
De zorgrelatie tussen verpleegkundige en de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis: ervaren problemen vanuit het perspectief van de verpleegkundige

Mathilde Bos (studentnummer 3249751)

Begeleiders/ beoordelaars: Dr. B. van Meijel en drs. N. Kool-Goudzwaard

Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Blok 3, Systematische literatuuronderzoek

Referentiestijl conform richtlijnen van het tijdschrift 'Verpleegkunde'

Aantal woorden: 3662 (exclusief samenvatting, abstract en referenties)

18 april 2008

Samenvatting

Doel: Het doel van deze literatuurstudie is om inzicht te verschaffen in de problemen die verpleegkundigen ervaren in de zorg voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Methode: De databases Medline, Cinahl en PsycInfo werden doorzocht op relevante literatuurbronnen tussen 1990-2008. Tweeëntwintig artikelen werden geselecteerd.

Resultaten: Verpleegkundigen ervaren aanzienlijke problemen in de zorg voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Tekort aan kennis en vaardigheden om deze patiënten goed te begeleiden, overtuigingen en gevoelens die als negatief ervaren worden, alsmede problemen in de hulpverleningsrelatie en binnen het team en dilemma's in de zorgverlening worden beschreven.

Conclusie: De problemen die verpleegkundigen ervaren in de zorgrelatie met de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn aanzienlijk en divers. Verpleegkundigen ervaren een tekort in kennis en vaardigheden bij de begeleiding van deze patiënten. Eigen cognities en gevoelens ten aanzien van de patiënten worden als negatief ervaren en er zijn problemen in de zorgrelatie met de patiënt en binnen het verpleegkundige team. Er zijn tevens aanwijzingen dat de zorg voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis verpleegkundigen voor moeilijk hanteerbare dilemma's stelt.

Trefwoorden: *borderlinepatiënt, verpleegkundige, GGZ, burnout, tegenoverdracht.*

Inleiding

De prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis in de totale populatie binnen de westerse wereld wordt geschat op 1-2%. Van de klinisch opgenomen patiënten zou het percentage tussen de 8%-20% liggen. Uiteindelijk sterft 7-21% van deze patiënten door suïcide hetgeen een indicatie is voor de ernst van de problematiek van de patiënt (O'Brien, 1998; Van den Bosch, 2005; James & Cowman, 2007; Forsyth, 2007; Deans & Meocevic, 2006; Cleary et al, 2002). De hoge prevalentie impliceert dat vrijwel elke verpleegkundige in de GGZ in aanraking komt met deze patiëntencategorie en er zorg aan verleent.

De borderline persoonlijkheidsstoornis is gedefinieerd als een patroon van instabiele interpersoonlijke relaties, een negatief gekleurd zelfbeeld en een affect dat wordt gekenmerkt door impulsiviteit (American Psychiatric Association, 1994). Kenmerkende klinische symptomen van de stoornis zijn emotionele onregelmatigheid, impulsieve agressiviteit, herhaaldelijke zelfverwonding en chronische suïcidale tendensen (Van den Bosch, 2005). Verder hebben deze patiënten de neiging anderen afwisselend te idealiseren en af te wijzen. Promiscue gedrag komt

frequent voor, evenals verwarring met betrekking tot eigen identiteit en een verdraaide perceptie van de werkelijkheid (Bland & Rossen, 2005).

Een grote meerderheid (80-84%) van de verpleegkundigen ervaart de zorg voor de borderlinepatiënt als moeilijker dan de zorg voor andere psychiatrische patiënten (Cleary et al., 2002; James & Cowman, 2007). Slechts ongeveer de helft van de verpleegkundigen acht zichzelf voldoende in staat om de zorg voor deze groep patiënten adequaat uit te voeren (Cleary et al., 2002; Deans & Meocevic, 2006). Veel verpleegkundigen voelen zich door het complexe gedrag van de borderlinepatiënt gemanipuleerd. Dit roept boosheid en frustratie op, evenals het gevoel te falen (Bland & Rossen, 2005). Verpleegkundigen rapporteren dus problemen in de zorg voor de borderlinepatiënt. Het is echter niet helder welke problemen dat precies zijn en wat de omvang hiervan is.

Het doel van dit literatuuronderzoek is om inzicht te verschaffen in de aard en de omvang van deze problemen. De centrale vraag in dit artikel is:

Welke problemen ervaren verpleegkundigen in de zorg voor de borderlinepatiënt?

Methode

Voor dit literatuuronderzoek zijn de databases CINAHL, MEDLINE en PsycInfo geraadpleegd. In CINAHL is gezocht op met de zoekterm 'borderline personality disorder'. Van de 530 hits werden de titels doorgenomen en – wanneer relevant voor het beantwoorden van de vraagstelling - de abstracts. Dit voor een algeheel overzicht van publicaties over de borderline persoonlijkheidsstoornis.

In de databases CINAHL, MEDLINE is vervolgens gezocht met de zoektermen 'borderline personality disorder' met (Boleaanse "and") 'nurs*'. Dit leverde 99 referenties op. PsycInfo leverde met deze zoekstrategie geen nieuwe artikelen meer op.

De zoekstrategie werd verbreed met 'counter transference' gecombineerd met 'borderline personality disorder' in MEDLINE, dit gaf 113 referenties. 'Attitude' gecombineerd met 'borderline personality disorder' gaf 102 referenties. Er is gebruik gemaakt van kruisverwijzingen.

Geïnccludeerd werden artikelen die betrekking hadden op de verpleegkundige in relatie met de borderlinepatiënt binnen de setting van de GGZ, zowel klinisch als ambulant. Dit werd uitgebreid met hulpverleners die in een vergelijkbare functie werkten. Geëxcludeerd werden artikelen van voor 1990.

Op basis van deze zoekstrategie zijn 33 artikelen geselecteerd en beoordeeld. De artikelen met een kwantitatief design werden beoordeeld aan de hand van de beoordelingscriteria van Van der Bijl (2006). De onderzoeken met een kwalitatief design werden beoordeeld aan de hand van

de criteria van Halloway and Wheeler (2006). Na beoordeling van inhoud en methodologische kwaliteit vielen 11 artikelen af. Uiteindelijk werden 22 artikelen geïnccludeerd. Elf hadden een kwantitatief design, twee een kwalitatief en één een gemengd design. De overige acht artikelen zijn reviews en opiniërende artikelen.

Resultaten

Op basis van de bevindingen is de volgende indeling gemaakt: 'Tekorten in kennis en vaardigheden', 'Overtuigingen en gevoelens van verpleegkundigen', 'Problemen in de hulpverleningsrelatie', 'Problemen in het team' en 'Dilemma's in de hulpverlening'.

Tekorten in kennis en vaardigheden

Verpleegkundigen blijken kennis en vaardigheden te missen ten aanzien van de borderline persoonlijkheidsstoornis en van de begeleiding van deze patiënten. In een uitgebreid beschrijvend onderzoek (N=231) onder hulpverleners die frequent tot zeer frequent borderlinepatiënten begeleidden (voornamelijk psychiatrisch verpleegkundigen) bleek dat eenderde zichzelf niet in staat achtte om borderlinepatiënten goed te begeleiden (Cleary et al., 2002). In een vergelijkbaar – kleiner opgezet - onderzoek onder psychiatrisch verpleegkundigen (N=65) bleek dit percentage ruim 50% te bedragen (Deans & Meocevic, 2006).

Cleary et al. (2002) legden de hulpverleners zeven kennisvragen voor met als doel de parate kennis te toetsen. Eenderde van de respondenten dacht (ten onrechte) dat de borderlinepatiënt nooit opgenomen zou moeten worden. Eenderde dacht (ook ten onrechte) dat antidepressiva niet kunnen helpen. Nog niet de helft van de respondenten was ervan op de hoogte dat een aanzienlijk deel van de patiënten een zekere mate van stabiliteit bereikt na hun veertigste. Tevens vond bijna eenderde van de hulpverleners dat borderlinepatiënten niet ziek zijn. James en Cowman (2007) gebruikten bovengenoemde kennistoets met enige aanpassingen (drie vragen werden toegevoegd). Verpleegkundigen beantwoordden tien vragen over de borderline persoonlijkheidsstoornis waarvan er gemiddeld 5,8 correct beantwoord werden. Verder rapporteerde slechts eenderde van de respondenten in dit onderzoek dat zij instaat waren de patiënt adequaat te verwijzen. In zijn algemeenheid beoordeelde 81% van de respondenten de zorg voor de borderlinepatiënt als inadequaar.

Van de respondenten in het eerstgenoemde onderzoek (Cleary et al., 2002) meldde 95% scholing te wensen betreffende de borderline persoonlijkheidsstoornis en de begeleiding van deze patiënten. Tweederde had na de basisopleiding geen enkele scholing meer hierover gehad.

In een longitudinaal onderzoek met gemengd kwalitatief en kwantitatief design ontvingen de deelnemende hulpverleners een training in de toepassing van een bewezen effectieve therapie bij borderlinepatiënten. De hulpverleners toonden in de interviews enthousiasme over de

toename van eigen deskundigheid na het volgen van de training. Ze uitten zich tevens positief met betrekking tot de vooruitgang van hun patiënten. Het stressniveau van de hulpverleners was echter niet afgenomen door deze toegenomen deskundigheid (Perseus et al., 2007).

Overtuigingen en gevoelens van verpleegkundigen

Het feit dat de zorg voor de borderlinepatiënt als moeilijk wordt ervaren blijkt niet alleen samen te hangen met een tekort aan kennis en vaardigheden. Overtuigingen en gevoelens van verpleegkundigen ten aanzien van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis spelen hierbij ook een rol.

Overtuigingen werden getoetst door Markham en Trower (2003). Aan vijftig verpleegkundigen werden drie cases voorgelegd waarin identiek probleemgedrag voorkwam. Dit gedrag werd gekoppeld aan verschillende diagnoses (borderline, schizofrenie en depressie). Er bleek significant minder sympathie en meer boosheid te zijn naar de borderlinepatiënt dan naar patiënten met andere diagnoses. Er werden in dit onderzoek ook meer negatieve ervaringen gerapporteerd met de borderlinepatiënten dan met andere patiënten. Respondenten schreven de borderlinepatiënt tevens meer controle toe over het eigen gedrag dan de andere patiëntengroepen uit de aangeboden casuïstiek.

De overtuiging dat bordelinepatiënten meer controle over het eigen (probleem)gedrag zouden hebben dan andere patiënten werd ook gevonden door Forsyth (2007). In een vergelijkbare onderzoeksopzet werd verschil in gevoelens van hulpverleners ten aanzien van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en patiënten met een depressie onderzocht. Beide groepen patiënten onttrokken zich in de voorgelegde cases aan een behandelaafspraak. Er was significant minder begrip en hulpvaardigheid naar de bordelinepatiënt dan naar patiënten met een depressie. Een beperking van dit onderzoek was de kleine steekproef (N=26).

In een opiniërend artikel stelden Aviram et al. (2006) op basis van de door hen bestudeerde literatuur dat hulpverleners in de GGZ borderlinepatiënten stigmatiseren. Met stigmatisering werd bedoeld dat negatieve eigenschappen worden toegeschreven aan individuen behorende tot een bepaalde groep. Dit zou met name bij borderlinepatiënten spelen ten gevolge van het feit dat het probleemgedrag zich veelal uit binnen interpersoonlijke relaties, onder meer binnen de hulpverleningsrelatie. Beschreven werd dat hulpverleners probleemgedrag onder invloed van het stigma ervaren als grensoverschrijdend en manipulatief en minder als uiting van de stoornis. Een gevolg hiervan zou zijn dat de hulpverlener gevoelsmatig afstand neemt en een zichzelf een afstandelijke, afwijzende houding aanmeet.

In een beschrijvend onderzoek (N=65) meldde 89% van de psychiatrisch verpleegkundigen bordelinepatiënten 'manipulatief' te vinden, de helft van deze verpleegkundigen voelde zich

emotioneel gechanteerd door deze patiënten. Eenderde voelde boosheid naar de borderlinepatiënt (Deans & Meocevic, 2006).

Bowers (2002, in Bowers 2003a) vond in zijn onderzoek dat psychiatrisch verpleegkundigen 'manipulatief gedrag' zeer frequent rapporteerden in relatie tot patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (niet alleen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis). Manipulatief gedrag zou zich onder meer kenmerken door het nastreven van eigen doelen zonder rekening te houden met de behoeften van anderen. In een opiniërend artikel met betrekking tot de achtergronden van dit gedrag (Bowers 2003b) stelt de auteur dat gedrag dat door veel hulpverleners als manipulatief wordt ervaren, bij sommige mensen met een persoonlijkheidsstoornis frequent voorkomt omdat het een onderdeel van de stoornis zou zijn. De hulpverlener kan hierdoor cynisch worden. Uit eerder onderzoek (Bowers 2002 in Bowers 2003a) bleek dat een deel van de verpleegkundigen die met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen werkten overal manipulatieve intenties ging zien, ook in hun privé-leven. Dit werd beschreven als een vergiftigend effect waarbij de verpleegkundigen het vertrouwen in mensen (privé en op het werk) waren kwijtgeraakt.

De aspecten die gevoelens van verpleegkundigen ten aanzien van patiënten bepaalden werden in kaart gebracht door Holmqvist en Armelius (2006). Onder 294 verpleegkundigen op 21 verschillende psychiatrische units –met verschillende populaties- werd gemeten welke factoren gevoelens van hulpvaardigheid, ontspanning, nabijheid, afwijzing, acceptatie en controle beïnvloedden. De factoren waren: persoonlijke gevoelshuishouding van de verpleegkundige, het gedrag van de patiënt en de interactie met de patiënt. Dit werd middels gevalideerde vragenlijsten ('feeling checklist', Holmqvist & Armelius, 2000) gemeten in een longitudinaal onderzoek. De persoonlijke gevoelshuishouding van de individuele hulpverlener bepaalde de uitkomst het meest. Op de afdelingen waar – weliswaar in een gemengde populatie- ook patiënten met een persoonlijkheidsstoornis verbleven was de interactie tussen verpleegkundigen en patiënt ook van invloed op de gevoelens van verpleegkundigen. Op afdelingen zonder patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bleek dit niet het geval.

Bowers et al. (2005) onderzochten de houding van begeleiders ten opzichte van persoonlijkheidsstoornissen in een forensische kliniek voor delinquenten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Het onderzoek was longitudinaal van opzet en er werd gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst (Attitude to Personality Disorder Questionnaire). Een positieve houding bleek te correleren met een lager stressniveau, lagere burnout, meer algemeen welbevinden en een betere 'job-performance'. De houding van individuele begeleiders bleek in de loop van de tijd te veranderen. In een kwalitatief onderzoek onder dezelfde populatie werd de begeleiders gevraagd welke aspecten of gebeurtenissen hun houding ten opzichte van

patiënten hadden beïnvloed. Er werden 96 semi-gestructureerde interviews afgenomen onder 66 begeleiders. Hierin benoemden de begeleiders de gebeurtenissen die van invloed waren geweest op hun houding. De tapes werden door twee onderzoekers simultaan afgeluisterd en gebeurtenissen werden gecodeerd (positief/neutral/negatief). Kennis over persoonlijkheidsstoornissen en het kennen van de achtergrond van de individuele patiënt bleken een positief effect te hebben op de houding van de hulpverleners ten opzichte van persoonlijkheidsstoornissen. Het niet kunnen starten met de behandeling zoals was gepland, had de meest negatieve invloed op de houding van de hulpverleners, gevolgd door het gedrag van de patiënten dat door de begeleiders als manipulatief werd ervaren (Bowers et al, 2005b).

Problemen in de hulpverleningsrelatie

Overtuigingen en gevoelens van verpleegkundigen ten aanzien van de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis bleken problematisch, evenals het tekort aan kennis en vaardigheden ten aanzien van deze persoonlijkheidsstoornis en de behandeling ervan. De verpleegkundige blijken echter ook aanzienlijke problemen in de hulpverleningsrelatie zelf te ervaren.

Fraser en Gallop (1993) onderzochten of het gedrag van de verpleegkundige tijdens groepsmomenten in een psychiatrische kliniek 'bevestigend' (empathisch) of 'niet-bevestigend' (niet-empathisch) was. Onderzocht werden interacties tussen verpleegkundigen en patiënten binnen twintig verschillende groepen (17 verpleegkundigen en 164 patiënten), er werd een gevalideerd observatie-instrument gebruikt. Observatoren kenden de diagnoses van de patiënten niet, in elke groep was minstens één borderlinepatiënt aanwezig. De verpleegkundigen toonden significant minder bevestiging en empathie naar de borderlinepatiënten dan naar patiënten met stemmingstoornissen of 'andere diagnoses', ongeacht het gedrag op dat moment. Er waren tevens meer uitingen van onverschilligheid en ontoegankelijkheid naar borderlinepatiënten dan naar andere patiënten.

Verpleegkundigen voelden zich mogelijk aangevallen door de geuite emoties van de borderlinepatiënt suggereren de onderzoekers. Een andere verklaring voor het gedrag was, dat verpleegkundigen niet in staat zouden zijn het individuele verhaal van de patiënt te horen zonder erdoor 'overspoeld' te raken.

Wanneer de patiënt op geen enkel moment wordt gezien als oprecht in zijn intenties en handelen, is de behandeling een doodlopende weg stelt Bowers (2003a) in een opiniërend artikel. Want niets van wat de patiënt doet, zal in dat geval als vooruitgang worden geïnterpreteerd. Deze opinie komt overeen met de positieve samenhang die werd gevonden in het onderzoek van Holmqvist en Armelius (2006) tussen behandeluitkomsten en verpleegkundigen die gevoelsmatig openstonden voor verandering in gedrag van de individuele

patiënt. In dit onderzoek werd onder meer de samenhang onderzocht tussen gevoelens die verpleegkundigen hadden ten aanzien van individuele patiënt en de behandeluitkomsten. Het bleek dat starre gevoelspatronen van verpleegkundigen ten aanzien van de individuele patiënt een negatieve invloed hadden op het behandelresultaat. Er werd door de onderzoekers aangenomen dat starre gevoelspatronen van de verpleegkundige samenhangen met starre gedragspatronen ten aanzien van de patiënt

In een kwalitatief onderzoek (Langley & Klopper, 2005) werden hulpverleners en borderlinepatiënten de vraag gesteld wat noodzakelijk/helpend was in de hulpverleningsrelatie. Na het interviewen van zes patiënten en tien hulpverleners trad verzadiging op in de gegevensverzameling. Hulpverleners en borderlinepatiënten bleken dezelfde aspecten binnen de therapeutische relatie belangrijk vinden, namelijk vertrouwen, aandacht, toegankelijkheid, eerlijkheid, erkenning van het individu, duurzaamheid en hoop. De patiënten onderkennen echter dat zij zelf vaak –vanwege de aard van de stoornis en het veelal traumatische verleden - niet in staat waren om deze aspecten binnen de relatie te bewaken. Onderzoekers concludeerden dat een groot incasseringsvermogen vereist is om de gewenste samenwerkingsrelatie op te bouwen.

Op basis van literatuuronderzoek naar de verpleegkundige zorg voor de borderlinepatiënt in een klinische setting stelt O'Brien (1998) dat verpleegkundigen door de aard van hun werk in een moeilijke positie verkeren. De minst ervaren verpleegkundigen zouden het meest blootgesteld worden aan het moeilijke gedrag van de patiënt. Onervarenheid zou gebrek aan empathie en professionele competentie veroorzaken. Deze visie komt overeen met de bevindingen van Jenkins en Elliot (2004). Zij deden onderzoek op elf acute opnameafdelingen naar verschil in stress (gemeten met Mental Health Professional Stress Scale) en burnout (gemeten met de Maslach Burnout Inventory Scale) onder gekwalificeerde en ongekwalificeerde verpleegkundigen. De laatste groep vond het patiëntencontact dat werd gekenmerkt door agressie en probleemgedrag, het meest stressvolle aspect binnen het werk. Bij gekwalificeerde verpleegkundigen bleek dat niet het geval te zijn.

Problemen in het team

Vanuit het perspectief van de individuele verpleegkundige zijn een aantal probleemgebieden beschreven. Binnen het verpleegkundig team worden echter ook problemen ervaren rond de zorg voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

James en Cowman (2007) deden onderzoek onder verpleegkundigen (N=65). De meesten van hen hadden regelmatig contact met borderlinepatiënten. Vier van de vijf verpleegkundigen rapporteerde onenigheid in het team over de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Bland (2007) verklaart dit naar aanleiding van literatuuronderzoek met

de uitleg dat verpleegkundigen door de patiënt ingedeeld zouden worden in 'goede' en 'slechte' verpleegkundigen. Het team zal ervoor moeten waken dat dit 'splittend' gedrag het team niet uit elkaar drijft. Bowers (2003b) beschrijft in een opiniërend artikel dat het 'splitten' meestal verloopt langs de lijnen waar al onenigheid in het team was. Bijvoorbeeld tussen de verpleegkundigen die de patiënt 'speciaal' vinden en extra zorg willen geven en verpleegkundigen die de patiënt zien als een 'probleempatiënt' of 'een waste of time'.

Eenduidigheid binnen en steun vanuit het team lijken noodzakelijk voor welzijn en functioneren van de individuele verpleegkundige. Jenkins en Elliot (2004) onderzochten burnout (Maslach Burnout Inventory) en stress (Mental Health Professional Health Scale) in relatie met sociale steun (House en Wells Social Support Scale) waaronder 'teamsupport' onder verpleegkundigen (N=93) op acute opnameafdelingen. 'Teamsupport' correleerde zoals verwacht negatief met 'emotionele uitputting' (aspect van burnout). Er was echter een onverwacht positieve correlatie tussen 'teamsupport' en 'depersonalisatie' (ook een aspect van burnout). Er werd door de onderzoekers verondersteld dat steun vanuit het team ook belastend kan zijn door negatieve versterking van elkaar.

Dilemma's in de hulpverlening

In de literatuur werd bij herhaling melding gemaakt van dilemma's in de zorg voor borderlinepatiënten, het (afwenden van) gevaar voor suïcide was hierbij in het geding. Er werd slechts één onderzoek gevonden waarin genoemde dilemma's centraal stonden. Krawitz en Batcheler (2006) onderzochten in een pilot-onderzoek het voorkomen van 'defensieve' keuzes in de zorgverlening. Alle hulpverleners binnen twee multidisciplinaire teams (waarvan 50% verpleegkundigen) vulden vragenlijsten in. 85% Van de respondenten meldde 'soms' tot 'zeer vaak' keuzes te maken die niet goed waren voor de borderlinepatiënt. Deze keuzes werden gemaakt om juridische procedures te voorkomen. De wél gekozen interventies waren erop gericht om op korte termijn (suïcide)risico af te wenden door bijvoorbeeld een opname te indiceren. Respondenten maakten deze 'defensieve' keuzes onder invloed van de media, managers, omstanders, overheid, naasten van de patiënt en politiek. Een bevinding die aansluit bij dit onderzoek is, dat bijna de helft van de verpleegkundigen in een Australisch onderzoek juridische consequenties verwachtte bij suïcide van de borderlinepatiënt (Deans & Meocevic, 2006).

O'Brien (1998) stelt in een opiniërend artikel, dat door een 'opname voor de veiligheid' de afhankelijkheid van de patiënt wordt bevestigd en probleemgedrag mogelijk wordt uitgelokt. Bland en Rossen (2005) beschrijven in een opiniërend artikel dat verpleegkundigen die (dreigend) zelfdestructief gedrag per se willen voorkomen in een machtsstrijd met de patiënt terecht kunnen komen. Dit kan leiden tot straffen met separatie, medicatie en andere

dwangmiddelen. Aviram et al. (2006) voegen hieraan toe dat het gebrek aan controle over het suïcidale gedrag van de patiënt het zelfvertrouwen van de hulpverlener aantast en dat richtlijnen ten aanzien van risicotaxatie kunnen helpen de controle terug te krijgen. Krawitz en Batcheler (2006) stellen dat richtlijnen voor risicomangement niet effectief zullen zijn wanneer hulpverleners gebrek aan steun ervaren voor risicovolle keuzes, ook als die keuzes beter zijn voor de patiënt. O'Brien (1998) beschrijft dat het voor verpleegkundigen onwerkbaar is wanneer de norm in een team is, dat volledige veiligheid gegarandeerd moet worden. Realistische doelen met betrekking tot risicomangement en een hecht en ondersteunend team zijn van belang stelt de auteur.

Conclusie

Het overgrote deel van de verpleegkundigen ervaart problemen in de zorg voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Verpleegkundigen blijken een tekort te hebben aan kennis en vaardigheden om deze patiëntengroep optimaal te begeleiden. Verder kampen verpleegkundigen met overtuigingen en gevoelens die als negatief ervaren worden en ontstaan er veelvuldig problemen in de hulpverleningsrelatie met de patiënt en binnen het team. Tot slot werden aanwijzingen gevonden dat hulpverleners –onder ervaren druk van buitenaf - niet altijd de keuzes maken die het beste zijn voor de patiënt.

Discussie

De setting waarbinnen de onderzoeken plaatsvonden was zowel klinisch als ambulante. Sommige onderzoeken betroffen uitsluitend verpleegkundigen, andere betroffen het hele multidisciplinaire team. Er werden veel verschillende aspecten gemeten met evenzoveel verschillende meetinstrumenten. Dit alles maakt dat de bevindingen niet zonder meer vergelijkbaar zijn. Toch was het opvallend dat veel bevindingen in dezelfde richting wezen. Dat is een indicatie voor een redelijke generaliseerbaarheid van de resultaten.

Discussie resultaten

Effectieve behandelprogramma's voor borderlinepatiënten zijn inmiddels voor handen maar verpleegkundigen missen hieromtrent kennis en vaardigheden. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat de behandelprogramma's zich meer richten op andere dan de verpleegkundige discipline. Een andere verklaring hiervoor is, dat verpleegkundigen zich weinig proactief opstellen als het gaat om bijscholing

Het overgrote deel van de verpleegkundigen ervaart de borderlinepatiënt als de meest moeilijke patiënt onder meer vanwege het gedrag dat als manipulatief ervaren wordt. Wat een rol zou kunnen spelen bij deze negatieve duiding van probleemgedrag, is het feit dat de borderlinepatiënt over het algemeen geen 'ideaal patiëntgedrag' laat zien. Hulpverleners

ervaren het als positief wanneer een patiënt vriendelijk is, motivatie en dankbaarheid toont, zich laat helpen, de deskundigheid van de hulpverlener bevestigt en ook nog beter wordt (Koekkoek et al., 2006). Dat is niet het profiel waaraan de 'gemiddelde' borderlinepatiënt voldoet. Er lijkt een brede deskundigheid nodig om patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis adequaat te begeleiden. Het oplossen van het tekort aan kennis en vaardigheden lijkt onvoldoende om alle ervaren problemen het hoofd te bieden.

Er waren twee onderzoeken (Bowers et al., 2005 en Holmqvist & Armelius, 2006) waarin naar voren kwam dat een positieve houding cq behandeluitkomst correleerde met minder interacties met de patiënt. Mogelijk werkt het beter voor patiënt en hulpverlener om patiënten niet teveel 'op de huid' te zitten. Dit zou met name voor verpleegkundigen kunnen gelden omdat zij urenlang aanwezig zijn in het dagelijks milieu van de patiënt.

In verschillende opiniërende en overzichtsartikelen werd uitgelegd hoe het komt dat er onenigheid in teams ontstaat over de borderlinepatiënt ('splitting'). Opmerkelijk was echter dat er in het kader van dit literatuuronderzoek geen empirische onderzoeksgegevens werden gevonden over dit onderwerp.

Het thema 'dilemma's in de hulpverlening' is nog onvoldoende onderzocht. In verschillende artikelen werd dit aspect zijdelings naar voren gebracht, maar in slechts één pilot-onderzoek stond het centraal.

Verder dient opgemerkt te worden dat de resultaten van vrijwel alle onderzoeken – op twee na – gebaseerd waren op zelfrapportage. Dit betekent dat de resultaten met name iets zeggen over wat verpleegkundigen denken en (zeggen te) voelen. De resultaten zeggen minder over wat verpleegkundigen daadwerkelijk doen.

Aanbevelingen

Scholing voor verpleegkundigen over zowel de borderline persoonlijkheidsstoornis als met betrekking tot begeleiding, behandeling en verwijzing van patiënten is noodzakelijk. Evenals het leren omgaan met eigen gevoelens, overtuigingen en dilemma's. Een teamgerichte aanpak is wenselijk om problemen die in een team zouden ontstaan - rond de zorg voor de borderlinepatiënt - te leren hanteren. Er zou een breed spectrum aan didactische werkvormen ingezet moeten worden om gewenste doelen te bereiken. Van kennisoverdracht tot (team)supervisie. Zowel in cursusvorm als 'on the job', eenmalig (als basis) en structureel (om 'up to date' te blijven en kennis en vaardigheden op te frissen). Deze scholing kan niet vrijblijvend worden aangeboden, daarvoor zijn de problemen die verpleegkundigen individueel en binnen het team moeten leren hanteren te groot.

Het effect van een geïmplementeerd scholingsaanbod op de problemen die de verpleegkundigen ervaren behoeft nader onderzoek. Nader onderzoek is ook nodig om inzicht te krijgen in de processen binnen een team en naar het voorkomen van dilemma's en het maken van keuzes in de hulpverlening, die niet goed zijn voor de borderlinepatiënt.

Abstract

AIM: The aim of this literature review is to provide an overview of the problems nurses encounter when caring for borderline patients.

METHOD: Searches were conducted on the MEDLINE, CINAHL and PsycInfo databases for articles published between 1990-2008. A total of 22 articles were found, which focused on problems in nursing care for patients with the borderline personality disorder.

FINDINGS: Nurses experience serious problems when caring for borderline patients. Problem areas are a shortage of nursing knowledge and skills, negative counter transference, avoidance behaviour by nursing staff towards borderline patients and a lack of team support.

CONCLUSION: Nurses experience major problems in different areas when caring for borderline patients. These problems threaten the well-being of the nurse as well as the quality of care.

Keywords: borderline personality disorder, nursing attitude, psychiatry, burnout, counter transference

References

- APA (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry, 14*(5), 249-256.
- Bijl, J. van der. Beoordelingscriteria onderzoeksartikel. *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. Discipline groep Verplegingswetenschap UMC Utrecht: Utrecht/ Zutphen; 2006.
- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(5), 507-517.
- Bland, A. R., Tudor, G., & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(4), 204-212.
- Bosch, W. van den. (2005). De borderline persoonlijkheidsstoornis: emotie, cognities en preoccupaties. *Directieve Therapie, , 151-164*.
- Bowers, L. (2003a). Manipulation: description, identification and ambiguity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(3), 323-328.
- Bowers, L. (2003b). Manipulation: searching for an understanding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(3), 329-334.
- Bowers, L., Carr-Walker, P., Allan, T., Callaghan, P., Nijman, H., & Paton, J. (2006). Attitude to personality disorder among prison officers working in a dangerous and severe personality disorder unit. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*(5), 333-342.
- Bowers, L., Carr-Walker, P., Paton, J., Nijman, H., Callaghan, P., Allan, T., et al. (2005). Changes in attitudes to personality disorder on a DSPD unit. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH, 15*(3), 171-183.

-
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1), 43-49.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nurse Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(6), 529-537.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 33-40.
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2006) *Qualitative research in nursing*, 2nd edn. Malden, Blackwell Publishing.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy*, 79(Pt 4), 571-584.
- James, PD., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), p670-9p.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(6), 795-802.
- Krawitz, R., & Batcheler, M. (2006). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 14(3), 320-322.

Langley, GC., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), p23-10p.

Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 42(Pt 3), 243-256.

O'Brien, L. (1998). Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7(4), 172-183.

Perseius, Kl., Kaver, A., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 635-643.