



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Rus og holdninger/ Substance abuse and attitudes.

Bjørn Roger Johnsen og Vegard Sjøvoll Bach

Totalt antall sider inkludert forsiden: 73

Molde, Innleveringsdato: 13.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingunn Pernille Mundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 13/04-2016

Antall ord: 11912

Sammendrag

Bakgrunn: Rusproblemer er en av utfordringene helsesektoren står ovenfor. Sykepleier har en viktig rolle når det gjelder å få til et samarbeid med rusavhengige pasientene. Holdninger påvirker måten sykepleier samarbeider med denne pasientgruppa.

Hensikt: Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hvordan sykepleiers holdninger påvirket samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren.

Metode: Systematisk litteraturstudie som bygger på 10 kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel.

Resultat: Manipulasjon, uforutsigbarhet og vold påvirket sykepleiers holdninger. Pasientene var krevende, noe som resulterte i negative reaksjoner blant sykepleierne. Kunnskap var viktig i forhold til holdninger i samarbeid med rusavhengige pasienter.

Konklusjon: Funnene vi kom frem til så at manipulasjon, vold, og uforutsigbarhet hadde betydning for sykepleiers holdninger. Slike holdninger kan føre til fordommer mot pasientgruppa. Pasientgruppa ble sett på som krevende. Dette førte til frustrasjon blant sykepleierne. Kunnskap påvirker holdningene. Mangel på kunnskap førte til et negativt syn på de rusavhengige pasientene. Dette fikk konsekvenser for samarbeidet mellom sykepleier og den rusavhengige pasienten.

Nøkkelord: Sykepleier, holdninger, samarbeid, rusavhengige, helsesektoren

Abstract

Background: Substance abuse is a challenge the healthcare has to deal with. Nurses has an important role in the cooperation with patients that uses illicit drugs. Attitudes affects the way nurses cooperate with this patient group.

Purpose: The purpose of this study was to investigate how nurse's attitude affected the cooperation with patients that uses illicit drugs within the healthcare system.

Method: A literature study that includes 10 qualitative and one quantitative articles.

Result: Manipulation, unpredictability, and violence affected the nurse's attitude. The patients where considered to be demanding, and it resulted in negative reactions among the nurses. Knowledge was important in relative to attitudes when cooperating with patients who uses illicit drugs.

Conclusion: The findings concluded that manipulation, violence, unpredictability had an importance to the nurse's attitude. This could lead to a judgemental attitude towards patients who uses illicit drugs. The patient group where considered to be demanding that lead to frustration among the nurses. Knowledge affected the attitude. The lack of knowledge lead the nurse's perception in a negative direction. This had consequences for the cooperation between nurses and patients who used illicit drugs.

Keywords: nurse, attitude, cooperation, addicts, health sector

1.0	Innledning	1
1.1	Studiens hensikt.....	2
2.0	Bakgrunnsteori.....	3
2.1	Rusens betydning	3
2.1.1	Aspekter ved rusavhengighet	3
2.1.2	Sykepleierens utfordringer i møte med rusavhengige pasienter	4
2.2	Holdningers betydning for mennesker	4
2.3	Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold.....	6
2.4	Samarbeid mellom sykepleier og pasient	7
2.5	Kommunikasjonens hensikt i samarbeid mellom sykepleier og pasient	7
3.0	Metode.....	9
3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	9
3.1.1	Inklusjonskriterier	9
3.1.2	Eksklusjonskriterier.....	9
3.2	Datasamling.....	10
3.2.1	Refleksjon og problemformulering	10
3.2.2	PICO-skjema	10
3.2.3	Litteratursøk	11
3.3	Kvalitetsvurdering	13
3.4	Etiske hensyn.....	13
3.5	Analyse.....	14
4.0	Resultat	16
4.1	Møte med en krevende pasientgruppe.....	16
4.1.1	Å forholde seg til manipulerende og uforutsigbare pasienter	17
4.1.2	Sykepleiers beskrivelser av relasjoner med voldelige pasienter	18
4.2	Sykepleierens mangelfulle kunnskaper om rus	18
4.2.1	Sykepleieres holdninger til rusavhengighet som sykdom eller handling.....	20
4.2.2	Når sykepleierens kunnskaper og holdninger påvirker relasjonen med rusavhengige pasienter	21
5.0	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.1.1	Datasamling.....	23
5.1.2	Kvalitetsvurderinger og etiske overveielser.....	25
5.1.3	Analyse.....	25
5.2	Resultatdiskusjon.....	27
5.2.1	Utfordringer med å etablere gode relasjoner med rusavhengige pasienter ...	27
5.2.2	God kunnskap og gode holdninger – en betingelse for sykepleiere?.....	32
6.0	Konklusjon.....	37

Referanseliste

Vedlegg 1: PI(C)O skjema

Vedlegg 2: Søkestrategi

Vedlegg 3: Oversiktstabell over artikler

Vedlegg 3: Sjekkliste for kritisk vurdering av prevalensstudier

Vedlegg 4: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative studier

1.0 Innledning

Det finnes ikke et eksakt tall for antall mennesker med rusproblemer verken på lands- eller verdensbasis. Hvordan man regner ut dette, er relatert til hva man legger i «rusproblemer». I Norge er det omtrent 20-30 000 som har narkotikaproblemer, 2-300 000 som har alkoholproblemer, og ca. 30-50 000 har utfordringer med legemidler som er reseptbelagte. Selv med konsekvenser som varer livet ut, makter ikke personen å kontrollere bruken av rusmiddelet (Lossius 2012). WHO(2014) ytrer bekymring over den økende forekomsten av rusproblemer i verden, og ser på dette som en helseutfordring som kan true allmennheten. Mennesker som bruker illegale rusmidler utgjør i antall mellom 162 og 324 millioner, og det var mellom 3,5 og 7,0% i aldersgruppen 15-64 år som har brukt illegale rusmidler minst en gang i løpet av foregående år. I 2014 var antall rusmisbrukere, rusavhengige og mennesker som hadde et rusproblem, estimert til mellom 16 og 39 millioner personer.

Biong og Ytrehus (2012) sier at rusproblemer kommer til å bli en utfordring for samfunnet. Det stilles større krav til helsetjenestene i Norge. De hevder også at mennesker med rusproblemer kan lide av komorbide lidelser, noe som vil medføre at de vil ha behov for langvarige og sammensatte tjenester som kan være vanskelig å håndtere. Det legges sentrale føringer fra myndighetene for hvordan sykepleier skal kunne møte og behandle pasientene. Opptrappingsplan for rus og psykiske lidelser er et av satsningsområdene for regjeringen de neste årene. Planens innhold skal fokusere på hvordan man skal samarbeide med pasientgruppa, og gir en oversikt over utfordringene helsesektoren har i møte med rusavhengige pasienter (Helse- og Omsorgsdepartementet 2015).

På bakgrunn av vår systematiske litteraturstudiets omfang, har vi valgt å avgrense vår litteraturstudie til pasienter som har rusavhengighet (Michaelsen og Jørgensen 2015). Selv om denne avgrensningen også har diffuse grenser, vil vi fokusere på rusavhengige pasienter som en sykepleier kan møte. Vi har erfart at vi kan møte rusavhengige både på sykehus, i institusjon og i hjemmet. Derfor føler vi at rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren vil belyse vår litteraturstudiets hensikt.

Vi har begge erfart at rusavhengighet kan ramme hvem som helst, og vi synes det er et spennende og aktuelt tema. Ut fra vår oppfatning har sykepleieren en viktig rolle i arbeidet med å møte rusavhengige pasienter. Derfor er det viktig at sykepleieren har innsikt i hvordan egne holdninger både kan smitte over, og influere sykepleie-pasient relasjonen.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiers holdninger påvirket samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren.

2.0 Bakgrunnsteori

2.1 Rusens betydning

Rus er noe som vil kunne føre til en endret tilstand som en årsak av å bruke rusmidler.

Rusmidlene vil kunne føre til både endret bevissthet, og fysisk tilstand.

For å forstå hvorfor enkelte mennesker ønsker å få sin bevissthet, og endret sin fysiske tilstand, er det viktig å se på hva rusmidlene gjør med oss som mennesker. De samme delene av hjernen blir aktivert når vi som mennesker opplever nærhet, og glede i forhold til andre mennesker. Disse delene blir også aktivert med bruken av rusmidler. Det kan i enkelte tilfeller føre til at rusmidlene kan erstatte, og utkonkurrere behovet for relasjoner til andre mennesker. Rusmidlene har en evne til å påvirke styrken til de forskjellige følelsene vi har som sinne, tristhet, og glede. Rusmidlene kan også dempe forskjellige varianter av angst og uro. Med hjelp av rusmidler kan man også flykte fra realiteten i en vanskelig periode eller dempe fysisk og psykisk smerte (Lossius 2012).

2.1.1 Aspekter ved rusavhengighet

Rusavhengighet er komplekse tilstander, og involverer en rekke forhold.

Avhengigheten kommer til syne på flere områder. Personen kan ha et sterkt behov til å måtte ha rusmidlet. Personen har problemer med å stoppe før han føler tap av kontroll. En del rusavhengige kan utvikle abstinenssymptomer når de skal slutte med rusmiddelet. Et annet tegn på rusavhengighet vil være at personene må gå opp eller øke brukerdosen for å få samme effekt som tidligere. Dette kalles for toleranseutvikling for det narkotiske stoffet. Selv om personen er klar over de negative konsekvensene som er forbundet med inntaket, kan avhengighet over tid føre til at det narkotiske stoffet blir førsteprioritet (Lossius 2012).

Nesvåg (2012) beskriver tre perspektiver på avhengighet, men vi kommer bare til å ta for oss det neurobiologiske perspektivet. Det tar for seg at vi som mennesker er ute etter belønning. Det kan være å oppnå reduksjon av ubehag eller å oppleve noe som positivt. Som mennesker har vi et belønningssystem i hjernen som driver oss til de aktivitetene som gjør at dopaminnivået i hjernen øker.

Belønningen er motivasjonen som får oss til å utføre aktivitetene. Aktiviteter som øker belønningene våre kan bli til vaner som vi bevarer. Når vi øker mengden og frekvensen på

rusbruken eller aktiviteten som fører til en belønning, vil rusmidlene kunne ta over hjernens belønningssystem. Det vil føre til at store mengder dopamin skilles ut, og det vil føre til en stor og sterk læringseffekt. Hvis overaktivering av dopaminet skjer over tid vil det igjen føre til at hjernen svarer med å redusere mengden dopamin. Ettersom hjernen svarer med å redusere belønningen, vil læringseffekten av å søke belønning gjennom bruken av rusmidler blitt permanent (Nesvåg 2012).

2.1.2 Sykepleierens utfordringer i møte med rusavhengige pasienter

Mange rusavhengige pasienter har kroniske og komorbide tilstander, både innenfor psykiske og –somatiske lidelser. Det gjør rusavhengige pasienter til en kompleks gruppe å jobbe med. I tillegg kommer også problematikk knyttet til stigmatisering, isolasjon, utestengning og hverdagsliv (Aakre og Biong 2012).

I følge Brorson et al. (2013) kommer det frem at det er ulike faktorer som har betydning for at rusavhengige pasienter velger avslutte behandling. Faktorene som var av størst betydning var pasientens alder, kjønn, utdanning, hvilken gruppe rusmidler pasientene brukte og komorbide lidelser.

Helsepersonell og pasient blir emosjonelt påvirket av hverandre, noe som potensielt kan utvikle både negative og positive følelser. Hvis pasienten også innehar dårlig impuls kontroll og relasjonelle skader, kan det fremkalle sterke negative emosjonelle reaksjoner hos helsepersonellet. Slike skader kan man se blant rusavhengige pasienter. Disse negative emosjonelle reaksjonene kan være en årsak til pasienter med rusavhengighet møter mer motstand innenfor helsesektoren enn andre pasientgrupper (Lossius 2012).

2.2 Holdningers betydning for mennesker

En holdning er en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og atferdstilbøyligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet. Utviklingen av holdninger er en del av sosialiseringen fordi de både dannes som et resultat av samspill med andre, og påvirker måten vi omgås andre på (Bunkholdt 2002, 188).

Holdningene omfatter tre komponenter som påvirker hverandre. Følelseskomponenten forteller noe om hvilken følelse som er knyttet opp mot verdispørsmålet.

Tankekomponenten sier noe om hvordan man organiserer disse tankene rundt verdispørsmålet. Den atferdsmessige komponenten består av våre handlinger knyttet opp mot verdispørsmålet. Det vil si at det vil være en direkte atferd opp imot verdispørsmålet. Avhengig av hvilken av de tre komponentene som kommer mest til syne i forhold til verdispørsmålet, har det ringvirkninger på hva slags holdning som uttrykkes. Noen ganger kan tankekomponenten være mer synlig enn følelseskomponenten. Dette kalles for meninger. Holdninger kan inneha ulike funksjoner. De kan hjelpe oss i praktiske situasjoner i livet. Når vi har behov for hjelp i en situasjon, kan holdningene hjelpe oss å takle handlingene en står overfor. Tilpasning er en av funksjonene til holdningene for å kunne tilpasse seg situasjoner, enkelt mennesker og eller grupper. Det å få positive tilbakemeldinger som ros eller aksept innad i en gruppe kan gjøre at vi er tilbøyelig for å tilegne oss nye holdninger for å nå målet. Kunnskaper og orientering er holdninger basert på tanker. De gir oss en sjanse til å forholde oss til det som omgir oss. Holdningene som går på kunnskap og orientering er lite påvirket av følelser. Får man ny kunnskap som holdningene kan relateres til, er holdningene lette å endre (Bunkholdt 2002). Videre hevder Bunkholdt (2002) at holdningene våre kan inneha en forsvarsfunksjon. Slike holdninger beskytter oss mot «opplevelser av oss selv som sårbare eller som betydningsløse og lite verd» (Bunkholdt 2002, 194).

Mennesket kan erkjenne angst eller ubehag relatert til den sårbare opplevelsen å utvikle uønskede reaksjoner. Vi kan utvikle egne mestringsstrategier for å redusere egen sårbarhet. For å redusere spenningen og angsten fremkaller, kan vi svare med å distansere oss fra det som virker skremmende. Fordommer er forutinntatte holdninger av negativ karakter, som er rettet mot menneskegrupper eller enkeltindivider. Holdningene baserer seg på for lite eller gal informasjon. En årsaksforklaring til slike holdninger kommer frem er at man føler seg truet. Fordommer kan sees i sammenheng med omgivelsene. Fordommene vil kunne karakteriseres som en tilpasningsfunksjon. Ved å «overta» holdningene til andre, kan personen bli belønnet. En gruppe kan være sammensatt av ulike personligheter. Lederne i gruppa kan fremstå som normsendere, og kan ubevisst influere de andres holdninger (Bunkholdt 2002).

2.3 Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold

Sykepleieteoretikeren Travelbee passet best i forhold til vår hensikt og bakgrunns teori. Travelbee har et syn på hvert menneske som et unikt og eget individ. Hun hevder at synet på å se det unike individet eller mennesket bak pasienten er viktig så stereotypi ikke får feste seg. Travelbee trekker frem viktigheten av å se på menneske til menneske forholdet, og de forskjellige fasene som er med på å gjøre menneske til menneske forholdet mulig. En av Travelbees grunntanker, er at sykepleiere skal etablere et menneske til menneske forhold. Travelbee vil ikke bruke ord som sykepleier til pasient forhold. Travelbee hevder at det ikke vil føre helt frem til en kontakt mellom to parter. Dette kommer først når vi mennesker ser på andre mennesker som mennesker, og ikke som noe annet at en reell kontakt kan etableres (Travelbee 1999).

Den første fasen kaller hun det «innledende møtet». Når sykepleier og en pasient møtes for første gang vil de observere, og å gjøre seg opp meninger om hverandre. Dette vil være med på å etablere visse følelser (Travelbee 1999).

Den andre fasen kaller Travelbee for «framvekst av identiteter». Evnen til å se på personen som et unikt individ, og det å verdsette individene står sentralt. Her ser man mer på personen i kraft av personens identitet og ikke som det Travelbee kaller en kategori (Travelbee 1999).

Den tredje fasen kaller Travelbee for «Empatifasen» som er en nøytral prosess. I denne fasen ser man forbi overdekkene atferd. Man blir var for personens opplevelse av seg selv her og nå, men man har ikke den trangen til å hjelpe vedkommende (Travelbee 1999).

Den fjerde fasen kaller Travelbee for «sympatifasen». Sympatifasen blir et produkt av empatifasen, og man får behovet for å hjelpe den andre. Behovet viser seg ikke som en konsekvens av å jobbe som sykepleier, men som en konsekvens av at man føler medlidenhet med den syke (Travelbee 1999).

Den gjensidige forståelse og kontakt er det overordnede målet for all sykepleie. Den gjensidige forståelsen og kontakten kommer til syne når man som sykepleier og pasient har gjennomgått de foregående fasene (Travelbee 1999).

2.4 Samarbeid mellom sykepleier og pasient

Ved samarbeid jobber man fortløpende med uformell kontakt mellom enkeltmennesker. Graden av forpliktelse kommer til syne gjennom å se på kjemien mellom de som samarbeider. Det er ikke slik at forpliktelsen trenger å være like sterk, hvis kjemien ikke stemmer mellom partene (Orvik 2004). Skal samarbeid finne sted må det etableres et «vi»-felleskap, og et syn på oss og dem må bort. Samarbeid betyr at sykepleier og pasient vil jobbe sammen for å nå et felles mål. For at samarbeid skal finne sted må begge parter ha en felles forståelse for hva pasientens problem er for å ha muligheten til å komme frem til løsninger sammen (Dahl 2012).

2.5 Kommunikasjonens hensikt i samarbeid mellom sykepleier og pasient

Kommunikasjon kan defineres som å utveksle meningsfylte tegn mellom minimum to parter. Tegnene er gjerne sammensatte, og kan være av både verbal eller nonverbalkarakter. Tegnene må fortolkes av mottakeren. Selv om kommunikasjonen er av verbal karakter, kan ordene ha ulik betydning eller ha en annen intensjon. Hvordan vi tolker signalene som blir sendt til oss, har betydning for det videre kontaktforholdet. Når man jobber innenfor helsesektoren fordrer det at vi er profesjonelle. En slik kommunikasjon basert på profesjonalitet, og skal være forankret i yrkets verdigrunnlag. Verdigrunnlaget gjelder for alle som har utdanning innen helsefag (Eide og Eide 2010).

Målet for en profesjonell, hjelpende kommunikasjon er at den skal «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse» (Eide og Eide 2010, 18). Det er

også formulert i de internasjonale retningslinjene for sykepleierne. Det er tanker som bygger på likeverd og at man skal respektere andre menneskers forskjeller som ligger til grunn (Eide og Eide 2010).

I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Eide og Eide 2010, 19).

De norske retningslinjene sier som sykepleier skal du bidra til at den som søker helsehjelp skal kunne ta i bruk sine egne ressurser, og ivareta sin helse. Samtidig skal sykepleier beskytte den som søker hjelp mot skade. Disse verdiene angår ikke bare sykepleiere, men alle som jobber innenfor helse. Slike verdier kommer bare til uttrykk ved at pasient og tjenesteyter har et godt kontaktforhold (Eide og Eide 2010).

3.0 Metode

Metode sier noe om hvilken måte vi kan innhente kunnskap (Dalland 2012).

Bacheloroppgaven skal være en systematisk litteraturstudie i henhold til retningslinjene for bacheloroppgave (Jørgensen og Michaelsen 2015). En systematisk litteraturstudie er å gjøre et systematisk søk på aktuell forskning innenfor det bestemte kliniske fagfeltet, kritisk vurdere og tilslutt sammenstille den litteraturen man fant innenfor det valgte emnet eller problemstilling (Forsberg 2013).

3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

3.1.1 Inklusjonskriterier

På bakgrunn av betingelsene i en systematisk litteraturstudie, har vi foretatt enkelte valg som får betydning for den videre prosessen. Artiklene skulle være originalartikler. De måtte være etisk vurderte, og godkjente. Vi ønsket helst å inkludere kvalitative studier for det var disse studiedesignene som belyste vår hensikt best. I følge Kunnskapssenteret skal kvantitative studier helst ha en svarprosent på minst 70% for at studiene kan regnes som pålitelige (Nortvedt et al. 2012).

- Sykepleieperspektivet
- Artiklene skulle ikke være eldre enn fra 2009
- Etisk godkjente
- Originalartikler
- Kvalitative studier «best balance»
- Kvantitative artikler med deltakelse på >70%
- Språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk

3.1.2 Eksklusjonskriterier

Vi valgte å ekskludere forskning som oversiktsartikler, artikler med språk vi ikke forstår og artikler eldre enn 2009. Siden vi ønsket å undersøke sykepleieperspektivet ble pasient, pårørende og tjenesteytere utenfor helsesektoren ekskludert.

- Oversiktsartikler
- Ikke etisk godkjente
- Pasient eller pårørende perspektivet.

- Andre tjenesteytere utenfor helsevesenet.
- Kvantitative artikler med deltakelse på <70%.
- Artikler som ikke hadde engelsk, norsk, svensk eller dansk språk.

3.2 Datasamling

Datasamling handler om å finne relevante studier til vår systematiske litteraturstudie. For at vi kunne systematisere søkene på en god og oversiktlig måte, var det nødvendig å ha en plan. Vi tok utgangspunkt i Forsberg (2013) sin prosess for systematisk litteraturstudie, og innhenting av data.

3.2.1 Refleksjon og problemformulering

Før vi startet søkeprosessen på studier som kunne besvare vår hensikt, måtte vi lese oss opp på vårt tema. Vi ønsket oss mer kunnskaper om rus og holdninger. Samtidig var det krav om fordypning i tema, slik at det ble lettere å formulere et problemområdet. Etter lesingen av oversiktsartikler, fant vi tidligere forskning på rus og holdninger.

Avgrensninger er viktig for å ekskludere data som er irrelevante (Forsberg 2013). Vi begynte å avgrense tema med hensikt. Det neste steget handlet om å søke etter relevante studier. Vi tok derfor utgangspunkt i vår hensikt.

3.2.2 PICO-skjema

Å søke etter studier krever struktur. Når vi søkte i databaser, gav PICO skjema oss en struktur. Det gav oss muligheten til å bryte ned hensikt i mindre biter, og sette delene av hensikt inn i skjemaet (Forsberg og Wengström 2013).

P (Problem) Hvilken populasjon eller pasientgruppe gjelder det. I vår litteraturstudie var hensikten å finne ut om sykepleiers holdninger påvirket samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren.

I (Intervensjon) Hva var det med denne gruppen man var interessert i? Her var det sykepleierne som var av interesse.

O (Outcome) Hvilke utfall var vi ute etter? Vi var ute etter sykepleiers holdninger.

Holdninger er et nøytralt ord i seg selv, men det er lett å vinkle det i en enten negativ eller positiv retning (Nordtvedt et al. 2012).

Siden hensikten med vår systematiske litteraturstudie ikke var å lete etter sammenligning, har vi derfor valgt å ekskludere «Comparison».

I PIO- skjemaet merket vi av en horisontal delestrek for å skille søkeordene, og den norske oversettelsen av søkeordene.

3.2.3 Litteratursøk

Vi startet med enkle prøvesøk tidlig på høsten 2015 gjennom et selvlaget PIO-skjema. Flere databaser ble benyttet, blant annet Ovid Medline, Cinahl, Swemed, Psych info 2002 og Proquest. Vi startet å finne enkle søkeord. For å se om vi fant studier som var relevant, valgte vi ikke å bruke vanskelige kombinasjoner. Benyttede søkeord var «Illicit drugs/substance-related disorders», «nurs» og «attitude», «stigma».

Med utgangspunkt i vår hensikt ønsket vi å undersøke hvordan sykepleiers holdninger påvirket samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren. Valg av hensikt får derfor konsekvenser for hvilken metode som er mest hensiktsmessig å benytte seg av. For vår litteraturstudie var kvalitativ forskning mest hensiktsmessig. Nordtvedt et al. (2012) skriver at kvalitativ forskning brukes for å belyse holdninger. Ut i fra veiledning på prosjektskissa, ble vi enige om å endre på søkeordene fordi vi ikke ville virke forutinntatte. Samtidig måtte vi ikke søke på «funn» vi trodde vi kom til å finne. På vårsemesteret begynte vi å utvide PIO skjemaet med flere søkeord. Da vi begynte med hovedsøket, søkte vi i Ovid Medline, PsychInfo og Proquest. Medline inneholder studier spesielt innen medisin, og inneholder studier fra 1946 frem til i dag. Psych info tar for seg studier som omhandler spesielt psykiatri (Nordtvedt et al. 2012). Vi benyttet oss ikke av andre databaser, fordi vi syntes de var vanskelige å søke i.

Vi begynte å søke ved å kombinere ulike søkeord. Ut i fra søkeresultatene i databasene, leste vi titlene til de ulike studiene. Vi så at flere av studiene hadde titler som ikke samsvarte med vår hensikt. Disse studiene valgte vi å forkaste. Etter hvert fant vi artikler vi mener var av relevans for litteraturstudiens hensikt, og begynte å lese artikkelsammendrag. Sammendragene gav oss et innblikk i artiklene. Samtidig fikk vi muligheten til å se om de inneholdt funn som kunne svare på vår studiets hensikt. Etter at vi hadde lest sammendrag, ble ytterligere noen studier forkastet. For at det skulle være lettere å finne tilbake til de relevante studiene lagret vi søkene. Vi har valgt å inkludere totalt 11 studier. For å huske på de viktigste funnene fra hver enkelt artikkel, valgte vi å skrive egne artikkelsammendrag.

Ovid Medline

Vi søkte på kvalitative artikler. Språk var satt til dansk, engelsk, norsk eller svensk, og artiklene skulle ikke være eldre enn 2009. Søket ble avgrenset ved å velge «abstracts og core clinical journals».

Vi brukte også boolske operatører som AND/OR. Det ble også benyttet Mesh-terms i alle søkene på Ovid.

11.01.2016

Vi tok utgangspunkt i PIO skjema. Vi valgte å begrense søket vårt ved å bruke de satte inklusjons og eksklusjonskriteriene. Deretter ble det søkt på illicit drugs, substance related disorders, dependence, drug addiction, drug abuse, drug users, og kombinerte det med nurse, nurses AND experienc*, perception, perspectives, care*, cooperation, attitude of health personnel og attitude.

Vi fikk totalt 418 treff, og leste 16 artikkelsammendrag. Deretter ble fem kvalitative, og en kvantitativ artikkel inkludert.

13.01.2016

Vi brukte de samme avgrensningene som ovenfor. Kombinasjonen av søkeord var noe annerledes (Se vedlegg: søkestrategi).

Vi fikk 597 treff, leste 20 sammendrag, og inkluderte to artikler.

Ovid Psych INFO 2002

13.01.2016

Vi brukte de samme avgrensningene som på Ovid Medline, Vi benyttet oss av søkemotoren Ovid, men valgte å kjøre søket i Psych INFO 2002 med de samme søkeordene.

Vi fikk totalt 275 treff, leste 10 sammendrag, og inkluderte en artikkel i vår systematiske litteraturstudie.

Proquest

Søket ble avgrenset til å gjelde språkene norsk, dansk, svensk, og engelsk. Vi avgrenset også til scholarly journals og article. Samtidig satte vi tidsbegrensning at de ikke skulle være eldre enn 2009.

15.01.2016

Det ble benytte andre søkeord, og kombinasjoner som drug addiction AND health personnel AND perspectives. Vi fikk totalt 9 treff, leste tre sammendrag og inkluderte en artikkel (Se vedlegg: søkestrategi).

15.01.2016

Det ble brukt andre søkeord (Se vedlegg: søkestrategi), og fikk 11 treff. Vi leste tre sammendrag, og inkluderte en artikkel.

3.3 Kvalitetsvurdering

Forsberg (2013) sier at en systematisk litteraturstudie skal ta utgangspunkt i tidligere empirisk forskning. I empirisk forskning stilles det spesifikke krav til den forskningsbaserte studiens innhold, og metodiske komposisjon. Hver forskningsartikkel ble kvalitetsvurdert opp mot sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter. Sjekklister er et verktøy, og hjelpemiddel for å kritisk vurdere forskningsartikler. I sjekklister ser man på studiens relevans, resultat og om metodeinnhold samsvarer med gjeldende kriterier (Kunnskapssenteret 2015). For å vurdere om studiene oppfylte kravene, brukte vi sjekklister for kvalitativ metode og prevalensstudie. Basert på et helhetsinntrykk ble artiklene rangert i kategoriene lav, medium eller god. Artikler som ikke oppfylte kravene ble ekskludert. Vi leste og kvalitetsvurderte 17 artikler, hvorav 6 ble forkastet. To av 6 artikler hadde ikke en tydelig nok IMRAD struktur mens de to studier ikke oppfylte kravene til sjekklister. Det ble også gjort en kvalitetsvurdering av tidsskriftene som studiene var publiserte i. Publiseringnivået sier noe om kvaliteten. For å sjekke om de var fagfellevurdert til nivå 1 eller 2, søkte vi opp tittelen på tidsskriftet i søkefunksjonen til Norsk senter for forskningsdata. (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2016). To studier var ikke publisert i tidsskrifter som var fagfellevurdert. Disse ble forkastet.

3.4 Etiske hensyn

Etisk hensyn omhandler måten en skal behandle personvernopplysninger på uten at personvern, og personenes integritet blir svekket. Etiske overveielser innad i forskning handler om troverdighet i forhold til studienes resultat. I denne typen studier som omhandler pasienter, og tradisjonell medisinske tilnærminger er ofte pasientene satt i en særstilling (Dalland 2012). Helsinkideklarasjonen er overordnede retningslinjer som tar utgangspunkt i at mennesket skal stå i sentrum, og skal veie tyngre enn hensynet til hvilken nytte forskningen har for samfunnet. Rusavhengige er en sårbar pasientgruppe, og en må være nøye med å ivareta pasientens personvern slik at pasientene ikke blir påført

unødvendig skade når det gjelder sin egen integritet. Dette gjelder også når helsepersonell er deltakere av de ulike studiene (Slettebø 2014).

I følge Lov om Helsepersonell (2001) har yrkesutøvere taushetsplikt vedrørende opplysninger om pasientens sykdomsbilde eller person- opplysninger de får vite i kraft av rollen som helsepersonell. Det er viktig at pasientopplysninger blir anonymisert, slik at det ikke er gjenkjennbart for andre. Det var viktig for oss at deltakerne som var med i studiene ble informerte, og forklart den aktuelle studiens hensikt. Samtidig var det viktig for oss at forskerne gav deltakerne muligheten til å trekke seg frivillig dersom de ønsket det. Dette kalles informert frivillig samtykke (Dalland 2012). Studiene brukt i litteraturstudien var alle etisk vurderte, og godkjente. De ble godkjente av de lokale sykehusene, og universitetene der studiene ble utført. Det ble også innhentet samtykke fra samtlige deltakere i de ulike studiene.

3.5 Analyse

Evans analysemodell ble brukt i analysen av forskningsartikler. Analyse handler om å bryte ned strukturer for å lette bearbeidelsen av innsamlet data. Det retter fokuset, og presisjonen mot de viktigste hovedfunnene. Analysemodellen består av fire faser som består av å samle utvalget, identifisere viktige nøkkelfunn, sammenfatte funnene på tvers av de ulike studiene og beskrivelse av fenomenet (Evans 2002).

I den første av Evans fire faser blir det satt fokus på innhenting av innsamlet data (Evans 2002). I denne fasen søkte vi for å finne de forskningsartiklene vi ønsket til vår litteraturstudie. Delkapittelet «datasamling» gir en utfyllende forklaring om hvordan relevant litteratur ble samlet.

Den andre av Evans fire faser består hovedsakelig av å identifisere nøkkelfunn i de ulike forskningsartiklene. For å kunne gjennomføre fase to, måtte vi studere hver enkelt forskningsartikkels resultatdel flere ganger for så å beskrive de viktigste hovedfunnene. Det var essensielt at hovedfunnene i forskningsartiklene hadde relevans, og sammenheng med den systematiske litteraturstudiens hensikt (Evans 2002). For å gjøre det systematisk leste vi forskningsartiklene hver for oss, og fant mulige funn som kunne være relevant for vår litteraturstudie. Deretter møttes vi for å gå gjennom forskningsartiklene sammen.

Hovedfunn ble markert, kodet med farger og det ble nedskrevet en objektiv sammenfatning av funnene for hver enkelt artikkel.

Den tredje av Evans fire faser handler om å identifisere funn på tvers av de ulike studiene. Her skal man sammenligne studiene, og sortere de identifiserte nøkkelfunn for å se om de kan klassifiseres under samme tema (Evans 2002). For å gjøre det oversiktlig valgte vi å sette de ulike studiene, med samme undertemaene, satt i et skjema. Dette gjorde at vi fikk en klart bilde på om resultatene i de forskjellige studiene omhandlet samme tema.

I Evans fjerde fase fremstilles viktigheten med å beskrive fenomenet en vil undersøke for å gjøre seg opp en forståelse og mening (Evans 2002). Her ble det utformet større hovedkategorier slik at disse kunne skape sammenheng med undertemaene. Vi kom frem til to hovedkategorier som hver hadde to undertema. Funnene fra de enkelte studiene ble nedskrevet, og kategorisert.

Sykepleiers holdninger påvirker samarbeidet med rusavhengige

Møte med en krevende pasientgruppe

- Å forholde seg til manipulerende og uforutsigbare pasienter
- Sykepleiers beskrivelser av relasjoner med voldelige pasienter

Sykepleierens mangelfulle kunnskaper om rus

- Sykepleierens holdninger til rusavhengighet som sykdom eller handling
- Når sykepleierens kunnskaper og holdninger påvirker relasjonen med rusavhengige pasienter

4.0 Resultat

4.1 Møte med en krevende pasientgruppe

I flere av studiene sa sykepleierne at rusavhengige pasienter var en krevende pasientgruppe. Sykepleierne hevdet pasientene tok mye av tiden til tjenesteyterne som skulle yte helsetjenester (Ford 2011, Howard og Holmshaw 2010, Lang et al. 2013, Monks, Topping og Newell 2013, Morgan 2012 og Neville og Roan 2014).

I flere av studiene kom det frem at sykepleierne syntes behandlingen av rusavhengige pasienter var tidkrevende. I to av studiene sa sykepleierne at det skapte frustrasjon (Ford 2011 og Neville og Roan 2014). En av sykepleierne i studien til Neville og Roan (2014) skildrer:

« It can be very frustrating because we see these patients over and over again. We put a lot of time and effort into their care, and they frequently come back in the same situation» (Neville og Roan 2014, 343).

I studien til Howard og Holmshaw (2010) fremhevet sykepleierne at pasienter med komorbide tilstander krevde mye av tiden til sykepleierne. Pasientene kunne være vanskelige å engasjere, og oppmuntre til behandling.

Sykepleierne i studien til Lang et al. (2013) hevdet at mennesker som injiserer rusmidler, krevde mer innsats av sykepleieren. De sa pasientene kunne være intolerante, uhøflige, og kunne ha nedbrytende oppførsel. Det kunne utmatte en allerede tidspresset tjenesteyter.

En sykepleier beskrev: «They are very demanding, very demanding people; very difficult to please» (Morgan 2012, 170).

I en annen studie uttrykte en sykepleier at sykepleierne følte seg mer mentalt slitne, og emosjonelt tappet av å jobbe med pasientgruppa (Monks, Topping og Newell 2013).

Hvordan pasientene ble sett på, avhenger av den enkeltes pasients væremåte. Dersom pasienten kalte sykepleiere navn, skrek eller ropte til sykepleieren, kunne ikke pasienten forvente annet enn at å bli behandlet deretter (Morgan 2012).

4.1.1 Å forholde seg til manipulerende og uforutsigbare pasienter

I 6 av de 11 studiene belyste sykepleierne at manipulasjon var med på å gi negative holdninger til rusavhengige pasienter. Sykepleierne i studiene fortalte om situasjoner der de ble manipulerte av pasientene (Browne et al. 2015, Ford 2011, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2012, Morgan 2012 og Neville og Roan 2014). I studiene kom det frem at sykepleierne følte de måtte være på vakt for ikke å bli lurt. Sykepleierne sa de var frustrerte, og fryktet å bli manipulert (Ford 2011, Merva, Valery og Okev og Neville og Roan 2014). En sykepleier skildret dette:

«As a healthcare provider, you always have to have your guard up because substance abuse patients are very good at manipulating people and events to their benefit» (Neville og Roan 2014, 341).

Flere av sykepleierne i fire av studiene fremhevet at pasientene prøvde å få tak i mer smertestillende medikamenter enn det som var foreskrevet. Flere av sykepleierne kalte fenomenet for «drug seeking» (Browne et al. 2015, Ford 2011, Morgan 2012 og Neville og Roan 2014). En sykepleier beskrev fenomenet slik: «Drug-seeking behaviour abusive verbally to being nice to get the morphine or pethidine» (Monks, Topping og Newell 2013, 244).

Sykepleiere i studien til Browne et al. (2015) ytret bekymring over at pasientene ble stemplet som «drug seekers» av andre. Når pasientene ble sett på som «drug seekers», ville de ikke få smertestillende. Det kunne virke skremmende for pasientene om de ikke ble nok smerte lindret.

Sykepleierne i studien til Morgan (2012) så på pasientene som løgnere, og sa pasientene var en «Clock watcher». Sykepleierne hevdet pasientene ville ha spesifikke eventuell medisiner i tillegg til sine faste medisiner. En annen studie påpekte at pasienter karakterisert som «drug seekers», ble mistenksomme ved medisnutdeling. Det kom frem at mistenksomheten de hadde til disse pasientene kunne overføres til andre pasientgrupper (Neville og Roan 2014). I flere studier pekte sykepleierne på uforutsigbarhet i forhold til

pasientens væremåte (Ford 2011, Monks, Topping og Newell 2013, Merva, Valery og Okev 2009 og Neville og Roan 2014). Det hevdes at sykepleierne ikke visste hva pasientene kunne finne på å gjøre. En sykepleier skildret dette som: « They can change/snap/flip/ at any time» (Ford 2011, 244). Det kom frem i to av studiene at sykepleierne var redde for egen sikkerhet i møte med pasientgruppa. Sykepleierne hevdet pasientene kunne bli aggressive og sinte (Ford 2011 og Neville og Roan 2014). En sykepleier sa at: « As for ETOH abuse, I tend not to bother them much, since I am afraid of sudden outbursts» (Neville og Roan 2014, 342). Selv om sykepleierne følte frykt for egen sikkerhet, påpekte sykepleierne bevisstheten om den selvfølgelige og potensielle fare. Likevel fremhevet sykepleierne fremhevet den etiske plikten til å hjelpe pasienten som sterk (Neville og Roan 2014). En sykepleier beskriver dette som:

As a nurse, I am still a professional, and I have to put my feelings aside and take care of the patients to the best of my ability (Neville og Roan 2014, 343).

4.1.2 Sykepleiers beskrivelser av relasjoner med voldelige pasienter

Sykepleierne i tre av 11 studier beskrev at vold var med på å prege holdningene til sykepleierne (Ford 2011, Merva, Valery og Okev 2009 og Neville og Roan 2014). I studien til Ford (2011) var sykepleierne frustrerte over pasientens manglende fornuft. Sykepleierne sa nedsatt fornuft økte sannsynligheten for aggressive, og voldelige utbrudd. I studien til Merva, Valery og Okev (2009) ble sykepleierne spurt om hva som var det mest stereotypiske trekket hos en pasient som bruker rusmidler. Responsgruppen på 135 deltakere rangerte voldelige pasienter høyst (Se tabell i Merva, Valery og Okev 2009). Sykepleierne i en annen studie Ford (2011) sa at vold hindret sykepleier til å utføre sykeleie, og sa de fryktet for sin egen sikkerhet. I studien til Neville og Roan (2014) hevdet sykepleierne at gjensidig mistro kunne ende i voldelige konflikter mellom sykepleier og pasient.

4.2 Sykepleiernes mangelfulle kunnskaper om rus

I 6 av de 11 inkluderte studiene kom det frem at kunnskap og undervisning var med på å prege holdningene til sykepleierne (Barr og Lovi 2009, Howard og Holmshaw 2010, Lang et al. 2013, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014).

I fem av studiene hevdet sykepleierne de hadde for liten kunnskap i forhold til å kunne samarbeide å ivareta rusavhengige pasienter (Barr og Lovi 2009, Howard og Holmshaw 2010, Lang et al. 2013, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014). I to av studiene hevdet sykepleierne at grunnutdannelsen ikke fokuserte på rus-feltet (Barr og Lovi 2009 og Monks, Topping og Newell 2013). Dette ble gitt som årsak til at sykepleierne var uforberedte til å kunne yte god pleie til disse pasientene (Lang et al. 2013, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014). En sykepleier sa: « I feel uncomfortable because we do not have adequate training in this field» (Neville og Roan 2014, 342). En annen sykepleier i den samme studien skildret: « I'm not comfortable with these patients as I am not a therapeutically trained professional» (Neville og Roan 2014, 342).

I studien til Barr og Lovi (2009) ble synspunktene til spesial-sykepleierne satt opp mot oppfatningene til grunnutdannede sykepleiere. Spesialsykepleierne sa grunnutdannede sykepleiere ikke søkte kunnskap, eller turte å ta kontakt med spesialsykepleierne for råd og veiledning. Spesialsykepleierne sa det førte til at pasientene fikk upassende behandling. Sykepleierne hevdet grunnutdanningen ikke la vekt på rusomsorg. Det førte til negative holdninger blant sykepleiere. Brad siterte dette: « The university degree didn't cover anything» (Barr og Lovi 2009, 172). Spesialsykepleierne hevdet bedre utdanning innen rus-feltet var viktig (Barr og Lovi 2009).

I to av studiene hevdet sykepleierne de hadde nok kunnskaper om pasienter med somatiske lidelser. Sykepleierne følte seg usikre når de skulle behandle pasienter med komorbide lidelser (Lang et al. 2013 og Monks, Topping og Newell 2013).

I studien til Monks, Topping og Newell (2013) vektla sykepleierne bevissthet at mangelfull kunnskap fremmet «social judgement». De var villige til å forbedre sine kunnskaper som kunne få konsekvenser for pleien. De kom med eksempler på hvordan det kunne gjøres, men ingen foreslo selv å ta ansvar. Sykepleiere i studien til Lang et al. (2013) nevnte at fagdager var viktige. For å prøve å forstå pasienten hevdet sykepleierne at erfaring, god mentoring og å lytte til pasienten var viktig.

Det samme aspektet beskrev sykepleierne i studien til Howard og Holmshaw (2010). De hevdet «training» var alt som ville gi økt kunnskap, og utvikle kliniske ferdigheter. Videre vektla de behovet for mer kunnskap for å være i stand til å kunne hjelpe rusavhengige på en bedre måte. Noen nevnte de hadde behov for kunnskap om holdningsbarrierer.

I studien til Merva, Valery og Okev (2009) sa sykepleierne de følte de kunne nok om problemene som var forårsaket av narkotika. Sykepleierne fortalte de følte seg sikre på sine egne evner til å yte adekvat behandling. De hevdet de kunne diagnostisere, og identifisere hvem som brukte, og overdose situasjoner. Studien viste det ikke var sammenheng mellom hva sykepleierne beskrev, og sykepleiernes faktiske oppførsel.

4.2.1 Sykepleieres holdninger til rusavhengighet som sykdom eller handling

I tre av studiene diskuterte sykepleierne hvordan man kunne se på avhengigheten som et selvforskyldt problem eller ikke (Barr og Lovi 2009, Browne et al. 2015 og Ford 2011). Sykepleierne i studien til Ford (2011) sa pasientene ikke tok ansvar for egen helse. Dette gjenspeilet noe av det som kom frem i studien til (Barr og Lovi 2009). De så på pasientene som problempasienter. Sykepleierne sa pasientene ikke var syke, og problemene var selvforskyldte. Det kom frem at de ikke burde motta hjelp fra sykehuset for å bli edru. Det er alltid «de alkoholikerne og rusavhengige» (Barr og Lovi 2009). Bell sa:

I have found that there are still some nurses that don't want to have anything to do with them, they see it as a self-induced problem, and it's not real, that they create their own problems. They don't look back anything that may have created their dependency, or whatever it is that they may need, some kind of crux to help them through that situation (Barr og Lovi 2009, 171).

I studien til Browne et al. (2015) ble det sagt at sykehuset hadde en filosofi hvor alle skulle behandles likt. Det var vanskelig for forskeren å vite om sykepleierne snakket sant om sitt syn, eller om de ønsket å ta hensyn til sykehusets filosofi. Sykepleierne var ikke åpne om følelsene sine angående ruspasientene. Observasjoner tydet på ruspasientene ble overvåket. Noen sykepleiere understreket at rusavhengige måtte ta ansvar for sin vansker.

Sykepleierne uttrykte sitt syn på avhengigheten som et problem hvert enkelt individ måtte takle. Sykepleierne sa det var en grense for hva helsepersonell kunne gjøre for pasienter som ikke valgte å ta ansvar. I den samme studien påpekte noen av sykepleierne

avhengigheten som en sykdom, og lidelse som tok over pasientens liv. En sykepleier sa en må se pasientens liv som en konsekvens av sykdommen, og ikke som et selvforskyldt problem.

4.2.2 Når sykepleierens kunnskaper og holdninger påvirker relasjonen med rusavhengige pasienter

I fire av studiene ble relasjonen mellom sykepleier og rusavhengige pasienter fremhevet (Gray 2014, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Price og Wibberley 2012).

Sykepleierne i studien til Monks, Topping og Newell (2013) fremhevet relasjonen var basert på mistro. Disse følelsesmessige interaksjonene med pasientene førte til at pasientene ikke ble sett. En sykepleier i den samme studien sa: « We cannot offer `em anything, we can't give `em anything, cos we don't know `em. To us they`re like `aliens`, cos we don't know `em (Monks, Topping og Newell 2013, 942).

Franske påpekte at sykepleierne at relasjonen skulle respektere både sykepleier og pasient. Studien vektla behovet for å stadfeste regler i relasjonen gjorde at pasientene ikke misforstod empatien til sykepleier. Relasjonen skulle bygge på empati, og ikke true pasientens integritet (Gray 2014). Det støttes av studien til Price og Wibberley (2012) som hevdet sykepleierne skulle respektere pasienten. Når sykepleierne gjennomførte rommene til pasientene, skulle man ikke lese private brev. For å ivareta pasientens integritet, skulle rommet forlates i samme forfatning som det var ved ankomst. Sykepleierne hevdet også man måtte se pasienten som et menneske.

I studien til Merva, Valery og Okev (2009) hevdet sykepleierne de lyttet til overordnede, rådgivere, kolleger, pasienten, og pasientens pårørende. Det kom også frem at pasienten, og dens pårørende ikke ble hørt på lik linje med lederne.

To av studiene vektla pasientens advokat som en viktig rolle. Å være pasientens advokat handler om å fremme pasientens sak (Barr og Lovi 2009 og Morgan 2012). Flere av sykepleierne i studien til Morgan (2012) diskuterte det ved å observere, og prøve å forstå pasientens smerter. Sykepleierne måtte forhandle med de som skrev ut medisiner.

Sykepleierne beskrev hvordan leger så på pasienter med store smerter. De hevdet pasientene ikke ble trodd. Sykepleierne ønsket legene var i pasientens situasjon. Spesialsykepleiere hevdet at å tale pasientens sak fremmet god og effektiv pleie (Barr og Lovi 2009).

I tre av studiene hevdet sykepleierne at å se personen bak pasienten var positivt (Browne et al. 2015, Lang et al. 2013 og Monks, Topping og Newell 2013). Studien til Monks, Topping og Newell (2013) hadde rekruttert tre svært erfarne sykepleiere. De hadde et erfaringsbasert syn som gav en positiv innflytelse på holdninger og senere integrert i arbeidet. Dette førte til at sykepleierne hadde et syn på ruspasientene som mennesker, og var mer villig til samarbeid. Lang et al. (2013) hevdet sykepleierne ikke så på rusavhengige som kriminelle. Siden de kjøper og bruker rusmidler, sa sykepleierne det var lovverket som gjorde de kriminelle. Sykepleierne hevdet alle pasientene var like mye verdt, og man er først og fremst menneske. En sykepleier sa: « I guess that some of our patients have committed crimes, they come with guards. But we couldn't give care if we thought of them in that way» (Browne et al. 2015, 128).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Datasamling

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan påvirket sykepleiers holdninger samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren. For at det skulle bli lettere for oss å holde tråden, valgte vi å utarbeide et PIO skjema. En styrke i vår søkestrategi var at vi benyttet oss av PIO skjema. Ved å benytte PIO skjema, var det lettere for å se hvilke søkeord som gikk under «pasient», «intervensjon» og «utfall». Vi så det ikke var behov for sammenligningsstudier. Vi tok bort C i PICO-skjemaet som var sammenligningsgrunnlaget. Det ville ikke gi svar på hensikt.

Å velge søkeord var en krevende prosess. Søkeordene måtte være dekkende for vår studie. Samtidig skulle søkeordene være verdinøytrale. Søket begynte med ord som stigma. Det er i seg selv et negativt ladd begrep. Vi ser i dag at dersom vi hadde fortsatt å bruke stigma, ville vi fått utfordringer med å finne studier som hadde et mer positivt syn på hensikt. Vi ser på utvelgelsen av søkeord mer som en styrke enn en svakhet. Å velge gode søkeord er en kunst. Det ble prøvd og feilet når vi skulle velge gode søkeord. Vi har blitt kjent med hvordan det er å søke etter studier, og det er en del hensyn vi må ta i forhold til utvelgelse av studier. Vi har også blitt kjent med de ulike databasene. Vi har valgt å benytte oss av flere databaser. De ulike databasene har ulike søkefunksjoner, og de var til tider utfordrende å sette seg inn i. Databasene vi benyttet oss av var Ovid Medline, PsychInfo 2002 og Proquest. Vi søkte også i Cinahl og Swemed under prøvesøket. Etter prøvesøkene ble de ekskludert, fordi vi ikke klarte å sette oss inn deres søkefunksjon. Det kan sees som en svakhet fordi vi antakelig har gått glipp av gode studier. Selv om vi fikk hjelp av bibliotekar, følte vi at vi ikke fikk det læringsutbytte vi hadde håpet på. Vi tror at en styrke er at vi valgte å benytte oss av ulike kombinasjoner av søkeord som gjorde at vi fikk variasjon i antall treff. Samtidig kan det sees som en svakhet. Det kan se ut som søkeordene ikke er godt nok gjennomtenkt.

I forelesninger har det blitt påpekt at studier eldre enn fem år helst ikke skulle brukes, og det kan sees som en svakhet. Det er på grunn av sannsynligheten for utdatert forskning. Det ble likevel valgt å inkludere to studier fra 2009 på grunn av relevans for studien. Det

ser vi i dag ser på som en mulig styrke opp imot vår litteraturstudie. Vi så likhetstrekk mellom funn i studiene fra 2009, og de andre studiene vi hadde inkludert. Vi har valgt å ekskludere studier som var på et språk vi ikke forstod. Siden vi ikke forstod innholdet i studiene, ser vi på det som en styrke. Det var viktig at studiene hadde sykepleieperspektiv. To studier hadde todelte perspektiver. En svakhet var at de ikke hadde rene sykepleieperspektiver. I noen av artiklene var intervjuobjektene helsepersonell som yter helsehjelp til rusavhengige pasienter. Vi ser i dag på det som en mulig svakhet, fordi hensikten i studien spør etter sykepleier. Vi mener vi må se sykepleier i et helhetlig bilde. Dagens sykepleiere kan inneha ulike roller som konsulenter og ledere. Det er mange faggrupper som jobber med rusavhengige pasienter innenfor helsevesenet. Derfor har vi valgt å kalle alle deltakerne i resultatdelen for sykepleiere. Vi hadde ikke satt geografisk avgrensning som et søkekriterium. Det kan sees som en svakhet for vi fikk et høyt antall treff i våre søk.

For å belyse vår hensikt på en best mulig måte, så vi det som nødvendig å fokusere på kvalitativ forskning. I følge Nordtvedt et al. (2012) brukes kvalitativ forskning for å belyse ulike menneskers syn og perspektiver på for eksempel holdninger og erfaringer. Kvalitativ forskning fokuserer på de subjektive forholdene som et menneske opplever. Slik forskning baserer seg på intervjuer med få intervjuobjekter mens kvantitativ forskning fokuserer på statistiske metoder for å finne forekomst. Totalt 10 av de 11 av de inkluderte studiene var kvalitativ forskning. Studien til Merva, Valery og Okev (2009) hadde kvantitativ metode. Siden kvalitativ forskning ble satt som et inklusjonskriterium, var dette en svakhet. På en annen side belyste studien at det ikke var samsvar mellom sykepleiers uttalelser, og faktiske atferd. Studien belyste også sykepleiers uttalelser om hva som var det mest stereotypiske trekket hos rusavhengige pasienter. Etter nøye diskusjoner, valgte vi å inkludere studien i litteraturstudien.

5.1.2 Kvalitetsvurderinger og etiske overveielser

Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler er en prosess for å se om en studie har de kriteriene en vitenskapelig artikkel skal ha. Sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter var et viktig verktøy for å kritisk vurdere vitenskapelige artikler opp mot struktur, metodikk og relevans (Nordtvedt et al. 2012). Dette ble tatt med inn i kvalitetsvurderingen. Med hjelp fra sjekklistene, ble studiene kritisk vurdert. Dette var en vanskelig oppgave. Ingen av oss hadde god trening på det, og det var vanskelig å finne alt sjekklistene spurte etter. Vi ser på det som en svakhet. Samtidig var det også en styrke at vi hadde gjort det. Dalland (2012) hevder etiske overveielser handler om at vi som forskere, bør tenke på om konsekvensene av studien har noe å si for objektene. Fremgangsmåten skal være utført på en etisk måte, slik at pasientens integritet blir ivaretatt.

Alle de inkluderte studiene, skulle være etisk godkjente. Samtlige studier var etiske vurderte og godkjente, noe som vi ser på som en styrke. En svakhet ved noen studier kan være at det ikke var oppgitt lokalisasjon for hvor studien fant sted eller lokalisasjonen til den etiske komite.

5.1.3 Analyse

Før analyseprosessen, måtte det vurderes hvilken analysemodell som skulle bli brukt. To analysemodeller ble vurdert, og valget falt på den som var mest strukturert. Valget falt på Evans sin analysemodell. I etterkant kan en se på valget som både en styrke, og som en svakhet. Styrken ved å bruke Evans var at den var forståelig for oss. Fasene var tydelig oppdelte. Ut i fra fasene klarte vi tydelig å se hvor i fasene vi var kommet. En svakhet kan være at Evans ikke dekker alle aspekter i analysearbeidet på en god nok måte.

Analysearbeidet startet med å samle inn relevante studier. Studiene var skrevet på engelsk, og det var utfordrende å oversette innholdet til norsk. Derfor kan viktig informasjon ha gått tapt.

Det var komplisert å trekke ut det som var essensen fra hver enkelt studie. Vi hadde vanskeligheter med å se funn fra artiklene opp mot vår egen litteraturstudiets hensikt. Dette fikk igjen ringvirkninger på den neste fasen, hvor studiene skulle sammenlignes på tvers (Evans 2012). Vi leste artiklene flere ganger for å se om vi fant likheter og/eller ulikheter. Summen av dette førte til vi problemer med å finne hovedkategorier og tilsvarende undertema. Vi startet med å utforme tre hovedkategorier. Etter tilbakemelding, ble vi gjort oppmerksomme på at funn kunne syntetiseres ytterligere noe som vi i dag ser på som en styrke. Ut i fra funn, fant vi det mest hensiktsmessig å utforme to hovedkategorier som hver hadde to undertema. Hovedkategoriene var «møte med en krevende pasientgruppe, og sykepleiers mangelfulle kunnskaper om rus». En svakhet ved analysearbeidet var at vi ikke har nok kunnskaper til å gjennomføre analysen på en god måte.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 utfordringer med å etablere gode relasjoner med rusavhengige pasienter

Flere av studiene beskrev rusavhengige pasienter som krevende. Det kom frem i studiene at pasientgruppen tok mye av tiden til sykepleierne. Det skapte frustrasjon (Ford 2011 og Neville og Roan 2014) En av sykepleierne fortalte det kunne være veldig frustrerende å bruke mye tid, og energi på å hjelpe dem. Pasienten kom tilbake gang på gang i samme situasjon som når de forlot sykehuset (Neville og Roan 2014). I studien til Howard og Holmshaw (2010) bekreftet de disse påstandene. Sykepleierne sa å jobbe med rusavhengige pasienter med komorbide tilstander, var mye mer tidkrevende enn andre pasientgrupper. Sykepleierne i studien til Howard og Holmshaw (2010) beskrev pasientene som vanskelig å engasjere, og oppmuntre til behandling. Dette underbygges av Brorson et al. (2013) som hevder at det er flere faktorer som har innvirkning på om pasientene fortsetter eller avbryter behandling. Berg og Miller (1998) sier på sin side den typiske situasjonen som har oppstått når pasienten kommer tilbake gang på gang. Pasientene blir betraktet som «vanskelig» og «motvillig» av sykepleierne. Det er et resultat av at sykepleierne har forsøkt å hjelpe pasienten på forskjellige måter uten å oppnå resultat. Det fører også som regel til at sykepleieren prøver på nytt. Sykepleieren blir ofte for pågående i håp om å nå inn til pasienten uten å lykkes. Det fører til at pasienten trekker seg mer og mer tilbake. Travelbee (1999) underbygger det Berg og Miller prøver å formidle. Travelbee hevder en av grunnpilarene i sykepleien er å skape et menneske til menneske forhold mellom pleier og pasient der begge ser på hverandre som mennesker. For at et menneske til menneske forhold skal fungere må begge parter være på lik linje. Sykepleier og pasient bør ha en gjensidig forståelse. Travelbee hevder det ikke kan skje uten at partene har vært igjennom de fire første fasene. Det er først da en gjensidig forståelse og kontakt kan etableres. Empatifasen er den fasen hvor sykepleier tar del i pasientens tilstand, og ser utenom pasientens ytre atferd (Travelbee 1999).

I tre av studiene beskrev sykepleierne rusavhengige pasienter som krevende i forhold til andre pasientgrupper (Lang et al. 2013, Monks, Topping og Newell 2013 og Morgan

2012). Sykepleierne i studien til Morgan (2012) sa rusavhengige pasienter som var smertepåvirket ble ansett som krevende, og veldig vanskelige å tilfredsstillte. Andre sykepleiere i samme studie beskrev hendelser der pasientene skrek, ropte og kalte dem alle mulige navn. En sykepleier sa hvis pasienten skrek, og ropte til sykepleieren, kunne ikke pasientene forvente god behandling tilbake. I følge Almås, Berntzen og Danielsen (2011) hevdes det at smerte bare er målbart i den som har smerten, og at det er pasienten selv som er autoriteten. Det eneste sykepleier kan gjøre er enten å tro på det eller tvile på den opplevelsen pasienten har av smerten. Aakre og Biong (2012) hevder det er viktig å tenke på at mange rusavhengige pasienter ikke bare har problemer på et område, men kan omhandle mennesket både fysisk og psykisk. Samtidig kan det også være problemer i forhold til det sosiale og eksistensielle området. Pasienter som blir innlagt på en avdeling med mange andre syke mennesker, der det er en travel hverdag, bli utsatt for objektivisering (Aakre og Biong 2012). I følge Lossius (2012) er terapeutens rolle en medhjelper rolle der man skal mane pasienten til se sine egne ressurser. Det er pasienten som er eksperten i forholdet.

Vi har erfart at et forhold basert på tillitt er viktig uavhengig av pasientgruppe. Vi har begge erfart at rusavhengige kanskje ikke blir møtt på lik måte, og en ser kanskje den rusavhengige som «en full person» eller «narkis».

Aakre og Biong (2012) skriver at forutsetningene for å kunne få et fruktbart forhold, er det viktig at begge blir sett som individer og forholdet da er to individer og det som saken gjelder. Ved å bli sett på som et sett individ, gir det pasienten autonomi, frihet og selvrespekt. I Biong og Ytrehus (2012) beskrives det at alle pasienter har ulikt behov for helsehjelp. Dette fordrer at man som sykepleier gir individuelt tilpasset helsehjelp. Hvis man vier for liten oppmerksomhet på individuelt tilpasset sykepleie vil det kunne være med på gi et dårligere helsetilbud til pasientene. Har man klart å se individet og opplevelsen pasienten har så har man også klart å se forbi det Travelbee beskriver som «ytre atferd» (Travelbee 1999, 193). Travelbee (1999) hevder når man ikke ser pasientene som individer er det som regel knyttet til at sykepleieren har noen forutinntatte oppfatninger til pasienten. Stereotyper og forutinntatte holdninger er med på å gjøre det

umulig å kunne se det unike ved pasientene som gjør alle til noe særegent med særegne og individuelle behov.

I studien til Monks, Topping og Newell (2013) beskrev sykepleierne det å jobbe med rusavhengige pasienter kunne gjøre sykepleierne slitne, og emosjonelt tappet. Lossius (2012) underbygger disse funnene, og hevder pasienten, og terapeuten påvirkes emosjonelt i en relasjon til hverandre. Ofte forekommer emosjonelt negative reaksjoner ovenfor rusavhengige pasienter enn andre pasientgrupper.

Sykepleierne i studiene hevdet manipulasjon blant rusavhengige pasienter var utfordrende å håndtere. Det kunne påvirke sykepleiers holdninger i negativ retning. Sykepleierne var frustrerte, og fryktet å bli manipulert (Browne et al. 2015, Ford 2011, Morgan 2012 og Neville og Roan 2014). I følge Nordhelle (2010) blir manipulasjon sett på som en forsvarsmekanisme. En sier noe til en person, på en positiv eller negativ måte for å oppnå et bestemt mål. Det kan sees i sammenheng med studien til Morgan (2012) hvor sykepleierne hevdet pasientene prøvde å manipulere til seg mer smertestillende av sykepleier enn det som var forordnet av legen. Bunkholdt (2002) skriver at holdningene våre kan gå i forsvarsposisjon. De vil beskytte oss mot opplevelser som kan virke sårbare hos en selv. Det får utfordringer for samarbeidet, som kan distansere sykepleie – pasient forholdet. I studien til Neville og Roan (2014) ble det hevdet at sykepleierne måtte være påpasselige for ikke å bli manipulert av rusavhengige pasienter. Derfor var det viktig å bli kjent med pasienten, ne som fordrer at sykepleieren er interessert i pasienten. Travelbee underbygger ved å si man må se hele mennesket. Sykepleieren har en forpliktelse om å iverksette et menneske til menneske forhold til pasienten. Det forutsetter at pasienten ikke blir sett på som et objekt i en pasientgruppe, men som et med-menneske.

Manipulasjon kan føre til at negative reaksjoner, og reaksjonene er med på å danne grunnlaget for holdninger (Nordhelle 2010). I følge Bunkholdt (2002) kan holdninger sees på som et tankesett som knyttes opp imot bestemte handlinger eller grupper. Bunkholdt (2002) skriver også at følelseskomponenten sier noe om hvilke av følelsene som er relatert til et verdispørsmål, og hva som kan knyttes opp mot atferden. Holdningsbegrepet beskrives også av Helgesen (2013), der det går ut på at holdningene bestemmes av hvor sterke emosjoner som er tilknyttet holdningen. Graden av styrke gir seg uttrykk i hvor stor grad en er mottakelig for å endre sine holdningene.

I fire av studiene tas temaet «drug seeking» opp blant sykepleierne (Browne et al. 2015, Ford 2011, Morgan 2012 og Neville og Roan 2014). «Drug seeking» er en bestemt atferd pasientene har for å oppnå målet om å tilfredsstille sitt rusbehov (Morgan 2012). Studien til Browne et al. (2015) trakk spesielt frem bekymring at pasientene ble stemplet som drug seekers av andre. Dette kan relateres opp mot Bunkholdts beskrivelser av som fordommer. Bunkholdt skriver at begrepet fordommer er negativt ladd. Årsaken til dette er lite, mangelfull eller basert på feil type kunnskap (Bunkholdt 2002). Vi har erfart i praksis at å basere en holdning på feil type informasjon, kan få konsekvenser på hvordan sykepleier vil yte helsehjelp til pasienter med rusavhengighet. I følge lov om helsepersonell skal helsepersonell som yter helsetjenester medvirke til at alle pasienter skal få ivareta sin sikkerhet. Det skal føre til kvalitet i tjenesten. Det er lovhjemlet at sykepleier har plikt til å ivareta pasienten. Det belyste også studien til Neville og Roan (2014) som påpekte den etiske plikt til å hjelpe, og yte sykepleie stod sterkere enn sine egne holdninger. Studien til Neville og Roan (2014) påpekte at sykepleierne måtte være profesjonell i møte med pasienten. Det gjenspeiles også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren som sier at sykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens selvbestemmelse, verdighet, og respekt. Sykepleieren skal gi helhetlig sykepleie, og ta ansvar for egne vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Slettebø 2013). Vi har begge erfart i praksis at sykepleiers holdninger påvirker samarbeidet med rusavhengige pasienter. Travelbee (1999) sier sykepleieren bør se personen bak pasienten, da ser man samtidig forbi den ytre atferden pasienten viser.

Flere av våre funn tilsier at sykepleierne fremhevet uforutsigbarhet i forhold til pasientens væremåte (Ford 2011, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014). Det kom frem at sykepleierne følte seg usikre, redde for egen sikkerhet og redde når de skulle møte pasienter med rusavhengighet (Ford 2011 og Neville og Roan 2014). Sykepleierne sa pasienter med rusavhengighet kunne få aggressiv atferd, og bli sinte. Sykepleierne sa de ikke vil plage de rusavhengige pasientene for mye. De fremhevet de er «afraid of sudden outburst» (Neville og Roan 2014, 342). Redsel kan relateres opp mot Bunkholdt sin beskrivelse av holdninger. Redsel er en del av følelseskomponenten som er med på å prege hvordan våre reaksjoner kommer til uttrykk gjennom tanker, emosjoner og atferd. Aakre og Biong 2012 understreker at når man jobber med rusavhengige pasienter, blir man gjensidig emosjonelt påvirket. Aakre og Biong (2012) sier også at utfallet fra det første møtet med pasienten, vil sykepleier utvikle

negative eller positive holdninger til pasienten. Ut fra funnene i denne undersøkelsen ble det sagt at sykepleierne i studien til Ford (2011) at de ikke klarte å forutse pasientens handlinger. En sykepleier skildret dette: «They can change/snap/flip/at any time» (Ford 2011, 244). Dette kan sees i sammenheng med Aakre og Biong skriver om utfordringer, og den rusavhengige pasienten. Det beskrives at negative følelsesmessige reaksjoner kan komme til uttrykk hos helsepersonell som jobber med rusavhengige pasienter. Aakre og Biong (2012) hevder årsaken til dette, er at pasientene ofte har dårlig impuls kontroll som kan føre til uforutsigbarhet relatert til aggressiv, truende atferd og affektive svingninger. Travelbee (1999) skriver om hvordan det mellommenneskelige møtet er med på å påvirke samarbeidet mellom mennesker. For at partene skal få gjensidig forståelse og kontakt, må begge partene være deltakende i de mellommenneskelige fasene.

Sykepleierne i fire av de elleve studiene hevdet pasientene med rusavhengighet var uforutsigbare kunne det gå utover pasientens helsetilstand (Ford 2011, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014). De får ikke adekvat behandling eller god nok omsorg som andre pasientgrupper (Monks, Topping og Newell 2013). Dette kan sees opp mot de norske yrkesetiske retningslinjene. De fremhever at sykepleieren skal fremheve respekten for andre mennesker, og at det skal være tuftet på likeverd (Eide og Eide 2010). I studien til Neville og Roan (2014) sa en sykepleier de måtte først og fremst være profesjonell, og utøve god sykepleie. Sykepleieren sa det å være profesjonell betød å legge følelsene til side. Aakre og Biong (2012) beskriver at negative emosjonelle reaksjoner forekommer ofte hos pasienter med rusavhengighet. Lossius mener det er derfor pasienter med rusavhengighet blir møtt med mer tilbakeholdenhet innenfor helsesektoren enn andre pasienter (Lossius 2012).

Funn fra tre studier diskuterte sykepleierne vold blant pasientene (Ford 2011, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014). De diskuterte også mulige utfall av bestemte tiltak som kunne ende i voldelig atferd blant pasientene.

Funn fra studien til Neville og Roan (2014) belyste at gjensidig mistro og mangel på tillitt mellom sykepleier, og pasient kunne ende i voldelige konflikter. Dette kan sees i sammenheng med Eide og Eide (2010) sin beskrivelse at relasjonen skal være basert på gjensidig tillitt og respekt. Bunkholdt (2002) skriver at utvikling av holdninger gir ringvirkninger på hvordan vi er i samspill med andre mennesker. En relasjon mellom pasient og sykepleier skal være basert på sykepleiefagets verdigrunnlag (Eide og Eide

2010). Like tanker kan vi finne hos Travelbee (1999) som skriver sykepleier må møte pasienten som et likeverdig menneske.

5.2.2 God kunnskap og gode holdninger – en betingelse for sykepleiere?

Behov for kunnskap når man arbeider med rusavhengige pasienter gjentas i flere av studiene. Funnene viste at det er behovet for kunnskap og undervisning som var med på å prege sykepleiers holdninger opp mot det å møte pasienter med rusavhengighet (Barr og Lovi 2009, Howard og Holmshaw 2010, Lang et al. 2013, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Neville og Roan 2014).

Vi har erfart i praksis at det ikke er «alle» som har kunnskaper om rusavhengige pasienter, og dette preger de når de skal yte helsetjenester. Dette bekreftes av Biong og Ytrehus som skriver at kunnskapshull og samarbeid til rusavhengige pasienter er noen av utfordringene helsevesenet står ovenfor. De beskriver også at helsevesenet må ha evne til å identifisere, vurdere behov for hjelp, behandling og støtte (Biong og Ytrehus 2012).

Noen studier belyste at sykepleierutdannelsen ikke hadde rus og avhengighet som satsningsområde (Barr og Lovi 2009). Sykepleierne sa de var ukomfortable relatert til manglende ferdigheter på område (Neville og Roan 2014). Det kan sees i lys av Bunkholdt (2002) som beskriver holdningers funksjoner. En av funksjonalitetene til holdninger er kunnskaper og orientering. Dette er tanker rettet mot holdningenes tankekomponent. Spesialsykepleierne innenfor rus og avhengighetsfeltet sa grunnutdannede sykepleierne ikke søkte ny kunnskap. De tok heller ikke kontakt for råd og veiledning (Barr og Lovi 2009). I følge Bunkholdt (2002) er denne komponenten lite preget av emosjoner. Det gjør endringsprosessen av holdningene til sykepleieren enklere. Som en konsekvens av mangel på kunnskap, vil det føre til at pasienter med rusavhengighet ikke får den behandlingen de har rett på (Lang et al. 2013). Derfor hevdet spesialsykepleierne innenfor rusfeltet at bedre utdanning var essensielt (Barr og Lovi 2009).

Biong og Ytrehus (2012) hevder kunnskap basert på forskning er essensielt i forhold til behandling, videre oppfølging og i det forebyggende arbeidet med rusavhengige pasienter. Det understøttes også av regjeringen. Rusplanen er et av satsningsområdene for å øke

helsepersonells kompetanse innen rusfeltet (Helse- omsorgsdepartementet 2015). Vi har erfart i praksis at kommunene har mer fokus på rus. En av oss hadde praksisplass i en kommune som hadde ansatt en ruskoordinator. Ruskoordinatorens rolle var å koordinere tjenestene til pasienter med rusavhengighet. I studien til Howard og Holmshaw (2010) ble «training» beskrevet noe som vil øke sykepleiers kunnskaper, og samtidig få økt ferdighetstrening opp mot rusavhengige pasienter. Bunkholdt (2002) skriver å endre holdninger innenfor kunnskapsområdet er en lettere prosess enn å endre holdninger knyttet til emosjoner en selv har opplevd og erfart. I studien til Monks, Topping og Newell (2013) erfares det at lite kunnskap var med på å farge oppfatningen av rusavhengige pasienter. Kunnskaper om pasientgruppa basert på ukorrekt og lite informasjon, kan sees opp mot det Bunkholdt (2002) kaller for fordommer.

De norske yrkesetiske retningslinjene fremhever verdigrunnlaget for all sykepleie. Eide og Eide (2012) skriver at sykepleie skal være forankret i menneskerettighetene, der en skal ta hensyn for den enkelte, vise respekt, omsorg og barmhjertighet. Det fremhever også Travelbee (1999) ved å si sykepleieren må kunne ivareta pasientens behov, og løfter det frem som et meningsfullt møte. I noen studier sa sykepleierne de hadde nok kunnskaper om pasientens problem relatert til narkotika. Sykepleierne hevdet de følte seg selvsikre nok, og hadde tro på sine egne ferdigheter til å gi god sykepleie til rusavhengige pasienter (Merva, Valery og Okev 2009).

I to av studiene ble det beskrevet at sykepleierne hadde nok kunnskaper om pasienter med somatiske lidelser, men følte seg mindre sikre når det gjaldt rus-og komorbide tilstander (Lang et al. 2013 og Monks, Topping og Newell 2013). Aakre og Biong(2012) slår fast at dette er årsaken til rusavhengige er en kompleks pasientgruppe. Det kan sees i sammenheng med en undersøkelse som ble gjort i sammenheng med rusreformen i 2004. Det ble allerede da oppdaget at helsepersonell ikke visste hvordan man skulle møte pasientene. Det kom også frem at helsepersonell led av lite kunnskap, og hadde fordommer til pasientene (Lossius 2012). Det kan sees opp mot studien til Merva, Valery og Okev (2009), der det til tross for sykepleiers uttalelser om at de hadde nok kunnskaper for å gi god sykepleie, ikke stemte. Travelbee (1999) skriver at sykepleieren skal være tilstede for å hjelpe mennesket til å ivareta seg selv ved å finne meninger med menneskets egne erfaringer. Hva hver enkelt sykepleier legger i å gi sykepleie, har konsekvenser for sykepleien som gis til pasientene. Synet sykepleieren har på hva sykepleie innebærer, har innvirkning på atferden (Travelbee 1999).

Funn fra noen studier fremhevet hvordan man oppfatter selve avhengigheten. Samtidig ble avhengigheten løftet frem som selvforskyldt, eller om det var andre årsaker som påvirket lidelsen (Barr og Lovi 2009, Browne et al. 2015 og Ford 2011). Sykepleierne i studien til Ford (2011) hevdet pasientene ikke tok ansvar for sin egen helse. Dette understøttes av studien Barr og Lovi (2009) som sa avhengigheten var selvforskyldt. Derfor hevdet sykepleierne at pasientene ikke fortjente hjelp til å bli «edru». Sykepleiers ulike syn på avhengighet, kunne få konsekvenser for hvordan de skulle møte pasientgruppa. Ved å se på avhengigheten fra ulike perspektiver, kan det skape økt kunnskap for pasientgruppa. Lossius beskriver rusavhengighet gjennom flere komponenter som har innvirkning på hverandre (Lossius 2012). Det belyser Nesvåg (2012) som fra et nevrologisk syn, skriver at vi som mennesker opptatt av positive opplevelser som gir oss triumfer eller belønning. Rusbruk kan gi positive opplevelser. Ved gjentakende handling vil det føre til at det blir til en vane. Helgesen (2013) hevder forholdet mellom personers holdninger og atferd er i gjensidig påvirkning. Dette aspektet kan man se i sammenheng med studien til Barr og Lovi (2009) hvor sykepleierne sa pasientene var «problempasienter». Denne type holdning kan sees opp mot det Bunkholdt (2002) skriver om holdningenes forsvarsfunksjon, og skriver at vi som mennesker distanserer oss fra noe som virker skremmende for å redusere spenning og angst. Biong og Ytrehus (2012) sier at en konsekvens av denne type negative atferd kan føre til at pasientene ikke får det helsetilbudet de har krav på. Sykepleiere i studie Browne et al. (2015) sa derimot de ikke syntes avhengigheten var et selvforskyldt problem. En av disse sykepleierne skildre at en må se ting i livet til pasienten i kontekst. De sa at det må sees som en konsekvens av sykdommen eller lidelsen. Det kan sees opp mot Lossius (2012) som skriver det er viktig for forståelsen å reflektere over hva som gjør at de bruker rusmidler (Lossius 2012). Biong og Ytrehus (2012) skriver det som påvirker yrkesutøvelsen er den menneskelige forståelse. Ved å prøve å forstå hvorfor rusavhengige handler som de gjør, kan knyttes opp mot Bunkholdt (2002) skriver om atferd tilbøyeligheten som er relatert til verdispørsmål. Travelbee (1999) trekker frem viktigheten med å se på menneske som unikt.

Funn fra tre av studiene fremhevet betydningen av sykepleie-pasient relasjonen til rusavhengige pasienter (Gray 2014, Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Price og Wibberley 2012). Felles for tre av studiene var at relasjonen

sykepleier hadde rusavhengige var basert på gjensidig mistro (Merva, Valery og Okev 2009, Monks, Topping og Newell 2013 og Price og Wibberley 2012). Sykepleierne hevdet at relasjonen ikke var tillitsfull. En sykepleier hevdet det medførte at disse interaksjonene ikke var fruktbare (Monks, Rob, Annie Topping og Rob Newell 2013). Helgesen (2013) beskriver at holdningene er med på å påvirke hvordan vi opptrer, og handler ovenfor andre mennesker. Lossius (2012) støtter dette ved at den rusavhengige pasient og sykepleier har en gjensidig påvirkningskraft på det emosjonelle planet. Det kan utvikles positive eller negative emosjoner, og ofte utvikles det sterke negative reaksjoner som gjør at det kan bli utfordrende å samarbeide med pasientene (Lossius 2012). Dette understøtter også en sykepleier i studie Monks, Topping og Newell (2013), som skildret de ikke kunne gi eller tilby pasientene noe fordi de ikke kjente dem. I oversiktstartikkelen til Brorson et al. (2013) kom det frem at

I funn fra studien til Merva, Valery og Okev (2009) kom det frem at sykepleierne sa de var flinke til å lytte til overordnede, pasienter og dens pårørende. Videre kom det frem at sykepleierne hørte minst på pasientene. Å lytte er essensielt i enhver relasjon til andre. Det er viktig med kommunikasjon for et fruktbart samarbeid (Eide og Eide 2010). Dette støtter opp om studien til Gray (2014) som hevdet relasjonen mellom sykepleier og pasient skulle være forankret i respekt. Dette støttes opp av både de norske og internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleien (Slettebø 2012). Å ha respekt for pasientene støttes også opp av studie Price og Wibberley (2012). Sykepleierne hevdet å møte pasienten med respekt var med på å ivareta pasientens integritet.

Funn fra noen studier tydet på at sykepleieren innehar rollen som pasientens advokat (Barr og Lovi 2009 og Morgan 2012). Sykepleierne hevdet de var i en utfordrende situasjon. De sa pasientene hadde smerter, men de ikke fikk smertestillende av legene. Sykepleierne sa legene ikke trodde på pasienten, og ønsket legene i pasientenes situasjon (Morgan 2012). Spesialsykepleierne innenfor rus og avhengighetsfeltet fremhevet viktigheten av å være pasientens advokat. Det kom frem at dersom sykepleierne fremstod som talsmann, ville det få konsekvenser for den videre pleien. Samtidig sa sykepleierne det var med på å medvirke til effektiv, og god pleie for rusavhengige pasienter (Barr og Lovi 2009). Det er lovhjemlet i Helse og omsorgstjenesteloven (2001) at alle skal ha lik tilgang til tjenester uansett, bakgrunn, og historikk. Tjenestene skal være basert på trygghet, medvirkning, autonomi og faglig kvalitet. Samtidig skal det tas hensyn til individuelle behov. Aakre og Biong (2012)

skriver at et slikt syn har store ringvirkninger på hvordan pasienter med rusavhengighet blir ivaretatt.

To av studiene belyste viktigheten av å se personen bak pasienten (Lang et al. 2013 og Monks, Topping og Newell 2013). I studien til Monks, Topping og Newell (2013) ble sykepleiere rekruttert på grunn av sin «ekspertise» innenfor rusfeltet. De hadde relasjoner til rusavhengige innen familie eller vennekrets. Sykepleierne hadde fokus på å samarbeide med pasientene og «så på pasientene som mennesker». Studien løftet frem at et slikt syn, hadde positiv innvirkning på holdningene, og samarbeidet mellom pasient og sykepleier. Dahl (2012) underbygger dette, og skriver om samarbeid som et «vi felleskap». For at dette skal kunne skje, må synet på «de rusavhengige» viskes bort, og både sykepleier og pasient må ha felles forståelse for å komme frem til en felles løsning begge parter kan leve med. Aakre og Biong (2012) hevder vi ikke kan ta bort verdighet, men verdigheten kan krenkes relatert til våre handlinger. Blir ikke rusavhengige pasienter møtt med respekt, vil ikke pasienten bli sett på lik linje med andre og det fører til at møtet mellom pasient og sykepleier ikke blir av lavere kvalitet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiers holdninger påvirket samarbeidet med rusavhengige pasienter innenfor helsesektoren. Hovedfunnene viser at sykepleiers holdninger påvirkes av erfaringene de har til rusavhengige pasienter.

Sykepleiers holdninger til pasientgruppen farges både positivt og negativt. Sykepleiere erfarte at temaer knyttet til vold, manipulasjon og uforutsigbarhet fra rusavhengige pasienter er med på å synliggjøre negative holdninger hos flertallet av sykepleierne. Sykepleierne har fordommer mot pasientgruppa, og kategoriserer de som aggressive, uforutsigbare og voldelige. Det er viktig at sykepleier har selvinnsikt, og kan opptre profesjonelt uten å påvirkes for mye av sine følelser. Betydningen av å være den profesjonelle overfor vanskeligstilte pasienter, er derfor viktig. Sykepleierne så også på denne pasientgruppen som en krevende pasientgruppe i forhold til andre pasientgrupper. Sykepleierne brukte mye tid, og det var vanskelig å tilfredsstille pasientene. Det førte til frustrasjon hos sykepleiere som ikke visste hva de skulle gjøre for å nå inn til de rusavhengige pasientene. Sykepleier har et ansvar for å hjelpe alle mennesker, og gi alle et likt behandlingstilbud. Ved å heller fokusere på å hjelpe rusavhengige pasienter til å strukturere tiden, foreslå aktivitetstilbud, oppmuntre og engasjere kan det føre til at rusavhengige får en bedre hverdag.

Forståelse for den rusavhengige pasienten i form av kunnskap kom også opp som et av de viktigste funnene. Her var det delte meninger, noen sykepleiere hadde oppfattelse av å ikke ha nok kunnskap om rusaspektet, mens andre ikke ville tilegne seg mer kunnskap om pasientgruppen. Majoriteten så på sin kompetanse og kunnskap som mangelfull når de skulle yte hjelp til rusavhengige pasienter. Det ble lagt vekt på kunnskaper og ferdigheter som skulle ha vært innunder sykepleiers grunnutdanning og videreutdanning i form av kurs og ferdighetstrening. Det ble også funnet ut at sykepleiere var delt i hvordan de oppfattet selve avhengigheten og hvor skyldspørsmålet lå. Sykepleier – pasientrelasjonen kom også opp som et hovedfunn. Flere av relasjonene var basert på gjensidig mistro mellom sykepleier og pasient. Ved å se personen bak pasienten, vil sykepleier få et helhetsbilde av den rusavhengige pasienten. Betydningen av forståelse og kunnskap om hvorfor rusavhengige handler som de gjør er en viktig forutsetning for å møte rusavhengige med tillitt og respekt. Å bli kjent med den rusavhengige vil lette relasjonen

og samarbeidet. Derfor er det viktig at sykepleier har god innsikt i egne holdninger, og hvordan det påvirker sin egen atferd i møte med rusavhengige.

I etterkant av litteraturstudien har vi fått erfare at det finnes noe forskning på området. Vi mener at det absolutt kunne vært mer siden rusavhengige pasienter er en av de store utfordringene helsesektoren står ovenfor. Det bør skje holdningsendringer på alle nivå. Vi synes derfor det kunne ha vært forsket mer på selve samarbeidet mellom sykepleier og rusavhengige pasienter.

Referanseliste

Aakre, Marie og Stian Biong. 2012. «Ethiske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen.» I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, red. Stian Biong og Siri Ytrehus. 78-95. Oslo: Akribe AS.

Barr, Jenniffer og Renee Lovi. 2009. «Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study.» *Contemporary Nurse: health care across the lifespan* 33(2): 166-178.

Berg, Insoo Kim og Scott D. Miller 1998. «Utvikling av samarbeidsrelasjoner mellom klient og terapeut.» I *RUSBEHANDLING*. 41-52 Oslo: Gyldendal Akademiske AS

Berntzen, Helene, Hallbjørg Almås, Anne Marie Gran Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grethe Dávøy og Randi Grønseth. 2010. «Sykepleie ved smerter». I *Klinisk sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 4. utgave. 355-395. Oslo: Gyldendal akademisk.

Biong, Stian og Siri Ytrehus. 2012. «Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte.» I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, red. Stian Biong og Siri Ytrehus. 15-29. Oslo: Akribe AS.

Brorson, Hanne H, Espen Ajo Arnevik, Kim Raand-Hendriksen og Fanny Duckert. 2013. «Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors.» *Clinical Psychology review* 33: 1010-1024.

Browne, Anette J, Jane McCall, Ashley Mollison, J. Parker og Bernadette (Bernie) Pauly. 2015. «Toward Cultural Safety Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized Setting.» *Advances in Nursing Science* 38(2): 121-135.

Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi. En innføring for Helse- og Sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dahl, Therese. 2012. «Ambulant brukerstyrt samarbeid.» I *HÅNDBOK I RUSBEHANDLING*, red. Kari Lossius. 345-362. Oslo: Gyldendal Akademiske AS

Dalland, Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. «Hva er hjelpende kommunikasjon?» I *Kommunikasjon i relasjoner*. 11-22. Oslo: Gyldendal Akademiske AS

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing*. (20): 22-26.

Ford, Rosemary. 2011. “Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses’ care of patients who use illicit drugs.” *Contemporary Nurse*. 37(2): 241-252.

Forsberg, Christina. 2013. «Olika typer av litteraturstudier» I *Att göra systematiska litteraturstudier: vardering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. 29-38. 3. utgave. Falkenberg: Natur og kultur.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. «Den systematiska litteraturstudiens första steg» *Att göra systematiska litteraturstudier: vardering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. 3. utgave. 161-173. Falkenberg: Natur og kultur.

Gray, Mary Tod. 2014 “Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses’ Perspectives.” *Archives of Psychiatric Nursing*. (28): 35-42.

Helgesen, Leif A. 2013. *Menneskets Dimensjoner. Lærebok i psykologi*. 2.utgave. Oslo: Høyskoleforlaget.

Helsepersonelloven. 2001. *Lov av 01. Januar 2001 nr. 64 om lov om helsepersonell m.v.*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-647>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. Opptrappingsplan for rusfeltet. NOU 2011: 15.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Howard, Vog J. Holmshaw. 2010. « Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (17): 862-872.

Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse- og Sosialfag. 2015. Generelle retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde.

Kunnskapssenteret. 2015. Tema: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. (Lest 03.01.16) <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Lang, Kathrine, Shawna Berenbaum, Colleen Anne Dell, Anas El-Aneed, Jaycie Neil og Judith Wright. 2013. «Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers.» *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* (8):35.

Lossius, Kari. 2012. «Om å ruse seg.» I *HÅNDBOK I RUSBEHANDLING*, red. Kari Lossius. 23-38 Oslo: Gyldendal Akademiske AS.

Merva, Ben Natan, Beyil Valery og Neta Okev. 2009 “Nurses’ perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action.” *International Journal of Nursing Practice* (15): 566-573.

Monks, Rob, Annie Topping og Rob Newell. 2013. «The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study». *Journal of advanced nursing*. 69(4): 935-946.

Morgan, Betty D. 2012. «Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain». *Pain Management Nursing*. (15): 165-175.

Nesvåg, Sverre. 2012. «Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet.» I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, red. Stian Biong og Siri Ytrehus. 55-76. Oslo: Akribe AS.

Neville, Kathleen og Nora Roan. 2014. «Challenges in nursing practice Nurse`s perception in caring for hospitalized medical-surgical patients with Substance abuse/dependence.» *Journal of Nursing Administration* 44(6): 339-346.

Nordhelle, Grethe. 2010. «Personligheten.» I *Psykologi for sosial- og helsefagene*, Ekeland, Tor-Johan, Oddmar Iversen, Grethe Nordhelle og Anbjørg Ohnstad, 137-161. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert! - en arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribe.

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (DBH/NSD). 2016. Vitenskapelig publiseringskanal. Database for statistikk og høgre utdanning. (Lest 11.10.15)
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Orvik, Arne. 2004. *Organisatorisk Kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Price, Owen og C. Wibberley. 2012. «An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurse-patient relationships in a medium secure forensic unit». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (19): 672-680.

Slettebø, Åshild. 2012. «Forskningsetikk.» I *Etikk i sykepleien*, red. Berit Støre Brinchmann, Bente Vibecke Lund, Bjørn Hofmann, Liv-Helen Odland, Torild Sneltvedt og Åshild Slettebø, 209-224, 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Slettebø, Åshild. 2013. «Allmenmoral og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». I *Sykepleie og etikk*, 16-39. Red. Åshild Slettebø. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellomenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

World Health Organization. 2015. Tema: WHO`s role, mandate and activities to counter the world drug problem: A public health perspective. (Lest: 15.10.15)

http://www.who.int/substance_abuse/publications/drug_role_mandate.pdf?ua=1

Vedlegg 1: PI(C)O skjema

P	I	O
<p> Illicit drugs Substance related disorders Dependence Drug addiction Drug abuse Drug users Drug dependence Dependency </p>	<p> Nurse Nursing staff, hospital Nurs* Nurse's role Health Personnel </p>	<p> Experienc* Experiencing Perception Perspectives Primary care nursing Cooperation Attitude of health Personnel </p>
<p> Illegale rusmidler Rusrelaterte lidelser Avhengighet Rusavhengighet Rusmisbruk Rusmisbrukere Rusavhengighet Avhengighet </p>	<p> Sykepleier Pleiepersonell, sykehus Sykepleie* Sykepleiers rolle Helsepersonell </p>	<p> Erfar* Opplever Oppfatning Perspektiver Pasientbehandling Samarbeid Holdninger til helsepersonell </p>

Vedlegg 2: Søkestrategi

Søkeord	Database	Antall treff	Dubletter	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Illicit drugs.mp. or Street Drugs/ Limit 1 to(abstracts and «core clinical journals (aim)» and yr=>2009-Current» and (danish or english or norwegian or swedish) and «qualitative (best balance of sensitivity and specificity)») OR substance related disorders.mp. or Substance-Related Disorders/ OR dependence.mp. OR drug addiction.mp. OR drug abuse.mp. OR drug users.mp. or Drug Users/ AND nurse.mp. or Nurses/ AND experienc*mp. or Social Support/ OR perception.mp. or Perception/ OR perspectives.mp. OR Primary Care Nursing/ or «Quality of Health Care»/ or Patient Care/ OR cooperation.mp. OR «Attitude of Health Personnel»/ or Attitude/ or attitude.mp.	Ovid Medline	418		16	6	6
Drug users.mp or Drug users/ OR dependency.mp. or «Dependency	Ovid Medline	600		20	6	2

(psychology) OR limit 1 to («core clinical journals (aim)» and yr=«2009-Current» and (danish or english or norwegian or swedish)) OR substance related disorders.mp. or Substance-Related Disorders/ AND Nursing Staff, Hospital/or Models, Nursing/ or nurs*.mp. or Nurse's Role/or Nursing/ AND «Attitude of health Personnel»/or Attitude/ or attitude.mp. AND experiencing.mp.						
SAMME SOM OVENFOR	Ovid PSYCH INFO 2002	275		10	2	1
All(drug addiction) AND (health personnel) AND (Perspectives) AND («Scholarly Journals») AND a.exact(«Article») AND la.exact(«English» OR «Swedish» OR «Norwegian» OR «Danish») AND yr=(2009-2016)	Proquest	9		3	1	1
All(drug dependence) AND (nurse) AND (perception)) AND («Scholarly Journals») AND at.exact(«Article») AND la.exact(«Engsih» OR «Swedish» OR «Norwegian» OR «Danish») AND yr=2009-2016)	Proquest	11		3	1	1

Vedlegg 1: Oversiktstabell over søkeresultat

Vedlegg 3: Oversiktstabell over artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Ford, Rosemary. 2011. Australia Contemporary Nurse.
Tittel	Interpersonal challenges as a constraint on care; The experience of nurses`care of patients who use illicit drugs.
Hensikt	målet med denne andre delen av studien var å utforske hindringer i forhold til sykepleie som var rapportert av deltaker I studien
Metode	Tverrsnittstudie med både kvantitative og kvalitative elementer. Multivariabel lineær regresjon og åpne spørsmål.
Deltakere/frafall	Utgangspunktet var 3816 sykepleiere fra Australia. Utvalget fra den opprinnelige studien var 1605. Andre del av studie var utvalget 311. De fleste sykepleierne jobbet i offentlig sektor, spesielt i medisinske eller kirurgiske avdelinger. Resterende hadde erfaring fra pediatri, neonatal, akuttberedskap, mental helse, undervisning og ledelse.
Hovedfunn	Pasienter som bruker rusmidler, er avhengig av helsevesenet. Omsorg som blir gitt, kan være begrenset. Artikkelen tar for seg, og deltakerne blir intervjuet ift. hvilke hindringer som står i veien for omsorg. Hovedfunn 1. Voldelig atferd ble nevnt av flere av deltakerne. Sykepleierne rapporterte at voldelig atferd var et hinder for å yte god pleie/omsorg pga de fryktet for egen sikkerhet. Dette gjorde at deltakrbbe fryktet å gå inn i sykepleie – pasient relasjonen. 2. Deltakerne hevdet også at manipulering fra pasientens side for å få tak i medisiner og behandling var fremtredende. Sykepleierne uttrykte også derfor mangel på tillitt til pasientene. 3. Uansvarlighet var også noe deltakerne trakk frem som et hinder i behandlingssituasjon. Sykepleier rapporterte at pasientene ikke tok ansvar for egen helse. Dette førte til at tidsbruken på hver enkelt pasient ble høy, og sykepleiere ville at pasientene skulle bli overflyttet til et sted med bedre bemanning.
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Godkjent av The Australian National University Human Research etiske komite. Medium

Forfattere År Land Tidsskrift	Gray, Mary Tod. 2004 USA Archives Of Psyciatrich Nursing.
Tittel	Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives.
Hensikt	Hvordan ser franske psykiatriske sykepleiere på hvordan individet behandles for rusavhengighet, og hvilke faktorer i den franske kulturen påvirker sykepleiernes syn og arbeid med rusmisbrukerne.
Metode	Kvalitativ metode. Etnografisk design. Intervju.
Deltakere/fracfall	6 spesialsykepleiere innenfor avhengighet. To av dem droppet ut. Forskeren fant 1 ny spesialsykepleier via en bekjent, samt 9 sykepleiere med grunnutdanning
Hovedfunn	Deltakerne i denne studien hevder at den avhengige står i sentrum. Det er den avhengiges valg som betyr noe. De sier også at valg som blir tatt i dag ikke nødvendigvis bestemmer fremtidige valg. Deltakerne mener også at sykepleier – pasientrelasjon er viktig i arbeidet med den rusavhengige. En av sykepleierne fremhever at relasjonen skal respektere både pasienten og sykepleieren. Ved at sykepleier «stadfester» reglene i relasjonen, gjør at den avhengige pasienten ikke misforstår. Videre bygges relasjonen på empati og forståelse, slik at det ikke truer den avhengiges integritet. Deltakerne tar også opp, og diskuterer over hvilke behandling som virker mest effektivt i arbeidet med rusavhengige. Deltakerne mener at «overtredelse» og oppgjør mot sosiale regler gjør at pasienten får mer positive mestringsstrategier, og selvkontroll i konfliktløsning. Sykepleierne ser dette som et opprør mot den tradisjonelle biomedisinske modell. Sykepleierne tar også opp at å hjelpe pasienten i å strukturere hverdagen. Tid han tidligere har brukt på rusmidler, må brukes til noe. Sykepleier sier de kan hjelpe pasienten med å oppleve noe meningsfullt.
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjent av universitetet forskeren jobber. Skriftlig samtykke fra sjefene av to offentlige franske sykehus og en privat klinikk. informasjon og samtykke fra spesialsykepleierne og de 9 vanlige sykepleierne ble tatt på bånd Medium

Forfattere År Land Tidsskrift	Howard, V og J. Holmsaw. 2010 England Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Tittel	Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use.
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere nøkkeltemaer fra tverrfaglig personell angående deres syn og erfaring i å arbeide med psykisk syke pasienter som bruker rusmidler
Metode	Blandet metode tilnærming som inneholdt både kvantitative og kvalitative data, Spørreskjema. Dybdeintervju.
Deltakere/fracfall	Deltakere som ble rekruttert til denne studien var ansatte som jobbet med innlagte pasienter innen mental helse og pasienter. Det var totalt 41 sykepleiere (49%) der to ble intervjuet, fem medisinsk personalet (6%) der to ble intervjuet. Fem Terapeuter som ble rekruttert utgjorde 6%. En ble intervjuet. Resten som ble rekruttert til å delta i studien var 6 team ledere som utgjorde 7%, der en ble intervjuet, 11 sykepleiere med videreutdanning eller sosial arbeidere (13%) der to ble intervjuet og til sist 16 assistenter (19%) der to ble intervjuet.
Hovedfunn	Deltakerne tar opp at det å jobbe med pasienter som bruker illegale rusmidler er krevende. De ser på forskjellen mellom psykisk syke og psykisk syke med rusavhengighet. Deltakerne sier de har problemer med å opprettholde trygge omgivelser, inngå i terapeutisk behandling og det fører til at deltakerne får en mer distansert rolle i forhold til disse pasientene. Deltakerne sier også at de har opplevd vold og aggressiv atferd hos ruspasientene. Deltakerne nevner også at holdninger innad i teamet kunne ha innvirkning på valgte tiltak og terapeutiske tilnærminger til pasientene. Hele teamet var misfornøyd med å tilby pleie med døgnopphold. Deltakerne hevder at trening, alt som vil gi økt kunnskap og utvikle kliniske ferdigheter. Deltakerne sier at det er behov for mer kunnskap for å være i stand til å hjelpe rusavhengige på en bedre måte. Noen av deltakerne nevner kunnskap som holdningsbarrierer
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjenning for denne studien ble søkt til og innvilget av Health-care Trust, university and National Health Service ethics committee. Etiske overveielser ble vurdert i forhold til en intern forsker og forskerens innblanding siden han også var involvert i klinisk praksis. Medium

Forfattere År Land Tidsskrift	Lang, Kathrine, Shawna Berenbaum, Colleen Anne Dell, Anas El-Aneed, Jaycie Neil og Judith Wright. 2013 Canada Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.
Tittel	Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers
Hensikt	Målet for dagens undersøkelse var å finne ut hva tjenesteleverandører ser på som den største barrieren for mennesker som injiserer narkotika/medisiner skal kunne få optimal hjelp
Metode	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju.
Deltakere/fracfall	27 tjenesteytere ble rekruttert til studien. Tre leger 7 sykepleiere To farmasøyter 6 konsulenter 4 sosialarbeidere 5 som hadde en ledende rolle i organisasjonen.
Hovedfunn	<p>Ut i fra fokusgruppeintervjuene, kom det frem at deltakerne hadde fremhevet fire hovedtemaer. Det var diskriminering av mennesker som bruker rusmidler, de hadde mer behov for undervisning om rus og narkotiske stoffer, ineffektiv bruk av begrensede ressurser, og de mener at dette er en krevende og unik pasientgruppe å jobbe med.</p> <p>1. Diskriminering: Det var delte syn blant deltakerne når det gjelder diskriminering av personer som iniserer rusmidler. Fokusgruppa definerte diskriminasjon som å samhandle med ruspasienter på en annen måte enn andre pasienter. Noen av deltakerne mener at; er pasienten somatisk syke, ikke relatert til rusmidler, får de lik behandling som de som ikke bruker rusmidler.</p> <p>2. Undervisning ble fremhevet under fokusgruppeintervjuene. Deltakerne følte de ikke hadde nok informasjon om rusmidler i grunnutdannelsen. De følte seg selvsikre når det gjelder somatikken. Samtidig følte de seg ukomfortable å behandle pasienter med sosiale problemer som følge av avhengigheten.</p> <p>De sier videre at de synes det er vanskelig å vite hva slags tjenester som kan ivareta pasientens behov samtidig å finne rett og relevant informasjon til pasienten. Videre fremhever de at fagdager er positivt, og god mentoring, erfaring og lytte til pasienten er viktig for å prøve å forstå pasienten.</p> <p>Noen av deltakerne innser at utdanning kan redusere diskriminering og stigmatisering blant pasientgruppa.</p> <p>3. Ineffektiv bruk av begrensede ressurser: Deltakerne beskriver uakseptable ventelister, og indikerer at lang ventetid for å få tjenester gjør at pasientene kan miste interesse i å søke behandling. Videre så deltakerne at tjenestene manglet økonomiske midler, fysisk plass eller at åpningstidene var unyttig for pasientene. Deltakerne sier dette gjør de frustrerte.</p> <p>4. Å jobbe med en unik og krevende gruppe: Deltakerne sier at denne pasientgruppa krever mer innsats enn andre pasienter. De mener at tidskrevende pasienter som krever mye, kan være intolerante, uhøflige, nedbrytende og deres oppførsel kan utmatte en allerede tidspresset tjenesteyter.</p> <p>Deltakerne mener videre at de kan være manipulative ved at de ikke får nok informasjon om pasienten når medisinsk behandling skal vurderes. De mener videre at de ofte har dobbeltdiagnoser, og spesielt smittsomme infeksjonssykdommer. Det kommer også frem at det er vanskelig å oppmuntre og engasjere pasientene.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjennelse for denne studien ble innvilget av University of Saskatchewan Behavioural Etiske komite.
Kvalitetsvurdering	God

Forfattere År Land Tidsskrift	Lovi, Renee og Jennieffer Barr. 2009 Australia Contemporary Nurse: health care across the lifespan.
Tittel	Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study
Hensikt	Den egentlige grunnen til denne studien var å utforske de daglige arbeidserfaringene sykepleiere som behandlet folk med avhengighets problemer hadde
Metode	Kvalitativ metode. Fenomenologisk studie.
Deltakere/fracfall	Seks deltakere var med i denne studien. En deltaker var nivå 2 sykepleier, og de resterende var nivå 1 sykepleiere. Alle unntatt en, hadde gjennomført et statlig AOD kurs. En deltaker hadde fullført privat sykehus kurs, og en hadde deltatt på konferanse for å få mer kunnskap innen området. Deltakerne var mellom 35 og 58 år, og hadde ulikt erfaringsgrunnlag; 8mnd til 20 år.
Hovedfunn	Studien tar for seg erfaringer til spesialutdannede AOD sykepleiere og sykepleiere uten tilleggsutdanning knyttet til pasienter med rusmiddel og alkohol avhengighet. Det kommer frem at sykepleiere uten tilleggsutdanning har upassende meninger om pasientgruppa. De ser på pasientene som problempasienter, problemene er selvforskyldte, de fortjener ikke å motta hjelp for å bli edru eller de får skyld for ting de ikke har gjort. En sykepleier sier: « Det er alltid dem». AOD sykepleierne er derimot frustrerte over sykepleierne uten tilleggsutdanning. Sykepleierne ville ikke inn på AOD enheten, og AOD sykepleierne mener at de hadde et fiendtlig syn på pasientene og AOD sykepleierne. Å være tilstede for pasientene, og tale deres sak var viktig for AOD sykepleierne. Ved å være pasientens advokat å tale deres sak, kunne det føre til effektiv og god pleie. For lite kunnskap blant sykepleiere uten tilleggsutdanning i forhold til AOD sykepleiers rolle og pågående holdninger holder i livet stereotypisk syn på pasientene. Det kommer frem at sykepleiere ikke søker kunnskap. De tar ikke kontakt med AOD sykepleier for råd og informasjon. Fører til at pasientene får upassende behandling. AOD sykepleier mener at grunnutdanningen ikke legger vekt på rusomsorgen. Dette mener de fører til negative holdninger. Derfor mener de at bedre utdanning innen avhengighet er svært viktig.
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjenning ble innvilget av Human Ethics Committee of the Queensland University of Technology (QUT). God
Forfattere År Land Tidsskrift	Monks, Rob, Annie Topping og Rob Newell. 2012 England Journal of Advanced Nursing.
Tittel	The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory.
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleiere opprettholdt og ga omsorg innlagte pasienter på medisinsk avdeling der pasientene hadde komplikasjoner knyttet til bruken av rusmidler og få frem erfaringene og synet til de som mottok pleie

Metode	Kvalitativ metode. Grounded Theory. Semistrukturerte intervju. Pasient og sykepleieperspektiv.
Deltakere/fracfall	Det ble rekruttert 29 sykepleiere som arbeidet innen Medical Admission Units og medisinske avdelinger ved NHS acute sykehus i nordvest England. Sykepleiere med ulike biografisk bakgrunn ble rekruttert til studien. Tre av de 29 sykepleierne hadde mer positive holdninger til rusmiddelmissbrukerne. Disse ble rekruttert som et teoretisk eksempel. Det var 12 pasienter som bruker rusmidler som ble rekruttert til studien.
Hovedfunn	Mangel på kunnskap, det var mangel på relevant teori i utdannelsen rettet mot rus. De følte seg komfortabel på den somatiske delen av pleie, men ikke på rus delen. Det var lettere å samarbeide med pasienter som kunne beskrive sine behov og var tillitsfull. De var bevisst på at de manglet kunnskap. Deltakere tilstår at de har negative holdninger og dette ser ut til å skape en konflikt for sykepleiere (Egne holdninger opp imot code of professional conduct). Sykepleiere var villig til å forbedre sin kunnskap og kom med forskjellige eksempler. Mistillit og frakobling Det var følelsesmessige interaksjoner med rusavhengige pasienter. Mistro var beskrevet som basis for de fleste relasjonene mellom sykepleier og pasient. Liten tid og samarbeid/relasjon til denne pasientgruppen i forhold til andre pasientgrupper. Felles mistro mellom pasient og sykepleier førte til en eskalasjon av negativ atferd som kunne ende i konflikter. Liten tid kunne føre til at sykepleier ikke var sensitiv overfor pasientens behov, spesielt de som omhandlet avhengighet. Emosjonelt tappet. Sykepleier uttrykker angst i forbindelse med å yte sykepleie til pasienter med rusavhengighet som har uforutsigbar atferd. Sykepleiere følte seg mer mentalt tappet når de jobbet med denne pasientgruppen i avdelingen. Det ble sett på som et skremmende arbeidsmiljø. Å se personen bak pasienten. Det ble rekruttert 3 stk som ble sett på som eksperter på området. Disse hadde et erfaringsbasert syn på denne pasientgruppen og de ble sett på som mennesker og ikke som rusavhengige. De tre sykepleierne var også mer villig til samarbeid. Når sykepleierne var interessert i problemene, lyttet og behandlet pasientene som personer ble samarbeidet mindre belastet. Sammenlignet med de andre sykepleierne klarte disse tre sykepleierne å se problemet og jobbe ut i fra det som utgangspunkt.
Etisk vurdering	Etisk godkjennelse fra National Health Service, Local Ethics Committee og university Ethics Committee. Godkjennelse av den lokale ledelsen ble innhentet fra NHS Trust.
Kvalitetsvurdering	God

Forfattere År Land Tidsskrift	Morgan, D Betty. 2012 USA Pain Management Nursing.
Tittel	Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å identifisere og utforske sykepleiers holdninger til pasienter som er innlagt på sykehus med rusproblem som har smerte, for å undersøke kunnskap om sykepleiers holdninger og interaksjoner med pasienter som har rusproblem som har smerter, og skape teori som vil bidra til en bedre forståelse av problemet.
Metode	Kvalitativ metode. Grounded Theory. Semistrukturert intervju.
Deltakere/fracfall	Det var 14 sykepleiere som deltok i studien. Kjønnfordelingen var 12 kvinner og to menn. De ble rekruttert fra et offentlig sykehus i nærheten av en by. Sykepleierne var mellom 31 og 61 år.
Hovedfunn	Sykepleiers oppfatninger og holdninger på pasientens smerteopplevelse kom frem i modellen (se artikkel). Deltakerne gav uttrykk for at det var ulike faktorer som påvirket deres holdninger til pasientene. Deltakerne beskriver gjennom intervjuer at istede for å beskrive og reflektere over egne negative reaksjoner mot pasienter som hadde avhengighets og smerteproblemer så de på andre sykepleiers negative reaksjoner. Deltakerne beskriver også pasientene kunne bli sett på som «drug seekers» ved labeling. Flere av deltakerne snakket om det å være «mellom», og tale pasientens sak når pasientene som gir uttrykk for sterke smerter ikke blir trodd på av leger.
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjent av The institutional Review boards av både universitet og sykehuset der studien fant sted. God

Forfattere År Land Tidsskrift	Natan, Merav Ben, Valery Beyil og Okev Neta. 2009 Israel Internationa Journal of Nursing Practice.
Tittel	Nurses` perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiers holdninger og hvordan deres syn tydelig kommer frem i tilsiktet og aktuell omsorg/pleie til pasienter som bruker narkotika
Metode	Kvantitativ metode. TRA spørreskjema med lukkede spørsmål
Deltakere/fracfall	135 sykepleiere fra flere sykehus i Israel som jobbet på indre medisinsk avdeling som hadde en høy sjanse for å jobbe med rusavhengige pasienter
Hovedfunn	Deltakernes syn på pasienter som bruker narkotika, har innvirkning på hvilken kvalitet på omsorg,pleie, behandling de gir. Det kommer frem at jo mer stereotypisk syn sykepleier hadde, jo dårligere kvalitet på pleie, omsorg og pleie fikk ruspasienter i forhold til andre pasienter. Sykepleierne følte at de viste nok om problemenesom var forårsaket av narkotika. Sykepleierne følte seg også sikre til å gi adekvat behandling til ruspasienter. Samtidig føler de at de også kunne identifisere og diagnostisere hvem som brukte og overdose situasjoner, men at de var redd for å behandle pasienter som brukte narkotika grunnet vold og manipulasjon. Det var ingen sammenheng mellom det deltakerne beskriver (over) og deres faktiske atferd. Sykepleier som mente at det var vanskeligheter med å yte pleie til denne pasientgruppa, mente at det var dårligere kvalitet i praksis. Det kommer frem at deltakerne var enig i at ledere, kollegaer, medisinsk personell, pasienten selv og pårørendes meninger skule høres når behandling skule bestemmes. Det kommer frem at deltakerne i studiem ofte hører på ledere og medisinsk personell, og mindre på kollegaer, pasienten selv og dens pårørende.
Etisk vurdering	Studien og spørreskjemaene ble godkjent av forsknings og etiske komite ved Nursing Department ved Pat Matthews Academic School of Nursing. Deltakerne ble fortalt om hensikten ved studie, og skriftlig samtykke ble innhentet. Deltakerne ble også informert om studien, og at de hadde rett til å trekke seg eller å ikke svare på spørsmål de følte seg ukomfortable med.
Kvalitetsvurdering	God

Forfattere År Land Tidsskrift	Neville, Kathleen og Nora Roan. 2014 USA Journal of Nursing Administration
Tittel	Challenges in nursing practice. Nurse`s perception in caring for hospitalized medical-surgical patients with Substance abuse/dependence.
Hensikt	Studiens hensikt var å utforske sykepleieres syn på det å yte omsorg til pasienter med komorbide tilstander relater til rus i medisinsk –og kirurgisk avdeling
Metode	Kvalitativ tilnærming. Intervju/spørsmål.
Deltakere/fracfall	24 sykepleiere med praksis fra fem sykehusavdelinger, tre medisinsk/kirurgiske avdelinger, en nevro og ortopedisk enhet og en onkologisk enhet.
Hovedfunn	<p>Deltakerne skildrer at den etiske plikten til å yte pleie står sterkt. Det handler om å yte sykepleie ved å bruke forståelse, medfølelse og være advokat for pasienten for å gi rettmessig pleie uavhengig av årsaken til helseproblemene. Deltakerne har også negative holdninger til denne pasientgruppen. De mente at sinne, intoleranse og krav fra pasientens side gjorde at sykepleierne så på dette som negativt. Sykepleier har også oppfatninger over å bli manipulert. Sykepleiere sier også at de er redde for at pasientene skal bli aggressive og potensielt truende.</p> <p>Behov for undervisning var nevnt av noen av sykepleierne. Deltakerne sier at det var mangel på kunnskap som gjorde sykepleiere uforberedt til å ivareta pasienten. De følte også at manglet veiledning av spesialister på området. Det siste som blir tatt opp er utfordringene med å jobbe med ruspasienter. Sykepleier sier de har etisk plikt til å hjelpe, men har et negativt syn for å yte pleie. Pleien var derimot god. Det kommer frem at deltakerne har negative holdninger til pasienter som kommer tilbake gang etter gang som fører til at de mister tillit til pasienten.</p> <p>Det siste er deltakernes tvil i forhold til smertebehandling til pasientene. Sykepleier ser på pasienten som «drug seekers» fordi de er mistenksomme over hvorfor de vil ha smertestillende. Det fører til at noen sykepleiere stilte det samme spørsmålet til andre pasientgrupper</p>
Etisk vurdering	Godkjent av den akademiske institusjon og community medisinske senter der studien fant sted.
Kvalitetsvurdering	God

Forfattere År Land Tidsskrift	Pauly, Bernadette (Bernie), Anette J. Browne, Jane McCall, Ashley Mollison og J. Parker. 2015 Canada Advances in Nursing Science
Tittel	Toward Cultural Safety. Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized Setting.
Hensikt	hovedmålet/spørsmålet med forskningen I dette prosjektet var: Hva som er kulturelt trygg omsorg for folk som bruker ulovlig narkotika og er påvirket av sosiale ulemper som fattigdom
Metode	Kvalitativt utforskende forskningsdesign. Etnografisk studiedesign. Dybdeintervju. Observasjoner av pasienter. Pasient og sykepleieperspektiv.
Deltakere/fracfall	Totalt ble det intervjuet 34 deltakere. Av disse var 15 pasienter (8 menn, 6 kvinner og en tvekjønnet) i alderen 30 til 51 år. Syv stk var aboriginere. Felles for pasientene var at de hadde brukt rusmidler i løpet av de siste 12 mnd., var arbeidsledige og levde under ustabile sosiale forhold. Det var rekruttert 19 sykepleiere. 12 av disse sykepleierne jobbet aktivt med pasienter mens 7 jobbet som ledere og lærere. Sykepleiernes alder var mellom 27 og 57 år, og hadde erfaring fra fire måneder opptil 33 år. Av de 19 sykepleierne hadde 12 bachelorgrad mens to deltakere hadde mastergrad. Bare et fåtall av sykepleierne gav tilbakemelding om at de hadde mottatt spesifikk undervisning relatert til rusmiddelbruk og avhengighet.
Hovedfunn	Hvordan man ser på personer som bruker rusmidler blir tatt opp her. Deltakere reflekterer om det er et individuelt problem som er selvforskyldt eller om det kan skyldes omgivelsene eller livsomstendigheter som berører personens liv. Deltakerne som ble intervjuet sa at de ikke på de som kriminelle, men at det er det juridiske i forhold til at de bruker narkotika som er kriminelt. De sier at alle mennesker er like mye verdt, man er først og fremst menneske. Forskeren mener at det er vanskelig å vite om sykepleier snakket ærlig om sine holdninger ift dette pga hensyn til sykehusets filosofi., Det kommer videre frem ved observasjoner at det ble brukt overvåkning og kriminalisering i organisasjonen var tilstede. Under intervjuene kommer det frem at deltakerne ytret bekymring over at pasienten ble stemplet som drug seeker av andre. Det siste hovedfunnet var det å kunne se avhengigheten som en sykdom og lidelse som tar over pasienten. En sykepleier beskriver at man må se på pasientens liv som en konsekvens av sykdommen snarere enn at det er selvforskyldt
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjenning for denne studien ble innhentet fra University of Victoria og University of British Columbia og sykehuset der studien ble utført. Informert samtykke ble innhentet både fra deltakerne som ble intervjuet og de som ble observert. God

Forfattere År Land Tidsskrift	Price, Owen og C. Wibberley. 2012 England Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Tittel	An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurse–patient relationships in a medium secure forensic unit
Hensikt	Målet var å utforske synet til psykiatriske sykepleiere i forhold til sikkerhetsrutinene ved et psykiatrisk sykehus til pasienter med rusproblemer
Metode	Kvalitativ metode. Case study. Intervju
Deltakere/fracfall	Et utdrag av spl som jobbet ved enheten var tatt ut. 4 menn og 6 kvinner, totalt 10 stk. i alderen 29-48 år. De hadde jobbet 1-6 år ved enheten. Kriteriene for å delta var at dem hadde jobbet minimum 1 år ved enheten som spl/psykiatrisk spl. Det var ikke tatt med spl med høyere utdanning da de ikke hadde så mye pasientkontakt.
Hovedfunn	Man skal vise medfølelse og empati overfor pasientene under ransaking av rom. Man skal ikke gi uttrykk for at man liker det å ransake rommene. Når sykepleieren ikke klarte å motivere pasientene til å slutte med narkotika kunne det føre til at sykepleier ble demotivert som kunne lede til negative holdninger overfor rusavhengige pasienter. Flere av sykepleierne mente det var ansatte som ikke ville be om urinprøver av denne pasientgruppen da de var redde for aggressiv respons fra pasientene. Sykepleierne måtte være respektere rusavhengiges privatliv under ransaking og rommene skulle se ut som de gjorde før en ransaking fant sted. Sykepleiere skulle heller ikke lese pasientens private post eller brev. Planlegging av samarbeid ble sett på som en nyttig strategi for å redusere negativ atferd til prosedyrer
Etisk vurdering Kvalitetsvurdering	Etisk godkjenning var innhentet fra Stockport NHS Research Ethics Committee samt fra Greater Manchester West NHS Trust Ethics Committee. Medium

Vedlegg 4: Sjekkliste for kritisk vurdering av prevalensstudier

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>Undersøke sykepleiers holdninger om hvordan deres syn tydelig kommer frem i tilsiktet og aktuell omsorg/pleie til pasienter som bruker narkotika.</p>
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>Prevalensstudie brukes for å beskrive, og får å finne sammenheng mellom ett eller flere begreper eller en eller flere variabler.</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p> <p>Det er oppgitt karakteristika over utvalget i tabell 1: Målt i gjennomsnitt og det er målt standardavvik. Studien er gjort på sykehus i Israel, spesielt på avdelinger for indremedisin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kjønn - Sivilstatus - Kompetanse - Gjennomsnittsalder - X antall års erfaring.
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p>Ja O</p> <p>Uklart X</p> <p>Nei O</p>
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja O</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei X</p>

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">86%</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	86%		
Ja	Uklart	Nei								
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
86%										
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Det er brukt spørreskjema basert på TRA for å måle uavhengige variabler. Det ble pilottestet for 20 sykepleiere, før studien fant sted. Innhold med små varianser ble ikke inkludert i det endelige spørreskjema. 82 spørsmål, der de fleste var lukkede spørsmål.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Ja	Uklart	Nei								
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Datainnsamlingen ble målt med lik metode: liker skala fra 1-6 der 1 var absolutt ikke mens 6 var absolutt ja. Den ble også vurdert ved Cronbach Alpha som måler konsistensen mellom flere variabler som antas å henge sammen.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Ja	Uklart	Nei								
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Det ble brukt beskrivende statistikk for å beskrive data fra hver enkelt variabel. Før den endelige hypotesen ble testet, brukte de Pearsons korrelasjonskoeffisient for å beregne. Når empiriske forhold var etablert, kunne analysen utføres.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Ja	Uklart	Nei								
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>Det var ikke samsvar med det deltakerne sa, og deres aktuelle atferd.</p> <p>Hovedkonklusjon: Sterkere hensikt for å yte god behandling til pasienter som bruker rusmidler er forbundet med mere positive holdninger.</p> <p>P= 95%.</p>
---	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja O</p>	<p>Uklart X</p>	<p>Nei O</p>

Vedlegg 5: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative artikler

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell Hensikt:
øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Er det oppgitt en problemstilling for studien?	X	O	O
	Ja: Å beskrive erfaringer til sykepleiere som jobber i en alkohol og rus enhet i South East Queensland.		

<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: <input type="checkbox"/> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>N O</p> <p>Beskrive fenomen/erfaring til sykepleiere som jobber i en AOD enhet.</p>
<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: <input type="checkbox"/> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p> <p>Kommentar: Forskerne mener at ved å beskrive fenomenet får de frem deltakernes subjektive meninger.</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p> <p>Kommentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lite utvalg er hensiktsmessig i forhold til studiedesignet, der man skal gå i dybden på et fenomen. - Det var totalt 6 deltakere. Alle deltakerne bortsett fra en, hadde godkjent AOD kurs. Det var en level 2 sykepleier, og fem level 1 sykepleier. - Det er ikke gjort rede for hvorfor noen ikke valgte å delta.
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <input type="checkbox"/> Er metoden som ble valgt god for å belyse	<p>Ja X</p> <p>Uklart O</p> <p>Nei O</p> <p>Kommentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De to første intervjuene var ustrukterte intervjuer mens resten var dybdeintervju. Dybdeintervju er en fremgangsmåte som har til hensikt å gå i dybden på sykepleiers erfaringer. - Valg av setting for datainnsamling er ikke gjort rede for, bare beskrevet under innsamling av data. - Ikke beskrevet eller lagt ved intervjuguide, men det er beskrevet hvilke spørsmål deltakerne fikk.
<p>problemstillingen?</p>	<p>.</p>

- Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel **feltstudier** (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), **intervjuer** (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), **dokumentanalyse**.
- Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

INNLEDENDE SPØRSMÅL

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: top;">X</td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">O</td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">O</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysen ble gjort i lys av Giorgi's fenomenologiske metode. - Trinnene i analysen ble klart beskrevet. - Det er en klar sammenheng mellom innsamlet data, sitater og kategoriene - Sitatene er med på å belyse core kategoriene forskerne har kommet frem til. 	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: top;">X</td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">O</td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">O</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien er gjennomført i en AOD enhet. 	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">- Det er trukket inn andre studier i diskusjonen for å belyse, vurdere eller underbygge funnene i studien.</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O	Kommentar:			- Det er trukket inn andre studier i diskusjonen for å belyse, vurdere eller underbygge funnene i studien.		
Ja	Uklart	Nei											
X	O	O											
Kommentar:													
- Det er trukket inn andre studier i diskusjonen for å belyse, vurdere eller underbygge funnene i studien.													
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <input type="checkbox"/> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Etiske forhold ble vurdert. Forskerne fikk informert samtykke fra deltakerne, og d stod at de kunne trekke seg under prosessen samt at deres konfidensialitet og anonymitet ble ivarettatt. De ble deretter kontaktet på telefon for å avtale intervju. Studie ble også forelagt human ethics che queensland university of technology.</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O	Kommentar:			Etiske forhold ble vurdert. Forskerne fikk informert samtykke fra deltakerne, og d stod at de kunne trekke seg under prosessen samt at deres konfidensialitet og anonymitet ble ivarettatt. De ble deretter kontaktet på telefon for å avtale intervju. Studie ble også forelagt human ethics che queensland university of technology.		
Ja	Uklart	Nei											
X	O	O											
Kommentar:													
Etiske forhold ble vurdert. Forskerne fikk informert samtykke fra deltakerne, og d stod at de kunne trekke seg under prosessen samt at deres konfidensialitet og anonymitet ble ivarettatt. De ble deretter kontaktet på telefon for å avtale intervju. Studie ble også forelagt human ethics che queensland university of technology.													

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AOD sykepleiere sa grunnutdannede sykepleiere hadde upassende meninger om pasientgruppa.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Grunnutdannede sykepleiere ser på pasientene som problempasienter. Skjer det noe galt, er det disse pasientene som får skyld for ting de ikke har gjort.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AOD sykepleierne sa at grunnutdannede sykepleiere hadde et fiendtlig syn mot denne pasientgruppa og AOD sykepleierne.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Å være tilstede for pasientene å tale deres sak var viktig for AOD sykepleierne. Ved å</td> </tr> <tr> <td colspan="3">For liten kunnskap blant grunnutdannede sykepleiere i forhold til AOD sykepleiers rolle og pågående holdninger holder i livet stereotypisk syn på pasientene.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Grunnutdanningen legger ikke vekt på rusomsorgen.</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O	Kommentar:			AOD sykepleiere sa grunnutdannede sykepleiere hadde upassende meninger om pasientgruppa.			Grunnutdannede sykepleiere ser på pasientene som problempasienter. Skjer det noe galt, er det disse pasientene som får skyld for ting de ikke har gjort.			AOD sykepleierne sa at grunnutdannede sykepleiere hadde et fiendtlig syn mot denne pasientgruppa og AOD sykepleierne.			Å være tilstede for pasientene å tale deres sak var viktig for AOD sykepleierne. Ved å			For liten kunnskap blant grunnutdannede sykepleiere i forhold til AOD sykepleiers rolle og pågående holdninger holder i livet stereotypisk syn på pasientene.			Grunnutdanningen legger ikke vekt på rusomsorgen.		
Ja	Uklart	Nei																										
X	O	O																										
Kommentar:																												
AOD sykepleiere sa grunnutdannede sykepleiere hadde upassende meninger om pasientgruppa.																												
Grunnutdannede sykepleiere ser på pasientene som problempasienter. Skjer det noe galt, er det disse pasientene som får skyld for ting de ikke har gjort.																												
AOD sykepleierne sa at grunnutdannede sykepleiere hadde et fiendtlig syn mot denne pasientgruppa og AOD sykepleierne.																												
Å være tilstede for pasientene å tale deres sak var viktig for AOD sykepleierne. Ved å																												
For liten kunnskap blant grunnutdannede sykepleiere i forhold til AOD sykepleiers rolle og pågående holdninger holder i livet stereotypisk syn på pasientene.																												
Grunnutdanningen legger ikke vekt på rusomsorgen.																												

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS:

Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- *Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?*
- *Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?*

Kommentar:

Funnene fra denne studien er ikke endelig fasit siden de begrunner med at det fortsatt må leses og forskes på dette området. Det kan derimot være med å gi oss en liten pekepinn, og pga metoden de har valgt å gi oss en liten dypere forståelse over hvorfor pasienter som har rusavhengighet blir stigmatisert og hva er det sykepleiere må ha fokus på i det videre arbeidet med denne pasientgruppen. På sikt kan slik kunnskap være med på å endre holdninger, og bidra til at denne pasientgruppen får lik status som de med somatisk sykdom.