

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Godkänt och examinerat: 2018-05-18

## **”Man blir behandlad som en andra klassens medborgare, eller inte ens det”**

En intervjustudie om vårdpersonals bemötande –  
upplevelser från personer med missbruksproblematik

## **”You get treated as a second-class citizen, or not even that”**

An interview study about encounters with health  
care staff – experiences of people with substance  
use disorder

Författare: Malin Andersson Osobi  
Tua Hultén

Handledare: Monir Mazaheri, Högskolelektor  
Leah Okenwa-Emegwa, Högskolelektor

Examinator: Marja Schuster, Högskolelektor

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Individer med narkotikamissbruk tillhör en stigmatiserad grupp som löper stor risk att drabbas av ohälsa och därför kan förväntas ha mycket kontakt med hälso- och sjukvården. Studier har visat att sjuksköterskor har negativa attityder och försämrat bemötande gentemot denna grupp. **Syfte:** Syftet var att beskriva vilka upplevelser personer med aktivt eller tidigare narkotikamissbruk haft av bemötande från sjuksköterskor och annan vårdpersonal samt deras inställning till hälso- och sjukvård. **Metod:** En intervjustudie med kvalitativ ansats genomfördes. **Resultat:** Analysen av intervjuerna resulterade i fyra teman: *Stigmatiserande bemötande, Motarbetande bemötande, Attityder till hälso- och sjukvården och Mänskligt bemötande är gott bemötande.* **Slutsatser:** Deltagarna i den här studien har inom hälso- och sjukvården upplevt negativt bemötande kopplat till deras aktiva eller tidigare missbruksproblematik. Negativt bemötande mot en utsatt grupp kan leda till förstärkt utanförskap, känslor av maktlöshet och ökad risk för ohälsa. Med ökad kunskap kan sjuksköterskan ge bättre bemötande vilket skulle kunna ha hälsofrämjande effekt. **Implikationer:** Mer specifikt utbildningsinnehåll om beroende och narkotikamissbruk behövs både på grundutbildningen och som fortbildning för redan verksamma sjuksköterskor för att denna patientgrupp ska få ett bättre bemötande.

**Nyckelord:** advocacy, bemötande, kvalitativ intervjustudie, narkotikamissbruk

## **ABSTRACT**

**Background:** Individuals with drug abuse belong to a stigmatized group at high risk of ill-health and can therefore be expected to be in much contact with health care. Studies have shown that nurses have negative attitudes and deficient encounter towards this group. **Aim:** The aim was to describe what experiences persons with present or former drug abuse has had regarding encounters with nurses and other health care personnel and also their attitude regarding health care. **Method:** An interview study with a qualitative approach was conducted. **Result:** The analysis of the interviews resulted in four themes: *Stigmatizing encounters*, *Opposing encounters*, *Attitudes regarding health care* and *Humanly encounters are good encounters*. **Conclusions:** The participants in this study have experienced negative encounters in health care related to their present or former drug abuse. Negative encounters towards an exposed group can lead to strengthened exclusion, feelings of powerlessness and increased risk of illness. With enhanced knowledge, the nurse can provide better encounters which could have a health promoting effect. **Implications:** More specific education about addiction and drug abuse is needed both in the undergraduate program and as further training for practicing nurses in order to give this patient group a better encounter.

**Keywords:** advocacy, drug abuse, nurse-patient relations, qualitative interview study

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |    |
|---|----|
| SAMMANFATTNING .....  | I  |
| ABSTRACT .....  | II |
| INTRODUKTION .....  | 1  |
| BAKGRUND .....  | 2  |
| Definition av narkotikamissbruk och beroendeproblematik .....                                     | 2  |
| Hälsa och narkotikamissbruk .....   | 3  |
| Stigmatisering och utsatthet för personer med narkotikabruk.....                                  | 4  |
| Nationella styrdokument och lagar .....   | 4  |
| Forskning om bemötande och attityder gällande missbruksproblematik inom hälso- och sjukvård ..... | 5  |
| Sjuksköterskans etiska kod.....   | 7  |
| Personcentrerad vård .....  | 7  |
| Advocacy och bemötande inom omvårdnad .....   | 7  |
| PROBLEMFÖRMULERING .....  | 8  |
| SYFTE.....  | 9  |
| METOD.....  | 9  |
| Design.....   | 9  |
| Urval och datainsamling.....  | 9  |
| Dataanalys .....  | 10 |
| Etiska aspekter.....  | 11 |
| RESULTATREDOVISNING .....   | 12 |
| Stigmatiserande bemötande.....  | 12 |
| Motarbetande bemötande .....  | 16 |
| Attityder till hälso- och sjukvården .....  | 17 |
| Mänskligt bemötande är gott bemötande .....   | 18 |
| DISKUSSION .....  | 20 |
| Metoddiskussion.....  | 20 |
| Etisk diskussion.....   | 22 |
| Resultatdiskussion.....   | 22 |
| SLUTSATS .....  | 26 |
| IMPLIKATIONER.....  | 26 |
| Implikationer för utbildningen .....  | 26 |

|   |     |
|---|-----|
| Implikationer för den kliniska praktiken .....    | 27  |
| Förslag på fortsatt forskning .....               | 27  |
| REFERENSER.....                                   | 28  |
| BILAGOR .....                                     | i   |
| Bilaga 1 - Informationsbrev .....                 | i   |
| Bilaga 2 - Blankett för informerat samtycke ..... | ii  |
| Bilaga 3 - Intervjuguide.....                     | iii |

*Stort tack till alla våra deltagare som delat med sig av sina erfarenheter.*

*Vi vill också tacka KRIS, Brukarföreningen Stockholm, Convictus och Söderhöjdskyrkan för att ni hjälpt oss att komma i kontakt med deltagare.*

## INTRODUKTION

*Missbrukare, knarkare, tjackis, pundare och håshare* är några vanliga benämningar som ofta används slentrianmässigt om personer som har ett narkotikamissbruk. Dessa personer tillskrivs negativa stereotyper och kan fördomsfullt anses vara ansvarslösa, manipulativa och besvärliga. Följaktligen kan den här gruppen mötas av attityder som i sin tur förstärker den stigmatisering som redan finns. Historiskt har missbruk bland annat ansetts bero på bristande moral, den som använder droger får skylla sig själv om det får negativa konsekvenser. Vi vet nu att beroende och missbruk inte är något som en person har valt och för de allra flesta innebär narkotikaberoende ett stort lidande med destruktiv inverkan på personens hälsa och livssituation. Samtidigt som narkotikamissbruk definieras som en sjukdom är det också en kriminell handling vilket komplicerar bilden ytterligare. Personer med narkotikamissbruk och beroendeproblematik har i jämförelse med den övriga befolkningen högre risk att drabbas av ohälsa och skador relaterat till deras missbruk och kan därför förväntas ha mycket kontakt med hälso- och sjukvården. God omvårdnad ska ges jämlikt och inkludera alla. Gott bemötande är en central och grundläggande förutsättning för detta.

Det här examensarbetet eftersträvar att återspegla och förmedla de erfarenheter som personer med tidigare eller aktivt missbruk har av bemötande inom vården. Ambitionen är att öka förståelsen och insikten hos sjuksköterskor så att personer som är marginaliserade i samhället och upplever ett stort lidande ska bemötas med empati och ett personcentrerat synsätt.

Vi har valt detta ämne eftersom vi har ett engagemang för utsatta grupper i samhället och en önskan om att bidra till jämlik vård.

## BAKGRUND

I bakgrunden redogörs för definitionen av narkotikamissbruk och dess inverkan på en individs hälsa och livssituation. De relevanta lagar, riktlinjer och etiska principer som sjuksköterskan ska utgå ifrån i sin yrkesroll och profession beskrivs närmare. Tidigare forskning gällande sjuksköterskors attityder gentemot personer med missbruksproblematik presenteras. Därutöver förklaras viktiga omvårdnadsaspekter såsom personcentrerad vård och bemötande.

### Definition av narkotikamissbruk och beroendeproblematik

Den juridiska definitionen av narkotikabrott innefattar all ickemedicinsk befattningsmedel med narkotika. Detta missbruk är kriminellt (Narkotikastrafflag, SFS 1968:64).

Narkotikaanvändare benämns ofta som missbrukare, eller på senare år som narkotikabrukare vilket frikopplar termen från den juridiska definitionen. Skadligt narkotikabruk syftar på regelbunden narkotikakonsumtion där användningen innebär avsevärt ökad risk för skador på hälsan och de sociala relationerna. I vetenskapliga sammanhang används begreppet tunga missbrukare om personer som antingen injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen under de senaste fyra veckorna (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) är en diagnosmanual som främst används i vetenskapliga sammanhang och psykiatrisk vård. I den senaste versionen DSM-5, används diagnosgruppen *Substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom*. Den specifika diagnosen *Substansbrukssyndrom* finns uppdelad i 10 olika typer av substanser. Avsikten är inte att den nya termen substansbrukssyndrom ska ersätta etablerade begrepp såsom beroende som används inom vård och socialtjänst. Syftet är att den neutralare termen ska kunna innefatta lindrigare problem orsakade av t ex koffein. DSM-5 medger att ett substansbruk av till exempel opioder kan ge mycket allvarligare konsekvenser (American Psychiatric Association, 2013).

The International Classification of Disease (ICD) är en diagnosmanual utarbetad av WHO som används för rapportering av diagnoser inom hälso- och sjukvård. I Socialstyrelsens svenska version av ICD-10 klassificeras skadligt bruk och beroendesyndrom av narkotika. Missbruk anges som synonymt med skadligt bruk och definieras som användning av en psykoaktiv substans (till exempel narkotika) så att det leder till skador på antingen den fysiska eller psykiska hälsan. Kriterierna för beroendesyndrom innefattar både psykologiska och fysiologiska aspekter (Socialstyrelsen, 2017a).

Kriterierna för substansbrukssyndrom respektive beroendesyndrom i DSM-5 och ICD-10 har stora likheter. De fysiologiska kriterierna handlar om en ökad tolerans för drogen och abstinensbesvär. Beroende karakteriseras i båda diagnosmanualerna av fortsatt användning av drogen trots skadliga konsekvenser i såväl fysisk, psykisk och social mening. Vidare betonas att bruket av en substans hos en person med beroendeproblematik prioriteras högre än andra aktiviteter i livet. Även angående intaget av substansen har ICD-10 och DSM-5 snarlika kriterier. ICD-10 benämner det som svårigheter att kontrollera intaget medan DSM-5



preciserar det med intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs. Utöver detta har diagnosmanualerna unika kriterier för beroendesyndrom/substansbrukssyndrom. ICD-10 anger att ett kriterium kan vara en stark längtan efter drogen. I DSM-5 finns kriteriet varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget vilket inte preciseras i ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; Socialstyrelsen, 2017a).

## **Hälsa och narkotikamissbruk**

Allvarlig narkotikakonsumtion är svårt att föra statistik över men utifrån sjukhusstatistik, dödsorsaksstatistik och kriminalvårdsstatistik finns tecken på att den i Sverige har ökat under 2000-talet. Dödligheten i Sverige ligger väsentligt högre än det europeiska genomsnittet samtidigt som andelen problematiska narkotikaanvändare tycks vara ungefär densamma som i övriga Europa (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2017).

Sedan slutet av 1960-talet har narkotikabruk ansetts som ett allvarligt samhällsproblem och 1967 gjorde Folkhälsomyndigheten en undersökning för att uppskatta hur många som har ett problematiskt narkotikabruk. Sedan dess har ytterligare fyra undersökningar genomförts varav den senaste 2007. Studien från 2007 visade att 29 500 personer i Sverige hade ett problematiskt narkotikaanvändande. Resultatet visar att det finns 4,9 problematiska narkotikaanvändare per 1000 invånare i åldersintervallet 15–64 år (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Bruk och missbruk av narkotika är starkt förknippat med sämre hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017). Sjuklighet och dödlighet är signifikant högre hos narkotikaanvändare än i övriga befolkningen. En person med narkotikabruk har ökad risk för såväl medicinsk sjukdom som social utsatthet. Narkotika har identifierats som en riskfaktor för följande sjukdomar och skador: HIV/aids, cancer, levercirros (orsakad av hepatit B och C), psykiska störningar och beteendestörningar såsom schizofreni och narkomani samt självsador och självmord (Degenhardt & Hall, 2012). Intravenöst missbruk innebär ytterligare än förhöjd risk för ohälsa, där bland annat infektionssjukdomar är vanliga (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Av de riskfaktorer som skapade störst sjukdomsburda i Sverige 2010 hamnade narkotika på plats tio. Tobaksrökning kom på plats fyra och alkohol på plats åtta (Agardh, Boman, & Allbeck, 2015). DALYs är ett internationellt mått som används för att visa antal förlorade friska år på grund av sjukdom eller för tidig död. År 2010 uppgick antalet DALYs i Sverige orsakat av narkotikabruk till cirka 32 000 för män och cirka 8 000 för kvinnor. Detta motsvarade då 1,8 respektive 0,7 procent av landets totala sjukdomsburda (Agardh, Boman, & Allbeck, 2015).

Enligt Goodwin och Shari (2014) anses allvarliga missbrukssjukdomar alltmer vara ett kroniskt tillstånd liknande diabetes, högt blodtryck, eller astma som kräver omfattande behandling och livsstilsförändringar. Men vid missbruksproblematik lägger vården ett större ansvar på individen än vid andra kroniska tillstånd. Dock är det färre som söker hjälp för sitt missbruk än för sitt höga blodtryck. För personer med missbruksproblem finns det oftast fler

faktorer som förhindrar dem från att få adekvat vård. Det kan till exempel vara i form av strikta krav på följsamhet till behandling vilket personer med högt blodtryck eller diabetes inte ställs inför, även om de statistiskt sett är lika benägna att inte följa behandlingsinstruktioner (Goodwin & Shari, 2014).

### **Stigmatisering och utsatthet för personer med narkotikabruk**

Stigma är ett begrepp från sociologin som definierar när medlemmar av en grupp i samhället tillskrivs negativa uppfattningar eller stereotyper av andra sociala grupper. 1963 publicerade sociologen Goffman (2014) sin teori om att stigma är ett djupt misskrediterande attribut som reducerar individen till att endast vara det som stigmat symboliserar. När vi möter en person som har ett stigmatiserande attribut, till exempel ett narkotikamissbruk, så tillskriver vi individen de stereotypa egenskaper som vi förväntar oss av en person som missbrukar, och bortser från individens faktiska egenskaper. Goffman menar att detta stigma gör att individen stöts ut ur samhället (Goffman, 2014).

Personer som missbrukar narkotika har således en ökad risk för utsatthet och utanförskap i samhället. Förutom medicinsk ohälsa och död kan missbruket leda till ekonomiska problem, sociala problem, kriminalitet och psykisk ohälsa. Kvinnor som missbrukar befinner sig i en särskilt utsatt position där övergrepp i form av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld förekommer (Socialdepartementet, 2011).

### **Nationella styrdokument och lagar**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 § är målet med svensk hälso- och sjukvård en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Alla människor har ett lika värde och den som har störst behov ska ges företräde.

En del av regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitik syftar till att minska de hälsomässiga och sociala skador som uppstår i samband med narkotikamissbruk. Två av de formulerade målen handlar om att personer med missbruk/beroende ska ha ökad tillgång till vård och stöd utifrån sina förutsättningar samt att den narkotikarelaterade dödligheten ska minska. Riktade insatser för att nå dessa mål är bland annat att utveckla och anpassa vården specifikt utifrån gruppens behov. Skrivelsen tar även upp vikten av att tillvarata den kontaktyta som vården utgör i arbetet med att minska dödligheten då nästan samtliga i gruppen har varit i kontakt med vården. Landstingen ska därför sträva efter att ”skapa förtroende och motivera till stöd och behandling” (Socialdepartementet, 2016, s. 55).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning (2017b) riktar sig främst till personal inom beroendevården men syftar även till att vara ett underlag för prioriteringar inom all hälso- och sjukvård. Där betonas patientens rätt till delaktighet i hur behandlingen ska utformas och genomföras. Vården ska ges med ”respekt för individens specifika behov, förväntningar, och integritet” (Socialstyrelsen, 2017b, s. 79). Utöver detta framhåller Socialstyrelsen att en del patienter i den här gruppen har omfattande kunskaper och erfarenheter av hälso- och sjukvård vilka bör

tas hänsyn till för att förbättra både bemötandet och organisationen av vården. Riktlinjerna tar även upp vikten av ett gott bemötande som ett verktyg för att personer som behöver hjälp ska vilja söka sig till vården. Bemötandet bör upplevas som ”respektfullt, kompetent och empatiskt” (Socialstyrelsen, 2017b, s. 80).

Utöver lagar och riktlinjer ska sjuksköterskan förhålla sig till Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor som tagits fram av Svensk Sjuksköterskeförening (2017). I denna beskrivs professionens självständiga ansvar för omvårdnad av patienter. Sjuksköterskans ansvar utgår ifrån sex kärnkompetenser: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik, samt ledarskap och pedagogiska insatser i omvårdnadsarbetet. Vidare ska sjuksköterskan ha förståelse för faktorer som påverkar individens möjlighet till jämlik vård och hälsa och arbetet ska präglas av ett etiskt förhållningssätt (ibid.).

Sammanfattningsvis ska sjuksköterskan bedriva jämlik vård, personcentrerad vård och ha ett gott bemötande.

### **Forskning om bemötande och attityder gällande missbruksproblematik inom hälso- och sjukvård**

Det finns forskning som beskriver sjuksköterskans och annan vårdpersonals attityder till personer med missbruksproblematik och hur dessa attityder påverkar omvårdnaden. Enligt en artikel av Bartlett, Brown, Shattel, Wright och Lewallen (2013) har missbruk historiskt ansetts bero på individens bristande moral och/eller självkontroll. Detta har bidragit till ett stigma och en negativ bild av personer med missbruksproblematik. Negativa attityder på grund av detta återfinns i den vanliga befolkningen, inom media och även hos sjukvårdspersonal. Bartlett et al. (2013) refererar även till studier som har visat att sjuksköterskor fortfarande har negativa värderingar gällande missbrukare vilket i sin tur påverkar omvårdnaden. Personer med missbruksproblematik riskerar därför att få sämre vård och det negativa bemötandet försvårar även fortsatt behandling (Bartlett, Brown, Shattel, Wright, & Lewallen, 2013).

Attityder gentemot personer med beroendeproblematik hos hälso- och sjukvårdspersonal har även undersökts av van Boekel, Brouwers, Weeghel och Garretsen (2013) i en systematisk litteraturstudie. Resultatet visade att det generellt finns negativa attityder gentemot personer med beroendeproblematik inom vården och att den negativa hållningen var ytterligare förstärkt gentemot personer med narkotikaproblematik. Studien visade att vårdpersonal hade bristande motivation till att vårda den här patientgruppen samt tog mindre hänsyn till dem. Till följd av detta förhållningssätt är en möjlig konsekvens att vården för personer med beroendeproblematik brister vilket studien dock inte kunde fastställa helt. Boekel et al. (2013) klargör att vårdpersonalen visar mindre empati, tillbringar mindre tid med och har lägre personligt engagemang i vårdarbetet när det gäller denna patientgrupp. Vidare forskning rekommenderas för att studera vilka konsekvenser detta får i praktiken. Bland annat bör patienternas perspektiv undersökas och beskrivas (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013).

En kvalitativ studie som Johansson och Wiklund-Gustin (2016) genomförde med sjuksköterskor beskriver vidare kring sjuksköterskors attityder och omvårdnad gentemot personer med missbruksproblematik. Studien fokuserade mer på sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden. Bland annat beskrev sjuksköterskorna hur de aktivt försökte undvika att bli manipulerade av patienterna. Deras allmänna hållning var att försöka bibehålla en distans. Det handlade även om att de inte ville uppfattas som naiva av sina kollegor. Johansson och Wiklund-Gustin (2016) menar att sjuksköterskor upplever en konflikt mellan sina omvårdnadsideal å ena sidan, såsom att skapa vårdande relationer och främja hälsa och patienters beteende, och å den andra sidan ta hänsyn till hälso- och sjukvårdens rutiner och organisation (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016).

I en studie från 2012 undersöktes sjuksköterskors attityder gentemot personer med beroendeproblematik, och även hur attityderna var relaterade till kunskap och utbildning inom området (Chang & Yang, 2012). Faktorer som påverkade sjuksköterskans attityd var ålder, klinisk erfarenhet, antal timmar utbildning gällande beroendeproblematik under skoltiden samt återkommande fortbildning efter avslutad grundutbildning. Resultatet indikerade att återkommande fortbildning har mest signifikant verkan på att förändra sjuksköterskors attityder. Generellt hade sjuksköterskor som fått specifik utbildning angående beroendeproblematik under skoltiden eller någon form av fortbildning senare i yrkeslivet positivare attityder gentemot personer med beroendeproblematik. Enligt Chang och Yang (2012) kan bristfällig utbildning och praktik innebära att legitimerade sjuksköterskor inte innehar tillräcklig professionell kunskap, attityd, och kompetens för att ta hand om patienter med beroendeproblematik under pågående sjukhusvård. De menar att bristen på utbildning och klinisk färdighet kan leda till sämre vård för personer med beroendeproblematik (Chang & Yang, 2012).

I en kvasi-experimentell interventionsstudie fann Rassool och Rawaf (2008) att ett intensivt utbildningsprogram om alkohol och droger kan öka sjuksköterskors kunskaper och därmed förändra deras attityder gentemot personer med alkohol- och drogproblematik. Ännu en studie (Puskar et al., 2012) bekräftar att utbildningsinsatser har effekt på sjuksköterskestudenters attityder gentemot den här patientgruppen. Efter ett seminarium om screening, interventioner och behandling av personer med missbruksproblematik rapporterade de deltagande studenterna att de kände ett större ansvar och kände sig bättre förberedda på att arbeta med patienter som använder droger (Puskar et al., 2012).

Personer med missbruksproblematik lider även ofta av psykisk ohälsa. I en kvalitativ studie från 2009 undersöktes hur personer med dubbeldiagnos upplevde vården. Bland annat fann man att personal inom akut- och primärvården ofta visade bristande förståelse inför problematiken. En av slutsatserna från studien var att den här patientgruppen ofta blir förbisedd och att de har mindre möjlighet att tillgodose sina vårdbehov (Staiger et al., 2009).

Mycket av den forskning som gjorts på området rör sjuksköterskans perspektiv. För att skapa en bredare förståelse för problematiken är det viktigt att vidga perspektivet och även ta del av patientgruppens erfarenheter och upplevelser.

## Sjuksköterskans etiska kod

ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor ska vägleda sjuksköterskor världen över. Här slås fast att all omvårdnad har en etisk dimension och varje sjuksköterska har ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut. Koden lyfter fram:

respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och att bli bemött med respekt. Omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012, s. 3)

Den etiska koden är således tydlig med att sjuksköterskans etiska ansvar inkluderar alla. I samma anda betonar den etiska koden sjuksköterskans ansvar att verka för jämlikhet och social rättvisa och särskilt beakta sårbara befolkningsgrupper. Sjuksköterskan ska också ha ett arbetssätt som stödjer ”professionella etiska värderingar och förhållningssätt” samt skydda enskilda personer, familjer och allmänhet mot vårdpersonals felaktiga handlande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Den etiska koden är således högst relevant i relation till sjuksköterskans ansvar gentemot en utsatt och sårbar grupp.

## Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård växte fram både nationellt och internationellt på 1960-talet och har med tiden blivit en del av definitionen på en god och humanistisk vård. Svensk Sjuksköterskeförening beskriver personcentrerad vård som ”en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Enligt Centrum för personcentrerad vård (2017) finns det klara fördelar med ett personcentrerat förhållningssätt i vården. Genom att bemöta patienten som en medmänniska med förmågor och behov och skapa ett partnerskap mellan vårdare och patient där patienten är expert på sin egen situation kan man skapa en gemensam hälsoplan med mål och strategier för genomförande. Studier har visat att personcentrerad vård resulterar i kortare vårdtider på sjukhus, att patienter känner sig tryggare och att medicinska komplikationer minskar (GPCC Centrum för personcentrerad vård, 2017).

## Advocacy och bemötande inom omvårdnad

Utifrån sjuksköterskeprofessionens etiska kod, innehållet i sjuksköterskans utbildning och sjuksköterskerollen i klinisk verksamhet är *advocacy* en viktig del i omvårdnad. Bu och Jezewski (2007) definierar begreppet *advocacy* utifrån tre olika utmärkande egenskaper: *skydda patientens autonomi, agera på uppdrag för patienten och kämpa för social rättvisa inom hälso- och sjukvård. Skydda patientens autonomi* handlar om sjuksköterskans roll att respektera och främja patientens eget självbestämmande. När patientens hälsa och rättigheter är hotade och patienten antingen inte kan eller vill representera sig själv ska sjuksköterskan försvara patientens intressen. Något som framhävs i den tredje utmärkande egenskapen är sjuksköterskans skyldighet att sträva efter jämlikhet och rättvisa för såväl individen som i

samhället som helhet. Fokus för sjuksköterskan ska vara patientens bästa intresse och lagliga rättigheter (Bu & Jezewski, 2007).

Vikten av att arbeta med advocacy framkom i en kvalitativ intervjustudie av Lovi och Barr (2009) med sex legitimerade sjuksköterskor som alla arbetade med patienter som hade ett alkohol- eller drogberoende. Det handlade till exempel om att ha ett stödjande och förstående förhållningssätt när en patient tar ett återfall. I samma studie framkom även inkorrekta och stigmatiserande bedömningar bland sjuksköterskor som inte arbetade med patientgruppen. De intervjuade sjuksköterskorna ansåg att det ingick i deras omvårdnad att skydda patienterna från felaktigt och fördomsfullt bemötande. För att öka förståelsen för de bakomliggande orsaker till beroendeproblematik efterfrågade de intervjuade sjuksköterskor utbildning för att höja kunskapsnivån (Lovi & Barr, 2009)

I Svensk sjuksköterskeförenings Värdegrund för omvårdnad (2016) beskrivs två aspekter av omvårdnad. Dels en sakaspekt som utgörs av människans behov av stöd, guidning eller aktiv hjälp från sjuksköterskan, dels en relationsaspekt som utgörs av gott bemötande. Ytterligare nämns att lidande kan uppstå av ett kränkande bemötande. Patientberättelsen beskrivs som en väsentlig del av den personcentrerade vården. Detta innebär att det är viktigt att lyfta och beskriva patientperspektivet inom omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Snellman (2014) menar att vårdrelationer kan vara både vårdande och icke vårdande och att de kan resultera i såväl välbefinnande som onödigt lidande för patienten. När vårdrelationen är vårdande anses den innebära något gott för patienten. Den vårdande relationen kännetecknas av respekt för patientens självbestämmande, delaktighet och värdighet (ibid.) Det finns ingen samstämmig beskrivning av vad som definierar en vårdrelation, men vissa komponenter återkommer. Snellman (2014) lyfter respekt, förtroende och ömsesidighet som tre grundvillkor för en vårdrelation. Vidare finns det likheter i vårdarens och patientens uppfattning om vad som kännetecknar ett gott möte och där ingår personliga kvaliteter som sjuksköterskans förmåga att vara empatisk, modig och varm samt att förmedla stillhet. När dessa förmågor präglar vårdandet och när patienten tas på allvar och blir bekräftad kan ömsesidighet uppstå (Snellman, 2014).

Således ska sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete ta hänsyn till patientens självbestämmande och ha insikt om sociala orättvisor i samhället som kan påverka patientens hälsa. Därtill ska omvårdnaden kännetecknas av gott bemötande som möjliggör en vårdande relation.

## **PROBLEMFORMULERING**

Individer med missbruksproblematik är som beskrivits i bakgrunden en utsatt grupp som löper stor risk att drabbas av ohälsa och kan därför förväntas ha mycket kontakt med hälso- och sjukvården. Personer med missbruksproblematik tillhör en stigmatiserad grupp som det finns många fördomar om. Gruppen tillskrivs således negativa stereotyper. Den bilden återfinns i studier som undersöker sjuksköterskors och annan vårdpersonals attityder och förhållningssätt gentemot dessa personer. Ett gott bemötande möjliggör en välbehövlig vårdallians och

förstärker chansen för goda behandlingsresultat. Sjuksköterskan utgör ofta den person som har mest kontakt med patienter och har därför en betydande roll i hur patienten upplever bemötandet inom vården. Eftersom det är en utsatt grupp som har svårt med att komma till tals är det viktigt att lyfta deras perspektiv för att kunna förbättra deras hälsa samt öka förståelsen för deras situation. Sjuksköterskan bör ha insikt om hur dessa personer uppfattar och upplever bemötande inom hälso- och sjukvården. Tidigare erfarenheter och svårigheter som en person med missbruksproblematik kan ha upplevt är viktigt att ha i åtanke för att kunna ge ett så gott och förstående bemötande som möjligt.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva vilka upplevelser personer med aktivt eller tidigare narkotikamissbruk haft av bemötande från sjuksköterskor och annan vårdpersonal samt deras inställning till hälso- och sjukvård.

## **METOD**

I detta avsnitt presenteras examensarbetets design, urval, datainsamling och vilken typ av dataanalys som genomförts.

### **Design**

Vi valde att göra en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats för att beskriva upplevelser av bemötande inom vården från personer med aktivt eller tidigare narkotikabruk samt deras inställning till hälso- och sjukvård. Enligt Polit och Beck (2008) lämpar sig metoden väl för studier som syftar till att öka förståelsen och beskriva en persons upplevelser av sina livshändelser.

### **Urval och datainsamling**

För att hitta deltagare till studien tog vi kontakt med och besökte olika organisationer och föreningar: KRIS (Kriminellas Revansch i Samhället), Brukarföreningen Stockholm, Convictus och Söderhöjdskyrkan. Studien hade följande inklusionskriterier: personen skulle vara över 18 år, ha ett pågående eller tidigare narkotikamissbruk samt ha vårdats vid minst ett tillfälle inom somatisk slutenvård under de senaste fem åren. Ett exklusionskriterium var att intervjun inte skulle genomföras om deltagaren vid intervjutillfället var uppenbart påverkad av narkotika eller alkohol.

Deltagarna i den genomförda intervjustudien var åtta personer, sex män och två kvinnor i åldrarna 37 till 57 år. Två av deltagarna hade vid studiens genomförande ett pågående narkotikabruk, två genomgick substitutionsbehandling och fyra hade inget aktivt narkotikamissbruk.

Enligt Holloway och Wheeler (2010) kan datasamling i empirisk kvalitativ forskning genomföras via intervjuer. En semistrukturerad intervjuguide kan användas för att se till att vissa specifika områden belyses. Intervjuerna bör med fördel spelas in på ljudfil för att sedan

transkriberas till ett dokument för vidare analys (Holloway & Wheeler, 2010). Denna studie genomfördes med ovanstående metoder. Studiens intervjuguide bifogas som bilaga 3.

Information om studien gavs initialt skriftligen genom ett brev som skickades ut till nämnda organisationer och föreningar, se bilaga 1. Vid intervjutillfället informerades deltagarna både muntligt och skriftligt om syftet med studien. De informerades även om att det var frivilligt att delta, att de inte skulle få någon form av ersättning, och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång. Vidare fick de information om att intervjuerna skulle spelas in och transkriberas men att deras svar skulle behandlas konfidentiellt. Materialet kasserades efter att examensarbetet var färdigställt och godkänt. Deltagarnas samtycke till deltagande dokumenterades på en särskild blankett, se bilaga 2.

Intervjuerna genomfördes i Stockholmsområdet där alla deltagare var bosatta. Intervjuerna tog 12 till 47 minuter och det totala inspelade materialet transkriberades till 57 A4-sidor text.

## **Dataanalys**

Vi har gjort en kvalitativ innehållsanalys av de transkriberade intervjuerna med induktiv ansats. Med induktiv ansats menas att analysen har utgått från innehållet i de intervjuades berättelser och inte från en på förhand bestämd teori (Danielsson, 2012).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär kvalitativ innehållsanalys någon form av tolkning. Det sker i en process med flera steg. När det gäller transkriberade intervjuer identifieras meningsenheter som är relevanta. Det kan vara enstaka meningar eller längre textavsnitt. Därefter görs en kondensering och kodning av meningsenheterna. Slutligen grupperas kodningarna i teman och subteman (ibid.).

Vi läste först igenom varje intervju en gång för att få en förståelse för helheten av innehållet i de intervjuades berättelser. Därefter lästes intervjuerna igenom ytterligare en gång för att markera och koda de meningsenheter som var relevanta för studiens syfte. Slutligen gjordes en gemensam genomgång av intervjuerna för att säkerställa att samtligt innehåll av värde inkluderades som meningsenheter. Totalt 107 meningsenheter och vem av deltagarna som stod för dessa dokumenterades i en Excel-fil. I nästa steg kondenserades meningsenheterna för att förenkla processen att hitta gemensamma betydelser som skulle mynna ut i teman och subteman. Betydelsen av de kondenserade meningsenheterna tolkades gemensamt och diskuterades till dess att vi nådde konsensus om deras innebörd. Detta resulterade i att vi kunde formulera tio stycken subteman under vilka alla meningsenheter grupperades. Efter att subteman formulerats jämfördes de med respektive meningsenhet för att säkerställa att de överensstämde med det som den intervjuade faktiskt uttryckte. Slutligen formulerades fyra huvudteman. Analysprocessen med två exempel visas i tabell 1.



| Meningsenhet  | Kondenserad meningsenhet  | Subtema                                    | Tema                                  |
|---|---|--|---------------------------------------|
| när de ser narkotikastämplarna, att man har missbrukat, då är det precis som: nä, den här, den kan ta det lugnt, den kan vänta (d8)   | Upplever att vårdpersonalen bortprioriterar mig på grund av mitt missbruk, jag kan lika gärna vänta     | Upplevelse av att bli bortprioriterad      | Stigmatiserande bemötande             |
| Nej men de la liksom mycket tid, jag kunde ju inte, alltså så här, jag kunde ju inte resa mig upp själv, de var ju tvungna att så hära rulla in mig på toaletten liksom [skrattar], så, och sådana där saker. De kom in och var schyssta (d7) | Upplevt schysst bemötande när sjuksköterskor la ner tid på omvårdnad, upplevde att de brydde sig om mig | Omtanke och engagemang från sjuksköterskor | Mänskligt bemötande är gott bemötande |

Tabell 1. Analysprocessen – från meningsenhet till tema

## Etiska aspekter

För att en studie ska kunna motiveras etiskt bör den enligt Kjellström (2012) bidra till ökad kunskap om ett viktigt ämne alternativt bidra till nytta för individen, samhället och professionen. Innan studien rekommenderas att en nyttoanalys utförs där nyttan vägs mot riskerna vilket också gjordes. Fördelarna med denna studie var att den kan bidra till ökad förståelse hos sjuksköterskor samt i förlängningen att patientgruppen får ett bättre bemötande i vården. En ytterligare fördel som Kjellström (2012) lyfter är att deltagarna får chans att göra sina röster hörda och en möjlighet att diskutera en fråga som intresserar dem.

Kjellström (2012) tar upp att en etisk risk inom forskning är att materialet kan läcka ut. För att minimera den risken med vår studie vidtogs vissa åtgärder. Det är enbart forskargruppen som har haft tillgång till insamlad data. Materialet har sparats i lösenordskyddad mapp på privat dator. För att bibehålla informanternas konfidentialitet så benämns deltagarna i resultatredovisningen enbart med kodning, till exempel d1 för deltagare nr 1.

Enligt Holloway och Wheeler (2010) kan intervjuer ha en djup påverkan på deltagarna och framkalla obehagliga minnen och starka känslor. Det är även en risk som Kjellström (2012) framhåller. Vi ville framförallt undvika att de intervjuade skuldbelägger sig eller känner sig stigmatiserade då det redan kan finnas skamkänslor över sin hälsa och situation. För att undvika detta kunde deltagarna själva välja var de ville bli intervjuade. Vi gick också in i intervjusituationen med empati och förståelse. Om vi märkte att en deltagare blev känslomässigt påverkad var vår avsikt att lyssna och att finnas till hands. Deltagaren skulle då också påminnas om att intervjun kan avbrytas om situationen känns jobbig.

Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska forskning på grundnivå genomgå en etikansökan via aktuell högskola eller universitet (SFS 2003:615). Innan datainsamlingen påbörjades skrevs således en etikansökan som godkändes av våra handledare.

## RESULTATREDOVISNING

Under innehållsanalysen identifierades fyra huvudteman varav tre handlar om upplevelser av bemötande: *Stigmatiserande bemötande*, *Motarbetande bemötande* och *Mänskligt bemötande är gott bemötande*. Det fjärde temat: *Attityder till hälso- och sjukvården* tar upp deltagarnas inställning till vården. Figur 1 visar studiens teman med tillhörande subteman.



Figur 1. Teman och subteman

### Stigmatiserande bemötande

Av deltagarnas berättelser kan man utläsa att de upplever sig bli stigmatiserat bemötta av vårdpersonal. Deltagarna uppfattar att vårdpersonalen stämplar dem som missbrukare och att de drar alla missbrukare över en kam istället för att se individen bakom missbruket. Det stigmatiserande bemötandet kan också kopplas till en känsla av att bli försummad eller att inte få den hjälp man behöver. De subteman som ingår i temat är: *Upplevelse av attitydförändring*, *Stämplad som manipulativ*, *Upplevelse av att bli bortprioriterad* och *Omänskligt bemötande*.

#### *Upplevelse av attitydförändring*

Flera av deltagarna berättar om ett försämrat bemötande när vårdpersonal har fått kännedom om deras missbruksproblematik. Majoriteten av deltagarna, sex av åtta, beskriver hur vårdpersonal till en början har bemött dem professionellt men att detta förändrats när

personalen läst deras journaler och konstaterat att de har eller har haft ett narkotikamissbruk. En deltagare berättar om en tydlig attitydförändring då han söker vård på en akutmottagning:

*”då säger hon så här, ja men vi får ge dig nåt smärtstillande innan du kommer till, eh, vidare. För de såg att smärtorna, det gick inte längre. Hon bara, vänta, jag ska bara gå och kolla i dina journaler. Sen när hon gick och kolla i mina journaler, då vare andra bullar. Då var det ett helt annat bemötande ... tappade ju fokus från vad som var problemet egentligen, för nu var det liksom missbrukaren han är ute efter knark, och där, där försvann ju vi från hela liksom agendan” (d3)*

Det har även handlat om ett försämrat bemötande när deltagarna själva berättat om sitt missbruk eller att deras sjukdomstillstånd var till följd av deras missbruk:

*”men jag kom in när jag hade fått inflammation i armen nån gång... och då när dom förstod vad det kom utav [injektionsmissbruk] så vart det en helt annan attityd ... dom ansåg att jag var knarkare då kunde jag gott skylla mig själv liksom, det är den inställningen man får ... dom som är aviga dom börjar behandla en som pesten i stort sett” (d1)*

En annan deltagare (d2) berättar hur han upplever sig ha blivit sämre bemött desto ärligare han har varit om sitt narkotikamissbruk. Han beskriver det som att han behandlas som om han har ett ”varningskors”. En deltagare (d8) upplever att när vårdpersonalen har insett att hon har haft tidigare narkotikamissbruk bemöts hon med en hårdare attityd och behandling, som om hon ska klara av det bättre. Hon upplever att folk kan göra lite som de vill när hon fått stämpel som missbrukare:

*”man blir behandlad som en normal, så fort de ser stämpeln vilka vi är, då är det slut med silkesvantar, eller ja, de normala behandlingarna, då: ja men du är missbrukare, ja men du har vart med om värre, du klarar det. Det är liksom, de generaliserar oss allihopa” (d8)*

Några av deltagarnas berättelser tyder på att bemötandet korrelerar med den stereotypiska bilden av en missbrukare; ju mer det syns att du har ett missbruk eller ju sämre skick du är i, desto sämre bemötande får du. En av deltagarna berättar att eftersom det inte gick att utläsa av hans yttre att han var missbrukare så kunde vårdpersonalen kommentera hans utseende och påpeka att han inte såg ut som en missbrukare (d3). En annan deltagare ger uttryck för en liknande uppfattning:

*”det beror på vilket skick du är i när du kommer in, alltså verkligen, ju sämre skick så är det större risk att du får ett taskigt bemötande” (d1)*

En deltagare berättar även att han har en uppfattning om att det är skillnad på bemötande beroende på vad för sorts vård det handlar om. Enligt honom har sjuksköterskor en annan attityd då det handlar om ”folk som självmant går och förstör sitt liv i droger” (d3).

Några deltagare ger uttryck för en uppgivenhet inför denna attitydförändring som inträffar när vårdpersonalen stämplar dem som missbrukare. En deltagare (d6) uttrycker frustration över att det påverkar den vård som han får och att oavsett hur lång tid som har passerat så blir hans tidigare missbruksproblematik ett problem i hans kontakt med vården:

*”ja det är så lång tid tillbaka liksom så när ska det försvinna ändå [angående journaler gällande missbruk]” (d6)*

Han betonar hur viktigt han tycker det är med lika behandling, och att personalen ska försöka sätta sig in i ens situation utan att döma ut en som enbart ”missbrukare” (d6). En deltagare ger uttryck för att han ångrar att han sökte hjälp inom vården för att det nu ”finns i pappren att [han] är missbrukare” (d3). Samma deltagare har upplevt lidande på grund av detta:

*”vi hamnade ju i en het diskussion jag och hon, om det här, sen kände ju jag att vad jag än säger så är det liksom en mur, och då kände jag att nä men jag skiter i det här, jag orkar inte jag hade för mycket smärtor” (d3)*

Sammanfattningsvis upplever de flesta av deltagarna att vårdpersonal inklusive sjuksköterskor ger dem ett sämre bemötande och förändrad attityd när deras missbruk har uppdagats. Det handlar dels om en hårdare attityd men vissa deltagare uppfattar det även som om vårdpersonalen anser att de får skylla sig själva.

#### *Stämplad som manipulativ*

Några av deltagarna beskriver att de har upplevt att personalen har en bild av dem som manipulativa och att det har påverkat bemötandet negativt. Det bidrar även till svårigheter kring mediciner, framförallt smärtlindring. Deltagarnas upplevelse är att personalen verkar tro att de uppsöker vården för att de har en särskild agenda; att tag på narkotikaklassad medicin, och inte för att få hjälp. En deltagare berättar:

*”man ska ju faktiskt lindra, bota, hjälpa sjuka människor. Men de ser, allting som de ser att vi vill ha ser de som: jaha nu fiskar de. Nu är de ute och fiskar” (d8)*

Detta bemötande beskrivs både med en viss känsla av uppgivenhet men också med känslor av frustration då personalens stereotypa bild av dem som enbart ute efter något piller anses fördomsfull och felaktig. En av deltagarna beskriver det som följande:

*”Det hade vart billigare för mig å gå till plattan och köpa två kabbar heroin, för att få bort den här smärtan. Plus att jag har massa piller hemma. Jag vill veta vad det är för fel på mig. Men då, då kände ju jag att de tappade ju fokus från vad som var problemet egentligen, för nu var det liksom missbrukaren han är ute efter knark, och där, där försvann ju vi från hela liksom agendan” (d3)*

Deltagarnas berättelser vittnar således om att de upplever att vårdpersonalen stämplar dem som manipulativa och därmed inte visar någon respekt för deras oro och vårdbehov.

#### *Upplevelse av att ha blivit bortprioriterad*

Hälften av deltagarna berättar att de inte fått den vård de behövt och de drar själva slutsatsen att det hade med deras missbruk att göra. Det har till exempel handlat om att bli hemskickad flera dagar i rad med intensiva buksmärter vid vad som senare visat sig vara njursten eller en allmän känsla av att bli prioriterad sist i ledet. När deltagarna pratar om dessa tillfällen framkommer det att de har upplevt det som att sjuksköterskan medvetet valt att låta dem vänta eller för att de som missbrukare är vana vid värre och därför inte behöver prioriteras, alternativt att de på grund av sitt missbruk får skylla sig själva för att de blivit sjuka:

*”när de ser narkotikastämplarna, att man har missbrukat, då är det precis som: nä, den här, den kan ta det lugnt, den kan vänta” (d8)*

En deltagare berättar att han var på akuten med 40 grader i feber och misstänkt blodförgiftning, och att han fick vänta 45 minuter på febernedsättande. Han beskriver sin upplevelse så här:

*”jag asså hon bara för att hon var tvungen så kom hon till slut när man hade ringt på klockan och så.. och hon utstrålade att jag var en jävla knarkare.. i hennes ögon hade dom lika gärna kunnat skita i att skicka nån ambulans” (d1)*

Samma person har även erfarit att ambulanspersonal har lämnat honom mellan ambulansen och ingången till en akutmottagning när det var tio grader kallt. Andra deltagare berättar om upplevelser där de känt sig lågprioriterade av personalen:

*”dom såg ner på mig tyckte jag... eller dom gjorde det asså.. ah.. jag kom sist i kön kändes det som” (d6)*

Subtemat som helhet omfattas av deltagarnas upplevelse att vårdpersonalen inte gett dem adekvat vård och att deras vårdbehov inte anses tillräckligt viktiga.

### *Omänskligt bemötande*

Flera deltagare berättar att de upplever att vårdpersonal och sjuksköterskor bemöter dem på ett sätt som får dem att känna sig mindre värda. Ord de använder när de beskriver detta är att de blir bemötta som hundar, som andra klassens medborgare, som pestråttor, som ett kolli och så vidare. En deltagare betonar att det är ett bemötande som det inte går att vänja sig vid.

*”allting rasar liksom och när man åker in till sjukhuset och blir behandlad som nån jävla pestråtta det e....det är inte så att man vänjer sig vid det utan tror att det är ... jag vet att om jag kommer in och är aktiv så finns risken att man blir bemött så men det är ingenting som jag tycker aja så är det när man pundar.. jag tycker fortfarande att man ska kunna bli bemött så länge man inte är särskilt stökig eller bråkig” (d1)*

En annan deltagare (d3) berättar att vårdpersonals bemötande och fraser som ”är du här igen?” får honom att känna skam, han upplever det som att vården ser honom som ett hopplöst fall.

Sammanfattningsvis vittnar deltagarnas berättelser om upplevelser av att bli stämplad som missbrukare och därmed få ett sämre bemötande.

### **Motarbetande bemötande**

Det här temat består av två subteman: *straff och kontroll* samt *brist på delaktighet*. I flera intervjuer framkommer hur deltagarna upplever att de inte har någon inverkan på eller medbestämmande över sin egen vård. De upplever att vårdpersonalen har all makt och de saknar en känsla av delaktighet på grund av bristande kommunikation och dialog.

#### *Straff och kontroll*

Flera av deltagarna upplever att de istället för att få hjälp med sitt beroende lever under vårdens kontroll och blir straffade om de inte lyckas följa alla regler. Om de till exempel deltar i ett behandlingsprogram och försöker trappa ner finns det inte utrymme för att göra några snedsteg. Om de tar ett återfall så får de börja om på ruta ett. De intervjuade menar att bristen på flexibilitet och förståelse får dem att känna sig i underläge.

*”Men jag känner, det är en generell känsla, att när vi är i underläge som vi kallar det, när vi fallerar och det inte går bra, man tar något sidomissbruk eller något, då är det inte snack om att nu ska vi hjälpa dig, nu ska vi se till att, och hur vi kan lösa det här, utan det är som vanligt, straff. Strafftänket” (d8)*

En deltagare upplever att kontrollen är så total att det inte spelar någon roll om han faktiskt följer reglerna. Hans känsla är att vården kan straffa dig ändå, på rent godtyckliga grunder till exempel om du ser kliniskt påverkad ut (trots att du lämnat ett negativt urinprov).

I en intervju framkommer en händelse på en avgiftningsavdelning då en deltagare fick ett epilepsianfall. Sjuksköterskan ville då inte ge honom Stesolid eftersom han inte skulle kunna producera ett ”rent” urinprov:

*”Och när man får reda på nåt sånt där, där ska man känna sig säker, det fallerar ju det totalt alltså. Jag jag totalt jag tappade tillit till allt det som va, just vid det tillfället, med så här sjukvård överhuvudtaget” (d3)*

Deltagarnas berättelser om vårdens straff och kontroll har främst handlat om bemötandet under substitutionsbehandling i beroendevårdens regi.

#### *Brist på delaktighet*

Bland flera av deltagarna går det att utläsa en känsla av att inte få vara delaktig i sin egen vård. Det handlar till exempel om en uppfattning om att det är tabubelagt att prata om medicinering på grund av att de är missbrukare:

*”det är som att det har varit ett tabubelagt tema eller att man kan prata om sånt [smärtlindring] i tredje person liksom ... min erfarenhet är att man inte kan prata om sådana saker. Så här är det, eller det kan vara min förutfattade mening men*

*jag har en ganska klar uppfattning om att på grund av att jag är missbrukare så kan man inte ha en direkt dialog om sådana preparat, framförallt då” (d7)*

En deltagare berättar även om bristen på rak dialog:

*”jag har aldrig klandrat någon som har vett att säga nåt i ansiktet på någon faktiskt. Det kan mycket väl stämma att man har varit konstig ibland men fortfarande så kanske man ska bli utkörd eller körd till någon annan institution då.. psyket eller vad nu det är frågan om” (d2)*

Bristen på delaktighet som deltagarna berättar om innefattar olika aspekter. Det kan handla om otillräcklig kommunikation, vårdpersonalens bristande kunskap om sjukdomstillstånd och svårigheter att själv få vara med och planera sin vård och behandling.

### **Attityder till hälso- och sjukvården**

En del av den här studiens syfte var att beskriva vilken inställning personer med missbruksproblematik har till vården och baserat på deltagarnas berättelser om tidigare erfarenheter och upplevelser så framkom två subteman: *Negativ inställning till att uppsöka vård* och *Låg förväntan på bemötande*.

#### *Negativ inställning till att uppsöka vård*

Häftan av deltagarna uttrycker ovilja och motstånd inför att söka sig till vården. De flesta av dem förklarar denna motvilja med tidigare erfarenheter av dåligt bemötande. I en intervju berättar en deltagare om en händelse då han sökte hjälp på en akutmottagning och upplevde att han varken fick adekvat vård eller professionellt bemötande. En händelse som han menar har påverkat hans inställning till vården:

*”sen dess har jag inte ens närmat mig sjukhuset, jag skulle inte ens göra det om jag dör” (d2)*

En annan deltagare säger att han undvek att söka vård in i det sista på grund av att han förväntar sig att bli dåligt bemött:

*”man söker sig inte till akutvården i alla fall förrän in i det sista dåra .... ja för det blev ju bara jidder man visste ju det .... det är inte så jävla skoj när man får... när man märker det på syrran när man kommer in att fan det fattar du väl att sådär kan du ju inte hålla på... nä ja det ju inte för att jag vill hålla på” (d1)*

Utöver erfarenheter av dåligt bemötande som anledning till att undvika att söka vård beskriver en av deltagarna det mer som en uppgivenhet över sin situation:

*”Överhuvudtaget så håller man sig ju undan från sådana vårdande sjukhus, socialkontor .... Det är ju inte utifrån att .... jag uppfattar dem som så korkade, eller elaka och dåliga, utan det handlar ju mer om den här uppgivenheten att det faktiskt inte finns någon hjälp att få. Att liksom, jag får ju inte den hjälpen jag behöver”(d7)*

Inställningen att undvika vård är framförallt kopplad till tidigare erfarenheter av dåligt bemötande, men också till en uppfattning om att man inte kan få hjälp inom vården.

### *Låg förväntan på bemötande*

Av deltagarnas berättelser kan man utläsa att de har en låg förväntan på vårdpersonalens bemötande. Det handlar dels om tidigare erfarenheter av negativt bemötande men också om att de blivit positivt överraskade när de fått ett bra bemötande eller att det har handlat om ”tur”. En av deltagarna formulerar det enligt följande:

*”om vi säger att det är tio sjuksköterskor, så har jag tur så är det två som är bra. Som jag känner förtroende för” (d8)*

Deltagarnas låga förväntan på vårdpersonalens bemötande blir också tydligt när de beskriver en förvåning över en erfarenhet av positivt bemötande. I en intervju berättar en deltagare (d7) om hur han har haft en ”rak och tydlig dialog” angående smärta och smärtlindring, något som han inte erfarit tidigare.

Deltagarnas låga förväntningar på vården och vårdpersonalens bemötande handlar om att de tar för givet att de ska få ett dåligt bemötande och att de beskriver de positiva erfarenheterna i ord som tur eller förvåning.

### **Mänskligt bemötande är gott bemötande**

I flera av intervjuerna framkommer att deltagarna har erfarit ett gott bemötande i vården. Det goda bemötandet inträffar när sjuksköterskor visar omtanke och engagemang och gör det lilla extra i omvårdnaden. Deltagarna önskar bli behandlade med respekt och värdighet och inte enbart utifrån sin missbruksstämpel. Några av deltagarna har även uttryckt skillnader på bemötandet de får av äldre respektive yngre sjuksköterskor. Temat är uppdelat på två olika subteman: *lika vård som för alla andra* och *omtanke och engagemang från sjuksköterskor*.

#### *Lika vård som för alla andra*

I flera intervjuer återkommer berättelser om när deltagarna har upplevt gott bemötande. Dessa händelser har inträffat när de känner att de har blivit bemötta såsom de anser att andra blir bemötta. Begrepp som människa, mänsklig och person används av deltagarna för att beskriva hur det goda bemötande har varit. En deltagare berättar om hur sjuksköterskor genom att ”snacka och vara trevliga .... bara så där allmänt” (d7) fick honom att känna sig som en människa som möter en annan människa. Han fortsätter med att säga:

*”jag kände att de bemötte mig med värdighet och respekt, som en människa, som en människa som var där för att få vård, inte som en missbrukare” (d7)*

Samma tema framkom då deltagarna fick berätta om hur de anser att ett gott bemötande ska vara, oavsett om de hade upplevt det eller inte. Några uttrycker en önskan om att bli bemötta med mer empati. I en annan intervju formuleras det såhär:



*”aaa att bli behandlad som vilken människa som helst som kommer in och är sjuk.. oavsett om man lever i ett tungt missbruk” (d1)*

Subtemat *lika vård som för alla andra* handlar genomgående om deltagarnas beskrivningar av hur vårdpersonal och sjuksköterskor haft ett gott bemötande präglad av medmänsklighet. I subtemat återfinns även deltagarnas önskan om hur de vill bli bemötta. Den röda tråden har varit att vilja bli behandlad som alla andra.

*Omtanke och engagemang från sjuksköterskor*

I deltagarnas berättelser om gott bemötande från sjuksköterskor och vårdpersonal är det deras omtanke och engagemang som gjort intryck. Under intervjuerna har det framkommit att sjuksköterskor har kunnat lindra ångest och oro när de har sett dem som personer och tagit sig tid att vara med dem. Det har till exempel handlat om att utföra omvårdnadshandlingar eller hjälpa till med saker som man inte klarat av att göra själv. De flesta har uppskattat när sjuksköterskor har visat omtanke. En deltagare beskriver det så här:

*”på ett sätt är de [sjuksköterskor] ju professionella men de har ett jävla hjärta nånstans, de bryr sig om en” (d1)*

Det handlar inte enbart om när sjuksköterskor har gett ”det där lilla extra” utan en deltagare berättar om situationer när han har varit utåtagerande och sjuksköterskor har försökt lugna honom. Efteråt har sjuksköterskorna inte skuld- eller skambelagt honom för hans agerande utan varit förstående inför hans problematik:

*”det här är ju ändå människor som typ har räddat livet på mig och så ska jag bara dra åt helvete, vem fan är du, och, du vet så här, sen när man kommer och ska be dem om ursäkt då bara, men xx, vi förstår, du mådde inte bra, och det är ju där man förstår vilka jävla nerver de har” (d3)*

Deltagarna ger uttryck för sympati gentemot sjuksköterskor och flertalet beskriver sjuksköterskorna som den yrkeskategori i vården man har mest kontakt med:

*”i grund och botten så är det ju sjuksköterskorna som är dom som är klipporna i det hela faktiskt [skratt] aa men asså det är ju dom ... man har mest att göra me” (d1)*

Några deltagare berättar också om att det kan vara skillnad på de sjuksköterskor som har jobbat längre och om hur nya sjuksköterskor tenderar att ha ett bättre bemötande:

*”inom narkotikavården i Sverige, jag blev ju alltid bemött bättre om, mer med omtanke och allting, av de nya sjuksköterskorna om man säger så, som inte hade vart länge i sitt yrke. Sen fanns det ju bra också så, men generellt var det ju oftast de här, som hade jobbat väldigt väldigt länge, de var ju inte alltid så glada, och då kunde jag ju uttrycka, många gånger till vissa då att, du kanske borde söka nytt jobb” (d3)*

I en intervju beskriver en deltagare ändå den nya generationen sjuksköterskor med visst hopp:

*”det är inte så många äldre syrror kvar utan jag tror att dom flesta, asså jag tror, jag vet inte men den yngre generationen har ett annat tänk när det gäller narkotika och allting sånt därnt” (d1)*

Sjuksköterskors omtanke och engagemang som det goda bemötandet har bland annat visat sig genom deltagarnas beskrivningar av hur de ordnat med medicinering samt stannat till och frågat hur det är med en. Deltagarnas positiva berättelser handlar om när sjuksköterskor och annan vårdpersonal har visat empati och förståelse.

## **DISKUSSION**

Diskussionsdelen är uppdelad i tre delar: metoddiskussion, etisk diskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen kommer valet av metod, urvalsprocess samt studiens inklusions- och exklusionskriterier diskuteras. Vi har valt att ha med etisk diskussion på grund av studiens karaktär och för möjlighet att diskutera vår förförståelse i form av eventuella förutfattade meningar. I resultatdiskussionen diskuteras studiens resultat med möjliga konsekvenser i relation till relevant forskning.

### **Metoddiskussion**

Eftersom syftet med denna studie var att beskriva en grupp människors upplevelser och inställning till ett fenomen valde vi att göra en empirisk studie med kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2008) är det en metod som med fördel används när man vill skaffa sig en förståelse för personers livserfarenheter och upplevelser. Ett annat alternativ hade varit att göra en kvalitativ litteraturstudie men vi ansåg att en intervjustudie i ämnet bäst skulle kunna beskriva aktuella erfarenheter och på så vis bidra till att öka kunskapsläget.

Enligt Polit och Beck (2008) kan en studie granskas utifrån flera aspekter för att enligt standarden *trustworthiness* säkerställa kvaliteten och integriteten inom kvalitativ forskning. *Trovärdighet* innebär tillförlit till tolkningarna av data och forskarna ska sträva efter att bibehålla sanningen så som den återgetts i intervjuerna. *Äkthet* innebär att studiens insamlade data redogörs rättvist och troget till materialet. Liknande definition gäller för *tillförlitlighet/bekräftelsebarhet* vilket handlar om att studiens presenterade resultat ska överensstämma med den information deltagarna har delgett. Vidare beskriver Polit och Beck (2008) kriterierna *pålitlighet/rimlighet* och *överförbarhet/tillämpning*. Om en studie tillämpar samma metod med samma urval och kommer fram till liknande resultat har *pålitlighet/rimlighet* uppnåtts. För att en studie ska kunna ha *överförbarhet/tillämpning* bör resultatet återges på ett så pass omfattande och uttömmande sätt att en läsare av studien eventuellt kan applicera och generalisera resultatet för en annan grupp eller för en annan sättning (Polit & Beck, 2008).

I föreliggande studie har dokumentation skett genom inspelade ljudfiler och transkribering av dessa. Samtligt material har funnits tillgängligt för granskning av handledare och examinator. Vi har även under processens gång reflekterat över om våra tolkningar och beskrivningar överensstämmer med insamlad data. Enligt Polit och Beck (2008) är dessa steg i forskningen ett

sätt att stärka en studies *pålitlighet/rimlighet, tillförlitlighet/bekräftelsebarhet, trovärdighet* och *äkthet*.

Inom kvalitativ forskning kan risken för partiska beslut och personligt präglade tolkningar minska om forskargruppen består av två eller fler personer. Detta kallas för *forskartrianglering* och det stärker forskningens *tillförlitlighet/bekräftelsebarhet* och *trovärdighet* (Polit & Beck, 2008). Den här studien har planerats och genomförts av två personer.

Enligt Polit och Beck (2008) ökar en studies *äkthet, trovärdighet* och *överförbarhet* då beskrivning och presentation utformas enligt vissa principer. Vi har i föreliggande examensarbete haft intentionen att beskriva kvalitetshöjande strategier samt tydligt ange studiens syfte och metod. Resultatet av insamlad data har tydligt återgetts och beskrivits så grundligt som möjligt. I vår etiska diskussion redovisas vår förförståelse för ämnet. Våra eventuella förutfattade meningar och huruvida de skulle ha kunnat påverka studiens förlopp och resultat diskuteras samt vilka åtgärder vi gjort för att minska risken för detta.

Deltagarna till studien valdes ut med hjälp av ett bekvämlighetsurval vilket medförde att enbart två av åtta deltagare var kvinnor. Det hade varit av intresse att få höra fler upplevelser från kvinnors perspektiv, särskilt då kvinnor med missbruksproblematik bedöms vara en extra utsatt grupp (Socialdepartementet, 2011).

Vårt ursprungliga syfte var att beskriva deltagarnas upplevelser av bemötande inom den somatiska vården och ett inklusionskriterium var att personen skulle ha vårdats inom somatisk slutenvård vid minst ett tillfälle under de senaste fem åren. Trots att alla deltagarna uppfyllde detta kriterium visade det sig att de upplevelser och erfarenheter som de själva valde att prata om ofta handlade om det bemötande de är vana vid från annan typ av vård såsom beroendevård, primärvård och akutvård. Då dessa berättelser ansågs viktiga valde vi att vidga syftet och låta studien beskriva deltagarnas erfarenheter av bemötande även inom annan sjukvård.

Vid kvalitativa intervjustudier föreligger en risk för minnesförvanskning. Enligt Schacter, Chiao och Mitchell (2003) kan våra minnen vara felaktiga på olika sätt. Bland annat har vi inte tillgång till alla våra minnen efter en längre tid och vi kan minnas något men tillskriva minnet ett annat ursprung (till exempel tro att vi hört något på radion när det i själva verket var en vän som berättade det för oss). I föreliggande studie har detta tagits hänsyn till genom att begränsa senaste kontakten med hälso- och sjukvården till fem år.

Schacter, Chiao och Mitchell (2003) menar även att vissa minnen har skapats utifrån ledande frågor och förslag. Vidare formas våra minnen av aktuell kunskap och tro samt den egna uppfattningen om sig själv (Schacter, Chiao, & Mitchell, 2003). Det kan vara så att deltagarna inte återgett ett minne precis så som det utspelade sig. Dock har syftet med denna studie varit att beskriva en persons upplevelser och inte att återge det exakta händelseförloppet kring en händelse. Det aktuella minnet och upplevelsen av händelsen kan vara mer relevant i relation

till studiens syfte då det även återger vilka eventuella konsekvenser i form av lidande som händelsen gett upphov till.

En svaghet med denna studie är vår egen bristande erfarenhet i att genomföra forskningsintervjuer och att analysera data från desamma.

### **Etisk diskussion**

I all forskning föreligger en risk att forskarnas tidigare erfarenheter, kunskaper och förutfattade meningar påverkar forskningsarbetet (Polit & Beck). Vi valde att undersöka det här ämnet för att vi känner empati för utsatta grupper och vi hade en föreställning om att resultatet skulle visa många negativa upplevelser av bemötande. Detta kan ha påverkat såväl förarbete som urval, intervjusituation, dataanalys och tolkning av resultatet. För att minska risken för bias har vi strävat efter att ha ett kritiskt förhållningssätt genom hela arbetsprocessen. Vi har arbetat strukturerat, kodat data var för sig för att sedan jämföra dessa samt ständigt ifrågasatt våra gemensamma tolkningar och slutsatser. Ingen av oss hade någon relation till deltagarna.

I förberedelserna av studien bedömde vi att det fanns en etisk risk att deltagarna skulle bli emotionellt berörda av att berätta om sina erfarenheter. Vi tog också fram en handlingsplan för hur vi skulle hantera en sådan situation vilket i efterhand visade sig vara en bra strategi då en av deltagarna blev märkbart påverkad av att prata om sina upplevelser och minnen. Vid detta tillfälle avslutades intervjun och deltagaren erbjöds stöd.

### **Resultatdiskussion**

I föreliggande studie var syftet att beskriva vilka upplevelser personer med tidigare eller aktivt narkotikamissbruk har haft av bemötande från sjuksköterskor och annan vårdpersonal samt deras inställning till hälso- och sjukvård. Undersökningen resulterade i fyra teman. Tre teman som berör bemötande: Stigmatiserande bemötande, Motarbetande bemötande och Mänskligt bemötande är gott bemötande och ett tema som handlar om deltagarnas inställning till hälso- och sjukvård: Attityder till hälso- och sjukvård.

Studiens resultat och nyckelfynd samt rimliga konsekvenser kommer att diskuteras under rubrikerna: *Utanförskap som förstärks*, *Känslor av maktlöshet*, *Ökad risk för ohälsa* och *Bemötande som lindrar*.

#### *Utanförskap som förstärks*

I bakgrunden presenterades de lagar, styrdokument och den etiska kod som styr sjuksköterskans arbete. I dessa betonas mänskliga rättigheter, jämlik hälsa och att bemötandet ska präglas av humanism, empati, respekt och ett personcentrerat förhållningssätt. Samtidigt visar studier att även sjuksköterskor påverkas av de negativa attityder som finns i samhället gällande personer med missbruksproblematik.

Ett av det mest framträdande resultatet i denna studie var deltagarnas upplevelser av ett stigmatiserande bemötande inom vården. Enligt deltagarna bemötte sjuksköterskor och annan

vårdpersonal dem utifrån en stereotyp bild som berodde på deras aktiva eller tidigare missbruk. Talande exempel på detta är deltagarnas upplevelser av ett bemötande som signalerar att de får skylla sig själva för att de blivit sjuka, att de blivit stämplade som manipulativa och att de känt sig nedvärderade. Dessa upplevelser av stigmatiserande och omänskligt bemötande tyder på att vården inte lyckas leva upp till de principer som presenterats och en möjlig konsekvens är ett förstärkt utanförskap och ett ökat lidande. Sleeper och Bouchain (2013) kom fram till liknande resultat i en intervjustudie med personer som deltog eller hade deltagit i ett behandlingsprogram för substansberoende. Personerna beskrev ett stigmatiserande bemötande som resulterade i känslor av ilska, frustration, ensamhet och isolering (ibid.).

Deltagarnas upplevelser av omänskligt bemötande går eventuellt att kategorisera in under det som Brüggemann, Wijma och Swahnberg (2012) definierar som övergrepp i vården. Efter att ha genomfört en innehållsanalys på vetenskapliga artiklar om övergrepp i vården definierar de fenomenet enligt följande: patientens subjektiva erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården som kännetecknas av avsaknad av vård, där patienten lider och förlorar sitt värde som människa. Händelserna är oftast oavsiktliga (ibid.).

Man kan fundera över varför det ser ut som det gör och en rimlig förklaring som också belysts i bakgrunden är att sjuksköterskors negativa attityder till den här patientgruppen beror på bristande kunskap och utbildning om missbruksproblematik (Chang & Yang, 2012; Rassool & Rawaf, 2008). Enligt Chang och Yang (2012) finns det indikation på att återkommande fortbildning är det som har mest signifikant verkan på att förändra sjuksköterskors attityder.

Det är viktigt att poängtera att flertalet av deltagarna i studien berättar om en tydlig attitydförändring då sjuksköterskor eller annan vårdpersonal fått reda på deras tidigare eller aktiva narkotikamissbruk. Detta tyder på att upplevelserna av det försämrade bemötande inte kan förklaras med att deltagarna utgår ifrån att de kommer bli bemötta på ett visst sätt och letar efter tecken på sämre bemötande. Med tanke på deras grupptillhörighet kan det finnas en samsyn om felaktig behandling.

Attitydförändringen som deltagarna har upplevt visar att negativa attityder förekommer bland sjuksköterskor. Negativa attityder gentemot personer med missbruksproblematik har också kunnat påvisas i tidigare forskning om förhållningssätt hos sjuksköterskor (Bartlett, Brown, Shattel, Wright, & Lewallen, 2013; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013).

Deltagarnas upplevelser indikerar en avsaknad av advocacy. Enligt principen om advocacy inom omvårdnad ska sjuksköterskan ha ett mikro- och ett makroperspektiv. Det innebär att sjuksköterskan ska värna om patientens värdighet och rättigheter i det individuella mötet men även ha i åtanke de samhällseliga omständigheter som råder (Bu & Jezewski, 2007). Sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ter sig ha bemött dem, inte utifrån att de tillhör en utsatt grupp med stort lidande utan med en mer antagonistisk hållning, vilket även strider mot ICN:s etiska kod (2012) som betonar att sjuksköterskan ska beakta sårbara grupper.

### *Känslor av maktlöshet*

Sjuksköterskan ska i sitt bemötande och omvårdnadsutförande vara medveten om och motverka den asymmetriska maktrelation som föreligger i samspelet med en patient (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

I denna studie har flera deltagare beskrivit ett bemötande som får dem att känna sig i underläge. Sjuksköterskornas bemötande har upplevts som auktoritärt och kontrollerande vilket skapat känslor av uppgivenhet och maktlöshet. Det har till exempel handlat om att de intervjuade ansett att de blivit straffade när de tagit ett återfall eller att sjuksköterskorna inte låter dem vara delaktiga i planeringen av sin vård.

Deltagarna har berättat om upplevelser av att ha blivit bemötta som manipulativa. Upplevelserna antyder att det finns ett synsätt hos vårdpersonal att personer med missbruksproblematik söker sig till vården enbart för att få tag på smärtstillande eller har någon annan agenda än att få hjälp. Liknande attityder och förhållningssätt återfanns i en tidigare intervjustudie med sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård som berättade att de anpassade sitt bemötande gentemot personer med missbruksproblematik för att de inte ville uppfattas som naiva. Sjuksköterskorna i studien medgav att bemötandet stod i konflikt med deras omvårdnadsideal (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Visserligen ingår det i beroendeproblematik och narkotikamissbruk att personen i fråga har begär efter någon typ av drog eller rus. Det kan även vara så att sjuksköterskan i all välmening inte vill bidra till att möjliggöra ett fortsatt bruk. Dock är det värt att reflektera över vilka konsekvenser ett sådant synsätt får för bemötandet och vården av dessa personer.

Bland deltagarna har det beskrivits bemötande som de upplever som omotiverat maktutövande. Upplevelserna har lett till känslor av frustration, ilska och uppgivenhet vilket kan försvåra delaktighet och bildande av vårdallians. Samma sorts känslor av frustration framkom i en tidigare intervjustudie bland personer som deltog i ett behandlingsprogram för sitt narkotikamissbruk. De intervjuade personerna rapporterade där att de kände sig tvingade att göra saker som de själva inte var redo för vilket de menade hade en kontraproduktiv effekt på behandlingen (Sleeper & Bochain, 2013).

Med tanke på beskrivningarna relaterade till känslor av maktlöshet och bristande delaktighet finns ytterligare indikation på att deltagarnas omvårdnad haft brister vad gäller sjuksköterskans advocacy. Enligt Bu och Jezewski (2007) ska omvårdnaden inbegripa främjandet av patientens självbestämmande. Dessutom kan en viktig del av advocacy i förhållande till personer med missbruksproblematik vara att ha ett stödjande förhållningssätt vid till exempel återfall (Lovi och Barr, 2009).

Oliviera och Tariman (2017) har sammanställt forskning kring vilka hinder för advocacy som sjuksköterskor upplever i omvårdnaden. Det vanligaste hindret var svårigheter inom administration vilket inkluderade en arbetsmiljö som inte möjliggjorde diskussion kring etiska dilemman. Andra hinder för advocacy är organisatoriska faktorer (ibid.). Detta är värt att notera särskilt i relation till det bemötande som i föreliggande studies resultat kategoriserats

som *motarbetande*. Det förefaller som att sjukvårdens regler och rutiner prioriteras högre än att inkludera patienten som delaktig i utformandet av vård och behandling.

### *Ökad risk för ohälsa*

Såsom redan redogjorts för i bakgrunden har personer med missbruksproblematik sämre hälsa och ökad risk för skador och sjukdomar. I föreliggande studie har deltagarna vittnat om upplevelser av dåligt bemötande från vården, upplevelser av att ha blivit bortprioriterade och en känsla av att hamna sist i kön. Dessa upplevelser har bidragit till att vissa deltagare undviker vården vilket i förlängningen riskerar att leda till ökad ohälsa och ökat lidande. Resultatet är inte generaliserbart, men vi menar att det ändå är anmärkningsvärt att flera deltagare vittnar om ett så dåligt bemötande från hälso- och sjukvården att det resulterar i att de avstår från att uppsöka den. Även van Boekel et al. (2013) konstaterar att det finns risk för att kombinationen negativa attityder och bristande bemötande leder till en sämre vård för den här gruppen, men att det behövs mer forskning för att dra några slutsatser om dessa konsekvenser. Brüggeman, Wijma och Swahnberg (2010) menar att en konsekvens av övergrepp i hälso- och sjukvården just är att man undviker att uppsöka vården. Detta är en viktig konsekvens att beakta, då de upplevelser av bemötande som våra deltagare beskrivit skulle kunna kategoriseras som övergrepp. Med tanke på de behov av hälso- och sjukvård som personer med missbruksproblematik har är det av största vikt att omvårdnadspersonal inte har ett bemötande som kan kategoriseras som övergrepp.

### *Bemötande som lindrar*

Under intervjuerna har även erfarenheter av ett bra bemötande framkommit. Deltagarna beskriver att det goda bemötandet inträffar när sjuksköterskor och annan vårdpersonal ser förbi deras narkotikamissbruk och möter dem som människor. Det har också handlat om att sjuksköterskorna hjälpt dem med omvårdnad som de inte klarar själva eller att de visat omtanke och förståelse. Detta resultat går i samma linje som en tidigare intervjustudie med personer med narkotikamissbruk som beskrev att det goda bemötandet inträffade när vårdpersonalen lyssnade på dem, tillgodosåg deras behov, hade ett respektfullt och empatiskt bemötande eller gjorde små gester som att hälsa på dem (Sleeper & Bochain, 2013).

Resultatet av denna studie visar att det finns en låg förväntan på bemötande bland vissa av deltagarna. Denna tolkning baserar sig på det faktum att deltagarna förklarat sina upplevelser av positivt bemötande i termer av tur eller förvåning. Låg förväntan på bemötande väcker frågeställningar om huruvida det bemötande som dessa personer upplever som bra verkligen är bra, eller om det är en konsekvens av låga krav, som i sin tur beror på låg förväntan.

Några av deltagarna har uttryckt förståelse för att bemötandet brister i situationer när personer med missbruksproblematik varit utåtagerande eller ställt till med bråk. Om det föreligger en risk för ett sämre bemötande som är relaterat till aggressivitet och utåtagerande beteende bör sjuksköterskan ha kunskap om hur denna risk kan minskas. Ferns (2007) menar att om sjuksköterskan har ett empatiskt och professionellt förhållningssätt kan utåtagerande beteende undvikas. Omvårdnadspersonalen bör ha kunskap och kännedom om sin roll, ha adekvat

kommunikation samt beakta patientperspektivet (Ferns, 2007). En av deltagarna i vår studie har erfårit ett empatiskt och tålmodigt bemötande då han själv varit utåtagerande. Ett bemötande som troligen gett större möjlighet till vårdallians. Samtidigt vittnar flera deltagare om ett bemötande som man kan anta bidrar till ett mer utåtagerande beteende hos patienterna, såsom bristande förståelse och kommunikation samt asymmetriska maktrelationer. Det finns således indikation på att bemötandet för personer med narkotikaproblematik kan förbättras i detta avseende. Förvisso ska våld eller hot om våld aldrig accepteras men det kan vara av vikt att beakta de aspekter som omvårdnadspersonal kan kontrollera. I en systematisk översikt över interventioner för prevention och hantering av aggressiva patienter från 2011 nämns utbildning som en möjlig åtgärd men mer forskning på området behövs (Kynoch, Wu, & Chang, 2011).

Deltagarnas beskrivningar av det goda bemötandet överensstämmer väl med personcentrerad vård. Låg självbild/självkänsla skulle kunna antas vara vanligt förekommande hos personer med missbruksproblematik. Dels på grund av den negativa bild som finns generellt i samhället och dels utifrån det negativa bemötandet som deltagarna i denna studie har vittnat om. Låg självbild/självkänsla kan också vara en rimlig följd av det personliga ansvar som läggs på en person som har beroendeproblematik. Under sjukdomens förlopp kan till exempel förekomsten av återfall vara starkt förknippat med personligt misslyckande. I personcentrerad vård betonas de existentiella, sociala och psykiska behoven. Sjuksköterskan har därför en betydande möjlighet att i omvårdnaden av dessa personer bekräfta dem som värdefulla individer. I många fall kan detta förmodligen ha en hälsofrämjande effekt och vara av stort värde både i ett kortsiktigt och långsiktigt perspektiv vilket även antytts i deltagarnas berättelser.

## **SLUTSATS**

Deltagarna i den här studien har upplevt negativt bemötande inom hälso- och sjukvården kopplat till deras aktiva eller tidigare missbruksproblematik. Upplevelser av negativt bemötande kan leda till förstärkt utanförskap, känslor av maktlöshet och ökad risk för ohälsa. Att öka sjuksköterskans kunskap om missbruksproblematik skulle kunna öka möjligheterna till förbättrat bemötande och mer empatiskt förhållningssätt. Det skulle förmodligen ha hälsofrämjande effekt och troligen ge bättre förutsättningar för vårdallians vilket är viktigt med tanke på den utsatta livssituationen och det lidande dessa personer upplever.

## **IMPLIKATIONER**

Utifrån föreliggande studies resultat och slutsats ges förslag på förändringar som skulle kunna förbättra vården och bemötandet för personer med narkotikamissbruk. Utöver det ges förslag på vilket fokus vidare forskning kan ha för att öka kunskapsläget inom området.

### **Implikationer för utbildningen**

Bemötandeperspektivet är en stor del av sjuksköterskeutbildningen, men studier visar också att det krävs mer specifik kunskap om missbruksproblematik och beroendesjukdomar för att



sjuusköterskor inte ska påverkas av de negativa attityder som finns i samhället gällande denna grupp. Personer med missbruksproblematik förekommer som patienter inom all typ av hälso- och sjukvård. Det finns därför behov av att införa en kurs om beroendesjukdomar och missbruksproblematik på sjuusköterskeutbildningens grundnivå.

### **Implikationer för den kliniska praktiken**

Den här studiens resultat skulle kunna öka sjuusköterskors insikt och förståelse för en utsatt patientgrupps upplevelser av sina kontakter med vården och på så sätt bidra till ett bättre bemötande. Såsom nämnts i implikationer för utbildning finns det behov av mer specifik kunskap inom området, följaktligen finns det även behov av fortbildning för redan verksamma sjuusköterskor. Föreliggande studie visar på att övergripande lag, till exempel HSL, och andra styrdokument som finns bör implementeras bättre eftersom det verkar finnas en bristande följsamhet. Därtill bör det inom hälso- och sjukvården finnas en tydlig prioritering av etiska principer såsom ICN:s etiska kod samt praktiserande av advocacy i sjuusköterskans omvårdnadsarbete.

### **Förslag på fortsatt forskning**

Vi anser att det behövs mer forskning på området. Det saknas kunskap kring eventuellt samband mellan sjuusköterskors negativa attityder och bristande vårdleverans. I denna studie har vi beskrivit personers upplevelser utifrån deras erfarenhet. Forskning med annan design såsom observationsstudier kan vara relevant som komplement. Resultatet av vår studie visar att det finns ett missnöje med bemötandet inom vården bland personer med missbruksproblematik. En kvantitativ studie skulle kunna svara på hur utbrett detta missnöje är. Det är även av vikt att se över utbildningssituationen nationellt via till exempel en kartläggning av sjuusköterskeprogrammet.

## REFERENSER

- Agardh, E., Boman, U., & Allbeck, P. (2015). Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsördan. *Läkartidningen*, 122, 1-5.
- American Psychiatric Association. (2013). *MINI-D 5 Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press AB.
- Bartlett, R., Brown, L., Shattel, M., Wright, T., & Lewallen, L. (2013). Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 349-358.
- Brüggeman Jelmer, A., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (26), 123-132. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x
- Bu, X., & Jezewski, M. (Jan 2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 58(1), 101-110. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2017). *Drogutvecklingen i Sverige 2017 CAN rapport 164*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Chang, Y.-P., & Yang, M.-S. (2012). Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 94-102. doi:10.1111/ppc.12000
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379, ss. 55-70.
- Ferns, T. (2007). Factors that influence aggressive behaviour in acute care settings. *Nursing Standard*, 21(33), 41-45.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Skattning av problematiskt narkotikabruk*. Hämtad den 13 oktober 2017 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/narkotika-och-halsofarliga-varor/utvecklingen-av-bruket/skattning-av-problematiskt-narkotikabruk/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Narkotikabruk och hälsa*. Hämtad den 13 oktober 2017 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/narkotika-och-halsofarliga-varor/narkotikabruk-och-halsa/>

- Goffman, E. (2014). *Stigma den avvikandes roll och identitet* (4:e upplagan uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Goodwin, L. J., & Shari, S. M. (2014). Severe Substance Use Disorder Viewed as a Chronic Condition and Disability. *Journal of Rehabilitation*, 80(4), 42-49.
- GPCC Centrum för personcentrerad vård. (2017). *Personcentrerad vård*. Hämtad den 13 oktober 2017 från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-var>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3:e uppl.). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Johansson, L., & Wiklund-Gustin, L. (2016). The multifaceted vigilande - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(30), 303-311.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. i *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kynoch, K., Wu, C.-J., & Chang, A. M. (2011). Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(2), 76-86. doi:10.1111/j.1741-6787.2010.00206.x
- Lovi, R., & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse*, 33(2), 166-178. doi:10.5172/conu.2009.33.2.166
- Oliveira, C., & Tariman, J. D. (2017). Barriers to the Patient Advocacy Role: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research*, 7(2), 7-12. doi:10.13178/jnparr.2017.0702.0704
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Puskar, K., Gotham, H. J., Terhorst, L., Hagle, H., Mitchell, A. M., Braxter, B., Burns, H. K. (2012). Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Education and Training on Nursing Students' Attitudes Toward Working With Patients Who Use Alcohol and Drugs. *Substance Abuse*, 32(2), 122-128. doi:10.1080/08897077.2012.715621

- Rassool, H. G., & Rawaf, S. (2008). Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. *Nurse Education Today*, 28, 691-701. doi:10.1016/j.nedt.2007.11.005
- Schacter, D. L., Chiao, J. Y., & Mitchell, J. P. (2003). The Seven Sins of Memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 226-239. doi:10.1196/annals.1279.012
- SFS 1968:64. *Narkotikastrafflag*. Stockholm. Hämtad den 25 februari 2018 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/narkotikastrafflag-196864\\_sfs-1968-64](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/narkotikastrafflag-196864_sfs-1968-64)
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm. Hämtad den 25 februari 2018 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm. Hämtad den 25 februari 2018 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- SFS 2003:615. *Förordning om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm. Hämtad den 25 februari 2018 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2003615-om-etikprovning-av\\_sfs-2003-615](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2003615-om-etikprovning-av_sfs-2003-615)
- Sleeper, J. A., & Bochain, S. S. (2013). Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7), 92-98. doi:10.5430/jnep.v3n7p92
- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. i F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (2:a upplagan uppl., ss. 439-464). Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet. (2011). *Missbruket, Kunskapen, Vården - forskningsbilaga till missbruksutredningen*. Hämtad den 23 februari 2018 från <http://www.regeringen.se/49b6a2/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>
- Socialdepartementet. (2016). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016-2020*. Hämtad den 19 januari 2018 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/skrivelse/2016/02/skr.20151686/>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Internationell statistik och klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - Systematisk förteckning, svensk version 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 18 februari 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-12>.

- Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Hämtad den 15 februari 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende>
- Staiger, P., Thomas, A., Ricciardelli, L., McCabe, M., Cross, W., & Young, G. (2009). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service user. *Addiction Research and Theory*, 19(1), ss. 47-55. doi:10.3109/16066351003637278
- Statens Folkhälsoinstitut. (2011). *Målområde 11, Narkotika, Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm, Sverige: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk Sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad den 13 februari 2018 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad den 6 mars 2018 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad den 6 mars 2018 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, F. H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systemic review. *Drug and Alcohol Dependence*(131), 23-35.

# BILAGOR

## Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej!

Vi är två sjuksköterskestudenter som gör vårt examensarbete i termin 5 vid Röda Korsets Högskola. Vårt examensarbete handlar om hur personer med missbruksproblematik upplever sig ha blivit bemötta på inom somatisk slutenvård. För att ta reda på det så planerar vi att genomföra en intervjustudie. Vi anser att den här studien är viktig då det finns få undersökningar om just detta. Vi tycker det är viktigt att ge den här gruppen en röst och möjlighet att uttrycka sina åsikter och erfarenheter.

**Vi söker personer med narkotikamissbruk /tidigare narkotikamissbruk som har vårdats på en sjukhusavdelning de senaste 5 åren. Du måste vara över 18 år för att delta.**

Om du vill delta i studien förväntas du medverka vid en intervju och där svara på frågor om dina tidigare erfarenheter, åsikter och upplevelser av den vård du fått på sjukhus. Intervjun tar ungefär 30 – 60 minuter och genomförs på en plats där du känner dig bekväm. Intervjun kommer att spelas in och sedan transkriberas till text, därefter raderas ljudfilen. Texten kommer inte att innehålla några av dina personuppgifter men vi kommer däremot att markera könstillhörighet och ålder. Det är enbart forskargruppen som har tillgång till materialet som är helt konfidentiellt.

*Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande.*

**Vill du delta, ha mer information eller har frågor så kontakta någon av oss! Se kontaktuppgifter nedan**

Ansvariga sjuksköterskestudenter för studien:

Malin Andersson Osobi, mail: [malin.osobi@gmail.com](mailto:malin.osobi@gmail.com), telefon: 070 738 57 37

Tua Hultén, mail: [tua.hulten@gmail.com](mailto:tua.hulten@gmail.com), telefon 070 741 24 12

Ansvariga handledare vid Röda Korsets Högskola:

Leah Emegwa Okenwa

Monir Mazaheri

[leah.emegwa.okenwa@rkh.se](mailto:leah.emegwa.okenwa@rkh.se)

[monir.mazaheri@rkh.se](mailto:monir.mazaheri@rkh.se)

## Bilaga 2 - Blankett för informerat samtycke

Stockholm den 15 januari 2018

### INFORMERAT SAMTYCKE

Nedan ger du ditt samtycke till att delta i en intervjustudie som genomförs av två studenter på Röda Korsets Högskola. Studien handlar om hur personer med narkotikamissbruk upplever att de blir bemötta inom vården. Läs igenom detta noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.

#### Medgivande

- ✓ Jag har tagit del av syfte och metod för intervjustudien.
- ✓ Jag har fått möjlighet att ställa frågor om studien och mitt deltagande innan jag väljer att vara med, och jag vet vilka jag kan kontakta om jag får fler frågor före eller efter intervjun.
- ✓ Jag deltar i intervjustudien frivilligt och kommer inte att få någon ersättning för detta.
- ✓ Jag är medveten om att jag före, under och efter intervjun kan välja att avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.
- ✓ Jag ger mitt medgivande till att den information som jag delar med mig av under intervjun får dokumenteras, bearbetas, arkiveras och publiceras. Informationen som jag lämnar ifrån mig kommer att behandlas konfidentiellt i den meningen att mitt namn eller andra uppgifter som skulle kunna röja min identitet aldrig kommer att användas.

Ort: .....

Namnunderskrift: .....

Datum: .....

Namnförtydligande: .....

## **Bilaga 3 - Intervjuguide**

### **Kortvarsfrågor:**

Kön? Hur gammal är du? Under hur många år har du använt narkotika?

När var du inlagd på sjukhus senast? Vilken typ av vård var det? Hade du ett aktivt bruk av narkotika under den perioden?

### **Intervjufrågor:**

Generellt, hur tycker du att du har blivit bemött av sjuksköterskor när du har vårdats på sjukhus?

Om du enbart reflekterar över den vård som du har fått på en sjukhusavdelning, kan du beskriva en situation där du upplevde ett dålig bemötande från en sjuksköterska?

Kan du beskriva en situation där du upplevde ett gott bemötande från en sjuksköterska?

Finns det något särskilt som du har saknat i bemötandet från sjuksköterskor som du vill berätta om?

Skulle du säga att de här upplevelserna har påverkat din inställning eller din vilja att besöka vården? → Hur/på vilket sätt?

Är det något mer du vill tillägga?

### **Följdfrågor:**

Kan du utveckla det mer?

Hur menar du då?

Hur upplevde du det?

Minns du hur du tänkte/kände då?

På vilket sätt...?