med kollegaer, men nevnte samtidig at det kunne være både ”flaut og vanskelig”. Enkelte mente det ble for personlig og nært, og begrunnet det med at det var mulig å reflektere på egenhånd, mens andre igjen mente at egenrefleksjon var vanskelig. Berg og Hallberg (2000) fant tilsvarende funn i sin studie, der klinisk gruppeveiledning var begrenset med hensyn til ærlighet i gruppen. Å dele subjektive opplever og erfaringer med andre kollegaer kan aktivere psykologiske forsvarsmekanismer som gjør at man vegrer seg for å dele sitt med andre (Gonge & Buus, 2010), noe kan være en mulig forklaring i denne studien. En annen forklaring kan være at flere informanter uttrykte at de ikke opplevde det som trygt nok å dele egne erfaringer med sine kollegaer. Flere påpekte hvor lett det var å distansere seg fra å snakke om egne følelser i veiledningene, noe som forstås som manglende trygghet. En tredje forklaring kan være at ulike egenskaper hos den enkelte sykepleier, ansiennitet, faglig erfaring og tidligere erfaring med veiledning kan spille en rolle når det kommer til å dele og reflektere med andre kollegaer (Buus & Gonge, 2010). Det kan tenkes at de informantene som uttrykte at de kunne reflektere alene, hadde lengre erfaring og var mer profesjonelt trygge på seg selv, enn de informantene som uttrykte et behov for refleksjon og veiledning. På motsatt side kan informantene som ikke mente de trengte å reflektere med andre, tidligere ha hatt negative opplevelser og erfaringer med veiledning. Disse forholdene er derimot usikre, da de ikke konkret var gjenstand for undersøkelse.

Et siste viktig aspekt ved den subjektive tryggheten kan handle om at overlegen eller psykologen i enheten ble brukt som interne veiledere. Det kan her være fare for at veilederen, som muligens var den som ble idealisert av pasienten, vil kunne innta en rolle hvor han/hun forsøker å undervise personalgruppen/den enkelte sykepleier om deres følelsesmessige reaksjoner og dynamikken som oppstår i gruppen (Gabbard, 2005). Behandleren selv kan være påvirket av pasienten, og kan dermed ha vanskeligheter med å distansere seg fra de ulike utfordringene som deles i gruppen (Gabbard, 2005). Muligens kan sykepleierne føle det ubehagelig å dele med den overlegen de for eksempel uttrykker sinne mot, og som ofte hadde en ”ledende rolle”.

Det har siden 80-tallet blitt godt beskrevet i faglitteraturen at jevnlig møtevirksomhet og klinisk veiledning er nødvendig i arbeidet med pasienter som har BPF (Jørstad, 1985; Larsen, 2004; Lotz, 1987; Lorentzen, 1983; Schjødt & Heinskou, 2007) hvis det skal være mulig å arbeide effektivt med irrasjonelle prosesser som oppstår i en personalgruppe. Det er samtidig viktig at det ikke blir for stor avstand mellom behandlergruppen og miljøpersonalet i form av ulik og manglende forståelse av et felles fagsyn. En lavt strukturert enhet kan lett bli kaotisk om det ikke foreligger et felles fagsyn, der ulike ytringer fra personalet først og fremst styres av følelsesmessige reaksjoner. Dette kan gjenspeile pasientens indre kaotiske liv, som så vil gjøre seg gjeldene i sykehusmiljøet og blant personalmedlemmene (Lotz, 1987). Ved en god strukturert enhet, derimot, hvor fagsynet fremstår tydelig og felles for alle, og der jevnlig møtevirksomhet foreligger, blir pasientens intrapsykiske splittelser fort fanget opp fordi personalet evner å gjenkjenne de ulike prosessene som oppstår (Lotz, 1987). På denne måten møter pasienter med BPF en enhet som i faglig fellesskap følger de samme behandlingsintervensjonene, der pasienten blir gitt en anledning for å etablere nye og bedre integrerte objekter (Lorentzen, 2009), og den akutte krisen vil dermed hurtigere dempes. Et positivt utfall her vil være at pasienten stabiliseres raskere, og vil kun ha behov for korte opphold i den akuttpsykiatriske avdelingen.

Resultatene fra denne studien belyser behovet for at den miljøterapeutiske oppgaven er faglig forankret, slik Larsen (2004) påpeker, og at dynamiske prosesser som oppstår i arbeidet med pasienter som har BPF aktivt reflekteres over i det tverrfaglige teamet. En overordnet faglig forankring i arbeidet kan tenkes å tydeliggjøre skillet mellom konflikter som oppstår i forbindelse med pasientens splitting og konflikter som har sin rot i uklare eller manglende organisatoriske tilretteleggelser for samarbeidet. Selv om det foreligger delte meninger om nytten av psykodynamisk orientert tilnærming i dagens akuttpsykiatriske avdelinger, kan det være et viktig

redskap for å bedre forstå dynamikken som oppstår både hos pasienten med BPF, i personalgruppen og hos den enkelte sykepleier.

Videre studier ansees som nødvendig for å klargjøre hvordan organisasjonen tilrettelegger for en overlappende faglig kompetanse i det tverrfaglige teamet, samt hvilket fagspråk som brukes om prosessene som kan påvirke det kliniske arbeidet. Samtidig kan det være nyttig å se på sammenhengen mellom forskjellige organisatoriske tilretteleggelser og sykepleieres opplevelse og forståelse av de følelsesmessige reaksjonene som oppstår. Det vil være betydningsfullt å avklare hvilke veiledningstilbud sykepleierne har i akuttpsykiatriske avdelinger, og hvilken hensikt og innhold veiledningen har. I tillegg ansees det som hensiktsmessig å øke kunnskapen om hvilken betydning ulike tilbud har for sykepleierens opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner, like mye individuelt, som i gruppen som helhet. Å avklare hvilke konsekvenser de følelsesmessige reaksjonene kan ha på den tverrfaglige gruppen og på behandlingsutfallet for BPF i akuttpsykiatri ansees også som nødvendig.

Denne studien har bidratt med dybdekunnskap om sykepleieres opplevelse av de ulike følelsesmessige utfordringer som oppstår på gruppenivå i arbeidet med BPF i akuttpsykiatrisk avdeling. Resultatene bør derimot tolkes med forsiktighet på grunn av det lave antall informanter. Antallet er ikke representativt for den generelle populasjonen av psykiatriske sykepleiere, men det er mulig at flere vil kunne kjenne seg igjen i forholdene beskrevet. Utvalgsstrategien anses derimot som en styrke, der flere sykehus og forskjellige enheter var inkludert. Resultatene er derfor ikke begrenset til forhold ved én organisasjon.

En metodisk svakhet med denne studien kan være at sykepleiernes opplevelse av organisasjonens tilretteleggelser for arbeidet ikke nødvendigvis reflekterer de faktiske tilbudene i organisasjonen. Det kan for eksempel tenkes at sykepleierne kan ha glemt å nevne enkelte tilbud i intervjusituasjon. Samtidig vil trolig sykepleiernes opplevelser reflektere hvor tydelig organisasjonene har kommunisert den faglige miljøterapeutiske oppgaven, deres rolleforståelser og hva som er veiledningens hensikt. En annen mulig svakhet med metoden er at sykepleierne kan ha fryktet represalier eller andre negative konsekvenser ved å fremstille egen enhet i et kritisk lys. En metodisk styrke ved studien, kan sies å være nettopp de beskrivelsene som fremkom. Vi har fått beskrivelser og opplevelser av menneskelige erfaringer som har gitt oss innblikk i hverdagen til de psykiatriske sykepleierne slik de selv har opplevd det. Som forskere har vi kontinuerlig vært bevisst egen forforståelse og innflytelse dette kan ha hatt på informantene. Alle svar og

datamaterialet i sin helhet har vært igjennom en betydelig kommunikatív validering gjennom kontinuerlig bevissthet og refleksjon fra begge forskere.

Konklusjon

Studiens resultater viser at sykepleierne opplevde pasientens splitting som den største utfordringen i personalgruppen, og at denne splittingen ledet til uenigheter, diskusjoner og polariseringer mellom personalmedlemmene. Mange av konfliktene syntes å være et resultat av mangelfulle organisatoriske tilrettelegginger som et overordnet felles fagsyn, uklar rolleforståelse, usystematisk møtevirksomhet og tilfeldig veiledning. De manglende organisatoriske tilretteleggingene syntes å gjøre personalgruppen sårbare for splitting prosesser.

Referanser

- Awty, P., Welch, A., & Kuhn, L. (2010). A naturalistic inquiry of registered nurses' perspectives and expectations of psychodynamic therapeutic care in acute psychiatric inpatient facilities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(2), 104-113. doi: 10.1016/j.apnu.2009.05.001
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Berg, A., & Hallberg, I. R. (2000). The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9(3), 110-127. doi: 10.1046/j.1440.0979.1000.00173.x
- Bergman, B., & Eckerdal, A. (2000). Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder. Shared philosophy or ambivalence- A qualitative study from the view of caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(4), 245-252.
- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507-517. doi: 10.1080/01612840590931957

- Bland, A. R., Tudor, G., & Whitehouse, D. M. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212. doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x
- Buus, N., Angel, S., Traynor, M., & Gonge, H. (2010). Psychiatric hospital nursing staff's experiences of participating in group-based clinical supervision: an interview study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(10), 654-661. doi: 10.3109/01612840.2010.489991
- Cleary, M., Horsfall, J., & Happell, B. (2010). Establishing clinical supervision in acute mental health inpatient units: acknowledging the challenges. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 525-531. doi: 10.3109/01612841003650546
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191. doi: 10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x
- Commons Treloar, A. J., & Lewis, A. J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(11), 981-988. doi: 10.1080/00048670802415392
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt: en innføring i klinisk forskning* (2.utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology; a modified Husserlian approach*. Pittsburg, PA.: Duquesne University Press.

- Gonge, H., & Buus, N. (2010). Individual and workplace factors that influence psychiatric nursing staff's participation in clinical supervision: A survey study and prospective longitudinal registration. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(5), 345-354. doi: 10.3109/01612840903427849
- Hjort, H., & Ruud T. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. SINTEF A73. Hentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Kvalitativ_studie_akuttavdelinger.pdf
- Jørstad, J. (1984). Gruppeprosesser som influerer på teamsamarbeidet og lederskap i våre psykiatriske institusjoner. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 34*(4), 227-286.
- Jørstad, J. (1985). Det terapeutiske samfunn, universal middel eller spesifikk behandlingsmetode? *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 39*(1), 49-54.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, S. (1983). Miljøterapi av borderlinepasienter: Fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 37*(5-6), 433-443.
- Lorentzen, S. (2009). Miljøterapi av borderlinepasienter: Fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Matrix, 26*(1), 158-176.
- Lotz, M. (1987). En integrerende kreds. Miljøterapi for borderlinepasienter. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 41*(4), 285-290.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Mehlum, L., & Jensen, A. I. (2006). Suicidal adferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 22(126), 2945-2949. Hentet fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1453115#fotnote19
- O'Brien, L. (1998). Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7(4), 172-183.
- O'Brien, L., & Flöte, J. (1997). Providing nursing care for a patient with borderline personality disorder on an acute inpatient unit: A phenomenological study. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 6(4), 137-147.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder. A guide to evidence-based practice*. New York: The Guilford Press.
- Schjødt, T., & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grundlag*. København: Reitzel Forlag.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Is-nr: IS-1511. Hentet fra http://www.helsesirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662. doi: 10.1111/j.1365.2850.2010.01579.x
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). `Destructive Whirlwind`: nurses`perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x

ARTIKKEL 3

En følelsesmessig storm: Hvor bringer den oss?**-Om det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient med borderline
personlighetsforstyrrelse i akutt psykiatrisk avdeling**

Mirjam Wold og Ane Selma Ovedal

Høgskolen i Oslo

2011

Master i psykisk helsearbeid

Avdeling for sykepleie, helsefag og samfunnsfag

Sammendrag

Sykepleiere finner det vanskelig, utfordrende og krevende å arbeide med pasienter som har en borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling. Det krever mye av sykepleieren som møter pasienten å være oppmerksom på egne bidrag i samspillet.

I denne artikkelen belyser vi det komplekse samspillet som kan oppstå mellom sykepleier og pasient med BPF i en akuttpsykiatrisk avdeling, med utgangspunkt i resultater fra egen studie, psykodynamisk teori og ved bruk av en klinisk vignette.

Abstract

Nurses find it difficult, challenging and demanding to work with patients who have a borderline personality disorder (BPD) admitted to an acute inpatient psychiatric ward. It requires a lot of the nurse who meets the patient to be aware of their own contribution to the therapeutic relationship. In this paper we illustrate the complex interaction that may occur between the nurse and the patient with BPD in an acute inpatient psychiatric ward, based on results from our own study, psychodynamic theory and by using a clinical vignette.

Introduksjon

Med senket blick og sammenkrøpet holdning sitter hun taus på en stol i akuttpsykiatrisk avdeling. Hun ønsker forståelse, aksept og omsorg. Håper at noen skal se. Se smerten, redselen og angsten. Se hvor inderlig vondt det gjør. Akkurat nå. Akkurat i dette øyeblikket, for om litt er smerten over. Angsten slipper plutselig taket og redselen er ikke til stedet lenger. Det vil være som om det ikke eksisterte. Alt er bra, og hun smiler. Gir blick kontakt og prater om løst og fast. I det minste for en liten stund. For smerten, redselen og angsten kommer tilbake, og det med så overveldende kraft at det ikke er til å kontrollere. Sykepleieren hun så intenst ønsker å være nær ser henne ikke, bare smiler og går hurtig forbi. Fortvilelsen stiger samtidig som hun opplever å bli redd for å miste nærheten, bli forlatt og alene. Hun trekker seg tilbake til rommet, der hun kutter seg til blods med en knust lypære. Huden flerrer opp, blodet renner og fortvilelsen forsvinner gradvis. Ingen ser henne, og ingen forstår¹.

Som sykepleiere innenfor psykisk helse lar vi oss påvirke følelsesmessig av ulike årsaker. Enkelte ganger lar vi oss bevege av pasienters ubegripelige skjebner, andre ganger blir vi frustrerte, sinte eller lei oss. Ikke alltid kan vi forklare disse reaksjonene, verken for oss selv eller for andre. Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) blir ofte omtalt av sykepleiere som manipulerende, oppmerksomhetssøkende, vanskelige, slitsomme og utfordrende (Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Litteratur har rikelig beskrevet hvordan relasjonelle utfordringer oppstår i møte med pasienter som har BPF (Bland, Tudor, & Whitehouse, 2007; Lorentzen, 2009). Utfordringene er som oftest knyttet til egne følelsesmessige reaksjoner som hjelpeløshet, aggresjon, sinne, frustrasjon, ønske om å redde pasienten, hat eller angst (Gabbard, 2005). I tillegg kommer pasientens ustabilitet og impulsivitet. Vi utførte en kvalitativ studie der syv sykepleiere ble intervjuet om deres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med pasienten som har en BPF i akuttpsykiatrisk avdeling. Resultatene, som er presentert i to ulike artikler², viste at sykepleiere opplever en overvekt av negative følelser i interaksjonen med pasienten. Funnene våre samsvarer med internasjonale forskningsfunn (Fraser & Gallop, 1993; Woollaston & Hixenbaugh, 2008), og enkelte av de

¹ Klinisk vignett utarbeidet med utgangspunkt i egne erfaringer og ved bruk av teoretiske beskrivelser av pasienten med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF). Eksempler fra vignetten vil stå i kursiv gjennom artikkelen

² De to vitenskapelige artiklene er ikke publisert.

følelsesmessige reaksjonene hos sykepleierne vi intervjuet kunne forstås som motoverføringsreaksjoner med opprinnelse i pasientens bruk av forsvarsmekanismer.

Med utgangspunkt i resultatene fra vår studie ønsker vi å belyse det komplekse samspillet som kan oppstå mellom en sykepleier og en pasient med en borderline personlighetsforstyrrelse i akuttpsykiatrisk avdeling. Vi håper artikkelen kan bidra til økt refleksjon over enkelte av de utfordringene som kan oppstå.

Vi har valgt å bruke psykodynamisk teori som et utgangspunkt for hvordan vi belyser temaet, fordi det er en måte å tenke på seg selv og pasienten på. Ved bruk av psykodynamisk teori har vi ikke til hensikt å argumentere for at teorien er den eneste måten å forstå seg selv og andre på, men som Glen O. Gabbard (2005), en amerikansk psykiater, sier: "Like a sailor without a sextant, a psychiatrist who sets out to navigate the dark waters of the unconscious without a theory will soon be lost at sea" (s.31).

Til å begynne med anser vi det nødvendig å gi en kort beskrivelse av pasienten med BPF, før vi belyser hvordan psykodynamiske teori kan være til hjelp for sykepleiere i det daglige arbeidet med pasienten. Deretter bruker vi den kliniske vignetten beskrevet over for å belyse noen eksempler på det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient. Til slutt ser vi på noen konsekvenser av og ikke være oppmerksom på eller forstå de følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå.

Borderline personlighetsforstyrrelse

Pasienter med BPF er en gruppe pasienter med ustabile mønstre innenfor affektregulering, impuls kontroll, selv bilde og interpersonlige relasjoner (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Blant de ulike personlighetsforstyrrelsene som beskrives, er BPF den som er mest utbredt i kliniske utvalg, og ved akuttpsykiatriske avdelinger vil pasienten være velkjent der de presenterer alvorlige symptomer som selvskading, utageringsadferd og selvmordsproblematikk (Bland et al., 2007; Mehlum & Jensen, 2006; Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling skjer oftest når en krise med bakgrunn av de alvorlige symptomene ikke kan håndteres andre steder. Hovedmålet i behandlingen i akuttpsykiatri for den oppståtte krisen er å stabilisere affekter, impulser og adferd der vi bringer pasienten tilbake til et funksjonelt nivå, gjerne til slik det var før krisen oppstod (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007).

Kan psykodynamisk teori hjelpe oss å forstå det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient?

Som nevnt innledningsvis er psykodynamisk teori en måte å tenke om seg selv og pasienten på. Teorien fokuserer blant annet på kunnskapen om hvordan tidligere relasjonelle erfaringer er av betydning for personlighetsutviklingen vår, og for å opprette gode mellommenneskelige forhold på som voksen (Gabbard, 2005; Hummelvoll & Granerud, 2010). Når vi snakker om følelsesmessige reaksjoner i et psykodynamisk perspektiv, brukes ofte begrepet motoverføring. Begrepet er komplisert å forstå, men forenklet kan vi si at det handler om de følelsesmessige reaksjonene som oppstår hos terapeuten i relasjonsarbeidet (Gabbard, 2005). Vi vil nå gi et lite innblikk i motoverføringsbegrepets utvikling fra Freud sin tid og frem til i dag, siden innholdet og betydningen har endret seg. Innblikket vil være et utgangspunkt for å forstå resten av artikkelen, samt være nyttig for å forstå hvordan psykodynamisk teori kan hjelpe oss som sykepleiere i samspillet med pasienten som har en BPF. I det kommende avsnitt tar vi utgangspunkt i Gabbard (2005), Lorentzen (2009) og Zachrisson (2008) for å beskrive motoverføringsbegrepets utvikling. Alle tre er psykiatere som med sin erfaring har klart å formidle begrepets kompliserte innhold på en forståelig måte. Deretter vil vi ved bruk av sykepleielitteratur vise til hvordan psykodynamisk teori kan hjelpe sykepleiere i sitt daglige arbeid med pasienten som har en BPF.

Bruken av begrepet motoverføring har vært gjenstand for mye diskusjon, og da særlig knyttet til relasjonen mellom terapeut og pasient i individuell psykoterapi. I utgangspunktet ble begrepet introdusert av Freud, som mente at de følelsesmessige reaksjonene som oppstod hos terapeuten var ubevisste reaksjoner på pasientens overføringer med rot i egne konflikter. I den opprinnelige forståelsen av motoverføringsbegrepet mente Freud at terapeuten ikke skulle la seg påvirke av reaksjonene som oppstod, fordi de ble sett på som negative forstyrrelser i terapien. Begrepet har siden gjennomgått en betydelig utvikling og endring, mye på grunn av en økende oppmerksomhet rundt den gjensidige påvirkningen mellom terapeut og pasient i relasjonen. I dag er en totalistisk forståelse av begrepet utbredt, som inkluderer alle følelsesmessige reaksjoner hos terapeuten ovenfor pasienten, enten de er aspekter av pasienten eller terapeuten selv. I utgangspunktet vil det totalistiske synet på begrepet i dag bety at vi ser på de følelsesmessige

reaksjonene hos terapeuten, både bevisste og ubevisste, som en kunnskap av hva som kan oppstå i samspillet. Kunnskap om begrepet er nyttig så lenge sykepleierne er bevisst sine reaksjoner og kan ansvar for det som oppstår. Med andre ord vil det si at terapeuten ikke skal overse egne følelsesmessige reaksjoner som oppstår i det terapeutiske samspillet, da de kan inneholde kunnskap om pasientens indre liv. Vi skal nå se på hva sykepleielitteraturen sier om psykodynamisk teori og dens verdi i forståelsen av arbeidet med pasienten som har BPF.

Hummelvoll og Granerud (2010) har gått igjennom ulike artikler for å se på hvilke ideologiske og teoretiske grunnsyn som i perioden mellom 1960 til 2008 har hatt innflytelse på utviklingen av psykiatrisk sykepleie, og blant flere finner vi psykodynamisk tilnærming³. Tilnærmingen kan være nyttig for sykepleiere ved at den gir en anledning til å forstå ulike psykiske fenomener, som for eksempel angst. Enkelte forfattere påpeker hvor viktig det er for psykiatriske sykepleiere å kjenne til og bruke psykodynamisk teori i sitt daglige arbeid innenfor psykisk helse, og vi trekker i denne sammenheng ut to stykker: Irene C. Ens (1998) og Gallop og O'Brien (2003). Ens (1998) beskriver at det er betydningsfullt for sykepleieren å være bevisst sine egne reaksjoner så vel som pasientens, mens Gallop og O'Brien (2003) mener at den psykodynamiske teorien på nytt må etableres i psykiatrisk sykepleie. De beskriver at den terapeutiske relasjonen i psykiatrisk sykepleie innebærer bruken av seg selv, forståelse og bruk av empati, respekt for den andre og oppmerksomhet rettet mot den subjektive erfaringen som ligger hos pasienten. Fordi sykepleie handler om å bruke seg selv i en mellommenneskelig prosess, kan det være nyttig å ha kunnskap og forståelse av hva som kommer fra seg selv og hva som kommer fra pasienten. I arbeidet med pasienter med BPF, som er preget av forstyrrelser i opplevelsen av seg selv med påfølgende ustabilitet og impulsivitet, kan kunnskapen og forståelsen om de underliggende psykodynamiske prosesser hjelpe sykepleieren til å respondere hensiktsmessig på det som oppstår i relasjonen. Hvis vi som sykepleiere ikke klarer å skille mellom egne og pasientens følelser, kan det bidra til at de ulike følelsesmessige reaksjonene som oppstår hos oss ikke har noen informasjonsverdi i forhold til hva som kan være en underliggende motivasjon for handling, verken fra pasienten sin side eller vår egen. Hvis vi ikke har kunnskap til å skille mellom egne og pasientens følelser, har vi heller ikke særlig god retning for å igangsette

³ Se artikkelen i sin helhet for utfyllende beskrivelser av de ulike innflytelsene. Se også Vråle, G. B., Karlsson, B. & Hummelvoll, J. K. (2009). Psykiatriske sykepleie i tverrfaglighetens tid- selvforståelse, praksis og forskning. Rapport nr. 14, Høgskolen i Hedmark, for å se utviklingen av den psykiatriske sykepleietradisjonen.

intervensjoner. Vi skal nå gå til den kliniske vignetten beskrevet innledningsvis, og se nærmere på hva som kan skje i samspillet mellom sykepleieren og pasienten.

Det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient med BPF

Hun opplevde å ikke bli sett av sykepleierne og har nå trukket seg tilbake på rommet sitt. I utgangspunktet ønsket hun forståelse, aksept og omsorg. Hun hadde et håp om at sykepleierne skulle se smerten, redselen og angsten hennes, uten at hun måtte snakke om det. Sykepleieren som er ansvarlig for pasienten legger merke til at hun trekker seg tilbake til rommet, og velger etter en liten stund å banke på døren og gå inn til henne. Pasienten sitter sammenkrøpet på sengen med armene tett inntil seg. Hun gir ikke blikkontakt og svarer ikke på sykepleierens spørsmål om hvordan det går. Sykepleieren legger merke til at det er blod på dynetrekket, og forstår umiddelbart at hun har skadet seg. En følelse av usikkerhet oppstår i sykepleieren, først og fremst på grunn av pasientens taushet. Deretter kjenner hun en stigende irritasjon knyttet til selvskadningen, fordi de tidligere hadde laget en avtale om at pasienten skulle ta kontakt ved behov for selvskadning. Sykepleieren konfronterer pasienten med avtalen de hadde laget og som ikke ble overholdt. Pasienten ser opp på sykepleieren, anklager henne for å være sint og snur seg med ryggen til. Sykepleieren benekter å være sint, og forlater så rommet der hun føler seg litt mer irritert.

Situasjonen over beskriver et gjenkjennelig forhold for mange sykepleiere som arbeider med BPF i en akuttpsykiatrisk avdeling. I en travel hverdag er det ikke alltid slik at vi har mulighet for å kunne møte pasientens umiddelbare behov, men det er heller ikke sikkert vi klarer å fange opp den følelsen eller de behovene som pasienten har. En selvskadningssituasjon kan medføre at vi legger merke til flere ulike følelser som oppstår i oss, uten at vi reflekterer nærmere over det.

La oss si at sykepleieren var litt irritert i utgangspunktet fordi pasienten ikke overholdt avtalen de lagde på forhånd om å si i fra om selvskadingsbehovet. Når pasienten så har skadet seg og sykepleieren konfronterer henne, blir hun beskyldt for å være sint. Ofte føles det verken rettferdig eller riktig å bli beskyldt for noe man selv ikke føler. Følelsesmessige reaksjoner kan oppstå. Sykepleieren forlater rommet til pasienten enda mer irritert enn da hun oppdaget selvskadningen. Med irritasjonen som utgangspunkt, kan realiteten være at hun faktisk blir sint. Pasienten kan ha rett; hun føler seg truffet og sinnet stiger. Irritasjonen har gjort henne mer sårbar

for å reagere ytterligere. Hvordan kan det ha seg at pasienten kan ha rett, og at sykepleieren føler seg litt truffet?

Nevrobiologisk forskning og pasientens evne til å fange opp våre følelser.

De siste årene har nevrobiologisk forskning vist at pasienter med BPF er ekstra følsomme for negativ stimuli og aktivering av negative følelser (Gabbard, 2009). Bakgrunnen for kunnskapen finner vi i amygdala, den strukturen i hjernen vår som er av betydning for opplevelser og fremkalling av følelser. Hos pasienter med BPF er amygdala hyperaktiv, det vil si at den er ekstra følsom for forholdsvis små emosjonelle uttrykk. For eksempel kan pasienten overreagere på våre små emosjonelle uttrykk ved at de hele tiden måler øyeblikk-til-øyeblikk endringer i den følelsesmessige delen hos oss (Gabbard, 2009). Kunnskapen om pasientens sensitivitet for stimuli og aktivering av negative følelser er blitt mulig ved å vise bilder av ulike ansiktsuttrykk til pasienten med BPF. Resultater viser at pasienter med BPF har en betydelig større aktivering i amygdala enn kontrollgrupper, samt at de tillegger negative egenskaper til nøytrale ansiktsuttrykk.

Som vist over, kan pasienten med BPF oppfatte vår irritasjon og sinne før vi selv er blitt klar over det, noe som er en nyttig kunnskap å ha med seg i det daglige arbeidet. I tillegg til den nevrobiologiske forklaringen, finnes det psykodynamiske forklaringer på hva som skjer i samspillet. Vi skal nå se på hvordan sykepleieren kan ta til seg følelsen av å være sint, nesten på en påtvunget måte. Sinnet kan da bli en følelse vi ikke kjenner oss igjen i, og som kan være vanskelige å sette ord på.

Å ta til seg egenskaper fra pasienten. Når vi møter et annet menneske for første gang, danner vi oss et umiddelbart inntrykk. Inntrykket gjør at vi i løpet av veldig kort tid tillegger den andre personen ulike egenskaper, holdninger og meninger selv om vi knapt har snakket med vedkommende (Schjødt & Heinskou, 2007). Ofte kan inntrykkene vi danner oss være korrekte, andre ganger kan den vise seg at vi tar feil. Årsaken finner vi i våre tendenser til å vurdere verden rundt oss på bakgrunn av tidligere erfaringer. Pasienten med BPF gjennomgår også den samme prosessen. Umiddelbart danner de seg et inntrykk av oss som sykepleiere basert på signaler de mottar fra oss sammen med sine tidligere erfaringer. Selv om pasienten kan oppfatte våre reaksjoner, kan de også mistolke betydningen av det som blir formidlet, noe som er spesielt for

pasienten med BPF (Gabbard, 2009). Pasienten vil kanskje kunne reagere overfor oss som om vi er en annen person. Her kan vi si at pasienten ganske enkelt tillegger oss egenskaper og personlighetstrekk som i virkeligheten tilhører noen andre fra fortiden som nå repeterer seg selv i nåtiden, på fagspråket kalt overføring (Gabbard, 2005). Pasienten med BPF bruker ulike primitive forsvarsmekanismer, som ikke er mer skremmende og mindre forståelig enn noe som benyttes for å beskytte seg selv mot ubehagelige følelser som oppstår. Bruken av forsvarsmekanismer er et forsøk på å håndtere tidligere problematiske erfaringer, hvor en følelse av mestring og kontroll oppnås i en her-og-nå situasjon (Gabbard, 2005).

Noe av det som kan vekkes i sykepleieren ved en overføring, er følelsesmessige reaksjoner som kan forstås som en reaksjon på pasientens bruk av primitive forsvarsmekanismer. Følelsene kan for eksempel være alt fra sinne, angst, frustrasjon, ønske om å hjelpe pasienten mer enn vi kan, til å strekke grenser og tøyne regler (Ens, 1998). Følelsene kan være vanskelige å oppdage for sykepleieren selv, men sies å kunne være til stedet der sykepleieren er veldig opptatt av pasienten, snakker om pasienten hele tiden, bryter regler for pasienten, eller andre ting som ikke kan forsvares å være terapeutisk (Ens, 1998).

La oss gå tilbake til eksemplet der sykepleieren forlater rommet litt mer irritert enn da hun kom inn. Når pasienten forteller oss at vi er sinte og vi etter hvert faktisk blir sinte, kan en ubevisst prosess være årsaken. En følelse fra pasienten som vi ikke har klart å fange opp gjør at vi på et ubevisst nivå kan ta til oss de egenskapene som pasienten tillegger oss.

I utgangspunktet kan sinnet som vi opplever handle om pasientens eget sinne rettet mot seg selv, og ikke mot oss. Samtidig kan pasientens tidligere relasjonelle erfaringer nå spille inn, hvor det kan tenkes at hun ser på sykepleieren som en person hun tidligere har hatt et nært forhold til. Pasienten overfører her enten sitt indre sinne (som egentlig er hennes eget) over på sykepleieren, eller tillegger sykepleieren egenskaper hun ikke har. Vi som sykepleiere kan da få en følelse av at vi er sinte. Vi identifiserer oss med det pasienten fører over til oss. På fagspråket kalles dette proaktiv identifikasjon (Gabbard, 2005). Sterke følelser fra pasienten gir sterke overføringer, som igjen kan gi sterke motoverføringer, eller følelsesmessige reaksjoner fra oss (Zachrisson, 2008). Forståelig nok kan det være frustrerende å bli sint eller irritert på pasienten, og spesielt i de situasjoner hvor vi som sykepleiere ikke riktig vet hvorfor. Ofte er det lett for oss å ”skyld” på pasienten; pasienten er irriterende, pasienten er slitsom, pasienten må ta seg sammen. I stedet handler det om at vi må kunne vedkjenne oss at det oppstår ulike følelser ikke bare hos pasienten,

men også i oss. Som sykepleiere bidrar vi til det komplekse samspillet. Vi må altså kunne klare å skille de ulike følelsene fra hverandre, og ikke minst bruke det konstruktivt i arbeidet slik at relasjonen kan fungerer optimalt for begge parter. For vi ser jo humørsvingningene til pasienten, og vi hører det som blir sagt, men utover det er det ikke alltid vi forstår hvorfor pasienten tyr til for eksempel selvskading.

Samtidig med det som hittil er belyst, er det viktig å forstå at de ulike følelsesmessige reaksjonene som vekkes hos sykepleieren ikke alltid skyldes pasienten alene (Lorentzen, 2009). Følelsesmessige reaksjoner henviser ofte til våre irrasjonelle sider, både hva gjelder pasientene og oss selv. De følelsesmessige reaksjonene kan også være avhengig av andre ulike faktorer i vår egen situasjon. Lorentzen (2009) beskriver hvordan både arbeidssituasjon, erfaring og teoretisk kunnskap har en innvirkning på reaksjonene fra oss. Han sier videre at vi som helsepersonell også kan regredere og påvirkes av egne uløste konflikter. Det er flere forhold vi må være klar over i samspillet med pasienten som har en BPF, og følgelig stilles det krav til oss som sykepleiere og evnen til å balansere egen profesjonalitet opp mot de utfordringene som møter oss i arbeidshverdagen.

Opplever vi som sykepleiere kun negative følelsesmessige reaksjoner?

Vi har hittil beskrevet følelsesmessige reaksjoner som kan oppfattes av leseren til å være negative. Men hvor mange ganger har vi ikke kjent på en følelse av sterk omsorg og empati for pasienten? Følelser vi anser som positive? Bruken av forsvarsmekanismer fra pasienten sin side trenger ikke kun å vekke negative følelsesmessige reaksjoner hos sykepleieren, men kan også vekke positive følelser (Ens, 1998). Vi vil i dette avsnittet nå gi et eksempel på en positiv følelsesmessig reaksjon som kan oppstå i samspillet med pasienten med BPF. Vi tar utgangspunkt i den kliniske vignetten igjen.

Etter at sykepleieren hadde forlatt rommet i irritasjon, fikk hun dårlig samvittighet for reaksjonen hun hadde overfor pasienten. Hun går tilbake til rommet for å beklage seg. Noe skjer i henne når hun ser på pasienten. En følelse av omsorg vekkes. Hun synes synd på pasienten, hun ønsker å sette seg ned på sengekanten og holde rundt henne. Ta vare på henne og trøste henne.

En pasient med BPF som legges inn i akuttpsykiatrisk avdeling kan fremstå som hjelpeløs, avhengig, trist og lei seg. I den kliniske vignetten over har vi beskrevet hvordan sykepleieren kan få en omsorgsfølelse for pasienten. For enkelthets skyld sier vi at pasienten har et ønske om at sykepleieren skal innta en morsrolle for henne. En umerkelig følelse av empati og et behov for å hjelpe pasienten oppstår i sykepleieren, og hun tar til seg de egenskapene som pasienten ønsker at hun skal ha. En annen mulig årsak til dette kan være at sykepleieren opplever morsrollen som tilfredsstillende.

Å oppleve negative og positive følelser for pasienten over så kort tid som beskrevet her, var en av utfordringene sykepleierne i vår studie beskrev. Følelsene bar preg av konflikt og ambivalens. Morsfølelsen ble beskrevet å være den følelsen som oftest fremkalte positive følelser. For de fleste sykepleierne innebar de positive følelsene, inkludert morsfølelsen, en viss reservasjon overfor pasienten på grunn av frykten for å bli for involvert.

De positive følelsene som vekkes i sykepleieren kan lede til regresjon og avhengighetsforhold hos pasienten (Moyle, 2003). Terapeutisk bør vi som sykepleiere være klar over de følelsesmessige reaksjonene, og klare å identifisere følelsene som et behov som oppstår i pasienten og ikke nødvendigvis som en følelse som oppstår i oss. Balansegang er altså viktig, for sykepleieren verken bør eller kan ta på seg rollen som mor overfor pasienten (Moyle, 2003). Hvis relasjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg godt kan den spille en avgjørende rolle for å kunne forstå pasientens følelsesmessige vanskeligheter (Moyle, 2003). Hvis relasjonen blir for intens og nær, derimot, kan pasienten bli for avhengig av sykepleieren. Det foreligger altså her et dilemma for sykepleieren i kontakten med pasienten. Et dilemma som er forståelig, og som handler om vanskelighetsgraden som ligger i å kunne balansere inntrykkene som kommer fra pasienten samtidig som vi som sykepleiere skal være bevisst de følelsesmessige reaksjonene vi selv kan bringe tilbake til pasienten.

Vi skal i det neste avsnittet se på konsekvensene av å ikke se eller forstå de følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå i samspillet med pasienten som har en BPF.

Konsekvenser av å ikke se eller forstå følelsesmessige reaksjoner.

Verdien av å kunne gjenkjenne følelsesmessige reaksjoner handler om kvalitetsbedring av relasjonen til pasienten (Ens, 1998). Gjenkjennelse av de følelsesmessige reaksjonene vil også kunne øke kunnskapen til sykepleieren og dermed den profesjonelle veksten (Ens, 1998).

Hvordan sykepleiere forstår, erfarer og håndterer de følelsesmessige reaksjonene vil påvirke relasjonen. Hvis vi for eksempel blir irritert på pasienten, kan det føre til at vi unngår pasienten, og ved unngåelse kan relasjonen påvirkes. Å beholde balansegangen mellom profesjonalitet og egen identitet ansees altså som et betydningsfullt ledd i utøvelse av sykepleie til pasienten. Vår oppgave som sykepleiere blir å legge merke til egne reaksjoner for å kunne identifisere situasjoner som verken er konstruktive eller terapeutiske, fordi det potensielt sett kan være skadelig for relasjonen (Sundet, 2007).

I psykodynamisk forståelse kan vi si at sykepleieren blir en betydningsfull person i pasientens liv, men da i form av å være en person som skal kunne romme de følelsene som pasienten selv ikke klarer å håndtere. Vi kan kalle bruken av forsvarsmekanismer og den emosjonelle ustabiliteten til pasienten som en form for selvbeskyttelse, der det er viktig for oss som sykepleiere å vite hvordan vi skal respondere på det som oppstår (Bateman & Fonagy, 2007). Hvis vi ikke har kunnskap om hvordan vi skal respondere på følelsene som oppstår, kan vi bli så blendet av den følelsesmessige stormen at vi ikke ser den negative innvirkningen egne bidrag har på de ulike samspills situasjoner. Som tidligere nevnt, ble motoverføringsreaksjoner antatt å ha en negativ innvirkning på relasjonen og var uønsket (Zachrisson, 2008). I dagens totalistiske forståelse av motoverføringsbegrepet ser man terapeutens reaksjoner som et redskap som kan brukes for å forstå pasienten og som kan gi retning for intervensjoner som skal igangsettes (Ens, 1998; Zachrisson, 2008). Å ignorere tilstedeværelsen av følelsesmessige reaksjoner kan bety at det foreligger en mulighet for at vi minsker det viktige innspillet vi som sykepleiere har på relasjonen, og de ferdighetene som ansees som viktig for sykepleieutøvelsen (Ens, 1998). Ved å kunne forstå egne reaksjoner som oppstår, vil vi som sykepleiere føle oss bedre rustet til det som forventes av oss i den profesjonelle rollen.

Avslutning

Sykepleieren og pasienten reflekterte i etterkant av situasjonen om hva som kunne ha vært mulige utløsende årsaker for det som hendte. I det gjensidige samspillet dem imellom kunne sykepleieren erkjenne at hun selv hadde vært med på å bidra til at relasjonen ble opplevd som vanskelig og utfordrende.

Kompleksiteten av å utøve profesjonell og terapeutisk sykepleie til pasienter med BPF er både anstrengende og utfordrende. Å jobbe akutt er ikke enkelt, og det krever mye av hver

sykepleier som møter pasienten med BPF å være oppmerksomme på egne bidrag i det komplekse samspillet vi nå har belyst. Som sykepleiere må vi erkjenne at vi kan ha en negativ innvirkning på samspillet, for pasienten med BPF vil fortsette å legges inn i akutt avdelinger der de bringer med seg sin egen smerte, redsel og angst. Med bakgrunn i kunnskap fra nevrobiologisk forskning, vet vi også mer i dag om at pasienter med BPF har en ”radar” for å oppfatte våre følelsesmessige reaksjoner, samt kan ha en tendens til å mistolke dem. Forskningsfunnene betyr at selv om vi som sykepleiere anlegger en aldri så bevisst profesjonell rolle overfor pasienten, kan våre negative følelser og holdninger oppfattes veldig raskt av pasienten. Implikasjonene det har for vår sykepleiutøvelse handler om at vi må være bevisst hvordan vi fremstår overfor pasienten. Vi må også vite at selv nøytrale ansiktsuttrykk og holdninger kan oppfattes med ambivalens fra pasienten, og at små, raske endringer oppfattes hurtig og lett kan mistolkes. Forståelser og misforståelser kan fort oppstå, noe som kan føre til at vi fortsetter å møte pasienten med en negativ innstilling, og dermed opprettholder de negative følelsene og inntrykkene vi har.

Vi vil alltid la oss påvirke følelsesmessig, uansett diagnose hos pasientene vi møter. Følelsene våre er en kilde til kunnskap *hos* og *i* hver enkelt av oss, enten vi vil erkjenne det eller ikke. Den dagen vi kan klare å stoppe opp og både kjenne *og* tenke etter, kan følelsene brukes som en ressurs. Og ressursen vil ikke bare være en fordel for sykepleieren, men også for pasienten. Innholdet i artikkelen har belyst at psykodynamiske forståelse kan være relevant for sykepleiere som møter pasienten som har BPF i akuttpsykiatriske avdelinger.

Selv om det foreligger empirisk forskning på at sykepleiere opplever relasjonen til pasienten som både utfordrende og vanskelig, må det også påpekes at det foreligger et enormt engasjement i det arbeidet vi utfører. Uten engasjement, heller ingen sterke følelsesmessige reaksjoner. Da ville det, i en psykodynamisk forståelse, blitt som Zachrisson (2008) så fint sier; ”hva vil vi forstå med en terapeut uten motoverføringsreaksjoner? Det kan ikke bli annet enn en karikatur av nøytralitet” (s.11).

Referanser

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Bland, A. R., Tudor, G., & Whitehouse, D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212. doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x
- Ens, I. C. (1998). An Analysis of the Concept of Countertransference. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 273-281. doi:10.1016/S0883-9417(98)80037-X
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341. doi:10.1016/0883-9417(93)90051-W
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (2009). Implications of recent neurobiological findings for the psychotherapy of borderline personality disorder (powerpoint presentasjon). Hentet fra <http://ranzcp.cmsaustralasia.com/documents/2009/Glen%20Gabbard.pdf>
- Gallop, R., & O'Brien, L. (2003). Re-establishing psychodynamic theory as foundational knowledge for psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 213-227. doi:10.1080/01612840305302
- Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (2010). Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960- en litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 98(30), 37-42.

- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentzen, S. (2009). Miljøterapi av borderlinepasienter: fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Matrix*, 26(1), 158-176
- Mehlum, L., & Jensen, A. I. (2006). Suicidal adferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 22(126), 2945-2949. Hentet fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1453115#fotnote19
- Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationships: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 103-109. doi: 10.1046/j.1440.0979.2003.00276.x
- Ovedal, A. S. & Wold, M. (2011). *Sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reskjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse* (ubublisert masteroppgave). Høgskolen i Oslo.
- Schjødt, T., & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. København: Reitzel Forlag.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Is-nr: IS-1511. Hentet fra http://www.helsesirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf
- Sundet, R. (2007). Brukerperspektivet og den terapeutiske relasjonen- betydningen for terapeutisk arbeid. I: A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G Thuseth, og T. Fjeldstad (Red) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662. doi: 10.1111/j.1365.2850.2010.01579

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). `Destructive Whirlwind`: nurses`perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x

Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 45(8), 939-248. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61880&a=2

ARTIKKEL 4.

**Muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen
for god sykepleie og godt teamarbeid i arbeidet med pasienter som har borderline
personlighetsforstyrrelse**

Ane Selma Ovedal og Mirjam Wold

Høgskolen i Oslo

2011

Master i psykisk helsearbeid

Avdeling for sykepleie, helsefag og samfunnsfag.

Sammendrag

Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er spesielt kjent for å utfordre teamsamarbeid og den enkelte sykepleier i akuttpsykiatri. Mange av utfordringene som oppstår i sykehusbehandlingen av denne pasientgruppen tilskrives primært pasientens personlighetsproblematikk. Det er imidlertid rettet mindre oppmerksomhet på forutsetninger i organisasjonen som kan bidra til problemene. I denne artikkelen belyses noen muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for at sykepleie og det tverrfaglige teamsamarbeidet kan bedres i arbeidet med pasienter som har BPF. Organisatoriske rammer og tilretteleggelser som organisasjonens primære oppgave, det tverrfaglige teamet, miljøterapiens oppgave, veiledning og ferdighetstrening, og kompetanseutvikling drøftes. Det argumenteres for at dersom sykepleiere er bedre rustet til å mestre de følelsesmessige utfordringene som oppstår i arbeidet med BPF, kan både det tverrfaglige samarbeid og behandlingsutfall bevege seg i mer positiv retning.

Abstract

Patients with borderline personality disorder (BPD) are especially known to challenge teamwork and the individual nurse in acute mental health settings. This paper discusses some opportunities and obstacles in the hospital organization to improve nursing and the interdisciplinary teamwork with patients who has BPD. Organizational arrangements and frameworks such as the organization's primary mission, the milieutherapeutic task, the interdisciplinary team, clinical supervision and training, and competence development are discussed. It is argued that if nurses are better equipped to cope with the emotional challenges that arise in work with patients who have BPD, both the interdisciplinary collaboration and treatment outcome can move in more positive direction.

Introduksjon

Enkelte pasienter kan utfordre profesjonelle hjelpere i større grad enn andre, og pasienter med bordeline personlighetsforstyrrelse (BPF) er spesielt kjent for å være utfordrende.

Problemene som oppstår innen sykehusbehandling tilskrives ofte pasientens personlighetsproblematikk og samspillproblemer med pasienten fører ofte til sterke følelsesmessige reaksjoner i personalgruppen og hos den enkelte hjelper. Det er imidlertid rettet mindre oppmerksomhet på hvordan sykehusorganisasjonen tilrettelegger for at personalet skal kunne håndtere de følelsesmessige utfordringene som oppstår.

På bakgrunn av egne erfaringer som sykepleiere i akuttpsykiatri har vi opplevd arbeidet med denne pasientgruppen utfordrende på grunn av manglende kunnskap om lidelsen, og at fordi grunnleggende relasjonskompetanse syntes å komme til kort. Ved gjennomgang av litteratur på området fant vi at disse erfaringene også var beskrevet internasjonalt i sykepleieforskningen. Internasjonale forskningsfunn viser at psykiatriske sykepleiere i akuttpsykiatri har negative holdninger til pasientgruppen og opplever en overvekt av negative følelser i relasjonsarbeidet (Westwood & Baker, 2010). I tillegg viser funnene at sykepleiere har manglende kunnskaper om lidelsen og at nødvendige organisatoriske tilretteleggelser for arbeidet, som for eksempel veiledning og kompetanseheving, er mangelfulle. På bakgrunn av manglende forskning på området i Norge og vår antakelse om at mestring av følelsesmessige reaksjoner er av stor betydning for hvordan sykepleiere opplever arbeidet med pasientgruppen, gjorde vi en kvalitativ studie av hvordan psykiatriske sykepleiere opplever og forstår sine følelsesmessige reaksjoner. Utvalget bestod av syv sykepleiere ved tre ulike akuttpsykiatriske avdelinger. Resultatene viste at til tross for videreutdanning, hadde sykepleierne en manglende teoretisk referanseramme og begrepsmessig verktøy for å forstå sine følelsesmessige reaksjoner i relasjon til BPF, og at de organisatoriske rammene for å håndtere dem var mangelfulle (Ovedal & Wold, 2011; Wold & Ovedal, 2011)⁴.

I denne artikkelen argumenterer vi for at dersom sykepleiere er bedre rustet til å mestre de følelsesmessige utfordringene som oppstår i arbeidet med pasienter som har BPF, kan både det tverrfaglige samarbeid og behandlingsutfall bevege seg i mer positiv retning. I lys av våre hovedfunn belyses noen muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for å bedre sykepleie

⁴ Upublisert masteroppgave

og det tverrfaglige teamarbeidet i akuttpsykiatri. Innledningsvis presenteres kort noen sentrale trekk ved den aktuelle forstyrrelsen og utfordringer som oppstår i sykehusbehandlingen. Videre drøftes følgende organisatoriske rammer og tilretteleggelser: organisasjonens primære oppgave, miljøterapiens oppgave, det tverrfaglige teamet, veiledning og ferdighetstrening, og til slutt kompetanseutvikling.

BPF og sykehusbehandling

Mange pasienter med BPF har vokst opp under mishandling, seksuelle overgrep eller annen omsorgsvikt, og slike erfaringer er sterkt forbundet med utrygghet i nære relasjoner i voksen alder (Urnes & Schlüter, 2006). Pasienter med denne alvorlige personlighetsforstyrrelsen er preget av et svært ustabil følelsesliv, nedsatt impuls kontroll, gjentatte selvmordforsøk og selvskading. På bakgrunn av sine symptomer og hjelpesøkende atferd kommer pasienter med BPF hyppig i kontakt med helsevesenet, og mange utgjør en utfordring for samarbeid og samhandling innen helse og omsorgstjenestene (St. meld. nr. 25 (1996-1997)). I akutfunksjoner møter man ofte pasientene spesielt i forbindelse med krisereaksjoner som har utløst selvskading eller selvmordforsøk. Den følelsesmessige ustabiliteten og den selvdestruktive atferden eskalerer ofte, paradoksalt nok, i den akuttpsykiatriske sykehusbehandlingen. Utfordringene kan skape stor splid i det tverrfaglige teamet hvor personalet inntar helt ulike roller og perspektiver på pasienten og behandlingen, men utfordringene er også kjent for å ha stor innvirkning på den enkelte terapeut ved sterke følelsesmessige reaksjoner eller utmattelse (Gabbard, 2005).

Organisasjonens primære oppgave

I vår studie mente de fleste sykepleierne at pasientene med BPF ikke hadde nytte av innleggelse og at de i prinsippet ikke skulle innlegges. Enkelte hevdet at avdelingen ikke hadde annet å tilby denne pasientgruppen enn oppbevaring, og oppfatningene syntes å stå i sammenheng med manglende opplevelse av et felles teoretisk fagsyn på enhetene.

Sykehusorganisasjonen har primært en politisk oppgave å løse og hvordan denne oppgaven løses er nært forbundet med forståelsen av den. I akuttpsykiatri kan denne oppgaven lett misforstås som oppbevaring og avventing på at medisinen skal ha effekt, og hvor sikring eller beskyttelse av pasienten er organisasjonens eneste virkeområde. Med en slik forståelse kan den politiske oppgaven anses som løst. Akuttpsykiatriske avdelinger skal imidlertid bruke hele

spekteret av psykiatriske, psykologiske, miljøterapeutiske og sosiale tilnærminger (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007). Etter vår oppfatning må organisasjonen derfor ses som en miljøterapeutisk organisasjon og den politiske oppgaven må omformes til en faglig miljøterapeutisk oppgave. Uten et overordnet fagsyn risikerer arbeidet å bli tilfeldig og fragmentert (Larsen, 2004). I vår studie formidlet seks av syv sykepleiere at de ikke var kjent med noe teoretisk rammeverk for deres arbeid. Enkelte mente også at fagsynet på arbeidet som skulle utføres varierte etter hvem som var fungerende overlege på enheten, noe som opplevdes frustrerende og uforutsigbart. I en kvalitativ studie om akuttpsykiatriske avdelinger av Hjort og Ruud (2006) ble det funnet liknende tendenser hvor behandlingssideologien syntes å variere mellom fagpersonene. Mange av konfliktene som ble beskrevet i personalgruppen i vår studie dreide seg nettopp om et uklart syn på hvordan pasienten skulle tilnærmes, forstås og behandles. Det overordnede fagsynet må derfor være forankret i organisasjonen, definert av ledelsen og tydelig kommunisert til personalet. Hvis ikke vil uklarheter kunne bidra til skiftende forventninger til personalet og kan virke som en stressfaktor som bidrar ytterligere til pasientens ustabilitet (Lorentzen, 2009). Uten et overordnet fagsyn blir det vanskelig for ledelsen å følge opp om miljøpersonalet arbeider med den miljøterapeutiske oppgaven, miljøpersonalet vil i liten grad vite hva arbeidet skal inneholde for å oppnå mål, og det blir vanskelig å evaluere tiltakenes effekt.

Hvilket fagsyn er så nyttig i arbeidet med BPF? Resultatene fra Hjort og Ruud (2006) viste at akuttavdelingene har gått fra en psykodynamisk til kognitiv/ atferdsterapeutisk tenkning, og flere stilte seg kritisk til verdien av psykodynamisk teori. Det teoretiske perspektivet synes i rapporten å være preget av tilnærminger til pasienter med psykoselidelser, hvor trening av oppmerksomhet, praktiske gjøremål og mestring av hverdagslige aktiviteter er viktige. Etter vår oppfatning kan dette perspektivet virke begrenset i arbeidet med BPF med tanke på forståelse og mestring av følelsesmessige dynamiske prosesser som oppstår i personalgruppen og i relasjon til pasienten, samt at pasientgruppen kan ha behov for andre terapeutiske tilnærminger. Om man ikke forstår pasienter med BPF fra et psykodynamisk perspektiv kan det være vanskelig å se meningen bak deres atferd og symptomer, og oppmerksomheten konsentreres lett om deres atferd heller enn indre liv (Bateman og Fonagy, 2007). Psykodynamisk teori er også en måte å tenke om seg selv så vel som pasientene, og en psykodynamisk informert tilnærming kan derfor berike terapeutenes evner til å reflektere over egne bidrag i samspillet med pasientene og øke

mestringsfølelsen i møte med komplisert mellommenneskelig dynamikk (Gabbard, 2005). Enkelte informanter i Hjort og Ruud (2006) sin studie fremhevet at en psykodynamisk tenkning var lite hensiktsmessig i akuttpsykiatri, og at det kunne virke regresjonsfremmende. Etter vår oppfatning står psykodynamiske informert tenkning ikke i kontrast til akuttpsykiatriens forsøk på å løse krav om effektivitet. Tvert i mot, når de følelsesmessige reaksjonene i personalet håndteres og reflekteres, bedres evnen til å gjøre gode faglige vurderinger, og sykepleierne evner å respondere terapeutisk på pasientens ønsker og behov. I så måte vil det kunne gjøre sykehusmiljøet mindre regresjonsfremmende.

Den miljøterapeutiske oppgaven

Det overordnede fagsynet og hvor godt dette synet er definert og kommunisert til personalet har betydning for hvordan sykepleierne og det tverrfaglige teamet forstår den miljøterapeutiske oppgaven. Miljøterapiens oppgave er å legge til rette for utvikling og skal ideelt sett være en trygg base for pasienten (Gabbard, 2005). Miljøterapibegrepet innebærer også å legge til rette for endring (Larsen, 2004), men i akuttpsykiatrisk sammenheng er dette vanligvis ikke mulig på grunn av den korte liggetiden. Ved miljøterapi til BPF i akuttavdelinger kan tilretteleggelsen av miljøet bety organisasjonens fysiske rammer, struktur, husregler, postens program og annen praktisk hjelp. I vår studie syntes sykepleierne å være primært orientert mot denne oppgaven og mindre mot det terapeutiske innholdet i relasjonsarbeidet. Det terapeutiske relasjonsarbeidet i miljøterapi innebærer personalets psykoterapeutiske virksomhet for å hjelpe pasienter med BPF tilbake til deres vanlige funksjonsnivå. Psykoterapeutisk virksomhet betyr ikke i denne sammenheng psykoterapi, men bruk av psykologiske virkemidler i kommunikasjon og samhandling med pasienten slik at relasjonen skal virke terapeutisk. Både de fysiske og strukturelle rammene samt det psykoterapeutiske innholdet i relasjonsarbeidet er viktige for å klargjøre skillet mellom en privat og en profesjonell relasjon. De danner også et viktig utgangspunkt for å kunne kjenne om man er på vei ut av en terapeutisk posisjon (Zachrisson, 2008). Av denne grunn må organisasjonen tydeliggjøre den miljøterapeutiske oppgaven, strukturens hensikt og det psykoterapeutiske innholdet i relasjonsarbeidet.

I vår undersøkelse ble pasientens tendens til å splitte personalgruppen opplevd som den største utfordringen i miljøet blant sykepleierne. De fleste kunne beskrive hvordan dette ga seg utslag i helt polariserte posisjoner mellom behandlergruppen og miljøterapeutene, samt mellom

forskjellige miljøterapeuter og pasienter. Forståelsen av de dynamiske prosessene som lå bak var imidlertid uklare for flere av sykepleierne vi intervjuet. I psykodynamisk orientert tenkning anser man at pasienter med BPF ofte samhandler med personalet ut i fra tidligere relasjonserfaringer (Gabbard, 2005). Sykepleierne blir personer det knyttes bevisste og ubevisste forventninger til, og kan tildeles egenskaper som ikke nødvendigvis har et realistisk grunnlag. På grunn av pasientenes uttrykk i relasjoner utkjemper pasientene ofte en ubevisst kamp i sykehusmiljøet for å gjenopprette og opprettholde følelse av selvsammenheng. Ubevisste forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikasjon brukes ofte av pasienter med BPF i denne kampen, og kan potensielt virke truende på den tverrfaglige personalgruppens egen selvsammenheng. Splitting som forsvarsmekanisme innebærer at pasienten deler, eller holder, svært atskilte perspektiver eller opplevelser av seg selv som virker truende på selvet. Løsningen for pasienter med BPF er ofte ubevisst å projisere eller eksternalisere disse intense uforenelige følelsene på en eller flere i personalet (Gabbard og Wilkinson, 1996). For at projeksjonen skal være ”vellykket” må sykepleierne ubevisst identifisere seg med de projiserte følelsene og oppleve dem som aspekter ved seg selv, derav navnet projektiv identifikasjon. Personalet som identifiserer seg med projeksjonen er ofte ikke tilfeldig, og forekommer ofte når terapeuten av sine grunner er ekstra mottakelig den. Personalet bidrar selv i dette samspillet med sitt eget reaksjonsmønster, hvor verbale og nonverbale uttrykk blir formidlet på en slik måte at det igangsetter måter å handle på (Gabbard, 2005). Begge vil tillegge hverandre egenskaper på bakgrunn av tidligere relasjonelle erfaringer, personlige ønsker, behov og holdninger, og vil kunne føre til repeterende måter å forholde seg til hverandre. Overføring og motoverføring vil derfor være forhold av repetisjon og faktiske forhold i den pågående relasjonen (Gabbard, 2005). Resultatet av pasientens projeksjoner i teamet kan være at den enkelte sykepleier, eller deler av personalet, ser pasienten *helt* forskjellig og holder sterkt på at deres oppfatning av pasienten er den riktige (Lorentzen, 2009). Slike rigide perspektiver føre til store konflikter i seg selv, men kan også aktivere allerede underliggende konflikter i gruppen.

I følge Gabbard (2005) kan personalet i døgnavdelinger sørge for en ny og annerledes form for relasjonell erfaring. I det miljøterapeutiske arbeidet er målet til personalet å ikke respondere på lik linje som sentrale personer tidligere i pasientens liv. Den viktige psykoterapeutiske oppgaven er derfor evnen til å romme pasientens intense følelser uten å

identifisere seg med dem, samtidig som man opprettholder egen evnen til å reflektere over pasientens indre tilstander.

Å respondere terapeutisk står ikke i motsetning til miljøterapiens rammer.

I vår studie var grensesetting et område preget av ambivalens. I personalgruppen syntes ambivalensen å være knyttet til manglende faglig forankring på hva som var grensesettingens funksjon, og hos den enkelte sykepleier på bakgrunn av behovet for å bli oppfattet som ”snill”. Ved beskrivelse av spesielt utfordrende pasienter var imidlertid ambivalensen fraværende og husregler og grensesetting ble ansett som svært viktig. Å respondere terapeutisk må ikke misforstås i forhold til pasienter med BPFs behov for grenser i samspillet med personalet eller i forhold til rammer og struktur. Gabbard (2005) understreker at personalet må utvise antiregressive forventninger og må kommunisere til pasientene at de er i kontroll av deres impulser og atferd, til tross for pasientenes fraskrivelse av ansvar. Grenser må settes basert på en empatisk forståelse av pasientens behov. Opprettholdelse av grenser kan være vanskelig i det miljøterapeutiske arbeidet med BPF om sykepleierne egne konflikter knyttet til aggresjon aktiveres (Lorentzen, 2009). Slike konflikter kan føre til at sykepleierens behov for kontroll blir motivet for grensesettingen, eller til ettergivenhet hvor grensene ikke opprettholdes. Vår studie viste også at spenningsreduksjon kunne føre til emosjonell tilbaketrekking, noe Bateman og Fonagy (2007) mener pasientgruppen tåler dårlig på grunn av deres manglende evne til å fortolke andre. Lorentzen (2009) vektlegger i sin artikkel sterkt negative motoverføringsreaksjoner fra personalet i form av represalier som dominerende i miljøet. Represalier syntes ikke i våre funn å være like prekært da sykepleierne bevisst disiplinerte seg mot å verbalt agere på sterke følelsesmessige reaksjoner og syntes å være kjent med dette problemet. Denne bevisstheten om egne bidrag var imidlertid primært konsentrert rundt verbal utagering. Den manglende oppmerksomheten på mer subtile følelsesmessige reaksjoner som kan påvirke den terapeutiske relasjonen, kan bety at man bør rette oppmerksomheten mot andre måter å agere på følelsesmessige reaksjoner.

Som Killingmo (1999) presiserer er ikke hensikten at alle profesjonelle hjelpere skal være psykoanalytikere, men samtlige må være klar over at begrensninger i eget følelsesliv kan begrense klinisk skarpsyn og fordreie den kliniske kommunikasjonen. Manglende ansvarstakning fra sykepleieren i relasjonsarbeidet kan føre til at mangel på endring blir forklart ut fra aspekter

med pasienten. Vi mener teoretisk kunnskap om psykodynamiske prosesser og begreper er avgjørende for at sykepleiere skal kunne identifisere og ta ansvar for egne bidrag i relasjonen, for potensielle alliansebrudd, samt gjenopprette den terapeutiske posisjonen ved uhensiktsmessige samspillmønstre. Om det er et miljøterapeutisk mål at pasienten skal bevege seg mot å kunne reflektere og snakke om sine indre opplevelser, heller enn å automatisk handle på dem, er det viktig at sykepleierne har kunnskap og ferdigheter for å kunne modellere en slik prosess. Til sist mener vi kunnskapen også er viktig for å bidra til et godt samarbeid i teamet.

Det tverrfaglige teamet

I tillegg til et overordnet teoretisk fagsyn anbefaler Larsen (2004) at ledelsen har sosialpsykologisk kunnskap om dynamiske gruppeprosesser som kan oppstå for at organisasjonen skal kunne arbeide med den angst og irrasjonalitet som kan spre seg i personalgruppen. Ifølge Gabbard (2005) er en av fordelene med å være flere terapeuter som arbeider i team at man kan hjelpe hverandre med å skille karakteristiske motoverføringsmønstre, basert på personalets egne bidrag, fra dem som kan være aspekter ved pasientens projeksjoner. Skal dette være mulig er det etter vår oppfatning nødvendig at den relasjonelle kompetansen og kunnskapen om psykodynamiske relasjonelle begreper anses både som basiskompetanse og overlappende kompetanse hos terapeutene i det tverrfaglige teamet. Relasjonskompetansen som kreves for gode terapeutiske relasjoner er også en kompetanse som gir godt grunnlag for god kommunikasjon og samarbeid i teamet. I arbeidet med BPF vil en psykodynamisk informert tenkning også kunne bidra med et "felles språk" som kan lette arbeidet med å skille motoverføringsreaksjoner fra andre underliggende konflikter (Kerr, Dent-Brown, & Parry, 2007).

Splitting, eller kan det være noe annet?

Teamutfordringene ved splitting syntes i vår studie spesielt presset ved utskrivelse av pasienter med BPF som hadde kronisk selvmordsatferd. Miljøpersonalet og legene/ psykologene ble beskrevet å innta helt polariserte posisjoner. Miljøpersonalet mente vanligvis at pasienten kunne utskrives, mens legene/ psykologene mente det motsatte. Rigiditeten, intensiteten og den manglende faglige kommunikasjonen i disse konfliktene kan kunne tyde på motoverføringsreaksjoner i begge posisjonene, hvor sykepleierne inntok den devaluerte rollen og legene/psykologene den idealiserte. Bateman og Fonagy (2007) påpeker at splitting som regel blir tillagt pasientatferd heller enn problemer i teamet, noe som også viste seg i vår studie. Mange av

konfliktene som ble beskrevet som splitting syntes heller å være underliggende konflikter i teamet som følge av et manglende teoretisk fagsyn, uklar rolleforståelse og manglende systematisk møtestruktur hvor innhold, hensikt og deltakere var uklart definert. Hvis det tverrfaglige teamet er sårbare for slike konflikter er faren at personalets egne bidrag i samhandlingsproblemer eller underliggende teamkonflikter ikke blir reflektert. En konsekvens av den manglende refleksjonen er at problemene tillegges pasienten.

Gabbard (2005) presiserer at det verken er mulig eller ønskelig å fullt og helt unngå splitting fordi det fungerer beskyttende for pasienten. En slik forståelse mener vi vil kunne bidra til å lette ubehaget ved sterke følelsesmessige reaksjoner, og heller rette gruppens oppmerksomhet mot godt teamarbeid og kommunikasjon i gruppen. En viktig forutsetning for god kommunikasjon og refleksjon er imidlertid trygghet blant teammedlemmene. Både ledelsen og personalet må være åpne for de sterke følelsene som kan oppstå i interaksjonen med disse pasientene, og bevisstgjøring av motoverføringsreaksjoner må i være en integrert del av behandlingsprosessen. Ledere på alle nivå må ha hovedansvaret for å legge til rette for åpen kommunikasjon og må fostre en ikkekritisk og aksepterende holdning til de følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå hos personalet (Lorentzen, 2009). Om ledelsen kommuniserer at personalet skal holde lokk på følelser for å gi god behandling vil det hos personalet kunne forsterke forsvarsbehovet for å undertrykke eller splitte uakseptable følelser eller identifikasjoner (Gabbard, 2005).

Strukturerte kommunikasjonsarenaer

Lorentzen (2009) påpeker at kontinuerlige utvekslinger av erfaringer i personalgruppen, oppklaring av misforståelser, og gjennomarbeidelse av konflikter, er viktig for at teamet skal forstå hva som skjer og unngå uheldige konsekvenser. Sykepleierne i vår studie fremhevet tilretteleggele av kommunikasjonsarenaer i det tverrfaglige teamet som den viktigste rammebetingelsen for å kunne arbeide med følelsesmessige reaksjoner. God kommunikasjon ble beskrevet å fremme samarbeid og motvirke konflikter. Til tross for dette behovet var det kun én av fire enheter, ut fra sykepleiernes beskrivelser, som systematisk hadde organisert sine kommunikasjonsarenaer etter innhold og hensikt. De andre enhetene iverksatte kommunikasjonsarenaer for følelsesmessige reaksjoner ved behov når ufordringene presset på, og ikke som et systematisk pågående arbeid. Behovet for å systematisere møtevirksomheten i

arbeidet med BPF er anerkjent av flere forfattere (Bateman & Fonagy, 2007; Gabbard, 2005; Lorentzen, 2009). Bateman og Fonagy (2007) presiserer at på grunn av utfordringer som oppstår i arbeidet må uenigheter i teamet ikke overlates til tilfeldige møter. Forfatterne foreslår kassdrøftinger for blant annet å bevare teammoral og tverrfaglige teammøter for å drøfte ulike perspektiver. Gabbard (2005) anbefaler jevnlige og hyppige møter som inkluderer hele det tverrfaglige teamet og gjør oppmerksom på at personalmøter ikke må bli for oppgaveorientert uten tid til å prosessere følelsesmessige reaksjoner. Etter vår oppfatning bør også enkelte møter som innebærer håndtering av følelsesmessige reaksjoner, og hvor hele den tverrfaglige gruppen deltar, være satt i system. Hvis ikke kan håndteringen av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet få et preg av ”brannslukking” heller enn forebygging.

Teammoral

I vår studie opplevde sykepleierne en overvekt av negative følelser i arbeidet med BPF, og følelser av oppgitthet i gruppen var fremtredende. I følge Bateman og Fonagy (2007) gjenspeiler teamets moral den generelle trygghetsfølelsen og de rådende holdningene. De fremhever at positive og entusiastiske holdninger trolig vil kunne skape lignende følelser i pasienten og stimulere til deltakelse i en god terapeutisk prosess. Negative og engstelige holdninger uten håp vil i motsetning kunne forsterke fortvilelse og speile mange av pasientens indre følelser. I følge forfatterne er en god teammoral avgjørende for å forhindre utbrenthet og negativ følelsesmessig respons på pasienter og kollegaer, og det er godt belegg for at arbeidsmiljøet har betydning for effektiviteten av intervensjonene og det totale behandlingsresultatet.

Veiledning og ferdighetstrening

En forutsetning for tverrfaglig teamarbeid er en ledelse som kan sørge for at teamet arbeider med felles mål og at den fagspesifikke og funksjonsspesifikke kompetansen blir reflektert, utnyttet og videreutviklet (Statens Helsetilsyn, 2001). Et viktig aspekt i denne forbindelse er tilbud om veiledning og ferdighetstrening. Flere internasjonale studier samt litteratur på området presiserer at akuttpsykiatrien må bedre tilbudet om veiledning og ferdighetstrening for å øke sykepleiernes forståelse av pasienter med BPF og ferdigheter i relasjonsarbeidet (Fagin, 2004; Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Veiledning

I vår studie formidlet flertallet av sykepleierne en svært variert forståelse av og uoversiktlig tilbud om veiledning. Kun to av sykepleierne hadde en klar oversikt over veiledningstilbudet på deres enhet hva gjaldt hyppighet, innhold, struktur og deltakere. Av de andre beskrev enkelte at de hadde veiledning ved behov, hvor det ofte var enhetens lege eller psykolog som tok initiativ til å veilede miljøpersonalet. En sårbarhet med at enhetens lege eller psykolog leder møter eller veiledninger hvor motoverføringsreaksjoner er temaer, er faren for at de selv er del pasientens splitting. Gabbard (2005) påpeker at de da kan ha en annen agenda i møtene enn å diskutere splittingsprosesser, spesielt om de er den idealiserte part. De vil da kunne ha en subtil holdning som personalets underviser så resten av personalet skal forstå "sine" motoverføringsreaksjoner og pasientens dynamikk så vel som han eller hun gjør. I vår studie beskrev også flertallet av sykepleierne at fokuset var på generelle utfordringer med pasientene og i mindre grad på følelsesmessige reaksjoner. Enkelte ønsket ikke å delta på veiledningene grunnet dårlig kontinuitet i deltakere, manglende trygghet i å dele og manglende faglig dybde. Veiledningen syntes for øvrig pasientsentrert heller enn rollesentrert og uten faglig forankring.

For at en god veiledning skal bli vellykket implementert er det viktig at den akuttpsykiatriske organisasjonen er kjent med dens hensikt, og prosesser som kan være involvert (Cleary, Horsfall, & Happell, 2010). Veiledning er et viktig middel for å opprettholde personalets selvfølelse og psykiske likevekt, men har også en terapeutisk hensikt ved å øke muligheten for korrektive emosjonelle erfaringer for pasienten i relasjon med sykepleieren (Lorentzen, 2009). I tillegg utgjør veiledningen et nødvendig rom for refleksjon hvor sykepleierne kan gjenvinne sin reflekterende evne og bearbeide motoverføringsreaksjoner (Pyndt, 2006). Det er også viktig å være oppmerksom på at veiledningen ikke bare skal være en støtte, men sykepleierne skal også lære å bli bedre terapeuter (Gabbard og Wilkinson, 1996). I utviklingen av personlig og relasjonell kompetanse er en rollefokusert veiledning ansett som svært verdifull (Statens helsetilsyn, 2001). I arbeidet med BPF må veileder selv ha god relasjonskompetanse. Pyndt (2006) påpeker også at veileder må ha forståelse for at de prosesser og følelser som oppstår i samspillet med pasienter med BPF kan gjentas i veiledningen. Det foreligger også anbefaler om at veiledningen bør ha et faglig innhold i arbeid med denne pasientgruppen. Flere argumenterer for bruk av psykodynamiske referanserammer for at bearbeidelse av motoverføringsreaksjoner skal fungere hensiktsmessig (Fraser & Gallop, 1993; Lorentzen, 2009; Pyndt, 2006).

Ferdighetstrening

Hjort og Ruud (2006) sin undersøkelse viste at det var lite fokus på emosjonell læring i akuttavdelingene. Med emosjonell læring mener forfatterne både teori og praktiske øvelser for å bevisstgjøre seg eget kommunikasjonsmønster, verbalt og nonverbalt, som kan bidra til å øke evnen til emosjonell innlevelse. Dette var heller ikke et tilbud som forelå blant våre informanter. I Statens helsetilsynet (2001) omfatter den relasjonelle kompetansen terapeutenes evne til å omsette kunnskapen i praksis og må følges opp av konkret praktisk øvelse. Killingmo (1999) presiserer at den terapeutiske samtalen skiller seg fra den dagligdagse samtaleformen og bør derfor trenes i tillegg til å veiledes. Når det gjelder bevisstgjøring av følelser som kan utspille seg i den terapeutiske relasjonen anbefaler Nerdrum & Rønnestad (2002) ferdighetstrening ved hjelp av videoopptak og rollespill. Med tanke på at det følelsesmessige klima hovedsakelig formidles gjennom ikke verbal kommunikasjon, og effektiv kommunikasjon krever samsvar mellom ikke verbale og verbale uttrykk (Holte, 2000), synes dette nyttig. Spesielt med tanke på pasienter med BPFs sensitivitet for ikke verbale uttrykk og nedsatte fortolkningsevne. Et interessant spørsmål er om denne ferdighetstreningen lar seg implementere som en del av veiledingstilbudet i akuttpsykiatri.

Kompetanseutvikling

I Statens helsetilsyn sin rapport (2001) om kompetansekravet i psykisk helsevern blir det presisert at virksomhetsledere må sørge for at virksomheten i sin helhet har tilgang på den kompetansen som virksomhetens oppgaver krever. Sentralt i den miljøterapeutiske organisasjonen er også arbeidet med å uforme og praktisere organisasjonens roller og handler blant annet om hvordan rollene skal forstås (Larsen, 2004). Forståelsen av rollene vil videre være førende for hvilken kompetanse man anser de forskjellige terapeutene i det tverrfaglige teamet skal ha. I terapeutisk arbeid kreves god relasjonskompetanse og den kompetansen omfatter i følge Statens helsetilsyn (2001) blant annet interpersonlig kunnskap om relasjonens betydning, relasjoners dynamikk og kunnskaper om nonverbal og verbal kommunikasjon. Fordi man i psykisk helsearbeid i særlig grad bruker seg selv som instrument i behandlingen blir terapeutenes evner til å bygge og vedlikeholde relasjoner spesielt vektlagt, samt at det stilles særlig store krav til selvinnsikt, selvrefleksjon, etisk refleksjon og over hvilke verdier og faglige vurderinger som

preger ens valg og handlinger. Uten denne kunnskapen og refleksjonen kan evne til empatisk innlevelse, til å skille mellom egne og andres behov samt evne til å holde ut frustrasjon, avvisning og usikkerhet være redusert.

Sykepleierens rolle i akuttpsykiatri

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) presiseres det at psykiatrisk sykepleie er en spesielt viktig kompetanse innen akuttpsykiatri, med hensyn til denne profesjonens medisinske kompetanse, og at arbeidsoppgavene til psykiatriske sykepleiere er under utforming. I dag synes det å være en pågående omgjøring av hjelpeleier/ vernepleier/ miljøterapeutstillinger til sykepleiestillinger i den akuttpsykiatriske organisasjonen. Denne omgjøringen øver trykk på at sykepleierne også innehar tilstrekkelige kompetanse i det miljøterapeutiske arbeidet. I tillegg presiserer Kerr et al (2007) at tverrfaglige team, hvor sykepleiere ofte utgjør den dominerende faggruppen, sjelden operer med eksplisitte åpne felles mål og måter å jobbe på. Forfatterne hevder også at rollen har vært preget av en støtte og beskyttelsesfunksjon, heller enn en psykoterapeutisk funksjon. Hjort og Ruud (2006) fant at den hierarkiske strukturen i akuttpsykiatri var tydelig, hvor beslutninger og forordninger nesten utelukkende gikk fra legen eller psykologen til miljøpersonalet. Selv om flere av sykepleierne i vårt materiale hevdet det ikke forelå noen hierarkisk struktur i enhetene de arbeidet i, tydet deres beskrivelser av egen rolle og fordelinger av oppgaver på det motsatte. Betyr dette at sykepleierens rolle er for uklart formulert både politisk og i den akuttpsykiatriske organisasjonen? Om dette er tilfellet er trolig dagens kompetansebehov hos sykepleierne uklart definert i virksomheten.

Videreutdanning i psykisk helsearbeid

I følge Larsen (2004) er et av kjennetegnene på en god miljøterapeutisk organisasjon en bevisst rekrutterings og personalpolitikk i forhold til kompetansen organisasjonen trenger for at den miljøterapeutiske oppgaven skal løses, og innebærer tilbud om kompetanseheving i form av videre og etterutdanninger. I psykisk helsevern, akuttpsykiatrien inkludert, er det videreutdanning i psykisk helsearbeid som til nå har vært prioritert. I 1998 erstattet den nyopprettede tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid de fagspesifikke videreutdanningene, som for eksempel videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, for at tilbudet skulle nå flere med bachelorgrad innen helse- og omsorgsfag (Statens helsetilsyn, 2001). Den nye organiseringen av studiet har

imidlertid vært omdiskutert, spesielt knyttet til innholdsmessig vektlegging av fagområder. Ådnanes og Harsvik (2007) har gjort en evaluering av denne videreutdanningen. Flertallet av studentene var sykepleiere og jobbet innen spesialisthelsetjenesten. Resultatene viste blant annet at sykepleierne mente utdanningen ga for lite kunnskap om psykiske lidelser og behandling, samt klinisk kompetanse og misnøyen var størst blant de som jobbet innen spesialisthelsetjenestene. I evalueringen uttrykte studentene også at det kunne vært ønskelig med et større fokus på hva som skjer med en selv i interaksjonen med pasienten og hvorfor man reagerer som man gjør. Flere av sykepleierne i vårt materiale hadde lang erfaring og flere hadde tatt videreutdanningen nylig eller for få år siden. Det som overrasket oss var at sykepleierne, til tross for videreutdanning og den lange erfaringen i akuttpsykiatri, ikke hadde noen teoretisk forståelsesramme eller begrepsmessig verktøy for å forstå pasientene med BPF og deres sterke følelsesmessige reaksjoner i møte med dem. Fordi pasienter med betydelige interpersonlige problemer har en tendens til å involvere seg i negative interaksjonsmønstre med terapeuter, trenger terapeuten spesifikke ferdigheter for å vite hva som kan gjøres annerledes (Hersoug, 2002). Nerdrum (1997) problematiserer at teoretiske utforminger av hvordan man utvikler den ”gode relasjonen” ofte er fundert på den ideelt hjelpesøkende, samarbeidende og motiverte pasient. Han hevder teoriene i mindre grad tar hensyn til ulike grader og typer av motivasjon hos pasientene som man ofte møter i psykisk helsearbeid, og synes i liten grad å ta utgangspunkt i hva slags tilnærming som er relevant ved forskjellige lidelser.

Resultatene ovenfor reiser spørsmålet om videreutdanningen som tilbys dekker sykepleierens kompetansebehov innen spesialisthelsetjenesten og om den tilstrekkelig dekker relasjonskompetansen slik den beskrives av Statens helsetilsyn (2001). Den akuttpsykiatriske organisasjonen kan selvsagt ikke stå til ansvar for dette, men kan synliggjøre et potensielt behov for at organisasjonen må tilrettelegge for andre utdanningstilbud som tilfredsstillende kompetansebehovet til sykepleierne bedre. Det må i den forbindelse også presiseres at om den faglige kompetansen ervervet ikke stimuleres ved hjelp av organisasjonen vil det mest sannsynlig bidra til faglig stagnasjon og det vil følgelig bli vanskelig å holde kunnskap og begreper ved like. Det må også nevnes at organisasjonens tilretteleggelser ikke setter til side behovet for at sykepleiere selv holder seg faglig oppdatert ved å lese publikasjoner og litteratur innen aktuelle fagfelt.

Ressursdisponering

I følge Larsen (2004) vil tydeliggjøring av den faglige oppgaven bidra til å fokusere ledelsens oppmerksomhet og ressursdisponeringen som er styrende for rekruttering og kompetanseutvikling. Når det gjelder fordeling av ressurser til kompetanseheving og faglig utvikling fant Hjort og Ruud (2006) at det er tydelige forskjeller i hvordan faggruppene prioriteres i akuttpsykiatri, hvor legene får mest og miljøterapeutene minst, og hvor grad av tilfredshet syntes å stå i sammenheng med dette forholdet. Selv om enkelte av sykepleierne fikk dekket videreutdanning innen psykisk helsearbeid syntes det i liten grad å være faglig påfyll utover dette. Tilgjengelige ressurser er selvsagt avhengig av den enkelte avdelings økonomi, men fordelingen av ressursene fortøner seg uhensiktsmessig. Hjort og Ruud (2006) mener at det kan stilles spørsmålsteget ved akuttavdelingenes personalpolitikk hvor de med lengst erfaring og tilsynelatende mest påkjenninger i arbeidet, her miljøterapeutene, er de som får minst midler til faglig utvikling. De hevder videre at ressursfordelingen reduserer teamarbeidets evne til å ”løfte i flokk” på grunn av avstanden i den faglige nivåhevingen, samt at det kan prege miljøet negativt hva gjelder fordeling av goder og ansvar. Det tar lang tid å utvikle en faglig modenhet og personlig integrert forståelse av psykososialt arbeid (Orlinsky & Rønnestad, 2005). En skjevfordeling av ressurser utover tilbudet om videreutdanning kan derfor tenkes å være en følge av at institusjonen ikke tar høyde for den tiden som trengs til profesjonell utvikling.

Effektiv og faglig forsvarlig virksomhet krever god utnyttelse av de tilgjengelige ressursene. Av denne grunn mener vi den vedvarende organisatoriske prioriteringen av kompetanseutvikling hos leger og psykologer, på bekostning av sykepleierne synes å være en uhensiktsmessig ressursutnyttelse både økonomisk og terapeutisk.

Oppsummering

I denne artikkelen har vi forsøkt å belyse noen muligheter og hindringer for å forbedre sykepleie og det tverrfaglige samarbeidet i lys av organisatoriske forhold som vi mener er forutsetninger for at pasienter med BPF skal få et kvalifisert behandlingstilbud i akuttpsykiatri. De sterke følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå i arbeidet med denne pasientgruppen henviser til personalets irrasjonelle sider både i den terapeutiske relasjonen og i samarbeid med kollegaer. Om det ikke rettes tilstrekkelig oppmerksomhet på disse irrasjonelle sidene av arbeidet, og åpnes for å reflektere over dem, kan det potensielt virke skadelig på samhandling i avdelingen, det tverrfaglige teamet, den enkelte sykepleier og i det kliniske arbeidet.

Skal det tverrfaglige teamsamarbeidet og sykepleien til denne pasientgruppen bedres har vi argumentert for at den politiske oppgaven tydelig må omformes til en faglig oppgave. Den akuttpsykiatriske organisasjonen må anse seg som en miljøterapeutisk organisasjon og den miljøterapeutiske oppgaven må tydelig kommuniseres til personalet. Et tydelig definert teoretisk fagsyn vil gi retning for det miljøterapeutiske arbeidet, teamsamarbeidet, tilbud om veiledning og ferdighetstrening, rolleforståelse og for kompetanseutvikling. En miljøterapeutisk organisasjon krever en tydelig ledelse som har god kjennskap til dynamiske gruppeprosesser, og som legger til rette for et trygt reflekterende miljø og åpen kommunikasjon. Vi har problematisert at akuttpsykiatriens tendens til skjevfordeling av ressurser mellom faggruppene kan virke uhensiktsmessig både terapeutisk, økonomisk og samarbeidsmessig, og vi har stilt oss spørrende til om videreutdanningen dekker sykepleiernes kompetansebehov i akuttpsykiatri. Med riktige organisatorisk tilretteleggelse, effektiv profesjonell stimulering og nødvendig utdanning, mener vi i likhet med Miller (1964) at psykiatriske sykepleiere kan utgjøre en viktig terapeutisk kraft i sykehuset. Uten disse forholdene vil trolig samarbeidsproblemene i det tverrfaglige teamet fortsette å være unødvendig store, sykepleiere vil fortsatt oppleve en overvekt av negativ emosjonell aktivering med pasienter som har BPF og true deres evne til å respondere empatisk og terapeutisk til deres behov.

Mulighetene og hindringene som er formidlet i denne artikkelen anser vi også som relevant i andre kontekster enn akuttpsykiatri. Vi mener en psykodynamisk informert tenkning, som supplement til andre teorier, kan gi næring til gode terapeutiske relasjoner i alle ledd innen psykisk helsevern.

Referanser

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.

Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertvig Forlag.

- Cleary, M., Horsfall, J., & Happell, B. (2010). Establishing clinical supervision in acute mental health inpatient units: acknowledging the challenges. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(8), 525-531. doi:10.3109.016112841003650546
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*(2), 93-99. doi:10.1192/apt.10.2.93
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 7*(6), 336-341. doi:10.1016/0883-9417(93)90051-W
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th. ed.). Washington: American Psychiatric Publ.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hersoug, A. G. (2002). *Working alliance, defensive functioning and therapists interventions in psychotherapys* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo.
- Hjort, H., & Ruud T. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. SINTEF A73. Hentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Kvalitativ_studie_akuttavdelinger.pdf
- Holte, A.(2000). Basal kommunikasjonsteori: Har psykoterapeuter noe å lære? I A. Holte, G. H. Nielsen, & M. H. Rønnestad (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning* (s. 224-253). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kerr, I. B., Dent-Brown, K., & Parry, G. D. (2007). Psychotherapy and mental health teams. *International Review of Psychiatry, 19*(1), 63-80. doi:10.1080/09540260601109380

- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119, 56-59.
- Lorentzen, S. (2009). Miljøterapi av borderlinepasienter: Fokus på motoverføringsreaksjoner i staben. *Matrix*, 26(1), 162-176.
- Miller, A. A. (1964). Therapeutic resources in state hospitals: the psychiatric nurse. *Comprehensive Psychiatry*, 5(2), 122-127. doi:10.1016/S0010-440X(64)80022-5
- Nerdrum, P. (1997). Hvor god er "den gode relasjonen"? I B. C. R. Olsen, & V. Bunkholdt (Red.), *Barnevernet, mangfold og mening* (s. 67-89). Oslo: Tano Aschehoug.
- Nerdrum, P., & Rønnestad, M. H. (2002). The trainees' perspective: A qualitative study of learning empathic communication. *The Counseling Psychologist*, 30(4), 609-629. doi:10.1177/00100002030004007
- Ovedal, A. S., & Wold, M. (2011). *Sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reskjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse* (ublisert masteroppgave). Høgskolen i Oslo.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Pyndt, K. (2006). Mentaliseringsbegrebet som et nyt perspektiv på forståelsen af modoverføringen i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse. *Matrix*, 23 (4), 317-335.
- Statens helsetilsyn.(2001). Kompetansebehov i psykisk helsevern (Utredningsserie 4-2001), IK-2740. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kompetanse_psykisk_helsevern_ik-2740.pdf
- St.meld. nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial og helsedepartementet. Hentet fra

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

- Urnes, Ø., & Schlüter, C. (2006). Forståelse og behandling av personlighetsforstyrrelser: Ved avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus. *Impuls: Tidsskrift for Psykologi*, 3, årgang 60.
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(7), 657-662. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x
- Wold, M., & Ovedal, A. S. (2011). Organisatoriske betingelser for sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse (Upublisert materoppgave), Høgskolen i Oslo
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 45(8), 939-948. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61880&a=2
- Ådnanes, M., & Harsvik, T. H., (2007). *Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid*. SINTEF rapport A2954. Hentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_A2954_Evaluering_av_videreutdanning_i_psykisk_helsearbeid.pdf

Ansvarsfordeling i samarbeidet

Student Ane Selma Ovedal:

Artikkel 1. *Sykepleieres opplevelse og forståelse av egne følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse*

Artikkel 4. *Muligheter og hindringer i sykehusorganisasjonen for god sykepleie og godt teamsamarbeid i arbeidet med pasienter som har borderline personlighetsforstyrrelse*

Ane Selma Ovedal har hatt hovedansvaret for analyse og fortolkningsarbeidet i artikkel 1 og er førsteforfatter av denne artikkelen. Hun har også hatt hovedansvaret for- og er førsteforfatter av artikkel 4.

Student Mirjam Wold

Artikkel 2. *Organisatoriske betingelser for sykepleieres opplevelse og forståelse av følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med borderline personlighetsforstyrrelse*

Artikkel 3. *En følelsesmessig storm: Hvor bringer den oss? – Om det komplekse samspillet mellom sykepleier og pasient med borderline personlighetsforstyrrelse i akuttpsykiatrisk avdeling*

Mirjam Wold har hatt hovedansvaret for analyse og fortolkningsarbeidet i artikkel 2 og er førsteforfatter av denne artikkelen. Hun har også hatt hovedansvaret for- og er førsteforfatter av artikkel 3.

Både planlegging av studien, gjennomføringen av intervjuene og uformingen av kappen ble utført i felleskap. Transkriberingsarbeidet ble fordelt likt mellom oss, og krysskontrollert av hverandre i etterkant. Analyse og fortolkningsarbeidet ble gjennomgått, diskutert og stilt kritiske spørsmål til av hverandre underveis i prosessen. Vi har vært medforfattere på hverandres artikler hvor begge har bidratt med kommentarer, innspill og forslag til endringer. De øvrige detaljene i samarbeidsprosessen er beskrevet underveis i kappen.