



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

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

”VEM ÄR JAG ATT SE NER PÅ DEM!”

- En studie om sjuksköterskors upplevelse av
mötet med missbrukare

Josefin Larsson och Roger Olofsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare forskning visade på att sjuksköterskor tenderade att ha en negativ bild av missbrukare, samtidigt som de uttryckte att de ändå gav god omvårdnad. Missbrukspatienterna ansågs ha ett stort eget ansvar för sin sjukdom. De negativa attityderna sågs ofta som direkt orsakade av kunskapsbrist. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva hur några sjuksköterskor uppfattade mötet med missbrukare på en akutmottagning i en svensk storstad.

Metod: Intervjustudie med kvalitativ ansats, där det manifesta innehållet analyserades.

Resultat: Kunskapsbrist inom området beroendelära ansågs vara en faktor som påverkade mötet negativt. Sjuksköterskorna visade respekt för patienten och poängterade vikten av att ha empatisk förmåga. Patientgruppen ansågs generellt som svårhanterlig på grund av ovilja att samarbeta och de hotfulla situationer som ibland uppkom i samband med alkohol och narkotikapåverkan. Hopplöshet infann sig inför det faktum att sjuksköterskan försökte göra allt för denna patientgrupp, men inte såg några framsteg. **Slutsats:** Sjuksköterskorna hade en generellt sett positiv uppfattning av mötet och de viktigaste delarna för att skapa ett gott möte var kunskap, empati och respekt. Utbredd kunskapsbrist inom beroendelära var ett hinder för att skapa ett bra möte.

Nyckelord: sjuksköterske-patient relation, missbrukare, uppfattning, möte, intervjustudie

SUMMARY

Background: Previous research showed that nurses tended to hold a negative image of substance abusers, but they still provided good care for the group. Substance abusers held a great responsibility for their own illness. The negative attitudes were often seen as directly caused by lack of knowledge. **Aim:** To describe how some nurses perceived the meeting with substance abusers at an emergency room in a Swedish city. **Method:** Interview-study with a qualitative approach, where the analysis was conducted with content analysis on the manifest contents.

Result: Lack of knowledge about addiction affected the meeting in a negative way. The nurse showed respect for the patient and empathized the need for empathetic ability in nursing. Overall substance abusers were seen as an unwieldy group due to their inability to cooperate and the threatening situations which sometimes occurred. The fact that the nurse tried to do everything in her power to help the patient, but didn't see any progress generated feelings of hopelessness.

Conclusion: The nurses had an overall positive perception of the meeting and the most important components to create a good meeting were knowledge, empathy and respect. Lack of knowledge about addiction was a hindrance for creating a good meeting.

Keywords: nurse-patient relationship, substance abusers, perception, meeting, interview-study

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Lagar och etiska riktlinjer	2
2.2	Definitioner av begrepp	2
2.3	Sjukvårdspersonals bemötande av missbrukare	3
2.3.1	Utbildning inom beroendelära	4
2.3.2	Beroendelära I sjuksköterskeutbildningen Fel! Bokmärket är inte definierat.	
2.3.3	Patientens eget ansvar för sin sjukdom	5
2.4	Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient	6
2.5	Teoretisk referensram	7
3	PROBLEMFÖRMULERING	9
4	SYFTE	9
5	METOD	10
5.1	Design	10
5.2	Urval	11
5.3	Datansamlingsmetod	11
5.4	Dataanalys	12
6	ETISKA ASPEKTER	15
7	resultat	16
7.1	Kunskap	16
7.1.1	Kunskapsbrist	16
7.1.2	Kunskap om missbrukare som riskpatienter	18
7.1.3	Kunskapsutveckling	18
7.2	Det positiva mötet	19
7.2.1	Empati	20
7.2.2	Respekt	21
7.2.3	Icke-verbal kommunikation	22
7.2.4	Likabehandling	22
7.3	Det negativa mötet	23
7.3.1	Den svårhanterliga patientgruppen	23
7.3.2	Hopplösheten	24
7.3.3	Aldrig skuldbelägga	25
7.3.4	Den socioekonomiska aspekten	25

7.3.5	Hotfulla situationer	26
8	DISKUSSION	27
8.1	Metoddiskussion	27
8.1.1	Urval	28
8.1.2	Datainsamling.....	28
8.1.3	Analys	29
8.2	Resultatdiskussion.....	30
8.2.1	Kunskap	30
8.2.2	Det positiva mötet.....	31
8.2.3	Det negativa mötet.....	32
8.3	Slutsats	34
8.4	Klinisk betydelse.....	34
8.5	Förslag på vidare forskning/utveckling	34
9	REFERENSER	35
	BILAGOR.....	38

1 INLEDNING

Den mediala bilden av alkohol- och drogmissbrukare som söker vård visar på en stigmatiserad och marginaliserad grupp, som inte tycks få den rättvisa vård som finns lagstadgad i Hälso och sjukvårdslagen [HSL]. Genom erfarenheter förvärvade inom vården samt samhället i stort har vi uppfattat att det finns negativa attityder gentemot människor med missbruksproblematik, därför är vi intresserade av att veta vilka orsaker som ligger till grund för dessa attityder och hur sjuksköterskor upplever mötet med missbrukare i dagens Sverige.

2 BAKGRUND

2.1 Lagar och etiska riktlinjer

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §, ska hela befolkningen ha rätt till vård på lika villkor, med respekt för alla människors lika värde och individens värdighet. Svensk sjuksköterskeförenings (ICN, 2007) etiska kod för sjuksköterskor säger att det är sjuksköterskans etiska plikt att verka för en miljö och ge en omvårdnad där individens rättigheter, vanor och värdighet respekteras. Sjuksköterskan delar tillsammans med samhället ansvar för att svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov tillgodoses och hon ska alltid bete sig i sin yrkesutövning på ett sätt som främjar yrkets anseende och samhällets tillit.

2.2 Definitioner av begrepp

I denna uppsats definieras begreppen *sjuksköterska*, *missbrukare*, *möte* och *empati* som följande:

Sjuksköterska

Sjuksköterskan kommer i denna uppsats att benämnas som hon.

Missbrukare

Alla de patienter som uppsöker vården påverkade av antingen narkotika eller alkohol samt patienter med uttalat missbruk i sin anamnes.

Möte

Det fysiska och psykiska samspelet mellan patient och sjuksköterska.

Empati

”Förmåga att kunna leva sig in i en annan människas känsloläge och behov. Förmågan till empati är väsentlig i olika typer av vårdarbete, men även i mer vardagliga mänskliga relationer. Vanligen förmedlas den empatiska förståelsen av en bekräftande handling genom t.ex. minspel eller kommentar” (Holm, 2010).

2.3 Sjukvårdspersonals bemötande av missbrukare

En stor del av den forskning som har bedrivits inom området ”Sjuksköterskors attityder gentemot alkohol och drogmissbrukare” kommer från engelsktalande länder. Fokus har legat på att belysa orsakerna till sjuksköterskans attityd, vilket har visat sig vara ett mångfasetterat fält. De studier som finns inom området beskriver hur patientgruppen många gånger uppfattas som svårhanterlig och oattraktiv (Howard & Chung, 2000; Happell & Taylor, 2001; Kelleher & Cotter, 2009; McLaughlin, McKenna, Moore och Robinson, 2006).

Sjuksköterskor framhåller riskerna med att vårda denna patientgrupp, snarare än patienternas behov av att bli vårdade. Riskerna låg i att sjuksköterskorna ansåg dessa patienter vara aggressiva och hotfulla (Peckover & Chidlaw, 2007). Enligt en kvalitativ intervjustudie av McLaughlin et al. (2006) förefaller anledningarna till detta ligga i de attityder som ses bland sjukvårdspersonalen. Flera respondenter kunde exempelvis inte föreställa sig att missbrukare har förmågan att empatisera med sjukvårdspersonalen, utan framhäver att missbrukare endast ser dessa som medel för att uppnå ett mål. Vidare visar McLaughlin et al. på att sjukvårdspersonalen har en tendens att beklä patientgruppen med attribut som sluga, lömska och manipulerande. McLaughlin, McKenna och Leslie (2000) pekar på att sjukvårdspersonal har uppfattningen av att missbrukare inte är förmögna att göra någonting annat än att söka efter och inta olagliga substanser.

En utredning som Hasselgren (2010) har tagit del av visar att mellan 30-60 procent av de patienter som uppsöker vården för missbruksproblematik är i behov av en psykiatrisk utredning. Sett ur ett omvänt perspektiv behöver mellan 20-30 procent av patienter inom psykiatrin missbruksvård av något slag. Camilli och Martin (2005) befäster den här problematiken och beskriver frustrationen som uppstår bland sjukvårdspersonal när patienter med missbruksproblematik inkommer till en redan överbelastad akutmottagning, för att sedan bli liggande i upp till 24 timmar i väntan på att bli slussade till en specialiserad enhet. Sjukvårdspersonalen ser sig ofta som ”barnvakter” till dessa patienter, eftersom de inte besitter kunskapen att hjälpa dem, utan bara kan hålla dem i förvar (Camilli & Martin, 2005).

Alla som arbetar inom sjukvården innehar självfallet inte negativa attityder, utan Kelleher och Cotter (2009) understryker att 55,6 procent av deltagarna i deras studie inte såg denna patientgrupp som otrevlig att arbeta med.

En jämförelse mellan läkare och undersköterskor visar att undersköterskorna ansåg missbrukare vara mer belönande att arbeta med än icke-missbrukare, medan läkarna ansåg motsatsen, vilket visar på en hierarkisk attitydskillnad (Howard & Chung, 2000). Vidare beskriver Howard och Chung att personer som har mer fysisk kontakt med patienterna tenderar att vara mindre cyniska gentemot denna patientgrupp.

2.3.1 Utbildning inom beroendelära

Till de negativa attityder som förekommer på flertalet arbetsplatser där man stöter på denna patientgrupp utpekas brist på utbildning som en av de mest betydande orsakerna (Camilli & Martin, 2005; Happell & Taylor, 2001; McLaughlin et al., 2006).

Beroendelära är en mycket underrepresenterad del i sjuksköterskeprogrammets grundutbildning och i kurslitteraturen, samtidigt som forskning pekar på att det är just kunskapsbristen som leder till att sjuksköterskor känner sig obekväma i mötet med denna patientgrupp (Happell & Taylor, 2001; Peckover & Chidlaw, 2007). I en studie bland sjuksköterskor undersöktes kunskapsnivån och attityder angående missbruk vid början av deras anställning och tre månader senare. Denna visade på att kunskapsnivån ökade markant, medan attityderna knappt förändrades alls (Howard & Chung, 2000). Ford, Bammer och Becker (2009) fann att utbildning och kunskapsnivå hade ett positivt samband, medan de inte såg något samband mellan kunskap och patientkontakt. Utbildningen inom alkohol och narkotika fick ordentlig effekt om det fanns medel- till högnivå av *role support*. Detta innebär att sjuksköterskan blir stöttad i sin roll, från både chefer och medarbetare genom uppmuntran och feedback samt får tillsyn av någon med erfarenhet (a.a.).

Enligt Kelleher och Cotter (2009) uppfattade inte sjuksköterskorna bristande undervisning inom beroendelära som en signifikant anledning till varför denna patientgrupp erhåller inadekvat behandling. Hälften av sjuksköterskorna beskriver en saknad av kunskap om hur man hjälper dessa patienter med att få tillgång till specialistvård (a.a.). Happell och Taylor (2001) uppvisar fakta som tyder på att internutbildningar främjar utvecklingen av mer positiva attityder gentemot denna patientgrupp. I de fall då det finns en beroendeenhet i samma komplex där annan sjukvård bedrivs tenderar kunskapen om beroendeproblematik att öka generellt då dessa enheter ger råd samt delar med sig av sin kunskap (a.a.). Camilli och Martin (2005) bekräftar utbildningens signifikans, då de menar att det inte går att effektivt

behandla och bemöta denna patientgrupp utan att ha en större förståelse för deras sjukdomsbild.

I en kvalitativ undersökning där missbrukare intervjuades om deras attityder gentemot sjukvårdspersonal, framkommer det att sjukvårdspersonalen enligt deras mening saknar utbildning och är därför lättmanipulerade (McLaughlin et al., 2000).

2.3.2 Patientens eget ansvar för sin sjukdom

Missbrukare som patientgrupp blir ofta beskylld för att själva vara orsaken till sina problem. De anses över lag vara mer ansvariga för sina sjukdomar, än exempelvis patienter som kommer in för livsstilsrelaterade hjärt- och kärlsjukdomar eller fetma, som också är sedda som självförvållade åkommor (Skinner, Feather, Freeman & Roche, 2007).

Howard och Chung (2000) redogör för en studie där sjukvårdspersonal blev tillfrågade hur mycket egen skuld en kvinna som hade blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp hade, beroende på om hon hade intagit olagliga substanser eller ej. Det visade på att kvinnan som hade missbrukat hade signifikant högre skuld till det inträffade än kvinnan som inte hade det. De av sjukvårdspersonalen som hade fått utbildning i sexuella övergrepp tyckte inte att kvinnorna skulle skuldbeläggas för exempelvis korta kjolar i samma utsträckning som de sjuksköterskor som inte hade erhållit utbildning. När det kom till kvinnor som hade missbrukat innan övergrepp, sågs ingen signifikant skillnad mellan utbildade och icke-utbildade i fråga om skuldbeläggning, där det i båda grupperna fanns en signifikant hög andel som tyckte att kvinnan hade ett visst ansvar själv (a.a.) I en studie utförd av Skinner et al. (2007) redovisas att sjuksköterskans vilja att ge högkvalitetsvård styrs av i vilken grad åkomsten tycks vara självförvållad. Beroende på hur stark uppfattning sjuksköterskan har om patientens eget ansvar för sin sjukdom, desto mer irritation och mindre sympati kommer att ges åt patienten. Överlag har sjuksköterskor uppfattningen om att missbrukare har ett stort eget ansvar, men uttrycker att de ändå i sin profession visar sympati och omtanke. Ju mer öppensinnade sjuksköterskorna var, desto mer positiva känslor uttryckte de inför patienterna, samtidigt som de mer konservativa visade mer negativa attityder (a.a.).

2.4 Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient

Förmågan att kommunicera med patienter lyfts ofta fram som en av de viktigaste delarna vid möten inom vården. Det är genom samtalet som patienterna har möjlighet att berätta hur de upplever sin unika situationen (Fossum, 2007).

Det finns flera olika faktorer som kan påverka kommunikationen, däribland vilka maktförutsättningar och sociala villkor som spelar in. Studier visar på att patienter med låg social status inte erhåller samma information som de med hög (Andersson, 2007).

Författarna till denna studie har ej kunnat finna några studier som är specifikt inriktade på att belysa kommunikationsstrategier för samtal med missbrukspatienter, utan de strategier som finns utgår ifrån patienter inom psykiatrin. Hinder för kommunikation kommer enligt Fossum (2007) alltid att existera i någon form, vare sig de är språkliga, fysiska eller psykiska. Stanley Hermanns och Russel-Brouddus (2006) beskriver hur psykiatriska patienter kan vara svåra att nå, dels för att de helt enkelt inte vill öppna upp sig, men även faktorer som förvirring och misstro mot sjukvårdspersonalen spelar in. I grund och botten handlar det om att bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterskan och patienten.

God kommunikation kräver enligt Klang Söderkvist (2007) ett samspel mellan patient och vårdgivare med en ömsesidig respekt och empati, där vårdgivaren alltid måste vara medveten om sin maktposition. Uteblir detta kan resultatet leda till underläge och utanförskap för patienten.

Stanley Hermanns och Russel-Brouddus (2006) anser att sjukvårdspersonalen måste försöka lägga sina förutfattade meningar åt sidan och visa att de genuint respekterar patienten. Öppna frågor som möjliggör för patienterna att berätta om sina tankar och upplevelser är avgörande för att en vårdande relation överhuvudtaget ska uppstå.

I samtal med missbrukare specifikt är det ännu viktigare att inte döma ut patienten, då dennes verktyg för att bekämpa ohälsa och psykisk stress ofta är att tillgripa ännu mer narkotika eller alkohol (a.a.).

2.5 Teoretisk referensram

I sin bok "Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering" beskriver Kirkevold (2000) Joyce Travelbees omvårdnadsteori och det är denna teoretiska referensram som används i denna studie. Primärkällan till denna omvårdnadsteori är boken "Interpersonal Aspects of Nursing" från 1971, dock är denna bok svår att finna, varför översättningen användes. Omvårdnadsteorin bygger på att omvårdnaden är en mellanmänsklig process och betonar att sjuksköterskan alltid ska förhålla sig till patientens egna upplevelser av sin sjukdom. Travelbee motsätter sig starkt generaliseringar av typen sjuksköterska och patient, utan vill framhäva de personliga särdragen. Travelbee menar att en riktig relation aldrig kan upprättas om dessa epitet föreligger, utan vi måste ha konkreta roller i form av två unika individer som ser varandra. Travelbee talar om att värna om varandras mänsklighet. I en mellanmänsklig relation, där sjuksköterskan och patienten har lagt sina roller åt sidan, kan "patienten" förstå att också "sjuksköterskan" har behov som hon tillgodoser i relationen. Nedan följer Travelbees (1971, refererad i Kirkevold, 2000) fem interaktionsfaser:

Det första mötet

Här har sjuksköterskan och patienten stereotypa förutfattade meningar av varandra. Det kan vara svårt att se den andres unika person. Hur väl sjuksköterskan lyckas med att se den andre beror på vilken förmåga sjuksköterskan besitter när det gäller att förkasta generaliseringar och sin förförståelse.

Framväxt av identiteter

I denna fas kommer sjuksköterskan och patienten att ha en mer fördjupad interaktion och den andres personlighet visar sig tydligare. Sjuksköterskan kommer att se patientens unika situation, även patienten börjar se sjuksköterskan som en person istället för en profession. Sjuksköterskan bör i denna fas undvika att generalisera patienten, utifrån dennes patientgrupp om en god relation ska uppstå.

Empati

Empati är enligt Travelbee att "man deltar i och förstår meningen med och relevansen av den andres tankar och känslor, men är på samma gång en självständig individ. Man känner närhet och upplever den andra partens personlighet tydligare än annars." (Kirkevold, 2000, s.135). Hon beskriver att förutsättningen för empati är att man delar

liknande erfarenheter och livssituationer, därför menar hon att det inte är realistiskt att en sjuksköterska ska kunna känna empati inför alla sina patienter.

Sympati

Sjuksköterskan visar genom omvårdnaden att hon finns för patienten i dennes lidande. För att detta ska inträffa måste sjuksköterskan känna närhet till patienten. Sympati kan hjälpa patienterna att lindra deras lidande.

Ömsesidig förståelse och kontakt

Detta är den avslutande fasen som innebär att både sjuksköterskan och patienten har uppnått en mellanmänsklig kontakt, där de kan dela känslor och tankar. När de båda har lärt sig att dela upplevelser med varandra får det en betydelse för de båda. Denna relation är ett tecken på att sjuksköterskan har utfört god omvårdnad och lindrat patientens lidande. För att uppnå detta är enligt Travelbee kommunikationen det absolut viktigaste instrumentet genom alla faserna (a.a.).

3 PROBLEMFORMULERING

Litteraturgenomgången har visat att denna patientgrupp anses ha ett större eget ansvar för sin sjukdom än andra patientgrupper där sjukdomen i viss mån anses självförvållad. Tidigare forskning har också visat på brister i kunskap och utbildning bland sjuksköterskor gällande patienter med beroendeproblematik. Dessa brister tycks ge upphov till frustration som i sin tur genererar attityder av negativ karaktär gentemot denna patientgrupp. Därmed riskeras att vården skiljer sig för denna patientgrupp i jämförelse med andra patientgrupper. Kunskap om hur sjuksköterskor i Sverige förhåller sig till denna patientgrupp är bristfällig och bör undersökas.

4 SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med missbrukare.

5 METOD

5.1 Design

Denna studie är en intervjustudie med kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2008) är detta en adekvat design när man vill ta reda på hur människan upplever ett fenomen. Studien sökte en förståelse för hur respondenterna uppfattade mötet med missbrukare på en akutmottagning. Polit och Beck beskriver hur denna metod ger möjlighet för respondenterna att uttrycka vad som är relevant för dem, utan att de influeras utav författarens förförståelse.

Studiens upplägg grundades på *intervjuforskningens sju stadier* (Kvale, 1997). Inledningsvis utfördes en tematisering där ämnesområde valdes och en problemformulering skrevs. En kvalitativ intervjumetod var det som bäst lämpade sig för syftet. Därefter skedde planeringen där studiens olika delar planerades och litteraturgenomgång av forskningsområdet genomfördes. En intervjuguide skapades och syftet tydliggjordes. Intervjuerna utfördes sedan inom ramen för intervjuguiden. Efter detta överfördes materialet till bearbetningsbar form genom ordagrann transkribering från ljudinspelning till text, varefter materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys där kategorier och underkategorier bildades. För att verifiera det analyserade materialet diskuterades och reflekterades det över det framkomna resultatets tillförlitlighet och överförbarhet. Slutligen då alla de ovanstående sex stegen var genomförda skrevs studiens resultat samt diskussion av detta och studien lämnades in för examination.

5.2 Urval

Författarna till denna studie intervjuade tre sjuksköterskor på en akutmottagning. Anledningen till varför en akutmottagning valdes ut som intervjuplats var för att sjuksköterskor där, näst intill dagligen kommer i kontakt med denna patientgrupp. Detta är något som författarna under sin verksamhetsförslagda utbildning erfarit och stöds även av Kelleher och Cotter (2009) som beskriver hur sjuksköterskor på akutmottagningar dagligen behandlar denna patientgrupp.

Respondenterna valdes ut genom något som Polit och Beck (2008) benämner *convenience sampling*, på svenska bekvämlighetsurval. Chefssjuksköterskan på mottagningen skickade ut ett e-mail till alla sjuksköterskor på akutmottagningen som innehöll studiens syfte och forskningskrav (Bilaga 1). Två sjuksköterskor visade intresse för studien och den tredje handplockades av chefssjuksköterskan för att tillräckligt med material skulle erhållas. Tillstånd att utföra studien erhöles genom ett till verksamhetschefen utskickat brev som innehållande information om studiens syfte som han sedan returnerade med signatur (Bilaga 2). Studiens inklusionskriterie var att respondenterna skulle ha arbetat i minst ett år som sjuksköterska. Detta för att minimera risken att få med de sjuksköterskor som fortfarande är inne i *smekmånadsfasen*. Lennér-Axelson och Thylefors (1991) beskriver hur denna term används inom grupp psykologin, då en person i början av exempelvis en anställning har överseende med allt och är ständigt glad och nöjd. Missnöjsamheten gömmer personen undan för resten av gruppen. De tre sjuksköterskor som intervjuades var två kvinnor och en man. De hade alla arbetat som sjuksköterskor mellan 10-15 år.

5.3 Datainsamlingsmetod

Då det redan fanns tillgänglig forskning inom det valda området kom studien att arbeta med semistrukturerade intervjuer, vilket är den intervjustruktur som Polit och Beck (2008) förordar i sådana sammanhang. En intervjuguide (bilaga 3), vilken innehöll de områden som ämnades att beröras under intervjun kom att ligga till grund för samtalet, vilket Trost (2010) förespråkar, då det ger en mer öppen form på intervjun. Enligt Polit och Beck (2008) är detta i de fall man vill att intervjupersonerna ska tala öppet och med egna ord, men utan att tappa fokus en bra metod. På grund av att tillståndet för att utföra intervjuerna tog lång tid att få samt att intresset för studien var lågt fanns ej

möjlighet att utföra en pilotintervju, dock gick intervjuguiden igenom med två kurskamrater innan intervjuerna.

Intervjun inledes med en så kallad *grand tour question*; en bred fråga som ger stor svarsbredd för respondenten (Polit & Beck, 2008). Denna löd:

”Hur upplever du mötet med patienter som är synligt påverkade av alkohol och narkotika?” (Bilaga 3)

Några stöttande följdfrågor hade på förhand skrivits till intervjuguiden, men beroende på svaret respondenten gav på öppningsfrågan fick dessa omkonstrueras något.

Under intervjun deltog båda författarna som aktiva intervjuare, då detta enligt Trost (2010) är att föredra, eftersom båda var oerfarna inom denna teknik. Två intervjuare ger en bättre intervju med en större mängd information som resultat, dessutom ger de varandra stöd (a.a.).

Intervjuerna ägde rum inne på chefssjuksköterskans kontorsrum, vilket var trångt och intervjuerna utfördes med respondenten mindre än en meter ifrån intervjuarna själva. För att få så bra akribi som möjligt användes en diktafon som intervjuredskap, då detta enligt Trost (2010) bidrar till att väsentlig information inte går förlorad, samt att den fångar upp även tonlägen och pauser.

Innan intervjun inleddes ställdes frågor om hur länge respondenten hade jobbat och lite allmänt småprat för att minska nervositeten och för att få respondenten att känna förtroende för intervjuarna. Följebrevet med informerat samtycke gick igenom och syftet med studien upprepades. Respondenterna garanterades konfidentialitet och i samband med detta fick de även skriva under ett brev om informerat samtycke. Vidare erbjöds de ett exemplar av det färdiga arbetet om de så önskade.

5.4 Dataanalys

Det inspelade materialet delades upp sinsemellan författarna och transkriberades ordagrant. Därefter utfördes en innehållsanalys på det manifesta innehållet; baserad på modellen av Graneheim och Lundman (2004). De transkriberade texterna kom att läsas flera gånger av bägge författarna för att skapa ett så bra helhetsperspektiv som möjligt. Analysen utfördes av båda författarna gemensamt. Enligt Kvale (1997) är detta ett lämpligt tillvägagångssätt för att få resultatet så kongruent som möjligt.

Texterna delades sedan upp i meningsbärande enheter, vilka innehöll påståenden och ord som hade samma kontext, därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att de förkortades men behöll sin kärna.

Efter detta inleddes abstrahering av de kondenserade meningsbärande enheterna till koder, för att göra dem lättare att arbeta med. En kod innehöll essensen från en meningsbärande enhet. Koderna skrevs på post-it-lappar, vilket enligt Polit och Beck (2008) är en adekvat metod. Koderna numrerades så att de alltid skulle kunna spåras till sina meningsbärande enheter.

Första steget i bearbetningen av koderna var en schematisk uppdelning, utifrån vilket område de berörde i stort. I det andra steget omorganiserades uppdelningen till att utgöra fler grupper, där koderna i varje grupp var mer fokuserade på ett specifikt område. I detta steg utkristalliserades tolv grupper, som sedan i den tredje bearbetningen blev underkategorier till de tre kategorier som framträdde ur dessa.

Tabell 1 Exempel på hur analysprocessen såg ut rörande kategorin kunskap.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<p><i>”Jag tycker att vi borde ha mer gemensam utbildning, tillsammans med väktare, polis med ambulans, med någon som har specifik kunskap inom missbruksproblematik. (...) Dels för att man lär känna varandra och känner man varandra så jobbar man bättre ihop. Men också för att få ta del av varandras synpunkter och problem som man ställs inför.”</i> (Intervju 1) (41)*</p>	<p>Mer tvärprofessionell utbildning med någon som har kunskap inom beroendelära. Skapar bättre samarbete och man kan ta del av varandras synpunkter. (1:41)</p>	<p>Tvärprofessionell utbildning (1:41)</p>	<p>Kunskapsutveckling</p>	<p>Kunskap</p>
<p><i>”Och sen så tror jag att det är ganska viktigt att vara kunnig inom beroendesjukdomar vilket jag anser är en stor brist hos många, mycket vårdpersonal, oavsett yrkeskategori, men nu pratar vi om sjuksköterskor. Inom akutsjukvård och somatisk vård att man har inte tillräckligt med kunskap om beroendesjukdomar”</i> (intervju 3)(20)</p>	<p>Viktigt att vara kunnig inom beroendesjukdomar, vilket är en stor brist hos många. Inte tillräckligt med kunskap hos akuta och somatiska vården. (3:20)</p>	<p>Brist på kunskap om beroendesjukdomar inom akut och somatisk vård (3:20)</p>	<p>Kunskapsbrist</p>	

*Nummer inom parantes är numreringen som utfördes för att kunna spåra koderna.

6 ETISKA ASPEKTER

Godkännande av intervjuerna skedde genom ett till verksamhetschefen utskickat brev. Hermerén (2007) nämner fyra områden som bör beaktas i integritetskänslig forskning: konfidentialitet, anonymitet, sekretess och tystnadsplikt. Informationsbrev skickades till respondenterna innan intervjuerna angående informerat samtycke som informanterna fick skriva under. Brevet innehöll information om syftet med intervjuerna, att tystnadsplikt råder, garanterad konfidentialitet i form av avidentifiering, samt att de kan komma att citeras i det färdiga arbetet. Vidare informerades respondenterna om att de när som helst under intervjuens gång kunde avbryta deltagandet. Det inspelade materialet hanterades enbart av intervjuerna och förvarades under transkriberingstiden så att ingen otillbörlig kunde få tillgång till detta. Efter transkribering raderades det inspelade materialet.

7 RESULTAT

Resultatet visas utifrån de tre kategorierna *kunskap*, *det positiva mötet* och *det negativa mötet* med de tolv underkategorierna som underrubriker.

Tabell 2 Översikt av kategorier och underkategorier.

KUNSKAP	DET POSITIVA MÖTET	DET NEGATIVA MÖTET
Kunskapsbrist	Empati	Den svårhanterliga patientgruppen
Kunskap om missbrukare som riskpatienter	Respekt	Hopplösheten
Kunskapsutveckling	Icke-verbal kommunikation	Aldrig skuldbelägga
	Likabehandling	Den socioekonomiska aspekten
		Hotfulla situationer

7.1 Kunskap

I denna kategori tas *kunskapsbrist*, *kunskap om missbrukare som riskpatienter* och *kunskapsutveckling* upp. Resultatet visade tydligt att kunskap är en av de viktigaste komponenterna för ett bra möte samt hur viktig kunskapen kring alkohol och narkotikas påverkan på kropp och psyke är vid första mötet.

7.1.1 Kunskapsbrist

Det klarlades tydligt av intervjuerna att samtliga tre respondenter hade erhållit bristfällig undervisning om beroendelära i sin grundutbildning, antingen berördes ämnet marginellt och då relaterat till hotfulla situationer i psykiatriavsnittet, eller vad respondenterna kunde erinra sig, inte alls.

*”Men utbildningen i sig...jag kan inte säga att vi hade någon direkt utbildning inom missbruks...vård eller. Det var ju mer hjärta-kärl och är man alkoholiserad så bla bla bla...eller om man läst om...ja det kom mer in så i hanteringen. Riktigt missbruk och alkohol nä. Så jag hade ingen utbildning inom... så själva utbildningen i sig gav ju inte så mycket så hade jag inte jobbat som undersköterska hade det nog varit tufft tror jag.
” (Intervju 2)*

Respondenterna tyckte att kunskapen kring hur sjukvårdspersonal ska bemöta denna patientgrupp var dålig inom den akuta och somatiska sjukvården, vilket respondenterna ansåg som anmärkningsvärt då denna patientgrupp förekommer överallt inom sjukvården.

”Och sen så tror jag att det är ganska viktigt att vara kunnig inom beroendesjukdomar vilket jag anser är en stor brist hos många, mycket vårdpersonal, oavsett yrkeskategori, men nu pratar vi om sjuksköterskor. Inom akutsjukvård och somatisk vård att man har inte tillräckligt med kunskap om beroendesjukdomar” (intervju 3)

”Alltså ja de här patienterna finns ju överallt. De blir ju sjuka som alla andra och gör sig illa. De finns på vårdcentraler. De finns på akutmottagningar. Eftersom åldersgränsen på medicinpatienter på barn är 18 år så finns patienter som är påverkade där också. De finns på öron – näsa – hals. De finns på medicin, kirurgen och på ortopedien. De finns överallt inom vården.” (Intervju 1)

Kunskap ansågs generellt vara en viktig del i vården av denna patientgrupp. En respondent framhöll hur brist på kunskap om hur sjuksköterskan ska bemöta och hantera dessa patienter kunde leda till avståndstagande, eftersom rädslan av att säga eller göra fel saker var påtaglig.

”Det ser man ju på studier som man har gjort att det är ju den vanligaste orsaken till att sjuksköterskor drar sig tillbaka från dessa patientkategorier är ju att de inte har någon kunskap. De vet inte hur de ska hantera och bemöta de här personerna. Oavsett då om det är beroendepatienter eller om det är någon som har försökt begå självmord

eller självskadepatienter. Alla de här som hamnar i den här boxen som är lite jobbiga och svåra att hantera.” (Intervju 3)

En annan respondent betonade även hon vikten av kunskap, men trodde inte att kunskapsnivån påverkade bemötandet, utan stod fast vid att hur man bemöter människor är något personbundet, som man inte kan lära sig.

”Som sagt kunskap är alltid bra men jag tror inte att det ... Ger... bättre bemötande, jag tror fortfarande att det är nåt som du har eller inte har”. (Intervju 2)

7.1.2 Kunskap om missbrukare som riskpatienter

Resultatet visade på att sjuksköterskan aldrig får glömma att dessa patienter är så kallade ”riskpatienter”. Dessa patienter ansågs svåra att triagera på grund av att intoxicationen döljer somatiska symtom på annan sjukdom eller skada. I relation till detta tydliggjordes att det var viktigt att ha kunskap om patientgruppen för att kunna göra rätt bedömningar.

”Men eller att jag inte då som sjuksköterska är rädd för att prata om det. Att göra klart att ja det här påverkar ju hur vi tar hand om dig, eftersom det påverkar medicinering. Det påverkar vår bedömning, eh och hur det kommer att gå för dig efter att du är klar på akuten. Att försöka att inte vara rädd för att, att prata om att patienten är beroende av en drog eller av alkohol.” (Intervju 1)

7.1.3 Kunskapsutveckling

Samtliga respondenter har under det senaste året genomgått en utbildning i hur hotfulla situationer ska hanteras, men någon mer specifik utbildning i hur sjuksköterskan ska hantera missbrukspatienter hade de inte erhållit. Respondenterna hade dock många förslag på hur vården för denna patientgrupp kan förbättras. En av respondenterna

påpekade att vårdpersonal är en riskgrupp för missbruk och att de borde syna sig själva ibland. Att rannsaka sig själv framhölls som en viktig del i kunskapsutvecklingen.

”Utbildning är alltid bra, självspjgling, att man äh , att att man får titta på... Märker man tex börjar man som ny sjuksköterska och märker då att man alltid kommer i konflikt med tex alkoholiserade eller narkomaner, så jag tror asså att som psykologer och terapeuter de har ju någon form av självspjgling. Jag tycker att man faktiskt ska titta på, även vi som jobbar som sjuksköterskor inom somatiska vården ... man måste ju lära sig att hitta hos sig själv... vad är det för något som JAG bör förändra för att mötet ska bli bättre.” (Intervju 2)

Alla respondenter ansåg att kunskap är viktigt och behövs, men det finns olika sätt att tillgodogöra sig denna på. En av respondenterna menade att internutbildning är ett bra sätt att erhålla kunskap, men att teorin måste kombineras med klinisk erfarenhet och även tvärprofessionellt samarbete.

*”Jag tycker att vi borde ha mer gemensam utbildning, tillsammans med väktare, polis med ambulans, med någon som har specifik kunskap inom missbruksproblematik. (...)
Dels för att man lär känna varandra och känner man varandra så jobbar man bättre ihop. Men också för att få ta del av varandras synpunkter och problem som man ställs inför.” (Intervju 1)*

7.2 Det positiva mötet

I denna kategori åskådliggörs vilka komponenter som respondenterna anser som viktiga för att skapa ett bra möte. Dessa underkategorier var *empati, respekt, icke-verbal kommunikation* och *likabehandling*. Underkategorin *empati* var svårdefinierat, eftersom ingen av respondenterna uttrycker ordet *empati* explicit, men utifrån vår definition i bakgrunden väljer vi att använda *empati* för att förklara vilket fenomen som beskrivs.

7.2.1 Empati

Ett tydligt samband sågs mellan bra möten och personlighet. Det framkom att det finns vissa egenskaper som inte går att förvärva, som du antingen har eller så har du dem inte. Vid frågan hur bemötandet ser ut generellt på avdelningen svarade en respondent:

”Jag skulle säga så här att det, det är personbundet. Och det har ingenting med ööh organisation eller liksom vilken kultur man har. Det är HELT personbundet. Vad man har med sig i bagaget aa, hur man är som person (...)Men jag tror har du inte det med dig i grunden ähh så tror jag, det är liksom ingenting du kan... Alltså du kan inte förvärva den kunskapen, det tror jag inte. Det är någonting du har eller inte har.”
(Intervju 2)

Möten med patienter påverkas i hög grad av vad sjuksköterskan utstrålar. En av respondenterna menar att vad du i grund och botten känner inför din patient kommer att lysa igenom.

”Patienterna är ju inte dumma, även om dom är lite, är berusade eller vissa kanske har tagit någon form av drog så innebär ju det inte att de är helt okänsliga i bemötandet. Det är man ju oavsett. Det spelar ju ingen roll om du är alkoholpåverkad eller om du är psykotisk. Hur personen....Vad du som sjuksköterska utstrålar det känner de av.”
(Intervju 3).

En respondent påtalade värdet av att kunna se personen bakom missbruket och sätta detta i relation till sig själv.

”Alltså jag tänker bara utifrån mig själv och jag försöker att inte göra det utan jag försöker se personen, alla personer som kommer in oavsett om du är full, dum, knarkare, men vadå de har säkert ett jädra mycket mer helvete än vad jag har. Vad, vem är jag att se ner på dem” (Intervju 2)

En respondent berättade hur vissa vårdgivare var särskilt duktiga på att skapa bra möten. Vid frågan på hur de gick tillväga svarade respondenten:

"(...) Och vad det är de gör..ja jag tror bara att det är att de behandlar dem som vanliga människor. " (Intervju 1)

7.2.2 Respekt

Att visa respekt för patienterna ansågs av samtliga vara en viktig del i mötet och det kunde ta sig uttryck på olika sätt. En respondent beskrev explicit vikten av att visa respekt.

"Att man faktiskt också vågar ta i personen, att man inte, även om du är full och dum och skitig eller vad det än är liksom att du... Ja att du möter dem med respekt."
(Intervju 2)

Fördomsfullhet och skambeläggning var för en annan respondent komponenter man bör undvika för att skapa ett bra möte.

"Det som alltid gör att det blir ett bra möte är att du försöker vara så lite fördomsfull som möjligt. Och att på något sätt inte skambelägga personen för att den är påverkad."
(Intervju 3)

Att patienten känner sig bekräftad och förstådd var för en respondent ett sätt att visa respekt.

"Att de ser att de blir bekräftade och att de ser att vi förstår att de har ett problem med ett missbruk." (Intervju 1)

Det ansågs även viktigt att vara professionell i sitt yrkesutövande och en respondent påtalade vikten av att inte forcera mötet, utan att försöka vara flexibel i situationen.

”Och forcera inte mötet, alltså ” jo nu ska vi” utan forcera inte utan ” ja men fan då kan vi ta det lite senare. Ta det som du måste ha, måste du ha någonting som till exempel... Ja något prov eller om patienten är sjuk eller alltså. Även om du är jättefull eller påtänd kommer du faktiskt... du förstår att du är sjuk, jag måste göra det här.”
(Intervju 2)

7.2.3 Icke-verbal kommunikation

I intervjuerna framkom det att kroppsspråk signalerade vilken attityd och inställning sjuksköterskan hade till patienterna samt sättet man kommunicerade på. En respondent framhöll att det viktiga inte var som sades utan sättet på vilket det sades.

”Alltså det är ju inte bara vad du säger utan hur du säger det. Du kan ju säga precis helt rätt saker men utstråla någonting helt annat.” (intervju 3)

Att observera sitt kroppsspråk och hitta förbättringspunkter ansågs av en respondent vara ett viktigt steg i att skapa ett bra möte.

”Det är ju mycket kroppsspråk som du aldrig tänker på och att man ser sig själv faktiskt i ett möte. Vad kan jag förändra för att det ska bli ett bättre möte?” (Intervju 2)

En annan respondent framhöll att det var viktigt att inte rygga tillbaka i jobbiga situationer, då detta kunde uppfattas av patienten som att sjuksköterskan inte ville ha med denne att göra.

”Och att jag liksom inte backar tillbaks och signalerat att jag tycker att det är jobbigt. Att du kommer och stör mig att du du har ju liksom problem med droger och alkohol.”
(Intervju 1)

7.2.4 Likabehandling

Vidare framhöll samtliga respondenter vikten av att behandla alla patienter lika. En av respondenterna tyckte att detta var särskilt viktigt att ta i beaktan när det kommer till patienter med beroendesjukdomar.

”Men annars så försöker jag liksom sträva efter att ta hand om dem på samma sätt som jag tar hand om andra patienter och framförallt om man om man har patienter som där man har ett missbruk” (Intervju 1)

Samtidigt som det klargörs att likabehandling är viktigt, så understryks det av en respondent att denna patientgrupp kräver mer resurser för att bli likabehandlade. I resultatet framgick det hur viktigt det är att det; avsätts tid för denna patientgrupp, att det finns tillgänglig personal för att möta upp vårdtyngden samt att personalen har rätt kompetens för att kunna ge patienterna en god vård.

”Men överlag så är det ju så att det är lättare att ta hand om de här patienterna om man har; om akutmottagningen fungerar bra i övrigt, om man har tid för dem; att man är rätt bemannade, rätt kompetens på de som jobbar och att det funkar bra.” (Intervju 1)

7.3 Det negativa mötet

I denna kategori framhävs vilka komponenter som skapar ett negativt möte. De underkategorier som framkom var *den svårhanterliga patientgruppen, hopplöshet, aldrig skuldbelägga, den socioekonomiska aspekten och hotfulla situationer.*

7.3.1 Den svårhanterliga patientgruppen

Akutmottagningen beskrivs som en stressig miljö av respondenterna, när då patienter som är påverkade av alkohol eller narkotika skrivs in ökar belastningen för personalen. En av anledningarna till den ökade belastningen tillskrevs denna patientgrupps ovilja att samarbeta, som ledde till att miljön blev stökig. Vidare påpekades svårigheten att ta in given information som ett hinder, eftersom mycket tid gick åt bara till att upprepa samma saker om och om igen.

”All information du ger uppfattas väl just då, men två minuter senare så är ju allt det här borta. Så dom, många gör ju att arbetsmiljön blir ganska stökig” (Intervju 3)

”(...) om man tar alkoholpåverkade och drogpåverkade patienter så är det förstås en utmaning. Dels för att de kan vara svåra att hantera och inte samarbetar (...)”

(Intervju 1)

Respondenterna var eniga i att denna patientgrupp inte alltid får det mest professionella bemötandet. En respondent angav stress och orkeslöshet som en faktor.

”Men om man har jättemycket att göra och det är en stökig natt till exempel så är det ju en utmaning på slutet där om ett nytt gäng kommer in och är stökiga och fulla, påtända och så där. Man är ju inte mer än människa, man orkar ju med, men efter ett tag så tar liksom orken slut. Och de kanske inte får ett lika professionellt mottagande (...).” (Intervju 1).

7.3.2 Hopplösheten

Hopplösheten som uppkommer av att sjuksköterskan gör allt för sina patienter, men inte ser någon förbättring gavs av en respondent som förklaring till den negativa bilden av patientgruppen. Samma patienter cirkulerar på akutmottagningen och vad sjuksköterskan än gör, så kommer dessa människor att dyka upp några dagar senare igen. Frustration skapades även av att det inte fanns tillräckliga möjligheter att remittera vidare dessa patienter till instanser som kunde ta hand om deras huvudproblem.

”Jag tror att den största delen till varför det ibland känns tungt att ta hand om de här patienterna är ju att man ser ju vissa av de här patienterna många gånger och alltid på fyllan eller påverkade och ofta på helger och nätter, för liksom första, andra gången är det liksom lättare, men sen så fjärde, femte, tjugofemte gången man träffar samma patient och historien är snarlik. Det är då det känns liksom hopplöst att vad spelar det för roll vad vi gör nu.” (Intervju 1)

En komponent i begreppet hopplöshet visade sig vara frustrationen över att patienten inte tog något ansvar själv. Dock gick åsikterna isär då respondenterna å ena sidan tyckte att de borde ta mer ansvar, medan den andre menade att sjuksköterskan inte kan resonera på det sättet, eftersom det ingår i beroendesjukdomen att till viss del förlora ansvars känslan.

”(...) vi vet att vi kämpar på men att patienten tar liksom inget ansvar själv.”

(Intervju 1)

”Det är inte så längesedan som jag hörde en kollega som arbetade här förut säga att hon blev så himla arg på en patient som hade ett långgradigt alkoholmissbruk som har varit här i många år (...). Hon menade då att man kan inte bete sig så när man är gift och har barn. Man får faktiskt bara skärpa sig (...). Vadå skärpa sig? (...) vet du inte vad som händer med hjärnan under ett långvarigt missbruk?.” (Intervju 3)

7.3.3 Aldrig skuldbelägga

Att skuldbelägga patienten själv för sin sjukdom framkom som någonting som sjuksköterskan absolut måste undvika om mötet med denna patientgrupp skulle lyckas.

”Eller få dem att tycka att de är mindre värda eller ha förtjänat det, eller någonting för att det har blivit så här. Ehm att överhuvudtaget att inte skuldbelägga, inte tabubelägga”: (Intervju 3)

”Du upptar min dyrbara tid som jag kan spendera på patienter som kanske inte har förvällat skadorna själva.” (Intervju 1)

7.3.4 Den socioekonomiska aspekten

Det framkom även att det finns en socioekonomisk aspekt i vårdandet av denna patientgrupp. En av respondenterna hade en stark uppfattning om att det finns attityder inom sjukvården som gör att ”fint” folk får bättre vård. Detta eftersom de är mer pålästa och anses vara mer förtjänta av vården genom att inte ha utsatt sina kroppar för ohälsa på samma sätt som en missbrukare har.

”Rent generellt så får de här patienterna som är lite jobbiga, såna som har lite sådana diagnoser som inte är så fina får ett sämre bemötande, så enkelt är det. Det är ju tyvärr så att vården... Alla är ju så. Det är ju så att du får ett sämre bemötande om du inte är lika fin.” (Intervju 3)

7.3.5 Hotfulla situationer

Att det ibland förekommer hotfulla situationer i möten med denna patientgrupp var det ingen av respondenterna som nekade till. Det framkom även av intervjuerna att hot och våldsaspekten var en av de faktorer som de absolut trodde påverkade sjukvårdspersonalens bemötande av patienterna. Sjuksköterskan blir mer försiktig vid patientkontakten, eftersom missbrukspatienterna kan vara svåra att förutsäga.

”Jag tror att man är mer avvaktande, på ett eller annat sätt. Det kan komma en spark (...).” (Intervju 2)

Enligt en respondent är det alltid vissa sjuksköterskor som ständigt hamnar i hotfulla situationer.

”Vi håller på mycket med bemötande i yttre triage med, asså när man kommer in först här, där ser man också vissa som alltid går in i konflikt. Alltid alltid alltid. Medan vissa bara funkar.” (Intervju 2).

Respondenterna betonade att sjuksköterskan inte alltid kan lita på patienterna och att man i mötet alltid måste vara förberedd på att allvarliga situationer kan uppstå.

”Man kan heller aldrig lita på någon (...) även fast man tror att personen är lugn och sansad oavsett om det är alkohol eller narkotika, så måste man också eliminera riskerna som till exempel alltid ha reträttväg, aldrig vända ryggen till (...).” (Intervju 2)

”Liksom inte stänger in sig i ett hörn, utan att man har en flyktväg, såna saker att man tänker på sådant.” (Intervju 1)

I resultatet framkom att sjuksköterskan alltid först och främst ska försöka lugna patienten.

”Jag tror att man är mer avvaktande, på ett eller annat sätt, det kan komma en spark, men att då om du går fram en så kanske du går fram två o håller en liten lätt hand på

benet och den andra går fram och pratar o kanske håller handen och då vet du, då är hyfsat beredd.” (Intervju 2)

”(...) men normalt sätt så försöker man ju prata och lugna å så (...)” (Intervju 1)

Tydlighet och att visa med hela handen att ett visst uppträdande inte är acceptabelt fungerade för de flesta väldigt bra, men kunde i vissa fall också leda till ett mer aggressivt beteende.

”(...) blir de dumma och gapar och skriker och börjar bli hotfulla, då får man visa med hela handen att så får du inte bete dig här och många gånger till 99 procent så funkar det ju.”. (Intervju 2)

”Om man är väldigt tydlig att det här är boxen. Om det är så att ni inte skärper er nu så kommer jag hämta ordningsvakterna (...). Nio av tio förstår ju det”. (Intervju 3)

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med missbrukare. En kvalitativ intervjustudie valdes i stället för en kvantitativ enkätstudie. Enligt Polit och Beck (2008) ger en intervjustudie större informationsrikedom samt att kvaliteten på informationen blir mer gedigen då det ges möjlighet att följa upp svar med följdfrågor, vilket inte är möjligt vid en kvantitativ enkätstudie. Trost (2010) beskriver att en intervjustudie är en lämplig metod då man söker djupare kunskap och förståelse för hur människan agerar och resonerar. Personliga intervjuer där intervjuarna träffade och ställde frågor direkt till respondenterna genomfördes, vilket enligt Polit och Beck (2008) är det mest respekterade sättet att inhämta information på inom ramen för en kvalitativ studie.

8.1.1 Urval

Urvalet skedde genom bekvämlighetsurval. Ett problem med denna metod är enligt Polit och Beck (2008) att den inte alltid genererar informationsrika uppgiftslämnare samt att deltagarna inte nödvändigtvis speglar den övriga populationen. Vidare skriver Polit och Beck att metoden trots detta ofta tillämpas, eftersom den är enkel och effektiv, varpå denna valdes som urvalsmetod för studien. Chefssjuksköterskan på mottagningen delade ut ett informationsbrev till personalen vilket resulterade i att två sjuksköterskor anmälde sitt intresse av att delta i studien samt en som valdes ut av chefssjuksköterskan. Tre respondenter ingick i studien. Enligt Trost (2010) är ett litet urval att föredra vid kvalitativa intervjuer, eftersom ett stort material lätt kan bli ohanterligt och risken att missa viktiga detaljer ökar.

8.1.2 Datainsamling

Författarna gick igenom intervjuguiden med två kurskamrater, vilka fick agera respondenter. Efter denna provintervju modifierades intervjuguiden något och frågor som kunde ses som mångtydiga eller svårbegripliga omformulerades. Kvale (1997) betonar betydelsen av att ha praktisk erfarenhet av att intervjua, då detta skapar en större trygghet i kommande intervjusituation.

Intervjuerna utfördes i direkt följd efter varandra, vilket ledde till att intervjuerna inte fick möjlighet till reflektion och/eller modifikation av frågorna mellan intervjuerna. Detta skulle ha kunnat påverka intervjuarnas förståelse inför de två kommande intervjuerna.

Osäkerheten som intervjuerna upplevde under samtalet ledde stundtals till rädsla för tystnad som resulterade i att påstående-liknande frågor ställdes, då intervjupersonen exempelvis tog lång tid på sig att svara. Trost (2010) uppmärksammar detta som ett vanligt misstag som kan uppstå då en intervjuare är oerfaren i intervjurollen. Intervjuerna genomfördes gemensamt vilket gav en känsla av trygghet hos intervjuerna. Att vara två intervjuare under oerfarna förhållanden är enligt Trost ett bra sätt att hantera sådana intervjusituationer på.

Platsen för intervjun kan ha påverkat intervjuernas kvalitet, exempelvis då intervjuerna och respondenten satt mitt emot varandra utan ett bord eller liknande som

skapade distans, vilket skulle ha kunnat få respondenten att känna sig obekvämt. Rummet tillhörde chefssjuksköterskan vilket inte kan kallas en neutral intervjuplats i sammanhanget. Enligt Lantz (2007) bör rummet vara så neutralt som möjligt för att inte störa samspelet.

8.1.3 Analys

Under analysen transkriberades insamlad data separat. Detta för att kunna fokusera och lyssna så bra som möjligt utan störningsmoment. Därefter kom författarna gemensamt och samstämmt överens om meningsbärande enheter, koder och kategorier vilket ökar tillförlitligheten. Graneheim och Lundman (2004) värdesätter dialog mellan forskarna under analysprocessen. Även om analysen är gjord på samma sätt är det inte säkert att forskarna skulle ha varit överens om varandras kodning och kategorisering. Uppstyckningen av texten till meningsbärande enheter är ett kritiskt moment, där det finns en risk för att bias uppstår (a.a.). Med detta i åtanke försökte författarna till denna studie sätta sin egen förförståelse inom parentes under analysen och enbart se det manifesta innehållet. De meningsbärande enheterna blev långa, då respondenterna gav uttömmande svar och oro fanns över att fragmentisera innehållet. Diskussion fördes kring intervjuernas innehåll och spridning, varefter det konstaterades att tre intervjuer inte till fullo uppnådde den mättnaden som hade varit önskvärd. Detta då respondenterna tyckte olika på vissa frågor. Respondenternas skilda uttryckssätt försvårade innehållsanalysen, eftersom inga tolkningar tilläts i denna metod. Detta ledde till tolv underkategorier som följde.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet kommer att diskuteras utifrån de tre kategorierna, där författarna valt att lyfta fram det som de ansåg mest relevant för syftet.

8.2.1 Kunskap

Ett tydligt tema som utkristalliserades var bristen på utbildning och kunskap.

En respondent förklarade hur sjuksköterskan ofta i sitt arbete drar sig undan från det hon inte har kunskap om och att detta syntes tydligt på mottagningen i samband med vården av missbrukare, då många inte vet hur de ska bemöta denna patientgrupp.

I fasen *det första mötet* är det enligt Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 2000) av vikt att sjuksköterskan har förmåga att lägga sina generaliseringar och förutfattade meningar åt sidan. Det är vedertaget att okunskap skapar fördomar, som exempelvis kan resultera i avståndstagande till en viss patientgrupp (Stier, 2009), någonting som framkommer i resultat av den utförda studien. Tidigare forskning stärker sambandet mellan okunskap och avståndstagande i mötet (Happel & Taylor, 2001; Peckover & Chidlaw, 2007). Ett motsatsförhållande kunde dock skönjas då en av respondenterna inte trodde att kunskapsnivån hade något samband med hur sjuksköterskan bemötte patientgruppen. Kelleher och Cotter (2009) fann även de att sjuksköterskorna inte uppfattade bristen på undervisning inom beroendelära som en anledning till den inadekvata vård som missbrukarna erhöll. Howard och Chung (2000) kunde i sin studie inte heller se någon tydlig korrelation mellan ökad kunskapsnivå och förändrade attityder gentemot missbrukare.

Innevarande studies resultat och tidigare forskning pekade åt samma håll i fråga om grundutbildningens innehåll. Analysen visade att respondenterna erhöll bristfällig utbildning inom beroendelära, vilket styrks av Happell och Taylor (2001) och Peckover och Chidlaw (2007) som lyfter problemet med att både kurslitteratur och grundutbildning innehåller en väldigt liten del beroendelära.

Resultatet visade på en stark vilja att förändra den bristande kunskapsnivån. Det fanns många förslag på hur detta skulle gå till. Konsensus sågs kring att mer utbildning var nödvändigt, men självreflektion och mer klinisk erfarenhet bland annat i tvärprofessionella team framstod som essentiellt om utbildningen skulle kunna tillgodogöras på bästa sätt. Ford, Bammer och Becker (2009) visade på att sjuksköterskor tillgodogjorde sig utbildningen bättre om de erhöll *role support*, vilket

innebar att de blev stöttade av sina medarbetare, samt att de fick feedback och tillsyn av någon med erfarenhet.

8.2.2 Det positiva mötet

Resultatet visade att empatisk förmåga var något som värderades högt i mötet med missbrukare. Förmågan att se personen bakom missbruket samt behandla denna patientgrupp som ”vanliga människor” utgjorde delar i den empatiska förmågan hos sjuksköterskorna. Denna egenskap sågs som något som inte kan förvärfvas, utan antingen finns den där, eller så gör den inte det.

Hur sjukvårdspersonal förstår anledningarna patienten har till ett missbruk påverkar deras syn på patienten. Att kunna se missbruket i ett större perspektiv, där missbruket i sig kanske inte är det centrala problemet hjälper sjukvårdspersonal att skapa en bra relation (Kothari, Hardy och Rowse (2010). Resultatet visade att utstrålning och kroppsspråk var delar som visade ifall sjuksköterskan hade en genuint god inställning eller inte till patientgruppen. Dessa bedömdes svåra att förfälska och påverkade patient-sjuksköterske relationen. Detta styrks av Dziopa och Ahern (2009) som skriver att vara genuin och oförfälskad är essentiellt i utvecklingen av en bra patientrelation. Genuiniteten avgörs genom samstämmigheten i sjuksköterskans verbala och icke-verbala språk.

Christiansen (2009) beskriver hur autentisk omtanke karakteriseras av ögonkontakt, röst, kroppsspråk och den uppmärksamhet som riktas mot patienten. I studien sågs hur olika personligheter visade skilda framgångar i att skapa en bra relation med patienterna, beroende på hur de använde sin kropp (a.a).

Vidare menar Sand (2003) att sjuksköterskor med hög empatisk förmåga också var de som hade lättast för att läsa av icke-verbala kommunikation. Liknande paralleller har författarna kunnat skönja i det egna resultatet och uppfattar därav den icke-verbala kommunikationen som beroende av den grad av empati sjuksköterskan har gentemot sin patient.

Dziopa och Ahern (2009) förklarar att interaktionen med psykiatriska patienter bör grundas i en relation utan maktförhållanden, där sjuksköterskan försöker att se patienten som granne eller vän, snarare än patient. Innevarande studies resultat visade att sjuksköterskan inte bör vara nedlåtande mot patienterna, utan bör rannsaka sig själv och ställa frågan ”Vem är jag att se ner på dem?”. Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 2000) värnar starkt om den mellanmänniska relationen och menar att

patient och sjuksköterska bör lägga sina roller åt sidan för att ett gott möte ska uppstå. I den andra fasen *framväxt av identiteter* fördjupas interaktionen och sjuksköterskan ser patientens unika situation, för vilket Travelbees tredje fas *empati* är en förutsättning. Travelbee menar att förutsättningen för empatin är att sjuksköterska och patient delar liknande erfarenheter och då sett ur detta perspektiv är det inte konstigt att vissa sjuksköterskor har svårare att bemöta patientgruppen än andra.

Att visa respekt genom att exempelvis aldrig anklaga patienten framkom i innevarande studie som en nyckelingrediens i vägen till ett bra bemötande. Detta var också författarnas egen hypotes. Klang Söderkvist (2007) bekräftar detta och beskriver vidare att utebliven respekt resulterar i underläge och utanförskap för patienten. Vidare förklarar Stanley Hermanns och Russel-Brouddus (2006) hur angeläget det är att aldrig skuldbelägga en missbrukspatient, eftersom dennes verktyg att bekämpa psykisk stress och ångest med ofta är mer alkohol eller narkotika.

8.2.3 Det negativa mötet

Resultatet visade att patientgruppen var svårhanterlig ur flera olika aspekter. Ovilja att samarbeta beskrevs som en anledning till att mötena blev svårare. Tidigare forskning har pekat mot att missbrukare är en svårhanterlig patientgrupp (Howard & Chung, 2000; Happell & Taylor, 2001; Kelleher & Cotter, 2009; McLaughlin, et al. 2006).

Den överbelastade akutmottagningen och den höga stressnivån utpekades av en respondent som möjliga förklaringar till varför denna patientgrupp ibland inte får det mest professionella bemötandet. Camilli och Martin (2005) tar upp liknande problematik i sin studie, där sjuksköterskorna förklarade hur stressande det var när patienter med missbruksproblematik kom in på akutmottagningen, för att sedan bara ligga där i flera timmar i väntan på slussning till specialistvård. De förklarade att de kände sig som barnvakter som bara skulle hålla patienterna under förvar.

Denna studies resultat visade på en känsla av hopplöshet inför det faktum att sjuksköterskan försöker att göra allt för patienten, men inte ser några framsteg. Kothari, Hardy och Rowse (2010) beskriver hur känslan av hopplöshet är vanligt förekommande bland personal som arbetar med den här patientgruppen. De talar om att behandlaren får lite positiv feedback; exempelvis när en patient återfaller i missbruk. Att inte se några framsteg hos patienterna genererade känslor av hopplöshet hos deltagarna och vissa menade att det även påverkade arbetet negativt.

Sympati enligt Travelbee (1971, refererad i Kirkevold, 2000) är att sjuksköterskan känner närhet till patienten och visar genom omvårdnaden att hon finns där. I denna analys upplever respondenten att denne alltid finns där, men inte får någonting tillbaka. Travelbees teori tar upp värdet av att patienten också inser att sjuksköterskan har behov som hon tillgodoser i mötet. Författarnas uppfattning är att sympatin för patientgruppen blir lägre när inte patienterna tycks uppskatta vad som görs för dem. Tidigare forskning har visat på att sjuksköterskor anser att patienten har ett stort eget ansvar för sitt missbruk, men ändå visar sympati och omtanke i omvårdnaden (Skinner et al., 2007). Sjuksköterskorna i denna studie visar emellertid en större förståelse för missbruksproblematiken och tenderar att ha en större ödmjukhet gentemot denna patientgrupp än vad tidigare forskning visar.

I Travelbees (1971, refererad i Kirkevold, 2000) femte fas *ömsesidig förståelse och kontakt* ska sjuksköterska och patient ha lärt sig att dela känslor och tankar med varandra och genom detta lindra patientens lidande. Författarnas uppfattning är att denna fas kan vara svåruppnåelig, eftersom missbrukarna inte kommer till akutmottagningen i syfte att bota sina centrala problem. Dessa patienters lidande kanske om möjligt kan lindras något genom att sjuksköterskan finns där och bryr sig.

Resultatet påvisade även hot och våld som en bidragande del till den negativa bilden av patientgruppen. Alkohol och narkotikapåverkade patienter utgör en ökad risk för sjuksköterskor att råka ut för våldsamma situationer (Pich, Hazelton, Sundin & Kable, 2010). Peckover och Chidlaw (2007) fann att sjuksköterskor ansåg det riskfyllt att arbeta med denna patientgrupp på grund av hot och våldsaspekten. Resultatet i innevarande studie visade på att somliga sjuksköterskor var särskilt benägna att hamna i hotfulla situationer, på grund av sin attityd. Pich et al. (2010) förklarar vidare att studier pekar på att vissa personer tycks vara särskilt predisponerade för denna typ av situationer. Fortsättningsvis förklarar de att kvalitén på vården blir lidande för de patienter som oftast syns i dessa sammanhang.

8.3 Slutsats

Denna studie visar att sjuksköterskorna i studien upplever mötet med missbrukare som ett samspel som innefattar många olika komponenter, vilka måste tas hänsyn till.

Kunskap, empati och respekt bildar tillsammans en *professionell treenighet*. Dessa komponenter samverkar i symbios och bidrar till en holistisk människosyn och gott patientbemötande. Kunskap leder till en bättre förståelse för patientens sjukdom och situation, men utan empatisk förmåga ansågs det tveksamt om ett respektfullt förhållningssätt infinner sig.

Författarnas hypotes var initialt att bilden av missbrukare som patientgrupp skulle vara förhållandevis negativ, vilket även styrktes utav litteraturgenomgången. Emellertid visade resultatet på en betydligt positivare inställning trots att samtliga deltagare identifierade missbrukare som en svårhanterlig patientgrupp.

En ytterligare slutsats som går att dra av resultatet är att mer utbildning inom beroendelära behövs för att på ett professionellt sätt möta denna patientgrupp.

8.4 Klinisk betydelse

Denna studie pekar åt att det med kunskap, empati och respekt går att skapa ett positivt möte med denna patientgrupp. Mer kunskap kring beroendelära skulle kunna underlätta för de verksamma ute på klinikerna. Författarnas förhoppning är att denna studie ska väcka intresse till att reflektera över sitt eget förhållningssätt gentemot missbrukare i vården.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Litteraturgenomgången har visat på skillnader i resultat gentemot innevarande studie. Då det visat sig att det endast finns begränsad forskning inom området i Sverige samt att materialet i innevarande studie är tunt är det av intresse att vidare utforska området genom fortsatt kvalitativ forskning.

9 REFERENSER

Andersson, S.O. (2007). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 101-132). Lund: Studentlitteratur.

Camilli, V. & Martin, J. (2005). Emergency Department Nurses' Attitudes Toward Suspected Intoxicated and Psychiatric Patients. *Top Emerg Med*, 27(4), 313-316. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Christiansen, B. (2009). Cultivating Authentic Concern: Exploring How Norwegian Students Learn this Key Nursing Skill. *Journal of Nursing Education*, 40(8), 429-433. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Dziopa, F. & Ahern, K. (2009). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: a review of the research literature. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 1-19. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Ford, R., Bammer, G. & Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice*. 15, 112-118.
Doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01732.x

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 23-38). 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. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Happell, B. & Taylor, C. (2001). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 2001(10), 87-96. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Hasselgren, S. (2010). Diskussionspromemoria om förändrat ansvar för missbruksvården. *Alkohol & Narkotika* 2010(1), 34-36. Hämtad från <http://www.can.se/documents/can/alkohol-och-narkotika/10/Aon-nr1-10-forandrat-ansvar-for-missbruksvarden.pdf>

Hermerén, G. (2007). *Hantering av integritetskänsligt forskningsmaterial*. Hämtad 4 september, 2011, från Vetenskapsrådet, http://www.vr.se/download/18.aae1aa51132473084980005790/integritetskansligt_forskningsmateria2l.pdf

Holm, U. (2010). *Empati*. Hämtad 25 september, 2011, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/lang/empati>

Howard, M.O. & Chung, S. (2000). Nurses' Attitudes towards Substance Misusers. III. Emergency Room Nurses' Attitudes, Nurses' Attitudes toward Impaired Nurses, and Studies of Attitudinal Change. *Substance Use & Misuse*, 35(9), 1227-1261. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

International Council of Nurses/Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskefören.

Kelleher, S. & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 2009(17), 3-14. Hämtad från Cinahl with Full Text.

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

Klang Söderkvist, B. (2007). Information – undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 41-57). Lund: Studentlitteratur.

Kothari, G., Hardy, G. & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use*, 15(4), 257-271. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lennéer-Axelson, B. & Thylefors, I. (1991). *Arbetsgruppens psykologi: om den psykosociala arbetsmiljön – gruppdynamik, relationer, arbetsroller, ledarskap, konflikter, förändring och personliga olikheter*. Stockholm: Natur & Kultur

McLaughlin, D., McKenna, H. & Leslie, J.C. (2000). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2000(7), 435-441. Hämtad från Cinahl with Full Text.

McLaughlin, D., McKenna, H., Moore, K. & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006(13), 682-686. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Peckover, S. & Chidlaw, R. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238-245. Hämtad från Cinahl with Full Text

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2010) Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing and Health Sciences*, 12, 268-274. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Sand, Å. (2003). Nurses' personalities, nursing-related qualities and work satisfaction: a 10-year perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 2003(12), 177-187. Hämtad från Cinahl with Full Text.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 28 augusti, 2011, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Stanley Hermanns, M. & Russell-Broadus, C. (2006). But I'm not a psych nurse!. *RN*, 69(12), 28-32. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Skinner, N., Feather, N.T., Freeman, T. & Roche, A. (2007). Stigma and Discrimination in Health-Care Provision to Drug Users: The Role of Values, Affect, and Deservingness Judgments. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 163-186. Hämtad från Cinahl with Full Text.

Stier, J. (2009) *Kulturmöten: En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur

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

BILAGOR

Informationsbrev med informerat samtycke

Till:.....

Vi är sjuksköterskestudenter som studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet

omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Syftet med studien är att ur ett etiskt perspektiv undersöka hur sjuksköterskan på en akutmottagning bemöter patienter med missbruksproblematik.

Intervjun beräknas ta ca 20 minuter att genomföra. Genom detta brev ber vi om ditt informerade samtycke till deltagande i studien. Detta innebär ett godkännande till att intervjun spelas in, samt att delar av intervjun kan citeras i det färdiga arbetet.

Deltagandet är frivilligt och du kan närsomhelst utan förklaring avbryta intervjun.

Förvaring av data sker på ett säkert sätt och konfidentialitet ges gentemot dig som informant. Du är välkommen att kontakta oss om du har frågor eller funderingar kring examensarbetet eller intervjun.

Informerat samtycke

Jag godkänner villkoren för intervjun och att intervjun används i studien.

.....

Datum/Ort

.....

Signatur(Namnförtydligande)

Uppsatsskrivare:

Josefin Larsson, jolahk09@rkh.se

Roger Olofsson, roolhk09@rkh.se

Handledare:

Maria Åhling, alim@rkh.se

Examinator:

Barbro Mendel, Leg. Sjuksköterska, MD och lektor vid Röda Korsets Högskola,

barmen@rkh.se

RÖDA KORSETS HÖGSKOLA

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Självständigt examensarbete

KURS DK 17, 15 hp

HT 2011

TILL VERKSAMHETSCHEF

Förfrågan angående genomförande av intervjuer till examensarbete

Vi, Roger Olofsson och Josefin Larsson studerar på sjuksköterskeprogrammet på Röda Korsets högskola i Stockholm. På vägen till vår sjuksköterskelegitimation ingår i utbildningen att skriva en kandidatuppsats inom ämnet omvårdnadsvetenskap. Den ansats utifrån vilken vi preliminärt arbetar från är: sjuksköterskors attityd gentemot patienter med drogmissbruksproblematik.

Syftet med denna studie är att utröna hur denna patientgrupp bemöts samt hur sjuksköterskor förhåller sig till denna grupp.

Då vi avser göra en empirisk studie med innehållsanalys som metodansats kommer datainsamlingen att ske med intervjuer av sjuksköterskor. Ingen åtskillnad kommer att göras i avseende på kön eller ålder. Det enda inklusionskriteriet vi anser bör föreligga är att de sjuksköterskor vi intervjuar ska ha arbetat som sjuksköterskor under minst ett år. För att få tillräckligt material till studien har vi räknat med att intervjua fyra till sex sjuksköterskor samt att intervjuerna bör vara inte längre än 20 minuter.

Vi planerar att starta intervjuerna snarast.

Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och alla intervjupersoner kommer att vara avidentifierade. När studien är avslutad kommer alla berörda att erhålla ett exemplar av studien. Vi återkommer med ett av examinatorn godkänt PM senast 8/9-11.

Ansökan om att få genomföra ovan nämnda intervjuer på akutmottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, Stockholm.

.....
Studentens signatur
Roger Olofsson

.....
Studentens signatur
Josefin Larsson

.....
Verksamhetschefs signatur

.....
Namnförtydligande

RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Självständigt examensarbete

KURS DK 17, 15 hp

HT 2011

Intervjuguide

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskor på en akutmottagning bemöter patienter med missbruksproblematik.

- Mötet
 - **Hur upplever du mötet med patienter som är synligt påverkade av alkohol och narkotika?**
 - Kan du beskriva en situation som var särskilt bra/dålig?
 - Vilka egenskaper tror du bidrar till ett dåligt respektive bra möte?
 - Hur tror du andra upplever dessa möten?

- Utbildning
 - På vilket sätt förberedde grundutbildningen dig för möten med denna patientgrupp?
 - Har du förslag till förbättringar?