

# **Patientens upplevelse av vården på en låst missbruksavdelning.**

<b>FÖRFATTARE</b>	Silvana Olausson Ing-Marie Siljegovic
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete II  OM 1650  VT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 hp
<b>HANDLEDARE</b>	Leeni Berntsson
<b>EXAMINATOR</b>	Barbro Robertsson

## **Förord**

Vi vill tacka Leeni Berntsson som har väglett och gett god guidning under arbetets gång. Genom dina goda tips och ditt stora engagemang har resultatet växt fram. Din kunskap och din konstruktiva kritik har inspirerat och gett oss struktur. Med milt tålamod har vi lotsats framåt, genom alla hinder och till slut nått målet.

<b>Titel:</b>	Patientens upplevelse av vården på en låst missbruksavdelning.
<b>Title:</b>	Patient´s experience of being treated in a locked addiction nursing ward.
<b>Arbetets art:</b>	Självständigt arbete – fördjupningsnivå II
<b>Fristående kurs/kurskod:</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete II OM1650
<b>Arbetets omfattning:</b>	15 hp
<b>Sidantal:</b>	30 sidor
<b>Författare:</b>	Silvana Olausson, Ing-marie Siljegovic Leg. Sjuksköterska, Leg. Sjuksköterska Specialistpsykiatrisjuksköterskor Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Område 2 Östra e-post. Silvana.olausson@vgregion.se e-post. Ing-marie.siljegovic@vgregion.se
<b>Handledare:</b>	Leeni Berntsson
<b>Examinator:</b>	Barbro Robertsson

## ABSTRAKT

I Sverige finns ett ökande problem när det gäller missbruket av alkohol och/eller andra droger och det finns ett klart samband mellan missbruk och psykisk ohälsa. Samsjuklighet är av multifaktoriell karaktär och samhällets stigmatisering genererar ett stort lidande och i många fall social utslagning. Sjukvården och socialtjänsten förväntas samarbeta, men samhällets begränsade resurser och bristen på kunskap, gör att patienter med samsjuklighet ofta faller mellan stolarna. Syftet med studien är att undersöka hur patienter med samsjuklighet upplever vården på en låst missbruksavdelning. Urval: 12-15 patienter väljs ut i samråd med en sjuksköterska på en låst missbruksavdelning inom Västra Götalandsregionen. Följande kriterier kommer att tillämpas: 1) de intervjuade skall vara frivilligt vårdade, 2) ha en uttalad vilja att få berätta om sina upplevelser av vården, 3) ha varit vårdade minst två gånger tidigare. 12-15 bandade intervjuer genomförs på avdelningen. Intervjun startar med öppen fråga: ”Kan du berätta hur du upplever vården på avdelningen?” Fyra patienter intervjuades i en pilotstudie. En kvalitativ innehållsanalys användes. I resultatet framkom sex teman: Att visa respekt, att känna självförakt, att bli sedd och lyssnad på, att känna stöd och trygghet, att få uppföljning och kontinuitet, att känna hopp. I diskussionen tas det upp att det krävs specifik kunskap, för att arbeta inom missbrukarvården och en människosyn, som motverkar samhällets stigmatisering, samt stärker patientens tro på den egna personen. Det starka medicinska paradigmet gör att helhetsperspektivet i omvårdnaden ofta faller bort, men ett paradigmskifte håller långsamt på att utbreda sig. Slutsatsen av studien blir att om patienten har känslan av att bli sedd och lyssnad på, så ökas motivationen till att ta emot den hjälp som erbjuds, vilket i förlängningen skulle kunna leda till färre återfall i missbruket.

### Key words

Samsjuklighet, stigmatisering, helhetsperspektiv, specifik kunskap.

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>HELHETSPERSPEKTIV</b> .....	<b>1</b>
Begreppet Lidande .....	3
Begreppet Stigma .....	3
<b>ALKOHOL/DROGER I ETT SAMHÄLLSPERSPEKTIV</b> .....	<b>4</b>
Historik.....	5
Missbruk/beroende.....	5
Samsjuklighet .....	6
Beroendevården.....	8
Sammanfattning av alkohol/droger i ett samhällsperspektiv .....	8
<b>TIDIGARE STUDIER</b> .....	<b>8</b>
Vården ur ett sjuksköterskeperspektiv .....	9
Vården ur ett patientperspektiv.....	11
Miljöaspekter inom vården .....	13
Sammanfattning av tidigare studier .....	13
<b>SYFTE</b> .....	<b>14</b>
<b>METOD</b> .....	<b>14</b>
Urval av datainsamling .....	14
Dataanalys.....	15
<b>ETISKA ASPEKTER</b> .....	<b>15</b>
ICN's etiska kod för sjuksköterskor.....	15
Principen om autonomi.....	16
Principen om att göra gott.....	16
Principen av att inte skada .....	16
Principen om rättvisa.....	16
<b>GENOMFÖRANDE AV PILOTSTUDIE</b> .....	<b>17</b>
Metod.....	17
Urval och datainsamling.....	17
Dataanalys.....	18
<b>RESULTAT AV PILOTSTUDIE<sup>1</sup></b> .....	<b>18</b>
Att känna sig respekterad.....	18
Att känna självförakt .....	19
Att bli sedd och lyssnad på .....	19
Att känna stöd och trygghet .....	20
Att få uppföljning och kontinuitet .....	21
Att känna hopp .....	21
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>24</b>
<b>METODDISKUSSION</b> .....	<b>24</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>29</b>
<b>BILAGA 1 Patientinformation</b>	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Att arbeta på en slutenvårdsavdelning inom beroendevården innebär att möta patienter, som av många anses befinna sig längst ner i samhällshierarkin. Undersökningar visar att det i Sverige finns ett ökande problem när det gäller missbruket av alkohol och/eller andra droger och att de samhällsekonomiska kostnaderna är mycket höga (1). Det som tidigare kallades för dubbeldiagnoser har idag fått ändra beteckning till samsjuklighet, då det har uppmärksammats att patienternas problem är av multifaktoriell karaktär. Det finns ett klart samband mellan missbruk och psykisk ohälsa, men det finns också en omvänd problematik, psykisk ohälsa genererar oftare ett missbruk, jämfört med befolkningen i övrigt. Många olika diagnoser samtidigt förstärker varandra och ger svårare problematik än om de hade uppträtt enskilt (2). Inom slutenvården förekommer även det svåra mänskliga lidande som samsjuklighet innebär. Patienterna är ofta märkta av missbruket, både fysiskt och psykiskt. Samhällets stigmatisering gör att de hålls kvar i en avvikande roll, vilket i sin tur gör det svårt att leva upp till samhällets förväntningar och sociala normer (3). Som sjuksköterska är den ständiga känslan att det inte görs tillräckligt för just den här patientgruppen.

Enligt folkhälsorapporten (4) finns det inga studier i Sverige som visar hur omfattande förekomsten av samsjuklighet är, men i en amerikansk studie visade det sig att det var mer än två gånger vanligare med en ångest eller depressionsproblematik. Många patienter befinner sig i en situation där de har förlorat familj, bostad och arbete. Behandlingen kräver samordning och det finns empiriskt stöd för att det mest kostnadseffektiva är att olika myndigheter samarbetar (2). Erfarenheten är att patienterna ideligen hamnar mellan stolarna och att resurserna är mycket begränsade. Det som efterfrågas kan inte alltid tillgodoses, t ex behandlingshem eller ett drogfritt boende. Många återfaller gång på gång. De skrivs ut för några dagar eller veckor och återkommer snart för en ny vårdperiod. Svårigheten är att komma fram till hur behoven bättre skulle kunna tillgodoses utifrån ett helhetsperspektiv.

Den fysiska och psykosociala miljön är viktig för att kunna ta till sig vården. En god miljö är också ett bevis på respekt för det mänskliga värdet. Att utveckla en miljö som ger en möjlighet till gemenskap, socialt stöd och träning i problemlösning är en viktig uppgift för all psykiatrisk verksamhet (3). Inom slutenvården förekommer det att en del patienter får dela rum och det råder en stor brist på stimulerande aktiviteter. På en del avdelningar saknas det sjukgymnast, psykolog och arbetsterapeut och frågan är om patienter med samsjuklighet har färre behov jämfört med andra patientgrupper? Som sjuksköterska undrar man hur vården skulle kunna utvecklas utifrån patientens egen upplevelse?

## HELHETSPERSPEKTIV

Syftet med omvårdnadsforskning är att bidra till en mänsklig och helhetsinriktad omvårdnad, genom en ökad förståelse för människan och hennes erfarenhetsmässiga strävan att förstå meningen med den aktuella livssituationen. Den mänskliga utvecklingen kan förklaras som en oändlig kedja av interaktioner

och dess utveckling är kopplad till den motsättning som finns i dess mentala väsen, såsom tankar, känslor, empatier och uppfattningsförmåga (5).

Helhetssynen på människan utgör grunden för vårdvetenskapen. Trots att hälsotillståndet kan koncentreras till någon enskild del av kroppen, bör vårdprocessen byggas på en helhetssyn, som innebär att människan är både kropp, själ och ande. Respekt och vördnad för den unika människan är grunden i all humanistisk vård. Relationen bygger på en tilltro till människans egna resurser. Den lidande människan har behov av att någon vågar möta lidandet och ge av sig själv (6). Alla som arbetar inom vården borde omfattas av det holistiska tänkandet. Det finns ingen given helhet utan helheten är beroende av den aktuella situationen och den patient som är inblandad. Sjuksköterskor i vården har ett specifikt kompetensområde att arbeta professionellt utifrån. Det är viktigt att med den helhetssyn som utmärker omvårdnadsområdet göra en gränsdragning gentemot andra vetenskaper och perspektiv och lägga tyngdpunkten på den egna specialiteten. Risken är annars, att i strävan efter ett helhetsperspektiv, inte ha förmågan att se patientens behov utifrån det egna kompetensområdet (7).

Enligt Barbosa da Silva (8) grundar sig en endimensionell människosyn på att människan är kvantifierbar och mätbar och endast summan av sina delar. Vid en ensidig tillämpning av den biomedicinska modellen utesluts alla tvärvetenskapliga discipliner, vilket innebär att ingen hänsyn tas till patientens sjukdomsupplevelse. Människan ses som en skadad motor som är i behov av reparation. Här uppstår det en jag-det-relation mellan vårdpersonal och patient, detta kan leda till att patientens förmåga att påverka sin sjukdom reduceras. En flerdimensionell människosyn förutsätter en jag-du-relation mellan vårdpersonal och patient. Patienten ses som ett subjekt som har kunskap om sin egen hälsa och måste beredas möjlighet att få uttrycka sin egen vilja. För att kunna tolka och förstå vad patienten egentligen upplever krävs det att den som tolkar har en förförståelse om vad det handlar om (8).

Den biomedicinska modellen är en viktig del i behandlingen av människan, men utgör begränsningar i vården då den står för en endimensionell människosyn, som också kan ses som en icke humanistisk människosyn. Hälsa- och sjukvårdslagen föreskriver ett helhetsperspektiv på människan vilket innebär att det medicinska paradigmet bör användas som ett komplement till humanvetenskapen (9).

Vårdmiljön spelar en betydande roll i psykiatrisk slutenvård och är ett kriterium på vårdkvalitén. En god vårdmiljö sänder signaler, som säkerställer patientens integritet och trygghet. Tillsammans med relationen till personalen utgör detta grunden för en god kvalitet på omvårdnaden. Vårdmiljön har många dimensioner och kan beskrivas som psykosocial, fysisk och kulturell och påverkas av det klimat och den atmosfär som råder. Den kultur och det klimat som råder på avdelningen, påverkas i sin tur av det ledarskap som utövas och av personalens interaktion med varandra (10).

Enligt Dahlberg (11) finns det tre skilda sätt att förstå vad en helhetssyn i vården innebär. Det första sättet är att ha mod att möta patienten i dess svåra situation och befrämja deltagandet i den egna vårdprocessen. Det andra sättet som beskrivs är att sätta patienten i centrum och som sjuksköterska lyssna och förstå patientens

perspektiv. Det tredje sättet betonar en omvårdnadsteoretisk modell som utgångspunkt för helhetssynen i vården. Tillämpandet av en vårdteoretisk modell innebär att man kan beakta alla dimensioner runt patienten. Genom en helhetssyn uppstår det en jag - du relation som präglas av en öppen dialog med äkthet och kvalitet. En dialog skapas, som av patienten uppfattas som meningsfull och utgör utgångspunkt för det fortsatta vårdarbetet. Patientens syn på sig själv som en hel människa skall leda till tillfredställelse, som i sin tur befrämjar hälsoprocessen (11).

En holistisk människosyn ingår i de flesta omvårdnadsteoretikers strukturer. Ett holistiskt synsätt kan vara att se människan som en social, kulturell, biologisk, andlig och psykologisk varelse. Alla delarna kan studeras var för sig men tillsammans utgör de en helhetsbild av människan, som är mer än summan av delarna var för sig. Holism kan också vara att se människan i samspel med miljön. Människan i interaktion med miljön kan uppfattas som en dynamisk process i ständig rörelse (12). Omvårdnadshandlingar är komplexa och omfattar emotionella ställningstaganden och kunskapsteoretiska kategorier, som i omvårdnadsteorierna är förklarade på olika sätt. Det grundläggande i omvårdnadsforskningen är människosynen och de gemensamma uppfattningarna om människan, som det mest centrala i begreppet omvårdnad och synen på hälsa. Syftet med omvårdnadsteorierna är att tillhandahålla en konkret kunskapsbas för sjuksköterskedisiplinen, som involverar en systematisk utveckling från olika strukturer, vilka berör respektive realitet. Utvecklandet av omvårdnadsteorierna har betydelse för tydliggörandet av omvårdnadsvetenskapen i syfte att tillhandahålla beskrivningar om hur patienten kan stödjas, i strävan efter hälsa och välbefinnande (5).

### **Begreppet Lidande**

Begreppet lidande kommer ursprungligen från fornsvenskans "lidha". Som i sin tur härstammar från lågtyskans "liden" benämnt 1520. Grekiska för lidande är "pathos". Ordet patient härstammar från latinets "patiens" vilket betyder, som "lider", som uthärdar. Det går att jämföra orden med passion, passiv. Grundordet för patient är pati som betyder tåla eller lida. Lida kan användas i böjd form om tid, t.ex. tiden lider, natten är långt liden, eller det lider mot kvällen. Substantivformen av lidande härstammar från 1526 och innebär att utstå smärta fysiskt eller psykiskt (13).

Eriksson (14) har tre centrala begrepp av lidandet: sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande beskrivs som det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Livslidande, är det lidande som upplevs i människans livssituation. Vårdlidande som det lidande som upplevs i relation till vårdsituationen och den vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet och dennes människovärde. Genom att t ex inte bli sedd av personalen kan patienten bli kränkt. Om personalen inte har tillräcklig kunskap och inte tar patienten på allvar kan det leda till en maktutövning.

### **Begreppet Stigma**

(lat, brännmärke, av grekiskan stigma, märke efter stick, brännmärke, punkt, fläck), inom medicinen en synlig kroppslig förändring som tyder på en viss sjukdom eller en ärftlig avvikelse från det normala (15).

Stigmatisering är en process där samhället lägger en negativ innebörd i beteenden och synliga tecken på avvikelse hos den enskilde individen. När individen avviker från den beskrivning som samhället har om vad som anses önskvärt och normalt, så blir individen stigmatiserad. Enligt Goffman (16) finns det tre olika typer av stigma: vanställd karaktär, fysiska missbildningar eller släktstigma. Med vanställd karaktär menas till exempel psykisk sjukdom eller alkoholism. Fysiska missbildningar kan till exempel vara synliga funktionshinder som förlamade personer som sitter i rullstol. Släktstigma innebär rastillhörighet eller religionstillhörighet som kan gå i arv i flera generationer.

Vård handlar om en relation mellan vårdare och patient. Peplau (17) beskriver fyra faser i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Orienteringsfasen är första fasen där patienten vägleds till att identifiera och bedöma sina problem. Därefter kommer identifikationsfasen där patienten vänder sig till sjuksköterskan, som har en vägledande och stödjande funktion. Sjuksköterskans tillåtande attityd gör att patienten känner sig accepterad och detta i sin tur leder till tillväxt och utveckling. Nästa fas är användningsfasen där patienten pendlar mellan att vara beroende och oberoende av sjuksköterskan. Patienten har nu fått förmågan att tillgodogöra sig de resurser som utvecklats i relationen. Avslutningsfasen som är den sista fasen, är en frigörelseprocess. Gradvis släpper patienten sitt beroende av sjuksköterskan. En förutsättning för att komma till frigörelseprocessen är att patienten har genomgått de tidigare faserna. För psykiatrisjuksköterskan är relationen till och kommunikationen med patienten två vanliga problem som måste överbyggas. Vad som sker i kontakten mellan sjuksköterskan och patienten beror på vilka förväntningar som finns utifrån deras olika roller. När sjuksköterskan i förväg är medveten om vad som förväntas, kan mötet omvandlas till ett meningsfullt terapeutiskt forum. Det viktigaste i professionell omvårdnad är att fokus är riktat mot patienten. Omvårdnad är framförallt en interpersonell process. I processen ingår ett undervisande syfte. Genom vägledning uppmanas patienten att förstå sina hälsoproblem för att på så sätt vara bättre förberedd på att möta de svårigheter som uppstår i relation till hälsan (17).

I Paterson & Zderads (18) existencialistiska interaktionsteori beskrivs mötet mellan patient och sjuksköterska som en interaktiv process. Omvårdnaden äger alltid rum i en fysisk miljö, som ibland kan ses som ett hinder i mötet, men ibland även kan vara till en hjälp. För båda parter har mötet ett särskilt mål, vilket skapar en levande dialog. Att kunna vara här och nu i mötet är viktigt, då tidsupplevelse kan uppfattas olika för patienten och sjuksköterskan. Den stressade arbetssituationen för sjuksköterskan kan göra att tiden inte räcker till, medan patienten, som ofta upplever inaktivitet och långsamhet i en främmande miljö, har behov att sätta ord på sina tankar i en avstressad miljö.

## **ALKOHOL/DROGER I ETT SAMHÄLLSPERSPEKTIV**

I Sverige görs det stora ekonomiska insatser för att sörja för medborgarnas välbefinnande, men trots det accepteras det praktiskt taget en fri tillgång på alkohol. Majoriteten av de styrande står bakom rätten till det fria nyttjandet av alkohol, som ett okränkbar nästan heligt värde, som går före de stora ekonomiska och individuella skador det skapar. Alkoholen är kanske vårt samhälles största sjukdomsskapare och kommer att orsaka lidande och död i många generationer



framöver. Till skillnad från alkohol är olika typer av narkotika i lagen förbjudet, för att de historiskt, socialt och kulturellt har ansetts vara farliga. Det är oklart hur många drogmissbrukare det finns i Sverige, men det står klart att det i dagens läge inte enbart är ett ungdomsfenomen. Den sociala situationen präglas av utslagning, arbetslöshet, bostadslöshet, samt kontakt med kriminalvården och risken för att dö beräknas vara tjugo gånger större än hos normalbefolkningen (19).

## **Historik**

Det finns fynd som visar att redan under stenåldern dracks det alkoholhaltiga drycker, men det är svårt att bedöma alkoholens betydelse för människorna som levde då. På den tiden var den enda alkoholhaltiga dryck som nyttjades i nordens mjöd, som brukades vid speciella tillfällen, som ett medel för att uppnå extas och komma närmre gudarna. När människorna började odla infördes nya drycker t.ex. öl som blev folkdryck under medeltiden. Redan under 1500-talet gjorde staten försök med att bedriva kontrollpolitik genom olika regleringar. När folket lärde sig göra brännvin förändrades alkoholsituationen drastiskt. Husbehovsbränneriet var utbrett och under början av 1800-talet uppgick konsumtionen till fyrtiofem liter alkohol per invånare, kvinnor och barn inräknat. Nykterhetsföreningar startades och en stark kontrollapparat började växa fram. Det kan konstateras att ett stort intresse för rusdrycker har funnits genom århundradena, trots förändringar i levnadsstandard, religion, klimat och arbetssätt. Den stora frågan är, vilka behov tillfredsställer alkoholen? Statsmakterna har haft kunskap om alkoholens skadliga verkningar och det har funnits ambitioner gällande folkhälsan, men det har också funnits ambitioner att generera skatter och utöva kontroll över befolkningen (20). Det var i mitten av 50-talet som drogmissbruket började sprida sig i vidare kretsar, först bland musiker och studerande, för att sedan nå ut till ungdomar i förorterna. Efter hand har drogmissbruket spridit sig till äldre personer, ut till mindre samhällen och finns i de flesta sociala grupperingar. Tidigare var de mest vanliga drogerna cannabis, opiater och amfetamin och de används fortfarande i stor utsträckning, men på senare år har det tillkommit nyare droger, såsom ecstasy och olika hallucinogener. Olika subkulturer har utvecklats där dessa droger har fått ett starkt fäste (21).

## **Missbruk/Beroende**

Kunskap ifrån många områden är nödvändiga när man skall förstå hur biologiska, sociala och kulturella faktorer samverkar på väg in i och ut ur ett missbruk. Förutom missbruket finns ofta en övrig problembild, såsom sociala och psykiska problem, som kräver ett förhållningssätt som innebär förståelse och insikt. Om vårdpersonalen inte har kunskap om skillnaden mellan missbruk och beroende kan rådet bli begränsat drickande till personer som bör ha helnykterhet som mål. Man måste också ha kunskap om och kunna skilja på bristande insikt och avvärjande manövrar som skyddar mot självförakt och är en överlevnadsinstinkt (22).

Många tycker synd om personer som missbrukar, men i mötet visar de ett avståndstagande som ger signaler, att den missbrukande människan har ett lägre människovärde. Ingen människa strävar medvetet efter att bli en missbrukare. Upplevelsen av att ha ett lägre människovärde, resulterar i en minskad självkänsla och förluster, främst på det sociala planet. Det finns de som har uppfattningen att varje individ har rätt att suppa ihjäl sig, det är den enskildes rättighet, medan andra

tycker att vi lever i ett sammanhang och har ansvar för varandra. Att gång på gång misslyckas med att bli drogfri, reducerar successivt självkänslan för det egna värdet (23).

DSM-IV (diagnostic system manual), (24) delar in drogrelaterade störningar i grupperna beroende eller missbruk. Kriterierna för missbruk är upprepad användning av alkohol och/eller drog, under en period av ett år, och följande fem kriterier ingår: misslyckanden i sociala åtagande såsom skola, familj och arbetsliv, att personen löper större risk att ådra sig skada, upprepade problem med rättsväsendet, trots ständigt återkommande problem i det sociala livet fortsatt alkohol och/eller droganvändande, för att det skall kunna klassificeras som ett missbruk får inte kriterierna för beroende vara uppfyllda (24).

Beroende anses vara ett förvärrat tillstånd jämfört med missbruk, med ett signifikant lidande och en markant funktionsnedsättning. Följande sju kriterier ingår i klassificeringen av beroende, tre av kriterierna måste vara uppfyllda under ett år: toleransökning, det behövs en större mängd av drogen för att uppnå den effekt som önskas eller vid fortsatt bruk minskad effekt av samma mängd som tagits tidigare, abstinenssymtom som är olika beroende på vilken drog som tagits eller intag av samma eller liknande drog för att undvika abstinens, drogen används under en längre period eller i en större mängd som var avsett från början, upprepade misslyckanden och en konstant önskan att sluta ta drogen, en stor del av det dagliga livet ägnas åt att få tag på drogen bruka drogen och återhämta sig från drogens effekter, avtagande eller upphörande av aktiviteter i det dagliga livet, såsom arbete, familj och fritidsintressen, trots vetskapen om att drogen skapar fysiska eller psykiska besvär fortsätter droganvändandet (24).

Beroende är en kronisk sjukdom med en möjlighet att bli frisk. Om man tror att det är något som kan botas en gång för alla, är det viktigt att tänka om och se det som en kronisk, men behandlingsbar sjukdom. Eftersom missbrukarvården har två huvudmän, krävs det ett nära samarbete mellan socialtjänst och sjukvård. När det gäller missbrukare med en psykisk ohälsa, är risken stor att ingen tar ansvar för patienten, vilket innebär att om hela ansvaret låg på sjukvården, skulle patientsäkerheten kunna ökas. Att betrakta drogberoende som en kronisk, medicinsk sjukdom var en tanke som växte fram under 1990-talet. Som underlag för att föra fram sjukdomsbegreppet användes jämförelser med medicinska sjukdomar såsom astma, diabetes och hypertoni. Det fanns en rad likheter med somatiska sjukdomar, där ärftligheten stod för cirka hälften av risken att drabbas av en beroendesjukdom. Andra faktorer som framstod som de väsentligaste var tillgång till alkohol och droger, samt omgivningens attityd och påverkan. Det avgörande var ett samspel mellan arv och miljö. Drogberoende skulle jämföras med kroniska sjukdomar, där återfall var vanliga trots bästa behandling (25).

### **Samsjuklighet**

Enligt folkhälsorapporten (4) har personer med missbruk oftare en dubbel problematik, som innebär både ett missbruk och en psykisk ohälsa. Ångest och depression är dubbelt så vanligt som för befolkningen i övrigt. Det är också vanligare att personer med missbruk har ett psykiatriskt problem som inte uppmärksammas. Ett missbruk och en psykisk ohälsa samtidigt medför en ökad risk för utslagning och för tidig död. Tillgängligheten till alkohol och droger ökar

samtidigt som vårdplatser och öppenvård inte har utökats i tillräcklig omfattning. Ett ökat missbruk bland unga personer och att allt fler vårdas på grund av psykiatriska diagnoser, samt att dödligheten bland missbrukare är hög, gör att missbrukarvården kräver stor uppmärksamhet ur ett folkhälsoperspektiv (4).

För att kunna hjälpa människor bort från ett missbruk måste kunskap finnas om behandling av psykisk problematik. Även om en person slutar med droger är det inte självklart att symtomen upphör från den psykiska åkomman. Depressioner, självmordstankar och andra psykiska problem är mycket vanliga efter att man varit drogfri under flera år (20).

Samsjuklighet är vanligt bland personer med alkohol och/eller narkotikaproblem, som löper dubbelt så stor risk att drabbas av psykiska sjukdomar, än befolkningen i övrigt. Det råder också ett omvänt samband, där personer med en psykiatrisk diagnos löper större risk att också ha en drogproblematik. De dubbla diagnoserna förstärker varandra och behandling krävs för båda tillstånden. Minst en tredjedel anses ha en ångestproblematik och det är också vanligt med depressioner och psykoser. En övervägande del av dem som söker för ett missbruk har också en personlighetsstörning. En liten grupp med samsjuklighet har en störning i beteendet som gör att de bedöms vara farliga för andra i samhället. Det finns ett gemensamt behov av vård och behandling, vilket gör att flera myndigheter och verksamheter berörs, förutom sjukvården främst socialtjänsten och kriminalvården. Det är viktigt med identifikation av samsjukligheten, vilket gör att flera screeningsinstrument rekommenderas, t.ex. blodprover, urinanalyser och psykologiska test. Enligt empiriska undersökningar är det mer effektivt att samordna behandlingarna vid samsjuklighet än att behandla dem separat i olika verksamheter. Det krävs samordning för att koordinera insatserna och det är den enskilde patientens behov som skall styra. En samordnad behandling är mer kostnadseffektiv och det behövs mer forskning för hur man bättre skall kunna utveckla samarbetet (2).

För personer med samsjuklighet är det viktigt med ett drogfritt boende. Att ha en psykisk sjukdom och ett missbruk leder ofta till problem med boendet och många gånger kommer man inte ens in på bostadsmarknaden. I en del kommuner har det inrättats så kallade lågtröskelboenden, som tillåter att de boende är påverkade. Dessa boenden befäster ofta missbruket och kan t.o.m. förvärra det. Att bli drogfri är svårt, även om personen är välmotiverad, att då vistas i en miljö där det förekommer drogpåverkade personer, innebär att det nästintill blir omöjligt att själv klara av drogfrihet. Psykiskt störda missbrukare har ofta svårt att anpassa sig på de boenden som socialtjänsten hänvisar till. De bryter mot nödvändiga regler och uppvisar ett beteende som gör att andra tar avstånd. Detta innebär att vistelsen ofta blir av tillfällig karaktär, trots att behovet egentligen är ett stabilt tryggt boende. För de svårast sjuka kan behovet vara någon typ av gruppboende, med inslag av behandling och planerad pedagogik (26).

Det finns belägg för att yrkesträning förbättrar prognosen för personer med psykisk sjukdom. Att ingå i ett socialt sammanhang ökar självkänslan och ett arbete minskar tillfällena att missbruk. Många personer behöver hjälp med att hantera sina psykiatriska symptom. Det är vanligt att ta till droger för att stå ut med negativa stämningslägen. Familjerelationer blir många gånger lidande. När

kontakten med anhöriga upphör förvärras ofta sjukdomsförloppet, med intensifierat drogande och ett ökat socialt utanförskap. Här kan anhörigutbildning ge kunskap om samsjuklighet, samt ge redskap att reducera den stress som det innebär att vara närstående. I dagens läge saknas det studier som har undersökt vilken påverkan närstående interventioner har för personer med samsjuklighet (26).

### **Beroendevården**

Med syfte att skapa en effektivare beroendevård i Göteborg skapades 2004 Beroendekliniken. Tidigare hade beroendevården varit utspridd över primärvården och de psykiatriska klinikerna. Redan från början betonades det gemensamma ansvaret för missbruksvården mellan socialtjänsten, sjukvården och kriminalvården. Gemensamma forum skapades för samplanering. Det fanns en strävan efter ökad akademisk samverkan, vilket resulterade i skapandet av ett forskningsråd med representanter från olika institutioner. Beroendekliniken vänder sig till personer med missbruk/beroende, med eller utan psykiatrisk problematik. Det finns enheter som består av både öppen och slutenvård, med ansvar för olika upptagningsområden i staden. Specialiserade enheter för kvinnor, ungdomar och narkomaner har inrättats. Patienterna erbjuds utredning, bedömning och behandling. Forskning som bedrivs är knuten till universitetsinstitutioner och ses som viktig för den framtida kunskapsutvecklingen (1).

### **Sammanfattning av alkohol/droger i ett samhällsperspektiv**

Sammanfattningsvis kan det konstateras att alkohol/droger har funnits med som ett problem genom tiderna, men också som något som uppfattas som ett njutningsmedel (21). Att personer med missbruksproblem oftare än andra har en psykiatrisk problematik är en välkänd företeelse, men att det är nödvändigt att behandla båda problemen samtidigt är en relativt ny kunskap (2, 4, 22, 20). Nytt är också begreppet samsjuklighet, då missbruk och en psykiatrisk problematik ofta genererar ytterligare problem, såsom ensamhet, arbetslöshet och bostadslöshet. Det är fortfarande vanligt ute i samhället att inte se beroende som en sjukdom, vilket betyder att det krävs specifik kunskap för att arbeta med målgruppen. (2, 22). Att samordna insatserna för personer med samsjuklighet är av största vikt, då samordning innebär bättre behandlingsresultat och är mer kostnadseffektivt för samhället. Det saknas i dagsläget forskning och tillräckligt med kunskap om hur samarbetet bäst skall bedrivas (2).

### **TIDIGARE STUDIER**

Vid sökning efter tidigare studier, både i olika databaser och manuellt i elektroniska tidskrifter, var det svårt att hitta studier som belyste beroendepatienters upplevelser av vården. Det var däremot vanligt med studier som belyste sjuksköterskans syn på sitt arbete med patienter som missbrukar. De studier som valts ut speglar ett sjuksköterskeperspektiv, både i öppen och slutenvård, inom beroendevården. Patientperspektivet berör psykiatrin som helhet, då lämpliga studier inom beroendevården var tunnsådda. De artiklar som berör miljöaspekter inom vården har tagits med av den orsaken att de flesta omvårdnadsteoretiker belyser miljön som en särskilt viktig aspekt inom omvårdnaden. Många artiklar beskrev studier av smärtproblematik och analgetika missbruk. Många artiklar handlade också om vårdpersonals missbruk, men ingen

handlade om patientupplevelser inom slutenvården. Det kan vara så att vi skulle ha valt andra sökord. Den manuella sökningen utfördes systematiskt i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (referenser 28, 35) och i stora delar av Journal of Advanced Nursing, tills tillräckligt antal användbara artiklar hade hittats. Två artiklar från tidigare arbeten under specialistutbildningen togs med, för de kändes viktiga, i syfte att beskriva miljöaspekter inom omvårdnaden (referenser 36, 37). Sökningarna har begränsats till vetenskapliga artiklar.

**Tabell 1. Översikt över litteratursökning efter vetenskapliga artiklar**

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (ref. nr)
CIHNAHL	Psychiatric nursing AND patient AND addiction	1	0
CIHNAHL	Psychiatric AND nursing AND addiction	10	0
CIHNAHL	Psychiatric AND nursing AND substance abuse	54	0
CIHNAHL	Psychiatric AND nursing AND abuse	134	ref. nr. 31
PubMed	Psychiatric nursing AND substance abuse	302	ref. nr. 27, 30
PubMed	Psychiatric nursing AND addiction	30	0
PubMed	Specialist nursing And addiction	4	ref. nr. 29
PubMed	Drug users' attitudes AND health staff AND care	44	ref. nr. 32
PubMed	Mental health nurses AND users' view	24	ref. nr. 34
PubMed	Nurse-client relationship AND mental health	29	ref. nr. 33

### Vården ur ett sjuksköterskeperspektiv

I en brittisk studie av Grafham E, et.al (27) förespråkades en multidisciplinär delad omsorg för att kunna klara av drogrelaterade problem. Riktlinjerna sade att samarbete skulle finnas mellan läkare, specialistsjuksköterskor, farmaceuter, socialtjänst och kriminalvård. Studien var en av de första i sitt slag, som hade undersökt specialistsjuksköterskans arbete inom missbrukarvården. Sjuksköterskans interaktion med andra professioner, det professionella förhållningssättet i kliniska beslut, samt vad som motiverade att arbeta med missbrukare. Vid nyanställningar av sjuksköterskor var det viktigt att beakta personlig lämplighet, såsom ett empatiskt förhållningssätt, ett stort intresse och en positiv attityd gentemot personer med missbruksproblematik. Tidigare studier hade visat att sjuksköterskor som arbetade inom missbrukarvården hade en lägre status bland kollegor än de som arbetade inom somatisk vård och att deras roll många gånger var missförstådd. En sämre relation till kollegorna innebar större stress och ledde till en sämre kvalitet för den givna vården. Över hälften av sjuksköterskorna svarade att det var kontakten med drogmisbrukarna vid tidigare

anställningar, som hade ökat deras intresse att söka sig till missbrukarvården. För en del hade kontakten varit positiv, och de hade känt att de behövde en förändring och en utmaning i sitt yrkesliv. Andra sjuksköterskor hade börjat inom området för de kände att det fanns en möjlighet att göra karriär i en växande sektor. Flera av sjuksköterskorna hade mycket egenansvar i sitt arbete och kunde känna en stor press, vilket innebar att det var viktigt med noggranna riktlinjer, som gjorde att de kunde hålla en hög kvalitet i vården (27).

I en kvalitativ studie gjord i Australien (28) dominerade negativa erfarenheter och känslor från personal som vårdade patienter med dubbeldiagnoser, på grund av begränsad kunskap om komplexiteten i samsjukligheten. Personal som arbetade med komplexa patienter kände ett ständigt behov av kunskapsutveckling och utbildning, samt att få möjlighet att sprida kunskap och utbilda anhöriga. Den största bristen var kunskap om de olika drogerna och hur de interagerar med psykisk ohälsa. Det framkom att specialiserade team bäst kunde hjälpa patienten i dennes komplexa vårdbehov. På grund av kunskapsbrist uppstod ofta situationer mellan personal och patienter som kunde leda till en negativ inställning hos personalen, vilket i sin tur kunde leda till en dålig attityd gentemot patientgruppen. Den begränsade förståelsen för den omfattande problembild som fanns runt patienten ledde till negativt behandlingsresultat. Studien framhöll personalens sympati för patientgruppen, men den stora kunskapsbristen avspeglade sig i den dåliga motivationen som personalen hade för att behandla dessa personer. Personalen ansåg att det krävdes kompetenshöjning för att kunna åstadkomma ett bättre arbetsklimat och behandlingsresultat (28).

I en engelsk studie gjord av Clancy, Oyefeso och Ghodse (29) beskrevs de steg som specialistsjuksköterskor inom beroendevården gick igenom i sin rollutveckling. En kvalitativ studie gjordes där det framkom att det var en stor utmaning att arbeta inom beroendevården och en viktig egenskap hos sjuksköterskan var att kunna relatera till och få patienten att känna att den var trovärdig. Alla grupperna var överens om att vissa karaktärsdrag hos sjuksköterskan var viktiga. Det var nödvändigt att ha en stabil bestämd personlighet. Blyghet och naivitet kände patienterna av direkt, vilket gjorde att sjuksköterskan kunde bli sårbar. Andra egenskaper som var viktiga var förmågan att tänka snabbt, vara flexibel och kunna se patienten bortom beroendeproblematiken, samt ha mycket tålamod, en hög toleransnivå och en icke fördömande attityd. Det framkom i studien att specialistsjuksköterskorna genomgick fem olika steg i sin rollutveckling. Steg ett var att komma in i en helt ny disciplin. För lite utbildning i beroendevård gjorde att det inte fanns någon förberedelse för den nya rollen. Steg två innebar att kunna lära sig förstå patienterna, kunna sätta gränser samt känna igen ett manipulativt och splittrat beteende. Steg tre innebar att bli mer stabil i sin sjuksköterskeroll och känna en ökad kompetens. Steg fyra innebar att utveckla sin kapacitet när det gällde att samarbeta med andra yrkeskategorier och vara mentor för sina arbetskamrater. I steg fem hade sjuksköterskan blivit expert inom sitt område och fått ett brett perspektiv på de problem som kunde uppstå. Det gick att på ett effektivt sätt navigera sig igenom svåra situationer. På det här stadiet hade också insikten vuxit fram om att man aldrig någonsin blir fullärd (29).

Coombes L, Wratten A, (30) hade i en fenomenologisk studie intervjuat brittiska

kommunsjuksköterskor, som arbetade med personer med samsjuklighet. En förbättrad vård för personer med samsjuklighet var av största prioritet, vilket hade deklarerats från Storbritanniens hälso- och sjukvårdsstyrelse, utifrån den kunskapen att missbruk var vanligt bland personer med psykisk ohälsa och att samsjuklighet krävde specifik vård. Tre huvudteman framkom. Det första var att kunna definiera och förstå samsjuklighet, det andra att kunna klara av den utmaning det innebar att arbeta med målgruppen och det tredje temat var de svårigheter som det innebar att samarbeta med andra myndigheter och organisationer. Att förstå samsjuklighet innebar att ha förståelse för att patienterna inte hade vållat sina problem själva och att vården inte var bortkastade resurser, vilket hade varit en vanlig inställning bara för några år sedan. Att arbeta med målgruppen ansågs ibland kunna liknas vid en omöjlig utmaning. Sjuksköterskorna upplevde att de sällan hade tid att etablera den kontakt som krävdes för att kunna bygga upp ett varaktigt förtroende. De bedömde att de behövde arbeta med samma patient i två till tre år, för att kunna uppnå goda resultat. Det behövdes specialistkunskaper och ständig uppdatering av kunskaperna för att kunna utföra ett bra arbete. Det fanns ett motstånd från andra myndigheter och organisationer att släppa till tillräckliga resurser för vård och behandling och det fanns frustration när det gällde att koordinera samarbetet. Sociala och ekonomiska problem var sammanlänkade med missbruket och den psykiska ohälsan, därför ansåg man att en psykosocial intervention var nödvändig för att man skulle kunna utföra ett mer framgångsrikt arbete (30).

Wadell och Skärsäter (31) hade i en kvalitativ studie gjord i Sverige intervjuat elva psykiatrisjuksköterskor med erfarenhet av att vårda patienter med samsjuklighet. Studien utfördes på tre allmänpsykiatriska vårdavdelningar vid två olika sjukhus. Det framkom i studien att det mest centrala i omvårdnaden var att skapa en hög samarbetsnivå, i samråd med patienten. En förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient var viktigt för att patienten skulle kunna känna tillit till vården. Patienterna behövde tid för att öppna sig och prata om sina dryckesvanor. I missbruket fanns en självdestruktivitet. För att uppnå bästa resultat var det viktigt att patienterna behandlades för sin samsjuklighet. Det var angeläget att patienterna fick insikt i sitt alkoholmissbruk samt information och motivation för att få till stånd en förbättring på lång sikt. Etablering av ett socialt nätverk ansågs mycket betydelsefullt. Sjuksköterskorna såg det som ett hinder att de inte vågade prata med patienterna om deras alkoholproblem och kände att de inte hade tillräcklig kunskap. De allmänpsykiatriska avdelningarna saknade uppdrag för att behandla alkoholmissbruk. Avsaknaden av riktlinjer, allt kortare vårdtider samt ekonomiska prioriteringar försvårade behandlingen av missbruket (31).

### **Vården ur ett patientperspektiv**

I en kvalitativ studie gjord på Irland (32), intervjuades tjugo patienter i en pilotstudie. Ett antal öppna frågor ställdes. Alla deltagarna använde eller hade använt olagliga droger. Det framkom att alla patienterna i studien upplevde att sjukvårdspersonal i allmänhet hade bristande kunskaper, när det gällde att ge vård till missbrukare. De upplevde en stor skillnad när de träffade på dem som var speciellt tränade och hade erfarenhet av missbruksvård. Flera patienter refererade till den hjälp och det stöd de fick från den sjukvårdspersonal som var specialistutbildade i att vårda drogmissbrukare. Tre fjärdedelar av deltagarna i

studien beskrev hur de hade utnyttjat och manipulerat sjukvårdspersonal, som inte hade tillräcklig kunskap, genom att hitta på historier som gjorde att de fick mer läkemedel utskrivet. För en del hade läkaren bara blivit farmaceut. Det fanns en stor medvetenhet hos deltagarna om att de var en stor utmaning för sjukvårdspersonalen, men att ökade kunskaper kunde medföra bättre gränssättning och att patienterna då kunde få en möjlighet att bli remitterade vidare till den del av sjukvården, som kunde ge experthjälp. En deltagare gav sin syn på hur den ideala vården skulle kunna se ut. Han menade att det viktigaste var att personalen tog sig tid att lyssna, verkligen fattade vad svårigheterna fanns och kunde ge någon sorts lösning på problemet. För en annan person hade den press personalen satt på honom, gett honom drivkraft att sluta missbruka och samtidigt hade han kunnat se att han var värd mer än att långsamt begå självmord, genom att fortsätta droga (32).

I en kanadensisk studie (33) ombads patienter på en psykiatrisk avdelning beskriva hur de såg på sjuksköterskans stödjande funktion. Det framkom framförallt att sjuksköterskans attityd och personlighet påverkade relationen. Patienterna beskrev två typer av relationer, en ljus och en mörk. Den ena framkallade förbättring och den andra försämrade tillståndet. Patienterna önskade en sjuksköterska som var snäll, trevlig, äkta och omvårdande. De sjuksköterskor som var stressade, inte hade tid och bara delade ut mediciner förmedlade känslor till patienterna som gjorde att de inte kände något hopp. När patienterna kände sig trygga och bekväma i den miljö som sjuksköterskan skapade runt omkring sig, ledde det till att de kände motivation till att må bättre och förmågan att ta emot den hjälp som erbjöds ökade. Det framkom att varje relation innehöll tre faser som beskrevs som en början, en mittenfas och en slutfas. De sjuksköterskor som inte hade förmågan att engagera sig i patientens problem fick inte heller någon förståelse för sjukdomsbilden, vilket i sin tur kunde leda till att sjuksköterskan inte kunde hjälpa patienten till att uppnå hälsa. Slutsatsen i studien blev att det mest centrala i omvårdnaden var relationen och att patienten var beroende av sjuksköterskans attityd och förmåga att förmedla en känsla av förståelse. Det här var det mest väsentliga när det gällde möjligheten att kunna hjälpa patienten till hälsa (33).

I en studie gjord i Wales (34) undersöktes psykospatienters syn på psykiatrisjuksköterskans arbete i öppenvården. I studien, som omfattade tjugo deltagare, användes en mixad kvalitativ och kvantitativ metod. Alla hade det gemensamt att de hörde röster. En viktig uppgift för sjuksköterskan var att lyssna till patienternas berättelser om sina röster och diskutera vad de hörde. De såg detta som en strategi för att klara av att leva med rösterna. En del av patienterna såg sjuksköterskan som sin främsta kontakt när det gällde att diskutera mediciner och dess biverkningar. För en tid till läkaren kunde patienten få vänta i flera veckor, men sjuksköterskan fanns alltid till hands vid behov och kunde klämma in en tid, trots att hon kunde vara uppbokad hela dagen. Genom sjuksköterskan kunde de snabbt komma i kontakt med doktorn för att få medicinhöjning. Den här flexibiliteten var viktig för patienterna. Patienterna såg medicinerna endast som en del av behandlingen. Relationen till sjuksköterskan var viktig och genom att bygga upp ett förtroende, kunde patienterna öppna sig och berätta om sina röster och hitta olika förklaringar till varför de kunde höra dem. En patient beskrev att rösterna sade till honom att han skulle komma till helvetet, men sjuksköterskan



sade till honom att det skulle han inte alls och han kom ihåg att det kändes som en lättnad (34).

I en kvalitativ studie som gjordes i Preston (35) tillfrågades patienterna hur nöjda de var med vården. Ett frågeformulär skickades ut till 36 patienter som var knutna till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. 21 svarade och det visade sig att det fanns en hög tillfredsställelse med den vård som erhöles. Patienterna tyckte att de fick den hjälp de behövde och att personalen fanns tillhands när de behövde dem. Det framkom också negativa uttalanden såsom, de tittar alltid på klockan och jag känner att min tid skärs ner så att de kan ta emot fler patienter. Att få tillräckligt med tid var en viktig faktor, då tillräckligt med tid ansågs som något värdefullt som stärkte individens självkänsla. Sjuttio procent av patienterna svarade att de var nöjda med sin medicinering, trots att åttio procent uppgav biverkningar, men de ansåg inte att biverkningarna gav dem några större negativa effekter. Att vara nöjd med sin behandlare rankades högre än att vara nöjd med sin medicinering. Lägst tillfredsställelse kände patienterna när det gällde delaktighet i behandlingen. Studien visade att alliansen mellan patienten och behandlaren sågs som mycket viktigt och var en avgörande faktor, när det gällde att kunna uppnå goda resultat i behandlingen (35).

### **Miljöaspekter inom vården**

Thorpe K, Loo R (36) intervjuade vårdenhetschefer på ett sjukhus Kanada. Studien visade att vårdenhetscheferna hade stora krav på sig att uppnå god vårdkvalité, men resurserna minskande ständigt. De ekonomiska ramarna gjorde det svårt att behålla kompetens personal. Det krävdes utrymme för att sjuksköterskan skulle kunna ge en god omvårdnad och här hade vårdenhetschefen en viktig roll. För att upprätthålla harmoni och uppnå hälsa var det viktigt att det fanns balans mellan individens natur och den sociala miljön. Inom sjukvården eftersträvades det också balans mellan tillgång och efterfrågan. De ekonomiska ramarna avgjorde vilken sjukvård som kunde bedrivas. Det krävdes resurser för att uppnå en god vårdkvalité (36).

I en enkätstudie av Lynn och McMillen (37) där 448 patienter och 350 sjuksköterskor deltog, framkom det att den fysiska miljön var en mycket viktig del av omvårdnaden. Som sjuksköterska var det viktigt att veta vad patienten tyckte om miljön, trots att den inte gick att påverka i någon större omfattning. En bekväm säng, god belysning och en låg ljudnivå var för patienterna viktiga faktorer. Människan befann sig i ett ständigt samspel med miljön och under påverkan av miljön utvecklades energi som påverkade hälsan (37).

### **Sammanfattning av tidigare studier**

Flera studier framhåller samstämmigt vikten av specifik kunskap, tid och personliga egenskaper hos de personer som arbetade inom beroendevården (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35). Relationen till sjuksköterskan beskrevs som avgörande för att kunna ta till sig vården och hitta sin motivation, som var specifik för varje enskild person (28, 33, 34, 35). Patienterna beskrev tydligt vikten av gränssättning och experthjälp för att vården skulle fungera. Oerfaren personal styrdes lätt och kunde inte känna igen ett manipulativt beteende (32, 33). Resurserna styrde starkt den vård som gavs och frustrationen hos vårdpersonalen var påtaglig när samarbetet med olika myndigheter brast, vilket i sin tur påverkade vårdkvalitén

och gjorde det svårt att behålla kompetent personal (30, 36, 37). Det krävdes speciell motivation för att arbeta med personer med samsjuklighet och vårdenhetschefen hade en viktig roll för att ge utrymme åt en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö (27, 28, 36, 37).

I Sverige finns ett ökande problem när det gäller missbruket av alkohol och/eller andra droger och det finns ett klart samband mellan missbruk och psykisk ohälsa. Många människor upplever ett stort lidande då de har förlorat både familj, arbete och bostad. De har svårt att leva upp till sociala normer och intar ofta en avvikande roll i samhället. Samsjuklighet är av multifaktoriell karaktär och för att behandlingen skall vara framgångsrik krävs det att olika myndigheter samarbetar. Det är vanligt att patienter som vårdas inom slutenvården skrivs ut efter några dagar, för att snart återkomma för en ny vårdperiod. Det som patienterna efterfrågar kan många gånger inte tillgodoses. Forskning visar att vårdprocessen måste bygga på en helhetssyn och att en god vårdmiljö säkerställer patientens integritet och trygghet. En vårdvetenskaplig studie är viktig för att se patientens upplevelse av vården. Vad har patienterna egentligen för uppfattning om den vård de erhåller och hur skulle vården kunna utvecklas utifrån patientens egen upplevelse?

## **SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka hur patienter med samsjuklighet upplever vården på en låst missbruksavdelning.

## **METOD**

För studien har en kvalitativ metod valts, eftersom syftet är att undersöka hur patienter upplever att vårdas på en låst missbruksavdelning. För att kunna möta patienten som ett subjekt och öppet kunna förstå den subjektiva upplevelsen av vården krävs det en kvalitativ metod, vilket inte är möjligt med en kvantitativ metod som endast mäter det som kan observeras och är verkligt kvantifierbart. I reduktionistiska metoder, som inspireras av en människosyn som ser individen som en mekanisk process, är det svårt att fånga interaktioner och mellanmänskliga möten. Det unika med människan, som handlar om känslor och upplevelser kan endast förstås med en metod som betonar och förstår betydelsen av en helhetssyn (38).

### **Urval och datainsamling**

I studien väljs 12-15 patienter ut i samråd med en sjuksköterska på en låst missbruksavdelning, inom Västra Götalands region. En patientinformation lämnas ut till patienten i god tid före intervjun (bilaga 1). Följande kriterier kommer att tillämpas: 1) de intervjuade skall vara frivilligt vårdade, 2) ha en uttalad vilja att få berätta om sina upplevelser av vården, 3) ha varit vårdade minst två gånger tidigare.

Som datainsamlingsmetod används en kvalitativ samtalsmetod. Genom att göra en kvalitativ intervju får man informanterna att dela med sig av sina egna upplevelser. Genom tålmodigt lyssnande tillåts patienten beskriva sin upplevelse,

i en önskan att öka förståelsen för dennes livssituation. I den kvalitativa forskningen ökar möjligheten att se patienten som en unik varelse, som utgör en del av ett komplext sammanhang. Forskaren och informanterna har ett gemensamt intresse av att fördjupa ämnet. Målet är att få en helhetsbild som grundar sig på förståelse för de samband som råder mellan bakomliggande faktorer, som påverkar patientens hälsotillstånd, t.ex. medicinska, sociala och ekonomiska omständigheter (38).

12-15 intervjuer genomförs på en låst missbruks avdelning. Ett ostört rum används där patienterna i första hand får berätta fritt, utan att bli avbrutna och en öppen fråga ställs. Kan du berätta hur du upplever vården på avdelningen? Följdfrågor kommer att finnas som stöd vid behov som, hur upplever du bemötandet? Hur upplever du miljön? Hur upplever du maten? Hur ser du på personalens arbete? Hur upplever du samvaron med de övriga patienterna? Hur upplever du din behandlande läkare? Finns det något övrigt som du tycker är viktigt att berätta om, när det gäller vården på avdelningen?

### **Dataanalys**

För att uppnå syftet med studien blir valet att analysera insamlade data med hjälp av innehållsanalys enligt Krippendorfs modell (39), då avsikten är att få fram gemensamma teman som beskriver patienternas upplevelser. All innehållsanalys involverar tre logiskt separata aktiviteter, syfte, utförande och redogörelse. Det här innebär dock inte någon tidsbestämd ordning av de tre aktiviteterna. Detta betyder att forskaren kan gå från redogörelsen tillbaka till utförande, tills en komplett bild är fastställd (39).

För att få en förståelse av budskapet lyssnas banden igenom ett flertal gånger. Det som sägs skrivs ner ordagrant, med pauser, skratt, hostningar och hummanden. Texten läses igenom upprepade gånger, för att kunna komma fram till vad andemeningen i budskapet är. Forskningsfrågan som styr sökandet ligger till grund för att få fram en helhet i innebörden av texten. Trovärdigheten i analysresultatet ökar då vi är två personer som lyssnar igenom banden, transkriberar texten och noggrant, upprepade gånger, läser igenom den. Genom reflektion och öppen diskussion utkristalliseras de underliggande gemensamma teman som finns i texten. Delar av texterna ses som enheter, med en egen mening. Ur de här enheterna tas kategorier ur, som i sin tur blir bärande begrepp. Essensen kodas fram ur de bärande begreppen och blir egna teman som svarar på forskningsfrågan (39).

### **ETISKA ASPEKTER**

#### **ICN:s etiska kod för sjuksköterskor**

Den första etiska koden för sjuksköterskor antogs år 1953. Den har fyra grundläggande ansvarsområden, främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. De fyra huvudområdena i ICN:s etiska kod sammanfattar riktlinjerna för etiskt handlande (40).

I etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (41) beskrivs de grundläggande etiska principer som alla forskare är skyldiga att följa. De etiska principerna är fastställda i FN:s deklaration för de mänskliga rättigheterna och

beskrivs i Helsingsforsdeklarationen. Principerna ligger till grund för lagstiftningen och anger riktlinjerna för forskning som omfattar människor.

### **Principen om autonomi**

Respekten för det mänskliga värdet är en oinskränkbar rättighet, som på inget sätt får kränkas. I respekten för människans integritet, måste deltagandet i en forskningsstudie bygga på en total frivillighet. Syftet med studien skall vara klart angiven och informationen som ges till den deltagande måste vara tydlig och det skall klart framgå att det går att avbryta deltagandet, utan att det ger någon som helst negativ påverkan på den fortsatta vården. I forskarens ansvar ligger det att den deltagande på inget sätt kan identifieras, genom att all information som ges aidentifieras i resultatet (41).

### **Principen om att göra gott**

Den forskning som bedrivs skall först och främst bedrivs för att förbättra omvårdnaden för den patientgrupp som avses i studien. Resultatet måste vara till nytta och främja de som deltar i studien. Samhälleliga och vetenskapliga behov av ny forskning får stå tillbaka när hänsyn måste tas till den enskildes behov (41).

### **Principen av att inte skada**

Den som deltar i en studie skall garanteras säkerhet för att inte skadas för sin medverkan. I informationen till den deltagande, skall det tydligt framgå hur forskaren har tryggt den deltagandes säkerhet. Om säkerheten inte kan garanteras, bör studien avbrytas i syfte att låta den personliga säkerheten gå före behovet av ny forskning (41).

### **Principen om rättvisa**

Alla människor har rätt till en god vård oavsett diagnos. I forskarens plikt ingår det att värna om de grupper som anses som svaga i samhället (41). Personer med beroendesjukdomar är en patientgrupp som riskerar sämre hälsa och social utslagning, jämfört med andra grupper i samhället. Ny kunskap i omvårdnad och behandling innebär ett minskat lidande och ger en möjlighet till att motverka hälsoriskerna.

Undersökningar om hur personer med samsjuklighet upplever vårdtiden, skulle innebära möjligheter till ökad förståelse, vilket i sin tur skulle kunna leda till förbättrad vård. Att ta reda på hur den här patientgruppen uppfattar vården de erhåller kräver ett etiskt ställningstagande hos intervjuaren. I principen att göra gott ligger ett stort ansvar hos forskaren och genom etiska reflektioner måste överväganden göras. Det mest önskvärda hade varit att intervjua patienterna på den avdelning där vi själva arbetar, för att direkt höra deras upplevelser, men det skulle kunna innebära en etisk konflikt, där patienter kanske inte skulle svara öppenhjärtigt, i rädsla för att deras åsikter inte skulle uppskattas. Valet har istället blivit att genomföra intervjuerna på en annan avdelning inom Västra Götalandsregionen, som vårdar samma patientgrupp. Den här avdelningen är nybyggd och har fler resurser än den egna avdelningen, såsom psykolog, arbetsterapeut, patientkök och en mer genomtänkt miljö, vilket gör att svaret på forskningsfrågan kanske blivit annorlunda om undersökningen gjorts på hemavdelningen. Det kvarstår dock en risk att just den patienten vid ett nytt

vårdtillfälle, blir inlagd på avdelningen vi själva arbetar på. Det kan också vara så att patienten känner sig tvingad att medverka i intervjun, trots information om frivillighet. En möjlighet är att intervjun väcker obehagliga tankar till liv och att jobbiga minnen kommer upp till ytan, minnen som kan vara svåra att hantera, vilket innebär att det är angeläget att kontaktpersonen finns till hands efter intervjun. Samtidigt som ny forskning är viktig, får patienten aldrig utsättas för ytterligare lidande. Det här ställer stora krav på den som forskar. De etiska övervägandena måste vara väl förankrade i verksamheten och strategier för att undvika ökat lidande för patienten prövas noga. Den etiska koden som säger att det är sjuksköterskans ansvar att lindra lidande, innebär att alla etiska aspekter bör begrundas.

Verksamhetschefen inom beroendekliniken har gett sitt samtycke till studien. Enligt den forskningsetiska lagen behöver inte pilotstudien prövas av etikprövningsnämnden. Ansökan för den planerade större studien är under bearbetning.

## **GENOMFÖRANDE AV PILOTSTUDIE**

Inom ramen för examensarbete II på avancerad nivå genomförs initialt en pilotstudie för att pröva om metoden är användbar i den större planerade studien.

### **Metod**

En kvalitativ metod har använts i pilotstudien. Data har samlats in genom intervjuer med inläggande patienter. Resultatet har sammanställts och analyserats genom innehållsanalys (39).

### **Urval och datainsamling**

Deltagare i pilotstudien var fyra personer med dokumenterad samsjuklighet. Tre män och en kvinna intervjuades. Alla deltagarna hade varit vårdade inläggande på en låst slutenvårdsavdelning minst två gånger. De blev tillfrågade av en sjuksköterska på avdelningen om de hade intresse av att delta i studien. Samtidigt överlämnades patientinformationen som beskrev studien, förklarade syftet, samt beskrev hur intervjun skulle gå till. I patientinformationen framhölls frivilligheten och rätten att avbryta sin medverkan. Inkluderat i patientinformationen fanns telefonnummer, för att patienterna skulle ha möjlighet att snabbt kunna nå intervjuarna och ställa ytterligare frågor. Åldern på dem som visade intresse att delta i studien varierade mellan 38 och 57 år. Önskemålet var att få variation i åldrarna, samt att få med både kvinnor och mäns synpunkter i studien, men det var inte något uttryckt krav. Ett tydligt krav var att de intervjuade skulle vara frivilligt vårdade, samt ha en uttalad vilja att få berätta om sina upplevelser av vården. Medelåldern bland deltagarna var 47 år.

I pilotstudien intervjuades fyra patienter på en låst missbruksavdelning. Ett ostört rum användes och patienterna ombads att fritt berätta om sina upplevelser av vården. En öppen fråga ställdes. Kan du berätta hur du upplever vården på avdelningen? I de fall det behövdes, användes följdfrågorna: Hur upplever du bemötandet? Hur upplever du miljön? Hur upplever du maten? Hur ser du på personalens arbete? Hur upplever du samvaron med de övriga patienterna? Hur har du upplevt din behandlande läkare? Finns det något övrigt som du tycker är

viktigt att berätta om, när det gäller vården på avdelningen? Intervjuerna tog i genomsnitt tjugo minuter. Alla intervjuerna spelades in på bandspelare.

### **Dataanalys**

Banden lyssnades igenom ett flertal gånger. Texten skrevs ner ordagrant, med pauser, hostningar, skratt och hummanden och sedan lästes texten igenom upprepade gånger, för att kunna komma fram till vad andemeningen i budskapet var. Därefter delades texten in i mindre stycken och i marginalen skrevs det ned, vad varje stycke handlade om, vilket blev till kategorier och det var de kategorier som upprepades flest gånger som blev till sex teman som svarade på forskningsfrågan. Ur meningsbärande enheter tolkades huvudkategorier fram, som beskrev essensen av patientens upplevelser, (se tabell 2). Genom reflektion och öppen diskussion har de underliggande gemensamma teman som fanns i texten utkristalliserats.

## **RESULTAT AV PILOTSTUDIE**

I resultatet framkommer sex teman som svarar på syftet med studien. Att känna sig respekterad. Att känna självförakt. Att bli sedd och lyssnad på. Att känna stöd och trygghet. Att få uppföljning och kontinuitet. Att känna hopp.

### **Att känna sig respekterad**

De intervjuade såg vikten av att få behålla sin integritet. Detta innebar att få vara den man är, utan att bli påtvingad regler som de inte kunde se någon mening i. Det var betydelsefullt att personalen visade respekt för den egna personligheten och tog hänsyn till vad patienten själv ville, i den mån det gick.

*”hon vill då att jag ska få sova ordentligt de gör jag djävlar jag sover i tolv timmar så dom kommer bara in på morron och säger, om du vill vakna nu så finns frukosten färdig, annars får du sova vidare”*

Denne patient beskrev att vården överhuvudtaget hade blivit bättre nu än den var förr. Personalen förr upplevdes mer som uppfostrande och reglerna skulle följas till varje pris. Här upplevdes personalen visa omtanke. När någon gick in och bäddade sängen kändes det som något stort och ofattbart. Även läkarens begränsning av medicinerna upplevdes som något som gjordes av omtanke och att de gjorde det för att de ställde upp för patienten. En patient upplevde att aktivitet var något mycket viktigt, och att det fanns personal som kom in och frågade om man ville göra någonting. Det var en skön känsla att inte bara bli liggande på sin säng, utan att någon brydde sig och frågade vad man ville göra.

*”jag låg ju inne på psyket, där var det inte sån personal, dom var stenhårda idioter, dom gick och kolla sängar om man hade bäddat ordentligt, det var på den tiden. Det är som dag och natt på vården förr och nu”*

Känslan av att känna sig ledsen och misslyckad innerst inne framkom vid flera intervjuer. När man är inneliggande finns det tid att tänka och rannsaka sig själv, om då personalen har en positiv attityd, skämtar ibland och visar omtanke, blir

atmosfären lättare på avdelningen. Personalen förr och nu jämfördes och det framkom att många förändringar hade skett på senare år. Flera intervjuade berättade med fasa om hur det var förr och upplevde att respekten för patienten var större nuförtiden.

### **Att känna självförakt**

Självföraktet går som en röd tråd genom alla intervjuer. Känslan av att ha fått möjlighet att få hjälp, ställs mot känslan av att tillståndet är självförvållat. Åka ut och in på sjukhus och inte vara kapabel att ta ansvar för sitt eget liv. De intervjuade uttrycker det egna självföraktet, men ingen känner att personalen föraktar dem. En person uttryckte att skamkänslan hade gjort att uppföljningen efter vårdtiden runnit ut i sanden. Rädslan att någon som han kände skulle se honom gå in på öppenvårdsmottagningen och fråga vad han gjorde där, resulterade i att han bara gick förbi och gav upp att gå dit.

*”man själv känner sig skamsen det är en annan sak men man slipper att bli påhoppad av personal”*

Känslan av att inte få pekpinna ökar välbefinnandet. En patient uttryckte att när man mår så dåligt, då orkade man inte höra på några förmaningar. Att det inte fanns några moralpredikningar kändes som en lättnad.

*”egentligen okej jag skall väl inte ha empati ja har i och för sig alkoholismen klassas ju som en sjukdom men det är ju jag som tar det första glaset”*

De intervjuade upplevde att personalen gjorde allt för att de skulle må så bra som det gick. Upplevelsen av att bli väl bemött minskade skamkänslorna och ökade tillfredställelsen med sig själv. En av de intervjuade upplevde att han hade blivit sämre bemött på andra ställen där han hade vårdats tidigare. Personalen hade inte haft tid och var stressad, samt att han bara fick stanna fem dagar gav negativa känslor och gjorde att han inte kände sig hjälpt.

### **Att bli sedd och lyssnad på**

Patienterna beskrev hur viktigt det var att bli sedd och lyssnad på. Känslan av att bli sedd varierade. Det var viktigt att inte alltid behöva tala om att man mår dåligt, att personalen visar lyhördhet för de behov patienterna har anses som viktigt. Ibland är det svårt att tala om att man mår dåligt och om då någon i personalen uppmärksammar behovet av att få prata och sätter sig ner en stund, kan det göra att allt blir lättare.

*”det har man ju inte vart van vid att nån har så pass tid sen på eftermiddan så var det en annan som kom och sa att du ser inte ut att må bra nehej sa jag det gör jag inte, men kom så sätter vi oss och pratar”*

Flera av de intervjuade upplevde att personalen inte hade tid. En patient uttryckte att det var för lite personal. De hade alltid så mycket att göra och när det inte fanns någon att tala med så kändes det bara som om vårdtiden var en förvaring.

Skulle man tvätta kläder fick man jaga dem och då blev det ofta att man struntade i det. Mådde man dåligt och behövde någon att prata med så fanns det ingen.

*”dom har så mycket annat hela tiden så det kan va svårt att få någon att sitta och prata med t.ex. om man behöver det. Man kommer in och så får man sina mediciner och sin mat och så e det, de e förvaring”*

Det uppfattades också viktigt att kontaktpersonerna fanns till hands. Om de var upptagna av andra patienter som stökade och bråkade, så upplevdes vårdtiden bli längre. Om kontaktpersonerna inte fanns tillgängliga och inte tog sig tid att sitta ned och samtala, kunde konsekvensen bli att tankarna stängdes inne och det som skulle ha sagts föll bort.

### **Att känna stöd och trygghet**

Det första mötet på akuten framkommer som något mycket viktigt i intervjuerna. Att känna tryggheten och våga lägga över de egna problemen på någon annan för ett kort tag när man själv inte orkar, innebär total trygghet med den person som tar emot. Om stödet uteblir är risken stor att patienten vänder redan på akuten. Avbryta missbruket inger en rädsla, som överstiger insikten om att man behöver hjälp. Det är ett stort steg att våga lägga in sig. Skuld känslorna över att inte klara av sitt eget liv, gör att man bara vill springa och gömma sig.

*” du har fixat det, du har fixat det så långt att du har kommit in hit, då fixar du också läkarbesöket. Så tänkte jag att jag drar ifrån den här skiten, jag skiter i det här och super till igen då va och så, så sa jag åt honom att har du tid med mig i två minuter bara sa jag, två minuter med mig bara, okej sa han”*

Det framkommer som något mycket viktigt under intervjuerna att inte bara skrivas ut efter vårdtiden. Hjälpen med att lotsas till rätt öppenvård eller behandlingshem inger en trygghet och minskar rädslan för utskrivningen. Regler att följa och krav på sig, ses som en trygghet och ger en större möjlighet att hålla sig nykter. En av de intervjuade framhöll vikten av individuella regler som gjordes upp i samråd med personal och socialsekreterare. När någon inte litar på sig själv blir det en trygghet när någon annan tar över för ett tag. Detta kan göra att till och med LVM vård kan upplevas som en räddning.

*” glöm det att du ens åker hem nästa vecka. Det ska vara nåt klart för dig som du ska åka till. Jag har aldrig haft det förut”*

Känslan av att vara inlåst upplevs olika av de intervjuade. En patient upplevde det som om han vore intern och vetskapen om att vara inlåst kunde göra att han drog sig för att söka för att bli inlagd. Samtidigt fanns det en förståelse för att dörren borde vara låst. En annan patient upplevde den låsta dörren som en trygghet. Han gick och kände att den verkligen var låst, för skulle den inte vara det, skulle han gå ut genom den med en gång. Det fanns ingen önskan om att skriva ut sig, men han skulle inte kunna hålla tillbaka impulsen att gå iväg om han kunde.



*”Mår inte bra nu sa jag, jag mår piss, hjälp mig, vad vill du man kommer fram kommer fram vad man vill kanske dom kan hjälpa till en del om man säger så av det där som är problemet så får man ju göra lite själv också för dom kan ju inte lösa mina problem, det ska jag ju göra själv”*

Ett par av de intervjuade uppgav också somatiska problem. Medvetenheten om att missbruket kunde leda till sjukdomar som är dödliga fanns, men missbruket var så starkt att det tog över. En bra medicinering och att behandlande läkare ser till helheten och undersöker patienten somatiskt samt skickar remisser för till exempel gastroskopi när det behövs, sågs som en stor trygghet.

### **Att få uppföljning och kontinuitet**

De intervjuade berättade hur viktigt det var med kontinuiteten och med en fast läkarkontakt, för att inte behöva berätta samma saker om och om igen. Kontinuitet i kontakten skapade förutsättningar för en trygg vård och en förtroendefull relation.

*”det är olika läkare och det tycker jag ä jättejobbigt så att man ska, dom känner en ju inte och det förstår jag tror jag det är jätte svårt men det blir jobbigt då som när jag hade samtal igår man orkar inte rabbla hela tiden”*

Flera av patienterna talade om vikten av att ha någonting den dagen de blev utskrivna, för att kunna se ett ljus i framtiden. De menade att bara bli avgiftad och sedan utskrivna fungerade inte. Det behövdes mycket längre tid för att överhuvudtaget kunna lyckas bryta med missbruket. Det upplevdes också som viktigt att öppenvården kändes rätt och att kontakten var så nära att öppenvården reagerade när patienten mårde dåligt och var i behov av inläggande vård.

*”var för kort vårdtid, man var bara här för att nyktra till åh sen fick jag hem ändå och förhoppningsvis hade man nån kontakt med öppenvården eller någonting sådant liknande”*

En av de intervjuade upplevde att det inte fungerade med medicinändringarna mellan öppen och slutenvård. Stressen resulterade i så stor ångest att han återföll i alkoholmissbruk vilket han själv upplevde var helt onödigt. En annan av de intervjuade upplevde öppenvården som sin räddning. Utan den hade möjligheten att klara sig ute i samhället varit obefintlig.

### **Att känna hopp**

I personalens bemötande får patienten möjlighet till att känna hopp. En långsiktig planering gör att det går att se ett ljus i framtiden. Det framkom att det behövdes hjälp att bryta med sitt gamla mönster och sin tidigare miljö. Insikten om att det är man själv som gör jobbet är stor, men att det finns en planering innebär att chanserna att kunna klara sig ute ses som större.

*”jag känner att jag kommer nog att få den hjälpen jag behöver här för dom är, för jag mår långt ifrån bra”*

I intervjuerna framkom det att vårdtiderna ofta var för korta. Detta innebar att bara avgiftas och sen skrivas ut räckte inte, när hela livet var i kaos. De menade att det inte räckte att säga att nu är det bara att gå till öppenvården. Det krävdes ett långsiktigt arbete för att förändra sitt liv. Relationen till anhöriga beskrevs av en av de intervjuade som ansträngd. En planering som kändes rätt, gjorde att hoppet ökade om att ha kvar en bra relation till nära och kära.

*” egentligen så hade hon velat skriva ut mig för länge länge sen, egentligen ska man bara ligga här en vecka, för att nyktra till, nu har hon ju gett mig en frist så att nu hoppas jag det blir bra”*

Känslan av att just denna gång var planeringen rätt, gjorde att viljan att lyckas blev större, för en bra planering sågs som en möjlighet till ett nytt och bättre liv.

**Tabell 2.** Ex på meningsbärande enheter tolkade så att det kommer fram huvudkategorier som beskriver essensen av patientens upplevelser.

Meningsbärande enhet	Vad det handlar om	Underkategori	Huvudkategori
<p>Det är en själv som känner sig skamsen så att man är ju här igen, tycker jag det att dom inte håller och tjatar när man mår dåligt då vill man inte höra en massa pekpinnar alltså, det bidrar inte till nån bättre vård</p>	<p>Upplever det positivt att personalen inte skuldbelägger</p>	<p>Positivt och befriande att bli respekterad</p>	<p>Att känna respekt</p>
<p>Det har man ju inte vart van vid att nån har så pass tid, sen var det en annan som kom och sa att du ser inte ut att må så bra nehej, sa jag men kom så sätter vi oss och pratar</p>	<p>Positiv upplevelse av att någon ser att man mår dåligt</p>	<p>Positiv känsla av att vara sedd</p>	<p>Att bli sedd</p>
<p>Och man mår dåligt och det finns inte nån så okej då skiter man i det, och då går man men det är väl då man behöver någon att prata med, det behöver finnas någon annars känns det bara som förvaring</p>	<p>Upplevelse av att ingen ser att man mår dåligt</p>	<p>Negativ känsla av att inte vara sedd</p>	<p>Att inte bli sedd</p>
<p>Glöm det att du ens åker hem nästa vecka, det skall vara klart för dig dit du ska åka till, jag har aldrig haft det förut, utan du är här till det hittas något där</p>	<p>Upplevelse av att någon engagerar sig</p>	<p>Positiv känsla av att få stöd</p>	<p>Att känna stöd</p>
<p>Jag går och känner på dörren ibland sådär, ha jag är inlåst ha, jag kan inte smita, fast jag är här frivilligt, jag måste ändå känna lite grann på dörren att den är låst jaaa, då mår jag bra alltså</p>	<p>Upplevelse att vara inlåst</p>	<p>Positiv känsla av att dörren är låst</p>	<p>Att känna trygghet</p>
<p>Det är olika läkare och det tycker jag är jättejobbigt, dom känner en ju inte, det är jättesvårt då som när jag hade samtal igår man orkar inte rabbla hela tiden</p>	<p>Upplevelse av att träffa olika läkare</p>	<p>Negativ känsla av brist på kontinuitet</p>	<p>Att sakna kontinuitet</p>

(Referens: 39)

# DISKUSSION

## METODDISKUSSION

Valet av perspektiv i studien blev helhetsperspektiv och det föll sig helt naturligt då helhetssynen utgör grunden för vårdvetenskapen (7). I helhetssynen ingår människans alla dimensioner, där alla delarna tillsammans blir mer än summan av delarna var för sig (12). I mötet mellan olika livsvärldar, som t.ex. mellan vårdpersonal och patient, är det viktigt med ett öppet förhållningssätt som ökar förståelsen för patientens livssituation (38). Det biomedicinska synsättet är av tradition starkt inom vården. Det som är mätbart är det som räknas och patientens förmåga att påverka sin sjukdom reduceras (8).

Syftet med pilotstudien har varit att utifrån en kvalitativ metod, undersöka hur patienter med samsjuklighet upplever vården på en låst missbruksavdelning. Valet av kvalitativ metod föll på innehållsanalys, då avsikten var att få tillgång till patienternas subjektiva upplevelser. Ur analysen har det utkristalliserats sig gemensamma teman som beskriver patienternas erfarenheter. Innehållsanalys är en empirisk metod, med tre separata aktiviteter, som forskaren kan växla emellan tills en fullständig bild har framträtt som beskriver patientens upplevelser (39).

I pilotstudien gjordes 4 intervjuer. I en framtida större studie kommer det att vara fullt möjligt att utöka antalet intervjuade till 12-15 personer. I planeringen av en framtida studie finns tankarna om att göra en större studie, på ett annat sjukhus inom regionen.

Önskan att få intervjua patienter på den avdelning vi själva arbetar på var stark, men efter etiska reflektioner kom vi fram till att det inte skulle vara moraliskt försvarbart. Med tanke på patienternas utsatthet och det beroendeförhållande som alltid finns gentemot personalen på en vårdavdelning, gjordes valet att göra intervjuerna på en annan avdelning inom beroendekliniken, som vårdar samma patientgrupp.

I studien deltog fyra informanter, en kvinna och tre män. Samtliga informanter intervjuades vid ett tillfälle. Intervjupersonerna har fått tala fritt, utan att bli avbrutna. Tanken var att de i första hand skulle berätta den egna subjektiva upplevelsen, utan att bli styrda av intervjuaren, men vid de tillfällen då ett par av de intervjuade undrade vad vi egentligen ville veta, användes i förväg nedskrivna följdfrågor. Intervjuerna varade i genomsnitt 20 minuter. Följdfrågorna kan anses vara för preciserade, men i genomförandet av intervjuerna visade de sig vara till stor hjälp för att få patienterna att öppna upp sig och fritt berätta hur de upplevde vården.

Informanterna var alla frivilligt vårdade. De tillfrågades av personal på avdelningen om de kunde tänka sig att delta. Ingen av de som tillfrågades nekade att vara med, eller hade några villkor för att bli intervjuade. Det fanns en stark önskan om att få dela med sig av sina upplevelser, men det fanns också en vilja om att vara till lags. Flera av de intervjuade undrade om vi som intervjuare hade fått veta det vi ville veta, vilket ger slutsatsen att det inte är vanligt att någon frågar vad de har för upplevelser av vården. Om urvalet gjorts på ett annat sätt,

t.ex. slumpmässigt, eller om valet av patienter hade varit de som tvångsvårdades, hade kanske resultatet sett helt annorlunda ut. Om riktade frågor ställts till de intervjuade hade svaren varit mer styrda, men slutsatsen blir att även en öppen fråga kan styra svaren, då patienterna uppenbart var angelägna om att ge rätt svar. En öppen fråga känns rätt att använda även i den stora intervjustudien, då det ger möjligheter till nyanserade svar, som skildrar upplevelserna.

För att undvika felkällor är det viktigt att den som intervjuar själv lyssnar igenom banden, för att sedan skriva ut de egna intervjuerna. För att ytterligare undvika felkällor är det viktigt att så snart som möjligt efter intervjun utföra detta arbete (38). Alla intervjuer lyssnades igenom dagen efter de var inspelade och var utskrivna två dagar efter, när de fortfarande fanns som ett färskt minne.

Användning av citat är en vanlig metod inom kvalitativ forskning för att framhålla och beskriva vad som uppfattas, samtidigt som det höjer trovärdigheten. Citaten som tagits med förstärker de gemensamma teman som framkommit. De ger också tyngd när resultatets trovärdighet skall diskuteras. I talspråket kommer det fram exakt vad den intervjuade menar med sin upplevelse (39).

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet framkommer det att generellt sett, att patienterna upplever att vården har blivit bättre, än den var för några år sedan. Gamla tiders sätt att behandla patienterna beskrivs med fasa och förundran. Det som är mest framträdande i intervjuerna är att patienterna känner att de blir väl bemötta. Regler upplevs som något positivt, om samtidigt den egna integriteten respekteras. Även begränsning av medicinerna, som av erfarenhet ofta kan generera missnöje, blir en positiv handling då det uppfattas som om läkaren gör det av omtanke. Personalen känns som omtänksam och villig att hjälpa till när det behövs. Ingen av de intervjuade beskriver att de har blivit illa behandlade, trots att en av dem inte känner sig sedd. Ett bra bemötande utgör grunden för allt patientarbete och det är patientens egen upplevelse om vad som är ett gott bemötande som räknas.

Arbetet som sjuksköterska inom missbrukarvården värderas lägre och har en lägre status än att arbeta inom somatisk vård (27). Samhällets syn på personer som missbrukar avspeglar sig även bland sjukvårdspersonal inom andra discipliner, som ofta uttrycker rädsla och ett avståndstagande för den här patientgruppen. Specifik kunskap är en förutsättning för att kunna utföra ett bra arbete inom missbrukarvården, vilket framkommer i flera tidigare studier (27, 28, 29, 30, 32, 33, 35), men det är också viktigt att ha en människosyn, som gör att det går att se individen bakom missbruket. Arbetet inom missbrukarvården är både utvecklande och stimulerande, medmänsklighet och äkthet är viktiga grundläggande egenskaper när samförstånd skall etableras i mötet med patienten. Bekräftelse och samspel kan stärka en människas tro på den egna personen, motverka samhällets stigmatisering och vara en viktig faktor för behandlingsresultatet.

Vikten av att bli sedd kan inte nog poängteras av en av de intervjuade. För honom var det livsavgörande att bli sedd och lyssnad på. Han ser det som den viktigaste uppgiften personalen har. Känslan av att inte vara sedd kan innebära att man skriver ut sig i förtid, trots att behovet av hjälp är stort, för att snart komma tillbaka för en ny vårdperiod. Att någon lyssnar stärker självkänslan. När det är

stökigt på avdelningen, går de som är lugna undan, för personalen har ju ändå inte tid. Om kontaktpersonen inte ser en och är upptagen med annat riskerar tiden för återhämtningen att bli längre, vilket också i praktiken genererar längre vårdtider.

Känslan av att personalen inte har tid är en subjektiv känsla, som upplevs olika av de intervjuade. När Peplau (17) beskriver faserna i relationen mellan patienten och sjuksköterskan är de olika förväntningarna något som tydliggörs. Fokus riktat mot patienten beskrivs som det viktigaste, för att öka förståelsen för patientens behov. Av de intervjuade är det de som har lätt för att prata, som får mest uppmärksamhet och som känner sig mest sedda. Att vara tystlåten innebär inte att behovet av att bli sedd är mindre, men kan felaktigt tolkas som om man vill vara ifred.

Kommunikation och relation är centrala begrepp i kontakten mellan patienten och sjuksköterskan (17). Genom att medvetandegöra de olika faserna i relationen kan kommunikationen underlättas och identifieringen av problemen tydliggöras. I intervjuerna framkommer det att patienterna har tydliga förväntningar och önskemål om vad han eller hon behöver hjälp med. En inläggning föregås ofta av kaos i patienten liv och att söka vård är kulmen på en ohållbar situation. I orienteringsfasen kan patienten få tid att tillsammans med sjuksköterskan reflektera över vad behoven är och samtidigt få en möjlighet att grundlägga den förtroendefulla relation, som är av avgörande betydelse för att identifikationsfasen skall kunna inledas.

Att känna trygghet och för ett kort tag lägga över sina problem på någon annan när man själv inte orkar, är något som kommer fram i intervjuerna. I identifikationsfasen är det den tillåtande attityden hos sjuksköterskan, som gör det möjligt för patienten att känna sig accepterad, precis som den han eller hon är (17). Att känna sig trygg öppnar tillfällena att våga tala, även om man är tystlåten och på så sätt få möjligheter att utvecklas och gå framåt i den process, som det innebär att våga förändra sitt liv. När användningsfasen inleds är patienten redo att med stöd av sjuksköterskan ta tag i de praktiska förberedelser som är nödvändiga. innan det kan bli tal om utskrivning. En av de intervjuade talar om hur viktigt det är att han själv tror på den uppföljning som är planerad för honom och att han själv har fått vara delaktig i planeringen.

Avslutningsfasen är den fas där patienten själv känner sig redo för utskrivning och släpper taget om den trygga miljö, som en slutenvårdsavdelning utgör. I alla intervjuerna kan det tydligt utläsas att de intervjuade är i olika faser och att inte alla känner den förtroendefulla relation till sjuksköterskan, som Peplau framhåller är så viktig i den interpersonella processen. Av erfarenhet är det också vanligt att patienter inte vill skriva ut sig, utan mer eller mindre blir tvingade att gå, då det av läkaren anses vara färdigbehandlade. Att inte lyckas grundlägga en förtroendefull relation till patienten kan ha många orsaker, men att vara medveten om de olika faserna i Peplaus teori (17) skulle kunna förbättra omvårdnaden och ge patienten större möjligheter till att bli hörd. Svårigheter uppstår när önskemålen ligger utanför de möjligheter som står tillbuds. Om tex. patienten önskar komma till behandlingshem och socialtjänsten nekar p.g.a. resursbrist kan det bli svårt att nå fram till avslutningsfasen. Många patienter har också en stor ensamhetsproblematik och tiden på avdelningen blir en tid i gemenskap, som blir svår att släppa.

Eriksson (14) beskriver begreppet vårdlidande som det lidande som uppstår i vårdssituationen. När personalen inte har tid att prata, för de har så mycket annat att göra, innebär det att tankar man går och bär på stängs inne. Ibland kan det vara att få tvätta sina kläder, som upplevs som det mest väsentliga just nu. Det är personalen som ställer villkoren för när tid finns, oftast utan att ge någon egentlig förklaring till varför det dröjer. Den frustration som kan uppstå när patientens lidande inte uppmärksammas hos personalen, kan bli till en kränkning, som ökar patientens sårbarhet. Med reflektion skulle kommunikationen kunna förbättras, för vårdlidande är många gånger ett onödigt lidande, där orsaken kan förklaras med avsaknad av ett gott omdöme och förmåga att sätta sig in i patientens situation.

Paterson & Zderad (18) beskriver den interaktiva processen mellan patient och sjuksköterska och framhåller miljöns betydelse för mötet. Miljön kan vara ett hinder, men också en hjälp i skapandet av en dialog. Vårdmiljön sänder signaler som säkerställer patientens integritet och trygghet (11). Den fysiska miljön var en mycket viktig del av omvårdnaden. Det var viktigt med resurser för att kunna uppnå en god vårdkvalité och under påverkan av miljön utvecklades energi som påverkade hälsan (36, 37). Hur mycket betydelse miljön har för resultatet i intervjuerna är svårt att säga, men klart är att alla intervjuade är mycket nöjda med den miljö som finns på avdelningen.. En del av de intervjuade framhöll spontant miljön som något mycket positivt, vilket ger slutsatsen att den är av stor betydelse.

Hummelvoll (3) beskriver hur samhällets stigmatisering gör det svårt för många att leva upp till samhällets förväntningar. En förväntan som ställs på patienterna är att de skall följa den plan som gjorts upp under vårdtiden, som t.ex. kan innebära att regelbundet gå till öppenvården efter utskrivningen. En man uttrycker spontant självföraktet, som en anledning till att inte ha fullföljt kontakten med öppenvården. Rädslan att någon skall se honom, gör att uppföljningen på öppenvården rinner ut i sanden. Många människor visar ett avståndstagande, som ger signaler att den missbrukande människan har ett lägre människovärde (23). Det naturliga att känna förakt för den som missbrukar ute i samhället, är något som framkommer i flera intervjuer, men att inte få pekpinna av personalen upplevs som något mycket befriande. Det lidande det innebär att ha en lägre status som människa reduceras när hopp ges om en förbättrad framtid. Samhällets stigmatisering är tydlig och ifrågasätts inte av någon, men personalens medmänsklighet ses som ett uttryck för att det råder en annan inställning här, än de är vana vid. Det framkommer tydligt att de intervjuade är trötta på sig själva, för att de inte klarar av sin livssituation och att de har förståelse för att anhöriga inte orkar. Att inte vara tvungen att leva mer ses som en utväg, och ett par av patienterna berättar om tidigare suicidförsök, som ett resultat av att de inte har sett någon annan utväg.

Centralt i omvårdnaden var att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna och ger stöd (32, 33, 34, 35). I intervjuerna framkommer det att känslan av att få stöd, tycks vara en förutsättning för att kunna ta emot vården, att för en kort tid få lägga över sina problem på någon annan och få ett andrum. Psykisk ohälsa i kombination med missbruk är inte något som stabiliseras på några dagar. Det är tydligt att patienterna upplever att vårdtiderna generellt sett är för korta och att det finns ett

glapp till öppenvården. Det tar tid att etablera en kontakt med en öppenvårdsmottagning och den tid man väntar är som ett tomrum. Flera öppenvårdsmottagningar har öppna medicinmottagningar, som till en viss del täcker upp behovet av kontakt i väntan på att bli utredd, men det är inte alltid tillräckligt när man väntar på en samtalskontakt. Det känns som om öppen och slutenvården är två helt skilda världar, som har svårt att mötas, trots att man har gemensamma patienter. Önskvärt hade varit om personalen inom öppen och slutenvården kunde ha ett närmare samarbete än idag, för att öka förståelsen för varandras olika arbetssituationer. Kanske regelbundna besök på de olika enheterna för att diskutera nya strategier för samverkan.

Enligt nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård (2) berörs flera myndigheter i planeringen av vården för personer med samsjuklighet. För att koordinera insatserna krävs samordning. Forskning har också kommit fram till att så kallade lågtröskelboenden befäster missbruksproblematiken och kan t.o.m. förvärra den. Det finns också belägg för att yrkesträning förbättrar prognosen för personer med samsjuklighet (26). I intervjuerna framkommer det att det är viktigt med hjälp för att bryta med gamla mönster. När planeringen känns rätt ökar hoppet om att kunna klara av en förändring i sitt liv. Känslan av att planeringen är rätt ökar också viljan att lyckas. Ofta styr resurserna hur uppföljningen ser ut för patienten, men det kan också vara så att det finns en okunskap om hur viktigt det är att verkligen förankra uppföljningen hos patienten, för att den skall fullföljas.

Det råder brist på forskning som berör personer med samsjuklighet. Det finns få studier som beskriver vad patienten egentligen tycker om vården, däremot finns det ett flertal studier utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Det framkommer också att det råder en stor kunskapsbrist om hur viktigt det är att patienten känner sig sedd. Ofta säger personalen att patienten inte är motiverad, men om patienten inte blir lyssnad på, kan det resultera i en för tidig utskrivning, vilket i förlängningen leder till nya återfall. Slutsatsen av studien blir att om patienten har känslan av att bli sedd och lyssnad på, så ökas motivationen till att ta emot den hjälp som erbjuds, vilket i förlängningen skulle kunna leda till färre återfall i missbruket.

## **ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA**

När man är två personer som skriver en uppsats är det viktigt att arbetet fördelas lika mellan författarna. Fördelen med två personer, jämfört med en person, är att man kan bolla tankar och idéer emellan sig, vilket ökar trovärdigheten i resultatet.

Vi började med att läsa samma material enskilt och skrev ner idéer, som vi sedan diskuterade med varandra. Bakgrunden framskred genom att vi satt tillsammans och skrev ner varje ord gemensamt. Artiklarna som ingår i tidigare studier sökte vi var för sig och gick sedan igenom dem tillsammans, för att komma överens om vilka som var lämpliga att ta med.

Intervjuerna delades upp så att vi intervjuade två personer var. De inspelade banden lyssnades igenom gemensamt upprepade gånger och texten skrevs ner tillsammans. Analysen är helt igenom ett gemensamt arbete, då vi satt tillsammans och analyserade fram de meningsbärande enheter som gav resultatet.



## REFERENSER

1. Fahlke C, Melin A-G. Riskbruk missbruk beroende. Forskning och Vård. Västra Frölunda: Intellecta DocuSys AB; 2006.
2. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2004.
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsens epidemiologiska centrum; 2005.
5. Gustafsson B. The Philosophy of Science from a Nursing-Scientific Perspective. J of Nurs Theory 2006;15(4):31-41.
6. Eriksson K. Vårdprocessen. Göteborg: Norstedts Förlag AB; 1992.
7. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Liber AB; 2000.
8. Barbosa da Silva A, Andersson M. Vetenskap och människosyn i sjukvården. Malmö: Team Offset; 1996.
9. Barbosa da Silva A. Den biomedicinska modellens begränsning och dess konsekvens för helhetssyn i vården och för kvalitativ forskning. Vård i Norden 1992;2(12):24-28.
10. Arvidsson B, Skärsäter I. Psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2006.
11. Dahlberg K. Helhetssyn i vården, en uppgift för sjuksköterskeutbildningen (dissertation). Göteborg studies in educational sciences. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis; 1992.
12. Rooke L. Omvårdnad: teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. 2:a uppl. Stockholm: Liber AB; 1997.
13. Nationalencyklopedin. Tofte bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB; 1992.
14. Eriksson K. Den lidande människan. Arlöv: Liber utbildning; 1994.
15. Bonnier Lexikon AB. Artonde bandet. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1999.
16. Goffman E. STIGMA. Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Book Ltd; 1990.
17. Peplau. H. Selected Works-Interpersonal Theory in Nursing. London: The Macmillian Press Ltd; 1994.
18. Paterson and Zderad. Humanistic Nursing Theory/O'Connor N. California: SAGE Publications, Inc; 1992.
19. Cullberg J. Dynamisk psykiatri. WS Bookwell; Finland; 2001.
20. Leissner T. Alkohol-Ett psykosocialt beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv. Studentlitteratur: Lund; 1997.
21. Ottosson J. Psykiatri. 5:e upplagan. Stockholm: Liber AB; 2000.
22. Melin A, Näsholm C. Behandlingsplanering vid missbruk. Lund: Studentlitteratur; 1998.
23. Arlebrink J, Larsson Kronberg M. Tvångsvård vid missbruk LVM i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2005.
24. MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV. Kristianstad: Pilgrim Press; 1995.

25. Agerberg M. Kidnappad hjärna. Lund: Studentlitteratur; 2004.
26. Gefvert O, Sundberg L, Wiberg D. Dubbel Diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt av Kim T. Meuser m.fl. Karlskrona: Stiftelsen ETT HELT LIV. Augusti; 2006.
27. Grafham E, Matheson C, Bond C.M. Specialist drug misuse nurse`s motivation, clinical decision-making and professional communication: an exploratory study. *J of Psychiatric and Ment Health Nurs* 2004;11:690-697.
28. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:268-274.
29. Clancy C, Oyefeso A, Ghodse H. Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *J Adv Nurs* 2007;57(2):161-171.
30. Coombes L, Wratten A. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:382-392.
31. Wadell K, Skärsäter I. Nurses experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Ment Health Nurs* 2007;28:1125-1140.
32. McLaughlin D, Mckenna H, Leslie J.C. The perceptions and aspirations illicit drug users hold towards health care staf and the care they receive. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000;7:Page 435-441.
33. Coats Worth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C. Nurse-client processes in mental health: recipient`s perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6): 347-355.
34. Coffey M, Higgon J, Kinneer J. Therapy as well as the tablets: views of community mental health nurses (CMHNs) responses to hearing voices. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;19(1):435-444.
35. Graham J, Denoual J, Cairns D. Happy with your care? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:173-178.
36. Thorpe K, Loo R. Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: current and future perspectives in a changing healt care system. *J Nurs Manag* 2003;11:321-330.
37. Lynn M, McMillen B. Do nurses know what patients think is important in nursing care. *J Nurs Care Qual* 1999;13(5):65-74.
38. Dahlberg K. Kvalitativa metoder för vårdvetare. Lund: Studentlitteratur; 1997.
39. Krippendorff K. Content analysis – An introduction to it`s methodology, 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks. London: SAGE Publications Inc; 2004.
40. Svensk sjuksköterskeförening. Internationell etisk kod för sjuksköterskor. Available from: URL:<http://www.swenurse.se>, 2007-11-20, kl. 20.30.
41. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Available from URL:<http://www.codex.uu.se>, 2008-04-21, kl 12.00.

## PATIENTINFORMATION

Undersökningar visar att det i Sverige finns ett ökande problem när det gäller missbruket av alkohol och/eller andra droger. Missbruk orsakar ett svårt mänskligt lidande och många personer befinner sig i en situation där de har förlorat arbete, bostad och familj. Vårdresurserna är begränsade och många patienter vårdas några dagar eller veckor och återkommer snart för en ny vårdperiod. Det finns ett klart samband mellan missbruk och psykisk ohälsa, men det finns också en omvänd problematik, psykisk ohälsa medför oftare ett missbruk. Det finns forskningsstöd som säger att samarbete mellan olika myndigheter, såsom sjukvård och socialtjänst är mest effektivt, men för att tillgodose den enskilde patientens behov utifrån den egna upplevelsen, behövs mer dokumentation om hur patienter upplever vården.

Du har blivit tillfrågad om du vill medverka i en intervju av en sjuksköterska på Din avdelning, där syftet är att undersöka patientens upplevelse av att vårdas på en låst missbruksavdelning. Du har blivit utvald, därför att Du vid mer än ett tillfälle har vårdats på avdelningen. Din medverkan är viktig och Dina erfarenheter kan ge den kunskap som behövs, för att kunna genomföra förbättringar. Studien är godkänd av verksamhetschefen.

Intervjun kommer att ske i ett enskilt rum på vårdavdelningen. Du får med egna ord berätta om Dina upplevelser av vården och hur Du tycker att dina behov har tillgodosetts. Intervjun kommer att spelas in på band, detta för att inte gå miste om någon viktig information. Innehållet skrivs sedan ner och analyseras. Vid redovisning av resultatet kommer ingen obehörig att kunna härleda svaren till den person som medverkat. Banden kommer att förvaras på ett säkert sätt. Efter avslutad analys kommer banden att förstöras. Du kommer givetvis att kunna ta del av resultatet om Du så önskar.

Den som medverkar i studien gör det helt frivilligt och har, när som helst rätt att avbryta sin medverkan. Kontakta bara någon av nedanstående personer. Du behöver inte ange någon förklaring. Den fortsatta vården kommer inte att påverkas om du avbryter.

Du kan också kontakta någon av nedanstående personer om du önskar få ytterligare information om studien.

Silvana Olausson  
Leg. Sjuksköterska  
Beroendekliniken  
Avd 242. Mölndal  
Tel. 343 22 00

Ingmarie Siljegovic  
Leg. Sjuksköterska  
Beroendekliniken  
Avd 242 Mölndal  
Tel. 343 22 00