

**MÖTET MED PATIENTER MED MISSBRUK OCH
SUBSTANSBEROENDE**

En intervjustudie

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2018-04-03
Kurs: 49
Författare: Azmina Bennström
Författare: Malin Nilsson

Handledare: Camilla Tomaszewski
Examinator: Catharina Ahlin

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Personer med missbruk och substansberoende ses ofta som farliga snarare än som en person med en sjukdom. Detta tros bero på en generell stigmatisering i samhället, som ofta grundar sig i okunskap. Trots att personer med missbruk och substansberoende ses inom all hälso- och sjukvård förekommer även negativa attityder och fördomar hos sjuksköterskor. Detta kan resultera i att patienterna misstror den vård som erbjuds och rädslan för “att stämplas som missbrukare” kan medföra att de inte söker vård. De negativa attityder och fördomar som kan förekomma hos sjuksköterskor kan relateras till otillräcklig utbildning i den omvårdnad som krävs vid missbruk och substansberoende, vården blir därmed otillräcklig.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården.

Metod

En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie valdes. Sex legitimerade sjuksköterskor, yrkesverksamma inom beroendevården i Stockholmsområdet, deltog i studien. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys utifrån en manifest ansats.

Resultat

Sjuksköterskor inom beroendevården besitter kunskap om sjukdomsbilden och har utvecklat en förståelse för patientens sårbarhet. Sjuksköterskorna i studien upplevde att mötet med patienter med missbruk och substansberoende präglas av emotioner. Samtidigt spelar arbetsmiljön in i hur bemötandet, likväl som mötet, utformas och på så sätt påverkas upplevelsen. Samhällets normer och värderingar upplevdes bidra till att patienternas värdighet negligeras utanför beroendevården, vilket skapar frustration och sorg hos sjuksköterskorna.

Slutsats

Det råder en generell kunskapsbrist kring patienter med missbruk och substansberoende utanför beroendevården. För att vården ska upplevas som tillräcklig och god behövs därmed ökade kunskaper inom området.

Nyckelord: Bemötande, Kunskap, Missbruk, Mötet, Substansberoende

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Missbruk och substansberoende – ett ökande samhällsproblem.....	1
Beroendevården.....	3
Sjuksköterskans profession.....	3
Lidande.....	4
Mötet.....	4
Omvårdnad vid missbruk och substansberoende.....	5
Attityder, fördomar och stigmatisering – på samhälls- och individnivå.....	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	7
METOD	7
Val av Metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Databearbetning.....	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	12
Emotioner.....	12
Arbetsmiljö.....	13
Kompetens och erfarenhet.....	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	20
Slutsats.....	22
REFERENSER	23

BILAGA A-D

INLEDNING

I Sverige beräknas det att drygt 400 000 personer lever med ett missbruk, varav cirka 330 000 är alkoholberoende, 80 000 är narkotikaberoende och 65 000 är läkemedelsberoende samt tros det dessutom finnas ett omfattande mörkertal (SOU 2011:35). Statistik visar även att allt färre på egen hand söker sig till beroendevården för sitt missbruk (Socialstyrelsen, 2017a) vilket kan ge en indikation på att situationen förändras åt det sämre (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], 2017). Sjuksköterskor får inte tillräcklig utbildning i den omvårdnad och det bemötande som krävs vid missbruk eller substansberoende (SOU, 2011:35; Wiklund Gustin, 2014) och därför kan negativa attityder och fördomar förekomma (Wiklund Gustin, 2014). Samtidigt behöver sjuksköterskor som möter patienter som lever med ett missbruk eller beroende, vara fördomsfria och besitta egenskaper som tolerans och tålamod (Clancy, Oyefeso & Ghodse, 2007). Med detta som utgångspunkt kommer denna studie att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende.

BAKGRUND

Missbruk och substansberoende – ett ökande samhällsproblem

Alkohol och narkotikaklassade preparat som cannabis, kokain och heroin samt andra preparat som verkar hallucinogent, sedativt eller stimulerande räknas som olika sorters substanser (American Psychiatric Association [APA], 2013). När hjärnan utsätts för substanserna sker plastiska förändringar i den synaptiska överföringen och fortsatt användning leder till förändringar i hjärnans belöningssystem. Detta resulterar i att belöningssystemet till slut inte längre svarar på stimuli som i normala fall ger njutning (Lewis, 2017). Substanser som på olika sätt påverkar det centrala nervsystemet klassas som narkotika och bruket av dessa kan ge stimulering eller dämpning av det centrala nervsystemet, men även förändrad sinnesupplevelse. Till begreppet narkotika hör även läkemedel som är illegala, om de brukas i ett icke-medicinskt samband. Narkotikaklassade substanser benämns i det svenska talspråket för droger (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Precis som narkotika påverkar alkohol det centrala nervsystemet men exakt hur alkohol verkar i kroppen är inte helt klarlagt. Till skillnad från narkotika har alkohol inte någon specifik receptor att binda till och påverkar därmed kroppens alla organ. Vissa receptorers normala aktivitet och funktion kan motverkas eller ökas vid intag av alkohol. Individer påverkas av alkohol på olika sätt och effekter så som stimulering, trötthet, aggressivitet eller en känsla av lugn och glädje kan uppstå. I likhet med andra substanser, som kan framkalla ett beroende, påverkas frisättningen av dopamin i hjärnan vid intag av alkohol (Söderpalm, 2015). Alkoholkonsumtionen påverkar antalet dödsfall samt ett lands sjukdomsburda, där skillnader kan ses mellan länders ekonomiska situation (Parry, Patra & Rehm, 2011) och personer med lägre socioekonomisk status löper högre risk att hamna i ett alkoholmissbruk (Sydén, Sidorchuk, Mäkelä & Landberg, 2017). Främst påverkar alkohol icke-smittsamma sjukdomar och trots att det oftast förknippas med skadliga konsekvenser (Parry et al., 2011) kan även positiva samband med en del sjukdomar ses. Studier visar exempelvis att ett måttligt intag av alkohol kan ha en positiv effekt på kardiovaskulära sjukdomar och att incidensen av Diabetes mellitus typ II minskar (Peters, Peters, Warner, Becket & Bulpitt, 2008; Rehm et al., 2017). Dessutom visar en studie av Anstey, Mack & Cherbuin (2009) att risken att insjukna i demenssjukdom blir lägre om en person börjar att dricka alkohol sent i livet.

Relaterat till alkoholintaget kan konsumtionen anges med begreppet riskbruk. Riskbruk definieras utifrån den mängd alkohol som konsumeras under en veckas eller en månads tid och benämns då som hög- respektive intensivkonsumtion (Franck & Nylander, 2015). Ytterligare en nivå av riskbruk är hög intensivkonsumtion och då beräknas intaget under det senaste året (Evans-Polce, Maggs, Staff & Lanza, 2017; Patrick, 2016). Många människor kommer i kontakt med alkohol och narkotika redan under tidiga tonåren vilket kan leda till att hjärnan inte utvecklas som den ska och en högre risk att utveckla ett beroende föreligger (Munro, 2015). Det är samtidigt svårt att dra en gräns mellan begreppen riskbruk, missbruk och beroende, precis som mellan skadlig och oskadlig konsumtion. Dessa utgörs inte enbart av mängden alkohol som konsumeras utan även på individuella faktorer, såsom personens sårbarhet men också av samhällets acceptansnivå (Johnson et al., 2017). Ordet missbruk är svårdefinierat och det upplevs ha en nedsättande karaktär samt i flera fall som stigmatiserande (Franck & Nylander, 2015). Av de missbruk som förekommer står alkoholkonsumtionen för högst andel skadeverkan, på både samhälls- och individnivå. Skadeverkan omfattar kroppslig skada likväl som skada på hjärnans belöningssystem men hit räknas även skador som uppkommer i sociala sammanhang (Nutt, King & Philips, 2010) som exempelvis slagsmål och sexuellt utnyttjande (Saxon & Wirbing, 2004). Saxon och Wirbing (2004) menar att missbruk främst handlar om en persons beteende i relation till sociala samspel och åtaganden och karaktäriseras av att personen försätter sig i negativa situationer vid upprepade tillfällen. Detta trots vetenskapen om att situationen uppstår på grund av missbruket. Ett annat tydligt tecken på att personen har ett missbruk är att användning av substansen prioriteras framför andra aktiviteter (Socialstyrelsen, 2010). Världshälsoorganisationen definierar begreppet beroende med fokus på droganvändning och beskriver det som ett sjukdomstillstånd där ett drogsökande beteende och överdriven användning av en eller flera substanser är typiska tecken för sjukdomsbilden. Vid utebliven tillgång på den eller dessa substanser kan personer med detta sjukdomstillstånd uppvisa tecken på kontrollförlust och abstinens (World Health Organization [WHO], 1974). För att ställa en diagnos på en person som har ett missbruk eller substansberoende används begreppet *substansbrukssyndrom*. I begreppet omfattas användning av flera olika substanser som samtliga karaktäriseras av att de aktiverar hjärnans belöningssystem, och diagnosen baseras på att användandet av en eller flera substanser orsakat en beteendestörning hos patienten (APA, 2013). Beteendestörningen innefattar bland annat att personen känner ett starkt sug efter substansen, har uppnått en nedsatt kontroll över intaget samt utvecklat en ökad toleransnivå och därmed behöver tillföra större dos för att uppnå samma rus som tidigare (Socialstyrelsen, 2010).

Trots att vem som helst kan insjukna i ett substansberoende finns det olika faktorer som kan påverka att detta inträffar (Yuferov, Levrán, Proudnikov, Nielsen & Kreek, 2010). Exempelvis kan frekvent användning av opioida läkemedel, bland annat för smärtstillande effekt postoperativt, bidra till att antalet opioida receptorer blir färre och större dos behöver tillföras för att effekt ska uppnås. Detta innebär att en toleransutveckling snabbt kan utvecklas och risken att utveckla ett beroende föreligger (Norlén & Lindström, 2014). Om dessa patienter redan lever med exempelvis ett alkoholberoende är risken för att utveckla ett opiatberoende högre (Højsted, Nielsen, Guldstrand, Frich & Sjøgren, 2010). Ytterligare en riskfaktor är den genetiska, som innebär att personer med beroendesjukdom i familjen löper högre risk att själva insjukna i ett beroende, om de utsätter sig för beroendeframkallande substanser (Yuferov et al., 2010).

Beroenderelaterade problem och sjukdomar samt patienter med missbruk och substansberoende ses inom all hälso- och sjukvård. Individer med beroende benämns ofta som "missbrukare" av samhället, vilket är en generell stigmatisering (Wiklund Gustin, 2014). Detta har även resulterat i att dessa personer stigmatiserar sig själva (Crapanzano, Vath & Fisher, 2014) och rädslan för "att stämpas som missbrukare" kan medföra att de inte söker vård (Wiklund Gustin, 2014). Detta stöds av statistik som visar att allt färre på egen hand söker sig till beroendevården för sitt missbruk (Socialstyrelsen, 2017a) vilket kan ge en indikation på att situationen förändras åt det sämre (CAN, 2017).

Beroendevården

Missbruk och beroende benämns inte specifikt i Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] utan faller under ramen för de allmänna åtgärderna som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (SFS 2017:30 §1). Däremot finns särskilda bestämmelser i Socialtjänstlagen över hur ansvaret ska fördelas på kommunal nivå vad gäller förebyggande vid missbruk av beroendeframkallande substanser. I detta innefattas att den hjälp och vård den enskilde individen är i behov av, för att komma ur sitt missbruk, ska erbjudas (SFS, 2001:453, kap. 3, 7 §; SFS, 2001:453, kap. 5, 1 § & 9 §). Personer som lever med ett missbruk eller substansberoende är inte en homogen grupp och förekomsten av samsjuklighet med psykisk ohälsa är inte ovanlig (Socialstyrelsen, 2017b). Beroendevården arbetar tätt med bland annat socialtjänsten, primärvården och psykiatri. I lagen finns även stadgat att kommun och landsting ska ingå i ett gemensamt samarbete vad gäller vård och stöd för personer med substansmissbruk (SFS, 2017:30, kap. 16, 3 §; SFS, 2001:453, kap. 5, 9a §).

Sjuksköterskans profession

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning beskrivs det självständiga ansvaret för omvårdnad av patienter. Kompetensbeskrivningen innefattar även ansvaret för de sex kärnkompetenserna som inkluderar personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Sjuksköterskan är även ansvarig för sin yrkesutövning, vilket innebär att styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen fortlöpande ska analyseras. Sjuksköterskan ska därför kontinuerligt utveckla och fördjupa sin yrkeskompetens, med ett kritiskt reflekterande förhållningssätt, utifrån evidens (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Sjuksköterskans professionella ansvar innefattar ansvar för andra människor samt det egna handlandet. Ansvarsområdena för en kliniskt verksam sjuksköterska består av konkreta såväl som abstrakta handlingar där de konkreta kan exemplifieras med basala hygienrutiner (Sandman & Kjellström, 2013), medan de abstrakta uttrycks i svensk lagstiftning och i International Council of Nurses [ICN] (2014) etiska kod för sjuksköterskor. De anser att professionellt ansvar är att mänskliga rättigheter respekteras hos människor i behov av vård. ICN (2014, s. 3) inkluderar även att "främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande". Detta står i likhet med vad som stadgas i 1§, kap. 3, i HSL (SFS, 2017:30), nämligen att "Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet". Omvårdnaden är sjuksköterskans specifika kompetensområde och ansvaret innefattar bland annat kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra och återfå sin hälsa. Samtidigt ansvarar sjuksköterskan för att hantera hälsoproblem och sjukdom med syfte att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet (SSF, 2017).

I omvårdnaden ska patient och närstående ses och förstås som unika personer, med individuella behov, och omvårdnaden ska utföras utifrån patientens berättelse så att värdighet och integritet bevaras (SSF, 2017).

Lidande

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1994) definierar lidande som en plågende kamp mellan det goda och det onda. Wiklund Gustin (2014) beskriver kampen som att människan möjligtvis strider mot känslor av skam och förnedring. Samtidigt menar Eriksson (1994) att en medvetenhet och uppskattning till hälsan först kan ske när en person upplever lidande. Lidande beskrivs även som förenat med den mening som varje individ tillskriver sin unika situation (SSF, 2016). Eriksson (1994) beskriver att lidandet kan anta olika dimensioner, däribland ett sjukdomslidande som kan yttra sig som ett själsligt och andligt lidande men även kroppslig smärta. Dessa kan uppkomma i samband med fysiska skador men samtidigt orsakas av personens upplevelse av sin situation (Eriksson, 1994). De negativa konsekvenser som missbruk och substansberoende leder till beskrivs som ett sjukdomslidande i form av abstinensbesvär men även som rädslor för kroppsliga skador orsakade av drogen. Skuld- och skamkänslor, hopplöshet och nedstämdhet ökar bördan. Detta kan leda till en ökad konsumtion av droger och lidandet kan därmed utarma individen kroppsligt, själsligt, andligt och socialt samt väcka dödslängtan (Wiklund Gustin, 2014). När människor upplever känslor av skuld uppstår samtidigt ett lidande och därmed kan ett samband mellan dessa ses (Eriksson, 1994). Lidandet hos personer med missbruk och substansberoende kan därför liknas vid en ond spiral som slukar personens livsvärld (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2015).

Eriksson (1994) menar att när lidandet ska lindras handlar det främst om att inta en icke dömande attityd och att patientens värdighet inte kränks. Hon lyfter även vikten av att skapa en allians, mellan vårdgivare och patient, och menar att det är en förutsättning för att lidandet ska lindras. Lidande behöver samtidigt bekräftas för att det ska lindras, och sjuksköterskan behöver se personen "bakom" beroendet (Thorkildsen et al., 2015). Ett av de grundläggande ansvarsområdena, som ingår i sjuksköterskans profession, är att lindra lidande (ICN, 2014). I detta ingår att lindra det lidande som går att lindra samt att inte framkalla ytterligare lidande genom exempelvis ett kränkande eller avståndstagande förhållningssätt. Detta gäller både patienter med missbruk och substansberoende såväl som andra patientgrupper (SSF, 2016).

Mötet

Alla människor har ett likvärdigt människovärde som inte minskar vid sjukdom vilket samtidigt kan kopplas till människans egna identitet, integritet och autonomi. Detta är den personliga värdigheten, hur människan ser på, uppfattar samt värderar sig själv men inkluderar även hur hon blir behandlad av andra (Sandman & Kjellström, 2013). Den personliga värdigheten kan därmed tas ifrån människan om hon blir förolämpad, förödmjukad eller behandlad som ett föremål (Gallagher, Li, Wainwright, Jones & Lee, 2008). Respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv och val, till värdighet och att behandlas med respekt ligger i omvårdnadens natur och omvårdnaden ska därmed ges respektfullt oavsett patientens bakgrund eller tillstånd (ICN, 2014). Mot denna bakgrund har patient och sjuksköterska ett lika värde samtidigt som relationen är asymmetrisk, då mötet har sitt ursprung i patientens behov av vård (SSF, 2016).

Människans bild av sig själv formas i mötet med andra människor och det är därför väsentligt att sjuksköterskan reflekterar kring människors gemensamma beroende av varandra och olika aspekter av makt, då detta kan ha stor påverkan på patientens förståelse av sig själv och sin situation (SSF, 2016). Patienter som befinner sig i en sårbar situation behöver mer av sin vårdgivare än kunskap om sjukdomsbilden och läkemedel. Mötet mellan sjuksköterska och patient måste vara genuint och patienten måste få känna sig sedd som en individ snarare än en i mängden (Rowe & Jaye, 2017). Om sjuksköterskan är öppen för den sårbara situation som patienten befinner sig i och arbetar för att bibehålla patientens värdighet och integritet kan mötet bli ett tillfälle där en relation likväl som ett partnerskap uppnås (SSF, 2016). Känslan av att bli bekräftad och inte dömas av sjuksköterskan ökar tilliten i partnerskapet och en bekvämare position kommer då att intas av patienten, till den vård som ges (Rowe & Jaye, 2017).

Relationen mellan patient och sjuksköterska samt bemötandet, det som sker i relationen och i mötet, kan ses som en central del i vårdandet (Milton, 2008; Fossum, 2013) där sjuksköterskan ska anta en stöttande roll som främjar patientens vilja till förbättring (Milton, 2008). Ordet bemötande är svårdefinierat men kan ses som ett paraplybegrepp för hur samtal genomförs och hur kroppsspråk används i mötet. Begreppet har synonymer som behandling, uppträdande och mottagande men även svar och replik. Bemötande inkluderar även människosynen och därmed indirekt hur vården genomförs (Fossum, 2013). En förutsättning för ett gott bemötande är att sjuksköterskan innehar förståelse för vikten av egen reflektion och därmed självutveckling samt kunskap om människans värdighet och lidande. Sambandet mellan att lindra lidande och en omtänksam attityd är också av essentiell betydelse (Nåden & Eriksson, 2004).

Personer med missbruk och substansberoende kan vara djupt påverkade av sin sjukdom och för sjuksköterskan kan mötet med dessa personer ses som en utmaning, om än nödvändig sådan, då patienternas sorg och förtvivlan kan påverka sjuksköterskans personliga tankar och känslor. Det är därför betydelsefullt med reflektion, på privat likväl som kollegial nivå (Thorkildsen et al., 2015).

Omvårdnad vid missbruk och substansberoende

Omvårdnaden av patienter med missbruk och substansberoende omfattar mer än bara ett fysiskt vårdande och sjuksköterskan behöver föra samtal och lyssna på patienten, utan att inta en dömande hållning till vad som sägs. Det handlar främst om att ge patienten utrymme att uttrycka hur drogerna påverkar livet och framtiden men även frågor om patientens vardag, som inte kretsar kring drogerna, kan vara betydelsefulla för patientens motivation till att sluta bruka drogerna (Wiklund Gustin, 2014).

Samtalet, som bör antas med lyhördhet, är även en betydelsefull omvårdnadsåtgärd under abstinensfasen, där sjuksköterskan ska stödja patienterna samt låta de göra uttryck för känslor och tankar. I abstinensfasen är det patientens omvårdnadsbehov som ska stå i fokus då de vid denna tidpunkt oftast är extra sårbara, både fysiskt som psykiskt. Utöver samtalen krävs även ett fysiskt omhändertagande där tydliga regler bör sättas upp, som exempelvis att patienten i mötet med andra medpatienter inte ska diskutera drogerna och förhållningarna till dem (Wiklund Gustin, 2014). Sjuksköterskan behöver på så sätt vara strikt, men samtidigt rättvis, i omvårdnaden av patienter med missbruk och substansberoende (Clancy et al., 2007).

Attityder, fördomar och stigmatisering – på samhälls- och individnivå

Forskning visar att sjuksköterskor ofta upplever att missbruket, och det sjukdomslidande patienten lider av, är självorsakat och de kan därför anta en bestraffande attityd (Chang & Yang, 2012). De negativa attityder och fördomar som kan förekomma i vården kan relateras till den otillräckliga utbildningen sjuksköterskor får när det gäller bemötande och omvårdnad av personer med missbruk och substansberoende (Wiklund Gustin, 2014). Det är dessutom en orsak till att vissa patienter, som vårdas inom beroendevården, avstår den vård som erbjuds eller avviker från den (Onukwugha et al., 2010). Patienterna kan därmed misstro den behandling som finns och vården blir därför otillräcklig (Monks, Topping & Newell, 2012).

En attityd grundas i det en person vet och de förutfattade meningar som finns kring särskilda ämnen (Bunkholdt, 2004). Detta baseras inte alltid på verklighet utan kan förändras och tolkas utifrån egna och andras erfarenheter samt samhällets normer (Harling & Turner, 2012). Till detta förknippas sedan känslor som exempelvis välbehag, rädsla eller fientlighet och resulterar i hur en person handlar (Bunkholdt, 2004). Personer med missbruk och substansberoende upplevs ofta som farliga vilket kan framkalla negativa attityder, att fördomar skapas och ett undvikande beteende från omgivningen (Adlaf, Hamilton, Wu & Noh, 2009). Fördomar avser negativt förutfattade meningar som kan ses som en speciell typ av försvar. Dessa kan utvecklas genom att personen på något vis känner sig hotad fysiskt eller psykiskt och det räcker många gånger med ny information, exempelvis genom utbildning, för att nya attityder ska skapas (Bunkholdt, 2004). Personer med adekvat kunskap och egna erfarenheter har på så sätt inte samma fördomar och negativa attityder, mot personer med missbruk och substansberoende, som de utan (Adlaf et al., 2009).

Innebörden av stigmatisering är beroende av sammanhanget. Det kan tolkas ur ett religiöst eller ett sociologiskt perspektiv där det sociologiska innefattar missbruk men även gruppkonstellationer som bland annat etnicitet och kön (Dored, 2011, 25 maj). Stigmatiseringen bygger på samhällets negativa inställning och tankegång kring en kategori människor där samhället placerar dessa i olika fack och de uppfattas som stereotypa för just sin grupp (Bunkholdt, 2014). Missbruk upplevs ofta mer stigmatiserande än psykisk ohälsa och personer ställer sig många gånger mer negativt inställda till att ha en nära kollega eller en person ingift i släkten, som lider av substansmissbruk än av psykisk ohälsa (Adlaf et al., 2009; Barry, McGinty, Pescosolido & Goldman, 2014). Personer med beroendeproblematik blir stigmatiserade av samhället såväl som av hälso- och sjukvårdspersonal och upplever orättvisor och en avvisande attityd i sin vård (Thorkildsen et al., 2015). Den generella stigmatiseringen grundar sig i olika förklaringar, där en utgår från att personen i fråga enbart har låg självkontroll och därför har ett beroende. Denna förklaring bortser från det faktum att personer med beroendeproblematik lider av en sjukdom snarare än låg självkontroll. Det ger samtidigt en förklaring till att personer med beroendeproblematik erbjuds vård senare jämfört med personer med andra sjukdomstillstånd. En annan av dessa förklaringar är att många fortfarande anser att dessa personers tillfrisknande enbart grundar sig i deras egna vilja och självkontroll. Som ett resultat av detta kan medicinering ses som en svaghet (Olsen & Sharfstein, 2014). Stigmatisering av personer med beroendeproblematik kan därmed ses som en avgörande faktor mellan liv och död (Wakeman & Rich, 2017).

Problemformulering

En generell stigmatisering kring missbruk och substansberoende råder i samhället och som ett resultat av detta ses att personer med missbruk och substansberoende stigmatiserar sig själva (Crapanzano et al., 2014). Relaterat till samhällets och den självupplevda stigmatiseringen finns en rädsla över att "stämpas som missbrukare" och personer med missbruk och substansberoende undviker därför att söka vård. Negativa attityder, fördomar och stigmatisering kan dessutom förekomma hos sjuksköterskor då de inte får tillräcklig utbildning i det bemötande och den omvårdnad som krävs vid missbruk och substansberoende (Wiklund Gustin, 2014). Dessa bidragande faktorer kan yttra sig i ett avståndstagande mot patienten (Wiklund Gustin, 2014), snarare än ett gott bemötande och en preventiv behandlingsform (Chang & Yang, 2012). Patienterna känner därmed misstro till den behandling som finns och vården som de behöver blir otillräcklig (Monks et al., 2012). Detta kan vidare resultera i skadliga konsekvenser för patienten (Crapanzano et al., 2014) som ytterligare sjukdomslidande av både fysisk och psykisk karaktär (Wiklund Gustin, 2014). Mot denna bakgrund finns intresse att undersöka hur sjuksköterskor, inom beroendevården, upplever mötet med patienterna.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården.

METOD

Val av Metod

En kvalitativ intervjustudie med deskriptiv ansats valdes utifrån studiens syfte. En kvalitativ metod lämpar sig när ett helhetsperspektiv av den individuella uppfattningen eftersträvas (Kristensson, 2014). Vid valet av en kvalitativ studie är det deltagarnas beskrivningar som analyseras och används för att skapa förståelse för det sökta fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). Med detta menas att deltagarnas erfarenhet och upplevelse ska sättas i fokus (Kristensson, 2014). Vid kvalitativa studier är det innehållet, snarare än mängden data, som är av betydelse och informationen som erhålls blir på så sätt bred och innehållsrik. En kvalitativ metod syftar sällan till att eftersöka skillnader och likheter i olika fenomen men det utesluter inte att sådana mönster kan urskönjas ur det analyserade materialet (Polit & Beck, 2017).

Urval

För att ta del av upplevelser med utgångspunkt från studiens syfte eftersöktes åtta legitimerade allmänsjuksköterskor yrkesverksamma i sluten- såväl som öppenvården inom beroendevården i Stockholmsområdet. Henricson och Billhult (2017) menar att färre andel personer med erfarenhet av ämnet oftast kan ge mer innehållsrika beskrivningar än större andel personer som inte besitter erfarenhet av det valda ämnet. En större andel deltagare kan samtidigt försvåra analysen av det insamlade materialet (Henricson & Billhult, 2017). Då området som skulle studeras berörde upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende gjordes ett strategiskt urval av deltagare.

Deltagare som var yrkesverksamma inom beroendevården valdes ut då dessa ansågs besitta den erfarenhet och möjlighet som krävdes, för att svara på frågor som berörde syftet, samt kunna ge innehållsrika beskrivningar av det efterfrågade fenomenet. När erfarenhet efterfrågas lämpar sig ett strategiskt urval då fenomenet kan beskrivas utifrån deltagarnas bakgrund (Henricson & Billhult, 2017). Ett strategiskt urval tillåter samtidigt att en hög grad av variation kan undersökas (Wihlborg, 2017).

Urvalskriterier

För att delta i studien innefattade kriterierna åtta legitimerade allmänsjuksköterskor som vid studiens genomförande var yrkesverksamma inom slutenvård- såväl som öppenvård inom beroendevården i Stockholmsområdet. Genom att utöka deltagarnas yrkeserfarenhet och inte låta sig begränsas till antal yrkesverksamma år kan kunskaperna om upplevelser breddas (Henricson & Billhult, 2017). Legitimerade allmänsjuksköterskor oavsett yrkesverksam tid inom beroendevården inkluderades därmed i studien.

Undersökningsgrupp

De intervjuade bestod av sex legitimerade sjuksköterskor som var yrkesverksamma inom beroendevården i Stockholmsområdet. Erfarenheten av att arbeta inom beroendevården varierade mellan tre månader och 13 år där snittet var fyra år och sju månader. Längden som legitimerad sjuksköterska varierade mellan ett år och åtta månader till 13 år där snittet var sju år och tre månader. Två sjuksköterskor var yrkesverksamma inom akutvården, två inom öppenvården och två inom slutenvården. Tre av sjuksköterskorna var kvinnor och tre var män.

Datainsamling

En semistrukturerad intervju genomfördes där öppna frågor var klarlagda innan mötet. Vid genomförandet av en semistrukturerad intervju ges deltagarna möjlighet till frihet i svaren (Polit & Beck, 2017). Intervjumetoden ger samtidigt utrymme att variera ordningsföljd på frågorna samt att ställa följdfrågor för att nå större bredd på svaren (Kristensson, 2014; Danielson, 2017).

Inhämtande av tillstånd

Enhetschefer på sju enheter inom beroendevården i Stockholm kontaktades via e-post med kort information om studien och hur genomförandet skulle gå till. Vid intresse erhöles ett detaljerat informationsbrev (Bilaga A) med förfrågan att genomföra studien, till vilket enhetschefen behövde lämna skriftligt godkännande. Det skriftliga godkännandet önskades inskickat och returnerat via e-post innan tid för intervju bokades in. På grund av tekniska skäl önskade två enhetschefer att dokumentet kunde återlämnas vid tidpunkt för intervjun.

I informationsbrevet (Bilaga A) framgick önskemål om att två legitimerade sjuksköterskor med olika erfarenhet av professionen och patientgruppen skulle delta. De enhetschefer som gav sitt godkännande för studien blev ombudda att informera sjuksköterskorna på avdelningen om möjlighet att delta i studien. Om intresse fanns ombads enhetscheferna att återkomma med information om de två sjuksköterskor som kunde tänka sig att delta, samt ge förslag på dag och tid för intervju. Detta för att ge enhetscheferna och sjuksköterskorna möjlighet till ett flexibelt deltagande och för att studien inte skulle påverka den pågående verksamheten.

Intervjuguide

Inför intervjuerna sammanställdes en intervjuguide (Bilaga B) där studiens syfte stod i fokus vid konstruerandet av de olika frågeområdena. Intervjuguiden innehöll öppna frågor samt utskrivna följdfrågor som kunde användas som stöd, då detta kan bidra till djupare svar. En semistrukturerad intervju ger samtidigt möjlighet till att frågorna ställs med varierad ordningsföljd och anpassas till varje deltagares svar (Danielson, 2017).

Pilotintervju

För att undersöka om adekvata frågor formulerats i intervjuguiden (Bilaga B) genomfördes en pilotintervju. Vid en pilotintervju ges även tillfälle att testa teknik för ljudupptagning samt se om beräknad tid för genomförande är hållbar (Danielson, 2017). Pilotintervjun skedde i ett fysiskt möte på en vårdavdelning, som för studien var aktuell, i ett avskilt mötesrum som deltagaren själv valt ut. Intervjun tog i sin helhet 18 minuter och inga faktorer som kunde upplevas som störande förekom. Då resultatet av pilotintervjun besvarade syftet genomfördes inga justeringar i intervjuguiden och intervjun inkluderades därmed i studien.

Intervjuer

Totalt genomfördes sex intervjuer under februari, år 2018. Intervjuerna skedde i fysiska möten med sjuksköterskorna, på vårdavdelningarna där de arbetade. Intervjuerna genomfördes under dagtid på sjuksköterskornas arbetstid. En viktig aspekt i val av plats för intervjun är att risk för avbrott och andra störande moment ska minimeras men samtidigt att deltagarnas integritet ska bibehållas. Detta kan göras genom att de får vara delaktiga i val av plats för genomförandet (Polit & Beck, 2017). Sjuksköterskorna fick därför själva välja plats för intervjun och samtliga genomfördes i tysta och avskilda rum. Intervjuerna tog mellan 13–19 minuter, med en snittid på 16 minuter.

Båda författarna till studien deltog vid samtliga intervjuer för att kunna tillämpa ett aktivt lyssnande. För att öka möjligheterna att uppmärksamma mimik och detaljer, som kunde ses under intervjuerna, spelades dessa in efter att godkännande av intervjudeltagarna erhållits. Inspelningar ger möjlighet att gå tillbaka och lyssna in ordval, tonfall och eventuella pauser som förekommer under intervjuer. Detta gynnar samtidigt det aktiva lyssnandet och materialet kan på så sätt tolkas och analyseras redan under intervjuns gång (Trost, 2010). Inför varje intervju gjordes en ljudkontroll av tekniken och innan denna startades för inspelning informerades sjuksköterskorna om syftet med studien samt att deltagande var frivilligt. Intervjuerna inleddes sedan med allmänna frågor som berörde sjuksköterskornas nuvarande yrkesroll. I dessa frågor inkluderades information om hur lång erfarenhet av sjuksköterskeyrket samt hur lång erfarenhet av beroendevården som var aktuell för varje sjuksköterska. Genom att inleda en intervju med allmänna frågor kan det göra att nervositeten hos båda parter minskar och underlättar den fortsatta intervjun (Polit & Beck, 2017).

Databearbetning

Intervjuerna avlyssnades flera gånger och transkriberades löpande i snar anslutning till genomförd intervju. Författarna transkriberade tre intervjuer var och genom ett skifte kontrollerades sedan dessa med ytterligare genomlysningar. Genom att själv transkribera intervjuer sker automatiskt ett flertal genomlysningar, vilket kan underlätta analysen (Danielson, 2017). Intervjuerna transkriberades i sin helhet för att olika nyanser av innehållet skulle kunna urskönjas.

I enlighet med Danielson (2017) transkriberades materialet så ordagrant som möjligt med pauser inkluderat, då det kan bidra till en fördjupad analys. I det transkriberade materialet markerades frågorna i fetstil och svaren i vanlig text. Eventuella skrapljud som uppkommit på ljudbandet exkluderades medan skratt och andra känsloyttringar inkluderades.

Det transkriberade materialet namngavs med en siffra på samma sätt som det inspelade materialet för att kunna härledas till korrekt deltagare, detta för att kunna tolka innehållet utifrån sjuksköterskans erfarenhet. I det transkriberade materialet ändrades namn och platser och markerades med ett X följt av exempelvis [avdelning] eller [sjukhus]. Enligt Kristensson (2014) ska detta göras för att materialet i intervjun ska aidentifieras och på så sätt inte kunna härledas till specifik plats eller person. De frågor och segment som var av betydelse färgmarkerades sedan i det transkriberade materialet. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) kan detta möjliggöra att meningsenheterna ses ur sin kontext.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats utfördes för att analysera det transkriberade materialet. En manifest ansats lämpar sig när det faktiska innehållet ska synliggöras och egna tolkningar ska utlämnas (Danielson, 2017). När samtliga intervjuer var genomförda och det transkriberade materialet var komplett startade analysprocessen. I enlighet med Danielson (2017) lades transkriberingarna i nummerordning in i ett analyschema och lästes flertalet gånger. Genom att läsa igenom materialet flera gånger kan olika nyanser uppmärksammas (Danielson, 2017). Meningsenheter som svarade på studiens syfte färgmarkerades och avgränsades ur innehållet i intervjuerna. För att lyfta ut och belysa det betydelsefulla ur varje meningsenhet kondenserades dessa med ett eller ett fåtal ord och redan då kunde några övergripande kategorier ansas. För att få en överblick på de olika meningsenheterna likväl som kondenseringarna skrevs dessa ut och lades var för sig på ett bord. Gemensamma nämnare kunde då ses och för att gruppera dessa bildades koder, där koden låg nära innehållet i varje enhet. Genom att sätta koder på det kondenserade innehållet märks det väsentliga upp (Danielson, 2017). Enheterna som tillsammans bildat en kod lades ihop och totalt bildades 31 stycken koder. Koderna färdigställdes för alla meningsenheter innan processen fortlöpte. Gemensamma nämnare kunde sedan ses ur de bildade koderna vilket ledde vidare till att dessa bildade totalt tio subkategorier. I processen att finna subkategorier anades ett område som berörde känslor i mötet, dock ansågs detta vara mer övergripande och bröts då ned till subkategorier först. Danielson (2017) menar att kategorier ofta kan ses vid bildandet av subkategorier och att denna process därmed kan innebära ett växelvis arbete mellan kategorier och subkategorier. Subkategorierna placerades sedan, precis som koderna, intill varandra i analyschemat för att ge en större överblick. Som ett sista steg i analysprocessen bildade de tio subkategorierna tre stycken övergripande kategorier som alla syftade till att svara på studiens syfte. Då ett mönster kan urskönjas av de färdiga kategorierna kan teman bildas (Danielson, 2017). De tre kategorierna som skapades var dock skilda från varandra, varför ett övergripande tema inte bildades. Ett exempel ur analysprocessen kan ses i Tabell 1. Enligt Kristensson (2014) kan citat användas med fördel för att konkretisera fynden, öka trovärdigheten samt bidra till att stärka innehållet i en studie, varför tolkningar av data illustreras i resultatet med efterföljande citat. Gillham (2008) menar samtidigt att ord som enbart syftar till utfyllnad samt inte fyller någon funktion i texten, som exempelvis "eeh", kan uteslutas, varför dessa därmed har tagits bort.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>“Männen är också utsatta det är inte det, men kvinnorna har en helt annan utsatthet och man får höra mycket om det. Det är våldtäkter och det är prostitution, så det kan va jättejobbigt”</i>	Männen är utsatta, men kvinnorna ännu mer. Mycket prostitution och våldtäkt. Jättejobbigt.	Utsatthet	Ilkska, frustration, hopplöshet och sorg	Emotioner
<i>“Särskilt om man själv har barn, så man blir extra känsliga//...//med unga personer har man mycket mer känslor”</i>	Om man själv har barn blir man extra känslig med unga personer	Att lida med patienten	Värdighet och medkänsla	

Forskningsetiska överväganden

När forskning genomförs med människor ska studiens värde reflekteras över. Värdet bör ses på individ- eller samhällsnivå men även för professionen (Kjellström, 2017). Inför och under studiens gång har reflektioner därför gjorts över, och huruvida, resultatet kan komma till nytta och därmed vara av värde för någon. Studien har därmed tagit hänsyn till göra-gott-principen. Studien har samtidigt tagit hänsyn till andra etiska aspekter såsom respekt för personen och rättvisepincipen. Respekt för personen innefattar informerat samtycke, där deltagarna har rätt till bland annat frivilligt deltagande, och rättvisepincipen syftar till att skydda sårbara grupper och att alla deltagare ska ges respekt samt behandlas med ett lika värde (Kjellström, 2017).

Efter att skriftligt godkännande av en enhetschef och muntligt godkännande från två enhetschefer mottagits skickades ett informationsbrev (Bilaga C) samt en samtyckesblankett (Bilaga D) till enhetscheferna att tilldela de två sjuksköterskorna, på vardera avdelning, som visat intresse att delta i studien och tid för intervju bokades samtidigt in. Informations- och samtyckesblanketten beskrev syftet med studien och intervjuens tillvägagångssätt. I enlighet med Helgesson (2015) framgick även att medverkan var frivillig och kunde avbrytas när helst deltagaren önskade, utan att ange orsak. Detta styrks även av Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2013) som menar att deltagare som väljer att avbryta sitt deltagande kan göra det utan några negativa konsekvenser. Deltagarna gavs tid att ge sitt samtycke och samtyckesblanketten inhämtades därmed först inför genomförandet av intervjun. Innan intervjuens start erhöll deltagarna muntlig information om syftet med studien och hur genomförandet skulle ske. Detta för att värna om deltagarnas frivilliga deltagande (Kjellström, 2017). I informationsbrevet framkom samtidigt att, vid studiens avslut, skulle denne kunna erhållas i sin helhet, om intresse fanns. I Helsingforsdeklarationen framgår att deltagare i studien ska ges möjlighet att tillgå resultatet av studien (WMA, 2013).

Då studien i sin helhet publiceras och görs tillgänglig för allmänheten ska intervjuerna ske med hänsyn till intervjudeltagarna (Polit & Beck, 2017). För att bevara deltagarnas integritet och konfidentialitet namngavs intervjuerna med siffror och allt inspelat material sparades i en mapp på en lösenordskyddad dator. I enlighet med Kristensson (2014) förstördes allt insamlat material vid studiens avslut.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån framkomna kategorier och subkategorier (Tabell 2). I texten redovisas en del citat ur en nedkortad version och visas då med //...//. Pauser redovisas med tre punkter.

Tabell 2. Resultatöversikt

Kategori	Subkategori
Emotioner	Glädje och tacksamhet Ilska, frustration, hopplöshet och sorg Värdighet och medkänsla
Arbetsmiljö	Samverkan i team Arbetsklimat Lagar och riktlinjer
Kompetens och erfarenhet	Fördomar och attityder Individuellt förhållningssätt Kunskap om patientgruppen Sjuksköterskans professionella ansvar

Emotioner

Glädje och tacksamhet

Sjuksköterskorna beskrev känslorna som kan uppkomma i mötet med patienter med missbruk och substansberoende med varierande karaktär, men där en inre vilja att hjälpa dem och där känslan av att bidra till något gott var central. Främst beskrevs den inre viljan av att kunna göra något gott när vården gällde unga patienter, där andra möjligheter kunde synliggöras och en önskan om att sätta in fler resurser fanns. Sjuksköterskorna beskrev samtidigt att mötet med patienter med missbruk och substansberoende främst skänker glädje och tacksamhet. De menade att små medel som inte kostar något kan bidra till mycket och genom att se patienternas tacksamhet och glädje kan det bidra till att de själva upplever glädje. Sjuksköterskorna ansåg samtidigt att beroendevården utgör en viktig del i patienternas liv.

”De är inte vana vid att folk liksom tittar på dem eller säger deras namn, att man kan säga hej och så namnet, eller att man kan någons personnummer, man ser att de blir alldeles såhär//...//små grejer som betyder jättemycket för dem, men som inte är särskilt jobbigt för mig”

”När mitt hjärta säger att jag har gjort det bästa. När patienten gick härifrån och var glad och tackade och sa att det var jätteskönt att prata med dig eller sådär, då känner jag att jag hade ett bra bemötande”

Sjuksköterskorna beskrev att mötet med patienterna ibland bidrog till att de blev påverkade personligt, och att emotionerna kan vara svåra att avgränsa till en professionell nivå. Detta bidrog samtidigt till självreflektion och sjuksköterskorna beskrev hur det egna livet många gånger sätts i perspektiv och att en känsla av tacksamhet över den egna livssituationen uppmärksammades.

”Jag är mer tacksam över livet. Tacksam över vad jag har //...//jag tänker på det mer än vad jag kanske gjorde innan, man tar saker för givet på nåt vis”

Ilska frustration, hopplöshet och sorg

Sjuksköterskorna reflekterade kring de känslor som mötet med patienter med missbruk och substansberoende kunde väcka generellt. Känslorna beskrevs bland annat som ilska, frustration, hopplöshet och sorg. De beskrev samtidigt att samma patient, under samma vårdtillfälle kunde ge upphov till olika känslor vid varje interaktion. Sjuksköterskorna reflekterade kring vad känslorna grundade sig i och sorgen berörde främst patientens situation och livsvärld. Hopplösheten kunde relateras till sjuksköterskornas känsla av maktlöshet till långsiktig förändring. Frustrationen som sjuksköterskorna beskrev berörde hur patienterna blir bemötta inom andra vårdinrättningar än beroendevården och menade att dessa patienter lever i ett utanförskap relaterat till sin sjukdom.

”Ibland känner man såklart att det är sorgligt och hemskt...det känns så hopplöst//...// Man känner att man inte kan göra någonting //...//För jag kan ju inte liksom göra... Men det...det kan vara jättejobbigt tycker jag”

”Bemötandet inom sjukvården för den här gruppen är ju under, ja det är ju... den är inte bra alltså//...//det kan väcka både ilska och frustration över ja, generellt över hur samhället ser ut och hur livsöden kan vara”

Värdighet och medkänsla

I mötet med patienter med missbruk och substansberoende reflekterade även sjuksköterskorna över de sociala relationer som fanns kring patienterna, där en medkänsla fanns för familjen och de närstående. Sjuksköterskorna ansåg att dessa patienter redan i grunden är utsatta och utöver sitt missbruk eller substansberoende ofta har någon social problematik, vilket gör att de upplevs tillhöra en sårbar patientgrupp. Tankar kring patienternas värdighet i relation till andra patientgrupper uppmärksammades och sattes i perspektiv. Överlag beskrev sjuksköterskorna därför en medkänsla där tankar kretsade kring olika livsöden.

”Jag blir ledsen. Ofta tänker jag på att de här patienterna har en mamma, en pappa, en dotter, en make som väntar hemma//...//väntar på att få besked //...//åh vad skönt, hon lever åtminstone, då vet vi att hon lever...”

“Man förstår att många är hemlösa och sen när man väl kommer ut härifrån då är det inte som jag, att man går hem till sin bostad och öppnar sin kyl eller ringer sina föräldrar om man behöver hjälp”

Arbetsmiljö

Samverkan i team

Sjuksköterskorna upplevde ibland att deras personliga situation kunde påverka bemötandet och därmed mötet, både positivt och negativt. Detta beskrevs som en mänsklig faktor. Sjuksköterskorna beskrev att självreflektion och reflektion i grupp på så sätt utgör en viktig del i att uppmärksamma huruvida den personliga situationen kan avspegla sig i mötet. Även om reflektionen inte alltid skedde medvetet så kunde kollegor uppmärksamma brister i bemötandet och därmed bidra till en tankeställare.

“Det är en sjukdom...och patienten har tagit ett återfall igen och så tänker man såhär...men du jobbar inom beroendevården. Så de, de e väl lite dömande, vilket jag tycker är konstigt men ibland...ibland har man säkert också blivit lite irriterad och sagt någonting någon gång så...ingen är perfekt”

Sjuksköterskorna var eniga om att ett öppet sinne för kollegors erfarenhet och kunskap, oavsett yrkeskategori och utbildning, var en faktor som kunde påverka det egna lärandet och i sin tur även bemötandet. Samtidigt förekom funderingar kring hur det egna bemötandet påverkats av erfarenheten av att arbeta inom beroendevården. Sjuksköterskorna reflekterade kring hur erfarenheten kunde avspeglats i mötet och huruvida den var självförvärvat i form av egna yrkesverksamma år eller om den kunde erhållas genom andras erfarenheter och upplevelser.

”Man lyssnar och tar till sig från alla personalkategorier//...//de som inte direkt har någon utbildning men väldigt lång erfarenhet, att man tar till sig deras kunskaper precis som specialistens kunskaper//...//det finns lärdom och jag drar fortfarande lärdomar från alla, både från patienter och gamla kollegor och av alla kategorier”

Arbetsklimat

Sjuksköterskorna upplevde att det råder ett hårdare klimat inom slutenvården. Detta kan troligtvis tolkas utifrån patienternas situation då det i många fall är frivilligt att besöka en öppenvård medan patienterna i flera fall hamnar inom slutenvården, på grund av andra omständigheter, vilket ibland medför att vårdas enligt tvång.

”Personen vill att man ska lova någonting som man inte kan lova. Och då får man ju vara rak och fyrkantig. Då försvinner väl det här mjuka, att det är annorlunda när man jobbar med tvångsvård”

Sjuksköterskorna påpekade att arbetsmiljön inom beroendevården likväl som andra vårdinrättningar kunde ha en bidragande effekt till hur personer med missbruk och substansberoende blir bemötta. De menade att personal kan vara påverkade av situationen, arbetsmiljön och i viss mån även fördomar.

”Det beror på situationen//...//alltså om man bara har några patienter, två eller tre, som man ska behandla individuellt. Ja, fast det är inte möjligt om du har 30–40 patienter//...// utan emotioner så går det, och då kan du inte prata med patienter på ett individuellt sätt, på ett sätt som ger ett bra bemötande...det blir svårt//...//ju mer patienter du har desto mindre bra bemötande”

“När det kommer en beroende patient till en psykiatrisk eller somatisk avdelning, då vill man inte gärna ha dem där//...//det kan ju handla om att man redan är stressad så man försöker mota bort dem som eventuellt skulle kunna hamna någon annanstans”

Lagar och riktlinjer

Känslan av att vilja bidra till förändring vägrade tyngre än känslan av att faktiskt kunna förändra något, vilket sjuksköterskorna upplevde påverkades av flera faktorer. Däribland hur lagen är formulerad och vad det kan resultera i för konsekvenser, men även genom de generella fördomar som förekommer kring patienter med missbruk och substansberoende.

Huruvida lagen påverkar bemötandet gjorde sig främst påmint inom slutenvården där en stark önskan att hjälpa patienterna fanns men möjligheterna upplevdes som begränsade. I dessa lägen menade sjuksköterskorna att det var av vikt att besitta kunskap över hur situationen ser ut i samhället, och därmed ha utvecklat en förståelse för patienternas situation.

”Inte bara deras problem//...//egentligen är vi också ett problem//...//vi kan inte påverka något för rättslagen tillåter inte att lägga in patienter under tvång//...//första steget man måste göra med ett beroendeproblem är att hålla patienten borta från det beroendeframkallande och det går till mestadels bara under tvång//...//men det fattas möjlighet att lägga in patienter under tvång”

Kompetens och erfarenhet

Fördomar och attityder

Samtliga sjuksköterskor var överens om att personer med missbruk och substansberoende ofta inte förstås som enskilda individer med en sjukdom utanför beroendevården, och därmed ofta inte får adekvat behandling. Några exemplifierade att patienter med missbruk eller substansberoende som ibland uppsöker andra vårdinrättningar inte erhåller den vård och den behandling som de är i behov av, relaterat till sin beroendeproblematik. Främst gällde detta smärtlindring och sjuksköterskorna upplevde att detta grundar sig i moralen i samhället som hävdar att beroendet inte ska underhållas. Sjuksköterskorna menade att om kunskapen kring beroendeproblematiken fanns, skulle dessa patienter troligtvis erhålla mer smärtlindring än vad en patient utan ett missbruk eller substansberoende är i behov av, relaterat till den ökade toleransnivån som utvecklats hos patienten. Ytterligare exempel gällde möjligheten till annan psykiatrisk vård, där sjuksköterskorna upplevde att patienterna ibland inte erbjuds den psykiatriska vård de är i behov av, och istället hänvisas till beroendevården.

”Det finns så mycket fördomar särskilt om den här gruppen liksom, de är farliga, de är stökiga//...//de är väl vana vid att vårdpersonal inte tar så bra hand om dem, för det är så det ser ut på många sätt. De kommer in och har liksom brutit benet och får ingen smärtlindring för de är knarkare, så då ska de inte ha något”

“De flesta utav dem som går här upplever jag... slängs... hit och dit och överallt och ingen vill riktigt...de är missbrukare liksom, de är knarkare, de är narkomaner... alltså i folks ögon//...//Det är ingen som skulle göra så mot mig inom vården. För jag skulle få säga till. För jag kan föra min talan och jag är en normal fungerande person. Men det... tyvärr är det ju så att många ser ju inte så på den här patientgruppen”

Individuellt förhållningssätt

Sjuksköterskorna beskrev att erfarenheten påverkar hur bemötandet, likväl som mötet präglas, men ingen kunde ange hur lång denna erfarenhet behövde vara. En del menade att det är mer ett personlighetsdrag som finns, genom att ha ett gott bemötande i botten speglar det av sig i ens yrkesliv oavsett patientgrupp. Sjuksköterskorna beskrev att de har utarbetat sina individuella strategier för att nå den erfarenhet och kunskap de ansåg sig behöva och menade att detta även bidragit till en utvecklad förståelse för patienternas sårbarhet.

Sjuksköterskorna menade samtidigt att en hög utbildning men avsaknad av erfarenhet av att möta patienter med missbruk och substansberoende, kan generera till att bemötandet och därmed mötet, inte upprätthåller samma nivå som någon med låg utbildningsnivå men lång erfarenhet. Till detta upplevde sjuksköterskorna att personliga egenskaper och samhällets utformning var faktorer som inverkar på mötet. Överlag upplevdes en vilja hos sjuksköterskorna att arbeta med patienter med missbruk och substansberoende. Sjuksköterskorna uttryckte att patientgruppen är speciell att möta och de upplevde att ett öppet sinne samt förmåga att känna av situationen, och därmed veta när patienten behövde någon som pratade eller någon som lyssnade, har en positiv inverkan på mötet.

”Det handlar ju om, att man får bort beroendet i sig, men sen handlar det om en livsstilsförändring också, och det tar tid, det kan ju ta år så man måste ha tålmod, framförallt tålmod måste man ha och inte stressa på liksom”

Sjuksköterskorna reflekterade samtidigt över huruvida deras egen erfarenhet influerade deras eget bemötande. De menade att man med tiden lär sig hur vissa situationer ska hanteras och att ens erfarenhet framkallar en trygghet. Samtidigt kan detta påverka sjuksköterskorna så att de eventuellt bli mer härdade och distanserade till patienterna, något som däremot bristen på erfarenhet inte verkade påvisa.

”Det patienten säger måste man betrakta med lite distans//...//Även om man har empati till en patient måste man ha lite distans för man kan inte lita på vad dem säger//...//på den här avdelningen är dem lite speciella...alla fokuserar på läkemedel”

”Jag skulle väl säga att jag har fått ett bättre bemötande//...// jag kanske kan tillägga saker om den personens situation för man har hört en del om samma historier. Så...det är väl ett bättre bemötande skulle jag säga. Men sen när man är ny kanske man är noggrann och duktig mot allihopa. Så då kanske jag var ännu bättre då”

Kunskap om patientgruppen

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att utveckla en förståelse kring patientgruppen, sjukdomen i sig och hur den yttrar sig. De ansåg att denna förståelse kräver en viss kunskap och därmed även erfarenhet av att möta patienter med missbruk och substansberoende. Sjuksköterskorna betonade att dessa patienter är väldigt sjuka och att deras situation är något som de kommer få leva med resten av deras liv. Förståelsen över att sjukdomen inte är ett reversibelt tillstånd utan präglar patientens livsval upplevde sjuksköterskorna därmed kunde bidra till att mötet antar olika dimensioner. Samtliga sjuksköterskor var överens om att patienter med missbruk och substansberoende fick ett annat bemötande inom beroendevården än inom andra vårdinrättningar. Detta upplevde sjuksköterskorna berodde på kunskapsbristen som råder bland vårdpersonal yrkesverksamma utanför beroendevården. Sjuksköterskorna menade att om kunskapen förbättrades så skulle bemötandet likväl som omvårdnaden göra det. Sjuksköterskorna upplevde även att det finns en generell rädsla, utanför beroendevården, över vem som finns framför dem och att denna rädsla också ofta grundar sig i okunskap. Orsaken till detta landade i brist på praktisk kunskap och sjuksköterskorna menade att kunskap som erhålls genom teori aldrig riktigt kan sättas i relation till det praktiska. Sjuksköterskorna upplevde att kunskapen erhålls genom att fysiskt och emotionellt möta patienter med missbruk och substansberoende samt att detta kan skapa en förståelse.

”Jag tror inte att man kan lära sig det i skolan//...//du måste ha en viss... praktik//...//Man måste utveckla sin vetenskap för att förstå varför de kommer //...//förstå det bakomliggande”

“Är man helt ny inom det här och inte har jobbat med det här, då kanske det finns en rädsla eventuellt för man vet inte vem man har framför sig, men det där är ju också sånt som med tiden försvinner”

Sjuksköterskans professionella ansvar

Sjuksköterskorna upplevde att varje interaktion med en patient kunde se olika ut och de menade att det är deras ansvar att se till att patientens behov prioriteras, men samtidigt att de måste vara medvetna om att behoven kunde påverkas av situationen. Vården och bemötandet behövde på så sätt inte bara individanpassas utan även situationsanpassas. Sjuksköterskorna upplevde att det generella ansvaret i mötet med patienter med missbruk och substansberoende landade i att visa respekt för individen och lindra dennes lidande. Samtidigt menade sjuksköterskorna att de ska föregå med gott exempel, inte bara för patienterna utan även för andra personalkategorier.

”Jag ska inte ge dem skuld känslor, eller döma dem för hur de kommer hit och vad de har gjort. Jag ska prata med dem med en lugn och respekterad röst//...//Vi måste utgå från att vi själva har ett bra bemötande och att vi också är arbetsledare”

Sjuksköterskorna beskrev samtidigt att det var av vikt att skapa tillit till patienten. Tilliten var något som sjuksköterskorna återkom till under intervjuerna. De upplevde ibland att patientgruppen är något svår att samarbeta med och återigen landade den troliga orsaken i hur patienter, med missbruk och substansberoende, blir bemötta utanför beroendevården och sjuksköterskorna menade att bristen på tillit påverkar omvårdnaden negativt. Sjuksköterskorna upplevde att respekten var grundläggande då patienternas tillit för vården och samhället överlag ofta är låg.

”Alliansen är det jag tror är det absolut viktigaste med den här gruppen//...//de är vana att bli illa behandlade av myndigheter och sjukvård, så att försöka skapa en god allians tror jag är det absolut viktigaste med den här gruppen”

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att sjuksköterskorna upplevde att mötet med patienter med missbruk och substansberoende främst präglas av emotioner och att dessa varierar i karaktär. De upplevde att mötet kan påverkas av arbetsmiljöns utformning men även den egna kunskapen och erfarenheten kring patientgruppen. Det rådde en samstämmighet kring att samhällets normer och värderingar spelar in i hur patienter med missbruk eller substansberoende blir bemötta inom hälso- och sjukvården, men även generellt i samhället. Samtliga sjuksköterskor upplevde att patienternas utanförskap till stor del grundar sig i okunskap kring sjukdomen. Detta står i likhet med vad Chang & Yang (2012) menar, nämligen att individer påverkas av normer och värderingar när kunskap saknas. Beroendeproblematiken kan, relaterat till kunskapsbristen, därmed upplevas som självorsakad snarare än ett sjukdomstillstånd.

Chang & Yang (2012) menar vidare att okunskap kan generera i en fördomsfull och negativ inställning hos vårdpersonal vilket kan upplevas som bestraffande gentemot patienterna. Även Adlaf et al. (2009) lyfter att okunskap kan bidra till att negativa attityder och fördomar skapas. Sjuksköterskorna upplevde, i likhet med Adlaf et al. (2009), att personer med adekvat kunskap inte upplever negativa känslor i samma utsträckning som de som saknar kunskap. Trots att det råder en samsjuklighet mellan missbruk, substansberoende och psykisk ohälsa upplevs den psykiska ohälsan ofta inte lika stigmatiserande av samhället (Adlaf et al., 2009; Barry et al., 2014). Detta står i likhet med vad sjuksköterskorna påpekade, nämligen att patienter med ett missbruk eller substansberoende som är i behov av annan psykiatrisk vård ändå slussas till beroendevården. De förklarade det som att patienterna på så sätt faller mellan stolarna. Detsamma gäller sjuksköterskornas upplevelser av hur vårdpersonal som är yrkesverksamma utanför beroendevården ställer sig till att smärtlindra patienter med missbruk eller substansberoende. En studie av Morgan (2012) bekräftar att okunskapen kan generera i att sjuksköterskor upplever oro över att smärtlindring påverkar patienten och att de på så sätt inte vill ses som delaktiga i beroendet.

Samtliga sjuksköterskor var överens om att kunskapsnivån gällande missbruk och substansberoende, utanför beroendevården, var något som kan förbättras och att det i sin tur kan leda till att patienterna känner mer tillit till den vård som finns. Detta menar även Monks et al. (2012) som lyfter att avsaknad av tillit kan leda till otillräcklig vård. Sjuksköterskorna menade vidare, i likhet med Rowe & Jaye (2017) att när patienten blir sedd som en person bakom sjukdomen upplevs mötet mer genuint och tilliten mellan parterna kan därmed öka. Det bidrar samtidigt till att patienten känner sig bekräftad, vilket skapar ytterligare förutsättningar för en god vård (Rowe & Jaye, 2017). I likhet med detta menar Eriksson (1994) att sjuksköterskan ska inta en icke dömande attityd i mötet med patienter för att lindra lidandet. Sjuksköterskorna i studien lyfte att två essentiella komponenter för att lindra lidande var att skapa tillit och visa respekt för varje individ. När kunskapen saknas och på så sätt påverkar tilliten kan det resultera i att patienter med missbruk eller substansberoende tillfogas negativa konsekvenser (Crapanzano et al., 2014; Wakeman & Rich, 2017) som ytterligare sjukdomslidande (Wiklund Gustin, 2014). Genom att sträva efter en ökad tillit och visa respekt för varje individs behov och önskemål, upplevde sjuksköterskorna att patienterna kände en tacksamhet vilket genererade i en glädje hos både sjuksköterska och patient, som i sin tur bidrog till en bättre relation. Detta står i likhet med Milton (2008) som menar att partnerskapet är en väsentlig del i vårdandet. Partnerskapet bidrar till att sjuksköterskor lättare kan anta en stöttande roll och på så sätt öka patienternas vilja och motivation till förbättring. Även Eriksson (1994) betonar vikten av partnerskapet och menar att detta är en förutsättning för att patientens lidande ska lindras. Sjuksköterskorna menade, precis som Thorkildsen et al. (2015), att patienten behöver ses som en enskild individ och att personen bakom beroendet måste uppmärksammas för att lindra det lidande som patienten lever med samt för att vården ska kunna individanpassas. Clancy et al. (2007) visar i en studie att sjuksköterskor som arbetar inom beroendevården behöver anpassa sin vård efter patientens situation och att de ibland måste uppvisa en strikt men samtidigt rättvis attityd. Sjuksköterskorna inom främst slutenvården beskrev detta som en del i de dagliga mötena där varje individ ska ses som unik, inte enbart efter flera vårdtillfällen utan även under samma vårdtillfälle. Vården behöver därmed utformas utefter de behov som finns och i vissa fall kräver det ett strikt förhållningssätt medan i andra ett mjukare bemötande. Huruvida sjuksköterskornas bemötande påverkades beroende på vårdform är svårt att avgöra, däremot upplevdes det som att ett hårdare klimat rådde inom slutenvården.

Sjuksköterskorna lyfte vikten av reflektion, på individ såväl som gruppnivå och menade att reflektionen kunde hjälpa dem att bibehålla ett professionellt förhållningssätt. Thorkildsen et al. (2015) stämmer in i detta och menar att möten, med patienter med missbruk och substansberoende, kan upplevas som en utmaning och att detta kan påverka sjuksköterskan personligt. Thorkildsen et al. (2015) lyfter samtidigt att det är betydelsefullt för sjuksköterskan med kontinuerlig reflektion. Sjuksköterskorna bekräftade detta och beskrev att tiden de lade på att reflektera, över olika förlopp och händelser, var något som var av betydelse för att de skulle hantera de livsöden de ständigt möter inom sitt yrke.

Oavsett om sjuksköterskorna var yrkesverksamma inom öppen- eller slutenvården var samtliga överens om att patienter med missbruk eller substansberoende tillhör en sårbar grupp, som i samhället lever i ett utanförskap och ofta uppfattas som farliga. Detta tror sjuksköterskorna, i likhet med Adlaf et al. (2009) kan relateras till den generella okunskap som råder kring personer med missbruk eller substansberoende. Inom beroendevården upplevs dessa patienter dock som vanliga människor och sjuksköterskorna beskrev att utöver glädjen, uppbringas även känslor av frustration, ilska, hopplöshet och sorg, men då relaterat till patienternas livssituation. Om sjuksköterskornas bemötande och känslorna de upplevde i mötet kan kopplas till kunskap eller om det grundar sig i ett personlighetsdrag är svårt att avgöra. Dock menar Bunkholdt (2004) att individers attityder och fördomar kring ett område påverkas av deras kunskap och erfarenhet samt vilka känslor de relaterar dessa med. Sjuksköterskorna i studien har samtliga erfarenhet och kunskap om patientgruppen och därmed kan deras upplevelser i mötet te sig på annat vis än de som saknar detta. I samhället råder en generell stigmatisering, där personer med missbruk eller substansberoende ofta uppfattas med negativa attityder (Crapanzano et al., 2014). Harling & Turner (2012) menar att en attityd kan påverkas av samhällets normer och andra personers erfarenheter, vilket kan förklara varför en generell stigmatisering kring dessa personer råder. Sjuksköterskorna uppvisade dock inte några attityder som kunde grundas i samhällets normer och värderingar, då de upplevdes se en person med en sjukdom snarare än en "missbrukare". Detta kan tolkas utifrån att sjuksköterskorna innehar kunskap om sjukdomen och erfarenhet av att möta patientgruppen.

Sjuksköterskorna var överens om att kunskapen och erfarenheten av att möta patienter med missbruk och substansberoende kunde erhållas både genom formell- och reell kompetens, den kunde samtidigt även erhållas utifrån kollegors kunskap och erfarenhet. En aspekt i detta är att det inte verkar finnas någon tydlig ram för när erfarenheten kan avspegla sig på mötet.

Vidare anser vi att det råder brist på tillgänglig forskning kring hur sjuksköterskor upplever mötet med patienter med missbruk och substansberoende, varför denna studie har genomförts. Det finns däremot forskning kring hur omvårdnaden för patienter med missbruk och substansberoende bör utformas (Clancy et al., 2007; Thorkildsen et al., 2015; Rowe & Jaye, 2017; Milton, 2008) och samtidigt beskriver WHO (1974) att substansberoende är ett sjukdomstillstånd. Mot denna bakgrund likväl som att patienter med missbruk och substansberoende ses inom all hälso- och sjukvård (Wiklund Gustin, 2014) kan det därför tyckas besynnerligt att det råder en generell kunskapsbrist och stigmatisering kring området.

Metoddiskussion

Studien syftade till att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården. Tidigare forskning kring området lyfter hur patienter med missbruk eller substansberoende anses i samhället generellt men även inom hälso- och sjukvården. Det är dock få studier som beskriver hur patienter med missbruk och substansberoende blir bemötta i beroendevården, än färre hur sjuksköterskorna upplever mötet. Kvalitativa studier lämpar sig när fördjupad förståelse i upplevelser och erfarenheter vill sökas (Kristensson, 2014; Trost, 2010), varför en kvalitativ metod lämpade sig för studien. Om studien genomförts enligt en kvantitativ metod skulle deltagarnas subjektiva upplevelser inte kunna presenteras i samma utsträckning (Trost, 2010) och bredden på frågorna hade troligen varit begränsade likväl som djupet i svaren. Valet av en kvalitativ metod bidrog därmed till att ett få antal intervjuer kunde generera i ett innehållsrikt resultat.

Intervjuerna genomfördes med sex stycken legitimerade allmänsjuksköterskor som, vid studiens genomförande, var yrkesverksamma på tre olika enheter inom beroendevården i Stockholmsområdet och innefattade slutenvården såväl som öppenvården. Valet av deltagare skedde enligt ett strategiskt urval då deltagarna ansågs besitta den kunskap och erfarenhet som kunde svara till det eftersökta fenomenet. Det slutgiltiga antalet deltagare hade en varierad grad av erfarenhet som legitimerade sjuksköterskor samt av arbete inom beroendevården, vilket gav en bred variation av erfarenheter och upplevelser. Då urvalskriterierna begränsades till allmänsjuksköterskor behövde två sjuksköterskor, trots visat intresse för studien, nekas att delta då dessa var specialistutbildade. Då andelen slutgiltiga deltagare var jämnt fördelade mellan tre olika enheter inom beroendevården och dessutom inkluderade lika många kvinnor som män, togs beslutet att inte inkludera fler sjuksköterskor i studien. Då studien syftade till att beskriva upplevelser inom beroendevården, blev ett inklusionskriterium att sjuksköterskorna skulle vara yrkesverksamma inom just beroendevården. Patienter med missbruk och substansberoende ses dock inom all hälso- och sjukvård (Wiklund Gustin, 2014) och om studiens syfte varit formulerat på annat vis hade en bredare variation på deltagare kunnat eftersökas, vilket troligtvis hade påverkat resultatets utfall. Inför intervjuerna eftersöktes tillstånd från enhetschefer på sju olika enheter inom beroendevården i Stockholmsområdet. Studien genomfördes på tre av enheterna. För att ge deltagarna möjlighet till frihet i svaren valdes en semistrukturerad form på intervjufrågorna. Om valet av intervjumetod istället varit strukturerad, med stängda frågor, hade svaren genererat i kvantitativa data snarare än kvalitativ då svarsalternativen redan varit givna (Danielson, 2017; Kristensson, 2014). Vid en strukturerad intervju hade deltagarnas personliga upplevelser inte nåtts och därmed hade inte lika stor variation på svaren erhållits. Danielson (2017) menar att ytterligare en intervjuform är en strukturerad intervju med öppna frågor där dessa ställs enligt en bestämd ordning. Detta hade kunnat ge djup och bredd i svaren och möjligtvis fungerat i studien, men den strikta ordningsföljden på frågorna hade troligtvis påverkat den avslappnade miljön som önskades i samtalen. En intervjuguide (Bilaga B) sammanställdes, vilken utgjorde ramen för frågeområdena och där frågorna anknöt till syftet. Frågorna var formulerade på så sätt att öppna och varierade svar kunde inhämtas från deltagarna. Intervjuguiden följdes genom att alla frågor ställdes till samtliga sjuksköterskor, dock med varierad ordningsföljd för att bevara en röd tråd i samtalet. För att intervjuerna ska individanpassas kan detta genomföras med fördel enligt Danielson (2017).

En pilotintervju genomfördes för att kontrollera om frågorna i intervjuguiden (Bilaga B) skulle ge svar på syftet, för att inspelningsteknik skulle kontrolleras samt för att ge möjlighet till övning i genomförandet av intervjuer. Pilotintervjun genererade i uttömmande svar vilket ledde till att intervjuguiden inte korrigerades och pilotintervjun inkluderades därmed i studien. Totalt genomfördes sex intervjuer där båda författarna deltog, detta för att uppfatta kroppsspråk och mimik med mera, som annars kan missas av en ensam oerfaren intervjuare. Kristensson (2014) menar att intervjuaren alltid står i övertag mot deltagaren och genom att båda författarna deltog vid intervjuerna kunde detta möjligtvis orsakat än mer en maktposition. Vi upplevde dock att stämningen var god och avslappnad och att det snarare var deltagarna som satt i maktposition då det var de som besatt den kunskap och information som eftersöktes. Gillham (2008) menar att transkribering av en intervju helst ska genomföras innan nästkommande intervju för att deltagarna inte ska uppleva en känsla av att vara en i mängden. Enligt önskemål genomfördes dock intervjuerna, på varje enhet, i direkt anslutning till varandra. Det medförde därmed att transkriberingen inte genomfördes innan nästkommande intervju utfördes. Intervjuerna transkriberades dock i snar anslutning till att de var avslutade, vilket bidrog till att färskas känslor och minnen från intervjuerna inte gick förlorade. Genom att transkribera i snar anslutning förhindrar det dessutom att materialet läggs på hög och underlättade därmed processen. Vi transkriberade hälften av intervjuerna var och dessa kontrollerades sedan av varandra. Då intervjuaren själv ansvarar för transkriberingen sker automatiskt fler genomlysningar av innehållet och gynnar därmed analysen (Danielson, 2017).

Innehållsanalysen genomfördes med en manifest ansats, vilket innebär att innehållet ska synliggöras och egna tolkningar inte ska förekomma (Danielson, 2017). Den egna förförståelsen och antaganden över vad studien skulle resultera i, diskuterades genomgående. Redan innan analysen hade vi en tankegång kring hur resultatet skulle kunna visa sig, dock antogs ett förutsättningslöst förhållningssätt när det insamlade materialet skulle analyseras. Detta resulterade i att fler infallsvinklar uppmärksammades. Om analysen istället genomförts med en latent ansats hade resultatet troligtvis påvisat ett annat utfall, då de egna värderingarna och tolkningarna spelat in. En latent ansats syftar till att ta fram det underliggande i det som sägs, det vill säga att en djupare tolkning av innehållet görs (Danielson, 2017).

Det insamlade materialet analyserades sedan gemensamt då detta minskar risken för att egna värderingar och tolkningar vävs in. När mer än en person är delaktig i analysen kan det öka tillförlitligheten i studien då resultatet annars riskerar att präglas av en individuell förförståelse (Kristensson, 2014). För att stärka studiens pålitlighet bör den egna förförståelsen kring ämnet uppmärksammas (Fridlund & Mårtensson, 2017), varför detta gjorts genomgående i analysprocessen. I en kvalitativ intervjustudie ska intervjuerna ske med hänsyn till intervjudeltagarna (Polit & Beck, 2017). Genom att tydliggöra att citaten som illustreras i resultatet kan härledas till flertalet intervjuer menar Kristensson (2012) att resultatets trovärdighet ökar. Då deltagarna i studien var yrkesverksamma inom samma verksamhet och deltagarantalet totalt utgjordes av sex stycken, valde vi att inte redovisa vilket citat som tillhörde vilken intervju. Detta för att minska risken till att intervjuerna härleds till specifika personer och på så sätt garantera deltagarnas konfidentialitet samt för att bevara deras integritet.

Slutsats

I studien framkom att sjuksköterskorna upplevde att mötet med patienter med missbruk och substansberoende främst präglades av emotioner. Dessa emotioner utgjordes av glädje men även ilska, frustration, hopplöshet och sorg som sjuksköterskorna menade grundade sig i samhällets normer och värderingar. De menade vidare att upplevelserna i mötet med patienterna kan påverkas av den egna erfarenheten oavsett hur den har förvärvats. Sjuksköterskorna var överens om att det råder en generell kunskapsbrist kring patientgruppen och sjukdomen, där ökad kunskap kan generera i ett bättre bemötande av patienter med missbruk och substansberoende. Ökad kunskap är därmed av essens för att dessa patienter ska ses och bemötas som individer med en sjukdom snarare än som "missbrukare".

Fortsatta studier

Patienter med missbruk och substansberoende ses inom all hälso- och sjukvård (Wiklund Gustin, 2014) och det råder samtidigt en samsjuklighet mellan missbruk eller substansberoende och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017b). Mot denna bakgrund och resultatet av studien är det därför av intresse att utföra en kvalitativ intervjustudie utanför beroendevården, som berör området. Resultatet av en sådan studie kommer troligtvis påvisa skillnader i hur sjuksköterskor upplever mötet med patienter med missbruk och substansberoende, i jämförelse med denna studies resultat.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie kan bidra till att en utvecklad förståelse kring patienter med missbruk och substansberoende uppnås. Om vårdpersonal utanför beroendevården erhöll kunskap om sjukdomsbilden skulle troligtvis dessa patienter inte stigmatiseras av hälso- och sjukvården i samma utsträckning. På så sätt skulle patienter med missbruk och substansberoende uppleva större tillit för den vård och behandling som finns att tillgå, och deras lidande skulle därmed troligtvis minska. Studien syftar samtidigt till att frambringa reflektion hos vårdpersonal yrkesverksamma inom beroendevården, då detta kan bidra till ökad medvetenhet kring det egna och kollegors bemötande. Då reflektion sker ökar samtidigt möjligheten att bevara det professionella förhållningssättet som krävs av legitimerade sjuksköterskor.

Särskilt tack

Tack till enhetscheferna som hjälpte oss att komma i kontakt med sjuksköterskorna i studien. Ett större tack till sjuksköterskorna som delade med sig av sina upplevelser. Vi vill även tacka vår handledningsgrupp och vår handledare som kommit med betydelsefull feedback under arbetets gång.

REFERENSER

Adlaf, E. M., Hamilton, H. A., Wu, F., & Noh, S. (2008). Adolescent stigma towards drug addiction: Effect of age and drug use behaviour. *Addictive Behaviors*, 34(4), 360-364. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.012

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. uppl.). Arlington: American Psychiatric Association.

Anstey, K. J., Mack, H. A., & Cherbuin, N. (2009). Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(7), 542-555. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181a2fd07

Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness and Policy Support: Comparing Public Views about Drug Addiction with Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272. doi: 10.1176/appi.ps.201400140

Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi: En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Lund: Studentlitteratur AB.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2017). *Drogutvecklingen i Sverige 2017*. (CAN rapport, 164). Hämtad från <http://www.can.se/contentassets/8178f9b67d894d10a6438816b204afb5/drogutvecklingen-i-sverige-2017.pdf>

Chang, Y. P., & Yang, M. S. (2012). Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 94-102. doi: 10.1111/ppc.12000

Clancy, C., Oyefeso, A., & Ghodse, H. (2007). Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 161-171. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04088.x

Crapanzano, K., Vath, J. R., & Fisher, D. (2014). Reducing Stigma Towards Substance Users Through an Educational Intervention: Harder Than It Looks. *Academic Psychiatry*, 38(4), 420-425. doi: 10.1007/s40596-014-0067-1

Danielson, E., (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.

Dored, G. (2011, 25 Maj). Stigmatisering är ett historiskt begrepp när det gäller samhällets syn på psykisk sjukdom. *Tidningen Kulturen*. Hämtad från <http://tidningenkulturen.se/index.php/ess-mainmenu-57/riaga-mainmenu-130/9132--stigmatisering-aer-ett-historiskt-begrepp-naer-det-gaeller-samhaellets-syn-pa-psykisk-sjukdom>

- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Evans-Polce, R. J., Maggs, J. L., Staff, J., & Lanza, S. T. (2017) The age-varying association of student status with excessive alcohol use: ages 18 to 30 years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(2), 407–413. doi:10.1111/acer.13294
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2:1. uppl., ss. 25-50). Lund: Studentlitteratur AB.
- Franck, J. & Nylander, I. (2015). Skadligt bruk och beroende. I J. Franck. & I. Nylander (Red.), *Beroendemedicin*. (2:1. uppl., ss. 15-20). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2017). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss 155-167). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, 7(11), 1-12. doi: 10.1186/1472-6955-7-11
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Harling, M. R., & Turner, W. (2014). Student nurses' attitudes to illicit drugs: A grounded theory study. *Nurse Education Today*, 32(3), 235-240. doi: 10.1016/j.nedt.2011.05.002
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.
- Højsted, J., Nielsen, P. R., Guldstrand, S. K., Frich, L., & Sjøgren, P. (2010). Classification and identification of opioid addiction in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 14(10), 1014-1020. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.04.006
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B. (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:1 uppl., ss 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lewis, M. (2017). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18. doi: 10.1007/s12152-016-9293-4
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen. & M. Graneskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:1. uppl., ss 211-226). Lund: Studentlitteratur AB.
- Milton, C. L. (2008). Boundaries: Ethical Implications for What It Means to Be Therapeutic in the Nurse-Person Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 21(1), 18-21. doi: 10.1177/0894318407310755
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2012). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 935–946. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x.
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *American Society for Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004
- Munro, M. (2015). The hijacked brain. *Nature: international journal of science*, 522(7557), 46-47. doi: 10.1038/522S46a
- Norlén, P., & Lindström, E. (2014). *Farmakologi*. Stockholm: Liber AB.
- Nutt, D., King, L. A., & Philips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2004). Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86-91. doi: 10.1177/0894318403260652
- Olsen, Y., & Sharfstein, J. M. (2014). Confronting the stigma of opioid use disorder—and its treatment. *JAMA*, 311(14), 1393–1394. doi: 10.1001/jama.2014.2147
- Onukwugha, E., Saunders, E., Mullins, C. D., Pradel, F. G., Zuckerman, M., & Weir, M. R. (2010). Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 420-424. doi: 10.1136/qshc.2009.036269
- Parry, C., Patra, J., & Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*, 106(10), 1718-1724. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03605.x

- Patrick, M. E. (2016). A call for research on high-intensity alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(2), 256–259. doi: 10.1111/acer.12945
- Peters, R., Peters, J., Warner, J., Becket, N., & Bulpitt, C. (2008). Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing*, 37(5), 505-512. doi: 10.1093/ageing/afn095
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S.,... Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease — an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001. doi: 10.1111/add.13757
- Rowe, J., & Jaye, C. (2017). Caring for self-harming patients in general practice. *Journal of Primary Health Care*, 9(4), 279-285. doi: 10.1071/HC17023
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Saxon, L., & Wirbing, P. (2004). *Återfallsprevention: Färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel*. Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Klassifikation: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017a). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20700/2017-9-23.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20778/2017-12-23.pdf>.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individens kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Sydén, L., Sidorchuk, A., Mäkelä, P., & Landberg, J. (2017). The contribution of alcohol use and other behavioural, material and social factors to socio-economic differences in alcohol-related disorders in a Swedish cohort. *Addiction*, *112*(11), 1920-1930. doi: 10.1111/add.13889

Söderpalm, B. (2015). Alkohol. I J. Franck. & I. Nylander (Red.), *Beroendemedicin*. (2:1. uppl., ss. 105-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M. B. (2015). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Caring Sciences*, *29*(2), 353-360. doi: 10.1111/scs.12171

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wakeman, S. E & Rich, J. D. (2017). Barriers to Medications for Addiction Treatment: How Stigma Kills. *Substance Use & Misuse*, *53*(2), 330-333. doi: 10.1080/10826084.2017.1363238

Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:1 uppl., ss. 107-126). Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund, Gustin, L. (2014). Substansbrukssyndrom. I Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: - på grundläggande nivå* (2:1. uppl., ss. 163-186). Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization. (1974). *Technical Report Series: WHO Expert committee on drug dependence*. (Twentieth Report, 551). Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 5 mars, 2018, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yuferov, V., Levran, O., Proudnikov, D., Nielsen, D. A., & Kreek, M. J. (2010). Search for genetic markers and functional variants involved in the development of opiate and cocaine addiction and treatment. *Annals of the New York academy of science*, *1187*(1), 184-207. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05275.x



Till Enhetschef
NN
XXkliniken, XXsjukhuset

Stockholm 2018-02-07

Vi heter Azmina och Malin och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som vi ska studera berör sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende, inom beroendevården. Mer information om studien finner Du i medföljande brev. Vi är väldigt intresserade av att få genomföra en del av vårt arbete hos Er.

Om Du godkänner att studien genomförs vid Xkliniken, är vi tacksamma för Din underskrift för godkännande i det underlag som medföljer. Denna kan skannas och returneras med e-post, eller enligt överenskommelse mellan oss. Vi önskar även uppgifter om vilka vi kan kontakta för planering av intervjuer.

Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid Xkliniken finns möjlighet att ta kontakt med oss eller vår handledare för ytterligare frågor.

Vänlig hälsning,

Students namnteckning
Azmina Bennström
0739 XXX XXX
azmina.bennstrom@stud.shh.se

Students namnteckning
Malin Nilsson
0735 XXX XXX
malin.nilsson@stud.shh.se

Handledares namnteckning
Camilla Tomaszewski
08-XXX XX XX
camilla.tomaszewski@shh.se

Om Studien

I mötet med patienten med missbruk och substansberoende har den legitimerade sjuksköterskan ett professionellt ansvar att bemöta patienten på ett respektfullt sätt för en god vård. Mot bakgrund av detta finns intresse att söka ökad kunskap kring området.

Syftet är att beskriva sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården.

För att kunna genomföra studien önskar vi intervjua två legitimerade sjuksköterskor under februari månad 2018, med varierad erfarenhet av att möta patienter med missbruk och substansberoende. Intervjuerna beräknas ta cirka 20-30 minuter vardera och kommer att spelas in, efter deltagarnas godkännande. Intervjuerna kommer att transkriberas och personuppgifter samt all insamlad data kommer att hanteras konfidentiellt. Efter avslutad studie kommer materialet att förstöras. Medverkan i studien är frivillig och kan när som helst under studiens gång, avbrytas utan angiven orsak.

Studien kommer att avslutas och lämnas in för bedömning i april, år 2018. Därefter kommer studien att finnas tillgänglig på portalen DiVA. Vid intresse kan det färdiga arbetet även skickas till Er som tack för Ert deltagande.

Underlag för godkännande från enhetschef

Jag godkänner härmed att Azmina Bennström och Malin Nilsson får utföra studien ”Sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården” på XXkliniken under februari, år 2018.

Ort, datum

Namnteckning, Enhetschef

Namnförtydligande

Bakgrund

Namn:

Kod:

Antal år som sjuksköterska:

Antal år på avdelningen:

Avdelning:

Tidigare arbetat på annan avdelning som inte berör beroendevården:
(Inom område?)

Upplevelser och erfarenheter av bemötande

Berätta om patienten du möter på din avdelning...

Vad har du för erfarenheter av bemötande av dessa personer?

Vilka känslor kan du uppleva i ett möte?

- *Utveckla, varför känner du så?*
- *Faktorer som påverkar? Varför tror du dessa faktorer påverkar? Känslomässiga, erfarenhet osv.*
- *Varför tror du att du upplever mötet olika/lika?*

Vad innebär gott bemötande för dig?

Upplever du att patienterna bemöts på det sättet på din avdelning?

- *Kan du ge exempel?*

Om tidigare arbetat på en annan avdelning som inte berör beroendevården:

- *Ser du någon skillnad i ditt bemötande inom patientgrupperna?*
- *Beskriv vilka skillnader du ser? Varför?*

Hur stor inverkan tror du att din egen förståelse har på ditt bemötande?

Upplever du att din erfarenhet påverkar ditt bemötande?

- *På vilket sätt?*

Upplevelser och erfarenheter av utbildning och utveckling

Vart anser du att du fick den kunskap du behöver för att bemöta dessa patienter?

- *Gällande lidande, självbild, beroendeställning mm.*

Tror du att ditt bemötande hade skiljt sig åt om du hade fått mer/ännu mer utbildning?

- *På vilket sätt?*

Om du blickar tillbaka på när du började på den här avdelningen, ser du förändring i ditt bemötande?

- *På vilket sätt?*

Upplevelser och erfarenheter av professionellt ansvar

Beskriv vad du anser är sjuksköterskans ansvar i bemötandet av just denna patientgrupp?

- *Kan du utveckla?*

Informationsbrev till Dig som deltagare i studien ”Sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården”

Vi heter Azmina och Malin och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården. Intresse finns därför att få genomföra en intervju med Dig som är legitimerad sjuksköterska och som arbetar inom beroendevården.

Beroenderelaterade problem och sjukdomar är vanliga och patienter med substansberoende ses inom all hälso- och sjukvård. I mötet med patienten har sjuksköterskan ett professionellt ansvar att bemöta patienten på ett respektfullt sätt för en god vård.

Mot denna bakgrund finns önskemål att utföra en intervju med Dig omfattande cirka 20-30 minuter. Intervjun kommer att spelas in och enbart lyssnas på av oss som utför arbetet. Intervjuerna kommer att avidentifieras vid transkriberingen och sedan kodas för att kunna garantera Din konfidentialitet. Efter avslutad studie kommer det inspelade materialet att förstöras. Arbetet lämnas in för bedömning i april, 2018, och efter godkännande från examinator kommer det finnas tillgängligt på portalen DiVA. Som tack för hjälpen för Ditt deltagande kommer det självklart även skickas till Dig, om intresse finns.

Med vänlig hälsning

Azmina Bennström och Malin Nilsson
0739 XXX XXX * / 0735 XXX XXX *
azmina.bennstrom@stud.shh.se / malin.nilsson@stud.shh.se

Handledarens namn och telefonnummer *

Camilla Tomaszewski

08-XXX XX XX

* = Avidentifieras vid det färdiga arbetet

Informerat samtycke för deltagande i studien ”Sjuksköterskans upplevelser i mötet med patienter med missbruk och substansberoende inom beroendevården”

Jag har härmed tagit del av information om studiens innehåll och upplägg, att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när som helst utan krav på att ange anledning, har rätt att avbryta studien.

Härmed ger jag mitt samtycke och godkännande att delta i denna studie.

Ort Datum

Underskrift, deltagande

Namnförtydligande

Underskrift, ansvariga för studien

Azmina Bennström / Malin Nilsson
Namnförtydligande