

**”De gør noget med os”
- et kvalitativt studie af miljøterapeuters erfaringer
med mestring af egne følelser i arbejdet med
voksne patienter med diagnosen emotionel ustabil
personlighedsforstyrrelse**



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Psykisk helsearbeid

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Nynne Mark

Veileder: Unn Elisabeth Hammervold, universitetslektor/stipendiat

Dato: 01.06.17

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
MASTEROPPGAVE**

SEMESTER: Vår - 2017

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Nynne Mark
VEILEDER: Unn Elisabeth Hammervold**

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: ”De gør noget med os” – et kvalitativt studie af miljøterapeuters erfaringer med mestring af egne følelser i arbejdet med voksne patienter med diagnosen emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse

Engelsk tittel: ”They effect us” – a qualitative study of milieu therapists’ experiences with coping of own emotions when working with adults diagnosed with emotionally unstable personality disorder

EMNEORD/STIKKORD: emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, miljøterapeuters erfaringer, mestring, følelser, miljøterapi, omsorg

**ANTALL SIDER: 78
STAVANGER d. 29/05/17**

Coping shapes our emotions, but its most important function is to manage those emotions once aroused, as well as the sometimes troubling situations that provoke them.

- Lazarus & Lazarus, 1994, s.152

Førord

Jeg har nydt at være studerende og nydt at lære. Denne masteropgave er forhåbentlig starten på fortsættelsen af min egen faglige udvikling.

Flere personer har bidraget i opgaveskrivningsprocessen:

Først og fremmest vil jeg gerne sige tak til min vejleder, Unn, for dit engagement og dedikerede vejledning. Jeg vil takke min veninde, Louise, for konstruktive tilbagemeldinger og opmuntring, når frustrationerne har meldt sig. Også tak til mine forældre for støtte. En speciel tak til min samboer, Håkon, for at vende tingene op og ned, når det har været allermest nødvendigt.

Tak til B2 for at give mig den tid, jeg har skulle bruge for at kunne gennemføre uddannelsen og komme i mål med opgaven.

Sidst, men absolut ikke mindst, tak til miljøterapeuterne for deltagelse i interviewene og for at gøre mig klogere.

Stavanger, maj 2017

Nynne Mark

Indholdsfortegnelse

Sammendrag	7
1.0 Indledning	8
1.1 Baggrund	8
1.1.1 Erfaring.....	8
1.1.2 Hvem er patienterne?.....	9
1.1.3 Retningslinjer for behandling.....	11
1.2 Tidligere forskning	12
1.3 Problemafgrænsning og problemstilling	13
1.4 Begrebsafklaring	14
1.5 Formål og hensigt	15
1.6 Videre opbygning	15
2.0 Teoretisk referenceramme	16
2.1 Lazarus' mestringsteori	16
2.1.1 Følelser.....	18
2.2 Martinsens omsorgsteori	19
3.0 Metodologi og metode	22
3.1 Videnskabsteoretisk forankring og forforståelse	22
3.2 Design	24
3.3 Litteratursøgning	25
3.4 Metodiske overvejelser	25
3.5 Udvalg	26
3.6 Dataindsamling	27
3.7 Transskribering	28
3.8 Valg af analysemetode	28
3.8.1 Beskrivelse af analyseprocessen.....	29
3.9 Forskningsetiske overvejelser	30
3.9.1 Information til deltagerne og samtykke.....	30
3.9.2 Deltagernes anonymitet.....	30
3.9.3 Risici og belastning for deltagerne.....	31
4.0 Præsentation af fund	32
4.1 Erfaring	32
4.1.1 Følelsesmæssige udfordringer: Fra frustration og modløshed til empati og medfølelse.....	32
4.1.2 Faglige udfordringer: fra ansvarliggørelse til tilstedeværende omsorg.....	35
4.1.3 Strukturelle udfordringer: Fra indlæggelse til udskrivelse (og tilbage igen).....	41
4.1.4 Opsummering af miljøterapeuternes erfaringer.....	42
4.2 Mestringsstrategier	43
4.2.1 Professionel tankegang.....	43
4.2.2 Ressourcegivende atmosfære.....	45
4.2.3 Aktiv egenomsorg.....	49
4.2.4 Opsummering af miljøterapeuternes mestringsstrategier.....	50
5.0 Diskussion	51
5.1 Studiets fund	51
5.2 Studiets metode	59
5.3 Implikationer for videre forskning	61

6.0 Konklusion	63
6.1 Studiets betydning for praksis.....	64
7.0 Litteraturliste	65
8.0 Bilag	70
8.1 Bilag 1: Søgeprotokol	70
8.2 Bilag 2: Informationsbrev og samtykkeerklæring	73
8.3 Bilag 3: Interviewguide	75
8.4 Bilag 4: Uddrag af analysen.....	76
8.5 Bilag 5: Mail til REK.....	77
8.6 Bilag 6: Godkendelse fra Personvernombudet	78

Sammendrag

Dette studie undersøger miljøterapeuters erfaringer med mestring af egne følelser i arbejdet med voksne patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Studiet ønsker at kortlægge, hvilke strategier miljøterapeuterne bruger for at mestre egne følelser. Hensigten er at kunne bidrage til kundskab om, hvilke midler miljøterapeuterne har brug for i praksis til at udvikle hensigtsmæssige mestringsstrategier og kunne gøre brug af disse for at yde miljøterapi, som gavner den enkelte patient. Studiets teoretiske referenceramme inkluderer Richard S. Lazarus' mestringssteori og Kari Martinsens omsorgsteori. Studiets metode er kvalitativ og dataindsamling blev gjort ved seks semistrukturerede interviews af henholdsvis fem sygeplejersker og en verneplejer. Interviewene blev analyseret ud fra en kvalitativ indholdsanalyse, som præsenterede seks temaer: 1. Følelsesmæssige udfordringer: Fra frustration og modløshed til empati og medfølelse, 2. Faglige udfordringer: Fra ansvarliggørelse til tilstedeværende omsorg, 3. Strukturelle udfordringer: Fra indlæggelse til udskrivelse (og tilbage igen), 4. Professionel tankegang, 5. Ressourcegivende atmosfære og 6. Aktiv egenomsorg. Fundene viser, at mangel på mestring af egne følelser påvirkede miljøterapien og gjorde det svært for miljøterapeuterne at være professionelle. Specielt selvskadningssituationer var en følelsesmæssig og faglig udfordring for miljøterapeuterne og påvirkede deres psykiske helbred. For at mestre følelserne erfarede miljøterapeuterne, at det var vigtigt med et åbent miljø på afdelingen, vejledning, kollegastøtte og information. Miljøterapeuterne angav også professionalitet og selvbevidsthed som mestringsfremmende faktorer. Derudover var det vigtigt for miljøterapeuternes mestring af egne følelser at kunne adskille arbejde og fritid.

1.0 Indledning

1.1 Baggrund

1.1.1 Erfaring

I mit arbejde som sygeplejerske på en psykiatrisk afdeling oplever jeg, at miljøterapeuter ind i mellem har dannet sig et indtryk af patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse før, de har mødt den enkelte patient. Dette viser sig mest ved forudindtagede holdninger, som gør, at miljøterapeuterne allerede har en idé om, hvem den enkelte patient er og hvordan vedkommende opfører sig baseret på diagnosen og tidligere erfaringer med denne patientgruppe. Min erfaring er, at der i arbejdet med patienter med denne diagnose opstår følelser hos miljøterapeuterne, som gør, at størstedelen af miljøterapeuterne tager afstand fra patienterne. Jeg oplever, at tilgangen til denne patientgruppe er meget individuel fra personale til personale, hvilket skaber tvivl og uoverensstemmelser i personalegruppen i forhold til behandlingen af disse patienter. Min erfaring er, at dette i praksis bidrager til, at denne patientgruppe ikke altid får den hjælp, de har brug for.

Psykolog og førsteamanuensis i klinisk psykologi, Margrethe Seeger Halvorsen (2014), skriver, at hun flere gange har mødt personer med denne diagnose, som oplever, at diagnosen bestemmer, hvordan de bliver mødt. I løbet af en periode, hvor hun arbejdede med en patient, var patienten indlagt i en anden sektor. Halvorsen var da i kontakt med behandlende læge og fik besked om, at patienten var manipulerende, saboterende og nægtede at samarbejde. Halvorsen følte da, at personalet på afdelingen tog udgangspunkt i diagnosen og ikke personen, som hun havde lært at kende (Ibid).

Psykiatrisk sygeplejerske, Kathrine Benedikte Larsen (2017), skriver i en fagartikel:

Erfaringsmessig kan pasienter med UPF (ustabil personlighetsforstyrrelse) ofte vekke følelser av frustrasjon, håpløshet, sinne og avmektighet hos sykepleiere på akuttpsykiatrisk avdeling. Grunntonen i arbeidsmiljøet kan til tider være belærende og fordomsfull. Pasientene oppfattes som oppmerksomhetssyke og infantile, noe som har gjort at jeg er blitt mer og mer oppmerksom på at sykepleierne til tider har svært negative holdninger overfor denne pasientgruppen (s. 1).

Disse erfaringer støtte op om mine erfaringer i forhold til, hvordan disse patienter kan blive mødt ved indlæggelse på psykiatriske afdelinger og at sundhedspersonalets følelser spiller en rolle i dette møde.

1.1.2 Hvem er patienterne?

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2015) er emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse den fjerde mest udbredte diagnose i psykiatrien. I henhold til befolkningsundersøgelser udgør denne diagnose 1,6% af befolkningen, hvor denne gruppe i den psykiatriske population udgør omkring 20% (Ibid). Sigmund Karterud, Theresa Wilberg og Øyvind Urnes (2010) påpeger, at 80% af personer, der får denne diagnose, er kvinder. Anders Evang (2010) skriver, at dette hænger sammen med, at den hyppigste indlæggelsesårsag er suicidal adfærd knyttet til tab. Kvinder reagerer mere selvdestruktivt end mænd, som i stedet har tendens til udadreagerende adfærd eller stofmisbrug. I tillæg til dette søger kvinder oftere hjælp end mænd (Ibid).

Personlighedsforstyrrelser er udviklingstilstande, som begynder i børne- og ungdomsalderen og fortsætter ind i voksenalderen (World Health Organization, 2005). Ifølge Carsten René Jørgensen (2009) angår forstyrrelse i personligheden samspillet mellem individet, omgivelserne og andre mennesker. Jørgensen (2009) beskriver, at en personlighedsforstyrrelse gør, at individets personlighedsfunktion og adfærd gennemgribende og vedvarende er utilpasset, ufleksibel, konfliktfyldt og ikke hænger sammen med den almene opfattelse af virkeligheden. Derudover er også problemer med selv- og identitetsopfattelsen og vanskeligheder med mellemmenneskelige relationer kendetegnene for personlighedsforstyrrelse (Bøye, 2012). Ydermere er det afvigelser i følelseslivet, impuls kontrol og behovstilfredsstillelse. Opsummeret dækker det over afvigelser i måden individet bearbejder information og indtryk på samt måden tankeindholdet organiseres (Ibid).

Jørgensen (2009) skriver, at adfærden, personer med personlighedsforstyrrelse har, ofte er præget af forsvarsmekanismer for at mindske angst og oplevede belastninger. Dette gør, at individets realistiske opfattelse af sig selv og andre på længere sigt bliver svækket og at brugen af forsvarsmekanismer kan forårsage adfærdsmæssige reaktioner hos individet,

som oppleves frustrerende og følelsesmæssigt belastende for andre. Typiske forsvarsmekaniser ved denne diagnose er splitting, projektiv identifikation, projektion, devaluering og idealisering (Ibid). Ifølge Jørgensen (2009) kan disse forsvarsmekaniser føre til uhensigtsmæssig udadreagerende adfærd og en forvrænget opfattelse af virkeligheden, hvilket gør, at emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er en af de alvorligste personlighedsforstyrrelser. Overordnet kan det siges, at personlighedsforstyrrelser er ekstremer af normal variation i personligheden, som ikke kun har betydning for individet selv, men også påvirker individets interpersonelle relationer (Bøye & Kjølbye, 2012).

Jørgensen (2009) påpeger, at det ikke går an at forstå individets personlighed eller forstyrrelse i denne, hvis ikke man ser personligheden i lys af relationelle og sociokulturelle sammenhænge. Individets personlighed udvikles og opbygges gennem vedkommendes samspil med andre og den sociale kontekst vedkommende befinder sig i (Ibid; Bøye, 2012). I nutidens samfund forventes det, at individet udvikler en selvstændig identitet samtidig som det forventes, at vedkommende tilpasser sig samfundets normer, hvilket stiller store krav til den enkelte person (Jørgensen, 2009). Jørgensen (2009) beskriver, at personlighedsstrukturer dannes for, at individet skal være i stand til at håndtere og undgå overvældende angst i samspil med andre. En velfungerende personlighed dækker over stabilitet i måden individet fungerer på, sammenhæng i måden individet oplever sig selv og andre, en tilpasset og fleksibel organisering af individets måde at agere på samt tillid til individet selv og andres intentioner (Ibid).

Diagnosekriterierne for emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse beskrives både i det amerikanske diagnosesystem, DSM-5, hvor diagnosen går under navnet Borderline personlighedsforstyrrelse og ICD-10, som er udført af Verdens Sundhedsorganisation og er det system, som bruges i Norge (Karterud et al., 2010). I og med at dette studie beskæftiger sig med det norske sundhedsvæsen, vil definitionen fra ICD-10 benyttes:

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Pasienten har en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Det foreligger også en tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd, særlig hvis impulsive handlinger blir hindret eller kritisert. To typer kan skilles ut: den impulsive typen, som hovedsakelig

kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet og impuls kontroll, og den ustabile typen, som i tillegg kjennetegnes ved forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, og ved en tendens til selvdestruktiv atferd, herunder selvmordshandlinger og –forsøk (Helsedirektoratet, 2017, afsnit F60.3).

Ifølge Karterud et al. (2010) er der høj forekomst af traumer i opvæksten hos personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Disse traumer består af tidlig separation og tab, fysisk og psykisk mishandling, fremmedgørende forældre-barn-relationer, seksuelle overgreb og incest. Disse traumer har blandt andet konsekvenser for identitetsudvikling og evnen til interpersonel fortolkning, hvilket kan føre til, at personerne overvældes af følelser og mistolker andres intentioner (Ibid). Ud fra dette konkluderer Karterud et al. (2010), at personer med denne diagnose har dårlige mentaliseringsevner, hvilket vil sige dårlig evne til selvrefleksion, at forstå egen og andres adfærd og følelser samt koble handlinger til sociale situationer (Ibid).

Grunden til, at jeg har valgt at have fokus på emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse fremfor de øvrige personlighedsforstyrrelsesdiagnoser, er først og fremmest mine erfaringer, men også det faktum, at diagnosen ifølge Sundhedsstyrelsen (2015) er den fjerde mest udbredte diagnose i psykiatrien og udgør en tredjedel af personlighedsforstyrrelsesdiagnoserne. Derudover associeres specielt denne diagnose med et stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2015; Jørgensen, 2009).

1.1.3 Retningslinjer for behandling

Ifølge Karterud et al. (2010) foregår behandling af denne patientgruppe på alle niveauer i sundhedsvæsenet og det påpeges, at det er vigtigt, at de forskellige niveauer udfører forskellige og specialiserede opgaver. Karterud et al. (2010) skriver, at tilbage i år 2009 udførte ingen lande dette tilfredsstillende. Der er dog sket ændringer siden og både Amerika og England har lavet retningslinjer for behandling af personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (Ibid). Et litteratursøg på Google viser, at det i Norge tilsyneladende kun er Oslo kommune, som har arbejdet med tilrettelægning af behandling af denne diagnose. På Oslo Universitetssykehus' hjemmeside finder man Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP). NAPP (2017) har udviklet et

patientforløb, der beskriver et forventet behandlingsforløb for personer med personlighedsforstyrrelser, som er lagt ud på internettet for at inspirere sundhedsbedrifter i Norge. Patientforløbet er udarbejdet således, at det også skal være muligt at anvende i andre kommuner, men beskriver blandt andet tilbud som Personlighetspoliklinikken, som kun er tilgængelig i Oslo (Ibid). Karterud et al. (2010) skriver, at der i England benyttes det samme diagnosesystem som i Norge, hvorfor de engelske retningslinjer i forhold til de amerikanske er mest relevante. Retningslinjerne, som er udarbejdet af det engelske National Institute of Health and Care Excellence (NICE), foreskriver, at det forventes, at anbefalingerne iværksættes af lokale sundhedssystemer (NICE, 2009). Både Danmark og Sverige har udgivet nationale retningslinjer for behandling af personlighedsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2015; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2017). Et litteratursøg på det norske Helsedirektorats hjemmeside viser, at der ikke er udarbejdet norske nationale retningslinjer for behandling af denne patientgruppe. Dette gør muligvis, at der på psykiatriske afdelinger i Norge kan opstå en tendens til manglende viden om, hvad der er vigtigt at have fokus på i behandlingen af og samspil med denne patientgruppe. NICE (2009) skriver, at personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er hyppige brugere af sundhedsvæsenet. Samtidig beskrives det, at patientgruppen ind i mellem bliver ekskluderet fra tilbud i sundhedsvæsenet på baggrund af diagnosen muligvis grundet manglende selvsikkerhed og evner hos sundhedspersonalet i forhold til at arbejde med disse patienter (Ibid). Retningslinjen fra NICE (2009) peger på, at det er vigtigt, at sundhedspersonalet har viden om og noget at forholde sig til i arbejdet med denne patientgruppe.

1.2 Tidligere forskning

Forskning (Hallett, Dickens & Lamont, 2016; Dickens, Lamont & Gray, 2016; James & Cowman, 2007; Bodner et al., 2015; Warrender, 2015) viser, at patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er en vanskelig patientgruppe at arbejde med. Disse patienter er upopulære blandt sundhedspersonalet og det er en udbredt tendens, at sundhedspersonalet har negative holdninger og attitude overfor denne patientgruppe (Ibid). Ifølge Dickens et al. (2016) skyldes dette til dels stigmatisering, men også manglende viden og information har betydning for sundhedspersonalets tilnærmelse til patienterne. Endvidere gør dette, at sundhedspersonalet kommer i konflikt med de professionelle krav,

som stilles (Ibid). En del forskning fokuserer på, hvad der kan forbedre personalets attitude og størstedelen af studierne undersøger, om undervisning af personalet i selve diagnosen og i forskellige behandlingsmetoder kan mindske de negative holdninger (Hallett et al., 2016; Warrender, 2015). Studiet af Warrender (2015) viser, at der er tvivl blandt sundhedspersonalet i forhold til, hvordan de skal møde patienterne og hvad formålet med indlæggelsen er. Studiet undersøger hvorvidt et kursus i mentaliseringsbaseret terapi har indflydelse på sundhedspersonalets holdninger i mødet med patienterne. Det viste sig, at sundhedspersonalet fik bedre forståelse for patienternes adfærd, hvilket mindskede frustrationen hos personalet. Personalet følte også, at de fik et nyttigt redskab og følte mere mening med behandlingen (Ibid). I modsætning til dette udleder litteraturstudiet af Hallett et al. (2016), at undervisning stort set har lille effekt på de sundhedsprofessionelles holdning, men at effekten var størst hos dem, der i forvejen havde mindst erfaring med patientgruppen og dem, der havde den dårligste attitude. Hallett et al. (2016) fremhæver, at selvom patienterne opnåede bedre resultater, hvis de fik behandling af en sygeplejerske, som havde fået undervisning, var der ingen forskel på denne sygeplejerskes holdning i forhold til sygeplejerskerne i kontrolgruppen, som ikke havde fået undervisning. Ud fra alle artiklerne som er medtaget i litteraturstudiet, konkluderer Hallett et al. (2016), at resultaternes totale evidens er lille og at der fuldstændigt mangler klinisk evidens i forhold til udfald, som resultat af enten at ændre sundhedsprofessionelles attitude eller øge deres færdigheder og kundskab. Ud af de studier, jeg har fundet, har ingen tilsyneladende følelser, som frembringes hos personalet i mødet med denne patientgruppe, som hovedfokus og ingen af disse studier beskæftiger sig specifikt med personalets mestring af disse følelser.

1.3 Problemafgrænsning og problemstilling

Ud fra ovenstående ses det, at emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er den mest forekommende diagnose indenfor personlighedsforstyrrelser samtidig med, at der ikke findes nationale retningslinjer for behandling af denne. Derfor finder jeg det relevant at tage udgangspunkt i arbejdet med netop denne patientgruppe. Ovenstående indikerer, at følelser og regulering af disse er en stor del af diagnosen. Da der ikke findes en norsk national retningslinje for behandlingen af disse patienter, kan man forestille sig, at der kan opstå tvivl hos miljøterapeuterne om, hvordan de skal forholde sig til patienter med denne

diagnose, hvilket muligvis kan føre til udfordringer i forhold til, hvordan de skal forholde sig til egne følelser. Som nævnt har personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse svært ved at danne mellemmenneskelige relationer og vide, hvordan de skal agere i forskellige situationer. Hvis miljøterapeuterne ikke besidder hensigtsmæssige mestringsstrategier og derved ikke er bevidste om, hvordan de skal takle egne følelsesmæssige reaktioner i samspil med disse patienter, er det min erfaring, at dette kan bidrage til udførelse af uhensigtsmæssig miljøterapi. På baggrund af ovenstående betragtninger finder jeg det derfor relevant at undersøge miljøterapeuternes erfaringer med mestring af egne følelser i arbejdet med personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, hvilket leder til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter i forbindelse med mestring af egne følelser i arbejdet med voksne patienter med diagnosen emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse?

Ud fra denne problemstilling er der udledt følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvilke erfaringer har miljøterapeuter i arbejdet med voksne patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse?
2. Hvordan mestrer miljøterapeuterne egne følelser i miljøterapeutisk arbejde?

1.4 Begrebsafklaring

I dette studie dækker *miljøterapeut* over sygeplejersker og verneplejere, som arbejder i miljøet på en psykiatrisk afdeling.

Følelser defineres som grundlæggende og centrale elementer i livet og i udvikling af personlighed (Evang, 2010). De kommer blandt andet til udtryk gennem specifikke kognitive og tankemæssige vurderinger og subjektive oplevelser, som enten er lystbetingede og belønnende eller det modsatte; smertefulde og ubehagelige (Ibid). Følelser skabes af erfaringer og er derfor ikke medfødt. Bestemte følelser forårsages af ubalance og herved opstår øget årvågenhed og opmærksomhed indad hos individet og udad mod omverdenen. Dette gør, at den pågældende erfaring bliver gemt i hukommelsen og når lignende situationer opstår, vil de forbundne følelser opstå på nyt (Ibid).

Miljøterapi defineres som "...systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle eller fysiske betingelser ut fra individets...situasjon og behov" (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 30) med det formål at "...fremme muligheter til læring, mestring og personlig ansvar" (Ibid).

1.5 Formål og hensikt

Studiets formål er at utforske følelserne, som oppstår hos miljøterapeuter i arbeidet med pasienter med emotionel ustabil personlighetsforstyrrelse. Yderligere formål er at belyse studiets fund med relevant teori. På det grunnlag ønsker studiet at kortlægge, hvilke strategier miljøterapeuterne bruker for at mestre disse følelser og forstå hvordan dette har innflydelse på miljøterapien, der utføres. Hensikten med studiet bliver da at kunne bidrage til kunnskap om, hvilke behov og midler miljøterapeuterne har bruk for i praksis for at besidde hensigtsmessige mestringsstrategier og kunne gjøre bruk av disse for at yde miljøterapi, som gavner den enkelte pasient.

1.6 Videre opbygning

I kapittel to vil den teoretiske referenceramme blive beskrevet for at få en bredere innførelse i temaet. Der bliver her lagt vekt på Richard S. Lazarus' mestringssteori og Kari Martinsens omsorgsteori. I kapittel tre vil studiets metodologi og metode blive beskrevet for at give læseren overblik over måden studiet er utført på. Ydermere vil der blive redegjort for valg af analysemetode og fremgangsmåden for analyse af datamaterialet. I kapittel fire bliver studiets fund presenteret ud fra fundne temaer i analysen. I kapittel fem diskuteres studiets fund op mod Lazarus' mestringssteori, Martinsens omsorgsteori samt annen relevant litteratur herunder annen forskning. Derudover vil studiets metode, validitet og reliabilitet blive diskutert. I kapittel seks drages der konklusjon ud fra studiets fund og diskussion.

2.0 Teoretisk referenceramme

På baggrund af egne erfaringer og tidligere forskning, havde jeg forestillet mig, at den teoretiske referenceramme ville inkludere stigmatteori. Efter endt analyse blev jeg opmærksom på, at stigma ikke var et tema. Derimod fortalte mange af miljøterapeuterne om udfordringerne, der udspillede sig i forhold til, hvordan de skulle tilnærme sig denne patientgruppe, herunder hvilken type og grad af omsorg de skulle udvise og de følelser der opstod i denne forbindelse. Grundet dette finder jeg det mere relevant at inkludere Kari Martinsens (1989; 2000) omsorgsteori. Derudover inkluderer studiets teoretiske referenceramme Richard S. Lazarus' (1991; 2006) og Richard S. Lazarus og Bernice N. Lazarus' (1994) teori om mestring og følelser. Der findes flere typer teorier omhandlende mestring, men idet Lazarus og Lazarus beskæftiger sig specifikt med mestring set i sammenhæng med følelser, finder jeg denne mestringsteori mest relevant og dækkende i forhold til studiets tema og indhold. Den teoretiske referenceramme bliver benyttet i kapitel 5.0 til diskussion af fundene.

2.1 Lazarus' mestringsteori

Richard S. Lazarus (1922-2002) var en amerikansk psykolog og professor i psykologi ved University of California, Berkeley. Han betegnes som en af de mest indflydelsesrige psykologer i historien på hans område. Han var internationalt kendt for sin forskning i forbindelse med stress og mestring og gav forklaring på, hvad stress er og hvad mestring indeholder. Lazarus var også optaget af følelser. Et centralt begreb i hans teori om følelser er vurdering. Han påviste, hvordan vurderinger, individet gør, er med til at forklare personens følelsesmæssige adfærd (Hyman, 2002; Lazarus, 2006).

Lazarus (2006) definerer stress, som utilfredsstillende livssituationer, som en person ønsker at ændre til det bedre og mestring omhandler den måde individet forholder sig til stressende betingelser og situationer på. Dette dækker over, hvad individet gør og tænker for at håndtere stress og de følelser dette medfører uanset, om individet har succes med at mestre situationen eller ikke (Lazarus, 1994). Ifølge Lazarus (2006) er mestring en proces og består af "...kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser, som er under konstant forandring og søger at håndtere specifikke ydre og/eller indre krav, der vurderes plagsomme eller at overskride personens ressourcer" (s. 139). Mestringens effektivitet

afhænger af flere forhold blandt andet, hvilken type person, der står overfor truslen, hvilken type trussel, der er tale om, hvilket stadie den stressende situation er på og individets subjektive trivsel og den sociale funktionalitet (Lazarus, 2006). Truslen er derved et resultat af de miljømæssige betingelser og personens unikke personlige egenskaber, som vedkommende tilfører situationen. Personen og miljøet er på den måde to faktorer, som danner truslen, men det er personen, som afgør, hvilken indflydelse situationen skal have på vedkommendes personlige trivsel. Ud fra denne afgørelse konstruerer personen truslens relationelle mening (Ibid). Da mestring er en proces og derved er under konstant forandring, vil mestring også afhænge af konteksten. På trods af at en gruppe mennesker færdes i det samme miljø, vil de hver især respondere forskelligt på miljøbestemte stimuli. Personerne vil reagere med forskellige mål, forestillinger og personlige ressourcer (Ibid). Lazarus (2006) peger på flere mestringsfaktorer, som har indflydelse på dette: Konfronterende mestring, distancering, selvkontrol, opsøgning af social støtte, accept af ansvar, flugt-undgåelse, planlagt problemløsning og positiv revurdering.

I henhold til Lazarus (2006) har mestring to hovedfunktioner, en problemfokuseret og en følelsesfokuseret. Når det gælder problemfokuseret mestring handler individet aktivt i forhold til at finde ud af, hvad der må gøres. Ud fra dette handler individet på en sådan måde, at den problematiske relation mellem individet og miljøet ændres, hvilket gør, at mestringsstrategierne er rettet mod individet selv eller miljøet. Følelsesfokuseret mestring handler derimod om regulering af de følelser, som opstår i den stressende situation. Det kan for eksempel være, at individet undgår truslen eller distancerer sig følelsesmæssigt. Følelsesfokuseret mestring kan derved siges at være en tænkemåde, som ændrer den relationelle mening, men ikke den reelle relation mellem individet og miljøet (Ibid; Lazarus, 1994). Lazarus (2006) beskriver, at problemfokuseret mestring vil være fremtrædende, når individet opfatter situationen eller betingelserne som noget, vedkommende kan kontrollere. Derimod vil følelsesfokuseret mestring være fremtrædende, når individet ikke føler, at situationen kan ændres. Uanset hvilken mestringsfunktion som benyttes, afhænger effektiviteten af, at der er overensstemmelse mellem de krav, situationen stiller til individet og de muligheder miljøet tilbyder i forhold til konfrontation af de stressende betingelser og de egenskaber, individet anvender ved

evaluering af strategien. Ovennævnte mestringsfunktioner vil dog stort set altid optræde sammen, da begge er centrale i bestræbelsen på at opnå mestring og støtter hinanden heri (Ibid). Lazarus (2006) mener, at det afgørende for effektiv mestring er balancen mellem tanke, handling og miljømæssige realiteter. Ud over det afhænger mestring af en vurderingsproces, som i de enkelte situationer har til formål at finde den mest hensigtsmæssige mening, der således ligger til grund for realistiske handlinger og gør situationen så overkommelig som mulig (Ibid).

2.1.1 Følelser

Lazarus (2006) påpeger, at mestring er et centralt aspekt af den følelsesmæssige aktiveringsproces og dermed følelseslivet. Han mener, at følelserne præger et overordnet system, som består af motivation, vurdering, stress, følelse og mestring. Følelser og mestring er derved gensidigt afhængige af hinanden og mestring vil være en del af følelsesprocessen. Individets vurdering af den stressende situation har afgørende betydning for, hvordan individet reagerer følelsesmæssigt (Ibid). Lazarus (2006) mener derfor, at det ikke går an at skille mestring og følelser. Derudover afhænger følelser af måden, hvorpå individet ser sig selv og den verden vedkommende lever i og viser sig ud fra hvilke erfaringer individet har (Lazarus & Lazarus, 1994).

Ifølge Lazarus (1991) hjælper følelserne til at få svar på, hvorfor individet handler, som det gør. Følelser er reaktioner på, hvordan personer opfatter, at de klarer sig i forhold til det grundlæggende overlevelsesgen og hvordan det går individet i forhold til, hvad vedkommende ønsker at opnå. Det meste af det, individet foretager sig, er påvirket af vedkommendes følelser og forholdene, som fremkalder dem. Følelser er et udtryk for, hvad der sker omkring det enkelte individ kombineret med motivationelle, kognitive, tilpasningsmæssige og fysiologiske processer (Ibid). I henhold til Lazarus (1991) er hver en del af individet i brug, når vedkommende reagerer med en følelse; opmærksomheden, tanker, behov, ønsker og selve kroppen. Denne reaktion er et udtryk for, at personens værdier eller mål er i fare eller fremgang og Lazarus (1991) mener ikke, at der kan ske en tilpasningsproces uden, at følelser er hovedelementet i denne proces. Det er ud fra følelsesmæssige reaktioner, at det ses, hvordan individet relaterer til mødet med miljøet og

derved hvordan vedkommende tolker sig selv og verdenen og hvordan individet mestrer trusler og udfordringer (Ibid).

2.2 Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (1943-) er en norsk sygeplejerske med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Hun er magister i filosofi og dr. philos. Martinsen ser på omsorg som sygeplejens fundament og tager afstand fra den objektiverende sygepleje (Kirkevold, 1998).

Ifølge Kari Martinsen (1989) tager omsorg udgangspunkt i et kollektivt baseret menneskesyn, hvor det grundlæggende er, at mennesker er afhængige af hinanden:

Det menneskesynet man legger til grunn får betydning for synet på omsorg. Skal omsorg forstås positivt, forutsetter det et kollektivistisk menneskesyn. Det innebærer at frihet, selvstendighet og ansvar bare får mening gjennom avhengighetsrelasjoner. Mennesket er ikke selvstendig uten samtidig å være bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som vi er blitt utviklet gjennom og som vi tar del i (s. 47).

Denne form for tilgang vil ifølge Martinsen (1989) føre til et deltagende og omsorgsfuldt ansvar i dagliglivet og arbejdslivet for både giveren og modtageren. Ud fra dette menneskesyn bliver omsorg derfor et moralsk begreb (Ibid).

I henhold til Martinsen (1989) lever vi i en verden, hvor afhængighed relateres til noget negativt og den enkeltes selvrealisering uafhængig af andre prises højt. Afhængighed fører til mangel på respekt fra andre og til lav selvrespekt. Hun mener, at dette syn på afhængighed gør, at omsorg nedvurderes (Ibid). Martinsen (1989) påpeger dog, at det ikke altid er afhængighed i sig selv, der ses ned på, da afhængighed også ses i relationer til medmennesker. Når afhængighed forbindes med ikke at være selvhjulpen, mangler individet det, som bliver set på som værdifuldt. Udover at omsorg er et moralsk begreb, er det også et relationelt begreb, som forudsætter afhængighed på forskellige plan. Omsorg sættes oftest i forbindelse med den form for afhængighed, som tilsiger, at man ikke er selvhjulpen (Ibid).

Martinsen (1989) beskriver tre principper indenfor omsorg: ansvar, praktisk omsorg og moralsk omsorg. I forhold til princippet om ansvar skriver hun, at alle er afhængige af hinanden og at alle kan komme i en situation, hvor man har brug for hjælp fra andre (Ibid). På baggrund af dette, mener Martinsen (1989), at man har ansvar for at handle på en sådan måde, at alle får mulighed for at leve det bedst mulige liv, de er i stand til. Dette princip kommer sig af den praktiske omsorg (Ibid). Martinsen (1989) beskriver, at praktisk omsorg dækker over at involvere sig praktisk i den andens lidelse og derved ikke stille sig som tilskuer. Det er nødvendigt at være empatisk og hun beskriver dette som en situationsbetinget og konkret handling. Praktisk omsorg begrundes ud fra patientens tilstand. I forholdet mellem sygeplejerske og patient er sygeplejersken derfor forpligtet af situationen til at give mere, end vedkommende får tilbage (Ibid). I henhold til Martinsen (1989) har den moralske omsorg med livsførelse at gøre. Det drejer sig om kvaliteten af relationen til patienten og hvordan man agerer i denne. Omsorgsmoral er noget, som den enkelte må tillære sig blandt andet igennem erfaring med det, som vedkommende finder værdifuldt. I alle afhængighedssituationer indgår magt, hvilket gør, at omsorgsmoral handler om, hvordan man lærer at bruge denne magt (Ibid). Martinsen (1989) beskriver, at magt kan bruges moralsk ansvarligt ud fra solidaritet til patienten. Ifølge hende dækker solidaritet over handlinger baseret på engagement. Dette indebærer, at man skal identificere sig med patienten forstået på den måde, at man skal tænke sig til at være i patientens sted. Denne form for tænkning forpligter til, at man handler på en sådan måde, at patienten, som tidligere nævnt, får en reel mulighed for at leve det bedste liv, vedkommende er i stand til (Ibid).

Martinsen (1989) skriver, at regler lægger erfaringer og værdier til side. Hun mener, at moralsk praksis blandt andet læres gennem erfaring og beskriver at mindre erfaring indenfor moralens område gør, at man handler detaljestyret ud fra regler. Med mere erfaring bliver reglerne i større grad set på som hjælpemidler i moralske situationer og personens handlinger vil derfor styres mest ud fra erfaringsbaserede vurderinger og skøn (Ibid).

Ifølge Martinsen (2000) kan den forkerte opfattelse af professionalitet føre til, at mennesket overses og reduceres til et objekt. Professionalitet forstås normalt som at holde

nok afstand til patienten, ikke at overinvolvere sig og være objektiv i måden, man taler på (Ibid). Martinsen (2000) mener, at være professionel ikke står i modsætning til at være personlig, involveret og at vise følelser. Hun mener, at den professionelle skal præsentere sig som en person med følelser, men at det er vigtigt at begrænse følelserne på en sådan måde, at de ikke overskygger patienten (Ibid). Martinsen (2000) citerer Løgstrup: ”[...] uden følelse, ingen forståelse. Al forståelse, al tænkning er anvist på følelse” (s. 11). Ud fra dette ses det at være professionel ikke som at stå i modsætning til at kommunikere følelsesmæssigt med patienten (Martinsen, 2000).

Martinsen (2000) skildrer forskellige måder at se den anden på. At se med hjertets øje vil sige, at man ser på en deltagende og opmærksom måde og får den anden til at fremstå som betydningsfuld. Man er åben og modtagelig overfor det, man ser og forsøger at forstå det. Man ser det betydningsfulde og gode i alle og forudsætter at lighed er det, som binder folk sammen. Dette øje ser, at hver enkelt patient skal hjælpes til at være den, vedkommende er. Patienten bliver på den måde ikke reduceret til diagnosen og sygeplejersken tror på det hun ser foran sig – det lidende menneske, som har brug for hjælp, medfølelse og tilstedeværelse. Når man ikke længere ser det unikke i den anden, er det tegn på, at man tvivler på egne øjne og hvad de er åbne for. Man tvivler på det, patienten udtrykker af bekymringer og ser med tvivlens øje. Dette gør, at den professionelle tager initiativet alene og konstruerer en kundskab ud fra dette (Ibid). Denne kundskab definerer Martinsen (2000) som klassificeringskundskaben, hvor patienten bliver set som et objekt uden selvforståelse og erfaringer. Klassificeringskundskaben gør, at de professionelle tvivler på egne sanser og bliver til tilskuere (Ibid).

3.0 Metodologi og metode

I det følgende vil der blive gjort rede for studiets videnskabsteoretiske forankring og den metodiske tilgang, som er benyttet ved dataindsamling. Også analysemetode og –proces vil blive beskrevet. Til slut vil forskningsetiske vurderinger blive gjort rede for.

3.1 Videnskabsteoretisk forankring og forforståelse

Jeg har fundet inspiration til min tilgangsvinkel til dette studie gennem hermeneutikken, som den er beskrevet af Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer var en tysk filosof og mest kendt for sit arbejde med filosofisk hermeneutik. Hans værk *Sandhed og metode* ses på som det vigtigste bidrag indenfor hermeneutisk filosofi siden Martin Heideggers *Sein und Zeit*.

Grunden til at jeg har ladet mit inspirere af Gadamers hermeneutik er, at jeg har en fremtrædende forforståelse. Min forforståelse er grunden til, at problemstillingen opstod og ud fra denne forskningsspørgsmål og interviewguide. Da jeg har en fremtrædende forforståelse, har Gadamers hermeneutik hjulpet mig til at udvikle denne i mødet med datamaterialet. Med Gadamer som inspiration har jeg været opmærksom på egne tanker og meninger, sådan at disse ikke har influeret tolkningen af datamaterialet på en sådan måde, at deltagernes svar ikke længere belyser deres forståelse. Set fra mit perspektiv har Gadamers hermeneutik hjulpet mig med at komme tættest mulig på sandheden, idet den medregner historicitet og kontekst som vigtige faktorer for forståelsen og derved dækker meningernes oprindelse, anderledeshed og motivation bedst mulig. Gennem dataindsamling, analyse og tolkning af fundene er min forforståelse blevet sat i spil og en ny forståelse er opstået.

Gadamer (2003; 2004) beskæftiger sig med, at forståelse kræver, man ser sagen i den kontekst, den befinder sig i samt ud fra overlevererens, i dette tilfælde miljøterapeuterne, og fortolkerens historicitet, da tekstens mening er afhængig af den historiske forskel mellem deltageren og fortolkeren. Ved at tage hensyn til sagens kontekst samt overlevererens og fortolkerens historicitet skabes der derved forståelse for, hvor og hvordan de forskellige meninger er blevet dannet, hvad motivationen er bag og herved fremkommer den egentlige mening og sande forståelse af sagen (Gadamer, 2003). Da man

altid vil være påvirket af det, som ligger en nærmest, er det ifølge Gadamer (2004) nødvendigt at sætte egne fordomme på spil for at opnå historisk bevidsthed. Gadamer (2004) definerer fordom som ”... en dom, der fældes, før man grundigt har undersøgt alle sagligt afgørende momenter” (s. 258). Egne fordomme sættes på spil ved at udvide egen horisont (Ibid). I henhold til Gadamer (2004) er horisonter afsæt for det område, som dækker over muligheden for forståelse. Horisonten omfatter det, som er synligt fra et specifikt ståsted og hvis ikke man har horisont, vil ens synsfelt være bundet til det, som ligger nærmest. Det, som er med til at forme horisonten, er både ens egen fortid og overleverens fortid, men for at disse to kan smelte sammen, er det nødvendigt at sætte ens egne fordomme på spil og derved sætte sig i den andens situation og på den måde blive bevidst om den andens anderledeshed (Ibid).

Ud fra ovenstående ses det også, at det ifølge Gadamer (2003) er naivt at tro, at det er muligt at se bort fra en selv og den kontekst man befinder sig i, hvis man skal opnå sand forståelse af sagen. Dog mener Gadamer (2003), at man skal være sig selv bevidst og fra første øjeblik være modtagelig overfor tekstens, i dette tilfælde de transskriberede interviews, anderledeshed og skriver:

Denne form for mottagelighet forutsetter imidlertid verken saklig ’nøytralitet’ eller noe i retning av selvutslettelse, men omfatter tvert imot en pågående tilegnelse av egne for-meninger og for-dommer. Det gjelder å bli seg sin egen forutinntatthet bevisst, slik at teksten kommer til syne i sin annerledeshet. Bare slik blir teksten i stand til å spille sin saksmessige sannhet ut mot fortolkerens for-mening (s. 38).

Som beskrevet i indledningen bærer min forforståelse præg af, at patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse ofte bliver mødt af miljøterapeuter, som hellere tager udgangspunkt i diagnosen og egne erfaringer end i selve patienten, dennes person og nuværende situation. Ifølge Gadamer (2004) er det en fordring, at forskeren er åben for den andens eller tekstens mening, men at en sådan åbenhed altid ses i forhold til ens egne meninger som helhed. Gadamer (2004) skriver, at den første mening, som fremkommer i en tekst, kun fremkommer, fordi fortolkeren i forvejen har en forventning om, hvilken mening teksten har. Ud fra denne første mening danner fortolkeren det, som Gadamer (2004) kalder for en helhedsmening. Forståelsen består da i en stadig udvikling af sådanne for-udkast, som vil ændre sig jo længere, man kommer i den videre uddybelse af

meningen. Forståelsens og fortolkningens meningsbevægelse er sat i gang og det er da op til forståelsen at udarbejde sande udkast, som svarer til sagen (Ibid). Ud fra dette ses det, at det, der sker i forståelsens udvikling er, at sagen ses på en ny og anderledes måde end ved første øjekast (Gadamer, 2004).

Gadamer (2004) påpeger, at forståelse har afsæt i, at helheden skal forstås ud fra delene og delene skal forstås ud fra helheden. Dette bliver til en cirkulær bevægelse, også kaldet den hermeneutiske cirkel, hvor forståelsen hele tiden er i bevægelse mellem helheden og delen og tilbage igen. Den hermeneutiske cirkel beskriver derved overlevererens bevægelse og fortolkerens bevægelse som et samspil til at opnå forståelse. Forståelsens rigtighed bliver på den måde bekræftet, når delene stemmer overens med helheden. Ved at arbejde på denne måde, er man åben for den mulighed, at en overleveret tekst ved bedre end ens egne antagelser (Ibid).

3.2 Design

For at finde ud hvad der tidligere var undersøgt inden for emnet og dermed hvilke videnskuller, som fandtes, lavede jeg som det første en litteratursøgning. Ud fra fundet litteratur og tidligere forskning fandt jeg frem til, hvad, som for mig, var relevant at undersøge videre. På baggrund af dette og min tidligere erfaring indenfor emnet kunne jeg udarbejde en problemstilling og herved fastlægge en metode for, hvordan jeg ville få svar på denne.

Ifølge Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2015) og Tove Thagaard (2013) er eksplorerende designs mest hensigtsmæssige, når studiet søger at kortlægge og få information om personers oplevelser og forståelse af sig selv og vedkommendes omgivelser. Formålet med dette studie er som nævnt at udforske miljøterapeuters erfaringer med patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og i denne sammenhæng mestring af egne følelser, hvorfor et eksplorerende design med afsæt i semistrukturerede interviews af miljøterapeuter har været rammedannende for studiet. Ifølge Thagaard (2013) er formålet med kvalitativ metode at opnå forståelse af sociale fænomener. Også Denise F. Polit og Cheryl Tatano Beck (2017) påpeger at subjektive meninger ses på som værdifulde, når det gælder indsamling af kvalitativ data, hvilket

bekræfter, at en kvalitativ tilnærmelse til indsamling af data har været mest relevant for at kunne besvare problemstillingen.

3.3 Litteratursøgning

Jeg startede med at udarbejde en litteratursøgning på Google med ordene ”emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og personale” for at få et generelt indtryk af temaet. Denne litteratursøgning gav information om selve diagnosen og manglede fokus på personalet. Videre litteratursøgning med ”emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og personalets følelser” og ”emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og personalets mestring” gav nogenlunde samme resultat som første litteratursøgning og var derfor ikke relevant i forhold til det, jeg ønskede at blive klogere på. Herefter søgte jeg i databaserne, PsycInfo og Cinahl. Det blev hurtigt klart, at søgeordet ”emotionally unstable personality disorder” ikke gav mange træf, hvorfor det blev erstattet med ”borderline”. Jeg brugte følgende søgeord i forskellige kombinationer: borderline, staff, coping, emotion*, feeling*, reaction, inpatient treatment, inpatient care, attitude, stigma, relation, hospitalization, mindset, health personnel, nurse. Der blev ikke lavet samme antal søgninger i Cinahl som i PsycInfo, da der viste sig mange gengangere. For uddybelse af litteratursøgning se søgeprotokol (bilag 1).

3.4 Metodiske overvejelser

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) og Karin Dahlberg, Helena Dahlberg og Maria Nyström (2008) er interview en metode til at forstå det undersøgte fra deltagerens synspunkt. Interviewet har som mål at afdække erfaringer og oplevelser og giver herved indblik i deltagerens verden. Gennem interviewet er deltageren med til at skabe mening med og forståelse omkring specifikke temaer (Ibid). Det, jeg vil med dette studie, er at få miljøterapeuternes erfaringer med patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse frem. Jeg ønsker at skabe mening og forståelse omkring de følelser, som opstår og mestringsstrategierne, som bliver benyttet. Med dette som udgangspunkt finder jeg det relevant at benytte interviewet til indsamling af data.

Ifølge Dahlberg et al. (2008) øger semistrukturerede interviews sandsynligheden for, at interviewet bliver en reflekteret dialog og mindsker risikoen for forudsigbare svar. Kvale

og Brinkmann (2015) skriver, at semistrukturerede interviews giver intervieweren mulighed for at holde tråden i interviewet, men samtidig være spontan. Dette øger også muligheden for, at interviewpersonens perspektiv kommer til rette og gør, at forskeren har mulighed for at stille opfølgende og uddybende spørgsmål i tilfælde, at interviewpersonens svar er flertydige eller modstridende (Ibid). Uddybende spørgsmål gør det muligt at udforske fænomenet til sit yderste, hvilket ifølge Polit og Beck (2017) er nødvendigt for at få det mest fremtrædende med fænomenet frem. En modsætning til semistrukturerede interviews er ustrukturerede interviews. Ifølge Polit og Beck (2017) benyttes ustrukturerede interviews, når forskeren ikke har en forudindtaget formodning om, hvilken information eller indhold vedkommende vil samle ind. Da jeg har haft en hermeneutisk inspireret tilgang til studiet og en klar formening om, hvad jeg ville opnå med interviewene og hvilken type information, jeg ville samle ind, var semistrukturerede interviews at foretrække frem for ustrukturerede. Derudover sikrede semistrukturerede interviews i modsætning til ustrukturerede interviews, at jeg fik interviewpersonernes perspektiv på netop den sag, jeg ville undersøge, samtidig som interviewpersonerne havde mulighed for at komme med så mange eksempler og fortællinger angående denne, som de ønskede. Interviewpersonerne var på den måde med til at skabe mening med og forståelse omkring fænomenet, som det beskrives af Kvale og Brinkmann (2015). Ud over at interviewene, jeg udførte, var semistrukturerede, var de også individuelle interviews. Dette fordi følelser for nogen kan være et sensitivt emne og afvigende synspunkter kan ifølge Dahlberg et al. (2008) være vanskelige at få frem i for eksempel gruppeinterviews.

3.5 Udvalg

Ifølge Polit og Beck (2017) bruges strategisk udvalg for at sikre, at interviewpersonerne i undersøgelsen har de rigtige forudsætninger for at deltage. Polit og Beck (2017) beskriver to typer af strategisk udvalg. Den ene er typisk og den anden er atypisk. Typisk udvalg er et udvalg, som repræsenterer det normale i det felt, som undersøges. Et typisk udvalg kan hjælpe forskeren med at forstå hovedaspekterne i det fænomen, som ønskes undersøgt og åbner op for, at folk, der ikke er kendt i det miljø, som undersøges, får bedre indsigt heri (Ibid). Da formålet med studiet var at forsøge at forstå miljøterapeuterne, som i størst grad er dem, der har tilnærmelsesvis daglig kontakt med patienterne, benyttede jeg mig af et typisk udvalg. Udvalget blev strategisk idet jeg skulle være sikker på, at miljøterapeuterne,

som blev interviewet, arbejdede og havde erfaring med denne patientgruppe og opfyldte de specifikke inklusions- og eksklusionskriterier. Deltagerne skulle være uddannede sygeplejersker eller verneplejere for at afspejle miljøpersonalet på en afdeling bedst muligt. Deltagerne skulle være fastansat i minimum en 75% stilling på afdelingen for at sikre, at de havde regelmæssig kontakt med patienterne og de skulle arbejde dagvagter og/eller aftenvagter for at sørge for, at de indgik i dialog med patienterne. Eksklusionskriterierne var sygeplejersker og verneplejere, der udelukkende havde nattearbejde og afdelingsledere, fordi de ikke er i regelmæssig kontakt med patienterne. Ifølge Dahlberg et al. (2008) er det væsentligt at inkludere interviewpersoner af hvert køn og med forskellig arbejds erfaring, hvorfor det blev tilstræbt at interviewe både mænd og kvinder med forskellige års anciennitet. Deltagerne i interviewene bestod af to mænd og fire kvinder, hvoraf én var uddannet verneplejer, tre var sygeplejersker og to var psykiatriske sygeplejersker. Deltagernes erfaring som færdiguddannede spændte fra et til 20 år. Polit og Beck (2017) beskriver, at udvalgets størrelse afhænger af mætningspunktet for data og af studiets kontekst. Da dette studie gik over en periode på cirka fem måneder, valgte jeg på baggrund af ovenstående at have et udvalg på seks til otte deltagere for på den måde at have tid til at gå i dybden med interviewanalysen. Efter seks interviews viste det sig, at den information deltagerne kom med gentog sig og mætningspunktet tilsyneladende var nået, hvorfor seks interviews blev valgt som værende tilstrækkelig.

3.6 Dataindsamling

For at komme i kontakt med deltagerne kontaktede jeg først direktøren for psykiatrisk division, som satte mig i kontakt med afdelingslederen på den afdeling, jeg havde lyst til at udføre interviews. Afdelingslederen satte mig i kontakt med deltagere, som var egnede for studiet. I forkant af interviewene fik deltagerne et informationsbrev om studiet og samtykkeerklæring (bilag 2). Alle interviewene blev udført på et møderum på afdelingen for at gøre det mere tilgængeligt at deltage og for at der ville gå mindst mulig tid fra en travl arbejdsdag. Før interviewene fik deltagerne mulighed for at stille eventuelle spørgsmål til informationsbrevet og samtykkeerklæringen. Interviewene varede mellem 23 og 56 minutter. Under interviewene blev der brugt en digital lydoptager, hvilket var afklaret med deltagerne på forhånd. Under interviewene skrev jeg korte noter i tilfælde deltagerne nævnte noget i en bisætning, jeg gerne ville have uddybet. På den måde undgik

jeg at afbryde deltagernes relevante fortællinger. Den digitale lydoptager gjorde, at jeg bedre kunne være til stede under interviewet, lytte aktivt og give passende respons på deltagernes udsagn. Jeg benyttede mig af en semistruktureret interviewguide (bilag 3), som blev udarbejdet med udgangspunkt i problemstillingen og ved hjælp af forskningsspørgsmålene. Denne gjorde, at jeg kunne holde fokus på studiets problemstilling, samtidig som deltagerne kunne fortælle frit om det, der faldt dem ind indenfor studiets rammer.

3.7 Transskribering

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver, at transskription er en svækket dekontekstualisering af en interviewsamtale, som medfører tab af stemmeleje, intonation og åndedræt. Ulla H. Graneheim og Berit Lundman (2004) skriver, at mening delvist bliver skabt på baggrund af, hvordan den enkelte person kommunikerer både verbalt og nonverbalt. Det kan derfor være gavnligt blandt andet at notere stilhed, suk og latter, da dette kan have indflydelse på den underliggende mening (Ibid). Derfor har jeg i transskriptionerne noteret latter, betydelig ændring i stemmeleje og åndedræt og nedskrevet pauser. Interviewene er nedskrevet på norsk bokmål. Dette har jeg valgt at gøre på baggrund af egne norske skriftkundskaber og at det skal være mere letlæseligt i sammenhæng med resten af studiet. Udover det øges deltagernes anonymitet idet deres dialekt ikke vil være genkendelig. Ved at bruge bokmål går betydningen af de enkelte ord ikke tabt i oversættelsen mellem norsk og dansk og jeg øger derved muligheden for at være tro mod deltagernes udsagn.

3.8 Valg af analysemetode

Det, jeg vil nå frem til gennem min analyse af de transskriberede interviews, er at forstå indholdet i disse. Derfor har jeg valgt at bruge en kvalitativ indholdsanalyse.

Ifølge Margrit Schreier (2012) bruges kvalitativ indholdsanalyse til at danne mening af det kvalitative materiale, som i mit tilfælde er transskriberede interviews. Schreier (2012) skriver, at kvalitativ indholdsanalyse er en mulighed, hvis fortolkning skal være en del af metoden for at komme frem til en mening med datamaterialet. Som tidligere nævnt er mit udgangspunkt for dette studie inspireret af Gadamer (2004) hermeneutik, som blandt andet siger, at fortolkning er en del af forståelsen, hvilket indikerer, at kvalitativ

indholdsanalyse vil være egnet til analyse af datamaterialet. Grundet dette har jeg hentet inspiration fra Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative indholdsanalyse. De beskriver, at en kvalitativ indholdsanalyse består af flere begreber blandt andet meningsenheder, kondensering, abstraktion, kodning, kategorisering og tema og beskæftiger sig med fortolkning (Ibid). I henhold til Graneheim og Lundman (2004) er det vigtigt at læse teksten igennem flere gange for at opnå forståelse af denne som en helhed. Graneheim og Lundman (2004) skriver, at analyseprocessen involverer at bevæge sig mellem dele af teksten og den hele tekst. Ved at opdele de transskriberede interviews i meningsender vil det gøre det muligt at se tekstens helhed ud fra mindre dele og igen se de mindre dele ud fra helheden, som det også beskrives af Gadamer (2004).

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det umuligt og uønsket for forskeren ikke at tillægge den undersøgte sag et bestemt perspektiv, samtidig med det er vigtigt, at forskeren lader teksten komme frem, som den er uden at tillægge den en mening, den ikke har. Som nævnt mener Gadamer (2004), at forskeren tager hensyn til dette ved at være bevidst om sin egen forforståelse. Igennem ovenstående proces er jeg blevet opmærksom på meninger, som strækker sig udover min forforståelse og derved har bidraget til en ny forståelse.

Til slut beskriver Graneheim og Lundman (2004) brugen af teori og foreliggende litteratur som en måde at bidrage til en ny helhed.

3.8.1 Beskrivelse af analyseprocessen

Det første, jeg gjorde, var at læse de transskriberede interviews igennem flere gange for at danne mig et indtryk og få en helhedsfornemmelse af dem. Med udgangspunkt i forskningsspørgsmålene (afsnit 1.3) delte jeg det transskriberede materiale op i meningsenheder, som jeg efterfølgende kondenserede til en tekstnær beskrivelse. Efter dette abstraherede jeg de kondenserede meningsenheder til koder, som blev inddelt i kategorier. Ud fra tolkning af miljøterapeuternes udsagn blev kategorier til slut inddelt i temaer. Efter temaerne var fundet, gik jeg tilbage til meningsenhederne for at være sikker på, at disse var dækkende for de specifikke temaer. For uddrag af analysen se bilag 4.

Efter endt analyseproces kom jeg frem til seks temaer, som præsenteres i kapitel 4.0 og efterfølgende belyses og diskuteres ud fra relevant teori i kapitel 5.0 for at fuldende den hermeneutiske cirkel.

3.9 Forskningsetiske overvejelser

Etiske overvejelser i forbindelse med studiet er gjort med udgangspunkt i Helsinki-deklarationen udarbejdet af Verdens lægeforening (2013) omhandlende etiske principper for medicinsk forskning.

3.9.1 Information til deltagerne og samtykke

Helsinki-deklarationen påpeger, at i forbindelse med forskning, som involverer enkeltpersoner, skal al deltagelse være baseret på frivillighed. For at sikre frivillighed skal det tages i betragtning om deltageren står i et afhængighedsforhold til forskeren (Ibid). Selvom jeg ikke havde noget forhold eller kendskab til deltagerne i studiet, tog jeg alligevel kontakt med afdelingslederen på den afdeling, hvor deltagerne arbejder, så vedkommende kunne udvælge og kontakte deltagerne for på den måde at hindre, at deltagerne følte sig pressede til at deltage.

Helsinki-deklarationen tilsiger, at deltagelse i forskningsprojekter skal være indgået på baggrund af informeret samtykke (Ibid). For at sikre deltageres autonomi og frivillighed i studiet, blev der uddelt informationsbrev angående studiet og hvad dette indebar for deltagerne i forkant af de enkelte interviews. Derudover havde deltagerne mulighed for at tage kontakt ved yderligere spørgsmål. På baggrund af dette blev der indsamlet informeret samtykke fra deltagerne før interviewenes påbegyndelse. Før publiceringen af dette studie kunne deltagerne til en hver tid og uden begrundelse trække samtykket tilbage uden, at det ville få konsekvenser for dem.

3.9.2 Deltageres anonymitet

Ifølge Helsinki-deklarationen skal forskningsdeltageres privatliv varetages og der må sikres fortrolighed i forhold til personoplysninger (Verdens lægeforening, 2013). Studiet tager udgangspunkt i miljøterapeuters oplevede følelser og har altså ikke til formål at

skaffe ny viden angående sundhed og sygdom og omhandler heller ikke sundhedstilstanden hos enkelte eller grupper. Studiet behandler derfor ikke sensitivt og identificerbart materiale. På grundlag af dette blev det vurderet, at der ikke var behov for at sende ansøgning til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). På trods af denne vurdering sendte jeg en mail til REK for at udelukke tvivl (bilag 5). Personvernombudet, hvor interviewene skulle foregå, blev kontaktet for tilladelse til at udføre interviews (bilag 6). NSD blev vurderet søgt, men efter henvendelse til personvernombudet angående dette blev det konkluderet, at det ikke var nødvendigt.

For at bevare deltagernes anonymitet har jeg afidentificeret alt indsamlet datamateriale, således at studiets deltagere ikke kan genkendes i det publicerede materiale. Udover det blev det indsamlede materiale og deltagernes skriftlige samtykke opbevaret henholdsvis på en computer med kodeord, som var indelåst, når den ikke var i brug og i en låst safeboks på Institutt for Helse på Universitetet i Stavanger, således at disse ikke kunne kobles sammen.

3.9.3 Risici og belastning for deltagerne

Før forskning iværksættes skal der ifølge Helsinki-deklarationen gøres en vurdering af risici og belastninger for deltagerne. Disse skal stå i forhold til forventede fordele for deltagerne (Verdens lægeforening, 2013). Da al information om deltagerne ville blive afidentificeret, blev det vurderet, at der ingen risiko var i forbindelse med deltagelse i dette studie. Fordelene og udbyttet for deltagerne har forhåbentligt været stof til videre refleksion over egen praksisudøvelse.

4.0 Præsentation af fund

Det, fundene ønsker at give svar på, er, hvilke erfaringer miljøterapeuterne har i forbindelse med mestring af egne følelser i arbejdet med voksne patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. Fundene vil blive beskrevet ud fra de seks temaer, der kom frem i analysen. De første tre temaer er fundet ud fra svar på forskningsspørgsmål nummer et omhandlende erfaring:

1. Følelsesmæssige udfordringer: fra frustration og modløshed til empati og medfølelse.
2. Faglige udfordringer: fra ansvarliggørelse til tilstedeværende omsorg.
3. Strukturelle udfordringer: fra indlæggelse til udskrivelse (og tilbage igen).

De sidste tre temaer er fundet ud fra svar på forskningsspørgsmål nummer to omhandlende mestringsstrategier:

4. Professionel tankegang.
5. Ressourcegivende atmosfære.
6. Aktiv egenomsorg.

4.1 Erfaring

4.1.1 Følelsesmæssige udfordringer: Fra frustration og modløshed til empati og medfølelse

De følelsesmæssige udfordringer, miljøterapeuterne oplevede i arbejdet med denne patientgruppe, satte deres professionalitet på prøve både i forhold til, at de tog afstand fra patienterne og undgik dem eller at de blev emotionelt knyttede til patienterne. Begge dele beskrev miljøterapeuterne som mest hensigtsmæssigt at undgå. Miljøterapeuterne erfarede, at det ikke altid var muligt at undgå at lade følelserne påvirke miljøterapien.

Miljøterapeuterne fortalte, at de havde oplevet at blive provokerede, nervøse, bange, frustrerede, vrede, udmattede, modløse, sårede, triste, håbløse og helt afladet følelsesmæssigt. På trods af det havde de samtidig erfaring med, at det var let at få empati for disse patienter.

I forhold til at bibeholde professionaliteten, fortalte miljøterapeuterne, at det ind i mellom var svært og at det kunne påvirke miljøterapien, hvis ikke de klarede det:

”Jeg kan merke at...jeg ikke klare å holde meg nok profesjonell, blir utålmodig og kan bli likegyldig i forhold til pasienten og opplegget rundt pasienten.” (Miljøterapeut 3)

”De følelsene som pasienten trigger kan og vil mange ganger påvirke miljøterapien, at en på en måte, at jeg blir, at jeg kan bli på en måte sint eller provosert som gjør at en på en måte ikke opptrer profesjonelt, at en lar egne følelser ta overhånd, og det er jo ikke heldig. Men det er vel gjerne den største utfordringen å på en måte opptre profesjonelt opp i dette her.” (Miljøterapeut 5)

En annen beskrev, at det kunne være utfordrende at møte pasienterne på ny uten at lade tidligere følelser influere mødet:

”Du skal jo egentlig ikke tenke at du har med deg ting når du møter dem på ny og på ny, men du har det.... Selvfølgelig møter du dem med det, du har med og du prøver kanskje å unngå og så ha en samtale med dem, du prøver å unngå å bli satt på dem (være kontaktperson for dem). Selvfølgelig gjør det noe med deg, de vekker veldig mye følelser.” (Miljøterapeut 2)

Det følelsesmessige møte med pasienterne ble beskrevet således:

”Jeg kjenner jo også at, at ja, jeg kjenner jo på at jeg blir frustrert og oppgitt og lei, altså du blir så trett og lei av pasienten, så jeg kan komme inn på vaktrommet og så si: ”Nå er jeg så drittlei av den pasienten.”” (Miljøterapeut 1)

”Hver gang noen av dem er meldt i hvert fall av de faste (pasienter som blir reinnlagt flere ganger), så er det som vi er helt oppgitte og uansett hva vi

gjør, så kommer de tilbake igjen og vi vet ikke hva vi skal gjøre, behandler står fast, der er ingen som vet noen ting hva vi egentlig skal gjøre... det er helt meningsløst mange ganger. Det er uansett hva vi gjør så blir de ikke bedre, det er vanskelig.” (Miljøterapeut 2)

”De kan appellere og provosere og komme med appeller for på en måte å trigge en reaksjon. Jeg vet ikke hvorfor, men det er på en måte på en helt egen måte, som jeg ikke har møtt hos andre pasienter, at de utøver for eksempel provoserende adferd med den hensikt å provosere og få frem en reaksjon, oppleves det som. Det er ikke sikkert at det er det, men det føles sånn, at jeg, sant, at jeg tenker for meg selv: ”Dette gjør du bare for å provosere”. ” (Miljøterapeut 5)

”Jeg kjenner jo at jeg har følt meg veldig utladet følelsesmessig, fordi at du kan stå i en situasjon og selv om hun (pasienten) kanskje har tilsyn annenhver time så, så må du rett og slett stå ut forbi døren fordi at hun lager så mye bråk, og vi vil at hun skal holde seg på rommet, fordi at hun utsetter jo andre pasienter for uro og blamering. Så det har jeg kjent meg veldig til tider, altså, når man har stått noen timer i det, så kjenner man seg liksom veldig sånn utladet følelsesmessig.” (Miljøterapeut 1)

En miljøterapeut fortalte, at de tålte mere følelsesmessig, end de egentlig burde:

”Du blir sånn litt ødelagt her, at du sånn: ”Ja ja, det er henne, men vi tåler det”. Får du drapstrusler fra noen av dem så er det sånn: ”Ja ja, men det går helt greit”, mens med andre pasienter blir du litt påvirket når du får en del konkrete drapstrusler. Så du blir, alt blir veldig normalt her og du tåler ganske mye mer enn du egentlig burde tåle.” (Miljøterapeut 2)

Samtidig som miljøterapeuterne beskrev, at denne patientgruppe gjorde dem frustrerte og modløse, fortalte de også at:

”Det er vondt...å se personer som har det så vanskelig” (Miljøterapeut 6)

”Det er veldig enkelt å få empati for disse pasientene, at du synes veldig synd på dem og du ønsker å hjelpe.” (Miljøterapeut 5).

Det ses derved, at patienterne vækkede empati hos miljøterapeuterne og også medfølelse blev beskrevet:

”Men så er der samtidig veldig mange du blir veldig glad i. Vi hadde nettopp en som tok livet sitt eller det var et år siden hun ble utskrevet herfra og henne ble du veldig glad i. Fryktelig trist at hun ikke klarte det.” (Miljøterapeut 2)

”Jeg følte at jeg leste hele hennes journal, hele barndomsproblematikken og alt om henne og jeg fant ut at hun trenger omsorg, sant, fordi hun også hadde barndomstraumer.” (Miljøterapeut 4)

Flere af miljøterapeuterne sagde, at patienterne *”...gjør noe med oss...” (miljøterapeut 1)*, og gav uttrykk for, at man *”fort [kunne] bli emosjonelt tilknyttet. Og det er, det er ikke heldig både for hverken personalet eller pasienten.” (Miljøterapeut 5)*

4.1.2 Faglige utfordringer: fra ansvarliggjørelse til tilstedeværende omsorg

Miljøterapeuterne beskrev, at de faglige utfordringer var at bekjempe egne instinkter til fordel for forudbestemte behandlingsstrategier. Miljøterapeuterne måtte skelne mellom, hvad som var deres egne behov i samspill med patienterne blandt andet i forhold til at give omsorg og hvad der gavnet patienten mest i sidste ende. Det kunne være svært for miljøterapeuterne at vite, hvordan det var mest hensigtsmessig at tilnærme sig patienterne, hvor meget og hvordan de skulle gribe ind i forskjellige situationer og hvor ansvaret skulle ligge.

I forhold til fordeling af ansvar mellem miljøterapeuterne og patienterne, var der ofte uoverensstemmelse mellom de to parter:

”...det som jeg opplever i stor grad er det at en, en del av de pasientene når de kommer inn så vil de på en måte slippe ofte å ta ansvaret selv. De ønsker på en måte, ja generelt sett å bli ivaretatt og kanskje få mye omsorg...En må støtte dem på en veldig sånn klok måte. En har ofte veldig lyst å gi dem masse omsorg og ja, at det lett kan overta mye, ikke sant? At en må, at de trenger empati, de trenger støtte, ja, men de trenger en sånn støtte som gjør at de klarer mer å ta ansvar selv og i større grad klarer å stå på egne ben.”
(Miljøterapeut 1)

Miljøterapeuterne opplevde, at pasienterne uttrykte høy psykisk lidelse og udviste et stort behov for omsorg:

”Mange, noen, av pasientene har eller fremstår med et høyt lidelsesuttrykk, at du ser at de har mye psykisk smerte og fremstår med et behov for mye omsorg og det er veldig vanskelig å på en måte vite, hvordan en skal møte disse pasienter.” (Miljøterapeut 5).

I forhold til omsorg blev det blandt andet beskrevet at:

”...en skal utvise omsorg, at en bryr seg, men en, men jeg tenker at en må holde litt avstand, både for pasienten sin del og for min del” (Miljøterapeut 5).

”Man skal jo selvfølgelig være tilgjengelig og imøtekomme pasienten, man skal utvise omsorg, men min opplevelse er at enkelte av pasientene har et så enormt omsorgsbehov, som vi ikke kan tilfredsstille og som det heller ikke er hensiktsmessig at vi skal tilfredsstille for de må lære eller vi må hjelpe dem til å kunne ta ansvar selv, for målet er jo å fungere i samfunnet og der har de ikke den type omsorg så nært tilgjengelig.” (Miljøterapeut 5)

Samtidig som miljøterapeuterne oplevede, at patienterne udviste et stort behov for omsorg, erfarede nogle af miljøterapeuterne, at det var patienterne, som bedst var i stand til at hjælpe dem selv:

”Jeg [ser] det at det er ikke jeg som kan fikse den personen. Jeg må bare prøve å være profesjonell, altså og gjøre på en måte det som jeg kan gjøre i forhold til mitt ansvar sånn i henhold til behandlingsplanen. Jeg skal møte henne (pasienten) empatisk, jeg skal støtte henne på den måten som beskrevet og så...har hun fått en del verktøy, som hun kan velge å bruke for å oppnå en bedring, sånn at jeg kan gjøre min del og så kan ikke jeg fikse hende, ingen kan fikse henne, hun sitter med en del løsninger selv.” (Miljøterapeut 1)

Miljøterapeuterne fortalte:

”Som personale har du kanskje lyst å gjøre mye, men så vet du at det må du ikke gjøre...” (Miljøterapeut 1)

”Ved å gi for mye omsorg, ved å hjelpe for mye, så er ikke det bra for pasienten i lengden. Som jeg sa for å kunne være forberedt på at et liv utenfor sengeposten.” (Miljøterapeut 5).

Men på tross af at de gav uttrykk for, at for meget omsorg ikke gavnet patienterne i det lange løb, fortalte de, at det var svært å håndtere, at de ikke kunne give den omsorg, de egentlig hadde lyst til, fordi det gikk mot deres instinkter:

”...det er jo veldig mye selvskading og det sitter ennå. Noen som bare sitter og selvskader. Det er så ekstremt det, du blir litt ødelagt som menneske av å sitte å se på dette her, for at du vil jo bare springe og få dem til å slutte, og så skal du handle mot alle instinktene dine og bare bekrefte at de har det vondt og at du ser de har det vondt, og ikke gi henne oppmerksomhet på dette her hun holder på med, som er så ekstremt at det vekker så mye avsky og følelser at det er helt grusomt.” (Miljøterapeut 2)

”Det (instinktene) er jo egentlig å bøye deg ned og si: ”Går det bra med deg, er det vondt?” Eller sånn møte dem med omsorg og så skal man bare ta det instrumentelt okay, bare plastre sammen okay, da går jeg. For du gir dem jo null omsorg, når du skal ta det instrumentelt, så det er kjempe vanskelig.”
(Miljøterapeut 2)

”Som helsepersonell så har vi jo et ønske om å hjelpe og gjøre det så godt vi kan.... Og ofte så er det jo veldig vanskelig, for du ser at pasienten har det veldig vondt, der er mye intens psykisk smerte i bildet og av og til så blir det litt sånn at jeg føler at jeg står litt på utsiden og så må jeg stå og så se på at pasienten må finne ut av dette selv.” (Miljøterapeut 5)

Nogle miljøterapeuter var i utgangspunktet i tvil om, hvordan de skulle tilnærme sig patienterne, men reflekterede samtidig over, hvordan det var mulig at tage hensyn til sig selv i de utfordrende situationer:

”Jeg kjente meg utrygg på min rolle, hva er det greit at jeg sier eller gjør i forbindelse med at en person med denne diagnosen prøver å skade seg for eksempel, hvor mye skal jeg gripe inn, hva skal jeg, ja, hva skal jeg gjøre for at det skal bli best mulig for den andre personen og for meg.” (Miljøterapeut 6)

Udover at det gik mod miljøterapeuternes instinkter ikke at give omsorg til patienter, som udviste en adfærd, der indikerede, at de havde behov for dette, påvirkede det dem også følelsesmæssigt:

”Det (å ikke kunne gi den omsorgen) gjør jo veldig mye med følelsene dine og så føler du kanskje at du ikke er så veldig omsorgsfull. Man tenker mange ganger at da er det viktig å ha andre pasienter også, jeg fortrekker jo helst rus/psykose pasienter for da kan du faktisk gå inn å gi dem den omsorgen. Du trenger ikke å være så kald og upersonlig mange ganger, som du faktisk

må være i møtet med heftig selvskading. At du har litt varierende pasientgruppe, der du faktisk kan gå inn og gi den omsorgen til noen andre da. Men da vi hadde veiledning snakket vi en del med psykologen om det og det var liksom: "Okay, du har lyst å gi noen en klem en gang", men så snakker du med en psykolog, så sier han at det er jo mest for din egen skyld og tenker at det, det blir ikke for pasienten sin skyld og det skader jo mere enn det gjør, for da er det jo ny selvskading igjen om en time hvis du begynner å gi den omsorgen...du må bare døyve det (følelsene) vekk." (Miljøterapeut 2)

Ydermere kom det frem, at det ikke kun var personalet, der blev påvirket, når pasienter med denne diagnose var indlagt. Disse patienters behandlingsopplæg gik også ud over andre pasienter, som var indlagt samtidig:

"Så er det liksom sånn at vi har fått beskjed om når vi har personlighetsforstyrrelse skal vi ikke lage det sånn kjempe koselig i helgene.... Det er liksom ikke i forhold til psykose eller rus liksom, det med at vi faktisk prøver å ivareta dem, prøver at ha det litt koselig om kveldene...så det blir liksom sånn at vi prøver å lage dårlig stemning for ikke at hun vil være her, men det også er jo litt feil for andre pasienter." (Miljøterapeut 2)

Mens nogle miljøterapeuter accepterede, at de ikke kunne lade egne følelser styre graden og typen af omsorg, selvom det gik mod instinkterne, lod andre miljøterapeuter følelsene have indflydelse på, hvor de lagde ansvaret og måden de udviste omsorg:

"[Jeg blir] veldig nervøs. Veldig, veldig nervøs...Derfor tar jeg veldig tett tilsyn, men av og til får vi beskjed; nei hun må ta ansvar selv, fordi det er hennes liv. Men hun har den sykdommen, de takler ikke, de klarer ikke å ta ansvar selv, så derfor føler jeg meg veldig nervøs og jeg ser hele tiden, observerer...så bare gå etter henne...hun må ikke vite at jeg spionerer på henne, men: "Går det bra med deg, om du er ferdig å spise, vi skal alle ut for

å røyke, vil du være med?" Bare for å se hva hun holder på med, sant."
(Miljøterapeut 4)

Dette resulterede i, at miljøterapeuten gjorde sig mere tilgjengelig og tilstedeværende overfor patienterne:

"Mange ganger sa jeg til henne, jeg satt lenge med henne: "Hvis du får trang til å skade deg, bare dra den snoren, jeg skal sitte sammen med deg"."
(Miljøterapeut 4)

"...ved vaktens start, når jeg får beskjed i rapporten at hun har gitt uttrykk for at hun kommer til å skade seg og hun sier: "I dag er min siste dag", så med en gang går jeg til henne: "Jeg er din kontaktperson, ta kontakt med meg, men jeg skal være her i nærheten, men ta kontakt med meg, hvis du får trang til å skade deg"." (Miljøterapeut 4)

Andre igen brukte egne følelser som et led i miljøterapien i forhold til ansvarliggjørelse på denne måte:

"Og samtidig så jeg har på en måte, som jeg er profesjonell også, så tenker jeg også jeg kan si noe til henne eller nå tar jeg et eksempel: "Når du sier stygge ting til meg så gjør det noe med meg..." for å speile henne litt, også for at vi akseptere ikke, at, det er ikke akseptabelt... Og det også tenker jeg er litt viktig i forhold til den pasientgruppen og ikke bare si: "Jo men du er syk, det er greit du får lov å si og gjøre hva du vil du, for du er syk." Men jeg tenker at det er så viktig å ansvarliggjøre dem og speile dem og sette litt krav til dem også.... Og da synes jeg at det gjør litt godt for min egen del også å kunne si og gi en tilbakemelding til pasienten." (Miljøterapeut 1)

Miljøterapeuterne fortalte også, at de faglige utfordringer lå i, at personalet ikke alltid handlede ens, hvilket var med til at øge patienternes splitting af miljøterapeuterne:

”...enten er du god eller også er du ond og det kommer veldig tydelig frem, hvis personalgruppen ikke handler likt. For du blir på en måte fristet til å gjøre så mye, tilbake igjen til det med ønsket om å gi omsorg, at pasienten har et stort omsorgsbehov, at du bare gir og gir og gir, mens andre holder litt mere avstand.” (Miljøterapeut 5)

4.1.3 Strukturelle utfordringer: Fra indlæggelse til udskrivelse (og tilbake igjen)

Det blev italesat, at det i arbeidet med denne patientgruppe, var vanskelig at finne ud af, hvem der havde ansvaret for patienterne i forskellige situationer. Miljøterapeuten mente, at det arbejde, de gjorde med patienterne på afdelingen, ikke blev fulgt godt nok op i kommunerne. Ydermere følte miljøterapeuten ikke, at de i situationer, de havde behov for det, fik nok støtte fra politiet. Udover de eksterne utfordringer, var der også internt på hospitalet behov for ændringer i forhold til fordeling af patienterne på afdelingerne. De strukturelle utfordringer bestod derved i, at det var svært at få andre instanser til at varetage patienterne på en måde, som gavnet og fortsatte den behandling, som miljøterapeuterne på afdelingen havde sat i gang. Derudover oplevede miljøterapeuten, at kommunen og politiet fraskrev sig ansvar og dermed besværliggjorde miljøterapeuternes arbejde.

Flere af miljøterapeuterne mente, at det var en vanskelig patientgruppe at arbejde med og derfor mente en, at det havde

”... vært veldig fint, hvis de (pasientene) hadde rullert litt mere på huset for du har noen som er inne et par ganger i uken, som vi skriver ut kanskje etter en dag eller to og så kommer de tilbake dagen etterpå og så blir personalet veldig, veldig slitne av dem og det er litt vanskelig å møte dem på nytt hver dag, når de utagerer så mye og er så heftige også. Så kanskje hvis sykehuset hadde tilrettelagt det litt mere at de faktisk byttet litt avdelinger, så hadde det vært, det hadde vært lettere å møte dem på ny hele veien, når du fikk en liten pause.” (Miljøterapeut 2)

Udover at miljøterapeuten ikke følte, at hospitalet organiserede det på en sådan måde, at de fik en pause fra patienterne, følte vedkommende heller ikke, at kommunerne tilrettelagde behandlingen, så det lod sig gøre at samarbejde:

”Kommunene føler vi liksom at de motarbeider alt vi gjør og hvis vi jobber for at hun skal ansvarliggjøres så er hun hjemme en time og så er hun tilbake for at de, de kan jo ikke ta ansvar for hennes atferd, så liksom uansett hva vi gjør så blir det feil. Hvis vi ikke pakker henne inn og bare har henne boende her så blir det liksom, det blir umulig.” (Miljøterapeut 2)

Miljøterapeuten uttrykte også utilfredshed med samarbejdet med politiet:

”...og du blir jo frustrert over politiet som bare: ”Ja de utagere, ja de springer etter personale med kniv, men hva kan vi gjøre med dem?” Det er liksom ting som vi egentlig mener er ordensforstyrrelse: hvis de legger seg i veien så kjører de rett til akuttmottaket, hvis de skader noen så kjører de rett til akuttmottaket, det er liksom ansvarsfraskrivelse fra kommune og fra politiet, fra alle som egentlig burde håndtert dette på en annen måte, så får vi alt.” (Miljøterapeut 2)

Det var ikke kun i forhold til behandlingen, at miljøterapeuten følte, at der var behov for strukturelle ændringer, men også i forhold til ressourcer:

”Du blir litt oppgitt av alt og så tenker du så mye ressurser de bruker ute. Den ene er i bofellesskap med to personale døgnet rundt, samtidig som hun har rom her 90% av tiden og koster oss 20.000.000kr. i året kanskje og vi gjør dem verre og verre for at vi klare ikke å skrive dem ut, så det er så bortkastet.” (Miljøterapeut 2)

4.1.4 Oppsummering af miljøterapeuternes erfaringer

Ud fra miljøterapeuternes udsagn ses det, at de anså arbejdet med denne patientgruppe som udfordrende både følelsesmæssigt, fagligt og strukturelt. Miljøterapeuterne erfarede, at

patienterne fremkaldte forskellige følelser hos dem herunder modløshed, frustration, tristhed og empati og at det var svært altid at håndtere følelserne på en hensigtsmæssig måde, således at de ikke påvirkede miljøterapien. Miljøterapeuterne havde erfaring med, at de flere gange måtte skubbe egne følelser og instinkter væk til fordel for at følge forudbestemte behandlingsstrategier. Dette, oplevede de, kunne være svært og blandt andet tærede på, hvordan de opfattede sig selv. Miljøterapeuterne oplevede usikkerhed i forhold til, hvordan de skulle møde patienterne, hvornår det var mest hensigtsmæssigt at gribe ind og hvornår det var mest hensigtsmæssigt at ansvarliggøre patienterne. Derudover var der en miljøterapeut, som følte, at alt, hvad miljøterapeuterne gjorde for patienterne på afdelingen, gik tabt, når de blev udskrevet til kommunale tilbud, hvilket resulterede i, at patienterne blev genindlagt efter kort tid. Også politiet blev beskrevet som nyttesløs hjælp, fordi patienterne uanset, hvad de havde gjort, endte tilbage på afdelingen.

4.2 Mestringsstrategier

4.2.1 Professionel tankegang

Miljøterapeuterne forsøgte at bevare professionaliteten med det formål, at miljøterapien og synet på patienterne ikke blev påvirket af egne følelser. For at opretholde professionaliteten var de selvbevidste forstået på den måde, at de var bevidste om egne følelser og hvordan arbejdet med denne patientgruppe påvirkede dem. Flere af miljøterapeuterne mindede sig selv om grunden til, at patienterne var indlagt og at patienternes adfærd skyldtes, at de var syge. Udover det opsøgte flere viden både om den enkelte patient, men også om selve patientgruppen og forskellige behandlingsstrategier.

For miljøterapeuterne indebar professionalitet blandt andet at:

*”...undertrykke følelsene og så heller snakke med andre om det i etterkant. Hvis det ikke går så vil jeg ha trukket meg ut av situasjonen, at nå går jeg.”
(Miljøterapeut 5)*

”...ikke la seg rive med, ikke gå inn personlig, altså ikke la mine følelser gå inn å ta overhånd eller styre.... At jeg kan by litt på meg selv også, men at det ikke tar overhånd og de tingene der.” (Miljøterapeut 3)

”Så møte dem som jeg selv ville ha blitt møtt, hvis jeg var i en sånn situasjon, så det går mye på det, tenker jeg. Ja og det å være ydmyk i forhold til den rollen jeg har og i forhold til hvor vanskelig det kan være å være i sånn situasjon, som, som pasienten kan være i.” (Miljøterapeut 3)

Miljøterapeuterne tillagde det stor verdi, at være selvbevidst, fordi det var følelsesmessig hårdt og utfordrende at arbeide med pasientene:

”Jeg tenker at hvis en ikke er bevisst så kan en fort gå inn, at en kan få dårlige holdninger i forhold til pasienter med denne problematikken, fordi det er tøft å jobbe med. Jeg tenker at det er veldig viktig å minne seg på at disse pasientene, de gjør noe med oss.” (Miljøterapeut 6)

”Jeg har funnet på en måte mere roen etterhvert som du får mere erfaring og blir trygg, altså du går ikke med skuldrene der oppe.... Jeg jobber mye med meg selv i forhold til bevisstgjøring: "Hva er min funksjon, hva er det jeg skal gjøre, hva må pasienten gjøre". Når du er ny så tenker du her skal du gå inn, her skal du gjøre veldig masse og så skal du engasjere deg.” (Miljøterapeut 1)

Det blev også påpeget, at det var viktig at være egne følelser bevidst, så de ikke påvirkede miljøterapeutens syn på pasienten og derved påvirkede miljøterapien:

”Jeg prøver å være bevisst på at mine følelser ikke tar sånn som jeg sa, at de ikke tar overhånd, at de ikke får dominere, at de ikke går inn og fargelegger, ja, at de ikke gjør bildet uklart av pasienten, at det er liksom tydelig ja, et tydelig skille på ja. Så det går på min bevisstgjøring, på ikke, altså mine følelser skal ikke få dominere eller få lov til å komme i veien for en god tilnærming til pasienten på en måte.” (Miljøterapeut 3)

Ydermere erfarede miljøterapeuterne, at de håndterede egne følelser bedre ved at minde sig selv om, at patienterne var i en situation, hvor de ikke var i stand til at varetage egne problemer:

”Hvis det er en pasient, som gjentatte ganger skader seg og en på et vis har prøvd mange forskjellige eller mye forskjellig da for å hjelpe pasienten, så kan en gjerne...gå litt lei og kjenne at en ønsker at pasienten skal ta seg sammen eller...at en kan tenke at pasienten egentlig vet godt hva han holder på med og burde holde opp, eller, men så tenker jeg at det er viktig å minne seg selv på hva vi jobber med og at de er her fordi de har det vanskelig og ikke klare å håndtere det selv.” (Miljøterapeut 6)

”...de er pasienter, som somregel trenger hjelp, responderer på rett behandling rett og slett.... Jeg tenker at de er pasienter og mennesker som må bli møtt med respekt og verdighet og toleranse. Så jeg tenker at de, de fortjener det og da tenker jeg også at det er pasienter som er, som ikke ja, vil noe vondt, som vil skade eller vil ja. De har bare ja, sin diagnose og sin problematikk og sin atferd.” (Miljøterapeut 3)

Det kom også frem at viden bidrog til at takle følelser:

”Vi må lese litteratur, vi må oppdatere oss selv, det er våres jobb. Ingen som gir helt klar, ferdig materiale, så det har jeg lært etter så mange år, les selv, gå på kurs, aktiv deltakelse i behandlingsmøte. Jeg har lest, lest, lest selv, så nå takler jeg [følelsesmessige utfordringer] mye bedre.” (Miljøterapeut 4)

4.2.2 Ressourcegivende atmosfære

Miljøterapeuterne fortalte, at det var væsentlig for mestring af egne følelser, at atmosfæren på afdelingen var tilrettelagt herefter. De angav blandt andet kollegastøtte, åbent miljø, vejledning og information, som vigtige faktorer for at kunne håndtere følelserne og derved møde patienterne på en terapeutisk måde. Derimod skabte en ustabil

personalegruppe utryghed blandt miljøterapeuterne og gjorde det sværere at takle følelserne.

Det blev beskrevet at:

”...atmosfæren i afdeling er nesten det viktigste [i forhold til mestring av egne følelser]. Hvis der er et godt samhold mellom kollegaer, så tenker jeg at vi kan gjøre mye godt i forhold til pasientene for da kan vi også gi tilbakemeldinger, hvis ting ikke er så bra. Jeg tenker at det er viktig å ha mulighet å gi tilbakemelding hvis en ser ting, som en synes burde være annerledes, men også at en gir ros, holdt jeg på å si, ris og ros.” (Miljøterapeut 6)

Miljøterapeuterne uttrykte, at de hadde behov for støtte:

”Hvis jeg opplever noe som vanskelig, så vil jeg gjerne, vil jeg gjerne snakke med kollegaer for å lufte ting for min egen del, det er det jeg kan tenke egentlig.” (Miljøterapeut 6)

”...vi snakker med personale og prøver å skryte av hverandre og være positive. Positive tilbakemeldinger fra kollegaer gjør jo ganske mye med deg.” (Miljøterapeut 2)

”Jeg ser for meg at den følelsen av å være alene eller for meg som personale da, følelsen av å stå i dette alene tror jeg kanskje kan være det verste. En må på en måte ha det samholdet med andre personal for å kunne stå i det, for det er, det er tøft, det er vanskelig.” (Miljøterapeut 5)

”Vi trenger veldig mye støtte fra hverandre og bruker en del tid på det i veiledning, snakker sammen om de utfordringene og støtter hverandre som kollegaer. For vi må jo si det, jeg tror det er sånn konsensus at det er liksom den pasientgruppen som er mest krevende å jobbe med, sånn fordi at det

utfordrer så mye følelsesmessig. Så vi snakker en del sammen..”
(Miljøterapeut 1)

”Det som hjelper mest for meg i hvert fall det er å snakke med andre kollegaer. Og jeg tenker at når en har en eller flere pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse så bør der være satt opp egne møter for personalet...for det er, det kan til tider være veldig utfordrende å stå i og så er det veldig godt å snakke om det.” (Miljøterapeut 5)

Udover støtte fra kollegaer, blev vejledning også nævnt som et væsentlig tiltag i forhold til bearbejdelse og mestring af egne følelser:

”Så har vi jo begynt med veiledning igjen, det hadde vi mye før, det var veldig greit.... Før hadde vi jo...egentlig psykologveiledning hver dag og det var veldig mye bedre, for da fikk du ut, da tok vi opp det som rammet og det du stod i og hva det gjorde med deg og du fikk snakket om det og det er liksom ikke noe unormalt å føle det sånn, det er helt greit, det er lov. Så akkurat det savner jeg litt.... Går du kveldsvakt og så morgenvakt når du har en masse personlighetsforstyrrelser, så sover du ikke, for det er kanskje en kveld med masse selvskading, masse trusler, masse utagering og knusing av ting og du blir kalt veldig dum-stygge ting, så tar du det med deg hjem og er våken og kommer tilbake her og er litt frustrert.” (Miljøterapeut 2)

”Jeg tenker jo veiledning er en viktig del og informasjon, gode behandlingsmøter. Veiledning likedan at man da får lov til å ja, eventuell frustrasjon eller ja oppgitthet at man kan ta det ut på veiledning enn å så ta det andre plasser liksom. Det tenker jeg, det er en god ting ja.”
(Miljøterapeut 3)

Miljøterapeuterne fortalte at støtte og vejledning gjorde dem mere bevidste om, hvordan de agerede i mødet med patienterne:

”Jeg vil vel gjerne merke det på den måten at jeg da kan bli bevisst på ting, som kan gjøre at jeg lettere kan unngå å gjøre det eller at jeg kan gjøre mere av ting som fungerer.” (Miljøterapeut 6)

”Nå har vi ikke hatt så mye veiledning, men før hadde vi det, vi hadde rollespill og vi tok opp vanskelige situasjoner, vi snakket om, hvordan vi kunne ha håndtert ting annerledes, og da var det mye lettere, for liksom dette har vi faktisk trent på...” (Miljøterapeut 2)

”Jeg vil si at jeg møter pasienten på en bedre måte med bedre forståelse og ja mer terapeutisk rett, synes jeg, når vi får veiledning...jeg merker positiv forskjell på det ja.” (Miljøterapeut 3)

Et åbent miljø hadde også betydning for miljøterapeuternes mestring af følelser:

”Hvis jeg tenker hva som kan være fremmede...generelt et miljø som er et sånn åpent miljø, der du, der der er rom for å ta opp ting.” (Miljøterapeut 6)

”Være også bevisst på å bytte da, slik at det er lov å si at nå orker jeg ikke lengre å være primærkontakt på den pasienten, nå må noen andre overta. Det kan du gjøre, ikke sant. Fordi det er helt akseptabelt det altså.” (Miljøterapeut 1)

Miljøterapeuterne beskrev, at det var viktig, at personalegruppen var stabil og erfaren, da det ellers var svært at oparbejde et trygt miljø:

”Og så er det jo det med at vi er jo en avdeling, der der er en del gjennomtrekk av personale og der er veldig få godt voksne eldre, men veldig mange unge og de er ofte nyutdannet og der er for mye sånn gjennomtrekk i posten og det tenker jeg også at ikke er så heldig i forhold til dette med å, det kollegiale og det å være kjent i posten og ha erfaring og være trygge på

hverandre som kollegaer, sant, både for dem som er nye, sant, og skal begynne å jobbe i dette her. Og det med å kjenne hverandre som kollega, ikke sant, det påvirker jo dette her [med å mestre følelser], så det tenker jeg er jo ikke så heldig.” (Miljøterapeut 1)

Miljøterapeuterne mente også, at ledelsen hadde stor innflydelse på atmosfæren i avdelingen, da det var den, der skapte utgangspunktet for et godt miljø og hadde en del av ansvaret for at øke miljøterapeuternes kunnskap for eksempel via kursar:

”...vi trenger alltid litt mere input og det er jo også opp til ledelsen tenker jeg å sørge for at det er jevnlig, synes jeg.” (Miljøterapeut 6)

4.2.3 Aktiv egenomsorg

Miljøterapeuterne italesatte, at det var viktig for egen velvære, at de adskilte arbeid og fritid. Flere gav uttrykk for, at de hadde behov for afkobling og at det var av stor betydning, at de ikke tenkte på episoder på avdelingen, når de var hjemme. Miljøterapeuterne var på den måte bevidste på strategier, som hjalp dem med at varetage eget helse i arbeidet med pasientgruppen.

I forhold til at lade arbeid være arbeid og fritid være fritid, sa miljøterapeuterne:

”Og så bare det å komme hjem altså gå fra jobb å vite at nå kan jeg sykle hjem og få litt frisk luft og koble av og det er jo en måte å liksom ja for meg er det en god ting sant.” (Miljøterapeut 1)

”...ut av bygningen, containeren er her på garderoben, jeg tar den ikke med meg hjem, så det har jeg også lært, det er min strategi, ikke ta med hjem alt som du får her på jobb, sant. La det stå her.” (Miljøterapeut 4)

Miljøterapeuterne fortalte dog, at det kunne være svært ikke å tenke på arbeid, når de var hjemme, fordi de ofte stod i situasjoner, som gjorde inntrykk på dem, på avdelingen:

”Når jeg er på jobb og jeg ser en pasient har kuttet seg, ligger på gulvet og masse blod, kommer hjem og er trist, klarer ikke å spise og så ser blod hele tiden og er ikke i godt humør, snakker ikke så mye med familien og da jeg følte; nei det påvirker familien min.... Så da jeg lærte meg at når jeg kommer hjem, så går jeg på tur, jobber i hagen, vasker huset og selvfølgelig tar en god, lang, varm dusj og ser på en veldig fin film...disse er mine strategier hjemme så jeg glemmer jobb.” (Miljøterapeut 4)

En anden miljøterapeut fortalte, at vedkommende snakkede med sin mand om hårde ting, som var sket på afdelingen:

”Jeg forteller jo ikke om pasienter eller sånn taushetsbelagte ting hjemme, men jeg kan også på et vis bruke mannen min i forhold til hvordan jeg har det da. At jeg kan fortelle ikke akkurat om hva og hvem, men at der er ting, som har oppstått og at det var tøft og jeg på et vis kan snakke om ting på den måten.” (Miljøterapeut 6)

4.2.4 Opsummering af miljøterapeuternes mestringsstrategier

For at mestre egne følelser så de ikke påvirkede miljøterapien og synet på patienterne, forsøgte miljøterapeuterne at være professionelle og ikke lade sig påvirke af patienternes udsving. De reflekterede over egen rolle i udførelsen af miljøterapien og forsøgte at være bevidste om egne følelser. Derudover brugte de hinanden til at snakke om egne følelser og eventuelle frustrationer og det blev tydeliggjort, at en stabil personalegruppe var afgørende for miljøterapeuternes muligheder for mestring af egne følelser. Også vejledning blev set på som væsentlig for mestring ved at drøfte svære situationer og være forberedt på, hvad som kunne møde miljøterapeuterne i arbejdet med disse patienter. Udover mestringsstrategier som blev benyttet på afdelingen, var miljøterapeuterne bevidste om, at de selv måtte øge muligheden for mestring af egne følelser ved at adskille arbejde og fritid. Her beskrev de aktive tiltag som at gøre ting, der fik deres tanker over på noget andet end arbejde og at snakke med familiemedlemmer om følelserne.

5.0 Diskussion

For at udvide forståelsen af fundene vil de i dette kapitel blive belyst og diskuteret ud fra teorien, som er beskrevet i kapitel 2.0. Ydermere vil fundene blive diskuteret i forhold til anden forskning og relevant litteratur. Metoden samt validitet og reliabilitet vil også blive diskuteret. Til slut vil der blive givet implikationer for videre forskning.

5.1 Studiets fund

Miljøterapeuterne beskrev, at de ind i mellem måtte stå i nogle hårde og følelsesmæssigt udfordrende situationer. Disse situationer håndterede miljøterapeuterne på flere forskellige måder. Nogle skubbede følelserne væk og distancerede sig fra patienterne, mens nogle gjorde sig mere tilgængelige for patienterne. Andre støttede sig til forudbestemte behandlingsstrategier, selvom det betød tilsidesættelse af egne instinkter og andre igen lagde det meste af ansvaret for patientens bedring over på patienten selv.

Når patienterne indlægges på afdelingen, er de afhængige af miljøterapeuternes hjælp til at håndtere egne følelser og indre uro. Fundene viser, at det i flere tilfælde blev forsøgt at ansvarliggøre patienterne, fordi miljøterapeuterne havde tro på, at det var bedst for patienterne, hvis de selv var i stand til at håndtere egen indre uro og følelser. En miljøterapeut beskrev, at en af grundene til, det var vigtigt, at patienterne blev ansvarliggjort, var, at de skulle være klar til et liv uden for afdelingen. Martinsen (1989) beskriver, at det i det moderne samfund er negativt at være afhængig af andre, men som hun ser det, er vi alle afhængige af hinanden. Denne afhængighed gør, at nogle mennesker får magt over andre mennesker. I denne situation får den stærke part et moralsk ansvar for den svage part, da det skal hindres, at den svage parts interesser tilsidesættes (Ibid). Ifølge de sygeplejeetiske retningslinjer skal sygeplejersken, i dette tilfælde miljøterapeuterne, varetage den enkelte patients behov for holistisk omsorg (Norsk Sykepleier Forbund, 2011). Miljøterapeuterne har derved et ansvar overfor patienterne, hvor patienternes interesser må varetages og gøres til en del af behandlingen. Det var miljøterapeuternes erfaring, at patienterne havde et stort behov for omsorg. Freda Baron Friedman (2008) beskriver, at den ideelle behandling af patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse tager højde for, at patienten selv er med til at identificere egne problemstillinger og finde løsninger. I et studie om ikke-gavnige relationer, som blandt

andet inkluderer patienter med personlighedsforstyrrelse, udtrykker patienterne, at sundhedsprofessionelle, som ikke tager hensyn til patienternes mening og synspunkt i forbindelse med behandlingen har negativ effekt på behandlingen (Ljungberg et al., 2015). Dette antyder, at patienternes behov for omsorg skal vægtes højere eller sidesættes med miljøterapeuternes tiltag i forhold til ansvarliggørelse. Flere af miljøterapeuterne beskrev, at de i arbejdet med disse patienter tænkte, at de selv kunne være i patientens sted. Dette er ifølge Martinsen (1989) moralsk omsorg og bygger på solidaritet, hvilket har til formål at skabe tillid og derved gøre begge parter til handlende deltagere. Det, at den ene part involverer sig i den andens smerte og handler ud fra denne, kalder Martinsen (1989) for praktisk omsorg. Praktisk omsorg drejer sig om ikke at stå på sidelinjen og se på, men at deltage i den andens smerte. Det handler om at vise empati og handle ud fra den aktuelle situation (Ibid). En af miljøterapeuterne beskrev, at vedkommende tog oftere tilsyn og var mere tilstedeværende hos patienterne grundet egen nervøsitet. Set ud fra Martinsens (1989) definition af praktisk omsorg, involverer miljøterapeuten sig mere aktivt i patientens situation og derved smerte for at kontrollere nervøsiteten. Dette fund antyder, at praktisk omsorg bliver brugt som en mestringsstrategi. Flere af miljøterapeuternes beskrivelser peger på, at afdelingens behandlingsstrategier ikke altid tilrettelagde, at denne form for omsorg kunne udføres. De oplevede i flere tilfælde, at de var nødt til at handle mod egne instinkter og ikke involvere sig i patienternes psykiske smerte og beskrev, at de følte sig nødsaget til at stå og se på, at patienterne fandt ud af tingene selv. Ifølge Martinsen (1989) gør regler, i dette tilfælde forudbestemte behandlingsstrategier, at det ikke er muligt at handle ud fra den aktuelle situation. Regler gør det derved vanskeligere at udvise praktisk omsorg, fordi de skjuler mellem menneskelige erfaringer og værdier (Ibid). Set ud fra Martinsens (1989) teori gør miljøterapeuternes ignorering af egne instinkter, at de ikke vurderer den enkelte situation, hvilket gør, at patienternes behov her og nu tilsidesættes. Martinsens (1989) filosofi om, at vi er forpligtede til at hjælpe den enkelte til at leve sit liv på den bedst mulige måde omstændighederne taget i betragtning, er da ikke eksisterende. Dette strider imod de sygeplejeetiske retningslinjer, som tilsiger, at sygeplejersken skal understøtte håb, mestring og livsmod hos patienten (Norsk Sykepleier Forbund, 2011). Ifølge Amanda Ljungberg, Anne Denhov og Alain Topor (2015) fandt patienter det ikke hjælpsomt, når sundhedsprofessionelle prioriterede at efterkomme regler og rutiner til fordel for patientens individuelle behov. Retningslinjerne fra National Institute of Health

and Care Excellence beskriver, at sundhedsprofessionelle skal forsøge at forstå situationen fra patientens synspunkt og undersøge grunden til, at patienten er plaget (NICE, 2009). Ydermere anbefales det at undgå at komme med løsninger før, det er helt klart, hvad problemet er (Ibid).

Fundene viser, at miljøterapeuterne havde fokus på at være professionelle i samspil med patienterne og at de følte, at deres professionalitet forsvandt, hvis ikke de klarede at mestre egne følelser. En af miljøterapeuterne beskrev, at vedkommende undertrykte følelser i samspil med patienten og hvis ikke det lod sig gøre, blev situationen afsluttet. Flere fortalte, at de gav lidt af sig selv i samspil med patienterne dog med tanke på, at følelserne ikke tog overhånd. Dette tyder på, at miljøterapeuterne skelnede mellem følelser, som påvirkede miljøterapien negativt og følelser som havde positiv indvirkning på miljøterapien. At miljøterapeuterne gav af sig selv samtidig med, at de ikke lod følelserne overstyre stemmer overens med fund i studiet af Amanda Ljungberg, Anne Denhov og Alain Topor (2017) og denne tankegang er ifølge Martinsen (2000) vigtig for, at patienterne ikke bliver objektiviseret. I modsætning til at bruge egne følelser aktivt i samspil med patienten, beskriver Lazarus (1991), at lukke ned for følelserne kan hjælpe til at tænke klart og handlingsorienteret og gøre situationen mere udholdelig over længere tid. Set fra miljøterapeutens ståsted kan det derfor være lettere at reagere ved ikke at reagere for på den måde at mindske den følelsesmæssige belastning, vedkommende udsættes for. Denne form for tankegang strider imidlertid mod Martinsens (2000) syn på, hvordan den professionelle bør møde patienten, da det at lukke ned for følelser vil øge objektiviseringen af patienten. Dette antyder, at miljøterapeuternes mestringsstrategier ikke altid gavner patienterne.

Det blev beskrevet af en miljøterapeut, at vedkommende responderede på patientens adfærd ved at bruge egne følelser til at spejle patienterne i situationer, hvor adfærden oplevedes som grænseoverskridende og at miljøterapeuten erfarede, at det var nyttigt for sig selv. Studiet af Ljungberg et al. (2015) viser, at denne form for kommunikation, hvor der bliver givet tilbagemelding på den aktuelle situation i stedet for, at den sundhedsprofessionelle responderer ud fra et generelt grundlag også er gavnligt for patienterne og at patienterne finder det vigtigt, at personalet ikke kun interagerer med dem

ud fra en professionel rolle, men også er personlige. Ifølge Martinsen (2000) indebærer professionalitet netop at vise sig som en person med følelser og ud fra hendes beskrivelse af professionalitet og miljøterapeutens beskrivelse af situationen ses det, at professionalitet bliver benyttet som mestringsstrategi til at håndtere egne følelser.

Ifølge Lazarus (1991) vil et stressende eller ubehageligt møde normalt få en person til at blive nervøs eller bange. Disse følelser er ikke kun ubehagelige for personen, men også upraktiske i forhold til vedkommendes evne til at tænke og handle (Ibid). En miljøterapeut oplevede at blive følelsesmæssigt afladet i længerevarende og anstrengende situationer med patienterne. En anden fortalte at have erfaret at være ligeglad med patienterne og behandlingsoplægget. Denne form for regulering af følelser definerer Lazarus (2006) som en følelsesfokuseret mestringsfunktion. Disse reaktioner står i modsætning til ovenstående, hvor miljøterapeuten involverede sig selv i patientens situation. Dette kan muligvis have sammenhæng med, at situationerne miljøterapeuterne har stået i ikke har været lige krævende eller har udfordret dem på forskellig vis. Det, at miljøterapeuterne står i situationer uden at lade sig synligt påvirke følelsesmæssigt, tolker jeg som en konsekvens af, at de tåler mere end de egentlig burde. Set i forhold til Lazarus' (2006) mestringssteori tyder det på, at den følelsesfokuserede mestringsfunktion bliver sat i spil i selve situationen. Når nogle af miljøterapeuterne står i det, som Lazarus (2006) kalder en stressende situation, ændrer de betydning af det relationelle forhold mellem miljøet og dem selv ved at distancere sig følelsesmæssigt. Det blev beskrevet, at dette blev gjort enten ved at forlade situationen eller skubbe følelserne væk. Disse strategier gør det tilsyneladende lettere for miljøterapeuterne at mestre følelserne her og nu, men det ændrer ikke situationen eller tager hånd om miljøterapeuternes underliggende følelser. Set ud fra Martinsens (2000) teori gavner denne form for mestringsfunktion heller ikke patienterne, da den skaber afstand mellem den professionelle og patienterne. Ljungberg et al. (2015) beskriver, at patienter oplever det som negativt for forholdet til personalet, hvis de føler sig ignoreret og hvis de oplever, at personalet ikke forstår deres situation og bekymringer. Dette tyder på, at følelsesfokuseret mestringsfunktion ikke kan stå alene som strategi for miljøterapeuterne til at mestre egne følelser. Den problemfokuserede mestringsfunktion, som det er defineret af Lazarus (2006), bliver herved nødvendig for at kunne gøre en forskel i samspillet mellem

patienterne og miljøterapeuterne. Det er her mestringsstrategier som professionel tankegang, ressourcegivende atmosfære og aktiv egenomsorg bliver sat i spil.

Ifølge Lazarus (1991) påvirkes følelser og mestringspotentiale af kulturen og strukturen på afdelingen. Som følge af dette er det af betydning for miljøterapeuterne og deres vurdering af muligheder for mestring af egne følelser, at miljøet bliver tilrettelagt i forhold til dette. Miljøterapeuterne beskrev, at vejledning og kollegastøtte var nødvendigt for at arbejde med denne patientgruppe og at disse to faktorer havde betydning for det efterfølgende samspil med patienterne. Det ses derved at Lazarus' (2006) beskrivelse af problemfokuseret mestring blev iværksat i tillæg til den følelsesfokuserede mestring. Ved at forberede miljøterapeuterne og give dem ressourcer til at mestre følelserne i forskellige situationer, bidrager vejledning til at bearbejde følelser på en konstruktiv måde, hvilket ifølge Lazarus & Lazarus (1994) gør, at følelserne ikke ligger under overfladen og vokser sig større over længere tid. Dette fund står i modsætning til studiet af James og Cowman (2007), som viser, at vejledning og kollegastøtte var de ressourcer, som sygeplejerskerne mente, ville være mindst gavnlige i arbejdet med denne patientgruppe. Dette kan skyldes, at deltagerne i de to studier har forskellige erfaringer med og opfattelse af, hvad vejledning kan bidrage med eller at sammenholdet i personalegrupperne ikke har været ens.

Miljøterapeuterne erfarede, at det var specielt svært at mestre egne følelser i situationer, hvor patienterne skadede sig selv. Fundene peger på, at der var forskel på, hvordan miljøterapeuterne agerede med følelser i selvskadningssituationer i forhold til andre situationer. Ud fra miljøterapeuternes beskrivelser fulgte de forudbestemte behandlingsstrategier i selvskadningssituationer og lod ikke egne følelser spille ind, hvorimod i andre situationer, brugte de egne følelser aktivt i udførelsen af miljøterapi. I selvskadningssituationer mangler det, som Martinsen (1989) beskriver som praktisk omsorg, fordi mentaliteten tilsyneladende er den, at det er til patienternes bedste selv at håndtere og på den måde stå til ansvar for egen smerte for på længere sigt at kunne fungere i samfundet. En miljøterapeut beskrev, at de i vejledning blev gjort opmærksomme på vigtigheden i at skelne mellem, hvad der var deres eget behov og hvad der var til patientens bedste. Det blev også beskrevet, at selvskadningssituationer kunne vække afsky og at det gjorde ondt at se på. Det, at miljøterapeuterne holdt sig til forudbestemte

behandlingsstrategier, kan derved have noget at gøre med, at de følelser, som opstod i selvskadningssituationer var så voldsomme, at de kunne være svære at forholde sig til og derved tilslørede terapeutiske handlinger. I henhold til Warrender (2015) er det nødvendigt med en tilgang, som er naturlig og human, hvilket betyder, at de professionelle, så vidt det er muligt, må sætte sig ind i patienternes emotionelle tilstand, hvis mødet med denne patientgruppe skal være terapeutisk. Ifølge NICE's (2009) vejledning er det dog vigtigt at undgå unødige interventioner, som for eksempel at hæmme patientens autonomi. Dette gør, at sundhedspersonalets behov for at gribe ind må balanceres, da det ellers kan forhindre patienterne i på egen hånd at udvikle evner til at håndtere emotionelle kriser (Ibid).

Ifølge Lazarus (2006) er det vigtigt at være bevidst om, at det ikke kun er miljøet, der påvirker personen, men at personen også påvirker miljøet. Miljøterapeuterne havde erfaring med, at sammenholdet mellem dem var en væsentlig faktor for mestring af egne følelser. Miljøterapeuterne beskrev, at en skiftende personalegruppe oplevedes utrygt. Lazarus & Lazarus (1994) skildrer, at en af de mest hensigtsmæssige måder at få selvindsigt på i forhold til egne følelser er at tale om dem med nogen, man stoler på. En ustabil personalegruppe kan derfor gøre det sværere for miljøterapeuterne at snakke om og drøfte egne følelser med hinanden, idet der skal opbygges en relation før, man taler om det, der er vanskeligt. På den måde kommer det frem, at de enkelte miljøterapeuter har stor indvirkning på hinandens muligheder for at mestre egne følelser.

Flere af miljøterapeuterne søgte også viden om de enkelte patienter, om diagnosen og om forskellige behandlingsmetoder samtidig med, de havde ønske om ny og mere viden i form af kurser. Flere studier viser, at undervisning kan være med til at øge sundhedspersonalets selvsikkerhed i forhold til egne evner i samspillet med denne patientgruppe (James & Cowman, 2007; Warrender, 2015). Også Lazarus & Lazarus (1994) beskriver, at mestring bliver lettere, fordi information bidrager til at gøre individet bedre i stand til at vurdere situationen og på den måde tilpasse følelserne.

Set i lyset af Lazarus' (2006) mestringsteori, har det betydning for den enkeltes mestringspotentiale, at vedkommende afgør hvilke mål, som har mindst og størst

betydning i den givne situation, hvilket gør, at personens målhieraki har stor betydning for følelseslivet. Dette kan tyde på, at det fokus, miljøterapeuterne vælger at have i udførelse af miljøterapi til denne patientgruppe, er af betydning for udvikling af miljøterapeuternes følelser og mestring af disse. Miljøterapeuterne erfarede, at mange af patienterne blev genindlagt og gav udtryk for, at dette skabte en følelse af frustration og modløshed, fordi de oplevede, at indlæggelserne ikke hjalp, hvilket stemmer overens med tidligere forskning (Bodner et al., 2015; James & Cowman, 2007). Caleb J. Siefert (2012) beskriver, hvis der bliver sat flere enkelte mål for den aktuelle indlæggelse øger det kommunikationen mellem personalet og samarbejdet med patienten. Ifølge Lazarus (2006) har målhierakisering betydning for, hvilke mål vedkommende indfrier og hvilke følelser denne handling vil udløse. Ved at sortere i miljøterapeuternes egne ønsker og mål for patienterne og fokusere på kortsigtede og overskuelige mål som følge af miljøterapien, kan det muligvis bidrage til at ændre udfaldet af miljøterapeuternes følelser set i forhold til blandt andet modløshed og frustration. Ifølge Lazarus (2006) kan miljømæssige vilkår, som hindrer indfrielsen af den enkeltes mål medvirke til, at individet lider psykisk overlast, hvilket bekræfter, at afdelingens struktur og atmosfære er afgørende for miljøterapeuternes mestring af egne følelser.

Flere af miljøterapeuterne havde erfaring med, at atmosfæren og miljøet på afdelingen var af stor betydning for deres mulighed for at kunne mestre de følelser, der opstod i arbejdet med patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. En miljøterapeut følte, at man blev ødelagt som menneske. Flere var enige i, at de tog meget med sig hjem, hvis ikke de fik vejledning. Disse udtalelser beskriver, at arbejdsmiljøet ikke altid er optimalt set fra miljøterapeuternes perspektiv i og med at disse faktorer tilsyneladende påvirker deres psykiske helbred og velfærd. Ifølge Arbejdsmiljøloven (2005) er dette noget arbejdsgiver er forpligtet til at varetage. På den ene side er der Arbejdsmiljøloven, der skal beskytte miljøterapeuterne og på den anden side er der NICE's (2009) retningslinjer, som skal beskytte patienterne. De stærke følelser, miljøterapeuterne oplevede, gik udover psyken og selvopfattelsen, da fundene blandt andet viser, at én miljøterapeut ikke følte sig omsorgsfuld grundet forudbestemte behandlingsstrategier. Samtidig er miljøterapeuterne nødt til at skelne mellem, hvornår en handling er eget behov og hvornår det er til patientens bedste, da handlingerne ifølge NICE's (2009) retningslinjer ellers vil bære præg af ikke at

være terapeutiske og derved skade patienterne mere end gavne. Dette antyder, at det er svært at kombinere Arbejds miljøloven og retningslinjerne fuldstændig og rejser et spørgsmål om, hvad det skal til for at miljøet på afdelingen er ressourceskabende både for miljøterapeuterne og patienterne.

Som tidligere nævnt forekommer traumer ofte i opvæksten hos personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (Karterud et al., 2010). Forskning viser, at tilstedeværelse af fysiske overgreb hos patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse hos kvinder er 40-80% og hos mænd 60-70% og forekomsten af seksuelle overgreb hos kvinder er 50-70% og hos mænd 40-50% (Fosse & Dersyd, 2007). Hvis disse tal stemmer, kan det tyde på, at det er væsentligt, at behandlingen af disse patienter medtager traumer. Ifølge May Bente Hagen, António Barbosa Da Silva og Mona Thelle (2016) er det nødvendigt, at miljøterapeuterne tager hensyn til eventuelle underliggende årsager til lidelsen. Ud fra det miljøterapeuterne beskrev, skyldtes de handlinger, de udførte blandt andet, hvordan de selv oplevede situationen - nogen var mere tilstedeværende, fordi de var nervøse og andre undgik patienten, fordi de var frustrerede. Der er derved få ting, der tyder på, at et eventuelt traume havde betydeligt fokus i udførelsen af miljøterapi. Hagen et al. (2016) beskriver, at miljøterapi til personer med traumer skal bygge på traumebevidst omsorg, hvilket vil sige, at der er fokus på årsagen til lidelsen. Ljungberg et al. (2015) påpeger, at patienter fandt det problematisk, hvis de professionelle ikke satte sig ind i deres problemer og det, der lå bag. Man kan forestille sig, at manglende fokus på traumer gør, at patienterne ikke får den bekræftelse, de har behov for. Tværtimod bliver de bekræftet i utrygge relationer og at de ikke kan have tillid til personalet, fordi de bliver ignoreret i de øjeblikke, hvor behovet for bekræftelse og omsorg tilsyneladende er størst. Ifølge James og Cowman (2007) er det bekymrende, at miljøterapeuter ikke altid medtager denne patientgruppes traumatiske baggrund. Dette bekræftes af patienterne i studiet af Ljungberg et al. (2015). Ved at tage udgangspunkt i traumebevidst miljøterapi får miljøterapeuterne information om baggrunden for patienternes adfærd, hvilket sandsynligvis kan bidrage til større forståelse for de situationer, miljøterapeuterne må stå i. Information bidrager som tidligere nævnt til at styrke vurderingsevnen og derved udvikle større forståelse for de enkelte situationer, hvilket øger evnen til at mestre egne følelser (Lazarus & Lazarus, 1994). Traumebevidst miljøterapi kan på den måde blive en ressource for

miljøterapeuterne, da denne tilgang kan øge miljøterapeuternes forståelse for, hvorfor de forskellige følelser opstår i arbejdet med patienterne. Udover at det er en ressource for miljøterapeuterne, er det også en ressource for patienterne, da det øger miljøterapeuternes forståelse af dem. Hvis miljøterapeuterne forstår patienterne bedre, er det muligt, at det følelsesmæssige udtryk, *expressed emotions*, på afdelingen bliver mindre. Ifølge Helge Jordahl og Arne Repål (2009) bidrager *expressed emotions* til et mindre terapeutisk miljø og dækker blandt andet over negative tanker og følelser, som personalet udtrykker.

En af miljøterapeuterne beskrev strukturelle udfordringer, som en belastning i arbejdet med denne patientgruppe. Miljøterapeuten oplevede, at kommunen tilsyneladende ikke kunne håndtere patienterne og at politiet ikke tog ansvar. Miljøterapeuten fortalte, at dette sled på og skabte modløshed i personalegruppen. Det blev beskrevet, at miljøterapeuterne led uheldige psykiske belastninger, når ikke samarbejdet med kommunen og politiet fungerede. Disse belastninger er et brud på Arbejdsmiljøloven (2005). Miljøterapeuten beskrev også, at det ville gavne personalet, hvis patienterne skiftevis blev indlagt på forskellige afdelinger, da personalet på den måde ville få en pause. Forskning viser dog, at patienterne ser det som hæmmende for deres behandling, hvis den mangler kontinuitet (Ljungberg et al., 2015). Også dette antyder, at de mestringsstrategier, som gavner personalet ikke altid gavner patienterne. Selvom det kun var en miljøterapeut, der udtalte sig om dette tema, har jeg alligevel valgt at medtage det, fordi det tilsyneladende var noget, som skabte mange følelsesmæssige reaktioner i personalegruppen. Samtidig med at det blev beskrevet at påvirke miljøterapeuterne, er det ikke muligt for dem at påvirke eller ændre de strukturelle udfordringer, da samarbejdet med kommunen og politiet ligger på et organisatorisk niveau (Helsedirektoratet, 2012). Jeg blev opmærksom på, at det er et tema, som tilsyneladende har betydning for miljøterapeuternes mestringsmuligheder og da de ikke på samme måde er i stand til at påvirke disse udfordringer, adskiller disse sig fra de følelsesmæssige og faglige udfordringer. Derfor havde det været interessant at uddybe dette noget mere og undersøge, om det er udfordringer, som deles af flere miljøterapeuter.

5.2 Studiets metode

I gennemførelsen af dette studie, har jeg været opmærksom på validitet og reliabilitet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) dækker validitet over om metoden, som er valgt, er

egnet til og undersøger det, som skal undersøges (Ibid). Gennem studiet har jeg forsøgt at have et kritisk syn på min egen forforståelse og derved på mine fortolkninger af studiets resultater, sådan som det beskrives af Kvale og Brinkmann (2015), samtidig med jeg har gjort mit ståsted tydeligt for læseren. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) dækker reliabilitet over muligheden for reproduktion af resultaterne. Jeg har beskrevet, hvordan indsamlingen af data er foregået og begrundet, hvorfor netop denne metode er relevant i forhold til problemstillingen. På trods af dette kan reproduktion af kvalitativ interviewdata være vanskeligt. I tillæg til spørgsmålene i interviewguiden, stillede jeg undervejs opfølgende spørgsmål og det vil være svært for en anden forsker at stille præcis de samme spørgsmål. Grundet dette vil deltageres svar højst sandsynligt ikke blive de samme, hvis en anden forsker skulle udføre interviewene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er for høj reliabilitet ikke ønskelig i interviewfund, da dette modvirker kreativ tænkning og variation.

I arbejdet med de transskriberede interviews har jeg i henhold til Gadamer (2004) løbende set på helheden ud fra delene og delene ud fra helheden. Jeg har derfor set de enkelte interviews i sammenhæng med alle interviewene som helhed for på den måde at undgå at sætte miljøterapeuternes udtalelser i en kontekst, som ikke retfærdiggøre udsagnene.

Det er første gang, jeg udfører interviews og især under første interview mærkede jeg, at det havde været en fordel med interviewerfaring og jeg ser, at det havde gavnet dataindsamlingen, hvis jeg havde haft et prøveinterview. Jeg oplevede, at nogle af spørgsmålene var for lange og måtte gentages og omformuleres under nogle af interviewene. Efter interviewene dukkede der stadig uddybende spørgsmål op, jeg kunne tænke mig at have stillet. Dette blev dog bedre jo flere interviews, jeg udførte, da jeg blev mere bevidst på mig selv og min rolle i selve interviewsituationen. Efter endt interview reflekterede jeg over, hvad jeg kunne tage med mig fra det forrige til det næste, herunder omformulering af spørgsmål, hvilket jeg følte øgede udbyttet af de efterfølgende interviews.

Før jeg påbegyndte interviewene gjorde jeg mig tanker om, hvad jeg skulle være opmærksom på under interviewene og hvad det kunne have af betydning, at deltagerne var nogen, jeg kunne identificere mig med, da vi har samme profession og arbejder i samme

praksisfelt. Jeg gjorde en høj indsats for at fokusere på nøjagtig det, deltagerne sagde og stillede opfølgningsspørgsmål ud fra det og ikke ud fra, hvad jeg eventuelt selv havde oplevet i lignende situationer.

Fire af deltagerne fik informationsbrevet mindst en dag i forvejen, hvor to af deltagerne fik det lige før interviewet skulle begynde. Dette skyldtes, at afdelingslederen havde glemt at udlevere informationsbrevet til nogle af deltagerne. Dette kan muligvis have haft betydning for deltagernes svar idet nogle har haft længere tid til at tænke over samtaleemnet end andre.

Under dataindsamlingen blev jeg opmærksom på, at det var et vanskeligt emne at tage hul på og flere af miljøterapeuterne sagde efterfølgende, at de ville ønske, de kunne bidrage med mere. Derfor havde det været gunstigt med opfølgende interviews for at få større udbytte af miljøterapeuternes udtalelser.

5.3 Implikationer for videre forskning

Ud fra ovenstående kommer det frem, at personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse har mange tunge plager og det er derfor vigtigt, at de får den rigtige hjælp. Ljungberg et al. (2015) beskriver, at patienter heriblandt med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse oplever, at sundhedspersonalet arbejder ud fra en medicinsk model, hvor behandlingen bærer præg af regler og instrumentel behandling. I studierne af henholdsvis Ljungberg et al. (2015) og Fallon (2003) angiver patienterne, at det, de har behov for, blandt andet er emotionel støtte, men at sundhedspersonalet undgår denne type kontakt. Som tidligere nævnt viser fundene, at miljøterapeuterne blandt andet gav instrumentel behandling og handlede ud fra forudbestemte behandlingsstrategier og havde specielt svært ved at håndtere egne følelser i selvskadningssituationer. På baggrund af dette kunne det være interessant at undersøge hvilke ressourcer, der skal til førend, miljøterapeuterne er i stand til at give og håndtere emotionel støtte i selvskadningssituationer og om det opleves at være gavnligt for patienterne.

Et af de største problemer for personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er at indgå i mellem menneskelige relationer (Jørgensen, 2009). Derfor havde jeg forventet, at

det ville være et fund, at det var lettere for miljøterapeuterne at danne en relation med patienterne, når de var i stand til at mestre egne følelser. Dette var imidlertid ikke et tema, da ingen af miljøterapeuterne nævnte relation. Det, at relation ikke var et tema, finder jeg interessant og åbner op for en række spørgsmål: vil det sige, at miljøterapeuterne ikke tænker over relationsaspektet i forhold til egne følelser og mødet med patienterne eller er relation en så selvfølgelig del af miljøterapeuternes samspil med patienterne, at de tager den for givet? Hvis tilfældet er, at miljøterapeuterne ikke er bevidste om egne følelsers eventuelle betydning for relationen, hvilken indflydelse har det da i mødet med patienterne? Hvis relationen bliver taget for givet, vil det da påvirke patienternes tillid til miljøterapeuterne? Disse spørgsmål finder jeg interessante for videre forskning.

6.0 Konklusion

Fundene tyder på, at miljøterapeuterne har erfaring med, at mestring af egne følelser i arbejdet med voksne patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse er vigtigt – både for deres eget ve og vel, men også i forhold til udførelsen af miljøterapi.

Miljøterapeuterne erfarede blandt andet at blive følelsesmæssigt afladet, frustrerede, modløse og udmattede samtidig med det var let at få empati for patienterne. Mangel på mestring af disse følelser påvirkede miljøterapien og gjorde det svært for miljøterapeuterne at være professionelle. De erfarede, at det var svært at møde patienterne på ny, at de holdt afstand og for eksempel undgik samtaler med patienterne og at de kunne blive ligeglade med patienterne og behandlingsoplægget. Modsat kunne det gøre, at miljøterapeuterne oplevede at blive emotionelt knyttede til patienterne, hvilket ikke blev set på som hensigtsmæssigt, da patienterne blandt andet skulle være forberedt på et liv uden for afdelingen. Fundene viser, at specielt selvskadningssituationer var en følelsesmæssig og faglig udfordring for miljøterapeuterne. Grundet forudbestemte behandlingsstrategier erfarede miljøterapeuterne, at de måtte handle mod egne instinkter, hvilket påvirkede deres psykiske helbred og opfattelse af sig selv. Miljøterapeuterne oplevede, at det var vanskeligt ikke at tage følelserne med sig hjem. For at mestre følelserne havde miljøterapeuterne erfaring med, at en ressourcegivende atmosfære var vigtig. I denne indgik et åbent miljø, vejledning, kollegastøtte og information. I modsætning til dette blev en ustabil personalegruppe oplevet som en hindring for mestring af egne følelser. Fundene viser, at miljøterapeuterne erfarede, at en ressourcegivende atmosfære bidrog til, at de mødte patienterne mere terapeutisk og at de havde lettere ved at adskille arbejde og fritid. Udover en ressourcegivende atmosfære indgik aktiv egenomsorg som en strategi for at kunne koble af hjemme og glemme arbejdet. Også professionel tankegang, hvor miljøterapeuterne arbejdede med deres selvbevidsthed var et redskab til at mestre egne følelser.

Ud fra diskussionen ses det, at både den følelsesfokuserede- og problemfokuserede mestringsfunktion blev brugt til mestring af miljøterapeuternes egne følelser. Den følelsesfokuserede mestringsfunktion hjalp miljøterapeuterne med at mestre følelserne i selve situationen forstået på den måde, at den skånedes miljøterapeuterne for ubehagelige følelser. På længere sigt var denne mestringsstrategi dog ikke hensigtsmæssig, da den

distancerede miljøterapeuterne fra patienterne og ikke løste selve problemet. Den problemfokuserede mestring i form af professionel tankegang, ressourcegivende atmosfære og aktiv egenomsorg var tilsyneladende mere funktionel på længere sigt, da miljøterapeuterne blev opmærksomme på egne følelser og hvad de forskellige situationer med patienterne gjorde ved dem. Også omsorg i form af praktisk omsorg viste sig at være en måde at mestre egne følelser på. Diskussionen viser også, at miljøterapeuternes mestringsstrategier ikke altid var til gavn for patienterne.

Dette studie giver kundskab om hvilke faktorer, som har betydning for miljøterapeuternes mestring af egne følelser og brug og udbytte af disse. Ydermere giver studiet indblik i traumebevidst miljøterapi, som en hjælp til miljøterapeuterne med at mestre egne følelser samtidig, som det skaber et mere terapeutisk miljø for patienterne.

6.1 Studiets betydning for praksis

Dette studie kan ikke generaliseres, men giver alligevel indsigt i, hvad miljøterapeuternes egne følelser har at sige i arbejdet med patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse både, når følelserne er under kontrol og når de ikke er. Derudover giver studiet indsigt i, hvad det kan være nyttigt, at praksisfeltet indeholder for at skabe et ressourcegivende miljø for miljøterapeuterne. Et ressourcegivende miljø er nødvendigt for, at miljøterapeuterne kan yde miljøterapi, som gavner den enkelte patient og for at miljøterapeuterne er i stand til at fortsætte med dette over tid. Ydermere kan studiet bidrage til refleksion over egen praksisudøvelse.

7.0 Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. [References]. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bøye, R. (2012). Forstyrrelse i personligheten. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline - psykoedukation, forståelse og behandling* (1 ed., pp. 21-47). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bøye, R., & Kjølbye, M. (2012). Introduktion. In R. Bøye & M. Kjølbye (Eds.), *Borderline - psykoedukation, forståelse og behandling* (1 ed., pp. 11-16). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd ed. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic, integrative literature review. [References]. (0962-1067). doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10, 393-400.
- Fosse, R., & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktpsikiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.
- Friedman, F. B. (2008). Borderline personality disorder and hospitalization. *Social Work in Mental Health*, 6:1-2, 67-84. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J200v06n01_07
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter* (Vol. 45). Oslo: Cappelen.

- Gadamer, H.-G. (2004). *Sandhed og metode : grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Århus: Systime.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*(24), 105-112.
- Hagen, M. B., Barbosa da Silva, A., & Thelle, M. I. (2016). Innledning. In M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva, & M. I. Thelle (Eds.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (pp. 13-26). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hallett, N., Dickens, G. L., & Lamont, E. (2016). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International journal of nursing studies*, 56, 114-127.
- Halvorsen, M. S. (2014). Ut-trette eller ut-rette. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(12), 1026-1028.
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid*. (2012/007). Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/211/Helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-psykisk-syke-oppgaver-og-samarbeid-IS-5-2012.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2017). ICD 10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer *Helsedirektoratets medisinske kodeverk*. Retrieved from <https://finnkode.ehelse.no/-icd10/0/0/2613591>
- Hyman, C. (2002). Richard Lazarus, UC Berkeley psychology faculty member and influential researcher, dies at 80 Retrieved from http://www.berkeley.edu/news/media/releases/2002/12/04_lazarus.html
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. [References]. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14, 670-678.
- Jordahl, H., & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser : psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø* (Ny rev. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- Jørgensen, C. R. (2009). Hvad er personlighed og personlighedsforstyrrelse? *Personlighedsforstyrrelser - moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelse* (2 ed., pp. 36-165). København: Hans Reitzels Forlag.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, B. L. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/emosjonell-ustabil-personlighetsforstyrrelse>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser : en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason : making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*. doi:10.3109/09638237.2015.1101427
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2017). A Balancing Act - How Mental Health Professionals Experience Being Personal in Their Relationships with Service Users. *Issues in Mental Health Nursing*. doi:10.1080/01612840.2017.1301603
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- NAPP. (2017). Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/pasientforlopet>
- NICE. (2009, senest revidert januar 2015). Borderline personality disorder: recognition and management. *Clinical guideline*. Retrieved from

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-975635141317>

- Norsk Sykepleier Forbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice : Margrit Schreier*. London: SAGE.
- Siefert, C. J. (2012). A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *Psychotherapy, 49*(4), 502-518.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/80113F052C3A4097B7772B225256895B.ashx>
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2017). *Personlighetsyndrom - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Verdens lægeforening. (2013). Verdens legeforening (WMA): Helsinkideklarasjonen om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker – norsk uoffisiell oversettelse. Retrieved from [http://legeforeningen.no/PageFiles/175539/Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening - norsk.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/175539/Helsinkideklarasjonen%20fra%20Verdens%20legeforening%20-%20norsk.pdf)
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 22*(8), 623-633.

World Health Organization. (2005). ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske koder og kodeverk/ICD-10/Komplettt-BI%C3%A5-bok_230905.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske_koder_og_kodeverk/ICD-10/Komplettt-BI%C3%A5-bok_230905.pdf)

8.0 Bilag

8.1 Bilag 1: Søgeprotokol

Database	Søgning nr.	Søgekombination	Hits
PsycInfo	1	Emotionally unstable personality disorder AND staff	4
	2	Emotionally unstable personality disorder AND staff AND coping	0
	3	Inpatient treatment AND emotionally unstable personality disorder	0
	4	emotionally unstable personality disorder AND staff attitude	0
	5	emotionally unstable personality disorder AND treatment	18
	6	Stigma AND Emotionally unstable personality disorder AND hospitalization	0
	7	Emotionally unstable personality disorder AND staff AND feeling*	0
	8	Emotionally unstable personality disorder AND staff AND emotion*	0
	9	Borderline AND staff	290
	10	Borderline AND staff feeling*	0
	11	Borderline AND staff reaction	0
	12	Borderline AND staff attitude	1
	13	Inpatient care AND borderline	27
	14	Staff mindset AND borderline	1

	15	Staff AND stigma AND borderline	3
	16	Staff AND coping AND borderline	12
	17	Borderline AND staff AND emotion*	59
	18	Borderline AND health personnel AND coping	2
	19	Borderline AND nurse AND coping	0
	20	Borderline AND staff AND relation	16

Anvendte artikler:

Søgning 5:

- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic, integrative literature review. [References]. (0962-1067). doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13202>

Søgning 9:

- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. [References]. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Friedman, F. B. (2008). Borderline personality disorder and hospitalization. *Social Work in Mental Health*, 6:1-2, 67-84. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J200v06n01_07
- Siefert, C. J. (2012). A Goal-Oriented Limited-Duration Approach for Borderline Personality Disorder During Brief Inpatient Hospitalizations. *Psychotherapy*, 49(4), 502-518.
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 623-633.

Database	Søgning nr.	Søgekombination	Hits
Cinahl	1	Borderline personality disorder AND staff AND coping	3
	2	Borderline AND staff AND relation	36
	3	Borderline AND staff	113
	4	Bordeline AND staff AND emotion*	11
	5	Borderline AND staff AND feeling*	8

Anvendte artikler:

Søgning 2:

- Hallett, N., Dickens, G. L., & Lamont, E. (2016). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International journal of nursing studies*, 56, 114-127.

Søgning 4:

- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10, 393-400.

8.2 Bilag 2: Informationsbrev og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Miljøterapeuters opplevde følelser i arbeidet med pasienter med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse med fokus på mestring – en kvalitativ studie.

Bakgrunn og formål

Dette studie er en masteroppgave utarbeidet fra Universitetet i Stavanger.

Formålet med studien er å få kjennskap til de følelser som oppstår hos miljøterapeuter i arbeidet med pasienter med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Studien ønsker videre å utforske hvilke midler miljøterapeuter bruker for å mestre disse følelsene, og hvordan de merker at dette har innflytelse på miljøterapien de utfører.

Du er utvalgt til å delta i dette studie fordi du enten er utdannet vernepleier eller sykepleier, og er fast ansatt på en psykiatrisk avdeling som utfører miljøterapi til pasienter med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Hva innebærer deltagelse i studiet?

Deltagelse i studiet innebærer at du medvirker i et intervju. Utover intervjuet vil det ikke bli innsamlet data. Under intervjuet vil det bli brukt en digital lydopptaker. Etterfølgende vil dataene bli oppbevart i form av transskripsjon av intervjuet på en PC med kodeord. PCen vil være innelåst når den ikke er i bruk slik at kun studenten som utfører dette studie har tilgang til den.

Intervjuspørsmålene vil omhandle dine opplevelser og de erfaringer du har gjort deg i ditt arbeid med pasienter med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger og den informasjon du bidrar med i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Alle opplysninger vil bli avidentifisert slik at det ikke er mulig å identifisere deltagerne i studiet i den ferdige publikasjonen. Ingen andre enn studenten som utfører dette studie, og dennes veileder, vil ha tilgang til personopplysninger. De underskrevne samtykkeerklæringer vil bli oppbevart adskilt fra informasjon som innhentes i forbindelse med intervjuene, så disse ikke kan kobles sammen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes d. 1. juni 2017. Identifiserbare personopplysninger slettes d. 1. juni 2017, intervjumateriale vil bli oppbevart frem til 1. juni 2018.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studiet og du kan trekke ditt samtykke tilbake, med mindre den informasjon du har bidratt med i intervjuene allerede er blitt publisert. Tilbaketrekning av samtykke kan skje uten å oppgi grunn for dette, og dette vil ikke ha konsekvenser for deg. Hvis du trekke deg vil alle dine bidrag og opplysninger om deg bli slettet.

Hvis du ønsker å delta eller har spørsmål angående studiet, kan du ta kontakt med Nynne Mark (student) på telefonnr. 936 96 473 eller mail n.mark@stud.uis.no eller Unn Elisabeth Hammervold (veileder) på telefonnr. 909 36 740 eller mail unn.hammervold@uis.no.

Studiet er meldt til Personvernombudet på Stavanger Universitetssykehus.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studiet og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltager, dato)

8.3 Bilag 3: Interviewguide

1. Indledningsvist: Hvor gammel er du? Hvilken uddannelse har du? Hvor længe har du arbejdet med denne patientgruppe?
2. Kan du fortælle om erfaringer, du har med personer, som har fået diagnosen emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse?
3. Hvilke følelsesmæssige udfordringer møder du i arbejdet med disse patienter?
4. På hvilken måde præger disse følelsesmæssige udfordringer det miljøterapeutiske arbejde med disse patienter?
5. Hvilke strategier benytter du for at mestre disse udfordringer?
6. Hvilke tanker har du i forhold til, om miljømæssige faktorer på afdelingen kan være med til at hæmme eller fremme mestring af følelsesmæssige udfordringer for det enkelte personale?
7. Afslutningsvist: Er der noget, du har lyst til at tilføje?

8.4 Bilag 4: Uddrag af analysen

Meningsenhet	Kondenseret mening	Kode	Kategori	Tema
Jeg ser for meg at den følelsen av å være alene eller for meg som personale da, følelsen av å stå i dette alene tror jeg kanskje kan være det verste. En må på en måte ha det samholdet med andre personal for å kunne stå i det, for det er, det er tøft, det er vanskelig.	Det værste er at stå alene som personale. Der må være et sammenhold med de andre miljøterapeuter for at kunne stå i arbeidet, fordi det er hårdt og svært.	Sammenhold	Kollega-støtte	Ressource-givende atmosfære
Jeg tenker jo veiledning er en viktig del og informasjon, gode behandlingsmøter. Veiledning likedan at man da får lov til å ja, eventuell frustrasjon eller ja oppgitthet at man kan ta det ut på veiledning enn å så ta det andre plasser liksom. Det tenker jeg, det er en god ting ja.	Vejledning, informasjon og gode behandlingsmøder er vigtigt. Det er en god ting at kunne snakke om eventuel frustration eller udmattethet til vejledning i stedet for at det går udover andre situationer.	Dele følelser til vejledning	Vejledning	Ressource-givende atmosfære
Være også bevisst på å bytte da, slik at det er lov å si at nå orker jeg ikke lengre å være primærkontakt på den pasienten, nå må noen andre overta. Det kan du gjøre, ikke sant. Fordi det er helt akseptabelt det altså.	Det er acceptabelt at si at man ikke orker at være primærkontakt mere og nogen andre så kan overtage.	Acceptabelt at si fra	Åbent miljø	Ressource-givende atmosfære

8.5 Bilag 5: Mail til REK

Fra: **Øyvind Straume** Oyvind.Straume@uib.no
Emne: Trenger ikke søke
Dato: 7. okt. 2016 kl. 11.18
Til: nynne_1109@hotmail.com

ØS

Hei.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. hfl § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. hfl § 4.

Basert på beskrivelsen så vil ikke dette være en studie som søker ny kunnskap om helse og sykdom, men heller ser på utøvelsen av yrket. Slike studier trenger ikke å søke REK. Jeg legger til grunn at du vil få godkjenning til gjennomføring av institusjonen (SUS).

Vennlig hilsen
Øyvind Straume
seniorkonsulent
REK vest
Tlf: 55 97 84 97
<http://helseforskning.etikkom.no>

Til rette vedkommende.

Jeg er masterstudent på UiS (master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid). I min masteroppgave har jeg lyst til at undersøke hvilke følelser, som oppstår hos miljøterapeuter i arbeidet med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og hvordan personalet kan mestre disse følelser sådan, at disse ikke får negativ innflydelse på utførelsen av miljøterapi til denne pasientgruppe. I den forbindelse har jeg lyst til at interviewe miljøterapeuter på SUS, som arbeider med denne pasientgruppe.

Af hvad jeg har læst mig frem til, er det ikke nødvendigvis å søge hos REK for å kunne gjennomføre dette studie, men jeg sender alligevel denne mail for å dobbeltjekke.

Håber, at jeg kan få svar på mine tvil.

Venlig hilsen
Nynne Mark

8.6 Bilag 6: Godkendelse fra Personvernombudet



Notat

Til:
Nynne Mark

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Klinikkjef Helle K. Schøyen
Klinikkjef Lars C. Moe

Dato: 20.12.2016
Arkivref: 111235/2016

Godkjent masterprosjekt - MA106

Masterprosjektet: «Miljøterapeuters mestring af egne følelser i arbejdet med patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse.»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA106.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.