

ATT PÅVERKA OCH ATT PÅVERKAS

**En intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter
på beroendemottagningar**

TO AFFECT AND TO BE AFFECTED

**An interview study on nurses' experiences of meetings with patients in
addiction care units**

Examinationsdatum: 2012-02-27

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: 36

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Författare: Ida Björk och Angelica Jonsson

Handledare: Agnes Botond

Examinator: Carina Lundh Hagelin

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Beroende är ett sjukdomstillstånd som påverkar individens fysiologiska, psykologiska och sociala funktioner, och kännetecknas av ett okontrollerat substansbruk som leder till lidande samt fysisk och psykisk ohälsa hos den enskilda individen. Ett flertal olika substanser kan vara beroendeframkallande, bland annat alkohol, narkotika och vissa läkemedel. Beroendeproblematiken orsakar även samhällseliga konsekvenser såsom våld, kriminalitet och prostitution. Det finns stora variationer inom Sverige vad gäller beroendevårdens organisation. En del landsting saknar specialiserade beroendeenheter medan andra landsting har särskilda beroendecentrum. Till beroendecentrumerna är ett antal beroendemottagningar kopplade där sjuksköterskor möter och behandlar patienter med beroendeproblematik. Mötena kan innefatta såväl provtagning såsom urinprov och blodprov som utdelning av medicin samt samtal. I dessa möten uppstår en relation mellan sjuksköterska och patient där båda parter är beroende av den andres delaktighet för att mötet ska vara gynnsamt för patientbehandlingen. Förutom patienten påverkas även sjuksköterskan av hur deras möten faller ut.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter på beroendemottagningar.

Metod

Kvalitativa intervjuer valdes som metod för att besvara studiens syfte. Intervjuer genomfördes med sex sjuksköterskor verksamma på fem olika beroendemottagningar. Intervjuinnehållet sammanställdes och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev att alla patienter var individer, olika från varandra, och därför blev mötena olika vilket krävde att sjuksköterskan var flexibel och kunde anpassa sig efter patienten. Relationen mellan sjuksköterska och patient framstod som en viktig faktor för behandlingen av patientens beroendeproblematik, och för att skapa en relation krävdes att ett förtroende byggdes upp. Alla sjuksköterskor lyfte fram att patienternas förändringsprocess var den främsta positiva erfarenheten från mötena med patienterna. Att ta del av den förändringen, att vara delaktig i den samt göra någonting för någon annan var värdefullt och gav mening i arbetet. De flesta av sjuksköterskorna menade att deras privatliv påverkades av deras möten med patienterna men i varierande grad.Handledning och samtal med kollegor nämndes som två sätt att hantera negativa erfarenheter från sjuksköterskornas möten med patienterna.

Slutsats

Möten med patienter involverade en relation mellan sjuksköterska och patient där förtroende och individuellt bemötande var viktiga aspekter. Mötena påverkade såväl patienternas utvecklingsprocess som sjuksköterskornas yrkesroll och privatliv, och sjuksköterskorna upplevde att handledning erbjöd bearbetning av framförallt negativa erfarenheter.

Nyckelord

Beroende; Uplevelser; Erfarenheter; Mötet mellan sjuksköterska och patient; Handledning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av beroende	1
Beroendeframkallande substanser	1
Beroendeproblematik	2
Beroendevård	6
Problemformulering	10
SYFTE	10
Frågeställningar	10
METOD	10
Val av metod	10
Undersökningsgrupp och urvalskriterier	10
Genomförande	11
Studiens trovärdighet	14
Forskningsetiska överväganden	14
RESULTAT	15
Anpassat möte med patienten	15
Relationen mellan sjuksköterska och patient	17
Sjuksköterskans positiva upplevelser och erfarenheter av mötet	18
Mötenas påverkan på sjuksköterskan	18
Sjuksköterskans hantering av negativa upplevelser och erfarenheter	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
REFERENSER	26
BILAGOR I-IV	

INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatri var en av oss placerad inom rättspsykiatri och den andra på en beroendemottagning, två vårdformer där patienter med beroendeproblematik vårdas. Dessa placeringar väckte ett intresse och gav många insikter om den vård och omvårdnad som bedrivs inom psykiatri och beroendevården. Som all vård präglas beroendevården av möten mellan vårdgivare och patient. Dessa möten kan bestå av såväl medicinsk behandling som av kortare eller längre samtal. Vanligt inom beroendevården är att samtal ingår som en del av behandlingen, där utfallet av behandlingen till stor del beror på faktorer såsom vårdgivarens (sjuksköterskans) kunskap och erfarenhet, patientens delaktighet samt hur samtalet byggs upp mellan de två parterna (Skärsäter, 2010). Även om mötet och samtalet syftar till att behandla patienten ingår sjuksköterskan och dennes egna upplevelser och erfarenheter som en viktig del, vilket för oss skapade ett intresse för att beskriva mötet från sjuksköterskans perspektiv.

BAKGRUND

Definition av beroende

Beroende är ett sjukdomstillstånd vars diagnosticering är principiellt likartad för flera beroendesubstanser. Begreppet integrerar fysiologiska, psykologiska och sociala funktioner samtidigt som det tar hänsyn till skeenden i den beroende personens hjärna. Beroende kännetecknas av ett okontrollerat substansbruk som leder till lidande samt fysisk och psykisk ohälsa hos den enskilda individen. American Psychiatric Association har arbetat fram en diagnostisk manual som kallas DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vars fjärde och senaste version (DSM-IV) fastslår att tre eller fler av ett antal kriterier skall vara uppfyllda under en sammanhängande 12-månadersperiod för att en person ska kunna få en beroendediagnos. Kriterierna är följande: individen utvecklar tolerans, vilket leder till en ökad dos; abstinenssymtom vid minskning av dos; substansintaget ökar i mängd och även över tid; individen ägnar mer tid av sin dag till att skaffa samt inta substansen; individen kan göra försök att återta kontrollen över sitt substansbruk, dock med misslyckat resultat; individen tar allt större avstånd från sitt sociala liv till förmån för sitt substansbruk och avstår inte från detta intag även om det allvarligt påverkar hälsan såväl fysiskt som psykiskt. Om en individ med beroendeproblematik ändå lyckas avstå från sitt substansintag är de följande 12 månaderna svårast att ta sig igenom då risken för återfall är som störst under denna tidsperiod (American Psychiatric Association, 2002).

För denna studie valde författarna att utgå från begreppet ”beroende”. Vissa källor särskiljer inte mellan ”beroende” och ”missbruk” utan utgår från ”missbruk” och ”missbrukande” som generaliserade begrepp. I de fall där ”missbruk” som begrepp återfinns i texten härstammar detta från de källor som refereras till i studien.

Beroendeframkallande substanser

Ett flertal olika substanser kan vara beroendeframkallande. Till dessa hör bland annat alkohol, narkotika, vissa läkemedel, anabola steroider, nikotin, koffein och lösningsmedel (Allgulander, 2008). I studien kommer fokus att vara på alkohol, narkotika och läkemedel då det är denna typ av beroenden som behandlas på beroendemottagningar.

Alkohol är den vanligaste beroendesubstansen och cannabis är den vanligast förekommande narkotikan. Narkotika delas in i centralstimulerande medel, hallucinogener, cannabis och

opiater. Till centralstimulerande medel hör amfetamin och kokain. Till hallucinogener räknas bland annat partydrogerna GHB och ecstasy. Av opiaterna är det främst heroin som missbrukas (Allgulander, 2008; Socialstyrelsen, 2008). Läkemedelsberoende är vanligt vid blandmissbruk, det vill säga i kombination med alkohol eller narkotika, men finns även som ett eget beroende, så kallat primärt läkemedelsberoende. Bensodiazepiner och vissa analgetika är mest förekommande vid läkemedelsberoende (Johansson & Wirbing, 2005).

Beroendeproblematik

Substanser som har sin verkan i det centrala nervsystemet (CNS) och därmed påverkar psykiska funktioner kallas psykoaktiva ämnen. Många av dem är beroendeframkallande. Signalöverföring från en nervcell till en annan sker i synapserna mellan nervcellerna med hjälp av signalsubstanser som binder till en receptor. Psykoaktiva ämnen har inga egna receptorer utan binder till receptorer som är avsedda för kroppsegna substanser. De påverkar och stör det naturliga signalflödet i CNS (Johansson & Wirbing, 2005).

Beroendesubstanser har sin påverkan främst på hjärnans belöningssystem som finns i det mesolimbiska dopaminsystemet. Signalsubstansen dopamin har en viktig roll för känslor av välbefinnande och avspänning. Dopaminsystemet aktiveras av sex, föda och dryck men även av andra upplevelser som att lyckas väl på jobbet och att trivas i sina relationer. Beroendesubstanser tycks kunna aktivera dopaminsystemet och ge belöningskänslor för användaren. Även andra signalsubstanser som GABA, glutamat, serotonin och endorfiner påverkas i varierande grad av olika beroendemedel. Vid långvarig användning av beroendesubstanser aktiveras motverkande system som förhindrar långa tillstånd av belöning. Dessa stabiliseras efter en längre tids substansanvändning och upphör att verka först efter en längre tids drogfrihet (Johansson & Wirbing, 2005).

Ett kontinuerligt substansintag leder till att hjärnans belöningssystem sensibiliseras (eller sensitiserar) vilket innebär att effekten av substansen förstärks av det upprepade intaget. Hjärnans känslighet för substansen ökar, vilket beror på förändringar i belöningssystemet. Detta leder till att personen söker sig till nya intag av substansen (Johansson & Wirbing, 2005). Samtidigt leder toleransutvecklingen till att ett större substansintag krävs för att uppnå samma effekt (American Psychiatric Association, 2002). Ett sug efter substansen uppstår, vilket kan utlösas i situationer där personen tidigare har använt samma substans. Sensibilisering tycks kvarstå under en lång tid, även efter drogfrihet. Korsensibilisering innebär att om en sensibilisering har uppstått för en substans kan en ökad känslighet och förstärkt respons för andra beroendeframkallande substanser utvecklas. Detta har kunnat påvisas för bland annat alkohol och nikotin (Johansson & Wirbing, 2005).

Beroendeproblematik på samhällsnivå

Samhällskostnaderna för hantering och behandling av beroende av alkohol och narkotika varierar mellan olika länder, men för de flesta länder stannar utgifterna på mellan två till åtta procent av bruttonationalprodukten (BNP). I Sverige uppgår kostnaden till cirka 30-120 miljarder kronor årligen (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2001). Alkohol och läkemedel är legala substanser till skillnad från narkotika där all icke-medicinsk hantering är illegal. Detta medför att det i samhället finns en syn på att konsumtion av alkohol och läkemedel är accepterat till en viss gräns. Om denna gräns passeras och personens bruk av substansen går över i överkonsumtion ses det av många som svaghet, som att personen inte har någon karaktär. Vad gäller narkotika finns det inget legalt användande som kan gå från

konsumtion till överkonsumtion utan all användning utanför sjukvårdens ramar är kriminell (Johansson & Wirbing, 2005).

Kriminalitet och prostitution är vanligt bland narkotikaberoende personer (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010). Missbrukare med ingen eller låg kriminalitet är oftast alkohol- eller läkemedelsberoende. Den sociala situationen är stabil med utbildning och arbete och relationer med icke-missbrukare finns. När det gäller missbrukare med hög kriminalitet finns det två benämningar: missbrukande kriminella och kriminella missbrukare. Missbrukande kriminella har ofta en tidig drogdebut, svår uppväxt och står för många våldsbrott och olycksfall medan kriminella missbrukare hamnar i kriminalitet för att finansiera narkotikan (Johansson & Wirbing, 2005).

Det finns en stark koppling mellan alkoholintag, våld och skador (Socialstyrelsen, 2009). Substansberoende kan dessutom öka risken för hemlöshet och kriminalitet (Madras et al., 2008). Enligt en studie av Hser, Huang, Brecht, Li och Evans (2008) har patienter med hög substansanvändning haft en tidig debut av beroendeframkallande narkotikaintag och kriminalitet, sitter längre i fängelse och blir anställda i lägst grad jämfört med patienter med låg substansanvändning. Detta innebär att ju mer man använder narkotika, desto större samhällsliga konsekvenser får det. En annan studie (Hakansson, Schlyter & Berglund, 2007) visar att patienter med beroendeproblematik är i hög grad ihopkopplade med narkotikabrott, brott mot egendom och våldsbrott.

Alkohol ligger bakom många olyckor bland annat i trafiken, på arbetsplatser, i hemmet och vid drunkningar (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010). Varje år avlider ungefär 3000 personer i Sverige relaterat till fysiska skador, varav en tredjedel anses kopplade till intag av alkohol, och cirka 20 procent av alla trafikrelaterade dödsolyckor per år beror på alkohol (Socialstyrelsen, 2009). Åtminstone hälften av alla mord och självmord sker under alkoholpåverkan. Alkohol har en stor roll vid kvinnomisshandel, våldtäkt, dråp och misshandel. Ungefär tre fjärdedelar av gärningsmännen och hälften av brottsoffren till våldsbrott som har polisanmälts var alkoholpåverkade (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

Beroendeproblematik på individnivå

Somatiska effekter och konsekvenser

Alkoholberoende innebär att individen regelbundet intar en riskabelt stor mängd alkohol under en längre tidsperiod (SBU, 2001). Två typer av alkoholberoende kan identifieras. Typ 1 är miljöberoende och typ 2 har en ärftlig faktor som oftast går från far till son (Johansson & Wirbing, 2005). Alkoholberoende personer har en ökad förbränning av alkohol och kan därför dricka stora mängder utan att verka påverkade. Lindriga abstinenssymtom består av oro, sömnstörning, darrningar, svettningar och hjärtklappning. Delirium tremens är en svårare form av abstinens som är ett livshotande tillstånd som kräver intensivvård. Andra komplikationer till alkoholintag är Wernicke-Korsakoffs syndrom (hjärnskada orsakad av tiaminbrist), levercirros, cerebellär ataxi (lillhjärnsskada), blödningar, neuropati, pankreatit, epileptiska anfall, bristsjukdomar, övervikt, impotens, gikt, kardiomyopati och hjärtsvikt. Stora mängder som intas snabbt kan leda till arytmier och plötslig hjärtdöd (Allgulander, 2008). Individer med alkoholproblematik löper ökad risk att drabbas av cancer i munhåla, svalg, struphuvud och matstrupe (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

Centralstimulerande medel kan framkalla ökad fysisk ork. Amfetamin dämpar hunger- och törstkänslor samt ger nedsatt perifer cirkulation vilket märks framförallt i extremiteterna, ansiktet och könsorganet. Kokain ger ett kraftigt höjt blodtryck under ruset vilket leder till en ökad risk för hjärtsjukdom och stroke. Överdosis kan i värsta fall leda till döden (Allgulander, 2008; Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

Hallucinogener kan orsaka fysiologiska biverkningar såsom blodtryckshöjning med ökad puls och andningsfrekvens samt försämrade koordinationsförmåga och förstorade pupiller (Socialstyrelsen, 2008). En överdos av dessa preparat kan leda till andningssvårigheter och koma (Allgulander, 2008).

Opiater såsom heroin verkar bland annat smärtstillande samt ger slöhet och avtrubning. Dessa preparat är kraftigt beroendeframkallande och risken att avlida på grund av feldosering är stor (Socialstyrelsen, 2008). Dödligheten är, förutom vid överdosering, oftast kopplad till följsjukdomar såsom HIV och aids, blodförgiftning och hepatit. Även andningen och tarmkörtlarna hämmas av opiater. En opiatpåverkad person upplevs långsam och trög i röst, rörelser och reflexer. Vanliga abstinenssymtom är illamående, muskelsmärter, vidgade pupiller, diarré och feber (Allgulander, 2008). För alla narkotiska preparat som injiceras är det riskabelt att dela sprutor då blodsmittor som HIV och hepatit lätt kan spridas vidare (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

Vid cannabisintag upplever individen eufori och förstärkta sinnesintryck. Individen blir mer pratsam för att sedan bli likgiltig med nedsatt inlärning och koncentration. Ämnet THC som ingår i cannabis kan ge individen panikångest och hallucinatoriska upplevelser. Även vanföreställningar och aggressivitet kan uppstå (Allgulander, 2008). Cannabisanvändare löper högre risk att insjukna i kronisk bronkit och lungcancer samt kan få en ökad infektionsbenägenhet (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

Läkemedel som bensodiazepiner verkar lugnande, sömngivande och muskelavslappande. I kombination med alkohol räcker små mängder för att få en kraftigare effekt samt ett oförutsägbart beteende. Att inta bensodiazepiner samtidigt med andningshämmande substanser såsom alkohol, analgetika och opiater kan ge livshotande konsekvenser. Vad gäller läkemedelsgruppen analgetika står opiater (morfin) och kombinationspreparat som innehåller opiater för den största beroendeproblematiken. Abstinenssymtomen liknar de som uppstår vid opiatberoende men upplevs inte som lika starka (Johansson & Wirbing, 2005). Patienter som behandlas med opiater mot smärta löper även stor risk att utveckla ett beroende av opiater om de redan har ett beroende av alkohol och/eller bensodiazepiner. Dessa patienter har även en tendens att utveckla ångest och depression i samband med beroendeutvecklingen (Højsted, Nielsen, Guldstrand, Frich & Sjøgren, 2010).

Psykiska effekter och konsekvenser

Psykisk ohälsa är betydligt vanligare hos personer med beroendeproblematik än hos andra personer. Den kan vara en bidragande orsak till substansanvändningen eller en följd av den. De vanligast förekommande typerna av psykisk ohälsa i samband med beroende är depression, ångest, fobier, psykostillstånd och personlighetsstörningar (Johansson & Wirbing, 2005). Depression är, till exempel, mellan två och tre gånger vanligare hos individer med alkoholproblem än hos individer utan alkoholproblem (Socialstyrelsen, 2009). Att ha både en psykiatrisk diagnos och en beroendediagnos benämns dubbeldiagnos, samsjuklighet eller komplexa problem. Båda diagnoserna måste behandlas för att uppnå en varaktig förändring till det bättre i personens liv. En person med samsjuklighet kan ha svårt att ta till sig

information, implementera råd i sitt eget liv eller att klara av att bryta sitt beroende. Suicidrisken är högre inom denna grupp (Johansson & Wirbing, 2005).

Narkotiska preparat såsom hallucinogener påverkar individens sinnesstämning och omvärldsuppfattning vilket kan visa sig som psykiska biverkningar i form av depression och paranoida vanföreställningar (Socialstyrelsen, 2008). Vid intag av centralstimulerande medel känner sig personen mer kreativ, får ökat självförtroende, orkar mer psykiskt och blir mer pratsam och social. Intag av såväl amfetamin som kokain kan även leda till depressiva och paranoida tankar, som ibland utmynnar i en psykos (Allgulander, 2008; Wramner, Pellmer & Hellström, 2010). Vid plötsligt avbrutet läkemedelsintag kan den beroende personen känna sig nedstämd, initiativlös samt bli stresskänslig under en längre tidsperiod (Johansson & Wirbing, 2005).

Sociala effekter och konsekvenser

De sociala effekterna av alkoholberoende innefattar bland annat påverkan för familjen och det sociala nätverket runt den alkoholberoende personen. Det har beräknats att cirka tio procent av alla barns uppväxt präglas av att föräldrarna har en komplicerad relation till alkohol. Dessa barn upplever ofta att de kommer i andra hand. Om det finns flera barn i familjen kan ett av dem få rollen som syndabock och få utstå mer lidande än sina syskon samt kan uppleva skuldkänslor över föräldrarnas alkoholproblem. I detta läge kan en del barn utveckla överlevnadsstrategier för att orka hantera sina känslor av ensamhet, skuld och skam (Wramner, Pellmer & Hellström, 2010).

I ett parförhållande kan lynnighet, trötthet och nedsatt sexuallust, som en följd av beroendeproblematiken, tära på förhållandet. I det sociala umgänget kan personens kraftiga alkoholintag upplevas som pinsamt och framkalla skamkänslor hos partnern och även övriga familjen. Läkemedelsberoende kan leda till nedsatt inlevelse- och kontaktförmåga och försämrad psykisk hälsa med social fobi, nedstämdhet och ångest vilket kan ge både sociala och emotionella problem i familjen. Social isolering, ekonomisk nedgång och återkommande besvikelser är vanligt i familjer där någon har drogproblem. Misshandel, vanvård, sexuella övergrepp och känslomässig avtrubning under perioder då drogen används kan bytas ut mot översvallande kärleksfullhet och snällhet i nyktra perioder då personen har svåra skuldkänslor och vill kompensera. Dessa känslomässiga svängningar kan drabba familjen hårt (Johansson & Wirbing, 2005).

En individ med alkoholproblem löper större risk att utebli från sitt arbete, antingen under enstaka sjukdagar eller under längre tidsperioder som vid till exempel sjukskrivning (SBU, 2003). Substansberoende kan överlag påverka individens vardag och handlingar på så sätt att skola, arbete och liknande sysslor missköts. Individen får svårt att ta rationella beslut då substansintaget blir viktigare än att vårda sina privata relationer vilket orsakar problem och konflikter inom den närmsta sociala sfären (American Psychiatric Association, 2002).

Stigmatisering

Stigmatisering innebär att en individ eller en grupp definieras och bedöms utifrån sin bakgrund och, till viss mån, sitt beteende vilket även påverkar bemötande och attityder från andra gentemot denna individ (Goffman, 2011). En person med substansberoende kan av samhället ses som en moraliskt förfallen person vars livssituation är självvald. Ofta ses även substansberoende individer som farliga vilket framkallar ett undvikande beteende från omgivningen. Samhället kan därmed ge signaler om att dessa personer inte inkluderas i den

samhälleliga gemenskapen, vilket ytterligare stärker den substansberoende personens känsla av utanförskap (Adlaf, Hamilton, Wu & Noh, 2009). Den stigmatiserade personen erfar en negativ upplevelse som är förknippad med utstötning där han/hon betraktas som onormal och avvikande av samhället. En substansberoende person tenderar att se sig själv som misslyckad. Andra personers och samhällets stigmatiserade bild av missbrukare blir en del av personens självbild och känslor av maktlöshet, utanförskap, värdelöshet, skuld och skam blir starka. Upplevelsen av att stå utanför samhället, vara i behov av hjälp samt ensamhetskänslor leder till att personen börjar se sig själv som ett hopplöst fall, vilket försvårar processen att bli nykter eller drogfri (Skärsäter, 2010). Att beroende dock ses som en sjukdom gör att dessa skuldkänslor som personen känner kring sin situation minskar, men utan att förneka personen sitt ansvar för att förändra sin situation (Johansson & Wirbing, 2005).

Beroendevård

Beroendevården internationellt

Inom Europa varierar organisationen av beroendevården där antingen staten eller regionala enheter har fullt ansvar alternativt delar på ansvaret. Hur beroendevården är uppbyggd utanför Norden och Europa varierar, oftast beroende på landets storlek. I större länder som till exempel Kanada och Australien är beroendevården förlagd till delstaterna. Såväl i Danmark som i Finland är det främst kommunen som ansvarar för missbruks- och beroendevården, medan den i Norge drivs av statliga hälsoföretag. Utgångspunkten är att på ett lättare sätt identifiera och behandla individer med missbruks- eller beroendeproblematik (SOU 2011:35).

Från bland annat USA finns exempel på lyckade försök att förlägga delar av beroendevården till den regionala primärvården. Detta har inneburit ett mer effektivt sätt att identifiera och behandla individer med beroendeproblematik (Bernstein et al., 2009). En amerikansk studie visar på fördelar med att integrera patienter från avgiftningskliniker inom sjukvården med primärvården. Detta gav en möjlighet att behandla patienternas beroende istället för enbart symtomatisk behandling. Studien visar på fördelaktig behandling av såväl narkotikaberoende som alkoholberoende (Samet et al., 2003). Behandlingsprogram för patienter med beroendeproblematik inom primärvården i Kanada har visat sig vara framgångsrika vad gäller patienternas förmåga att trappa ner sitt beroende. Vid uppföljningar har en stor del av patienterna uppgett att de har minskat sitt dagliga substansintag. De enda patientgrupper som inte lyckades minska sitt substansintag var de som var beroende av cannabis och kokain (Kahan, Wilson, Midmer, Ordean & Lim, 2009).

Internationellt finns inga direkta riktlinjer för vilken roll eller funktion sjuksköterskor inom beroendevården har. Dock behöver dessa sjuksköterskor vara fördomsfria samt besitta egenskaperna tolerans och tålmod. Dessutom anses sjuksköterskerollen inom beroendevård genomgå fem utvecklingsstadier bestående av mötet, engagemanget, stabiliteten, kompetensen och slutligen expertisen (Clancy, Oyefeso & Ghodse, 2007). Dock upplever ofta många specialistutbildade sjuksköterskor inom beroendevården att deras utbildning inte täcker de kunskaper de behöver för detta specialiserade vårdområde. Framförallt saknar de tillräcklig praktisk träning och erfarenhet (Campbell-Heider et al., 2009). Ökad utbildning för vårdgivare kan förbättra möjligheterna till kontinuerlig behandling av patienter med beroendeproblematik. Substansberoende är en starkt bidragande orsak till att patienter avviker från vård eller avstår att följa medicinska råd, och det bästa sättet att komma åt detta problem har visat sig vara just ökad utbildning för vårdgivare samt en förbättrad kommunikation (Onukwugha et al., 2010).

Beroendevården i Sverige

Efter ett regeringsbeslut påbörjades år 2008 en utredning med syfte att reformera hur missbruks- och beroendevården var uppbyggd. Bakgrunden till detta beslut var att de lagar och författningar som reglerade detta vårdområde var 30 år gamla, och de behövde därför anpassas till samhällets utveckling. Inför utredningen identifierades ett antal områden som var i behov av förändringar, bland annat personalens kunskapsnivå samt hur den enskilda patientens inställning och motivation till förändring togs till vara (SOU 2011:35). Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård kom ut för första gången 2008 då det ökande antalet individer med beroendeproblematik skapade ett behov av en enhetlig och strukturerad vårdform. Socialstyrelsen rekommenderade ett sammangående mellan kommun och landsting vad gäller beroendevården, samt ett samarbete med socialtjänsten, för att maximalt utnyttja kompetens, kunskap och resurser. En bredd av kompetenser var även viktig då individer med beroendeproblem ofta uppvisar såväl fysisk som psykisk sjukdom. Dessutom skulle ett samarbete mellan dessa tre instanser innebära att individer med beroendeproblem kan identifieras och erbjudas behandling vid ett tidigare stadium (Socialstyrelsen, 2008).

Det finns stora variationer inom Sverige vad gäller beroendevårdens organisation, ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting och utbudet av vård- och stödinsatser. En del landsting saknar specialiserade beroendeenheter helt medan andra landsting har särskilda beroendecentrum, men graden av specialisering kan skilja sig åt. Vissa landsting erbjuder ett varierat utbud av både psykosociala och medicinska stödåtgärder, medan andra har begränsat sitt ansvarsområde till enbart abstinensbehandling i slutenvård och behandling av personer med samtidig allvarlig psykisk sjukdom. Av landstingens specialiserade enheter är vissa separerade från psykiatrin medan andra är integrerade med psykiatrin. Kommunernas storlek spelar in i hur stort utbudet av vård- och stödinsatser är. Mindre kommuner har ett begränsat utbud medan större kommuner har ett bredare utbud. Formerna för samverkan mellan kommun och landsting varierar beroende på hur de tolkar sitt ansvar för beroendevården (SOU 2011:35).

Ett exempel på en specialiserad beroendeenhet är Beroendecentrum Stockholm, som är en egen förvaltning inom psykiatridivisionen i Stockholms läns landsting (SLL) och som har samlat den specialiserade beroendevården i länet. Även det privata vårdföretaget Capio Maria bedriver beroendevård inom länet. Verksamheten inom Beroendecentrum Stockholm omfattar öppen vård (på beroendemottagningar), slutenvård, akutvård och specialiserade program för vissa grupper, till exempel ungdomar eller gravida kvinnor. Öppenvården drivs integrerat med socialtjänsten och i samverkan med psykiatrin och primärvården (SOU 2011:35).

Arbetet på beroendemottagningar

Vården av patienter med beroendeproblem kan delas in i flera steg. Till att börja med ska en första kontakt etableras med patienten, till exempel genom att patienten själv söker vård för sina problem. För att identifiera ett beroende används framförallt så kallade biologiska tester, vilka består av blodprov och urinprov. Det sistnämnda ska alltid användas om ett narkotikaberoende misstänks. Efter identifiering ska beroendet bedömas utifrån svårighetsgrad. Detta kan göras med psykologiska tester där patienten utifrån standardiserade frågeformulär uppnår en viss poäng som i sin tur ger vårdgivaren riktlinjer om vilken behandling som är aktuell för den enskilde patienten. För bedömning av alkoholberoende används det psykologiska testet AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), och för

narkotikaberoende heter det motsvarande testet DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Dessa tester är även användbara då behandlingsåtgärderna ska följas upp och utvärderas. För att testerna ska kunna användas måste de uppfylla kraven på reliabilitet och validitet. Vårdgivaren måste även ha god kunskap om de olika testen för att kunna bedöma vilket eller vilka test som är lämpliga i de specifika patientfallen. Detta kräver såväl utbildning som fastställda rutiner. Patientens tillstånd, sinnestämning och samarbetsvilja kan påverka hur testresultaten utfaller (Socialstyrelsen, 2008).

I samband med bedömningen av själva beroendet bedöms även patientens förutsättning att ta till sig föreslagen behandling. För att hjälpa patienten att ta sig igenom en behandling kan motiverande samtal användas (Socialstyrelsen, 2008). Motiverande samtal förkortas ofta till MI då den engelska benämningen är Motivational Interviewing. MI syftar till att motivera en individ till att klara av att genomföra en förändring. Det innebär även att individen själv ska få möjlighet att göra egna reflektioner och se på sig själv och sin situation ur en annan synvinkel. MI är en vanlig mötesvariant vid verksamheter inriktade mot behandling och rehabilitering (Barth & Näsholm, 2006).

Vården av patienter med dubbeldiagnos kan genomföras med hjälp av en så kallad case manager-sjuksköterska. Det är en sjuksköterska med specialistkompetens inom området och som är ansvarig för patientens rehabilitering och samverkar med andra vårdinstanser och socialtjänsten (Johansson & Wirbing, 2005).

Sjuksköterskan och samtalet som mötesform

I sjuksköterskans grundläggande ansvar ingår att förstå och vårda patienter, och i vårdandet ingår att mötas, att bli berörd och beröra och att växa tillsammans med patienten. Sjuksköterskans kunskap består dels av fakta men också av en fortgående reflektion kring patientens behov och situation. Bedömning av patienten handlar om att förstå honom/henne, vad han/hon vill ha hjälp med samt personens förmåga att ta ansvar för sin egen behandling. Dessa bedömningar bör göras fortlöpande under hela vårdtiden. Denna kunskap växer fram i sjuksköterskans erfarenheter av möten med patienter (Wiklund Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010).

Sjuksköterskans kunskap formas genom att evidensbaserad vård och den unika patientens behov speglas mot varandra. Patientens uppfattning om vilka åtgärder som hjälper honom/henne kan skilja sig från vad som är evident. Evidensen kan vara ett stöd för sjuksköterskan i att använda huvudet (teoretisk kunskap), händerna (praktisk kunskap) och hjärtat (etisk kunskap) på ett integrerat sätt som ständigt reflekteras över (personlig kunskap) samt tillämpas på ett unikt sätt i relation till patientens situation (Wiklund Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010).

Varje samtal förutsätter och skapar en relation mellan sjuksköterskan och patienten. I en sådan relation är det inte enbart patienten som tar emot och sjuksköterskan som ger, utan det finns en ömsesidighet. Både lidande och glädje delas mellan parterna så att delad glädje blir dubbel glädje och delat lidande blir minskat lidande (Wiklund Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010).

Vid samtal om beroende är det viktigt att vara öppen, inte döma och att ta patientens perspektiv på allvar. Målet är att förstå hur patienten själv ser på sina drogvanor för att få en grund för det fortsatta arbetet. Att visa respekt för patientens integritet och självbestämmande gör att dennes värdighet bibehålls och att han/hon känner sig delaktig i vården.

Förutsättningen för ett bra möte mellan en sjuksköterska och en patient är att båda parter känner tilltro till den andras kompetens – patientens kunskap om sig själv och sin egen situation och sjuksköterskans kunskap om och erfarenheter av patienter med beroendeproblematik (Skärsäter, 2010).

En relation uppstår i mötet, och målet är att stärka patientens förmågor och resurser, och att minska dennes känsla av ensamhet och isolering (Skärsäter, 2010). Även sjukvårdspersonalens kunskaper och attityder till substansbruk spelar en viktig roll när det gäller att bemöta dessa patienter (Kelleher, 2007). När en relation har etablerats mellan sjuksköterskan och patienten öppnas en möjlighet att hitta en väg ut ur det lidande som ett beroende innebär. Metaforiskt kan det, enligt Skärsäter (2010), beskrivas som lidandets drama, där patienten har huvudrollen men sjuksköterskan är en viktig medaktör. Sjuksköterskans uppgift blir att skapa förutsättningar för patienten att hitta nya sätt att möta livet. Samtalet ska inte fokusera enbart på beroendet utan även på lidandeberättelsen och ha ett helhetsperspektiv på patienten och vården. Sjuksköterskan bör möta patienten där han eller hon befinner sig. Detta ställer krav på engagemang, självaktning och autonomi hos sjuksköterskan som bör vara närvarande och våga samtala om lidandet. Han eller hon bör ha beredskap att hantera de starka känslor som kan uppstå i en själv i dessa situationer. Genom att vara observant på sina egna känslor och reaktioner och vara beredd att ge upp den egna känslan av kontroll och att veta vad som är bäst för patienten kan man skapa en bra relation till denne. Utan självaktning kan sjuksköterskan drivas av sina egna bekräftelsebehov och vilja vinna patientens gillande så att han eller hon förlorar sin autonomi gentemot patienten. Sjuksköterskan ska därmed inte ge upp sig själv utan snarare vara äkta och genuin i mötet med patienten utan att förlora grundläggande värden och sin professionalitet (Skärsäter, 2010). Scanlon (2006) menar dock att sjuksköterskan är en individ med tankar och känslor, och att det därmed är ofrånkomligt att sjuksköterskan blir emotionellt påverkad av alternativt påverkar patienten med sin egen individuella synvinkel.

Att arbeta som sjuksköterska inom psykiatrin eller beroendevården innebär möten med patienter som uttrycker olika former av lidande, som till exempel ångest eller nedstämdhet. Arvidsson (2006) beskriver att patientrelationen kan väcka känslor av hjälplöshet, rädsla, ångest och medlidande hos sjuksköterskan, men även positiva känslor såsom glädje över att patientens hälsa eller vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienten förbättras. Sjuksköterskor kan uppleva känslor av otillräcklighet, stress och överansträngdhet vilket bland annat kan bero på att det inte finns utrymme för reflektion kring arbetsrelaterade situationer.

Ett sätt att möjliggöra reflektion är yrkesmässig handledning i omvårdnad. Det är en metod för att utveckla arbetet, bearbeta och hitta lösningar på problem och innebär att arbeta med både själva arbetsutförandet samt upplevelser, känslor, ideal och attityder till patienter och vårdandet. Det kan ske individuellt eller i grupp och bör göras regelbundet (Arvidsson, 2006). Butterworth, Faugier och Burnard (1998) konstaterar att många sjuksköterskor utför ett emotionellt krävande arbete som kan vara svårt att hantera på egen hand och handledning innebär då en möjlighet för sjuksköterskan att samtala kring aktuella patienter och sin arbetssituation. Sloan (2006) menar att sjuksköterskor överlag ser handledning i sitt arbete som en fördel, främst för att handledningstillfällena erbjuder en möjlighet att ventilera problem och egna tillkortakommanden.

Problemformulering

Att behandla patienter med missbruks- och beroendeproblematik med rådgivning har visat sig vara gynnsamt såväl resultatmässigt vad gäller utvärderingen av själva behandlingsformen som samhällsekonomiskt då missbruks- och beroendevård är mycket kostsamt för samhället. Missbruks- och beroendevården skulle gynnas av mer kompetent personal, både vad gäller utbildning och erfarenhet, och av att behandlingen av patienterna utgick från patienternas förmåga att delta i sin egen vård. För att åstadkomma detta ska motivation ses som ett ledord i behandlingen, vilket rent praktiskt kan genomföras med hjälp av rådgivning (SOU 2011:35).

För att motiverande rådgivning, som oftast innebär ett samtal mellan sjuksköterska och patient, ska ge ett positivt utfall måste det präglas av samförstånd och en ömsesidig respekt. Patienten ska kunna känna förtroende för sjuksköterskan för att våga öppna upp sitt liv och sina funderingar samt för att kunna motiveras till förändring (Skärsäter, 2010). Detta lägger ett stort ansvar på sjuksköterskan och dennes kompetens och erfarenhet, samtidigt som varje möte med en patient bidrar med en ny upplevelse och erfarenhet. Detta skapar ett intresse för hur mycket dessa mötesituationer påverkar den enskilda sjuksköterskan, dels som privatperson och dels i sitt fortsatta yrkesutövande.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter på beroendemottagningar.

Frågeställningar

- Hur upplever sjuksköterskor möten med patienter på beroendemottagningar?
- Vilka erfarenheter tar sjuksköterskor med sig från möten med patienter på beroendemottagningar?

METOD

Val av metod

Kvalitativa intervjuer valdes som metod för datainsamling då utgångspunkten var att utforska andra individers upplevelser och få en uppfattning av problemområdet genom deras synvinkel (Kvale & Brinkmann, 2009). Avsikten med studien var att inte ha någon fast föreställning eller hypotes utan utforska problemområdet med ett öppet sinne vilket gjorde kvalitativa intervjuer till en lämplig metod (Polit & Beck, 2012). Då syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser ansågs i enlighet med Lantz (2007) intervjuer med vida, öppna frågor som informanten fick tänka och svara fritt kring vara lämpliga jämfört med exempelvis kvantitativ metod bestående av enkäter med styrande frågor. I intervjuerna kunde informanterna fritt beskriva sin uppfattning av problemområdet och resonera med sig själva samt ge sin subjektiva bild av verkligheten (Lantz, 2007).

Undersökningsgrupp och urvalskriterier

Den valda undersökningsgruppen var sjuksköterskor yrkesverksamma på beroendemottagningar. För att inte begränsa antalet möjliga intervjudeltagare användes inga specifika inklusions- eller exklusionskriterier för de sjuksköterskor som skulle intervjuas. Då intervjuerna skulle utgå från de enskilda sjuksköterskornas upplevelser ansågs det vara

viktigare att de hade ett intresse av att delta i studien och dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter.

Antalet intervjudeltagare som ska inkluderas i en studie beror på studiens syfte samt omfattning, det vill säga hur många deltagare som behövs för att ta reda på tillräcklig mängd information för att kunna göra en analys samt vilken tidsbegränsning som finns för studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Eftersom studien är ett examensarbete fanns fastställda riktlinjer som begränsade intervjuantalet från minst sex till maximalt åtta intervjuer. Intervjuantalet begränsades till sex intervjuer eftersom författarna tidigt i intervjuprocessen noterade att intervjupersonerna delgav liknande information, och dessa sex intervjuer ansågs tillräckligt för att besvara studiens syfte.

Genomförande

Förberedelser

Initialt sändes en allmän förfrågan om intervjudeltagande (bilaga I) ut i brevform till ett beroendecentrum samt fyra beroendemottagningar för att få en inblick i om det fanns möjlighet att genomföra studien. Vid kontakt med beroendecentrumet råddes författarna att söka ett formellt tillstånd varefter ett underlag (bilaga II) med förfrågan om tillstånd för att genomföra intervjuer samt ett brev innehållandes information om studiens syfte, metod och etiska överväganden sändes till verksamhetschefen på det aktuella beroendecentrumet. Kvale och Brinkmann (2009) poängterar att det är en avvägningsfråga om vem som ska godkänna deltagande i en studie men att det ibland kan krävas att det är den högsta instansen. När studiens syfte hade godkänts av verksamhetschefen fick författarna kontaktuppgifter till ett antal sektionschefer och chefssjuksköterskor inom beroendecentrumet som författarna skickade e-post till, innehållande information om studien och ett bifogat brev (bilaga I). Två av de initialt kontaktade beroendemottagningarna tackade nej till deltagande i studien. Även andra sökvägar användes för att komma i kontakt med intervjupersoner. Direktkontakt togs med ett antal mottagningar genom telefonsamtal, och författarna tog dessutom kontakt med en sjuksköterskestudent som hade sin verksamhetsförlagda utbildning under samma period som studiens genomförande på en beroendemottagning. I kombination ledde samtliga ovanstående metoder till totalt sex inbokade intervjuer.

Intervjuguide

Granskär och Höglund-Nielsen (2008) menar att eftersom forskaren använder sig själv som ett verktyg blir han eller hon en medskapare i forskningsprocessen. I enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008) utformades en intervjuguide (bilaga III) som sedan användes under intervjuerna eftersom strukturerade frågeformulär som används vid intervjuer med i förväg formulerade frågor som ställs på samma sätt till de olika intervjudeltagarna kan vara ett sätt att skapa distans mellan forskaren och forskningen. Enligt rekommendationer från Kvale och Brinkmann (2009) byggdes frågeområdena i intervjuguiden upp och strukturerades utifrån studiens syfte och frågeställningar. Intervjuguiden följdes under alla sex intervjuer och intervjudeltagarna fick svara på alla frågor. Intervjuerna var halvstrukturerade i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) då de utgick från två frågeområden, men utöver dessa anpassades frågorna efter det enskilda intervjutillfället. Detta för att inte styra intervjudeltagarna då det var deras upplevelser och erfarenheter som var av intresse och skulle stå i fokus.

Provintervju

En provintervju genomfördes enligt Lantz (2007) riktlinjer för att utvärdera om intervjuguidens innehåll och frågor fungerade och var adekvata för studiens syfte. En provintervju bör göras med en person som tillhör samma kategori som de personer som senare ska intervjuas, och därför var intervjudeltagaren en sjuksköterska som arbetade på en beroendemottagning. Sjuksköterskan blev informerad om att det var en provintervju som skulle genomföras innan intervjun började. När den var avklarad fick hon delge sina tankar och åsikter om intervjuens upplägg och innehåll. Intervjuguidens innehåll och frågor bedömdes vara adekvata och intervjuguiden reviderades därmed inte och provintervjun ingick i studiens analysmaterial (Trost, 2010).

Datinsamling

När provintervjun var utförd och intervjuguiden ansågs användbar gjordes resterande intervjuer. På en mottagning intervjuades två sjuksköterskor, och på de övriga intervjuades en sjuksköterska. Intervjuerna var cirka 20-50 minuter långa och genomfördes i ett avskilt rum på sjuksköterskans arbetsplats, vilket Trost (2010) rekommenderar och menar att platsen för intervjun ska vara i en miljö där informanten känner sig trygg och som är lugn och ostörd. I enlighet med Lantz (2007) informerades intervjudeltagarna innan intervjun påbörjades om studien och dess syfte, samt om de etiska principerna om frivillighet och konfidentialitet. De fick även ett informationsbrev med samma information (bilaga IV). Informanterna delgavs även information kring ramarna för intervjun, det vill säga hur lång tid den beräknades ta, att den skulle spelas in och hur informationen skulle hanteras.

En diktafon användes för att spela in intervjuerna, i enlighet med Trost (2010) eftersom författarna då kunde lyssna på tonfall och ordval i efterhand, transkribera materialet och höra både vad som gick bra och vad som gick mindre bra under intervjun. Genom att använda diktafon kunde författarna koncentrera sig på att ställa frågor och lyssna på svaren istället för att göra anteckningar, vilket dessutom kan uppfattas som störande av informanten. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer, men den ena ledde intervjun genom att ställa frågorna medan den andra lyssnade aktivt och hjälpte till med att ställa följdfrågor. Författarna turades om att ha dessa olika roller vilket Trost (2010) menar kan vara till intervjuarbetets fördel då två intervjuare kan komplettera och stötta varandra, få ut mer information och få en bättre förståelse för intervjumaterialet än vid intervjuer med bara en intervjuare.

Inspelningen sattes på efter att all information hade delgetts och informanten än en gång hade godkänt sitt deltagande i studien. De inledande frågorna i intervjuguiden var av faktakaraktär för att författarna skulle få ta del av betydelsefull bakgrundsinformation om intervjudeltagarna. Enligt Lantz (2007) är det bra att inleda en intervju med faktafrågor då de är enkla att svara på och skapar ett avslappnat klimat. Därefter ställdes frågor kring områdena upplevelser och erfarenheter och vid behov ställdes följdfrågor, förtydligande frågor eller upprepningar av vad intervjudeltagaren sagt för att klargöra att svaret hade uppfattats korrekt av författarna. I enlighet med Trost (2010) försäkrades de informanter som ville ta del av det färdiga arbetet att författarna skulle skicka ett exemplar till dem efter att det var färdigställt och godkänt av examinator.

Bearbetning av material

Författarna transkriberade tre intervjuer var efter att de hade genomförts. Detta gjordes ordagrant förutom ljud såsom hummanden och skratt. De inspelade intervjuerna genomlyssnades av båda författarna i syfte att jämföra det inspelade materialet mot transkriptionen. Därefter raderades inspelningen från diktafonen eftersom den var inlånad och inte tillhörde författarna. Däremot sparades det inspelade materialet i form av ljudfiler tills examensarbetet var genomfört och godkänt. Endast författarna hade tillgång till dessa ljudfiler. Transkriptionerna lästes sedan igenom ett flertal gånger av båda författarna.

Metoden som användes för intervjuanalys var kvalitativ innehållsanalys, i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008). Denna analysmetod fokuserar på tolkning av texter såsom transkriptioner av inspelade intervjuer, vilket gjorde den lämplig för studien. Den metodologiska ansatsen var induktiv, vilket innebär en förutsättningslös analys av texter. Författarna har följt den kvalitativa traditionen där omvärlden ses som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv. Texten har setts i sin kontext och tolkningen har gjorts med medvetenhet om vad denna kontext innehåller, både vad gäller intervjudeltagarens livskontext och själva textens sammanhang. Innehållet har därför ibland förståtts av den text som har kommit före och efter. En text har dessutom inte en given tolkning utan flera tolkningar är möjliga. Ambitionen har varit att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i texten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Den valda analysmetoden följde rekommendationer från Granskär och Höglund-Nielsen (2008) där ett antal centrala begrepp som används vid kvalitativ innehållsanalys beskrivs. Dessa är: analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, kod och kategori. En analysenhet är det dokument som ska analyseras vilket i studien är de enskilda intervjuerna. En domän är större delar av en text som behandlar ett specifikt område vilket i studien är frågeområdena upplevelser och erfarenheter. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten och kan bestå av ord, meningar eller textstycken. Dessa utgör grunden för analysen. Vid kondensering förkortas texten utan att förlora det centrala innehållet. En kod är en etikett på en meningsenhet som beskriver innehållet. Underkategorierna består av de koder som författarna kom fram till var liknande. Kategorier består av flera underkategorier med liknande betydelse. Innehållet i en kategori ska vara lika varandra men skilja sig från innehållet i andra kategorier. Tabell 1 visar ett exempel från författarnas analysarbete:

Tabell 1. Beskrivning av de olika stegen i kvalitativ innehållsanalys i studien

Domän	Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Erfarenheter	man liksom tänker att man måste ha någon att bolla med. Då kan man få lite tankar och liksom idéer från...ja, varandra	Man tänker att man måste ha någon att bolla med och någon att utbyta tankar och idéer med	Utbyte av tankar och idéer med kollegor	Kollegors betydelse	Sjuksköterskans hantering av negativa upplevelser och erfarenheter

Studiens trovärdighet

Utifrån Granskär och Höglund-Nielsen (2008) bestämde sig författarna för att föra en kontinuerlig diskussion om studiens trovärdighet där giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet är viktiga begrepp. Båda författarna var delaktiga i studiens alla delar vilket ökar trovärdigheten.

Giltighet handlar om att resultatet lyfter fram det som är representativt för det som ska beskrivas. Konsensusförfarande är ett sätt att bevara giltighet vilket användes under hela analysprocessen. Det innebär att en kontinuerlig reflektion och diskussion förs i forskargruppen för att komma fram till en gemensam tolkning av texten. Giltigheten påverkas även av sammansättningen av intervjudeltagare. Inga specifika inklusions- eller exklusionskriterier fanns men intervjudeltagarna hade olika bakgrund vad gäller vidareutbildning och yrkeserfarenhet inom och utöver beroendevården. Detta ökar giltigheten då syftet med kvalitativa studier är att beskriva variationer. Beskrivning av detta samt analysprocessen och redovisning av citat bekräftar studiens giltighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Tillförlitlighet handlar om att författarna tydligt redovisar sina förkunskaper. I studien har båda författarna läst samtliga sex intervjuer och gjort analysarbetet tillsammans i enlighet med konsensusförfarandet. Överförbarhet handlar om i hur stor grad studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer, vilket avgörs av läsaren. Författarna kan underlätta denna bedömning genom att tydligt redovisa studiens urval, deltagare, datainsamling, analys samt studiens sammanhang, vilket har gjorts (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Forskningsetiska överväganden

Hela studieprocessen har genomförts med utgångspunkt från grundläggande etiska principer såsom att respektera individen, dennes integritet och rätt till självbestämmande (World Medical Association [WMA], 2008) Dessa principer innebär att individer som tillfrågas om att delta i en studie i god tid ska erhålla den information som de behöver för att självständigt kunna besluta om sitt eget deltagande (Vetenskapsrådet, 2011). Intervjudeltagarna informerades, dels via utskickade brev (bilaga I) och dels både muntligen och skriftligen (bilaga III) i samband med intervjuerna, om studiens syfte, problemområdet som skulle studeras samt hur intervjuerna skulle gå till och hur lång tid de beräknades ta.

Intervjudeltagarna informerades även om att de när som helst hade möjlighet att avbryta intervjuerna eller på annat sätt meddela att de inte längre önskade delta i studien. På så sätt har intervjudeltagarna haft full rätt att bestämma över sitt eget deltagande i studien, något som Kvale och Brinkmann (2009) kallar informerat samtycke. All privat information som kunde identifiera intervjudeltagarna oidentifierades i den färdiga studien, enligt den etiska riktlinjen om konfidentialitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Utefter de etiska riktlinjer som enligt Kvale och Brinkmann (2009) hör till forskarrollen har författarna korrekt återgivit resultatet från intervjuerna. Kvale och Brinkmann (2009) menar även att forskaren ska vara medveten om sin egen påverkan på såväl informant som analysprocess vilket författarna tog med sig och var uppmärksamma på under studiens gång. Med det menas att författarna inte försökte styra informanternas tolkning av frågorna och inte heller försökte inväva sina egna åsikter i intervjumaterialet.

RESULTAT

De sex intervjuade sjuksköterskorna var alla kvinnor, men hade olika yrkesbakgrund och erfarenhet av beroendevården. Två av sjuksköterskorna arbetade på samma beroendemottagning medan de övriga fyra sjuksköterskorna arbetade på olika beroendemottagningar. Två av sjuksköterskorna var specialistutbildade inom psykiatri och två sjuksköterskor höll på att färdigställa sina specialistutbildningar inom psykiatri. Två sjuksköterskor hade inte specialistutbildning men hade däremot genomgått olika vidareutbildningar inom folkhälsa och case management. Den tidsperiod sjuksköterskorna hade arbetat inom beroendevården varierade mellan ett och ett halvt år till 22 år. Tre av sjuksköterskorna hade tidigare arbetserfarenhet från somatisk vård och två av dessa hade även erfarenhet från öppenvården. En sjuksköterska hade enbart arbetat inom beroendevården och två sjuksköterskor hade tidigare arbetat inom psykiatri. Antalet besök som sjuksköterskorna tog emot per dag kunde variera från fyra till cirka 20 besök. Tre av sjuksköterskorna hade handledning i sitt arbete och två sjuksköterskor hade inte någon handledning. En sjuksköterska hade handledning kring vissa av sina patienter, men inte alla. Var ansvaret låg för att möjliggöra handledning till personalen varierade mellan de olika beroendemottagningarna.

Resultatet har delats in i följande fem kategorier: anpassat möte med patienten, relationen mellan sjuksköterska och patient, sjuksköterskans positiva upplevelser och erfarenheter av mötet, mötenas påverkan på sjuksköterskan samt sjuksköterskans hantering av negativa upplevelser och erfarenheter. De har därefter delats in i ett antal underkategorier. I vissa av citaten har delar av texten uteslutits alternativt anpassats för läsförståelsens skull. Dessa ändringar har markerats med klamrar.

Anpassat möte med patienten

Patientens situation som utgångspunkt vid mötet

”men mycket handlar om att de får själv[a] [...] berätta varför de söker, och varför just nu”

Flera sjuksköterskor beskrev att alla patienter var individer, olika från varandra, och därför blev mötena varierande och krävde att sjuksköterskorna var flexibla och kunde anpassa sig efter patienterna. Samtliga sjuksköterskor arbetade utifrån att varje möte var unikt och att varje patient skulle bemötas och bedömas utifrån sitt problem, sina förutsättningar att medverka i sin egen vård samt hur långt patienten hade kommit i sin förändringsprocess. En sjuksköterska poängterade att det enda patienterna hade gemensamt med varandra var beroendeproblematiken, utöver det var alla patienter unika individer. Flera av sjuksköterskorna menade att de bistod patienterna med en service som skulle utgå från och anpassas efter vad den enskilda patienten behövde hjälp med. De betonade att det var viktigt att patienten fick berätta med egna ord om sina problem och varför han/hon hade valt att söka vård just då. En sjuksköterska ansåg att konsten att kunna läsa av en patient för att veta hur mötet ska anpassas kan ta flera år att lära sig.

”mycket handlar ju om att inte styra upp för mycket utan [...] de kan ju komma med något helt annat. Det kan ju vara någonting som är mycket viktigare för henne att prata kring nu”

Även när sjuksköterskorna hade ett möte med en patient som de hade träffat och behandlat under en längre tidsperiod kunde mötet behöva anpassas utifrån hur patienten mår vid det aktuella mötet. Under mötet gjorde sjuksköterskorna en objektiv bedömning av patientens

psykiska hälsa, och framför allt om patienten visade någon tendens till suicidala tankar. Det kunde även hända att patienten själv ville prata om något särskilt som hade hänt i hans/hennes liv, och då anpassades mötet utefter det även om det innebar att beroendet denna gång hamnade lite i skymundan.

”men det handlar om hela livssituationen också, det får ju inte bara [...] bli alkohol heller, det gäller att hitta någon balans i det där”

Flera sjuksköterskor beskrev att samtalet med patienten inte bara kretsade kring beroendesubstansen utan även kring fysisk hälsa och patientens övriga liv. Flera beskrev även att det fanns en skillnad mellan nybesök och återbesök, där nybesök med patienter som sjuksköterskorna inte hade träffat tidigare krävde en annan typ av samtal. De var ofta längre och av ett mer utredande slag där sjuksköterskan försökte få fram information om patientens situation och vad han/hon vill ha hjälp med. Vid återbesök påpekade flera sjuksköterskor att det var viktigt att följa upp både patientens beroendeproblematik och privatliv. En sjuksköterska beskrev att samtalet med patienten kretsade kring olika alternativ till drogen, vilken den än var, både relaterat till vad patienten gjorde och hur han/hon tänkte.

Patientens förändringsprocess i mötet

Samtliga sjuksköterskor träffade flera av sina patienter under längre tidsperioder som kunde sträcka sig över flera månader eller år, och en av sjuksköterskorna påpekade att patientens förändringsprocess för att bli av med sitt beroende är en mycket långdragen process som måste få ta sin tid. Hon menade att det beror på att patienter med beroendeproblematik har ett beteende och ett mönster som är mycket svårt att förändra. En annan sjuksköterska framhöll att hon i behandlingen måste ha med sig patienten och arbeta tillsammans mot en förändring. Hon ansåg att patientens förändringsprocess gynnades av att patienten fick reflektera över sig själv och sin situation utan att sjuksköterskan försökte styra för mycket. Flertalet sjuksköterskor nämnde att de använde motiverande samtal (MI) som samtalsmetod.

”det är ofta väldigt litet ansvar från patientens håll, de vill men de har inte alltid förmåga”

Flera sjuksköterskor menade att syftet med patientbehandlingen är att patienten ska komma till insikt om sitt eget beroende och att en motiverad patient har bättre förutsättningar för att åstadkomma en förändring. En av sjuksköterskorna påpekade att även om motivationen fanns så kanske inte alla patienter hade förmågan att ta ansvar för sin förändringsprocess. Hon uttryckte att ett sätt att utvärdera patientens förändringsprocess är att utvärdera de enskilda mötena med patienten. Främst märkte sjuksköterskorna att de hade för vana att utvärdera vad som hade gått mindre bra i ett möte.

Samtalsmöjligheter

”en sak som är ganska påtaglig är ju att, jag ofta inte tycker att jag har tillräckligt med tid”

Ett fåtal av sjuksköterskorna tyckte att de inte hade tillräckligt med tid för att kunna ha ordentliga samtal med sina patienter på grund av för högt patienttryck på mottagningen. En sjuksköterska påpekade att hon ändå hade bättre samtalsmöjligheter än inom andra vårdinstanser där medicintekniska moment är mer tidskrävande. En sjuksköterska tyckte att hon trivdes bra på sitt arbete just för att hon hade tid för möten med patienter i jämförelse med sin tidigare arbetsplats på en annan beroendemottagning.

Relationen mellan sjuksköterska och patient

Samspelet mellan sjuksköterska och patient

”så har vi fått en jättebra och vänskaplig, eller [...] mer nära relation, och då är det också lättare för mig att prata om hennes problematik, varför hon går här”

Flertalet av sjuksköterskorna poängterade att samspelet mellan sjuksköterska och patient förutsätter en fungerande kommunikation. En sjuksköterska reflekterade över sin egen kommunikativa förmåga och huruvida hon och patienten talar om samma sak för att undvika missuppfattningar. Flera av sjuksköterskorna nämnde relationen till patienten som en viktig faktor i samspelet då de ansåg att det är lättare att få ett fungerande samspel med en patient som de redan har träffat ett antal gånger. En sjuksköterska menade att samspelet och därmed även relationen mellan sjuksköterska och patient underlättas om det går att hitta något gemensamt intresse att prata om, särskilt om patienten är mer tystlåten och sluten av sig. Flera sjuksköterskor påpekade att det fanns ytterligare svårigheter när det gällde att skapa ett bra samspel med patienter som har sociala problem eller fler diagnoser utöver beroendet. De var mer oberäknliga i sitt beteende och därmed svårare att nå och kommunicera med på ett konstruktivt sätt.

Förtroendet mellan sjuksköterska och patient

”ja, det handlar ju mycket om att skapa förtroende också, och i ett förtroende så måste ju en person känna att jag har, att jag har ett intresse av att hjälpa, och ska jag kunna förmedla det här intresset så måste jag ju, ja, på något sätt ge av mig själv.”

Flera sjuksköterskor återkom till förtroendet mellan dem som sjuksköterskor och sina patienter. Detta förtroende baseras på att patienten känner sig tillräckligt avslappnad för att våga ”släppa in” sjuksköterskan och kunna ge av sig själv. Två sjuksköterskor belyste den första kontakten, det vill säga det första mötet, som grunden för att skapa ett fortsatt förtroende. En av sjuksköterskorna menade att ett sätt att skapa detta förtroende så tidigt i behandlingsprocessen är att berätta för patienten om sig själv, sin kompetens samt om vad den aktuella mottagningen kan erbjuda patienten. Dock, poängterade en sjuksköterska, kan förtroende även vara något som man får arbeta upp flera gånger. Vidare menade en annan sjuksköterska att förtroendet är något som måste byggas på och underhållas genom att även sjuksköterskan delar med sig av sig själv. På detta sätt visar sjuksköterskan att hon har ett intresse av att hjälpa patienten som i sin tur får ett ökat förtroende för sin sjuksköterska.

”psykisk sjukdom, missbruk, det är så mycket skam i det [...] det är ingen annan som vet förutom kanske maken eller barnen men det är väldigt slutet inom familjen”

Två av de intervjuade sjuksköterskorna nämnde patienternas känsla av ensamhet, skam och skuld. Patienterna upplever det som att de är ensamma om sitt problem och vågar därför inte vara öppna om det i sin omgivning förutom för de närmsta familjemedlemmarna. Dessa sjuksköterskor upplevde då att de blev ytterligare en person som patienten kunde anförtro sig till.

”de har ju väldigt höga förväntningar på att man ska [...] lösa allt åt dem. Att man ska vara [...] räddaren i nöden, då kanske man inte kan leva upp till det riktigt heller”

Det förtroende som patienten har för sin sjuksköterska kan även ha sina nackdelar. En av sjuksköterskorna framhöll att det ansvar som sjuksköterskor inom beroendevården kan känna

för sina patienter tillsammans med de förväntningar som patienterna har på den enskilda sjuksköterskan kan bli en mycket tung börda för sjuksköterskan.

Sjuksköterskans positiva upplevelser och erfarenheter av mötet

Positiva upplevelser av mötet

”jag tycker om människor, jag tycker om samtal, jag tycker om kommunikation, jag tycker det är roligt att få följa mina patienter under lång tid”

Alla sjuksköterskor upplevde mötet med patienterna som någonting positivt och givande. Att de kunde se en förändring åt det positiva hållet hos patienten var en av anledningarna till det. Flera tyckte att de ofta hade minnesvärda möten. En sjuksköterska upplevde att varje möte var speciellt och spännande eftersom det var så olika människor hon mötte. Att ta del av människors livsöden och berättelser upplevdes som värdefullt och som ett förtroende vilket var en positiv del av arbetet. Flera sjuksköterskor beskrev att de i grunden tyckte om att möta människor och att det var positivt att få följa sina patienter under lång tid.

Positiva erfarenheter av mötet

”Ja, fast det är ju ett väldigt kul jobb. Det [...] kanske låter deprimerande, men det är inte det. Jag tycker [att] man kan göra en skillnad för någon, det är värt jättemycket [...] att se den här förändringen, när det händer någonting, när polletten ramlar ner [...] ja, så är det jättehäftigt”

Flera sjuksköterskor beskrev att positiva erfarenheter var när de kände att de nådde fram till patienten och de hade en bra dialog. Alla sjuksköterskor lyfte fram att patienternas förändringprocess var deras främsta positiva erfarenhet av deras möten med patienterna. Att ta del av den förändringen, att vara delaktig i den samt göra någonting för någon annan var värdefullt och gav mening i arbetet. Flera sjuksköterskor beskrev att de kunde glädjas med patienterna när de nådde sitt mål och att det var det som gjorde att de ville fortsätta arbeta på beroendemottagningen.

Mötenas påverkan på sjuksköterskan

Påverkan på privatlivet

”vissa dagar funderar jag på mina möten med patienten, mina beslut, mina prioriteringar fram till jag går och lägger mig på kvällen”

De flesta av sjuksköterskorna menade att deras privatliv påverkades av deras möten med patienterna men i varierande grad. Ett fåtal påpekade att yrkeserfarenhet inom området inte var någon garanti för att inte bli påverkad. Vissa tog ofta med sig jobbet hem medan andra gjorde det om något ovanligt hade hänt såsom att en patient hade försökt begå självmord eller det visade sig att en patient hade minderåriga barn som man inte kände till. Det var framförallt negativa händelser som påverkade sjuksköterskornas privatliv, men flera av dem tog även upp att de på sin fritid kunde komma att tänka på patienter som de inte längre hade kontakt med. Flera sjuksköterskor beskrev att det fanns en skillnad mot att arbeta inom somatisk vård där man lämnar sitt jobb när man går därifrån men inom beroendevården blev man påmind om sitt jobb och sina patienter även ute i samhället. Bara en av sjuksköterskorna upplevde att hennes privatliv inte blev påverkat av hennes möten med patienterna och menade att man inte skulle orka fortsätta arbeta om man tog med sig jobbet hem.

Påverkan på sjuksköterskerollen

”inte alla men vissa kan väcka väldigt mycket känslor hos en själv som man måste [...] se till [att] hantera på rätt sätt [...] vi är ju också människor och det kan påverka hur jag förhåller mig till patienten”

Flera sjuksköterskor beskrev att vissa patienter kunde provocera och väcka mycket känslor hos sjuksköterskan vilket kunde påverka både mötet och hennes förhållningssätt till patienten. Bland annat nämndes aggressiva och stökiga patienter som exempel på provocativa patienter. En sjuksköterska kunde ibland känna sig frustrerad över att hon kände sig begränsad i sin roll som sjuksköterska eftersom hon i vissa lägen ville göra mer för sina patienter än vad som ingår i arbetsområdet. En annan uttryckte att hon hade svårigheter att sätta gränser för sig själv och sina patienter på grund av hennes engagemang.

”Det är alltid mitt hjärta och min hjärna och min röst och min kommunikation som styr min arbetsinsats”

Flera sjuksköterskor menade att de själva var sitt egna arbetsredskap och att mötena med patienterna påverkades av hur väl de hanterade dessa möten. Stress eller bristande förberedelser inför ett möte kunde påverka det negativt. Även de egna upplevda tillkortakommandena påverkade yrkesrollen negativt. En sjuksköterska beskrev att hon tog med sig någonting, som en lärdom, från varje möte med en patient för att fortsätta utvecklas i sin yrkesroll och inte stagnera. En annan menade att hon förhoppningsvis utvecklades i att vara tolerant, tålmodig och att visa respekt för patienten.

Sjuksköterskans hantering av negativa upplevelser och erfarenheter

Handledningens betydelse

”dels har jag ju handledning [kring] en del av mina patienter, men jag önskar att jag hade haft, att vi hade haft handledning [kring alla patienter]”

Fyra av de intervjuade sjuksköterskorna hade handledning helt eller delvis i sina arbeten, något som var mycket uppskattat. Flera av sjuksköterskorna såg handledningen som en nödvändighet i sin yrkesroll och en förutsättning för att kunna fortsätta klara av sitt arbete. En av sjuksköterskorna menade även att handledningen är en skyldighet gentemot patienterna. En sjuksköterska som hade handledning kring enbart några av sina patienter uttryckte en önskan om utökad handledning.

”Där får man ju lite negativa känslor, men de hanterar man ju, det är det som är bra med handledningen [...] man tar upp och diskuterar och hur man ska förhålla sig till vissa personer som man kanske inte skulle stå ut med i privata världen.”

Handledningen lyftes fram som ett tillfälle att få tala om sina patienter och de hinder man som sjuksköterska stöter på i behandlingsprocessen. Sjuksköterskorna uppskattade möjligheten att få feedback, dels i hur arbetet kan förbättras men även positiv feedback kring det som har fungerat bra. En sjuksköterska tog upp handledningen som ett tillfälle att erhålla verktyg för att utveckla sin egen förmåga att hantera svåra situationer och negativa erfarenheter. Hon poängterade att dessa verktyg är färskvara inom arbetsområden såsom beroendevården och att handledning därför är något som kan behövas på regelbunden basis. Ytterligare en fördel med handledning, framhöll en sjuksköterska, är att det även underlättar sjuksköterskans hantering av arbetsrelaterade negativa erfarenheter som annars skulle kunna påverka den privata sfären.

Handledningen sågs även som betydelsefull för att bearbeta särskilt svåra situationer som exempelvis våldsamma patienter eller patienter som har valt att ta sina liv.

Kollegors betydelse

”Annars kan man ju prata med varandra, och det gör jag ju till viss del. Man kan gå och knacka på och [...] berätta att det här hände, eller han sa så, eller jag sa sådär och då kändes det inget bra [...]. För ofta är det ju negativa saker man behöver lasta ur sig.”

Att kunna vända sig till sina kollegor för att diskutera patienter och de svårigheter som finns vid möten med patienter framstod som mycket värdefullt för samtliga sjuksköterskor. Samtal mellan kollegor innebar även ett utbyte av funderingar och idéer. Framförallt var det händelser som hade upplevts som negativa som behövde ventileras. Två sjuksköterskor lyfte särskilt fram stämningen i arbetsgruppen som viktig för dem samt en förutsättning för att kunna genomföra sitt arbete på ett bra sätt. De uppskattade ett öppet klimat med högt i tak där man kan prata av sig hos varandra under mer avslappnade former såsom på lunchrasten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Kvalitativa intervjuer som val av metod fungerade väl för att besvara studiens syfte. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) ska kvalitativa intervjuer användas då ett problemområde ska studeras utifrån den enskilda individens perspektiv vilket denna studie har gjort. Författarna fick ta del av sjuksköterskors individuella, subjektiva upplevelser och erfarenheter som sedan kunde sammanställas till ett tillförlitligt resultat.

Undersökningsgrupp och urvalskriterier

Studien utgick från en enhetlig urvalsgrupp utan några inklusions- eller exklusionskriterier. Detta motiverades med att det av författarna upplevdes som viktigare att intervjupersonerna hade ett intresse att delta i studien för att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. I efterhand visade sig detta vara ett bra val av främst två skäl. Dels fanns det vissa svårigheter att komma i kontakt med intervjupersoner, och eventuella inklusions- eller exklusionskriterier hade då kunnat begränsa antalet möjliga deltagare. Dels innebar bristen på inklusions- eller exklusionskriterier en bredd av erfarenheter hos intervjupersonerna vilket gagnade resultatet och studiens trovärdighet. Dock är det svårt att avgöra hur resultatet påverkades av att just dessa informanter valde att delta i studien. Med andra informanter är det möjligt att resultatet hade blivit annorlunda.

Antalet intervjuer begränsades till sex stycken för att det ansågs räcka för att besvara studiens syfte. Under intervjuprocessen blev det tydligt att samma typ av svar återkom under intervjuerna och därmed stärktes detta antagande och författarna behövde inte utöka antalet intervjuer för att kunna besvara studiens syfte. Fler informanter hade kunnat öka studiens tillförlitlighet men även studiens omfattning, tidsbegränsning samt svårigheter att få tag på informanter påverkade beslutet att sex intervjuer var tillräckligt.

Genomförande

Förberedelser

Förfarandet vid kontaktandet av intervjupersoner kan ses ur olika synvinklar. Att enbart söka intervjupersoner via beroendecentrumet hade troligtvis varit en enklare sökväg. Författarna valde istället att inleda med att skicka ut en allmän förfrågan för att känna av om det fanns ett intresse för studien och därmed om det fanns en möjlighet att genomföra den. Denna första kontakt gav dels en positiv respons för studiens syfte samtidigt som författarna upplevde att enbart direktkontakt med beroendecentrumet skulle ta för lång tid för att kunna boka in och genomföra intervjuerna under den tidsperiod som var planerad. Genom att använda sig av andra sökvägar upplevde författarna att de lättare fick direktkontakt med sjuksköterskor. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det en avvägningsfråga vem som ska godkänna deltagande i en studie. I detta fall sändes en formell förfrågan ut och att verksamhetschefen godkände att studien fick genomföras inom det utvalda beroendecentrumet och dess beroendemottagningar anser författarna stärker studiens etiska trovärdighet.

Intervjuguide

Författarnas val att följa Granskär och Höglund-Nielsen (2008) vid skapandet av en intervjuguide som grundläggande manus genom samtliga intervjuer hjälpte författarna att få en tydlig struktur genom intervjuerna. Med stöd av Kvale och Brinkmann (2009) kunde frågorna ytterligare struktureras med indelning i frågeområden som blev en försäkran om att syftet genomsyrade frågorna. På så sätt kände författarna att studien inte gled ifrån sitt syfte. I linje med Kvale och Brinkmann (2009) valde författarna att utgå från intervjuguiden som en mall men även lämna utrymme för ytterligare eller förtydligande frågor för att kunna anpassa intervjuerna utefter informanten utan att frågå varken syfte eller frågeområde.

Lantz (2007) förespråkar inledande grundfrågor vid en intervju för att informanterna dels ska bidra med grundläggande fakta om sig själva och dels känna sig avslappnade inför huvudfrågorna. Detta anammades av författarna vilket gav ett positivt resultat. Även om informanterna var lite spända och fåordiga i början av intervjuerna, var de avslappnade när huvudfrågorna sedan ställdes vilket genererade svar som var såväl uttömmande som genomtänkta. Kvale och Brinkmann (2009) menar att forskarrollen kan påverka informanten och analysprocessen och därmed även resultatet. I enlighet med detta var författarna noga med att inte försöka styra informanterna genom att undvika ledande frågor samt genom att ge informanterna tid att tänka igenom och tolka de ställda frågorna.

Provintervju

Lantz (2007) menar att ett vanligt misstag i studier där intervjuer används som metod för datainsamling är att intervjuarbetet påbörjas för tidigt, innan teoretiska utgångspunkter, syfte, frågeställningar och metod är helt klargjorda. Det bör finnas utrymme för eftertanke och förarbete innan intervjuerna görs, eftersom när de är gjorda är det försent att reparera misstag. Under arbetet med studien hade författarna tid för detta då intervjuerna gjordes lite senare under perioden än vad som var planerat, vilket gynnade studien då författarna blev pålästa på problemområdet och kunde utforma intervjuguiden noggrant. Detta innebar även att provintervjun föll ut väl och intervjuguiden behövde därför inte revideras. Lantz (2007) rekommenderar genomförandet av provintervju vid intervjustudier, vilket gav författarna av denna studie en överblick över såväl intervjuguide som syfte.

Datansamling

Intervjuerna planerades vara cirka 30 minuter långa. Samtliga intervjuer förutom en varade mellan 20 och 30 minuter. En av intervjuerna blev totalt 50 minuter lång, dock ansåg författarna att den aktuella intervjun höll hög kvalitet och att skillnaden i intervjulängd inte skulle påverka resultatet negativt. Dessutom utgick författarna från öppna frågor vilket gav informanterna utrymme att tolka frågorna med olika långa svar som resultat.

I enlighet med Trost (2010) valde författarna att turas om att genomföra intervjuerna med den andra författaren som aktiv lyssnare. Detta förfarande innebar att den aktivt lyssnande författaren kunde bidra med följdfrågor och på så sätt vidga intervjumaterialet. Dessutom hade författarna möjlighet att i efterhand diskutera den genomförda intervjun för att säkerställa att intervjun hade uppfattats på samma sätt av båda författarna vilket stärkte resultatets och studiens trovärdighet.

Bearbetning av material

Arbetet med transkriptionen av det inspelade materialet delades upp mellan författarna. Detta kunde ha resulterat i olika transkriptioner beroende på hur inspelningarna uppfattades av respektive författare. Men ett sådant problem ansågs av författarna inte uppstå då båda författarna läste igenom samtliga transkriptioner flera gånger mot bakgrund av det inspelade materialet. Denna noggrannhet garanterade att det inte skedde några feltolkningar av analysmaterialet inför analysprocessen.

Den valda analysmetoden kvalitativ innehållsanalys, som genomfördes i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008) lämpade sig väl för studiens upplägg och syfte. Intervjumaterialet blev överskådligt och författarna kunde på ett tydligt och strukturerat sätt sammanställa resultatet samt besvara syfte och frågeställningar. Analysprocessen påbörjades först efter att samtliga intervjuer var genomförda. Detta var ett medvetet val av författarna för att behålla sin objektivitet och därmed undvika att påverka informanterna eller analysen vilket Kvale och Brinkmann (2009) menar kan vara en risk i samband med intervjusituationer.

Resultatdiskussion

Anpassat möte med patienten

Sjuksköterskorna beskrev mötet med patienten som unikt och att de anpassade sig efter hur patienten mådde, var han/hon befann sig i förändringsprocessen eller vad som var viktigt för patienten att prata om just då. Enligt Skärsäter (2010) är det viktigt eftersom sjuksköterskan bör möta patienten där han/hon befinner sig, vilket även stärks av Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010) som menar att sjuksköterskans bedömning alltid ska utgå från den enskilda patienten. Sjuksköterskorna beskrev också att de inte styrde samtalet för mycket eller enbart fokuserade på beroendet, vilket stöds av Skärsäter (2010) som menar att samtalet bör behålla ett helhetsperspektiv på patienten och behandlingen. Detta kräver att sjuksköterskan vågar släppa kontrollkänslan och veta vad som är bäst för patienten. Även Jormfeldt, Svedberg och Arvidsson (2003) menar att sjuksköterskan bör se patienten som en individ och för att skapa en relation måste sjuksköterskan vara förstående, se patienten och ta patientens egen syn på hans/hennes situation på allvar.

Att ha tid för samtal, ansåg flera sjuksköterskor, är en förutsättning för att kunna bedriva en god vård på en beroendemottagning då samtal är en av behandlingsformerna. Ett fåtal av sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med tid vilket författarna till denna

studie upplevde kan härledas till organisationens uppbyggnad. Mottagningarna inom länet är olika stora och har olika stort patienttryck. Dessa sjuksköterskor arbetade på mottagningar med högt patienttryck och som inte tog emot drop in-besök. Författarna till föreliggande studie anser att sjuksköterskornas upplevelse av tidsbrist kan bero på hur många sjuksköterskor det finns i relation till patienttrycket samt om beroendemottagningen har enbart bokade möten eller drop in-tider för korta besök. Tidsbristen som sjuksköterskorna upplevde identifierades av Warelow, Edward och Vinek (2008) som en av orsakerna till att sjuksköterskor kan känna att de inte hinner med allt de skulle vilja åstadkomma i sitt arbete.

Relationen mellan sjuksköterska och patient

Att ta sig an en patient innebär enligt Warelow, Edward och Vinek (2008) att ta sig an hela den patientens liv och livsstil. Patienter med samsjuklighet, det vill säga både en psykiatrisk- och en beroendediagnos, upplevdes av sjuksköterskorna som svårare att nå och ha en fungerande kommunikation med. De var mer oförutsägbara i sitt beteende och krävde att sjuksköterskan hanterade båda diagnoserna på ett bra och konstruktivt sätt, vilket stärks av Johansson och Wirbing (2005) som menar att patienter med samsjuklighet kan ha svårare att ta till sig råd och information och klara av att bryta sitt beroende, och att båda diagnoserna därför måste behandlas för att främja patientens förändringsprocess.

Att förtroende mellan sjuksköterska och patient är viktigt för behandlingen var de flesta sjuksköterskorna eniga om, vilket stämmer överens med Skärsäter (2010) som menar att förtroende parterna emellan är en förutsättning för ett bra möte och att förtroendet i sin tur ger plats åt en relation mellan sjuksköterska och patient. Detta återspeglas i intervjuerna där flera sjuksköterskor kopplar ihop förtroende och relation som en del i behandlingen av patienterna. Gardner (2010) menar att en sjuksköterskas arbete med patienter grundas på vad han kallar en terapeutisk relation till varje enskild patient. Denna terapeutiska relation mellan sjuksköterska och patient bör inledas med att skapa ett förtroende för att sedan kunna bygga på detta förtroende och få en mer djupgående relation. Förtroendet skapas på bästa sätt genom att som sjuksköterska erbjuda en öppen atmosfär där patienten kan känna sig avslappnad. Detta arbetssätt tillämpades av flera av de intervjuade sjuksköterskorna då de successivt byggde upp ett förtroende och en relation där patienten kunde slappna av tillräckligt för att delge av sig själv och sina problem.

Två sjuksköterskor talade om patienternas känsla av stigmatisering, vilket Goffman (2011) menar delvis utgår från individens bakgrund och beteende men som anammas av omgivningen. Adlaf, Hamilton, Wu och Noh (2009) nämner att omgivningens bild av den substansberoende individen påverkar hur individen ser på sig själv vilket Skärsäter (2010) menar bidrar till individens svårigheter att bli av med sitt substansberoende. Sjuksköterskorna valde att bearbeta patienternas känsla av stigmatisering samtidigt som den erbjöd ett sätt att få kontakt med patienten. Att kunna diskutera problemet öppet med en sjuksköterska och då också få bekräftelse på att de inte är ensamma om att ha en beroendeproblematik upplevde författarna till studien kan vara ett sätt att skapa ett förtroende mellan sjuksköterska och patient.

En av sjuksköterskorna menade att förtroendet mellan patienten och sjuksköterskan kunde gå över till att som sjuksköterska försöka leva upp till patientens högt ställda förväntningar. En studie genomförd ur ett patientperspektiv (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006) stöder denna uppfattning och visar att patienter inom psykiatrisk vård vill möta en sjuksköterska som kan bistå med hjälp och stöd, vara vänskaplig, vårdande samt en god

lyssnare. Patienterna önskar bli sedda och bemötta som människor snarare än patienter, och vill känna att de och sjuksköterskan befinner sig på samma nivå. Studien av Clancy, Oyefeso och Ghodse (2007) visar att det ställs höga krav på sjuksköterskor inom beroendevård då de ska klara att vara professionella samtidigt som de ska kunna bemöta svåra patienter som kan tära på både tålamod och tolerans. Detta problem nämnde några av de intervjuade sjuksköterskorna att de själva hade upplevt.

Sjuksköterskans positiva upplevelser och erfarenheter av mötet

Alla sjuksköterskor lyfte fram de positiva sidorna av mötet med patienten, vilket överensstämmer med Arvidsson (2006) som menar att trots att sjuksköterskan möter lidande kan hon känna glädje i att relationen mellan henne och patienten utvecklas och att patientens hälsa förbättras. Just att vara delaktig i patientens förändringsprocess och glädjas när patienten gjorde framsteg var något som sjuksköterskorna poängterade var en av de mest positiva aspekterna av deras yrken. En sjuksköterska lyfte särskilt att patientens förmåga att komma till insikt om sin situation var ett delmål under behandlingsprocessen vilket även understryks av Jormfeldt, Svedberg och Arvidsson (2003) som menar att självständiga beslut från patientens sida, om än med stöd från sjuksköterskan, gynnar behandlingen av patienten.

Mötenas påverkan på sjuksköterskan

De flesta av sjuksköterskorna uttryckte att de i någon mån blev påverkade av sina möten med patienterna, men i vilken grad skiftade mellan sjuksköterskorna. Deras privatliv påverkades genom att de fortsatte att analysera och tänka på sina patienter efter arbetsdagens slut och även yrkesrollen påverkades bland annat genom att patienterna kunde väcka starka känslor hos sjuksköterskorna som påverkade dem och mötet. Detta överensstämmer med Arvidsson (2006) som menar att möten med patienter som uttrycker lidande i olika former kan väcka starka känslor hos sjuksköterskan. En del av de intervjuade sjuksköterskorna upplevde att de blev emotionellt påverkade av sina patienter, vilket även nämns av Skärsäter (2010) samt Scanlon (2006) som påpekar att även om sjuksköterskor ska förhålla sig professionella gentemot sina patienter är de även människor som kan påverkas av sina möten och påverka med sina känslor. Detta exemplifieras av att sjuksköterskorna upplevde starka känslor kring vissa patienter samt att de nämnde att vissa patienter var svårare att glömma.

En sjuksköterska upplevde att hon gick in i arbetet med patienterna med hela sin personlighet, sitt hjärta, sin hjärna, sin röst och sin kommunikationsförmåga. Detta framhåller Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010) som viktigt för arbetet med patienten då sjuksköterskan involverar både evidensbaserad kunskap och den egna personliga kunskapen som vuxit fram i möten med patienter. Samma sjuksköterska uttryckte att hon hade svårigheter att sätta gränser för sig själv och patienten på grund av hennes engagemang, vilket enligt Gardner (2010) ingår i sjuksköterskans professionella förhållningssätt, att det ska finnas en gränsdragning mellan sjuksköterskans och patientens nära relation och sjuksköterskans arbete med patienten. Denna gränsdragning är inte helt tydlig och skapar en svårighet för sjuksköterskan att engagera sig i patienten utan att själv bli för emotionellt påverkad.

Sjuksköterskans hantering av negativa upplevelser och erfarenheter

Några sjuksköterskor talade om att hantera och bearbeta sina erfarenheter för att utvecklas i sin yrkesroll, något som Warelow, Edward och Vinek (2008) också nämner. För att kunna bemöta och behandla patienter behöver sjuksköterskan även utvärdera sig själv, sina tankar och känslor. På så sätt kan sjuksköterskan dessutom få insikt om hur den egna personen kan

påverka mötet och relationen med patienten. Clancy, Oyefeso och Ghodse (2007) menar att det kan krävas en viss typ av personlighet för att arbeta som sjuksköterska inom beroendevården utan att påverkas för mycket av sina patienter då denna påverkan kan hämma såväl arbetet med patienten som sjuksköterskans professionella utveckling. Ohlson och Arvidsson (2005) menar att sjuksköterskor som inte får möjlighet att bearbeta upplevelser och erfarenheter förlorar mycket energi och har en större risk att utveckla psykisk ohälsa.

Ett konstruktivt sätt att hantera dessa upplevelser och erfarenheter är genom handledning enligt Ohlson och Arvidsson (2005). De sjuksköterskor som hade handledning uppskattade detta väldigt mycket, medan flera av dem som inte hade det helt eller delvis önskade att de skulle få det. Ohlson och Arvidssons (2005) studie visade att handledning gav sjuksköterskor möjlighet att ventilerka känslor och tankar i en trygg miljö, och att bearbeta känslor och reaktioner, stärkte dem som personer och i sina yrkesroller, lärde dem att sätta gränser och att hantera stress. Detta stämmer överens med föreliggande studies resultat där sjuksköterskorna framhöll att handledningen var bra för att hantera negativa händelser, utveckla verktyg för att hantera svåra situationer och få feedback på sina arbetsmetoder. Sjuksköterskorna tog även upp att de värdesatte möjligheten att prata av sig hos sina kollegor. Arvidsson, Löfgren och Fridlund (2001) menar att handledning stärker de kollegiala banden och leder till ett slags professionell solidaritet. Dessutom skriver Clancy, Oyefeso och Ghodse (2007) att resultatet från deras studie visar att sjuksköterskor inom beroendevården ser stöd från kollegor som en av förutsättningarna för att utvecklas i sin yrkesroll.

Slutsats

Individuellt bemötande samt möten anpassade utefter patienten och dennes förutsättningar och behov var genomgående för samtliga sjuksköterskors arbete med sina patienter. Mötena och därmed även behandlingen kretsade kring relationen och förtroendet mellan sjuksköterskorna och deras patienter. Hur väl denna relation fungerade kunde återspeglas i patientens förändringsprocess men även på sjuksköterskornas yrkesroll och privatliv. Fem av de sex intervjuade sjuksköterskorna upplevde att de påverkades av sina möten med patienter, såväl privat som i sin sjuksköterskeroll. Framförallt upplevde de att negativa erfarenheter kunde vara svåra att hantera och bearbeta vilket kunde leda till att tankar kring arbetet följde med hem. Flera av sjuksköterskorna lyfte både handledning och samtal med kollegor som ett uppskattat sätt att hantera negativa erfarenheter och få positiv feedback. Överlag upplevde författarna att behovet av att prata av sig var stort på grund av sjuksköterskornas arbetssituation och de patienter som de möter i sitt arbete. Författarna noterade att även om handledning var uppskattad och även sedd som en nödvändighet av de flesta av sjuksköterskorna var det inte alla som hade tillgång till handledning.

Fortsatta studier

När databassökningar på studier om sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta inom beroendevården gjordes, i syfte att bygga upp bakgrunden till föreliggande studie, gav det ett klen resultat vilket författarna tolkar som att fler studier om yrkets både positiva och negativa aspekter skulle kunna genomföras. Då flera av de intervjuade sjuksköterskorna i denna studie så tydligt hänvisar till fördelarna med handledning som ett forum att bearbeta negativa erfarenheter vore det av intresse att ytterligare utforska betydelsen av handledning för sjuksköterskor verksamma inom beroendemottagningar.

REFERENSER

Adlaf, E.M., Hamilton, H.A., Wu, F., & Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: Effects of age and drug use behaviour [Elektronisk version]. *Addictive Behaviours*, 34(4), 360-364.

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Stockholm: Pilgrim Press.

Arvidsson, B. Löfgren, H. & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study [Elektronisk version]. *Journal of Nursing Management*, 9, 161-171.

Arvidsson, B. (2006). Yrkesmässig handledning i omvårdnad - att främja psykiatrisjuksköterskors professionella utveckling. I Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer* (ss. 139-153). Lund: Studentlitteratur.

Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Bernstein, E., Topp, D., Shaw, E., Girard, C., Pressman, K., Woolcock, E., & Bernstein, J. (2009). A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care [Elektronisk version]. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1225-1233.

Butterworth, T., Faugier, J., & Burnard, P. (Eds.). (1998). *Clinical supervision and mentorship in nursing (2nd ed.)*. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd.

Campbell-Heider, N., Finnell, D.S., Feigenbaum, J.C., Feeley, T.H., Rejman, K.S., Austin-Ketch, T.,... Schmitt, A. (2009). Survey on addictions: toward curricular change for family nurse practitioners [Elektronisk version]. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1).

Clancy, C., Oyefeso, A., & Ghodse, H. (2007). Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 161-171.

Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: Recipients' perspectives [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 347-355.

Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings [Elektronisk version]. *Contemporary Nurse*, 34(2), 140-148.

Goffman, E. (2011). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet (3:e uppl.)*. Stockholm: Norstedts.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Hakansson, A., Schlyter, F. & Berglund, M. (2007). Factors associated with history of non-fatal overdose among opioid users in the Swedish criminal justice system [Elektronisk version]. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 48–55.
- Hser, Y-I., Huang, D., Brecht, M-L., Li, L. & Evans, E. (2008). Contrasting Trajectories of Heroin, Cocaine, and Methamphetamine Use. *Journal of Addictive Diseases*, Vol. 27(3), 13-21.
- Højsted, J., Nielsen, P.R., Guldstrand, S.K., Frich, L., & Sjøgren, P. (2010). Classification and identification of opioid addiction in chronic pain patients [Elektronisk version]. *European Journal of Pain*, 14(10), 1014-1020.
- Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk. Alkohol – läkemedel – narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jormfeldt, H., Svedberg, P. & Arvidsson, B. (2003). Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 608-615.
- Kahan, M., Wilson, L., Midmer, D., Ordean, A., & Lim, H. (2009). Short-term outcomes in patients attending a primary care-based addiction shared care program [Elektronisk version]. *Canadian Family Physician*, 55(11), 1108-1109.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users [Elektronisk version]. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 161-165.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik. (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Madras, B.K., Compton, W.M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J.B., & Clark, H.W. (2008). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later [Elektronisk version]. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 280-295.
- Ohlson, E. & Arvidsson, B. (2005). Sjuksköterskornas uppfattning av hur processororienterad omvårdnadshandledning kan befärma deras psykiska hälsa [Elektronisk version]. *Vård i Norden*, 2, 32-35.
- 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 [Elektronisk version]. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 420-424.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9:th ed.)*. Philadelphia: Walters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Samet, J.H., Larson, M.J., Horton, N.J., Doyle, K., Winter, M., & Saitz, R. (2003). Linking alcohol- and drug-dependent adults to primary medical care: a randomized controlled trial of a

multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit [Elektronisk version]. *Addiction*, 98(4), 509-516.

Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 319-329.

Skärsäter, I. (Red.). (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Sloan, G. (2006). *Clinical supervision in mental health nursing*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapssammanställning* (SBU-rapport, 156). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, 167). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Warelow, P., Edward, K.L., & Vinek, J. (2008). Care: What nurses say and what nurses do [Elektronisk version]. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 146-153.

Wiklund Gustin, L., Rydenlund, K. & Kulzer, S. (2010). Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. I Wiklund Gustin, L. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå* (ss. 395-421). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Seoul: World Medical Association.

Wramner, B., Pellmer, K. & Hellström, C. (2010). *Beroende och droger – förekomst, effekter, förändringsmöjligheter*. Lund: Studentlitteratur.

Förfrågan om intervju för C-uppsats Sophiahemmet Högskola

Vi heter Ida Björk och Angelica Jonsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng.

Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelser av möten med patienter på beroendemottagningar. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med 1-2 sjuksköterskor per beroendemottagning, totalt 6-8 intervjuer fördelade på 3-4 beroendemottagningar.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan upplever mötet med patienterna på beroendemottagningar.

Uppsatsen kommer att baseras på dessa 6-8 intervjuer vilka planeras vara cirka 30 minuter långa och ska genomföras under v. 41-43. Intervjuerna kan genomföras inom eller utanför arbetstid samt på en lugn plats på respektive sjuksköterskas arbetsplats. Intervjuerna kommer att vara halvstrukturerade, där vi kommer att utgå från följande två frågeställningar:

- Hur upplever du mötet med patienterna på beroendemottagningen?
- Vilka erfarenheter tar du med dig från dessa upplevelser?

Utöver dessa huvudområden kommer frågorna att anpassas efter det enskilda intervjutillfället. Materialet kommer sedan att transkriberas, analyseras och sammanställas av oss.

Intervjudeltagandet är helt frivilligt. Deltagarna har möjlighet att när som helst avbryta intervjuerna eller på annat sätt meddela att de inte längre önskar delta i studien.

All privat information som kan identifiera intervjudeltagarna kommer att avidentifieras i den färdiga studien. Materialet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras när examensarbetet är slutfört och godkänt av examinator.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

.....

Ida Björk

Tfn:

E-post:

Handledare:

Agnes Botond

Tfn:

.....

Angelica Jonsson

Tfn:

E-post:

Bilaga II 1(3)

Stockholm 2011-10-03

Till verksamhetschef

NN

Beroendecentrum XX

Vi heter Ida Björk och Angelica Jonsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter på beroendemottagningar (var god se näst sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägning). Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra arbetet på beroendemottagningar kopplade till Beroendecentrum XX.

Om Du godkänner att studien genomförs på beroendemottagningar kopplade till Beroendecentrum XX, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs på beroendemottagningar kopplade till Beroendecentrum XX är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Ida Björk

Tfn:

E-post:

Angelica Jonsson

Tfn:

E-post:

Agnes Botond

Tfn:

Bilaga II 2(3)

Examensarbetet har arbetstiteln ”Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av möten med patienter på beroendemottagningar”.

Området som ska studeras berör sjuksköterskans upplevelser av möten med patienter på beroendemottagningar. Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatri under termin 3 var en av oss placerad inom rättspsykiatri och den andra på en beroendemottagning. Båda trivdes bra och fick många insikter om den vård och omvårdnad som bedrivs inom psykiatri och beroendevården, samtidigt som ett intresse väcktes för ytterligare kunskap då patienter med beroendeproblematik återfinns även i andra områden inom vården. Vi är därför intresserade av att ta reda på hur sjuksköterskor upplever möten med patienter på beroendemottagningar. För att undersöka detta område vill vi genomföra intervjuer med 1-2 sjuksköterskor per beroendemottagning, totalt 6-8 intervjuer.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan upplever mötet med patienterna på beroendemottagningar.

Uppsatsen kommer att baseras på dessa 6-8 intervjuer vilka planeras vara cirka 30 minuter långa och ska genomföras under v. 41-43. Intervjuerna, som kommer att spelas in, kan genomföras inom eller utanför arbetstid samt på en lugn plats på respektive sjuksköterskas arbetsplats. Intervjuerna kommer att vara halvstrukturerade, där vi kommer att utgå från följande två frågeställningar:

- Hur upplever du mötet med patienterna på beroendemottagningen?
- Vilka erfarenheter tar du med dig från dessa upplevelser?

Utöver dessa huvudområden kommer frågorna att anpassas efter det enskilda intervjutillfället. Materialet kommer sedan att transkriberas, analyseras och sammanställas av oss.

Intervjudeltagandet är helt frivilligt. Deltagarna har möjlighet att när som helst avbryta intervjuerna eller på annat sätt meddela att de inte längre önskar delta i studien.

All privat information som kan identifiera intervjudeltagarna kommer att avidentifieras i den färdiga studien. Inspelningsmaterialet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras när examensarbetet är slutfört och godkänt av examinator.

Bilaga II 3(3)

Jag godkänner härmed att Ida Björk och Angelica Jonsson får utföra studien "Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av möten med patienter på beroendemottagningar" på beroendemottagningar kopplade till Beroendecentrum XX under tidsperioden v. 41-43 2011.

Ort, datum

Namn-teckning, verksamhetschef

Namn-förtydligande

INTERVJUGUIDE

Frågeområde

Grundfrågor

- Har du någon specialistutbildning?
- Har du handledning i ditt arbete?
- Hur länge har du arbetat inom beroendevården?
- Har du arbetet som sjuksköterska inom något annat vårdområde tidigare?
- Varför har du valt att arbeta inom beroendevården?
- Vill du fortsätta arbeta inom beroendevården eller funderar du på att byta till något annat vårdområde?
- Hur många patienter träffar du i genomsnitt per dag/vecka?
- Hur ofta brukar du träffa en och samma patient?
- Finns det patienter som du har träffat under lång tid? (månader/år)

Upplevelser

- Kan du beskriva ett typiskt möte med en patient?
- Hur upplever du dina möten med patienter?
- Hur förbereder du dig för ett möte? / Hur brukar du lägga upp ett möte med till exempel en ny patient?
- Har du varit med om något extra minnesvärt möte som du skulle kunna berätta lite om?

Erfarenheter

- Vilka erfarenheter tar du med dig från dina möten med patienter?
- Finns det något som du upplever som en positiv eller negativ erfarenhet från dina möten med patienter?
- Hur hanterar du eventuella negativa erfarenheter?
- Hur påverkas du som privatperson av dina möten med patienter?

**Information till Dig som ska delta i intervju för examensarbete vid Sophiahemmet
Högskola**

Vi heter Ida Björk och Angelica Jonsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng. Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan upplever mötet med patienterna på beroendemottagningar.

Intervjun planeras ta cirka 30 minuter, och kommer att vara halvstrukturerad, där vi kommer att utgå från följande två frågeställningar:

- Hur upplever Du mötet med patienterna på beroendemottagningen?
- Vilka erfarenheter tar Du med dig från dessa upplevelser?

Utöver dessa huvudområden kommer frågorna att anpassas efter det enskilda intervjutillfället. Intervjun kommer att spelas in för att transkriberas, analyseras och sammanställas av oss.

Intervjudeltagandet är helt frivilligt. Du har möjlighet att när som helst avbryta intervjun eller på annat sätt meddela oss att Du inte längre önskar delta i studien. All privat information som kan identifiera Dig kommer att avidentifieras i den färdiga studien. Det inspelade samt transkriberade materialet kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras när examensarbetet är slutfört och godkänt av examinator.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

.....

Ida Björk

Tfn:

E-post:

.....

Angelica Jonsson

Tfn:

E-post:

Handledare:

Agnes Botond

Tfn: