



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
VT 11

HUR SJUKSKÖTERSKOR INVOLVERAR NÄRSTÅENDE I BEROENDEVÅRDEN

Datum 110329

Linda Wahlén och Ossian Olsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Idag är alkohol- och drogmissbruk ett av våra största samhällsproblem. Ett missbruk är en sjukdom med överväldigande konsekvenser för missbrukaren men även dess närstående. Socialt stöd från närstående kan minska risken för återfall och gynna behandlingskontinuitet hos personer med missbruk eller beroendeproblem. **Syfte:** Att belysa hur sjuksköterskan involverar närstående i omvårdnaden av missbrukare. **Design:** Fyra semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom beroendevården utfördes för att belysa deras upplevelser av hur närstående involveras i vården av missbrukare. **Resultat:** Tre teman kunde utläsas varav ett av dessa fick tre underteman. Dessa var *Hinder för involvering (underteman: Besöksförbud, Sekretess och Brist på resurser)*, *Relationer och närstående* och *Fungerande involvering*. Resultatet visade att involvering av närstående fungerade till viss del men att de flesta fynden fanns under temat *Hinder för involvering*. Samtidigt som viljan att involvera närstående fanns så begränsades sjuksköterskorna av olika hinder. **Slutsats:** Samtliga sjuksköterskor ansåg att närstående kan ha en viktig del i vården av missbrukare men fann det svårt att involvera dem så ofta som de önskade. De främsta anledningarna till detta var besöksförbudet på avdelningarna, sekretess och brist på resurser. Med bättre förutsättningar och tydligare rutiner på avdelningarna borde sjuksköterskorna på ett bättre sätt kunna involvera närstående i omvårdnaden av missbrukare.

Nyckelord: *Närstående, involvering, missbrukare, beroendevård och sjuksköterskor.*

SUMMARY

Background: Today, alcohol and drug abuse is one of our biggest social problems. An addiction is a disease with overwhelming consequences for the addict but also its significant others. Social support from people important to the addict can reduce the risk of relapse and promote continuity of treatment in people with substance abuse and dependence problems.

Purpose: To illustrate how the nurse involves significant others in the care of addicts.

Design: Four semi-structured interviews with nurses working in addiction treatment was performed to illuminate their experience of how significant others are involved in the care of addicts. **Results:** Three themes could be seen and one of those had three sub-themes. These were *Barriers to involvement (sub-themes: Restraining order, Secrecy and Lack of resources)*, *Relationships and significant others* and *Functional involvement*. The results showed that the involvement of significant others was functioning to a certain level but most of the findings could be found under the theme *Barriers for involvement*. While the desire to involve significant others were there the nurses were limited by various obstacles. **Conclusion:** All the nurses believed that significant others may have an important part in the care of addicts but found it difficult to involve them as often as they wished. The main reasons for this was the restraining orders of the department, secrecy and lack of resources. With better conditions and clearer routines of the department nurses should be better able to involve significant others in the care of addicts.

Key words: *Significant others, involving, addicts, care of addicts and nurses.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	2
2.1	Missbruk.....	2
2.2	Historik.....	3
2.2.1	Alkohol.....	3
2.2.2	Droger.....	3
2.3	Närstående.....	4
2.4	Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.....	5
2.5	Teoretisk referensram.....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	7
4	SYFTE.....	7
5	DESIGN.....	8
5.1	Design.....	8
5.2	Urval.....	8
5.3	Datainsamlingsmetod.....	8
5.4	Dataanalys.....	9
6	ETISKA ASPEKTER.....	10
7	RESULTAT.....	11
7.1	Hinder för involvering.....	11
7.1.1	Besöksförbud.....	11
7.1.2	Sekretess.....	13
7.1.3	Brist på resurser.....	14
7.2	Fungerande involvering.....	16
7.3	Relationer och närstående.....	18
8	DISKUSSION.....	20
8.1	Designdiskussion.....	20
8.1.1	Design.....	20
8.1.2	Urval.....	20
8.1.3	Datainsamlingsmetod.....	21
8.1.4	Dataanalys.....	22
8.2	Resultatdiskussion.....	23
8.2.1	Hinder för involvering.....	23
8.2.2	Fungerande involvering.....	25

8.2.3	Relationer och närstående	25
8.3	Slutsatser.....	26
8.4	Klinisk betydelse	26
8.5	Förslag på vidare forskning/utveckling	27
9	REFERENSER.....	28
BILAGA 1	31
BILAGA 2	32

1 INLEDNING

”För att patienten och/eller närstående skall få en känsla av trygghet och egenkontroll är kunskap och tillit till den egna förmågan avgörande. Allt detta föds i en dialog med experter det vill säga sjukvårdspersonal” (Klang Söderkvist, 2007, s. 41).

Att relationen mellan patient och vårdare är en grundläggande pusselbit i omvårdnaden av människor har bekräftats varje gång vi träffat nya patienter under våra praktikplatser. Mötet med närstående är väsentligt och glöms ibland bort i vårdprocessen.

Familjemedlemmar påverkar varandras hälsa och välbefinnande i både positiv och negativ riktning och är därför en viktig del av behandlingen (Kirkevold, 2003). Våra erfarenheter och kunskaper inom dessa områden har väckt en undran över hur närstående bemöts och involveras av sjuksköterskor inom beroendevården.

2 BAKGRUND

2.1 Missbruk

Idag är alkohol- och drogmisbruk vårt största samhällsproblem enligt (Engel, 2007). Substanser som ger upphov till beroende (alkohol, amfetamin, cannabis, kokain, opiater och så vidare) kan på olika sätt få igång våra belöningssystem. I normala fall uppstår positiva känslor av tillfredsställelse med hjälp av nervsystemets eget belöningssystem. Droger kan dock påverka detta och ibland till och med ta över belöningssystemet. Dessa ger då känslor av lustupplevelser fast man inte har gjort något som skulle ge oss samma känsla på det naturliga sättet. Hjärnan kan inte skilja på om den positiva känslan kommer från drogframkallade eller naturlig stimuli, utan upplever alltid belöningen som positiv (Engel, 2007).

Alkoholmissbruk är allmänt erkänt som en sjukdom med ofta överväldigande konsekvenser, inte bara för missbrukaren, utan även dennes närstående (Bartek, Lindeman & Hawks, 1999). Det har många gånger blivit sammankopplat med våld, störd familjefunktion, konflikter, nedsatt kommunikation och ibland psykiska problem. Närstående till en alkoholmissbrukare – alkoholist- blir påverkad både känslomässigt, socialt och ibland fysiskt. Men vad är egentligen alkoholism?

Enligt Rydberg och Malmquist (u.å.) är det en gemensam benämning på alkoholberoende, alkoholmissbrukare och alkoholskador. Skadorna kan vara både kroppsliga, psykiska och sociala. Med ett alkoholmissbruk menas att alkoholintaget är så högt att det på sikt medför skador och kan leda till att personen utvecklar ett beroende. Ett beroende är i sin tur ett sådant starkt begär så att personen påverkas negativt psykiskt, socialt och ibland även kroppsligt (Thulin, u.å.). Ett beroende är enligt Rydberg och Malmquist (u.å.) på så sätt bestämmande för hur långt missbruket ska vara och hur svårt det är att bryta.

Varför alkoholism uppstår har enligt Rydberg och Malmquist (u.å.) flera anledningar och två av dessa är genetiska faktorer och socialt arv. Men oavsett arvsanlag är det personer som har genomgått eller befinner sig i svåra livskriser och personer med svår psykisk störning som är de största riskgrupperna.

Thulin (1995) menar att orsakerna till någon form av narkotikamisbruk är många. Ett flertal teorier finns, dock ingen som är heltäckande. Precis som alkoholism så har

genetiska faktorer en sannolik betydelse. Självmedicinering med narkotika för lindra psykisk och/eller fysisk smärta är också vanligt förekommande. Dessutom har ofta en stor del av dessa personer primära personlighetsstörningar, i synnerhet antisocial, narcissistisk och/eller borderline-typ (Thulin, 1995).

2.2 Historik

2.2.1 Alkohol

Sverige har enligt Carlson, Ågren och Andréasson (1997) haft en minst sagt komplicerat förhållande till alkoholen. Brännvinstillverkningen har varit känd sedan 1494 och förbrukningen var visserligen obetydlig under början av 1500-talet för att sedan öka (Lauritzon, 2005). Husbehovsbränningen förbjöds av Karl XII år 1709 efter slaget vid Poltava för att sedan åter släppas fri år 1749. Under slutet av 1700- och början av 1800-talet drack vi svenskar cirka 40-50 liter brännvin per invånare och år. Tills slut, år 1860, förbjöds husbehovsbränningen en gång för alla.

Sedan början av 1990-talet har alkoholkonsumtionen ökat enligt Socialstyrelsen (2009). En själskattningsstudie visar att kvinnors konsumtion ökade mellan 1990 och 2006 från 1,5 liter till 2,9 liter ren alkohol per person och år. Männens ökade under samma år sin konsumtion från 4,4 liter till 6,3 liter ren alkohol per person och år. Den egentliga siffran är mycket högre och motsvarar 4 burkar starköl per vecka för kvinnor och 9,5 burkar starköl per vecka för män (Socialstyrelsen, 2009).

2.2.2 Droger

I Sverige har användandet av illegala preparat inte pågått särskilt länge. Först på 1960-talet började man röka cannabis och injicera amfetamin och toppen på missbruket infann sig på 70-talet. Narkotika är enligt Thulin (1995) ett mindre problem än alkohol ur samhällssynpunkt. Det är dock ett problem som förekommer över hela världen. Det producerades tidigare i u-länder för att sedan smugglas in i rikare länder för att brukas. Idag står även dessa u-länder för en betydande del av världens narkotikaproblem. I Sverige har illegalt narkotikamissbruk som sagt pågått sedan 1960-talet, då cannabis och amfetamin blev introducerat. Inte långt därefter kom även hasch och LSD. Runt år 1970 tillkom morfinbas, ett orent morfinpreparat, och 1974 ersattes detta helt med heroin (Thulin, 1995).

2.3 Närstående

Begreppet närstående används i lagtext med anknytning till hälso- och sjukvård. ”Med närstående avses inte bara anhöriga utan också exempelvis grannar och vänner som har nära relationer till den sjuke” (Bergh, 2002).

Till en person som står oss nära behöver det alltså inte finnas släktskap. Den närstående kan likväl vara en god vän, granne eller arbetskamrat. Man pratar mer om uttryck som en för patienten viktig individ. Bergh (2002) skriver att kraven på sjuksköterskans pedagogiska kompetens är stor eftersom olika patienter och närstående behöver både allmänna men också specifika kunskaper utifrån de omständigheter som råder.

Familjeansvaret ökar i avseende till kunskap och sjuksköterskans ansvar ökar i och med att mycket kunskap och information ska förmedlas och förankras hos de berörda under den korta vårdtid som erhålls. Hon skriver vidare att för att möta kraven i en förändrad vårdstruktur är vårdpersonalens kompetens och utbildning av stor betydelse. En viktig funktion för sjuksköterskan är hans/hennes pedagogiska insatser och kompetens till att möta bland annat närstående.

Det är viktigt att identifiera vilka personer och vilket socialt stöd i patientens omgivning som kan vara till stöd i rehabiliteringen för patienten. Familjen och närstående kan spela en viktig roll för att personer med missbruks- eller beroendeproblem ska upprätthålla drogfrihet, ta kontakt med vårdinrättningar eller att upprätthålla en sådan kontakt (Socialstyrelsen, 2007).

Socialstyrelsen menar även att socialt stöd från närstående minskar risken för återfall och även gynnar behandlingskontinuitet hos personer med missbruk eller beroenden.

Detta gäller dock endast om patientens närstående inte själva missbrukar eftersom då visar forskningen på motsatt effekt och det kan bli svårare att ta sig ur ett missbruk.

Östlinder (2004) skriver att man som närstående ofta befinner sig i en mycket komplex verklighet. De pendlar mellan upplevelser av meningsfullhet, samhörighet, vara behövda, tillit, hopp och trygghet men även mer negativa känslor som utsatthet, vanmakt, maktlöshet, sorg och stigmatisering.

Kirkevold (2003) berättar om vikten av familjen i ett omvårdnadsperspektiv och skriver om flera orsaker som gör att närstående till patienter känner sig sedda av sjuksköterskan. Några viktiga moment är att se dem, att visa dem uppmärksamhet, att förmedla information och lärande, att aktivt gå in i förändringsprocesser och att skapa utrymme för en förändring som syftar till ömsesidighet och samspel. Vidare menar Kirkevold (2003) att orsaker till att närstående och familj inte känner sig sedda kan vara

att vårdpersonalen inte intresserar sig för familjen. De pratar inte med familjemedlemmar, kontaktar dem inte eller frågar efter dem, ger dem inte information eller låter dem komma med information, samarbetar inte med dem, låter dem inte få möjlighet att berätta hur de upplever situationen. De godtar påståenden som att familjen ”är ute ur bilden” och godtar alltså då en beskrivning från patienten att familjen är ointresserad eller negativt inställd till att medverka i vården. Effekten av allt detta är att familjen och närstående känner sig utanför och vänjer sig vid att de bör vara osynliga.

2.4 Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska

Socialstyrelsen (2005) beskriver hur sjuksköterskan ska, gällande bemötande, information och undervisning, ha förmåga att:

- Kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt.
- I dialog med patienter och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling.
- Informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll.
- Förvissa sig om att patient och eller/närstående förstår given information.
- Uppmärksamma patienter och/eller närstående som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov.

Vidare beskrivs kompetensen som rör främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa att sjuksköterskan ska ha förmåga att:

- Identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer.
- Identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård.
- Undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa.

2.5 Teoretisk referensram

Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter.

Kirkevoold (2000) skriver att de viktigaste begreppen i Travelbees teori är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation.

Joyce Travelbee menar att för att man ska kunna förstå vad omvårdnad är och borde vara så måste man försöka förstå vad som händer i interaktionen mellan patient och sjuksköterska och dess konsekvenser för patienten och dennes tillstånd. Hon berättar vidare att omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella vårdaren hjälper en patient, en familj eller ett samhälle att förebygga eller hantera upplevelser av sjukdom och lidande. Vårdaren bör också hjälpa de berörda att finna mening i dessa upplevelser då behov för detta finns. Travelbees teori menar att lidande är något personligt och unikt som uttrycker sig olika hos alla människor. Samtidigt är det något universellt eftersom alla någon gång kommer att komma i kontakt med lidandet i sitt liv.

Kirkevold (2000) menar att den mellanmännsliga relationen som Travelbee talar om är ett mål som man uppnår efter att ha gått igenom olika faser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt.

I den mellanmännsliga relationen uppstår en nära, ömsesidig kontakt och förståelse mellan sjuksköterska och patient. Det viktigaste kännetecknet på relationen är att individens, familjens eller samhällets omvårdnadsbehov tillgodoses. Ett av sjuksköterskans viktigaste redskap är enligt denna teori kommunikation.

Kommunikationen fungerar som en ömsesidig process där man utbyter och förmedlar sina tankar och känslor. Detta är en förutsättning för att man ska kunna hjälpa patienten att hantera sjukdom och lidande och för att finna mening i sin situation (Kirkevold, 2000).

3 PROBLEMFORMULERING

Dagens beroendevård behandlar olika former av missbruk, inte minst när det gäller alkohol och droger. Ett missbruk påverkar närstående i form av återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur (American Psychiatric Assosiation, 2002). Hur ställer sig sjuksköterskan till detta? Använder sjuksköterskan närstående som en resurs i omvårdnaden av patienter med beroendeproblem? I så fall hur, när och i vilken utsträckning?

4 SYFTE

Att belysa hur sjuksköterskan involverar närstående i omvårdnaden av missbrukare.

5 DESIGN

5.1 Design

”If you want to know how people understand their world and their life, why not talk with them?” (Kvale, 1996 citerad i Dahlberg, 1997, s. 97).

Studien är en empirisk studie med en kvalitativ ansats som utgår från fyra stycken intervjuer med sjuksköterskor inom beroendevården. Att en studie är empirisk innebär att den är grundad på erfarenheter som i vårt fall hämtas från intervjuerna (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Den kvalitativa ansatsen ger möjligheten att förstå, beskriva och själva kunna tolka materialet på ett djupare plan (Segersten, 2006). Med intervjuerna och aktuell litteratur ovan som utgångspunkt är strävan att ge en bild av hur anhöriga involveras i beroendevården.

5.2 Urval

Intervjuer gjordes med fyra stycken sjuksköterskor som alla är verksamma inom en beroendeklinik. Urvalskriterierna för sjuksköterskorna var att de skulle arbeta inom beroendevården och ha patientkontakt. För att komma i kontakt med sjuksköterskor som ville ställa upp på intervjuerna kontaktades en adjunkerande klinisk adjunkt (AKA) inom beroendevården. Denne frågade runt på sin arbetsplats och fann fyra frivilliga personer för intervjuerna. Ett kortfattat dokument även kallat promemoria (PM) av arbetet och ett följebrev (se bilaga 1) skickades med för att förbereda både AKA: n och de tilltänkta sjuksköterskorna på vad intervjuerna handlade om. Sedan togs kontakt med sjuksköterskorna och intervjutid och datum bokades in.

5.3 Datainsamlingsmetod

Analysen av kvalitativ data bör ses som en aktiv process där forskaren hela tiden undersöker en text noggrant och förutsättningslöst. Texten läses många gånger för att söka efter en djupare förståelse och det är inte förrän forskaren är väl bekant med sin data som insikter och teorier kan framträda (Polit & Beck, 2010).

Oavsett vilken data som ska bearbetas är syftet med en dataanalys att organisera, strukturera och bringa ordning i materialet. Vid kvalitativa studier är ofta materialet väldigt omfattande och analysen är då ett viktigt sätt att sammanfatta detta och göra det mer överskådligt och hanterbart (Polit & Beck, 2010).

En induktiv innehållsanalys gjordes och med detta menas att ge en förutsättningslös analys av de intervjuer som gjorts. Eftersom syftet var att belysa hur sjuksköterskor involverar närstående i beroendevården så lyftes erfarenheterna och kunskapen ur intervjuerna fram.

Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafoner och sedan transkriberades dessa över till pappersform. Efter varje intervju gavs utrymme för sjuksköterskan att sammanfatta, ändra eller tillägga någonting. För att få en helhetsbild av intervjuerna lästes de förutsättningslöst genom flera gånger. Detta gjordes först enskilt men sedan tillsammans för att diskutera innehållet och se om vi upplevde och tolkade texterna likadant. Efter detta delades texterna in i meningsenheter. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) är meningsenhet den meningsbärande delen av texten. Den kan till exempel utgöras av meningar och stycken av text som binds ihop genom sitt innehåll och kan hela tiden återkopplas till studiens syfte. Efter detta så kondenserades meningsenheterna för att sammanfatta dessa och lyfta fram kärnan. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) skriver att kondenseringen är en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig samtidigt som det centrala innehållet bevaras utan att något väsentligt kommer bort. När detta var gjort kunde vi sortera dessa och börja urskilja våra kategorier. En kategori utgörs av abstraherade meningsbärande enheter som har ungefär samma innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Dessa kategorier placerades sedan in under ett tema som var passande för kategorins innebörd.

5.4 Dataanalys

När intervjuerna var transkriberade och bearbetade till kategorier skrevs de ut för att materialet enklare skulle kunna överskådas. Kategorierna klipptes sedan ut så att de låg separerat och var för sig likt pusselbitar. Sedan började granskningen och att försöka hitta skillnader och samband mellan de olika kategorierna och försöka placera ihop de kategorier som passade med varandra. Varje kategori diskuterades var för sig och återknöts hela tiden till syftet. När materialet var strukturerat och organiserat framträdde tre teman som genomsyrade alla kategorier. Ett tema delades också in i tre underteman för att mer tydligt kunna redovisa resultatet.

6 ETISKA ASPEKTER

Innan intervjuerna påbörjades skickades ett följebrev till de tillfrågade sjuksköterskorna (se bilaga 1). Där klargjordes bland annat att intervjuerna skulle vara helt anonyma och att inga namn på de intervjuade eller arbetsplatser kommer att kunna urskiljas. För enkelhetens skull valdes att spela in samtalen med diktafoner. Efter att intervjuerna transkriberats så raderades filerna. Då inga patienter intervjuas utan endast sjuksköterskor inom beroendevården så krävs inget tillstånd från en etisk kommitté. Däremot godkändes studien av sektionschefen för avdelningen där vi genomförde intervjuerna.

7 RESULTAT

De tre teman som resultatet presenteras i är följande:

- Hinder för involvering.
 - Besöksförbud.
 - Brist på resurser.
 - Sekretess.
- Fungerande involvering.
- Relationer och närstående.

7.1 Hinder för involvering

Tema *Hinder för involvering* innehåller ett flertal olika kategorier som beskriver och belyser aspekter som försvårar eller förhindrar involveringen av närstående i vården av missbrukare. För enkelhetens skull delades temat upp i tre stycken olika underteman.

7.1.1 Besöksförbud

En av de återkommande anledningarna till liten eller utebliven involvering av närstående som sjuksköterskorna belyste i intervjuerna var att avdelningarna i fråga var låsta slutenvårdsavdelningar. Detta innebär att patienterna i får ta emot besökare utifrån.

Tabell 1: Exempel ur temat *Hinder för involvering* – ur undertemat *Besöksförbud*.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori	Undertema	Tema
De får ju inte komma hit och hälsa på dem alls. Det är en slutenvårdsavdelning.	Närstående får inte hälsa på pga. det är en slutenvårdsavdelning.	Besöksförbud.	Besöksförbud.	Hinder för involvering.

Just att det är en slutenvårdsavdelning. Jag känner inte själv att vi har gett närstående och anhöriga alltså.. Så mycket möjlighet att komma hit och ens involveras i patientens planering och så.	Få möjligheter till kontakt pga. Att det är en slutenvårdsavdelning.	Anledning till dålig kontakt.	Besöksförbud.	Hinder för involvering.
---	--	-------------------------------	---------------	-------------------------

Undertemat *Besöksförbud* är en del av de hinder som sjuksköterskorna upplever mot att involvera närstående och att hälsa på sina anhöriga på avdelningen. Besöksförbudet innebär att den kontakt som närstående får begränsas till telefonsamtal och enstaka kortvariga möten när de lämnar cigaretter och pengar på avdelningen. Flera sjuksköterskor upplever att anledningen till besöksförbudet till stor del har att göra med incidenter där droger har smugglats in på avdelningen.

” (...) det har förekommit droger och sånt här på avdelningen som kanske närstående eller aa.. vänner hade tagit med sig när de skulle träffa sina ah.. eeh.. eller våra patienter. Så därför det är inte så mycket faktiskt. aah.. involvering. Vi involverar inte så mycket närstående kan man säga.”

Även följande citat styrker påståendet att insmugglade droger på avdelningen är en bidragande orsak till att besöksförbud råder.

”(...) då måste en personal alltid finnas med med tanke på att det är narkomaner och så så kan det komma in massa grejer och därför har de bestämt att man inte får ta in några anhöriga hit.”

I citatet under beskriver sjuksköterskan ett kort möte mellan patient och närstående då de träffas i dörren till avdelningen.

”De kommer ibland hit och ge.. hämtar cigaretter eller pengar till patienter men de får bara ge där.. stå där vi dörren och bara ge och sen.. aa.. bara säga hej och hejdå. Ingenting mer faktiskt.”

7.1.2 Sekretess

I undertemat *Sekretess* hamnade kategorier som innefattade ämnet sekretess.

Sekretessen visade sig vara ett hinder för att kunna involvera närstående på ett bra sätt.

Tabell 2: Exempel ur undertemat *Sekretess* från temat *Hinder för involvering*.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori	Undertema	Tema
Och sen är det alltid svårt att veta hur mycket man kan lämna ut per telefon eftersom man aldrig har sett personen så vet man inte att den som ringer är den som ringer.	Sjuksköterskan kan inte ge ut information via telefon eftersom man inte vet vem det är som ringer.	Begränsningar för kontaktskapande.	Sekretess.	Hinder för involvering.
(...) ibland kan patienterna vilja ha sekretess.	Patienten önskar sekretess.	Sekretess.	Sekretess.	Hinder för involvering.

Några sjuksköterskor upplevde att sekretessen försvårade möjligheten till en god kontakt med närstående eftersom de hela tiden var tvungna att vara försiktiga med hur mycket information de gav ut och till vem de gjorde detta.

”Ehh.. Ja och ibland har de uppgett sekretess helt och hållet och då får man ju inte säga nånting även om anhöriga ringer hit och är helt förtvivlade och det kan ju kännas jättejobbigt.. tycker jag.”

”Alltså ett svårt hinder som.. som jag ser det.. det är att det är väldigt.. sekretesslagarna finns ju hela tiden och styr vad man får säga. Och vad man inte får säga. Och vi har fått väldigt klara instruktioner att vi ska säga så lite som möjligt.”

Här behandlas även problemet gällande sekretessen och svårigheten att involvera närstående utan att överträda sekretesslagen.

7.1.3 Brist på resurser

Det tredje undertemat i *Hinder för involvering* är *Brist på resurser* där en stor del handlar om tidsbrist. I alla intervjuer tog sjuksköterskorna upp tidsbristen som en viktig faktor till varför närstående inte involveras i vården.

Tabell 3: Exempel ur undertemat *Brist på resurser* i temat *Hinder för involvering*.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori	Undertema	Tema
Mm.. jag gör inte själv nånting aktivt för att involvera anhöriga. Det är när de ringer hit som man har nån sorts kontakt med dem liksom.	Tar inte aktivt kontakt med närstående.	Initierar inte kontakt.	Brist på resurser.	Hinder för involvering.
Så får.. så måste någon av personalen alltid vara där så att inte något annat liksom kommer in på avdelningen.	Brist på personal är ett hinder för att närstående ska kunna besöka avdelningen.	Personalbrist.	Brist på resurser.	Hinder för involvering.

Och för.. Det är brist på personalen. Vi har helt enkelt inte så stor personalstyrka så att någon kan liksom bara ta hand om det där.				
Men det är ju det tidsbristen gör så att tyvärr att man inte hinner med att sitta med med anhöriga eller ringa upp dem och liksom fråga för det är väldigt nyttigt man får ju veta mer om deras bakgrund och allt det där andra.	Tidsbristen hindrar sjuksköterskan från att lyckas se hela patienten.	Sämre förutsättningar för god kommunikation.	Brist på resurser.	Hinder för involvering.
(...) Väldigt små. I och med att vi inte har besök och vi har lite tid. För lite tid. Vi har bara telefon egentligen.	För lite tid och endast telefonkontakt.	Tidsbrist.	Brist på resurser.	Hinder för involvering.

Citaten i *Tabell 3* beskriver att sjuksköterskorna ofta upplever att tid- och personalbrist gör det svårt att involvera närstående i vården av missbrukare. Bristen på tid gör att kontakten med närstående ofta blir bortprioriterad och den lilla kontakt som finns är begränsad till telefonen. Citatet under styrker följande resultat.

”Men annars är det inte så mycket kontakt med anhöriga sådär.. Tyvärr. Det.. Vi borde förbättra det tycker jag. Men man hinner inte till så my.. Alltså det finns. Tyvärr just nu inte tid att de ska komma hit och så.”

”Alltså vi har väldigt korta vårdtider, det är mer en akut behandling. Så att.. ehh.. Man har ju inte någon långvarig kontakt med varken patienter eller med anhöriga.”

I citatet ovan belyser sjuksköterskan svårigheten med involvering av närstående eftersom vårdtiderna i sammanhanget är korta.

7.2 Fungerande involvering

Temat *fungerande involvering* innehåller olika förslag och exempel på när involveringen av närstående fungerar.

Tabell 4: Exempel ur temat *Fungerande involvering*.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori	Tema
Jag försöker få dem att prata själva. Men säga jo jag kan säga att han är här och han mår okej och kan han ringa upp dig så får han berätta själv.	Uppmuntrar patienten att själv ta kontakt med sina närstående.	Uppmaning till kontakt med närstående.	Fungerande involvering.
Samtidigt som vissa övervakade besök tycker jag borde vara helt okej liksom.. Bra så att.. Jag tror att det	Större flexibilitet hos personalen gällande besök skulle öka behandlingsalliansen mellan patienten och	Flexibilitet inger förtroende.	Fungerande involvering.

skulle stärka vår typ behandlingsallians med de patienterna om vi kunde vara lite mera flexibla på den punkten.	vårdare.		
Ja vi tar ju inte emot besökare här. Ibland händer det att de ringer på dörren eller knackar på dörren och då kan man byta några ord med dem i dörren men det är inte mycket.	Möten med närstående sker endast när de ringer på dörren till avdelningen.	Korta möten med närstående.	Fungerande involvering.

Temat beskriver sjuksköterskornas upplevelser av hur involvering av närstående kan se ut när den fungerar.

”Sen kan det vara så att de brukar ringa hit och fråga hur mår min mamma eller pappa eller min bror eller syster. Och så får man prata eller ibland brukar vi säga att.. Om patienten har vak så brukar de få själva prata med anhöriga.”

Sjuksköterskan beskriver i detta citat hur en telefonkontakt med närstående kan se ut i ett på avdelningen och för patienten akut behandlingsskede.

”Ja.. Alltså den kontakten jag har med anhöriga handlar ofta om att de är oroliga och ringer och vill veta hur det är mest”.

Den intervjuade sjuksköterskan berättar i ovanstående citat att när närstående ringer handlar det ofta om oro för patienten.

7.3 Relationer och närstående

I temat *Relationer och närstående* tas både positiva och negativa aspekter om interaktionen med närstående upp. Sjuksköterskorna beskriver en delad bild om hur närstående kan uppfattas av vårdpersonalen. Samtidigt som de flesta delar uppfattningen om att närstående kan vara en viktig del i tillfrisknandet hos många patienter så finns det även tillfällen då de kan försvåra konvalescensen.

Tabell 5: Exempel ur *Temat Relationer och närstående*.

Meningsbärande enhet.	Kondensering.	Kategori.	Tema.
Det skulle bli jättekaotiskt om de fick ha besök hur som helst för att det skulle komma folk som var höga, som skulle lämna grejer, som aldrig ville gå och så alltså.	Problematiska närstående försvårar arbetet på avdelningen.	Problematiska närstående.	Relationer och närstående.
Alltså anhöriga är ju en jätteviktig.. en jätteviktig del.. självklart. Det gäller väl patientens liv överhuvudtaget. Ju mer man har som fungerar runt omkring en desto	Sjuksköterskan reflekterar över närståendes roll vid konvalescensen.	Närståendes roll.	Relationer och närstående.

större tror jag ändå chansen är att man kan hämta sig liksom.			
Det är stöd från anhöriga och det betyder mycket faktiskt egentligen.	Stöd från anhöriga är viktigt.	God kontakt med närstående.	Relationer och närstående.

Samtidigt som en sjuksköterska understryker vikten av att involvera närstående i vården av missbrukare så berättar en annan om hur det ibland kan bli kaotiskt när narkotikapåverkade anhöriga besöker avdelningen. I och med detta förklarar sjuksköterskan även att patienterna ibland behöver komma ifrån sina anhöriga för att kunna samla ihop sig själv och låta allting ”sjunka in”.

”Men jag kan tänka mig att det skulle vara bra även om det säkert för vissa kan vara bra att få vara ensamma i början och verkligen få sjunka in, vad är det som har hänt och hur är det de känner egentligen och så.”

Ett annat citat som beskriver hur komplicerade relationerna till närstående ibland kan vara är:

”Och sen är det patientens sociala liv eller liksom kaotiska liv som gör att många anhöriga är också beroende och kanske inte har tillgång till mobiltelefon eller telefon eller kan inte vara på bestämda tider vid bestämda tillfällen.”

I det sista citatet berättar sjuksköterskan att även korta besök kan vara givande för patienten och närstående.

”Och de får liksom inte komma in och sitta och prata med patienten, bara lämna där vid dörren som jag sa tidigare. Och det.. det är all kontakt. Men det är också någon sorts hjälp, det tycker jag faktiskt om man tänker lite djupare.”

8 DISKUSSION

8.1 Designdiskussion

8.1.1 Design

Studien som gjordes är en kvalitativ studie baserad på erfarenheterna som är hämtade ur fyra stycken intervjuer som är gjorda med sjuksköterskor alla verksamma inom beroendevården. Polit och Beck (2010) skriver att kvalitativa forskare börjar med att prata eller observera personer som har förstahandsupplevelser av det fenomen som man vill undersöka. Styrkan med att välja en kvalitativ design är att man som författare får större möjligheter att lyfta empirin ur intervjuerna och få ett större djup utifrån materialet (Ryan, Coughlan & Cronin, 2009). Möjligheten finns även att tolka resultatet med friare tyglar och detta stämde väl överens med syftet.

Om man studerar syftet närmare så finner man snart att ordet belysa har en central roll i sammanhanget. Eftersom vi är övertygade om att det är svårt att belysa upplevelser och känslor med kvantitativa analysmetoder och mått så valdes ett kvalitativt perspektiv och design för studien (Graneheim & Lundman, 2004). I referensramen står det att för att kunna förstå vad omvårdnad är och borde vara så måste man försöka förstå vad som händer i interaktionen mellan patient och sjuksköterska och dess konsekvenser för patienten och dennes tillstånd. Detta skulle enligt uppsatsförfattarna bäst kunna göras med den valda designen (Kirkevold, 2000).

Syfte: Att belysa hur sjuksköterskan involverar närstående i omvårdnaden av missbrukare.

Något som skulle kunna ses som en svaghet i designen är att erfarenheterna från endast fyra sjuksköterskor inte kan ge en fullkomlig bild av hur majoriteten av sjuksköterskorna inom beroendevården involverar närstående i vården av missbrukare men det ger ändå en bild över hur det ser ut för somliga. Vår förhoppning är att fler intervjuer skulle styrka det resultat som denna studie visar ännu mer.

8.1.2 Urval

Ryan, Coughlan och Cronin (2009) menar att intervjuer används som ett verktyg för att samla in data i kvalitativ forskning. De är ett särskilt bra sätt när forskaren vill lyfta fram upplevelser och erfarenheter rörande ett specifikt fenomen. Det viktigaste för att

kunna besvara vårt syfte var att ställa rätt frågor till rätt personer. För att vara intressanta för vår studie ville vi komma i kontakt med sjuksköterskor som arbetade inom beroendevården. Att de även var tvungna att ha patientkontakt var också viktigt eftersom vi ville veta hur de involverade närstående i vården av missbrukare. Detta blir extra intressant eftersom Socialstyrelsen (2005) menar att sjuksköterskan i dialog med patienter och/eller närstående ska ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Det står också att sjuksköterskan ska förvissa sig om att patient och eller/närstående förstår given information. I och med detta så visste vi vilka vi ville intervjua och om vad. Genom ett handledarmöte fick vi en kontakt inom beroendevården som hade en beslutsfattande position och en god inblick i verksamheten. Efter att denna person läst genom vårt PM och följebrev så frågade denne runt på två olika avdelningar om det fanns några sjuksköterskor som kunde tänka sig att delta i denna studie. Man skulle kunna tänka sig att detta kan leda till att endast de sjuksköterskor som är positiva till att anhöriga involveras i vården av missbrukare ställde upp. Sjuksköterskor som är mer negativa kanske inte ville ställa upp eftersom de kände att det inte kunde bidra med något till vår studie eller kände att det för dem är ett lågt prioriterat ämne. Detta kan möjligtvis ge bilden av att sjuksköterskorna involverar närstående mer än vad som egentligen är fallet. Ett problem med detta förfarande var för oss att intervjuerna drog ut mycket på tiden. Den tidsplan som skrevs i början av arbetets gång fick ändras eftersom vi inte kom i kontakt med de tilltänkta sjuksköterskorna i tid. Avdelningarna var tvungna att få ett godkännande att delta i intervjuerna från en sektionschef, men när detta väl var ordnat så löpte intervjuerna på felfritt. En nackdel med att vi inte riktigt hade kontroll över vilka som ställde upp på intervjuerna kan vara att sjuksköterskor som svarar mer fördelaktigt för avdelningens ”goda rykte” kunde väljas ut. Ryan, Coughlan och Cronin (2009) skriver att personer som blir intervjuade kan ha olika och komplexa orsaker till att ställa upp på en intervju. De kan även uppleva oro inför hur deras svar tolkas och värderas. Om vi hade kontaktat dessa sjuksköterskor själva så hade de möjligtvis valts ut mer förutsättningslöst.

8.1.3 Datainsamlingsmetod

De fyra intervjuerna gjordes och transkriberades tillsammans av oss båda. På detta sätt kunde vi hela tiden diskutera eventuella tveksamheter och bolla tankar och åsikter emellan oss. När det under arbetets gång uppkom tillfällen då vi hade delade uppfattningar om någonting så löste vi detta genom att diskutera problemet. Inför intervjuerna skrevs intervjufrågorna tillsammans och vi hade hela tiden vårt syfte i

fokus. Något att reflektera över såhär i efterhand var att de frågor som vi tagit fram under intervjuerna upplevdes som lite väl få. I alla fall om man utgick från att intervjuerna skulle bli ungefär 15 minuter långa som vi från början tänkte oss. De flesta intervjuerna blev nästan hälften så långa och detta kändes i början frustrerande då vi inte visste om det material vi samlat in skulle visa sig vara tillräckligt intressant och givande för vårt syfte. Ryan, Coughlan och Cronin (2009) skriver att semistrukturerade intervjuer är mer flexibla i sitt utförande än till exempel standardiserade intervjuer. Med detta sagt är det mer förståeligt att intervjuerna skiljer sig mycket åt beroende på hur mycket den intervjuade sjuksköterskan hade att berätta. Ett sätt att kringgå problemet med att intervjuer blir kortare eller längre än vad man väntat sig är att göra en pilotintervju med en testperson innan de riktiga intervjuerna utförs (Gillham, 2008). På detta sätt kan man kontrollera att svaren man får på sina frågor svarar på syftet och såklart även ungefär hur långt samtalet beräknas bli. Om man väger det insamlade resultatet mot syftet så är vi överens om att frågorna besvarade vårt syfte vilket var ett orosmoment för oss innan intervjuerna var klara. Under intervjuerna delades arbetsuppgifterna upp för att vi skulle vara bättre förberedda och professionella när diktafonen var påslagen och samtalen igång. En av oss ställde frågorna och en skötte diktafonen samt höll koll på tiden. Detta sätt fungerade bra eftersom samtliga intervjuer fortlöpte felfritt och utan några tekniska missöden. Ryan, Coughlan och Cronin (2009) förslår att den färdiga transkriberingen bör skrivas ut och sedan visas för de intervjuade personerna för att få deras godkännande och ge dem chansen att ändra något de sagt. Detta steg hoppade vi över eftersom tiden inte räckte till men vi förstår vikten av det och tar med oss kunskapen om detta till framtida studier. Innan varje intervju var färdig så gavs det alltid utrymme för de intervjuade sjuksköterskorna att framföra synpunkter eller ändra något de sagt.

8.1.4 Dataanalys

Det vi trodde skulle vara mest tidskrävande då uppsatsen bara vara i planeringsstadiet var just bearbetningen av det insamlade materialet. Lyckligtvis så kändes inte arbetsbördan så överväldigande när vi väl analyserade samtalen. Transkriberingen gick relativt smärtfritt då vi kunde lägga in de inspelade filerna direkt på dator och därför enklare hantera dem. Om vi hade skilda uppfattningar om något som berättades så löste vi detta som tidigare nämnts genom att diskutera dilemmat. En fördel att använda diktafoner vid intervjuerna är att man kan återspegla allt exakt som det sägs, jämfört

med om vi till exempel hade nedtecknat svaren. En nackdel är dock att tonläge och kroppsspråk faller bort och en viktig nyans som ger djup åt samtalet faller bort. Graneheim och Lundman (2004) hävdar att det också är viktigt att notera tystnader, suckar, skratt, hållning och gester eftersom allt detta kan influera den underliggande meningen. I denna studie skrevs inte sådana detaljer ner eftersom vi kom fram till att det inte skulle tjäna syftet. När intervjuerna var nerskrivna på papper lästes de igenom flera gånger för att en bild av vad de handlade om skulle ta form. Sedan delas de in i meningsbärande enheter. Detta gjordes var för sig för att minska möjligheten att missa något essentiellt i intervjuerna. Sedan jämförde vi hur våra respektive meningsbärande enheter såg ut och enades om en slutgiltig version för samtliga intervjuer. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt för studiens trovärdighet att de meningsbärande enheterna är väl genomtänkta. Är de för breda så blir de svåra att hantera eftersom texten troligtvis innehåller flera olika meningar. Vid kondenseringen förkortades de meningsbärande enheterna ytterligare. Graneheim och Lundman (2004) skriver att nedkortningen syftar till att minska texten utan att förringa eller ändra innehållet.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan involverar närstående i omvårdnaden av missbrukare och det största fyndet som har funnits utifrån intervjuerna är att det finns många hinder som försvårar detta.

8.2.1 Hinder för involvering

8.2.1.1 Besöksförbud

Det råder besöksförbud på den beroendeklinik som intervjuerna utfördes på och anledningen till detta är att närstående tidigare hade medfört droger in på avdelningen till patienterna, vilket självfallet inte är hållbart. Detta blir dock på bekostnad av de patienter som behöver och vill ha sina närstående som stöd. De enda tillfällena som ges till patienter att få tala med sina närstående är via telefonsamtal från avdelningens telefon eftersom patienternas mobiltelefoner omhändertas och ibland ett mycket kort möte om dessa kommer för att lämna cigaretter eller pengar. Då det med all sannolikhet är en tung och arbetsam upplevelse att vara intagen på en slutenvårdsavdelning utan möjlighet till besök betyder förmodligen ett telefonsamtal mycket för den enskilda

patientens resa till bättre välmående. Som exemplen och citaten i resultatet visar är besöksförbudet en stor begränsning för involveringen av närstående och det gör det svårt för både sjuksköterskor, anhöriga och patienter att samarbeta med varandra. Som sjuksköterska bör man undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Det skulle underlätta om man kunde införa hållfasta rutiner för när besök till avdelningen kan inträffa och förhållningsregler kring detta. Då kanske involveringen av närstående skulle bli mer givande.

8.2.1.2 *Sekretess*

Ett annat hinder för att involvera närstående i omvårdnaden av missbrukare som sjuksköterskorna lyfte fram under intervjuerna var sekretesslagen. Resultatet visar på att det kan vara svårt att veta hur mycket man får säga och till vem man får säga det utan att bryta sin sekretess. Eftersom avdelningen har besöksförbud så träffar personalen nästan aldrig någon närstående och vet därför inte hur relationen till dessa är eller hur de ser ut. Detta leder till att sjuksköterskan inte med säkerhet kan veta att den närstående är just närstående vilket senare resulterar i att denne inte vågar lämna ut information om patienten och så vidare över telefon. Istället för att riskera att bryta sekretessen kring patienten gör sjuksköterskan hellre det säkra före det osäkra och väljer att inte involvera närstående trots att han/hon upplever att detta ibland kan hjälpa patienten av må bättre. Sekretesslagen tillsammans med faktumet att det är en slutenvårdsavdelning leder till att en ond cirkel sluts där en kontakt mellan närstående, sjuksköterskor och patienter får svårt att utvecklas.

8.2.1.3 *Brist på resurser*

Det tredje undertemat i temat *Hinder för involvering* är *brist på resurser* och innehåller några olika exempel på aspekter som minskar möjligheterna att involvera närstående i en högre utsträckning. Som på många andra ställen i vården handlar det ofta om tids- och personalbrist. Som resultatet visar upplever några av sjuksköterskorna arbetet ibland som påfrestande och tidskrävande och detta leder till att försök att involvera närstående prioriteras bort. Om personaltätheten hade varit högre så hade det funnits mer tid att ”gå ifrån” och sätta sig ner med närstående i ett rum och samtala. Om en i vårdpersonalen kunde vara med under hela mötet mellan patient och närstående skulle denna person också kunna kontrollera att inga droger eller andra på avdelningen förbjuda saker smugglades in.

8.2.2 Fungerande involvering

I temat *Fungerande involvering* togs ett par positiva aspekter upp. Ett exempel är när närstående ringde till avdelningen och var oroliga och ville veta hur patienten mår. Då kunde sjuksköterskan involvera dem genom att tala med dem och berätta att patienten är där och att denne kunde ringa tillbaka till sin närstående.

Sjuksköterskornas gemensamma uppfattning var att de försökte uppmuntra patienterna till att själva tala med sina närstående i telefonen och byta några ord med dem när de lämnade någonting på avdelningen. Övervakade besök var också någonting som togs upp som något som borde kunna ske oftare. Detta skulle kunna göras för att skapa en kontakt som underlättar att stärka förtroende mellan patient och sjuksköterska som Travelbee talar om (Kirkevold, 2000).

Enligt Johansson, Fridlund och Hildingh (2005) är det naturligt att närstående är vid patientens sida som stöd för att de ska känna sig delaktiga i omvårdnaden som ges. Att som närstående inbjudas till deltagande gör det möjligt att stötta patienten och fylla närstående med en känsla av att de är viktiga och att de spelar en betydande roll i patientens omvårdnad.

Detta var i princip de enda fynd vi kunde se under *Fungerande involvering* vilket var något av en överraskning för oss. I jämförelse med kategorierna i temat *Hinder för involvering* så är kategorierna i *Fungerande involvering* få till antalet. Men under de förutsättningar som sjuksköterskorna har att arbeta med så får man väl ändå se den lilla involvering som sker som just fungerande.

8.2.3 Relationer och närstående

I detta tema finns de kategorier som skiljer sig mest från varandra. Samtidigt som alla de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att närstående är en viktig del för tillfrisknandet hos patienten så belyste de även den problematik som skulle råda på avdelningen om det inte hade varit en slutenvårdsavdelning. Kontakten med närstående anses vara värdefull så länge som den är väl fungerande. Uppfattningen som råder är att personer med långvariga missbruk ofta har komplicerade relationer till sina närstående som ibland själva är missbrukare. En sjuksköterska upplevde att patienterna ibland kan tycka att det kan vara skönt att få vara "själva" ett tag och komma bort från destruktiva förhållanden till närstående. Detta ger dem chansen att få samla tankarna och låta hela situationen få sjunka in. En annan sjuksköterska nämnde att även korta möten kan

påverka patienten positivt och tog ett exempel när någon närstående bara kom till avdelningen för att lämna cigaretter. Detta tycker vi var intressant eftersom korta möten inte behöver uppta speciellt mycket tid eller resurser från avdelningen och därför kan göras utan några större förändringar på den nuvarande organisationen. Med bättre planering och rutiner på avdelningen så skulle avdelningen kanske kunna ta emot vissa närstående då man tror att besöken skulle kunna ha betydelse för de inblandade. Socialstyrelsen (2005) beskriver att sjuksköterskan ska kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Med detta i åtanke vill vi poängtera vikten av att involvera närstående i vården av missbrukare då det är möjligt och inte låta alla drabbas av det besöksförbud som råder eftersom några få har smuglat med sig droger in på avdelningen. I Joyce Travelbees teori om omvårdnadens mellanmänniska aspekter är kommunikation ett centralt begrepp och även i resultatet av denna studie. Med bättre förutsättningar för kommunikation mellan sjuksköterskor, närstående och patienter så skulle enligt författarna till denna studie en bättre anpassad och en mer personlig vård kunna ges (Kirkevold, 2000).

8.3 Slutsatser

De intervjuade sjuksköterskorna ansåg att närstående kan ha en viktig del i vården av missbrukare men fann det svårt att involvera dem så ofta de önskade. Eftersom de arbetar på en slutenvårdsavdelning där besöksförbud råder sträckte sig kontakten endast till sällsynta telefonsamtal och ibland ett kort möte i dörren för att motta pengar och cigaretter till patienten. Kombinationen att de arbetar på en slutenvårdsavdelning, respekten för patientens sekretess och bristande resurser på avdelningen försvårade möjligheten att göra närstående delaktiga i vården. Uppfattningen om att många patienter har komplicerade relationer till sina närstående förstärker problematiken kring involveringen och gör den också svårare att möta. Med bättre förutsättningar och tydligare rutiner på avdelningarna tror vi att sjuksköterskorna på ett bättre sätt skulle kunna involvera närstående i vården av missbrukare.

8.4 Klinisk betydelse

Denna studie hade för avsikt att belysa hur sjuksköterskan involverar närstående i omvårdnaden av missbrukare och resultatet visar både positiva och negativa aspekter kring detta. Syftet med denna studie var att lyfta fram detta fenomen ur en i övrigt

komplikerad vårdsituation med förhoppningen att öka intresset och kunskapen kring involveringen av närstående.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Då studien är liten med endast fyra intervjuade sjuksköterskor skulle det vara av intresse att göra en studie med ett större antal sjuksköterskor och även göra intervjuer med närstående samt patienter för att få ett större omfång och djup på studien. Detta tror vi skulle vara av värde för beroendevården och dess patienter. Det skulle även vara intressant att veta hur förutsättningarna för sjuksköterskorna skulle kunna förbättras genom att studera rutiner och förhållningsätt på de berörda avdelningarna.

9 REFERENSER

American Psychiatric Association. (2002) *MINI-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press

Bartek, JK., Lindeman, M. & Hawks, JH. (1999). Clinical Validation oh Characteristics of the Alcoholic Family. *Nursing Diagnosis 10(4)*. 158-168.

Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande: En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg : Acta Universitatis Gothoburgensis.

Carlson, L., Ågren, G. & Andréasson, S. (1997). *Svensk alkoholpolitik: välmotiverad eller förlegad?* Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Engel, J. (2007). Hjärnans belöningssymfoni. I *Leva med beroende: Om alkohol- och drogmissbruk och hur man tar sig ur det* (s. 100-104). Uppsala: Konsultförlaget/Uppsala Publishing House.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004 (24), 105-112.

Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical care*, 10(6), 289-298.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2003). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber.

Klang Söderkvist, B. (2007). Information – undervisning – lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 41-60). Lund: Studentlitteratur.

Lauritzon, O. (2005). *Om alkohol*. Västerås: Ica.

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172) Lund: Studentlitteratur

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Ryan, F., Coughlan, M. & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309-314.

Rydberg, U. & Malmquist, J. (u.å.) Alkoholism. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 3 februari 2011 <http://www.ne.se/lang/alkoholism>

Segersten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp: engelsk-svensk, svensk-engelsk*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Thulin, O.(1995). Illegala preparat. I Berglund, M. & Rydberg, U. (Red.)
Beroendelära. (s. 173-185) Lund: Studentlitteratur.

Thulin, O. (u.å.) Beroende. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 3 februari 2011
<http://www.ne.se/beroende>

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Östlinder, G. (Red.). (2004). *Närståendes behov: Omvårdnad som akademiskt ämne III*.
Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

BILAGA 1



Röda Korsets Högskola

Följebrev

Hej.

Vi läser 5:e terminen på Röda Korsets sjuksköterskeutbildning och skriver för närvarande vårt kandidatexamensarbete i omvårdnadsvetenskap.

Syftet med vår uppsats är att belysa hur sjuksköterskor involverar och uppmärksammar närstående i beroendevården.

Eftersom vi ska göra en empirisk studie (grundad på erfarenhet) vill vi intervjua 4 st sjuksköterskor som arbetar inom beroendevården och belysa hur de arbetar och förhåller sig till närstående. Intervjuerna som beräknas ta ca 15 minuter kommer att spelas in, transkriberas och senare analyseras av oss och resultatet kommer presenteras i en C-uppsats som är en offentlig handling.

Inga namn eller uppgifter som kan identifiera de intervjuade sjuksköterskorna kommer att finnas med i rapporten så de förblir i och med detta helt anonyma. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan särskild anledning.

Vi hoppas att ni tycker att vår infallsvinkel låter intressant och att ni kan tänka att er att bli intervjuade av oss.

Med vänliga hälsningar

Linda Wahlén och Ossian Olsson

Kontaktuppgifter

Linda Wahlén, sjuksköterskestuderande, tel 0735-xxxxxx, liwavk09@rkh.se

Ossian Olsson, sjuksköterskestuderande, tel 0704-xxxxxx, osolvk09@rkh.se

Carina Faag, handledare, faac@rkh.se

BILAGA 2



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Semistrukturerade intervjufrågor – 15 minuter/intervju

1. Hur involverar du som sjuksköterska närstående i vården av missbrukare?
 - Kan du utveckla..
 - Hur menar du när du säger..
 - Du sa att du.. jag undrar hur du..

2. Vilka möjligheter/förutsättningar tycker du att det ges för att involvera närstående?
 - Tidsmässigt

3. Vilka hinder finns för att involvera närstående?