



Akademien för hälsa och arbetsliv

Den missbrukande/beroende patientens upplevelse
av omvårdnadspersonalens bemötande inom
vården

Yvonne Ahlén Hansson
Maj 2010

Examensarbete, 15hp, avancerad nivå

Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård,
60hp**

Handledare: Agneta Schröder

Examinator: Eva Boström

Sammanfattning

Syftet med denna intervjustudie var att undersöka hur patienter med missbruks- och beroendeproblem upplever attityder och bemötande från omvårdnadspersonal. Begreppet missbruk/beroende innefattar alla former av missbruk/beroende av både narkotika, alkohol och läkemedel. Uppsatsen är en deskriptiv empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats som bygger på 10 intervjuer med drogmissbrukare/drogberoende. Urvalskriterierna har varit 5 män och 5 kvinnor i åldrarna 25 - 60 år som haft minst 5 vårdtillfällen på en sluten missbruksenhet. Intervjuerna har analyserats utifrån metoden kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att de intervjuade haft både negativa och positiva upplevelser av attityder och bemötande av omvårdnadspersonal. Slutsatsen är dock att det negativa, fördomsfulla bemötandet övervägde. De intervjuade upplevde också att det råder en stor brist på kunskap om missbruks- och beroendeproblematik inom sjukvården samt att yngre, nyutbildad omvårdnadspersonal uppvisar fler fördomsfulla attityder och bemöter på ett sämre sätt än äldre, erfaren omvårdnadspersonal gör.

NYCKELORD: attityder, bemötande, beroende, kvalitativ innehållsanalys, missbruk, omvårdnadspersonal, upplevelse, psykiatrisk vård

Abstract

The objective of this study was to gain insight into how patients with addiction or dependency problems feel that nursing staff behave towards them. The concepts of addiction and dependency cover all forms of addiction to and dependency on narcotics, alcohol and pharmaceuticals. The essay is a descriptive empirical study based on 10 interviews with people addicted to or dependent on drugs. The selection criteria has been 5 men and 5 women aged between 25 and 60 who have been treated at least 5 times at substance abuse inpatient units. The interviews have been analyzed based on the method qualitative content analysis and resulted in two main categories: Kind treatment and Not so kind treatment. The results showed that those people interviewed had both positive and negative experience of how nursing staff behaved towards them. The conclusion, however, is that negative, prejudiced behaviour was predominating. Those people interviewed also felt that there was a large lack of knowledge about the problems of substance abuse and dependency within healthcare and that the younger, recently qualified nursing staff behaved more badly towards them and were more prejudiced than the older and more experienced nursing staff.

KEY WORDS: attitudes, dependency, experience, nursing staff, psychiatric care, treatment, qualitative content analysis

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	2
2.1 Bemötande	2
2.2 Upplevelse	3
2.3 Missbruk/Beroende	3
2.4 Missbruks/Beroendevård	5
2.5 Lagar och riktlinjer som styr missbruk/beroendevård	5
2.6 Omvårdnadspersonalens attityder mot missbruk/beroende	6
2.7 Stigmatisering, skuld och skam	8
2.8 Problemformulering	9
2.9 Syfte och frågeställningar	9
3. Metod	10
3.1 Design	10
3.2 Urval och undersökningsgrupp	10
3.3 Tillvägagångssätt	10
3.4. Dataanalys	12
3.4.1 Innehållsanalys	12
3.4.2 Analys	12
3.5 Forskningsetiska överväganden	16
4. Resultat	17
4.1. Bra bemötande	17
4.1.1 Kompetent omvårdnadspersonal	17
4.1.2 Omvårdnadspersonal som visar omtanke	18
4.1.3 Omvårdnadspersonal som har ett korrekt bemötande	19
4.2 Mindre bra bemötande	19
4.2.1 Oerfaren omvårdnadspersonal	19
4.2.2 Fördomsfull omvårdnadspersonal	20
4.2.3 Omvårdnadspersonal med kunskapsbrist	21

4.2.4 Omvårdnadspersonal som visar rädsla	22
4.2.5 Oengagerad omvårdnadspersonal	22
4.2.6 Omvårdnadspersonal som gör skillnad på bemötande	23
5. Diskussion	24
5.1 Huvudresultat	24
5.2 Resultatdiskussion	24
5.3 Metoddiskussion	27
5.4 Allmän diskussion	28
5.5 Klinisk betydelse	29
Slutsats	30
Referenser	31
Bilagor	

1. Introduktion

Vägen till drogberoende börjar med bruk av droger. Individens oförmåga att låta bli att ta droger kan med tiden bli ett problem och sökandet efter drogen blir tvångsmässigt. Detta beteende är till stora delar ett resultat av de effekter en långvarig droganvändning har på hjärnans funktioner (Leissner & Hedin, 2002).

När en person hamnar i ett missbruk, betraktas detta ofta som ett misslyckande både av missbrukaren själv och av omgivningen. Missbrukaren blir en "börda" för samhället, inte minst ur ekonomisk synvinkel. Detta påverkar den attityd människor har om missbruk och alla de problem som uppstår till följd av missbruket (SBU-Rapport, 2001)

Missbruks- och beroendevård är idag under stark utveckling. Statliga myndigheter, kommuner och landsting samarbetar för att försöka hitta strategier för att minska den skadliga effekten av alkohol. Högkonsumtion och riskbruk av alkohol uppmärksammas mer och mer då det utgör en stor folkhälsorisk. Alla i vårt samhälle har på något sätt kontakt med alkohol. Det bjuds på alkohol vid festliga högtider, middagar och många dricker alkoholhaltiga drycker både till vardag och till fest. Alkohol är en social dryck, men även en stor fara för den enskildes hälsa (Johansson & Wirbing, 2005).

Som omvårdnadspersonal kommer man med all sannolikhet att möta människor med missbruks och beroendeproblematik oavsett om det är inom somatisk eller psykiatrisk vård. I denna uppsats inbegriper ordet omvårdnadspersonal sjuksköterskor, skötare och behandlingsassistenter.

Omvårdnaden ska ges genom ett professionellt, vänligt och respektfullt bemötande (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, finns det i Sverige mer än en kvarts miljon människor som dricker så stora mängder alkohol att de får skador. Mer än 10 000 vårdplatser inom socialtjänst och sjukvård används för alkoholistvård (can.se, a).

2. Bakgrund

2.1 Bemötande

Enligt Hydén (2001) handlar bemötande om ett samspel mellan människor, den inställning som personer har till varandra och hur det kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck, tonfall etc. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges bland annat att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde.

Omvårdnadspersonalen skall se patienterna ur ett helhetsperspektiv och inte enbart rikta insatser mot sjukdomstillståndet. Ett bra bemötande ingår i omvårdnadspersonalens professionalitet. Ett respektfullt bemötande gentemot patienter är fundamentalt i omvårdnad och är avgörande för hur patienter upplever vården. Omvårdnadspersonalen använder sin personliga kunskap och erfarenhet för att kunna vara närvarande i mötet med patienten. De två typer av vårdrelationer som förekommer är den naturliga och den professionella. Den naturliga vårdrelationen präglas av ett naturligt förhållningssätt, det vill säga att den är oflekterad med stort inflytande av empati. I den professionella vårdrelationen krävs en större öppenhet från omvårdnadspersonalen och präglas av reflektion kring det som händer i relationen och vårdandet. Ansvaret för vårdrelationen ligger alltid hos omvårdnadspersonalen (Dahlberg, 2003).

I Socialstyrelsens rapport (Socialstyrelsen, 2009) angående patientfokuserad vård, beskrivs att patienterna, utifrån resultat från enkätundersökningar, är nöjda med vissa aspekter av vården, till exempel med att personalen visar respekt. Även vetenskapliga studier visar att patienter inom den psykiatriska vården ofta är nöjda med personalens bemötande och den interpersonella relationen (Svensson & Hansson, 1994; Schröder, Wilde Larsson & Ahlström, 2007). Bemötandet är avgörande för hur patienter upplever vården, dock visar anmälningar att en stor del av de klagomål som kommer in till patientnämnderna handlar om att bemötande utgör ett problemområde (Socialstyrelsen, 2009).

Merrill et al. (2002) och Raeside (2003) menar att alla människor har rätt att bli bemötta med värdighet. Enligt författarna ger en kränkt patient upphov till avsevärt mycket större vårdbehov än en patient som från början bemötts med respekt och värdighet.

2.2 Upplevelse

En upplevelse är inte ett ting utan en process som kan vara subjektiv och kollektiv. Upplevelser kan vara våra egna subjektiva tolkningar som bygger på erfarenheter vi haft tidigare i livet vilket gör att upplevelseekonomin i hög grad är beroende av flyktiga förnimmelser (O'Dell, 2002). Upplevelsen äger rum i individens sinne, vilket gör att exakt samma upplevelse inte bevisligen kan infinna sig hos två personer (Pine & Gilmore, 2000).

2.3 Missbruk/Beroende

Missbruk är när man upprepat ställer till det för sig på grund av en drog (praktiskmedicin.com).

Droger är substanser som vid intag ger euforiserande effekter, vilka kan vara av såväl fysiskt som psykiskt slag. Till droger räknas narkotiska preparat som alkohol, tobak, koffein mm. Svensk lagstiftning förbjuder hantering och användning av många olika droger och jämställer i det rent rättsligt med missbruk eller innehav (Nationalencyklopedin, 2010a). Missbruk innebär en okontrollerad eller överdriven användning av en drog och detta tillstånd anses föreligga när bruket av drogen går ut över individens fysiska och psykiska hälsa (Nationalencyklopedin, 2010b).

De flesta människor klarar att dricka alkohol utan att få problem och utan att hälsan påverkas nämnvärt negativt på sikt. Andra hamnar på en konsumtionsnivå som kan betraktas som riskabel eller rentav ett missbruk. Gränserna är flytande och skillnaderna mellan att dricka normalt, dra på sig skador eller fastna i ett beroende är små. Det kan handla om ett flertal anledningar varför vissa "klarar sig" och andra inte (alna.se).

Missbruk av flera olika droger i kombination, så kallat blandmissbruk, är den vanligaste typen av missbruk. Alkohol är det som oftast kombineras med andra droger. Alkoholens ställning som dominerande drog tenderar att öka med stigande ålder hos missbrukaren (can.se, b).

DSM IV (praktiskmedicin.com) är en diagnosmanual där man bland annat hittar de kriterier som definierar olika tillstånd och avgränsar dem från andra.

Missbruk är enligt DSM IV – om minst ett av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat bruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepat bruk i situationer som medför betydande risk för fysisk skada (t.ex. rattfylleri).
3. Upprepade problem med rättvisan då personen varit påverkad.
4. Fortsatt bruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av berusning.

Beroende är när den egna viljan ej längre räcker för att styra intaget (praktiskmedicin.com).

Beroendet innebär ofta inte bara tvångsmässigt drogintag utan också en hel rad funktionsstörningar som kan leda till störningar i personens sätt att fungera normalt i samhället i stort. Beroendet utsätter också människor för en ökad risk för en hel mängd olika sjukdomar. Dessa sjukdomar kan tillföras genom beteendet, som dåliga vanor när det gäller livsföring och hälsa, som ofta är följeslagare i en beroendes liv, eller genom de gifter som drogerna i sig själva innebär (Agerberg, 2004).

Beroende är enligt DSM IV – om minst tre av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månadersperiod:

1. Ökad tolerans – behov av påtagligt ökad mängd p.g.a. påtagligt minskad effekt.
2. Abstinens – karakteristiska abstinenssymptom eller återställare.
3. Använder t.ex. alkohol i större mängd eller under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera bruket.
5. Mycket tid ägnas åt att få tag på t.ex. alkohol, använda alkohol eller hämta sig från effekten.
6. Viktiga aktiviteter – på jobbet och fritiden, sociala aktiviteter etc., överges eller minskas på grund av bruket.

7. Bruket av t.ex. alkohol fortsätter trots att man vet att fysiska eller psykiska besvär förvärras (praktiskmedicin.com).

2.4 Missbruks/Beroendevård

Missbrukarvården har genomgått stora förändringar under 1900-talet. I början av 1900-talet tvångsomhändertogs missbrukare för att det övriga samhället behövde skyddas ifrån dem. Nu står istället individens behov av vård och hjälp i fokus, och man omhändertar således missbrukare för deras egen skull och inte för samhällets (Levine, 1978; Marcellus, 2007; Socialstyrelsen, 2007).

Fördelningen av ansvaret för missbruksbehandling kan se olika ut vid jämförelser mellan olika landsting och kommuner. Landstinget ansvarar för avgiftning, specifika medicinska behandlingar samt för sedvanlig psykiatrisk behandling. De två senare sammanfaller ibland i det som tidigare kallades dubbeldiagnoser men där man idag mer pratar om personer med komplex problematik (Örebro läns landsting, 2006).

2.5 Lagar och riktlinjer som styr missbruk/beroendevård

Den lagstiftning som idag styr missbruks/beroendevården är *Hälso- och sjukvårdslagen*, (1982:763), *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*, (1991:1128), *Socialtjänstlagen* (2001:453), *Lagen om vård av missbrukare i vissa fall* (1988:870) samt *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga*, (1990:52).

År 2007 publicerade Socialstyrelsen *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom kommunens socialtjänst och landstingens beroendevård (Socialstyrelsen, 2007).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, är en ramlag, som anger huvudmålen för hälso- och sjukvårdens inriktning. Målet med lagen är att vården ska vara av god kvalitet och på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och ska i möjligaste mån genomföras i samråd med patienten.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, innehåller de centrala bestämmelserna om psykiatrisk tvångsvård i Sverige. För att

tvångsvård ska bli aktuellt krävs att personen i fråga lider av en allvarlig psykisk störning, att vården ej kan tillgodoses på annat sätt än genom inläggning eller att personen motsätter sig frivillig vård eller ej anses kunna ta ställning till detta.

Socialtjänstlagen (2001:453), SOL, utgör grunden för socialtjänstens verksamhet i Sverige. I socialtjänstlagen finns bestämmelser både om rättigheter till ekonomiskt och socialt stöd och om de skyldigheter som kommunerna har i förhållande till de människor som vistas i kommunen. Frivillighet och självbestämmande är grunden för alla insatser som ges.

Lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, är en tvångslag som kompletterar Socialtjänstlagen. Lagen möjliggör sluten tvångsvård av vuxna missbrukare efter beslut av länsrätten. LVM får tillämpas om missbrukaren anses vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och denna inte kan tillgodoses enligt Socialtjänstlagen eller på annat sätt.

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU, reglerar tvångsomhändertagande av unga människor i Sverige under 18 år och i vissa fall av unga under 20. Grunderna för omhändertagande kan vara bristande hemförhållanden eller den unges egna vårdlösa beteende. Om vården kan genomföras frivilligt genom SOL tillämpas inte LVU.

2.6 Omvårdnadspersonalens attityder mot missbruk/beroende

Med begreppet attityder avses inom socialpsykologin en persons medvetna eller omedvetna, öppet visade eller dolda, kognitiva eller emotionella, inställning till något. Till skillnad från exempelvis personlighet antas attityder vanligen i mycket stor utsträckning vara produkter av inlärning eller bygga på tidigare erfarenheter vilket också gör dem mer öppna för förändring (Nationalencyklopedin, 2010c)

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet inför den enskilda individens specifika behov, förväntningar och värderingar (Socialstyrelsen, 2009). Detta speglar inte de övervägande resultaten i studier om attityder och bemötande av patienter med missbruksproblematik.

Omvårdnadspersonalens attityder har stor betydelse för omvårdnaden. Attityder kan visa sig genom mimik, kroppsspråk samt genom de osagda orden. Detta gör att sjuksköterskor i omsorgssituationer måste ta eget ansvar för sina attityder och på så sätt även för hur de uttrycker dem. Förmågan att kunna förstå och ta ansvar för sina attityder, kan oftast tränas upp genom praktik och erfarenhet. För att bli en god sjuksköterska krävs vissa karaktärsdrag, såsom att ha förståelse och känna empati för andra människor. När det brister i dessa karaktärsdrag uppnås inte alltid god omsorg och sjuksköterskans egna attityder kan iakttas i den professionella rollen som vårdare (Jahren Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

I en studie av Vargas och Luis (2008) undersöktes sjuksköterskors alkoholvanor och deras attityder gentemot patienter med alkoholproblem. Det visade sig att sjuksköterskor med negativ inställning till all form av alkoholbruk hade svårare att visa förståelse och empati för patienter med alkoholproblem.

I studien av Siegfried et al. (1999), tillfrågades personal som arbetade inom psykiatrin. Där ansåg åttiottva procent av de tillfrågade att patienter med missbruksproblematik var svåra att hantera och med det blev också bemötandet svårt att ge på ett tillfredsställande sätt gentemot denna patientgrupp. Personal inom psykiatrin blir ofta konfronterade med drog- och alkoholproblem hos patienter med psykotiska sjukdomar. Åttio procent tyckte att dessa var svårare att hantera än andra patienter. Pinikahana, Happell och Cartas (2002) samt Willaing och Ladelunds (2005) studier visade ett motsatt resultat, att omvårdnadspersonal på psykiatriska vårdavdelningar i det stora hela uppvisade en positiv attityd gentemot drogmissbrukande vårdtagare. Omvårdnadspersonal som hade en mer regelbunden och daglig kontakt med missbrukaren uppvisade en större kunskap och förståelse omkring problematiken för dessa patienter än omvårdnadspersonal som varit i kontakt med denna patientgrupp vid endast ett fåtal tillfällen (Happell, Carta & Pinikahana 2002).

Ett flertal av patienter med drogproblem undviker enligt Merrill et al. (2002) att uppsöka sjukvården därför att de blir bemötta med förutfattade meningar. I studien framkom att patienterna på grund av att de var missbrukare, var rädda för att få en sämre omvårdnad än andra patienter. De

upplevde även att omvårdnadspersonalen avsiktligt dröjde med att ta hand om dem och att de fick omvårdnad sist av patienterna (Merrill et al. 2002).

Raeside (2003) samt Navarrete och Luis (2004) fann att bemötandet av patienter med missbruksproblem ofta är moraliskt och fördomsfullt präglad. Många av omvårdnadspersonalen anser att missbrukarna saknar moral, är ostabila, överkänsliga, dumma och saknar framtidsinsikt att sluta med sitt missbruk. Detta leder till ett avvisande beteende emot dessa vårdtagare.

Inom neonatalvården fanns en allmänt negativ attityd som innefattande fördomar och vrede hos sjuksköterskor som vårdar gravida kvinnor med ett drogberoende. De tyckte att patienterna förutom att de misskötte sig själva inte tog hänsyn till sina barns hälsa och välbefinnande utan fortsatte med sitt missbruk under graviditeten (Raeside 2003).

I studier av Grafham, Matheson och Bond (2004) samt Brooker et al. (1999) påvisades att en stor del av sjuksköterskor som väljer att arbeta med missbrukare är intresserade av ämnet och att arbeta med denna patientgrupp. Dessa sjuksköterskor menade att drogberoende patienter var värda samma omvårdnad som andra "vanliga" patienter.

2.7 Stigmatisering, skuld och skam

Stigma är en egenskap av social eller fysisk art och som antas vara negativ eller förnedrande. Begreppet används i relation till utanförskap och förnedring (Giddens, 2003). Stigmatisering i sociologisk mening innebär ett nedvärderande utpekande, en psykologisk brännmärkning, ett "vi mot dom", ett förakt mot grupper eller enskilda personer som avviker från den egna samhällsnormen (Nationalencyklopedin, 2010d). Stigmatiserat bemötande i vården utgör hinder med negativa konsekvenser för tillfrisknandet (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Finfgeld, 2004; Hansson & Björkman 2005). I relation till ovan nämnda begrepp har även känslorna skam och skuld anknytning till samhällets värderingar av vad som är normalt och icke normalt (Cullberg Weston, 2008).

Att förneka sina problem är en typisk bild. Många missbrukare lever i en härva av lögn och manipulerar sin omgivning för att dölja sitt missbruk. I botten är det ofta djup skuld och skam. Känsla av skam i samband med missbruket förekommer framförallt hos kvinnor med

missbruks- och beroendeproblematik. Skam beskrevs som en känsla av att inte kunna ta hand om sig själv eller vardagliga sysslor (Jacobsson, Hensing & Spak, 2008).

2.8 Problemformulering

Det finns få studier där man utgår ifrån hur missbrukarna själva upplever att de blir bemötta. Forskning som tidigare bedrivits har inriktat sig på att intervjua socialtjänst- och omvårdnadspersonal om deras attityder gentemot missbrukare.

Under min verksamhetsförlagda utbildning på en missbruksenhet var min upplevelse att några av missbrukarna kände mer skuld och skam över sitt missbruk och hade en sämre självbild än de övriga. Kan detta bero på att vi som omvårdnadspersonal bemöter missbrukare på olika sätt? Vilka attityder förmedlar vi som omvårdnadspersonal i mötet med missbrukare?

2.9 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att beskriva hur missbrukande kvinnor och män upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder.

Frågeställningar:

- Hur upplever missbrukare att de blivit bemötta av omvårdnadspersonal?
- Vilka attityder förmedlar omvårdnadspersonalen gentemot missbrukare?

3. Metod

En kvalitativ metod har valts och datainsamlingen har skett med hjälp av intervjuer. Fokus i studien har varit patienternas upplevelser. Den kvalitativa forskningsintervjun är en metod som lämpar sig väl då nyanserade beskrivningar av den intervjuades livsvärld och beskrivningar av specifika situationer och/eller handlingar eftersträvas (Kvale, 1997).

3.1 Design

Detta är en deskriptiv empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats.

3.2 Urval och undersökningsgrupp

Ett strategiskt urval har tillämpats för att få en variation i urvalet av informanter (Trost, 1997). Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanterna vårdats vid minst 5 tillfällen vid en missbruksenhet och var svensktalande. I studien ingick 10 patienter fördelade på 5 män och 5 kvinnor i åldrarna 25 - 60 år. Patienterna som intervjuats har vårdats på missbruksenheten på grund av sin missbruksproblematik eller på grund av sin komplexa problematik, behandling för sin missbruksproblematik och sina psykiatriska besvär, det som tidigare kallades dubbeldiagnoser. Vården har skett enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).

Ett flertal av dessa patienter hade problem med bostad och med hänsyn till detta har intervjuerna skett i samband med utskrivning i anvisat samtalsrum på sjukhuset.

För att pröva frågeguidens kvalitet utfördes en provintervju. Denna intervju ledde inte till några förändringar i frågeguiden och inkluderas därför i studien.

3.3 Tillvägagångssätt

Inledningsvis kontaktades verksamhetschefen på den aktuella kliniken per brev, för att anhålla om tillstånd att utföra intervjuerna. Verksamhetschefen informerades om studien, dess syfte, frågeställningar, etiska aspekter, urval samt metod som var planerad att användas (bilaga 3, 3a, 3b, 5).

PM skickades till Högskolan i Gävles etiska råd för granskning och beviljande av tillstånd att utföra studien (bilaga 6).

Verksamhetschefen lämnade skriftligt godkännande till studiens genomförande (bilaga 5). Kontakt med enhetschefen togs som ett första steg per telefon varvid studien och dess syfte presenterades. Därefter togs personlig kontakt via ett besök på avdelningen då enhetschefer och sjuksköterskor informerades om studien och dess syfte. Informationen gavs både muntligt och via brev (bilaga 1) där författaren uttryckt sin önskan om hjälp att välja ut och informera informanter som uppfyller inklusionskriterierna samt erbjuda dem att delta i studien.

En pärm som innehöll skriftlig information om studien, till omvårdnadspersonalen och informanten, samt missivbrev (bilaga 4) till informanten, lämnades på avdelningen. I samband med planering för utskrivning informerade tjänstgörande sjuksköterskor utvalda informanter som uppfyllde inklusionskriterierna muntligt samt överlämnat skriftlig information (bilaga 2). När en utvald informant tackat ja till att författaren får ringa och ge ytterligare information om studien, kontaktades författaren per telefon av tjänstgörande sjuksköterska för att meddela detta. Efter 2-4 dagar kontaktade författaren informanten per telefon för att informera ytterligare om studien, fråga om deltagande och boka tid för en intervju.

Intervjuerna genomfördes av författaren under tiden 2009-04-08 – 2009-06-10. Författaren inledde intervjuerna med att presentera sig själv, beskriva sin utbildning, yrkesbakgrund samt sin arbetsplats. Författaren gick därefter igenom missivbrevet tillsammans med informanterna och försäkrade att svaren skulle behandlas konfidentiellt, att banden förvaras i ett låst utrymme och förstöras efter arbetets slut, att intervjuerna aidentifieras samt att svaren presenteras på gruppnivå där ingen går att peka ut. Innan intervjun fick informanterna möjlighet att ställa frågor till författaren om något var oklart.

För att få tillgång till informanternas upplevelser med så liten styrning som möjligt från intervjuaren (YAH) har semistrukturerade intervjuer genomförts med stöd av en frågeguide (bilaga 7). Frågeguiden innehöll 5 frågor samt gav utrymme för intervjuaren att ställa följdfrågor.

Denscombe (2000) beskriver semistrukturerade intervjuer på följande sätt:

... Vid semistrukturerade intervjuer har intervjuaren fortfarande en färdig lista med ämnen som ska behandlas och frågor som ska besvaras. Intervjuaren är dock inställd på att vara flexibel när det gäller ämnenas ordningsföljd... (s.135).

Tidsåtgången för varje intervju har varit mellan ca 10-60 minuter. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Alla uppgifter har behandlats konfidentiellt och med sekretess (Polit & Beck, 2004).

3.4 Dataanalys

3.4.1 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som utvecklades för att hantera stora mängder data. Metoden används för att dra slutsatser om innehållet i olika slag av kommunikation, intervjuer, observationsprotokoll och tidningsartiklar. De två huvudinriktningarna inom innehållsanalys är en kvantitativ och en kvalitativ gren (Graneheim & Lundman, 2008).

Den kvantitativa grenen används främst inom medieforskning medan den kvalitativa grenen har ett vidare användningsområde och används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Med den empiriska kvalitativa inriktningen kan exempelvis livsvillkoren för människor i en viss situation undersökas och kan resultera i en beskrivning av vad man har sett (Graneheim & Lundman, 2008).

Den kvalitativa innehållsanalysen kan även ge svar på hur man kan se på den företeelse som valts att studeras. Vad gäller resultatets *trovärdighet* vid en kvalitativ innehållsanalys talas det inte om validitet, reliabilitet och generaliserbarhet utan istället om *giltighet, tillförlitlighet* och *överförbarhet* . Det är därför viktigt att öppet redovisa metoden och hur datainsamling och kategoriseringen har skett (Graneheim & Lundman, 2008).

3.4.2 Analys

Intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Vid en innehållsanalys sker först ett val mellan manifest eller latent analys. I manifest innehållsanalys görs ingen tolkning i analysen utan enbart en kategorisering utifrån substansen i citaten. I latent innehållsanalys tolkas däremot innebörden av citaten (Graneheim & Lundman 2004).

Denna studie har genomförts med utgångspunkt ifrån manifest innehållsanalys och har bearbetats i följande steg:

1. Det insamlade materialet som bestod av tio ordagrant beskrivna intervjuer har lästs igenom ett flertal gånger för att få en känsla för helheten.
2. Därefter har meningar eller uttryck som är relevanta för syftet tagits ut och markerats, för att sammanhanget skall kvarstå togs omgivande text med. Dessa meningar utgjorde meningsbärande enheter.
3. De meningsbärande enheterna kondenserades i avsikten att korta ner texten utan att innebörden eller intervjuens kärna förloras.
4. De kondenserade meningsenheterna kodades. En kod är en etikett på en meningsenhet som kortfattat beskriver dess innehåll.
5. De olika koderna som framkom jämfördes med varandra utifrån likheter och skillnader och delades in i underkategorier och kategorier. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Benämningen av en kategori svarar på frågan "Vad?" och relaterar till innehållet på en beskrivande nivå. En kategori kan omfatta ett antal underkategorier på olika abstraktionsnivå.
6. De meningsbärande enheterna (citatet) och koderna, har särskiljts genom färgkodning utifrån de olika underkategorierna och kategorierna.

Under analysens gång kontrollerades kondenserad text, koder, underkategorier och kategorier fortlöpande gentemot intervjuerna för att undvika misstag. De mest representativa citaten har valts ut och kommer att presenteras i resultatet (Graneheim & Lundman 2004). Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<p>mmmm... Jo... jo visst är det så i vissa fall. Ja... nej men det är precis som att ja... har du nu satt dig i den här situationen så... ja... så får du ta konsekvensen av det... och vi gör si... eller vi gör så... och det... vi gör det vi tycker är bäst.</p>	<p>Vad gäller omvårdnadspersonalens attityder så visst är det så i vissa fall som att "har du nu satt dig i den här situationen så får du ta konsekvensen av det"</p>	<p>Viss personal fördomer</p>	<p>Fördomsfull omvårdnads personal</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>
<p>Så tror jag inte dom har den tiden dom har, jag har ju varit med ända sedan det här låg på gamla stället och dom som jobbar kvar sedan vi var där ute är ju helt annat än som har kommit nya.</p>	<p>Personalen på avdelningen, dom som jobbar kvar sedan vi var där ute (på gamla stället) är ju helt annat än som har kommit nya.</p>	<p>Personalen på avdelningen från gamla stället bemöter annorlunda än de som har kommit nya.</p>	<p>Oerfaren omvårdnads personal</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>
<p>Ja, ... och kanske kan skita i att dom kommer 10 minuter för sent till sin egen fikapaus, dom kan sitta och prata om man mår dåligt... Jag menar det är ju inte ens samtal här uppe de tycker jag också, det har jag också undrat på....</p>	<p>Dom som har jobbat länge kanske kan skita i att dom kommer 10 minuter för sent till sin egen fikapaus, dom kan sitta och prata om man mår dåligt.</p>	<p>Personal som jobbat länge tar sig tid</p>	<p>Kompetent omvårdnads personal</p>	<p>Bra bemötande</p>
<p>...det är mitt andra hem, här känner jag mig trygg, här känner jag kärlek och värme, här känner jag att jag får den bästa vård, från läkare till skötare och vårdare och skötare eller vad dom än är... här har jag aldrig i hela mitt liv haft några problem.</p>	<p>här känner jag mig trygg. Här känner jag kärlek och värme, här känner jag att jag får den bästa vård, från läkare till vårdare och skötare här har jag aldrig i hela mitt liv haft några problem. Jag har aldrig blivit illa behandlad här.</p>	<p>känner trygghet, kärlek och värme.</p>	<p>Omvårdnads personal som visar omtanke</p>	<p>Bra bemötande</p>
<p>mmmmm... ok... Jo... man blir ju bemött på ett korrekt sätt tycker jag... Dom försöker hjälpa en så gott man kan... och ... eh... man kan ju prata om man har problem och dom har ju tid... dom ger en tid ... ja... jag tycker det är ganska bra.</p>	<p>Man blir ju bemött på ett korrekt sätt tycker jag</p>	<p>Blir bemött på ett korrekt sätt</p>	<p>Omvårdnads personal som bemöter korrekt</p>	<p>Bra bemötande</p>
<p>Ja, jag ...bra, bra. Det enda som var lite problem det var att dom inte hade någon.... Dom hade väl ingen kunskap om missbruk, så det blev</p>	<p>Inom somatiken, dom hade väl ingen kunskap om missbruk, så det blev ju lite konflikter dom förstår inte... dom gör så gott dom kan och dom gör</p>	<p>dom gör så gott dom kan efter sin kunskap och sitt förstånd</p>	<p>Omvårdnads personal med kunskapsbrist</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>

<p>ju lite konflikter där då, jag fick ju tala om för dom att jag kan inte äta vissa mediciner för jag är missbrukare och det blev ju konflikter där är klart... Men det förstår jag ... för dom förstår inte...</p>	<p>efter sin kunskap och sitt förstånd</p>			
<p>Det är jätteolika men jag har mött mycket rädsla och osäkerhet. ett kort, så när dom bara säger nej och så går dom man kan liksom inte ens få en förklaring på vissa saker.</p>	<p>Jag har mött mycket rädsla och osäkerhet, ett kort så när dom bara säger nej och så går dom man kan liksom inte ens få en förklaring på vissa saker.</p>	<p>har mött mycket rädsla och osäkerhet</p>	<p>Omvårdnadspersonal som visar rädsla</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>
<p>... ointresse... dom går som något tåg på räls... här svänger vi inte hur som helst... utan nu gör vi så här det finns liksom inga marginaler.</p>	<p>Dom visar ett ointresse... dom går som något tåg på räls</p>	<p>Dom visar ett ointresse</p>	<p>Oengagerad omvårdnadspersonal</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>
<p>... en del gånger är det ju så att ... som jag upplever när jag kommer hit att man börjar ju känna personalens personligheter och det kan sänka en direkt ner om man vet att "oh nej jobbar dom här personerna nu"...</p>	<p>det är väldigt olika beroende på att den ... ja den personalen som har tjänst just då det kan sänka en direkt ner om man vet att "oh nej jobbar dom här personerna nu"</p>	<p>Skillnad på bemötande mellan olika team</p>	<p>Skillnad på bemötande</p>	<p>Mindre bra bemötande</p>

3.5 Forskningsetiska överväganden

Konfidentialitet i forskning är viktigt och informanterna har informerats om detta via det informationsbrev de fått innan intervjuerna genomfördes (bilaga 2).

Intervjupersonerna har informerats noggrant, muntligt och skriftligt, om att deltagandet i undersökningen var frivilligt och att de kunnat avbryta deltagandet när som helst utan krav på förklaringar. Varje intervjuperson har skrivit under ett skriftligt samtycke till att delta i studien.

Intervjupersonernas identitet och integritet har skyddats genom avidentifiering av data som kan kännas igen av andra personer. De inspelade banden och utskrifterna har förvarats i låst utrymme under den tid arbetet inte varit aktivt med dem och ingen obehörig har haft tillgång till dessa band och utskrifter. Materialet har analyserats och sammanställts och resultatet presenteras så att intervjupersonerna inte kan identifieras. Deltagandet i studien har varit frivilligt och medverkan har kunnat avbrytas utan krav på förklaringar. Intervjuerna har hållits på sjukhuset på anvisad plats. Det har ej utgått ersättning till informanterna för deras medverkan i studien. Studien följer de forskningsetiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning i Norden (vardinorden.org).

4. Resultat

Resultatet av missbrukande män och kvinnors upplevelser av omvårdnadspersonalens bemötande och attityder utmynnande i två kategorier *Bra bemötande* och *Mindre bra bemötande* samt nio subkategorier (tabell 2) som verifieras med citat från intervjuerna.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Bra bemötande	Kompetent omvårdnadspersonal
	Omvårdnadspersonal som visar omtanke
	Omvårdnadspersonal som har ett korrekt bemötande
Mindre bra bemötande	Oerfaren omvårdnadspersonal
	Fördomsfull omvårdnadspersonal
	Omvårdnadspersonal med kunskapsbrist
	Omvårdnadspersonal som visar rädsla
	Oengagerad omvårdnadspersonal
	Omvårdnadspersonal som gör skillnad på bemötande

4.1. Bra bemötande

Ett *Bra bemötande* upplever informanterna att de får när de möter *kompetent omvårdnadspersonal*, *omvårdnadspersonal som visar omtanke*, och *omvårdnadspersonal som har ett korrekt bemötande*.

4.1.1 Kompetent omvårdnadspersonal

Ett bra bemötande från kompetent omvårdnadspersonal beskrivs av informanterna som omvårdnadspersonal som har kunskap och erfarenhet om missbruks- och beroendeproblematik och dess behandling, men även visar en förståelse för beteende och konsekvenser av sjukdomen. Informanterna upplevde att de bemötts av kompetent omvårdnadspersonal från den somatiska vården men upplevelsen är att den största kompetensen finns hos personal inom psykiatri- och beroendevården.

... dom som jobbar kvar sedan vi var där ute är ju helt annat än som har kommit nya... och kanske kan skita i att dom kommer 10 minuter för sent till sin egen fikapaus, dom kan sitta och prata om man mår dåligt...(1)

... här är dom ju utbildade för missbruksvård, så här behandlar ju dom mig efter det, så det är klart det blir skillnader...(2)

... mycket bra, det gäller alla tillfällen då jag sökt vård oavsett avgiftning för att jag har druckit eller att det varit för en kroppsskada eller... jag träffar någon regelbundet för allergin och när det gäller mitt alkoholproblem har jag ju sökt själv så jag har träffat någon under många år nu både här på sjukhuset och på vårdcentralen...(3)

4.1.2 Omvårdnadspersonal som visar omtanke

Omvårdnadspersonal som visar omtanke beskrivs av informanterna som att bli omhändertagen, känna trygghet och värme. Tryggheten består i att träffa kunnig omvårdnadspersonal som känner till och är väl insatt i informantens problematik, som bryr sig om, som tar sig tid att lyssna samt bistår med stöd och hjälp till personlig omvårdnad.

... det är mitt andra hem, här känner jag mig trygg, här känner jag kärlek och värme, här känner jag att jag får den bästa vård, från läkare till vårdare och skötare eller vad dom än är... här har jag aldrig i hela mitt liv haft några problem...(2)

... här uppe är det ju... dom är mer vana med oss som är missbrukare... för här blir man... här uppe blir man ju väldigt väl omhändertagen tycker jag...(8)

dom hjälper mig och duscha och... tvättar håret... och sånt här... dom till och med rullar håret... på mig... jag tog ju med papiljotter för jag visste att jag skulle hit då...(9)

4.1.3 Omvårdnadspersonal som har ett korrekt bemötande

Upplevelsen av att bli bemött på ett korrekt sätt beskrivs som att bli respekterad och värdigt behandlad som vilken människa som helst och inte bli bemött av negativa attityder och särbehandlas på grund av sitt missbruk. Det upplevs också betydelsefullt att omvårdnadspersonalen tar sig tid när patienter uttrycker ett behov för det.

... dom behandlar mig lika... det är att skötarna få ju inte ge medicin men det är ju bara sjuksköterskorna som får... det är den enda skillnaden jag märker annars är det lika...(3)

... man blir ju bemött på ett korrekt sätt tycker jag... dom försöker hjälpa en så gott man kan... och ... eh... man kan ju prata om man har problem och dom har ju tid... dom ger en tid ... ja... jag tycker det är ganska bra...(4)

4.2 Mindre bra bemötande

Ett *Mindre bra bemötande* upplever informanternas att de får när de möter *oerfaren omvårdnadspersonal, fördomsfull omvårdnadspersonal, omvårdnadspersonal med kunskapsbrist, omvårdnadspersonal som visar rädsla, oengagerad omvårdnadspersonal och omvårdnadspersonal som gör skillnad på bemötande.*

4.2.1 Oerfaren omvårdnadspersonal

I informanternas beskrivningar framkom att de upplevde att yngre och oerfaren omvårdnadspersonal bemötte dem på ett mera negativt sätt än den mer erfarna personalen. Det negativa bemötandet visade sig genom att inte ge patienten tid eller visa ett mindre förstående för patientens problematik än äldre och erfaren personal.

... jag ser en viss skillnad mellan åldern på hur dom bemöter... och... det är ju tråkigt att säga att dom yngre bemöter på ett sämre sätt än dom som har varit med längre tid...(7)

... det är yngre sköterskor... som tar efter... dom äldre... som har jobbat kanske 30 år och är ganska uttjatade... och har en annan... ja du vet ju hur gamla injobbade kan vara... då ska dom här små snopporna stå och liksom... ja... liksom stöddiga mot en annan när man är jättedålig eller något alltså...(10)

... dom här yngre sköterskorna faktiskt, man känner sig mindervärderad av dom... har förutfattade meningar... från första början...(10)

4.2.2 Fördomsfull omvårdnadspersonal

Informanter som upplevde att de blivit bemötta på ett fördomsfullt sätt av omvårdnadspersonal beskriver detta som kränkande. Om informantens missbruk från början inte var känt för omvårdnadspersonalen där han/hon sökte vård var bemötandet till en början positivt men förändrades till ett negativt bemötande så snart missbruket blev känt. Fördomsfullt bemötande har även upplevts som fördömande attityder och kommentarer. Några av informanterna har upplevt ett nonchalant, nedlåtande bemötande och de har känt att de inte blivit tagna på allvar eller trodda på.

... då var medicin här upp i eh... ja det var ett par dar sen ... och hon säger sen och nästan skriker åt mig att det här borde du ha tänkt på för länge sen och du som mamma borde väl va ett gott föredöme för dina barn och dödö... och tänkt på dom som inte kan få barn. Jag menar det är väl samma sak för en karl... Hon behövde inte ge mig mer ångest än vad jag redan har för att jag har tappat mina barn. Hon behöver inte ställa sig och trampa på mig en extra gång liksom bara för att vi frågar om varför mina fötter är svullna...(1)

... när man har så kraftiga mediciner som jag har att dom tittar ner på en lite dom som inte känner en... Dom tycker att ja, ja, ja... han är dum i huvudet...(4)

... dom vet ju om att man är missbrukare... och då har dom inte så bråttom med en... så är det... det beror på att man är missbrukare... då kommer dom andra i första hand...(8)

4.2.3 Omvårdnadspersonal med kunskapsbrist

Informanterna beskrev att de upplever en kunskapsbrist hos omvårdnadspersonal inom den somatiska vården rörande missbruk och beroendeproblematik. Informanterna menar att det även finns inom den psykiatriska vården men är där inte lika ofta förekommande. Kunskapsbristen visar sig genom, menar informanterna, en inkorrekt behandling och ett oprofessionellt bemötande.

... ja akutpsyk, då är det ju många som alltså som vet väldigt lite, dom vet jättelite, det är jag som har kommit in med Metadon, dom vet ju knappt vad dom ska göra för o få ner mig...(1)

... det enda som var lite problem det var att dom inte hade någon... dom hade väl ingen kunskap om missbruk, så det blev ju lite konflikter där då, jag fick ju tala om för dom att jag kan inte äta vissa mediciner för jag är missbrukare och det blev ju konflikter då är klart... Men det förstår jag ... för dom förstår inte...(2)

... dom är ju livrädda för henne, ja, dom såg inte ens till att jag kom ut ifrån rökrummet först, innan dom hade planerat att gå in och hämta henne... jag fick ju tränga mig ut emellan läkare och dörren... jag hade kunnat blivit ihjälslagen, bara en sådan jävla oprofessionell grej alltså...(10)

4.2.4 Omvårdnadspersonal som visar rädsla

Informanter med blodsmitta beskriver att de blivit bemötta av omvårdnadspersonal som visar rädsla genom att de uppvisar en osäker och negativ attityd genom att ta avstånd från informanten. Informanterna beskriver att detta är något som de känner på sig från första början när de möter denne omvårdnadspersonal och detta påverkar dem på ett negativt sätt och ger en lägre självkänsla.

... jag tycker vi blir sämre bemötta, jag tror det handlar om det här, för det står ju en stor, alla fall vi som har hepatit C och det här då är det ju en gul skylt det första dom ser och hepatit C, narkoman och så ser man ju nästan hur dom backar lite, antingen blir dom rädda eller osäkra på hur dom ska vara mot en och det känner man ju direkt...(1)

... då kan man känna om dom inte hunnit med det här och inte vet att man är missbrukare då är man helt plötsligt vanlig... eller i telefon, första bemötandet innan dom tar personnummer på en och innan dom slår in det...(1)

4.2.5 Oengagerad omvårdnadspersonal

Informanterna beskriver att det finns omvårdnadspersonal som uppvisar ett oengagerat bemötande. Det beskrivs som om omvårdnadspersonalen inte bryr sig om och inte tar sig tid att lyssna till informanterna. Det framkommer även i deras beskrivningar att de upplever omvårdnadspersonalen som ointresserad och som en form av bestraffning inte tittar till patienterna regelbundet.

... när det är... en situation kanske... där man mår speciellt dåligt som man säger så kanske man skulle prata mer med dom ibland ...(6)

... ointresse... dom går som något tåg på räls... här svänger vi inte hur som helst... utan nu gör vi så här, det finns liksom inga marginaler...(7)

... det kan gå timmar utan att dom tittar till en... det hinner hända mycket på dom timmarna... om man verkligen skulle vara jättedålig... är man då själv där inne... nu ligger man ju flera stycken i ett rum... men är man själv där inne då vore det ju ingen som tar hand om en... ibland känns det ungefär så här att här ska dom få för dom har varit dumma... här kan dom få ligga och pinas en stund...(8)

4.2.6 Omvårdnadspersonal som gör skillnad på bemötande

Skillnad på bemötande beskrivs av informanterna som att viss omvårdnadspersonal som har mer eller mindre kännedom om informanten bemöter denne på skilda sätt genom att uppvisa positiva/negativa attityder. Skillnader beskrivs också mellan olika team informanten möter under behandlingen. Rädslan framkommer för att möta ett visst team som uppvisar ett mer fördomsfullt och mindre bra bemötande än andra team.

... min behandlings... vad heter det... behandlingsassistent... det är ju före detta missbrukare själv... och han kan ju liksom lyfta mig framåt, han förstår ju mig och förstorar inte allt så himla mycket, som när jag varit ute och råkat falla och kanske tagit en Stesolid eller gjort någonting, jag menar han river inte upp himmel och jord och tycker oj, oj, oj och... vad hemskt ...(1)

... dom som kommer och delar medicin på medicinvagnen det blir en himla skillnad, det blir ju en himla skillnad för dom ser ju bara negativt det spelar ju ingen roll hur du lägger upp eller om du frågar...(1)

... det är väldigt olika beroende på att den ... ja den personalen som har tjänst just... det kan sänka en direkt ner om man vet att "oh nej jobbar dom här personerna nu...(7)

5. Diskussion

5.1 Huvudresultat

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva hur patienter med missbruks- och beroendeproblem upplever attityder och bemötande från omvårdnadspersonal. Författaren anser att syftet uppnåtts då informanternas upplevelser av attityder och bemötande från omvårdnadspersonal framkommer. Genom den kvalitativa innehållsanalysen framkom två huvudkategorier: *Bra bemötande* och *Mindre bra bemötande*.

Kategorin *Bra bemötande* har framkommit utifrån underkategorierna kompetent omvårdnadspersonal, omvårdnadspersonal som visar omtanke, och omvårdnadspersonal som har ett korrekt bemötande.

Kategorin *Mindre bra bemötande* bildades utifrån underkategorierna oerfaren omvårdnadspersonal, fördomsfull omvårdnadspersonal, omvårdnadspersonal med kunskapsbrist, omvårdnadspersonal som visar rädsla, oengagerad omvårdnadspersonal och omvårdnadspersonal som gör skillnad på bemötande.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visade att informanterna upplevde en skillnad i erfarenhet och kompetens mellan den somatiska och den psykiatriska vården när det gäller missbruks- och beroendeproblematik. Detta är i linje med Willaing och Ladelunds (2005) studie som visar att sjuksköterskorna inom kirurgi hade den sämsta kunskapen om patienter med missbruksproblem. De sjuksköterskor som jobbade på medicinavdelningar hade en medelmåttig kunskap och de inom psykiatrin den största kunskapen. Alla sjuksköterskor, men speciellt de inom kirurgin, behöver mer kunskap om patienter med missbruksproblem för att kunna ge en bättre omvårdnad. Wirbing (2007) menar att det är anmärkningsvärt att det inte finns beroendekunskap som självständigt ämne i grund- eller vidareutbildningen för sjuksköterskor.

Informanterna beskrev hur omvårdnadspersonal som känner till och är väl insatt i informantens problematik, som bryr sig om, som tar sig tid att lyssna samt bistår med stöd och hjälp till personlig omvårdnad skapar trygghet. Det känns viktigt att bli respekterad som en vanlig människa och inte bli bemött av negativa attityder och särbehandlas pga. sitt missbruk.

Foster och Onyeukwu (2003) menar i sin studie att sjuksköterskor inom Rättspsykiatri uppvisade det bästa bemötandet mot patienterna i jämförelse med övriga psykiatriavdelningar. Enligt Raeside (2003) hade de sjuksköterskor som studerat djupare i ämnet drogmissbruk även mindre fördomar mot missbrukaren än de övriga sjuksköterskorna. En studie av Martinez och Murphy Parker (2003) visade att efter en föreläsning, där sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter lyssnade på en före detta missbrukare som berättade om sig själv, blev attityderna mera positiva hos sjuksköterskestudenterna än vad de hade varit innan.

Informanterna beskriver omvårdnadspersonal som uppvisar ett mindre bra bemötande som omvårdnadspersonal som på grund av en kunskapsbrist och oerfarenhet inte ger patienten tid eller visar mindre förståelse för patientens problematik genom fördömande attityder och kommentarer. Det framkommer även att de upplever omvårdnadspersonalen som ointresserad och som en form av bestraffning inte tittar till patienterna regelbundet. Det är anmärkningsvärt att finna att omvårdnadspersonalen inte ser till patienterna vilket innebär en säkerhetsrisk för både patienten själv men även medpatienter. En trygg och säker vård måste utgå från den enskilde vårdtagaren och dennes specifika behov. En god säkerhetskultur är enligt Öhrn (2009) en del av själva organisationskulturen och det som ligger till grund för om en organisation utövar en patientsäker vård.

Informanterna beskriver att de blivit bemötta på ett nonchalant och nedlåtande sätt och känt att de inte blivit tagna på allvar eller trodda på. I en studie av Merrill et al. (2000) beskrivs när drogmissbrukaren eller den före detta drogmissbrukaren kommer in för akut vård eller kirurgiskt ingrepp bemöts han/hon oftast med en skeptisk attityd till om det finns behov att sätta in smärtstillande medel. Tveksamhet råder hos vårdpersonalen om det är verklig smärta eller ett sug efter ruset som drogen ger.

Patienter vill bli respekterade och värdigt bemötta visar en studie av Schröder, Ahlström och Wilde Larsson (2006). Inom psykiatri är det många patienter som upplever en skuld och skamkänsla (Schröder, Ahlström & Wilde Larsson, 2006) och om patienterna inte blir tagna på allvar så kan deras skuld och skamkänslor förstärkas menar Meehan et al. (1996).

Patienternas upplevelse av att inte bli tagen på allvar i denna studie behöver därför uppmärksammas så att personal men även ledningen kan arbeta med förbättringar för patienterna så att patienten får ett värdigt bemötande. I Navarrete och Luis (2004) studie visade det sig att sjuksköterskorna upplevde att patienter med alkoholmissbruk var obehagliga människor och att man hellre vårdade de övriga patienterna i första hand. De ansåg dock att alla människor skulle få lika vård och att de var villiga att ge lika vård som andra patienterna samtidigt som de bekände att de kände likgiltighet inför att ge omvårdnad till dessa.

Skillnad på bemötande beskrivs av informanterna som att viss omvårdnadspersonal har mer eller mindre kännedom om informantens problematik och på grund av detta bemöter denne på skilda sätt genom att uppvisa positiva/negativa attityder. Informanterna beskriver hur de ibland känner en rädsla för viss personal, de upplever att olika team bemöter på helt skilda sätt. I en studie av Lappalainen-Lehto, Seppä och Nordback (2004) visade det sig att det finns brist på kunskap om missbruksproblem inom kirurgin och att en av orsakerna var att det inte fanns tid för att involvera sig dessa patienter.

I resultatet i denna studie framkom att informanter med blodsmitta blivit bemötta av omvårdnadspersonal som visar rädsla och osäkerhet samt uppvisar en negativ attityd genom att ta avstånd från informanten. Detta bekräftas i Surlis och Hyde (2001) och Varas-Diaz, Serrano-Garcia och Toro-Alfonso (2005) studier där författarna fann att personer med blodsmitta kände sig avvisade när de märkte att vårdpersonalen var rädd för dem samt att de inte fick den behandling och uppmärksamhet som de ville ha. Enligt Crilly, Chaboyer och Credey (2004) missbedömer sjuksköterskor lätt vårdbehovet hos missbrukare eftersom de i allmänhet har mycket måttliga kunskaper i drog- och alkoholberoende och har en tendens att styras av olust och reagera med rädsla och osäkerhet inför missbrukspatienter. En annan faktor som gjorde att omvårdnadspersonalen hade svårt med bemötandet och att de ofta kände sig otrygga i mötet med missbrukare var att hot och våld ofta förekommer vid alkohol och drogmissbruk (Crilly, Chaboyer & Credey, 2004).

5.3 Metoddiskussion

För att besvara arbetes syfte har författaren valt en kvalitativ ansats med beskrivande design och datainsamling har skett med hjälp av intervjuer. Fokus i studien har varit patienternas upplevelser. I studien ingick 10 patienter fördelade på 5 män och 5 kvinnor i åldrarna 25 - 60 år med erfarenhet av både frivillig vård och tvångsvård.

De tjänstgörande sjuksköterskorna på den aktuella avdelningen var positiva till att bistå författaren med urvalet av informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Enligt uppgifter från den aktuella missbruksenhetens ledning behandlas fler män än kvinnor för sitt missbruk. Detta gjorde det svårare och tog längre tid att välja ut kvinnliga informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. De 10 informanter som tackade ja till att delta i studien var alla positiva och uttryckte att det kändes bra att få möjlighet att bidra med sina upplevelser av attityder och bemötande från omvårdnadspersonal från den somatiska och den psykiatriska vården.

Intervjuaren/författaren använde sig av en intervjuguide (bilaga 7). Intervjuguiden följdes på ett grundligt sätt och följdfrågor ställdes vid behov. Under intervjuerna märktes inga svårigheter att få informanterna att berätta utifrån varje ställd fråga. Tidsåtgången för varje intervju har varit mellan ca 10-60 minuter. Trots att antalet intervjuer endast var 10 stycken insamlades ett rikligt material som anses öka giltigheten. Intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Vad gäller resultatets *trovärdighet* vid en kvalitativ innehållsanalys talas det inte om validitet, reliabilitet och generaliserbarhet utan istället om *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet*. Det är därför viktigt att öppet redovisa metoden och hur datainsamling och kategoriseringen har skett (Graneheim & Lundman, 2008).

Författaren anser att resultatet från intervjuerna utmynnade i en bred svarsvariation genom att välja informanter med olika kön, åldrar och erfarenheter. På grund av detta så ökade möjligheterna att få fram olika vinklingar som ökade studiens giltighet. I resultatet har underkategorierna styrks med citat från intervjuerna för att öka trovärdigheten. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan tillförlitligheten och trovärdigheten ökas genom att diskutera sitt material med forskarkollegor. Under arbetet

med denna studie har en handledare och två kollegor med erfarenhet av psykiatri varit behjälpliga med bedömning av mitt material. Handledaren och de två kollegorna har läst intervjuer samt följt analysprocessen och gett feedback.

Överförbarhet innebär i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra miljöer och grupper. Genom att beskriva urvalskriterierna, datainsamlingsmetoden och analysprocessen hoppas författaren att överförbarheten ska öka. Resultatet kan användas inom alla olika områden inom vården eftersom patienter med missbruksproblematik förekommer överallt. Resultatet har presenterats i två tydliga kategorier, underkategorier samt styrkts med citat med förhoppningen att öka överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2008).

5.4 Allmän diskussion

Det har visat sig att införandet av speciella utbildningsprogram om drogmissbruk, resulterat i att en bättre omvårdnad ges till patienter med alkohol- eller drogberoende. En bredare kunskap hos sjuksköterskan påverkar omvårdnaden om drogmissbrukaren i en positiv riktning (Happell, Carta & Pinikahana, 2002). Att som sjuksköterska känna att man har god kunskap är ytterst viktigt och detta påverkar ofta en sjuksköterskas självkänsla. Detta leder också till en trygghet och säkerhet som påverkar patienterna på ett positivt sätt.

Tidigare forskning där patienten tillfrågas om sin upplevelse av attityder och bemötande från omvårdnadspersonal har varit svår att finna och är i det närmaste obefintlig. Den forskning författaren har funnit utgår framför allt från omvårdnadspersonalens perspektiv och resultaten visar att negativa attityder och ett mindre bra bemötande dominerar. Howard och Chung (2000) har undersökt olika studier som har gjorts om sjuksköterskors attityd gentemot alkohol och drogmissbrukare, samt hur denna attityd har förändrats under 30 års tid, räknat från år 1970. I resultatet av denna metaanalys framgår att acceptansen gentemot drogmissbruk har ökat, men att stora minoritetsgrupper av sjuksköterskor fortfarande anser att drogmissbrukare generellt beter sig på ett felaktigt och omoraliskt sätt gentemot sin omgivning. Denna negativa attityd hos vissa av

sjuksköterskorna kan resultera i att drogmissbrukare som patienter inte får en effektiv vård och behandling mot sitt missbruk, eller någon annan åkomma de lider av (Howard & Chung, 2000).

I föreliggande studie framkommer att informanterna upplever en kunskapsbrist hos omvårdnadspersonal rörande missbruks- och beroendeproblematik och att detta speglas i de attityder och bemötande som uppvisas. I flera studier (Navarrete & Luis, 2004; Raeside, 2003) påvisades att sjuksköterskorna ansåg att de inte hade tillräckligt bred kunskap om missbruksproblem. Sjuksköterskorna tyckte att det var svårt att samtala med patienterna om alkohol och droger eftersom att det var för privata angelägenheter för patienten, samtidigt som att de ansåg att deras yrkesgrupp hade särskilt goda möjligheter att främja en bättre hälsa och levnadssituation. Pillon och Laranjeira (2005) menar att om sjuksköterskan hade mera kunskap och kunde se patientens med en helhetssyn istället för att bara se missbruket så skulle patienten få en mycket bättre omvårdnad. Det brister i förmågan att se helheten i om hur både det fysiska och psykiska måendet är för patienten samt hur familjesituationen och det sociala livet fungerar. Patienterna själva upplever även att fokuseringen ofta läggs på enbart på missbruket och att deras övriga psykiska och fysiska mående glöms bort (Taggart et al., 2007).

5.5 Klinisk betydelse

I resultatet har författaren kommit fram till att en attitydförändring och mer kunskap behövs. För att kunna förändra attityderna måste man först bli medveten om hur det ser ut på arbetsplatserna idag. Denna studie påvisar att patienter med missbruks- och beroendeproblematik beskriver en upplevelse av kunskapsbrist hos omvårdnadspersonal som leder till ett mindre bra bemötande. Detta arbete kan förhoppningsvis vara en del i att göra arbetsplatserna medvetna om detta och så ett frö till framtida förändring. Författaren anser att detta ämne är viktigt att belysa för att ge möjlighet till vidareutbildning till omvårdnadspersonal som redan nu arbetar inom vården för att kunna bemöta och ge en god omvårdnad till denna patientgrupp. En annan viktig aspekt är att utbildning rörande missbruk och beroende skall finnas med i läroplanen, i högre grad än vad det finns i dag, för studenter

som skall arbeta inom sjukvården för att öka vårdkvaliteten. Det behövs mer forskning kring patienter med missbruks- och beroendeproblematiks upplevelse av attityder och bemötande av omvårdnadspersonal. Ett framtida arbete som undersöker patienternas upplevelse av attityder och bemötande av omvårdnadspersonal utifrån ett genusperspektiv skulle vara av värde.

Slutsats

Resultatet visade att de intervjuade haft både negativa och positiva upplevelser av attityder och bemötande av omvårdnadspersonal. Slutsatsen är dock att det negativa, fördomsfulla bemötandet övervägde. De intervjuade upplevde också att det råder en stor brist på kunskap om missbruks- och beroendeproblematik inom sjukvården samt att yngre, nyutbildad omvårdnadspersonal uppvisar fler fördomsfulla attityder och bemöter på ett sämre sätt än äldre, erfaren omvårdnadspersonal gör. Detta är viktigt för omvårdnadspersonalen och ledningen att få information och kunskap om i syfte att förbättra vårdens kvalitet så att patienterna får ett gott bemötande

Referenser

Agerberg M.(2004). *Kidnappad hjärna*. Lund: Studentlitteratur.

Alna.se [elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.alna.se/>> [läst 2010-04-17]

Brooker, C., Peters, J., McCabe, C. & Short, N. (1999). The views of nurses to the conduct of a randomised controlled trial of problem drinkers in an accident and emergency department. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 36, ss.33-39.

CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning, (A).
[elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1497>> [läst 2010-03-26]

CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotika upplysning, (B).
[elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.can.se/Drogfakta/Blandmissbruk>>
[läst 2010-03-26]

Crilly, J., Chaboyer, W. & Creedy, D. (2004) Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* vol. 12:2, ss.67-73

Cullberg Weston, M. (2008). *Från skam till självrespekt*. Stockholm: Natur och Kultur

Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2000) *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskapen*. Lund: Studentlitteratur.

Fingeld, D. (2004) Empowerment of Individuals With Enduring Mental Health Problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*, vol. 27:1, ss.44-52.

Foster, J. & Onyeukwu C. (2003) The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 10:5, ss.578-584.

Giddens, A. (2003). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur

Grafham, E., Matheson, C. & Bond, C. (2004). Specialist drug misuse nurse's motivation, clinical decision-making and professional communication: an exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol.11:6, ss.690-697.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I

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

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, vol. 24:2, ss.105-112.

Hansson, L. & Björkman, T. (2005) Empowerment in people with a mental illness: Reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 19:1, ss.32-38.

Happell, B., Carta, B. & Pinikahana, J. (2002). Nurses knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences*, vol. 4:4, ss.193-200.

Howard, M & Chung, S (2000) Nurses attitudes toward substance misusers. I. Surveys. *Substance use & misuse*, vol. 35:3, ss.347-365.

Hydén, L.C. (2001). *Att bemöta och bemötas*. I *Utan fast punkt* (2001). Stockholm: Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdslagen. [elektronisk] Tillgänglig:

<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>>

[läst 2010-04-30]

Jahren Kristoffersen, N. & Nordvent, F. (2005). *Relationen mellan sjuksköterska och patient*. I Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.), *Grundläggande omvårdnad: Del 1*. Stockholm: Liber.

Jakobsson A., Hensing G. & Spak F. (2008) The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. vol. 22:2, ss.196-202.

Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och kultur.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000) Power and empowerment in nursing: Three Theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31:1 ss.235-241.

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

Lagen om psykiatrisk tvångsvård. [elektronisk] Tillgänglig:

<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:1128>>

[läst 2010-04-30]

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall. [elektronisk] Tillgänglig:

<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1988%3a870>>

[läst 2010-04-30]

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga. [elektronisk] Tillgänglig:

<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1990:52>>

[läst 2010-04-30]

Lappalainen-Lehto, R., Seppä, K. & Nordback, I. (2005). Cutting down substance abuse-present state and visions among surgeons and nurses: *Addictive Behaviors* vol. 30:5, ss.1013-1018

Leissner, T. & Hedin U.(red) (2002). *Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjourner och Bruno AB.

Levine H.G. (1978). The discovery of addiction: Changing conceptions in habitual drunkenness in America. *Journal of studies on Alcohol*, vol. 15 ss.493-506.

Marcellus M. (2007). Looking Back and Thinking Ahead about Substance Misuse: Fifty Years of Practice in the Canadian Nurse. *Journal of Addiction Nursing*, vol. 18:3, ss.123-129.

Martinez, R.J. & Murphy Parker, D. (2003). Examining the Relationship of Addiction Education and Beliefs of Nursing Students Towards Persons with Alcohol Problems. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 17:4, ss.156 – 164.

Meehan, W., O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J., Morrison, A. & Acampora, A. (1996). Guilt, Shame, and Depression in Clients in Recovery from Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 28:2, ss.125-134.

Merrill, O., Rhodes, A., Deyo, A. & Marlatt, A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users. *Journal of general internal medicine*, vol. 17:5, ss.327-329.

Nationalencyklopedin (2010a). [elektronisk] Tillgänglig:
<<http://www.ne.se/droger>> [läst 2010-04-30]

Nationalencyklopedin (2010b). [elektronisk] Tillgänglig:
<<http://www.ne.se/missbruk>> [läst 2010-04-30]

Nationalencyklopedin (2010c). [elektronisk] Tillgänglig:
<<http://www.ne.se/artikel/1144734/1144734>> [läst 2010-04-30]

Nationalencyklopedin (2010d). [elektronisk] Tillgänglig:
<<http://www.ne.se/artikel/1127970/1127970>> [läst 2010-04-30]

Navarrete P.R. & Luis M.A.(2004).Clinical nurses attitude towards alcoholic patients *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. vol. 12: Spec No, ss.420-426.

O'dell, T. (2002). *Upplevelsens materialitet*, Studentlitteratur, Lund
Pillon, S.C. & Laranjeira R. (2005). Formal education and nurses attitudes toward alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Medical Journal*, vol.123:4, ss.175-80.

Pine, B.J. II & Gilmore J.H. (2000). Satisfaction, sacrifice, surprise: three small steps create one giant leap into the experience economy. *Strategy & Leadership*, vol.28:1, ss.18-23.

Pinikahana, J., Happell, B. & Carta B. (2002). Mental health professionals' attitudes to drug and substance abuse. *Nursing and Health Sciences*, vol.4:3, ss.57-62.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Praktisk medicin [elektroniskt] Tillgänglig:
<<http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=64&code=24067>>
[läst 2010-04-30]

Raeside, L. (2003) Attitudes of staff towards mothers affected by substance abuse. *British journal of nursing*, vol.12:5 ss.302-10.

SBU-Rapport [elektroniskt] Tillgänglig: <
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/alkohol_2001/alkoholfu
ll.html](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/alkohol_2001/alkoholfu
ll.html)>[läst 2010-04-30]

Schröder, A., Ahlström, G. & Wilde Larsson, B. (2006) Psychiatric patient's perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, vol.15, ss.93-102.

Schröder, A., Wilde Larsson, B. & Ahlström, G. (2007) Quality in Psychiatric Care: an instrument evaluating patients' expectations experiences. *International Journal of Health Care Quality*, vol. 20:2, ss.141-60.

Siegfried, N., Ferguson, J., Cleary, M., Walter, G. & Rey, J. (1999). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding patients' problematic drug and alcohol use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33:2, ss.267-273.

Socialtjänstlagen. [elektronisk] Tillgänglig:
<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453>>
[läst 2010-04-30]

Socialstyrelsen (2007). [elektronisk] Tillgänglig: <
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>>[läst 2010-04-30]

Socialstyrelsen (2009). [elektronisk] Tillgänglig: <
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf>[läst 2010-04-30]

Surlis, S. & Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 12:6, ss.68-77.

Svensson, B. & Hansson, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. The influence of personality traits, diagnosis perceived coercion. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 90:5 ss.379-84.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. & McFarlane, C. (2007) Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs: *Health and Social Care in the Community*, vol. 15:4, ss.360-368.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Varas-Diaz, N., Serrano-Garcia, I. & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative health research*, vol. 15:2, ss.169-187.

Vargas, D. & Luis, M. A. V. (2008). Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: Conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, vol. 16: Spec No, ss.543-550.

Willaing I. & Ladelund S. (2005). Nurse Counseling of Patients With an Overconsumption of Alcohol. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 37:1 ss.30-35.

Wirbing, P. (2007). I Forslind, E. (2007). Missbrukare avled i arresten. *Vårdfacket*. [elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.vardfacket.se/Vanstermeny/Senaste-numret/Artikelarkivet/-2007-/Missbrukare-avled-i-arresten/>> [läst 2010-04-30]

Vård i Norden (2005). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. [elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.vardinorden.org/ssn/etik.pdf>> [läst 2010-04-30]

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I Ehrenberg, A. & Wallin L. (red.),
Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling (1:a uppl.) (s. 371-401).

Lund: Studentlitteratur

Örebro läns landsting, Riktlinjer för psykiatrisk vård och behandling (2006).

[elektronisk] Tillgänglig: <<http://www.orebroll.se/Files->

[sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20](http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20)

[h%C3%A4lsa/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdpaxis/Dok](http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20)

[ument/Psykiatri,%20beroendesjukd/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20psykiatris](http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20)

[k%20v%C3%A5rd%20och%20behandling%2020060515.pdf](http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20)>

[läst 2010-04-30]

Till enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterskor på Beroendecentrums vårdavdelning

Mitt namn är Yvonne Ahlén Hansson och jag studerar till specialistsjuksköterska inom psykiatri på Högskolan i Gävle. I utbildningen ingår det att skriva ett examensarbete på magisternivå omfattande 15 högskolepoäng. Jag är intresserad av att göra en kvalitativ intervjustudie som syftar till att beskriva hur kvinnor och män med missbruksproblem upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder.

Jag önskar intervju ca 10 ineliggande patienter på Beroendecentrums slutenvårdsavdelning. Urvalet är 5 kvinnor och 5 män i åldrarna 25-60 år som har minst 5 vårdtillfällen. Intervjuerna kommer att spelas in på bandspelare. Det inspelade bandet kommer att skrivas ut och alla uppgifter som kan identifiera patienterna och verksamheten kommer tas bort och behandlas med sekretess. De inspelade banden och utskrifterna förvaras i låst utrymme under den tid jag inte arbetar aktivt med dem och ingen obehörig har tillgång till dessa band och utskrifter.

Deltagandet i studien är frivilligt och medverkan kan avbrytas utan krav på förklaringar. Intervjuerna är tänkta att utföras på kliniken om det finns möjlighet till det. Jag önskar att ni som enhetschefer eller sjuksköterskorna som tjänstgör på avdelningen gör urvalet av patienter.

Inom 2-4 dagar kommer jag att via telefon ta kontakt med tjänstgörande enhetschef eller sjuksköterska på vårdavdelningen för att berätta mer om undersökningen, svara på frågor samt efterhöra svar på mitt önskemål om hjälp med urvalet av patienter.

Tillstånd för att utföra intervjustudien har beviljats av verksamhetschefen (bilaga 5).

Med vänliga hälsningar

Yvonne Ahlén Hansson leg. sjuksköterska

Tel. arbete 0581-85038, mobil. 070-6654878

Mail: yvonne_ahlen@hotmail.com

Till**Örebro datum**

Härmed inbjuds Du och andra som vårdats på Beroendecentrumets slutenvårdsavdelning, Örebro att delta i en undersökning. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas vid vilken tidpunkt som helst utan påverkan på din nuvarande eller kommande vård och behandling.

Syftet med undersökningen är att beskriva hur kvinnor och män med missbruksproblem upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder. Tillstånd för undersökningen har givits av klinikens verksamhetschef.

Undersökningen kommer att utgöras av en intervju som kommer att utföras av undertecknad sjuksköterska och kommer att äga rum i ett samtalsrum på sjukhuset. Intervjuerna kommer att spelas in på bandspelare och beräknad tidsåtgång för varje intervju är ca 30-60 minuter. De inspelade banden kommer att skrivas ut och alla uppgifter kommer att behandlas helt konfidentiellt och med sekretess. Resultatet från undersökningen kommer att redovisas skriftligt i en uppsats vid Högskolan Gävle där inga uppgifter kommer att kunna identifieras till någon person. Du kommer att vara helt anonym bortsett från mig.

Om Du är intresserad och vill veta mer om undersökningen kan du lämna ditt namn och telefonnummer till avdelningens sjuksköterska så förmedlar hon/han det till mig. Inom 2-4 dagar kommer jag att ringa Dig för att berätta mer om undersökningen, svara på frågor och tillfråga Dig om Din medverkan.

Med vänliga hälsningar

Yvonne Ahlén Hansson leg. sjuksköterska

Studerar till specialistsjuksköterska i psykiatri vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle.

Tel. 0581-850 38 arbetsplats yvonne.ahlen-hansson@orebroll.se

Agneta Schröder (handledare) leg. sjuksköterska, Med. dr., forskare.

agneta.schroder@orebroll.se

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

***Till verksamhetschef Tommy Strandberg
vid Beroendecentrum, Universitetssjukhuset Örebro-----
klinik, sjukhus, vårdenhet***

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

Under min verksamhetsförlagda utbildning på Beroendecentrums slutenvårdsavdelning träffade jag både kvinnliga och manliga missbrukare. Min upplevelse var att de flesta av kvinnorna kände mer skuld och skam över sitt missbruk och hade en sämre självbild än männen. Varför är det så? Kan det bero på att vi som omvårdnadspersonal bemöter missbrukande kvinnor respektive missbrukande män på olika sätt? Varför gör vi det i så fall? Vilka attityder förmedlar vi som omvårdnadspersonal i mötet med missbrukare?

Frågeställning

- Hur upplever de missbrukande kvinnorna respektive männen att de blivit bemötta av omvårdnadspersonal?
- Vilka attityder förmedlar omvårdnadspersonalen gentemot missbrukande kvinnor respektive män?

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur missbrukande kvinnor och män upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder.

Metod

Jag har tänkt använda mig av kvalitativ metod och datainsamling med hjälp av intervjuer. Focus i studien är patienternas upplevelser och den kvalitativa forskningsintervjun är en metod som lämpar sig väl då nyanserade beskrivningar av den intervjuades livsvärld och beskrivningar av specifika situationer och/eller handlingar eftersträvas (Kvale, 1997). Intervjuerna kommer därefter att analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Polit & Beck, 2004).

Urval

Kriterier för urval av intervjupersoner: män och kvinnor i åldrarna 25 - 60 år. De skall ha minst 5 vårdtillfällen på Beroendecentrums-slutenvårdsavdelning.

Etiska aspekter

Konfidentialitet i forskning är mycket viktigt och intervjupersonerna kommer att informeras om detta via det informationsbrev de kommer att få innan intervjuerna genomförs (bilaga 1).

Intervjupersonerna kommer att informeras muntligt och skriftligt, om att deltagandet i undersökningen är frivilligt och att de kan avbryta deltagandet när som helst. Varje intervjuperson kommer att få skriva under ett skriftligt samtycke till att delta i studien (bilaga 2). Intervjupersonernas identitet kommer att skyddas genom aidentifiering av data.

Studerandes namn

Handledares namn

Agneta Schneider

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef

Referenser

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

Polit, D.F., & Beck, C.T., (2004). *Nursing research. Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Willam & Wilkins.

Till

Lindesberg 081113

Verksamhetschef Tommy Strandberg

Beroendecentrum

Universitetssjukhuset

701 85 Örebro

Mitt namn är Yvonne Ahlén Hansson. Jag arbetar som sjuksköterska på psykiatriska kliniken i Lindesberg och studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet på Institutionen för vårdvetenskap och sociologi vid Högskolan i Gävle. I utbildningen ingår det att skriva ett examensarbete på magisternivå omfattande 15 högskolepoäng varför jag nu inkommer med en anhållan om tillstånd att utföra en intervjustudie på Beroendecentrums slutenvårdsavdelning. Min handledare är Agneta Schröder, legitimerad sjuksköterska, Med. dr., forskare, Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro.

Vid eventuella frågor går det bra att kontakta mig på telefon 070-665 48 78 eller via min e-mail yvonne.ahlen-hansson@orebroll.se

Med vänliga hälsningar

Yvonne Ahlén Hansson

Mejerigatan 17

71134 Lindesberg

Skriftligt samtycke till att delta i intervju angående omvårdnadspersonalens bemötande och attityder gentemot män och kvinnor med missbruksproblematik.

Jag har tagit del av den muntliga och skriftliga informationen angående studien som syftar till att beskriva hur missbrukande kvinnor och män upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder. Jag ger mitt samtycke till att delta i en intervju där resultatet från undersökningen kommer att presenteras i en uppsats på magisternivå vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi vid Högskolan Gävle. Jag ger också mitt samtycke till att detta samtal spelas in på band. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Datum

.....

Intervjupersonens namn

.....

Intervjupersonens namnunderskrift

.....

Yvonne Ahlén Hansson leg. Sjuksköterska

Studerar till specialistsjuksköterska i psykiatri vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi vid Högskolan Gävle.

Till verksamhetschef Tommy Strandberg

vid Beroendecentrum, Universitetssjukhuset Örebro-----
klirik, sjukhus, vårdenhet

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

Under min verksamhetsförlagda utbildning på Beroendecentrums slutenvårdsavdelning träffade jag både kvinnliga och manliga missbrukare. Min upplevelse var att de flesta av kvinnorna kände mer skuld och skam över sitt missbruk och hade en sämre självbild än männen. Varför är det så? Kan det bero på att vi som omvårdnadspersonal bemöter missbrukande kvinnor respektive missbrukande män på olika sätt? Varför gör vi det i så fall? Vilka attityder förmedlar vi som omvårdnadspersonal i mötet med missbrukare?

Frågeställning

- Hur upplever de missbrukande kvinnorna respektive männen att de blivit bemötta av omvårdnadspersonal?
- Vilka attityder förmedlar omvårdnadspersonalen gentemot missbrukande kvinnor respektive män?

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur missbrukande kvinnor och män upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder.

Metod

Jag har tänkt använda mig av kvalitativ metod och datainsamling med hjälp av intervjuer. Focus i studien är patienternas upplevelser och den kvalitativa forskningsintervjun är en metod som lämpar sig väl då nyanserade beskrivningar av den intervjuades livsvärld och beskrivningar av specifika situationer och/eller handlingar eftersträvas (Kvale, 1997). Intervjuerna kommer därefter att analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Polit & Beck, 2004).

Urval

Kriterier för urval av intervjupersoner: män och kvinnor i åldrarna 25 - 60 år. De skall ha minst 5 vårdtillfällen på Beroendecentrums slutenvårdsavdelning.

Etiska aspekter

Konfidentialitet i forskning är mycket viktigt och intervjupersonerna kommer att informeras om detta via det informationsbrev de kommer att få innan intervjuerna genomförs (bilaga 1).

Intervjupersonerna kommer att informeras muntligt och skriftligt, om att deltagandet i undersökningen är frivilligt och att de kan avbryta deltagandet när som helst. Varje intervjuperson kommer att få skriva under ett skriftligt samtycke till att delta i studien (bilaga 2). Intervjupersonernas identitet kommer att skyddas genom avidentifiering av data.

Studerandes namn

Yvonne Albin Hauwron

Handledares namn

Agneta Schuster

Tillstånd erhålles

 Ja NejÖrebro 2009-01-21

Ort och datum

Verksamhetschef

Tommy Strandberg

Verksamhetschef

Beroendecentrum

i Örebro Län

Till

Bilaga 6

Yvonne Ahlén Hansson
2009-03-16

Forskningsrådet vid HiG har nu behandlat din ansökan av uppsatsen "Patienters upplevelser av omvårdnadspersonalens bemötande inom beroendevården"

Nedan följer vår bedömning:

Din ansökan är välskriven och genomtänkt.

Vi i Forskningsetiska rådet har endast några synpunkter som vi vill att du ska beakta och ändra.

A. Synpunkter på följebrev

Fullfölj meningen "Du kommer att vara helt anonym bortsett från mig" med "som du träffar vid intervjun".

Ändra sista meningen till: "...och tillfråga Dig om Du vill medverka." (mindre tvingande)

Lägg till, på lämplig plats, att deras beslut om att delta eller inte, inte kommer att påverka den fortsatta vården.

B. Övriga synpunkter

Frågeställning 2 - De är väl missbrukarens upplevelse/uppfattning av omvårdnadspersonalens attityder du är ute efter? Det framgår inte i frågeställningen.

Diskutera med din handledare hur din egen eventuella relation till deltagarna kan påverka din studie.

Diskutera och ändra ovanstående.

Du behöver inte skicka in ändringarna till oss.

Vi önskar dig lycka till med studien!

Vänliga hälsningar från Forskningsetiska rådet vid HiG
genom Ingela Enmarker (ier@hig.se)

Bilaga 7

Syftet med undersökningen är att beskriva hur kvinnor och män med missbruksproblem upplever omvårdnadspersonalens bemötande och attityder.

Med omvårdnadspersonal menas här sjuksköterskor skötare och behandlingsassistenter.

1. Hur upplever du att du blivit bemött av omvårdnadspersonal i dina kontakter med sjukvården i allmänhet? t.ex. på akut mottagning, vårdcentral, eller inom psykiatri och/eller beroendevård.
2. Vilka attityder upplever du att omvårdnadspersonalen inom sjukvården i allmänhet förmedlar?
3. Upplever du att det är skillnad på omvårdnadspersonalens bemötande och attityder beroende på var inom sjukvården du sökt vård? t.ex. på akut mottagning, vårdcentral, eller inom psykiatri och/eller beroendevård.
Om ja, förklara, berätta, på vilket sätt.....,
4. Upplever du att det är någon skillnad i bemötandet och förmedlandet av attityder mellan olika personalkategorier av omvårdnadspersonal?
Om ja, förklara, berätta, på vilket sätt.....,
5. Är det något som du vill tillägga?