



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Helsepersonells erfaringer med pasienter som har en ruslidelse/ Health personnel experiences with patients who have a substance use disorder

Ann-Helen Aspås Hostad og Torgunn Hyllnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 28.03.14



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 betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8</u> og <u>Forskrift om eksamen §§14 og 15</u> .	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Malones og Co-veileder Anita Nilsen

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: 28.03.2014

Antall ord: **11643**

Sammendrag

Bakgrunn: Eksakt hvor mange personer med ruslidelser vi har i Norge er noe uvisst og det anslås å være store mørketall. Man vet at pasienter med ruslidelser har en overhyppighet av psykiske lidelser og somatiske lidelser samt økt risiko for ulykker og skader som gir behov for helsehjelp. Alle i helsevesenet vil derfor med stor sannsynlighet møte pasienter med ruslidelser i sin yrkesutøvelse.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse helsepersonells erfaringer i møte med pasienter som har en ruslidelse.

Metode: Litteraturstudie basert på kvantitative og kvalitative forskningsartikler.

Resultat: I denne litteraturstudien kommer det frem at helsepersonells holdninger til pasienter med ruslidelser er negativ og dømmende. Mangel på kompetanse er et hovedelement som kan skape disse negative holdningene til denne pasientgruppen. Helsepersonell opplever møtet med disse pasientene som emosjonelt belastende og de distanserer seg fra pasientene. Mistillit begge veier skaper konflikter og negative relasjoner. Frykt for aggressiv atferd, høyt arbeidspress og tidsmangel er barrierer for å kunne gi adekvat pleie.

Konklusjon: Møte med pasienter med ruslidelser kan oppleves krevende og utfordrende for helsepersonell. Denne litteraturstudien konkluderer med at økt kompetanse blant helsepersonell kan være nyttig i møte med pasienter med ruslidelser. Kompetanseøkning kan gi mindre negative holdninger, skape bedre relasjoner og øke den gjensidige tilliten. Ledere for sykepleietjenesten kan se ut til å nedprioritere tilrettelegging for kompetanseøkning. Gode arbeidsmiljø- og forhold er viktige faktorer som kan skape trygghet og forutsigbarhet for helsepersonell. Videre forskning innen rusproblematikk med pasientperspektiv kan være nyttig for helsepersonell.

Nøkkelord: Pasienter med ruslidelse, holdninger, erfaringer, helsepersonell, helsevesenet.

Abstract

Background: Exactly how many people with substance use disorder we have in Norway is quite uncertain and it is expected to be considerable underreporting. It is known that patients with substance use disorder have a higher frequency of psychiatric and somatic disorders and increased risk of accidents and injuries which raises the need for health care. All health care personell will therefore most likely meet patients with substance use disorder in their profession.

Aim: The purpose of this literature study was to describe health professionals' experiences with patients who have a substance use disorder.

Method: A literature study based on quantitative and qualitative research articles.

Result: This literature study reveals that health professionals' attitudes toward patients with substance use disorder are negative and judgmental. Lack of competence are a key element that can create these negative attitudes towards this group of patients. Health professionals' experience the meeting with these patients as emotionally stressful and they distance themselves from the patients. Distrust both ways creates conflicts and negative relationships. Fear of aggressive behavior, excessive workload and lack of time are a barrier to provide adequate care.

Conclusion: Meeting patients with substance use disorder can be difficult and challenging for health professionals. This literature study concludes that increased competence among health professionals can be helpful in meeting patients with substance use disorder. Competence development can provide less negative attitudes, create better relationships and increase mutual trust. Leaders for nursing services may appear to give less priority to facilitation competence increase. Good working environment and conditions are important factors that can create security and predictability among health professionals. Further research on substance abuse with patient perspective can be useful for health professionals.

Keywords: Patients with substance use disorder, attitudes, experiences, health professionals, health care.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt	2
2.0	Teoretisk perspektiv	3
2.1	Rusmidler	3
2.1.1	Hva er en ruslidelse?	3
2.1.2	Skadevirkninger av rusmiddelbruk	4
2.2	Pasientrettigheter	5
2.3	Sykepleiekompetanse	6
2.3.1	Kunnskap	6
2.3.2	Kommunikasjon og relasjon	7
2.3.3	Holdning	8
2.4	Teoretiker: Dorothea E. Orem	8
2.4.1	Sykepleiefunksjonen	9
3.0	Metode	10
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2	Datainnsamling/Litteratursøk	11
3.2.1	PI(C)O-skjema (nytt underkapittel)	11
3.2.2	Databaser	12
3.2.3	Søkeprosessen	12
3.3	Kvalitetsvurdering	13
3.4	Etiske hensyn	14
3.5	Analyse	15
4.0	Resultat	16
4.1	Helsepersonells holdninger	16
4.2	Helsepersonells kompetanse	18
4.2.1	Opplevelse av kompetanse	18
4.2.2	Behov for økt kompetanse	19
4.3	Kommunikasjon og relasjon	19
4.4	Helsepersonells utsatthet i møte med pasientgruppen	21
4.5	Arbeidsmiljø	22
5.0	Diskusjon	25
5.1	Metodediskusjon	25
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	25
5.1.2	Datainnsamling/litteratursøk	25
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	27
5.1.4	Analyse og resultat	27
5.2	Resultatdiskusjon	28
5.2.1	Pasienter med ruslidelse er noe man bare må tolerere	28
5.2.2	Manglende kompetanse	31
5.3	Den vanskelige interaksjonen	33
6.0	Konklusjon	36
6.1	Konklusjon	36
6.2	Konsekvenser for praksis	37
6.3	Forslag til videre forskning	37

Vedlegg 1: PI(C)O- skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Inkluderte artikler

Vedlegg 4: Relevante funn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2004 kom den nye rusreformen der rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten. Hensikten med innføringen av denne reformen var å sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere og da styrke helsetjenestetilbudet. Rusreformen skulle også skape bedre muligheter for sosialtjenesten til å utforme individuelle tilrettelagte tiltakskjeder (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). Lossius (2012) skriver at i forbindelse med innføringen av denne reformen ble det gjennomført en kunnskap og holdningsundersøkelse utført av Rogalandsforskning som hadde fokus på helsearbeidere innen somatikk og psykiatri på Vestlandet. Undersøkelsen gav utslag på elementer som manglende kunnskap om og fordommer mot rusmisbrukere som pasientgruppe. Flere svarte at de ikke visste hvordan de skulle forholde seg til ruspasienter. Noen deltakere kom med påstander om at disse pasientene iscenesatte suicidforsøk for å få tilgang til medikamenter. Andre fordommer som kom frem var tyveri fra avdelingene og pasientene og at de lagde bråk. (Lossius 2012).

Eksakt hvor mange alkoholikere, legemiddelavhengige og narkomane vi har i Norge er noe uvisst. Det anslås å være store mørketall (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

I Norge er det mellom 8200-12 500 mennesker som injiserer opiater (Skårderud 2010). Antall personer som injiserer narkotiske stoffer i Norge er estimert til å være mye høyere enn dette siden de sosialt utslåtte sjelden svarer på undersøkelser (Fekjær 2008). Omtrent 5-10 % av den voksne befolkningen har et problematisk forhold til alkohol. 30 % av alle internasjonale sykehusinnleggelser skyldes kronisk konsum av alkohol (Slørdal 2007). I Norge bruker ca. 10 % av befolkningen vanedannende legemidler. Det finnes heller ikke her oversikt om hvor mange som utvikler legemiddelavhengighet, men man vet at slik avhengighet ofte blir undervurdert i behandlingsapparatet (Lossius 2010).

Ifølge Fekjær (2008) er det påvist sykdommer i nesten alle kroppens organer grunnet alkohol. Oversykkeligheten blant gatenarkomane er stor og gir utbredte problemer som gir behov for helsehjelp, dette gjelder også for andre mildere grupper av narkomane. I tillegg er det økt risiko for ulykker og skader av den grunn som gir behov for helsehjelp. Pasienter med ruslidelser har også stor overhyppighet av psykiske lidelser som kalles for dobbeltdiagnoser som man også kan møte i helsevesenet (Fekjær 2008). Begrunnet med

denne overhyppigheten av somatiske og psykiske lidelser vil man som helsepersonell med stor sannsynlighet komme i kontakt med denne pasientgruppen i forbindelse med arbeidet.

På bakgrunn av rusreformen, møter med pasientgruppen i praksis og overhyppigheten av somatiske og psykiske lidelser blant pasienter med ruslidelse mener vi at valgt tema er svært relevant for oss som helsepersonell.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å belyse helsepersonells erfaringer i møte med pasienter med en ruslidelse.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Rusmidler

Bruk av rusmidler forekommer i alle kulturer og har blitt brukt til alle tider for å fremkalle ekstase og feststemning og for grensesprengende opplevelser. Rusmidler innehar en kjemisk evne til å påvirke menneskets kropp. Det har også virkninger i hjernen (Fekjær 2008). Påvirkningen av hjernens funksjon kan gi fare for medikamentmisbruk og rusmiddelmisbruk, avhengighet og alvorlige skadevirkninger. Med medikamentmisbruk og rusmiddelmisbruk menes det inntak som er over det som er foreskrevet og det sosialt aksepterte. Dette kan igjen føre til rusavhengighet og alvorlige skadevirkninger (Snoek og Engedal 2011).

Etanol(alkohol) er det eneste lovlige rusmidlet vi har i Norge som man kan få uten å få det foreskrevet og er den vanligste rusformen. I små mengder mener man at alkohol kan ha en helsefremmende effekt, men helsevesenet stifter ofte bekjentskap med alkoholens helseskadelige og vanedannende effekter (Snoek og Engedal 2011).

Vanedannende legemidler kan grovt deles inn i tre ulike typer; sovemedisiner, angstdempende og smertedempende opiatere (Lossius 2010). Dette er legemidler som skrives ut på resept og bruk av disse ut over det som er foreskrevet blir regnet som misbruk (Snoek og Engedal 2011).

Narkotika er stoffer som brukes som rusmidler og som er gjort ulovlige i Norge. Dette innebærer omtrent 200 stoffer og er skjønnspreget. Det vil si at for eksempel khat kan i London selges som en grønnsak på torgene, mens det i Norge blir sett på som ulovlig. Vanedannende legemidler faller inn under narkotiske stoffer dersom omsetningen er ulovlig og ikke foreskrevet av lege (Fekjær 2008).

2.1.1 Hva er en ruslidelse?

I følge Helsedirektoratet (2014) er en ruslidelse både skadelig bruk og rusmiddelavhengighet. En rusdiagnose kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Man skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjonsnivået. ICD-10 er et internasjonalt kodeverk som er brukt som

redskap til å systematisk klassifisere sykdommer og beslektede helseproblemer (Helsedirektoratet 2014). ICD-10 mener vi å beskrive ruslidelse på en adekvat måte relatert til dette litteraturstudiet. I dagligtale bruker man oftest rusmiddelmissbruk som samlebetegnelse på både rusmisbruk, rusavhengighet og skadelig bruk av rusmidler. ICD-10 beskriver kun skadelig bruk og avhengighetssyndrom. DSM-IV, som er et lignende kodeverk, skiller mellom misbruk og avhengighet. Vi har valgt ICD-10 sitt kodeverk som utgangspunkt for å beskrive hva som klassifiseres som en ruslidelse (Helsedirektoratet 2011).

Skadelig bruk er i ICD-10 klassifisert som følgende:

Bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (som i tilfeller av hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer), eller psykisk (f.eks. episoder med depressiv lidelse etter betydelig alkoholkonsum) (Helsedirektoratet 2014, 159).

Det finnes som nevnt tidligere store mørketall av hvor mange som utvikler avhengighet grunnet skadelig bruk av psykoaktive stoffer (Helse- og omsorgsdepartementet 2012a) En avhengighetsdiagnose fører til en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. En avhengighetsdiagnose kan vanligvis kun stilles hvis tre eller flere av seks ulike kriterier har inntruffet samtidig i løpet de siste 12 måneder:

- Et sterkt ønske om å ta stoffet
- Vansker med å kontrollere bruken av stoffet
- Fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser
- Stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser
- Økt toleranse
- Noen ganger en fysisk abstinensstilstand (Helsedirektoratet 2014).

2.1.2 Skadevirkninger av rusmiddelbruk

Inntak av rusmidler kan gi i seg selv en opplevelse av rus som kan være både god og en kilde til lyst og glede. Inntak av rusmidler kan imidlertid også ha alvorlige og skadelige konsekvenser. Bruk av rusmidler er i seg selv ingen sykdom men det kan ved misbruk og

avhengighet forårsake blant annet akutte forvirringstilstander, varige hjerneskader og alvorlige sinnslidelser. Den akutte rusen kan hos enkelte utløse angst og depresjoner. De spesifikke skadevirkninger av hvert enkelt rusmiddel er forskjellig. Det finnes en sammenheng i jo mer avvikende rusmisbruken er dess mer avvikende er personen som bruker rus (Fekjær 2008).

Det finnes en stor overhyppighet av psykiske lidelser blant pasienter med en ruslidelse. Det er heller ikke uvanlig at pasienter med psykiske lidelser misbruker rusmidler for å medisinerer bort smerten selv. Denne kombinasjonen av ruslidelse og psykisk lidelse kalles for «dobbeltdiagnoser» (Fekjær 2008).

De skadelige konsekvensene av rusmisbruk gjelder ikke bare for den som ruser seg men også for vedkommende sin familie. En gravid kvinne med en ruslidelse påvirker fosterets hjerne som kan gi alvorlige konsekvenser for utvikling. Å vokse opp i et hjem der rusmisbruk er en del av hverdagen kan føre til alvorlige fysiske og psykiske traumer. Samliv og ekteskap med en rusmisbruker er oftere preget av konflikter og vold. Å ha et barn som har en ruslidelse kan være smertefullt og fornedrende. Alle disse aspektene må tas i betraktning for å få en helhetsforståelse av rus og de rusrelaterte lidelsene (Snoek og Engedal 2011). Mange har komplekse hjelpebehov og kan føle seg som kasteballer i tiltakene. Det finnes mange pasienter med ruslidelser som er motløse og uten fremtidshåp (Fekjær 2008).

2.2 Pasientrettigheter

Mennesker som har en ruslidelse skal møtes med likeverd og respekt og man skal ha høye ambisjoner om å hjelpe de ut av lidelsen. Et godt fungerende helsetilbud skal være likt for alle, men mennesker som har en ruslidelse er særlig utsatt og trenger derfor spesielt tilrettelagte tjenester. Et sentralt mål er å vise solidaritet. (Helse- og Omsorgsdepartementet 2012b). Pasienter med ruslidelse har rettigheter til å få den samme omsorg og helsehjelp på lik linje som andre pasienter. Man ser klart dette i Pasient og brukerrettighetsloven § 1-1 der lovens formål er som følger:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og

bruker og helse og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven 2013).

2.3 Sykepleiekompetanse

Sykepleiekompetanse får man gjennom profesjonell utdanning. Holdninger, kunnskaper, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt er aspekter som kan relateres til denne kompetansen. Kompetansen til sykepleiere er spesifikk og er rettet mot målgruppen for sykepleie, direkte eller indirekte mot pasienter, pårørende eller klienter. Kompetanse er også rettet mot ledelse og organisering og/eller fag-utvikling (Tveiten 2008).

2.3.1 Kunnskap

Kunnskap er en forutsetning for kompetanse. Tilegnelse av kunnskap oppnås gjennom læring og man får en utvikling av kompetansen. Sykepleiers kunnskapsaspekter kan grovt deles inn i tre; teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Tveiten 2008).

Teoretisk kunnskap er strukturert og skriftlig og oftest forskningsbasert. Praktisk kunnskap vil si å inneha ulike ferdigheter mens erfaringsbasert kunnskap er opplevd og personlig. Samlet kan disse tre aspekter av kunnskap utgjøre en helhet i sykepleien. Personlig- opplevd erfaringskunnskap defineres ulikt av forskjellige teoretikere, noen kaller det personlig kunnskap, andre innforstått- eller taus kunnskap. Personlig kunnskap er et resultat av ens egne erfaringer, som kan inneholde både kognitive, affektive- og psykomotoriske aspekter. I en sykepleiepraksis er det mye av taus kunnskap, og denne kan ha en avgjørende betydning for sykepleie til pasientene (Tveiten 2008).

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet og pleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter. Man har som sykepleier også et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og skal holde seg oppdatert om forskning og sørge for at ny kunnskap anvendes i praksis. Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling (Norsk sykepleieforbund 2011).

2.3.2 Kommunikasjon og relasjon

Som sykepleier inngår man i en rekke ulike typer relasjoner der man innehar en profesjonell rolle. I møtet med andre vil man ha en spontan tendens til å redusere den andre til det man selv er i stand til å se og forstå i øyeblikket. Helsepersonell har en etisk forpliktelse til å ivareta mennesket bak. Dette kan være noe helt forskjellig fra deg selv, og kan representere noe helt annet. Målet er ikke å forstå den andre fullt ut, men å ha respekt for pasientens autonomi og integritet. Å tro at man forstår pasienten fullt ut kan føre til uverdigg krenkelse, vold og undertrykkelse (Eide og Eide 2007).

Man har som sykepleier kompetanse og kunnskap, og måten kunnskapen kommuniseres på er vesentlig. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon skal være helsefremmende. Det skal være med å løse det overordnede formål med utøvelse av sykepleie som er å løse etiske problemer, fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. På en annen side kan manglende etisk refleksjon føre til brudd på prinsipper som står for god, profesjonell og hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2007).

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon innehar 10 aspekter som kan gjøre at gitt sykepleie oppleves som hjelpende for pasienten. Disse aspektene er sammenfattet ved at man må lytte, observere- og fortolke pasientens signaler, skape gode- og likeverdige relasjoner, formidle informasjonen på en klar- og forståelig måte, møte pasientens behov på en god måte, stimulere pasientens ressurser og muligheter, strukturere en samtale, skape alternative perspektiver, forholde seg åpent til vanskelige følelser og å samarbeide om å finne frem til gode løsninger (Eide og Eide 2007).

Å kunne skape et sånt rettferdig møte med profesjonell hjelpende kommunikasjon forutsettes det at hjelperen legger sine egne fordommer til side, og klarer å forholde seg til alle typer pasientgrupper med den empati, omsorg og respekt som enhver pasient skal behandles med. Det gir godt grunnlag for å forstå pasienten som person, gir bedre hjelp og støtte, økt evne til å ta beslutninger sammen og gir dermed bedre helse for pasientene (Eide og Eide 2007).

2.3.3 Holdning

En sykepleiers holdning er relatert til sykepleiekompetansen (Tveiten 2008). Holdning kan bygge på våre verdier, som er våre stabile mål, ideal og prioriteringer. Verdier er alt som er grunnleggende verdifullt for hvert enkelt menneske og kan være noe vi ønsker å ta vare på, arbeide for eller verne om. Holdning er hvordan man «ter seg». Mer presist vil det si at holdning er en tendens til å velge samme løsning i like situasjoner. Ens holdning kan sees på kroppsspråk som for eksempel sammenbitt munn, knytta never eller hevede øyenbryn. Som helsepersonell blir man lært opp til å dekke over holdningene sine, men preger likevel hver enkelt av oss (Aadland 1998).

Sykepleiers holdninger er som nevnt relatert til sykepleiekompetansen og man skal behandle alle pasienter med den samme omsorg og legge egne fordommer til side. Holdninger er avgjørende for hvordan man møter en pasient. Det nytter lite å være fysisk tilstede hos pasienten og gjøre de riktige håndgrepene dersom pasienten får en vond følelse om at sykepleieutførelsen kun handler om plikt. Sykepleiers holdninger og verdier er derfor helt vesentlige faktorer i utøvelsen av pleie (Eide og Eide 2007).

2.4 Teoretiker: Dorothea E. Orem

Orem sin sykepleietenkning bygger på egenomsorgsteorien. Dette defineres som de handlinger som et hvert menneske tar initiativ til å utføre på vegne av seg selv for å opprettholde liv, helse og velvære. Teoriens grunnlag bygger på Orems eksplisitte diskusjon om de fire begrepene menneskesyn, omgivelser, helse og sykepleie (Kristoffersen 2011).

Orem omtaler menneskesynet som at mennesket skiller seg fra andre levende vesener på flere måter. Dette innebærer evnen til å reflektere, kommunisere og forklare ting som er tjenlig for seg selv. Når alt er normalt, har mennesket en evne og et ønske om å ta vare på seg selv. Handlinger utføres da på en måte som bidrar til å bevare liv og helse, samt fremme velvære og helse (Kristoffersen 2011).

I Orems teori legges det stor vekt på miljøet ved å fremheve viktigheten ved kulturen og den sosiale gruppen er for individets egenomsorgslæring. Egenomsorgshandlinger læres i de samfunn og kultur individet vokser opp i. Samtidig påvirkes det av verdier, vaner, og normer (Kristoffersen 2011).

Helsebegrepet forandrer seg i takt med at menneskesynet forandres. Normal utvikling og funksjon er viktige aspekter ved helse. Til begrepet velvære knytter Orem personens egen opplevelse av livssituasjonen. Egenomsorg anses generelt som et viktig delmål når det gjelder helse (Kristoffersen 2011).

2.4.1 Sykepleiefunksjonen

Orems fjerde og siste begrep i teoriens grunnlag omhandler sykepleie. I Kristoffersen (2011) står det beskrevet at Orem mener at sykepleie anses som en profesjon og understreker at en sykepleier må være utdannet. Med dette begrunner Orem at sykepleie bygger på et omfattende teoretisk grunnlag som ikke kan tilegnes gjennom bare praktisk trening og erfaring. Sykepleiens overordnede mål er å fremme menneskers normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Her anses det å ivareta den enkeltes egenomsorgsbehov som et viktig delmål. Disse egenomsorgsbehovene kan utføres av personen selv, av andre eller av sykepleieren (Kristoffersen 2011).

Det er tre typer egenomsorgsbehov knyttet til det å opprettholde helse, normal funksjon, utvikling og velvære. Helseviktrelaterte egenomsorgsbehov baserer seg på at svikt i normalfunksjon, velvære og helse gir behov for å forebygge ytterligere svikt, samt å regulere eller kontrollere omfang og konsekvens av svikten (Kristoffersen 2011). Sykepleie beskrives som en hjelpetjeneste når disse helserelaterte egenomsorgsbehovene har sviktet. Hjelpen må påvirkes av pasientens personlighet og individuelle livssituasjon. Orem understreker at det må være etablert et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient for at sykepleieren skal være til hjelp. Handlingsmønsteret til sykepleier bygger på kunnskap, ferdigheter og verdi. På denne måten kan sykepleier fremme pasientens utvikling av egenomsorgskapasitet (Kristoffersen 2011).

3.0 Metode

Hovedoppgaven skulle ifølge retningslinjene til Høgskolen i Molde (2013) utføres i form av en systematisk litteraturstudie. Studiens hensikt var å tilegne oss fordypningskunnskap innen sykepleiefaget.

Aadland (2011) sier at å drive en vitenskapelig virksomhet innebærer et krav om intersubjektivitet. Dette vil bety at alle de ulike fasene i forskningsprosessen skal kunne gjentas av andre og ende med det samme resultatet. Men et slikt krav på like treff og funn er urealistisk og uoppnåelig (Aadland 2011). Willmann et. al (2011) sier at en systematisk litteraturstudie er rettet mot å gi en fullstendig oversikt. Denne oversikten kommer frem ved hjelp av vitenskapelige metoder og den metoden som anvendes for litteratursøket er avgjørende for hvilke slutninger som kan dras. En systematisk litteraturstudie baserer seg på å tolke, sortere og sammenligne resultat (Willmann et. al 2011).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Litteraturstudien inkluderer helsepersonell over 18 år som gjennom sin profesjon har erfaringer med pasienter med ruslidelse. Pasienter med ruslidelser innebærer i denne litteraturstudien både tidligere og nåværende narkomane, alkoholikere og rent legemiddelavhengige. Dette er begrunnet med at det ikke står konkretisert i artiklene og at vi var ute etter den generelle erfaringen til helsepersonells møte med pasienter med ruslidelser. Helsepersonell innebærer både sykepleiere med og uten spesialkompetanse innen rusfeltet, leger, farmasøyter og annet helsepersonell. Dette er begrunnet med at man ofte jobber tverrfaglig og en pasient med ruslidelse kan man møte i alle ledd i helsevesenet, både somatisk og psykiatrisk.

Både kvinner og menn er inkludert fordi man i denne litteraturstudien ikke er ute etter å finne ulikheter grunnet kjønnsmessige årsaker. Grunnet vanskeligheter med å finne gode og relevante artikler, er det inkludert tre artikler fra år 2007. De ble inkludert av hensyn til gode relevante funn for vår studie. Inklusjonskriteriene var derfor fra år 2007-2014. Norsk, svensk, dansk og engelsk er de eneste språk forfatterne av litteraturstudien har nok kompetanse til å kunne forstå godt nok. Artikler med andre språk enn disse er derfor ekskludert fra litteraturstudien.

3.2 Datainnsamling/Litteratursøk

Utgangspunktet for litteraturstudien var å utforske pasientperspektivet. Dette viste seg å være vanskelig, så det ble raskt endret til sykepleieperspektivet.

3.2.1 PI(C)O-skjema

Når man skal jobbe kunnskapsbasert er det viktig å gjøre om det man lurer på til eksplisitte og fokuserte spørsmål for så å dele spørsmålene opp til søkeord. Dette kan være vanskelig, men ved hjelp av samtale med veiledere/bibliotekar diskuterte vi hvilke ulike søkeord som kunne være aktuelle for litteratursøk. For å få mest mulig relevant og avgrenset søk og for at begge skulle ha de samme søkeordene utarbeidet vi i samarbeid med bibliotekar et PICO-skjema (vedlegg 1). PICO-skjema viser en måte å dele opp spørsmålsformuleringen på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Bokstavene i PICO representerer bestemte momenter som bør være med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et al. 2007). Problemstilling i denne litteraturstudien gjorde at (C) «comparison» ble ekskludert siden hensikten med litteraturstudien ikke var å sammenligne noe.

P (populasjon eller problem)

Hvilke type pasienter eller pasientgruppe omhandlet vår hensikt? (Nortvedt 2007). Vi var ute etter pasienter som har eller har hatt en ruslidelse, i voksenalder, som har hatt kontakt med helsevesenet. De norske søkeordene ble derfor pasienter med ruslidelser, alkoholiker, narkoman og legemiddelavhengige.

I (intervensjon)

Hvilken intervensjon eller tiltak ønsket vi å vurdere? Her var det viktig at intervensjonen tolket vidt for å kunne inkludere ulike former for eksponering. Hva var det pasienten ble utsatt for som vi var interessert i? (Nortvedt 2007). Vår hensikt var å belyse helsepersonell sine erfaringer i møte med pasienter med ruslidelser. Vi begrunner det med at det er dette pasientgruppen eksponeres for, altså møtet med helsepersonell. Norske søkeord ble derfor sykepleier, spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste, kommunehelsetjeneste, og helsepersonell.

O (outcome/utfall)

Hvilke endepunkt eller utfall var vi ute etter? Og hvilken effekt av tiltaket ønsket vi å vurdere? (Nortvedt 2007). Resultatet vi ønsket å undersøke i studien var sykepleieres erfaringer i møtet med rusmisbrukeren. Norske søkeord ble derfor opplevelse, erfaring, likhet, respekt, holdninger og stigma. Det kan tenkes at vår forforståelse om temaet har farget valget av søkeord.

3.2.2 Databaser

Vi har utført søk i Ovid PsykInfo, Ovide Nursing og Cinahl. Avgrensninger i søket (limits) var årstallet (2008-current) og aldersgruppe 18+. Språk ble avgrenset til dansk, norsk, svensk og engelsk. Vi har søkt etter både kvalitative og kvantitative artikler. Selv om problemstillingen er kvalitativ med tanke på erfaringer, så var hensikten med kvantitative artikler å underbygge de kvalitative funnene. På grunn av at mange artikler som kom frem i søkene ikke innfridde denne litteraturstudiens krav til perspektiv og kvalitet, utvidet vi søket med å ha en utvidelse på årstall (limits 2005–current). 3 artikler eldre enn 5 år er derfor inkludert.

3.2.3 Søkeprosessen

I søket brukte vi de boolske søkeoperatørene «OR» og «AND» for å kombinere søkeordene fra PI(C)O-skjemaet. Søkeoperatøren «OR» skaper en hendelse mellom to eller flere søketermer. På den måten blir alle referanser som inneholder noen eller samtlige av søkeordene vises som treff. «OR» gir et bredere søk og det øker sensitiviteten ved at søkets resultat inneholder referanser til både det ene og det andre søkeordet, eller til begge (Willman et al. 2011). Søkeoperatøren «AND» er en hendelse mellom to eller flere søkeord som gjør søket mer fokusert på et avgrenset område. «AND» bør derfor brukes først når en vil kombinere de ulike søkeblokkene med hverandre (Willman et al. 2011).

Trunkering (*) på alle ordene i søkene ble brukt for å inkludere alle treff som inneholdt grunnstammen av ordet vi søkte på. I følge Willman et. al (2011) forstår de fleste databaser hva dette betyr. Trunkering innebærer at man tar bort endelsen av et søkeord, slik at bare stammen av ordet blir igjen. Vi brukte blant annet trunkering på ordet «experience*» som da ga treff på «experiences» og «experienced». Ved å trunkere ordet «nurs*» fikk vi blant

annet treff på «nurses», «nursing», «nursing skills» og nursing theory». Søkehistorikk er presentert i vedlegg 2.

Søk etter artikler ble gjort hver for oss. Dette resulterte i mange treff på noen av søkene, da det er vanskelig å avgrense relevansen i det vi var ute etter. Mange av overskriftene og sammendrag i artiklene var misvisende i forhold til innholdet. Derfor ble det bestilt en del artikler som ikke kunne brukes på grunn av feil perspektiv og generell mangel på relevans. Etter hvert som vi fant relevante artikler ble de satt inn i skjema (vedlegg 3) som begge hadde elektronisk tilgang til. Dette er en oversikt over alle litteraturstudiens inkluderte artikler. Alle artiklene bortsett fra tre, ble bestilt via BIBSYS. De resterende tre var i fulltekst og ble skrevet ut.

Totalt 22 artikler ble da bestilt. Vi vurderte de etter hvert som de kom på biblioteket. Det viste seg at mange artikler hadde pasientperspektivet, og de ble derfor fortløpende ekskludert. Flere av artiklene omhandlet også sykepleiestudenters forhold til narkotika og alkohol, noe vi heller ikke var ute etter å forske på. På dette tidspunktet satt vi igjen med våre 13 artikler som vi har brukt i oppgaven: 7 kvalitative, 5 kvantitative og 1 artikkel med begge tilnæringsmetoder (Vedlegg 3)

3.3 Kvalitetsvurdering

Retningslinjene for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2013) sier at alle artiklene skal være originale og refereevurdert. Refereebedømming betyr ifølge Willman et al (2011) at noen med ekspertise innen feltet har gransket artikkelen før den er publisert. I Nortvedt et al. (2007) er det en oversikt over sikre databaser som egner seg for å finne refereevurderte originalartikler. Våre databaser Ovid PsycINFO og Cinahl var blant disse.

Litteraturstudiens inkluderte artikler er av ulike studiedesign. Hvert studiedesign har ulike sjekklister for kvalitetsvurdering. Disse sjekklister er utarbeidet for å lette arbeidet med å kritisk vurdere vitenskapelige artikler. Nortvedt et al. (2007) har sjekklister i sin bok, som er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det anbefales videre å bruke vedlagt ordliste sammen med sjekklister (Nortvedt et al. 2007). Alle artiklene ble gradert etter hvor mange kriterier i sjekklister hver artikkel oppfylte. Høy kvalitet er gitt når alle eller nesten alle kriterier i kvalitetsvurderingen er oppfylt. Middels kvalitet er gitt når noen

av kriteriene ikke er oppfylt eller lite beskrevet når det likevel antas å ikke ha innvirkning på studiens konklusjon (Kunnskapssenteret 2011). 12 av denne litteraturstudiens artikler er av vurdert til å være av høy kvalitet. 1 artikkel er vurdert til å være av middels kvalitet.

For å kontrollere tidsskriftene artiklene var utgitt i ble Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste sin database for statistikk om høgre utdanning brukt. (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste NSD 2014). NSD har et ansvar for et register over ulike autoriserte publiseringskanaler. Ni artikler i denne litteraturstudien hadde nivå 1 og fire artikler hadde nivå 2.

Vi kopierte artiklene slik at begge hadde et eksemplar hver. Deretter leste vi igjennom metode, resultat, hensikt og sammendrag fra alle artiklene. På bakgrunn av valgt tema og problemstilling fant vi det ganske vanskelig å finne de riktige artiklene for vår oppgave, vi har derfor kun ekskludert artikler som ikke var originalartikler eller som ikke hadde riktig perspektiv. Vi har derfor hatt de 13 inkluderte artiklene fra ganske tidlig av i prosessen med kvalitetsvurdering og analyse av disse. Sammenfatning av de inkluderte artiklene ble satt inn i et skjema (Vedlegg 3).

Alle våre artikler er skrevet på engelsk. Tre artikler var fra Australia, to fra Sverige, en fra Canada, to fra England, en fra Irland, en fra Taiwan, to fra USA og en fra Skottland.

I tråd med retningslinjene for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2013) er ti av artiklene fra de siste fem årene. Tre inkluderte artikler er fra 2007. All kvalitetsvurdering er ført i skjemaet for inkluderte artikler (vedlegg 3).

3.4 Etiske hensyn

I alle inkluderte artikler var det innhentet etisk godkjenning. Deltakerne i artiklene var frivillige med i studiene og hadde fått nødvendig informasjon om hva de aktuelle studiene skulle forske på. De fleste deltakerne i studiene gav i tillegg skriftlig samtykke til å delta i studien. Siden pasienter med ruslidelse er en sårbar gruppe var det etisk viktig for oss at ingen av pasientene kunne gjenkjennes.

3.5 Analyse

I følge Evans (2002) er det viktig å være systematisk med analysearbeidet. Vi brukte de fire fasene som er beskrevet i artikkelen; å samle utvalget, identifisere nøkkelfunn, relatere funn på tvers av studiene og til slutt beskrive fenomenet.

I den første fasen skal man samle inn datamaterialet som skal analyseres (Evans 2002). I vår søkeprosess, inklusjonskriterier og kvalitetsvurdering ble 13 artikler inkludert i litteraturstudien. Hver artikkel ble merket med nummer fra 1 – 13.

I den andre fasen skal man ifølge Evans (2002) identifisere hovedfunnene i hver enkelt artikkel. Vi kopierte hver artikkel slik at begge hadde hvert sitt eksemplar. Begge leste grundig alle artiklene, med særlig fokus på resultatdelen. Vi markerte og noterte ned alle funn som vi mente var relevante for vår litteraturstudie. Artiklenes volum blir da minimert og man vil sitte igjen med det som er mest relevant for litteraturstudien (Evans 2002).

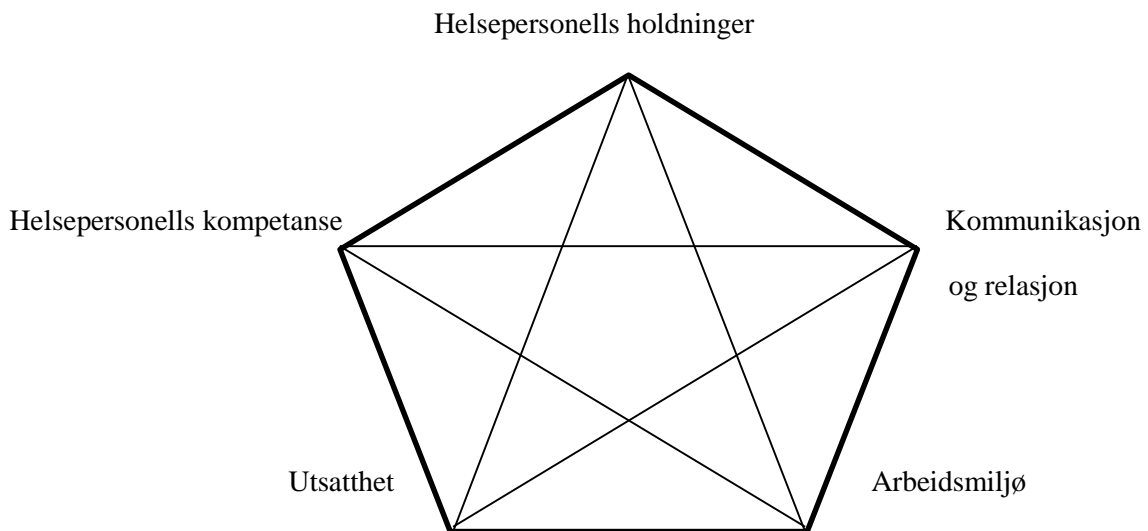
Tredje fase skal man identifisere det gjennomgående temaet og starte analysen. I følge Evans (2002) skal man kategorisere temaene og gyldigheten av funnene skal vurderes. Vi gikk gjennom alle artiklene i fellesskap for å sammenligne funnene. Vi valgte å skrive ned hvert enkelt funn med tilhørende artikkelnumre. Dette ble deretter skrevet ut. Hvert enkelt funn med tilhørende artikkelnumre ble klipt ut. Deretter ble disse enkeltfunn kategorisert og limt på farget ark. Hvert fargeark representerte et tema. På den måten ble temaer kategorisert.

Fjerde fase skal beskrive fenomenet. Dette gjøres ved å formulere tema med referanser til datainnsamlingen (Evans 2002). Resultatene fra de tidligere fasene kom til syne som fem hovedtema. Disse hovedtemaene beskrev de funnene vi mente å vise seg som gjennomgående i alle artiklene. Våre hovedtema er presentert i resultatdelen. For å kunne kvalitetssikre funnene laget vi et skjema (vedlegg 4) med 5 hovedtema og 2 undertema. Dette er presentert i litteraturstudiens resultater.

4.0 Resultat

Hensikten med denne studien var å belyse helsepersonells erfaringer i møte med pasienter med ruslidelser.

Alle de fem hovedfunn kan påvirke hverandre. Ingen funn i denne litteraturstudien bør sees alene, men sammen ment å skape et helhetsperspektiv av helsepersonells møte med pasienter med ruslidelser.



4.1 Helsepersonells holdninger

Helsepersonells holdning til pasienter med ruslidelser er selverklært generelt negativ og dømmende. Disse holdningene ble uttrykt både av helsepersonell i psykiatrisk avdeling, rusavdeling og akuttavdeling i tillegg til sykepleiere i fødeavdeling med spisskompetanse (Fraser et al. 2007, Howard og Holmshaw 2010, Monks et al. 2012, Lovi og Barr 2009).

De negative holdningene går spesifikt ut på at mange helsepersonell ser på disse pasientene som kaotiske og krevende problempasienter man bare må tolerere (Lovi og Barr 2009, Petzäll et al. 2010, Fraser et al. 2006, Kelleher og Cotter 2008, Monks et al. 2012, Irwin et al. 2012). En sykepleier i studien til Monks et al. (2012) forteller konkret om egne og andre helsepersonells holdning til pasientgruppen:

I think if you ask most nurses and doctors and they were truthful I'd probably say that nurses' attitudes towards IV drug abusers and illicit drug use and, think they're

waste of space. I think that's what they'd say. I think they're something we have to tolerate (Monks et al. 2012, 940).

Howard og Holmshaw (2010) har i sin artikkel undersøkt arbeidsgruppas holdninger til pasienter med «dobbeltdiagnoser». Helsepersonellet i denne studien arbeidet innen mental helse og bestod av både Samtlige deltakere mener at arbeidsgruppas holdninger har innvirkning på de ansattes individuelle holdninger.

«Othering» går igjen hos flere helsepersonell. Dette er forklart som å ikke se mennesket bak pasienten. Møtet med rusmisbrukeren kan oppleves emosjonelt ladet og dette fører til at helsepersonell distanserer seg fra pasienten og unngår interaksjon. Dette oppleves for helsepersonellet som en form for overlevelsesmekanisme for ikke å bli for emosjonelt påvirket selv og for dermed å greie å stå i jobben (Fraser et al. 2006, Monks et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010).

“...when they start kicking off and putting other people at risk and being very, very demanding, you do tend,...to detach from them” (Monks et al. 2012, 942).

Helsepersonell mener det er viktig å etablere en tillitsfull relasjon til pasienter med ruslidelser (Lovi og Barr 2009, Wädell og Skärsäter 2007). Helsepersonellet har likevel gjennomgående lite tillitt til pasienter med ruslidelser. Dette gjelder blant annet i forhold til tidligere erfaring med at pasienter ikke dukker opp til rett tid, har aggressiv atferd og faller tilbake til rus etter endt behandling. Enkelte sykepleiere beskriver mistillit som basis for all interaksjon med denne pasientgruppen. Denne gjensidige mistilliten blir beskrevet å kunne føre til gjensidig mistillit som kan ende i konflikter som kan utarte seg til vold og selvutskrivelse. Helsepersonell stigmatiserer pasienter med ruslidelser, blant annet ved å gi pasientgruppen skyld i situasjoner de ikke har vært en del av. Når noe i avdelingen mangler eller blir ødelagt ble denne pasientgruppen sett på som de skyldige (Irwin et al. 2012, Monks et al. 2012, Petzäll et al. 2009, Fraser et al. 2006, Lovi og Barr 2009).

4.2 Helsepersonells kompetanse

4.2.1 Opplevelse av kompetanse

Helsepersonale føler seg lite kompetent i arbeidet med pasienter med ruslidelser. Selv om noen av deltakerne i studiene føler de har god kompetanse på primær pleie mener de at de mangler spesiell kompetanse som viser seg som mangel på kunnskap, opplæring, trening og erfaring for å møte rusmisbrukeren på en adekvat måte. Dette gjelder helsepersonale uten spisskompetanse innen rusfeltet (Lovi og Barr 2009, Wadell og Skärsäter 2007, Chang og Yang 2012, Monks et al. 2012, Howard og Halmshaw 2010, Fraser et al. 2006).

Klinisk erfaring og internopplæring er for flere sett på som det viktigste elementet for kompetanseøkning (Lovi og Barr 2009, Kennedy et al. 2013, Wadell og Skärsäter 2007, Fraser et al. 2006, Kelleher og Cotter 2008, Howard og Halmshaw 2010, Chang og Yang 2012, Urada et al. 2012, Irwin et al. 2012). Likevel har hele 73% av deltakende helsepersonell i Kelleher og Cotter(2008) sin kvantitative forskningsartikkel sier de aldri har mottatt spesifikk trening relatert til rus og alkohol og møtet med disse pasientene på deres arbeidssted. Artikkelen resulterer videre med at 74% av helsepersonalet mener at pasienter med ruslidelser burde kun bli behandlet av personell med spisskompetanse innen rusfeltet. Dette resultatet støttes også opp i Chang og Yang (2012) sin artikkel der antall helsepersonell som har fått internopplæring- og kursing er målt. Resultatet viste seg å være at bare 5,9% av helsepersonalet har fått dette på sitt arbeidssted.

Mangel på kompetanse blir for mange en barriere mot å gi effektiv og adekvat pleie. Kompetansemangel kan føre til at helsepersonellet lettere «othering» pasientene. Dette er forklart med at de ikke greier eller vil se personen bak pasienten. Kompetansemangel gjør det også lettere å ha generelt negative og dømmende holdninger til pasienter med ruslidelser. Disse funn er uttrykt både av sykepleiere i rusavdeling, medisinsk avdeling og akuttavdeling, i tillegg til sykepleiere med spisskompetanse i neonatalavdeling som har erfaring med nyfødte barn av rusavhengige mødre (Lovi og Barr 2009, Fraser et al. 2006, Monks et al. 2012, Kennedy et al. 2013, Chang og Yang 2012, Herbeck et al. 2008).

Yeah, helping me to understand a little bit more about their addiction as well because I think we're all very guilty at times of being quite judgemental, aren't we? I think we're all guilty of judging. Well, I know I certainly am (Monks et al. 2012, 941)

4.2.2 Behov for økt kompetanse

Det er fremstilt at helsepersonale mangler selvtillit i forhold til spisskompetanse innen rusfeltet. Dette mener flere helsepersonell er begrunnet ved at de selv har for lav kompetanse (Fraser et al. 2007, Lovi og Barr 2009, Monks et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010).

Behovet for kompetanseøkning er blant helsepersonale ansett som stort for å mestre møtet med pasienter med ruslidelser. Utdanning er sett på som viktig, men klinisk erfaring og internopplæring er for flere sett på som det viktigste elementet for kompetanseøkning (Lovi og Barr 2009, Kennedy et al. 2013, Wadell og Skärsäter 2007, Fraser et al. 2006, Kelleher og Cotter 2008, Howard og Halmshaw 2010, Chang og Yang 2012, Urada et al. 2012, Irwin et al. 2012).

...understanding why these people get themselves into these situations in the first place understanding the background problems. I dunno if that makes sense, but you know, I don't know how to counsel these people...and I lack the knowledge and skills to deal with these types of people (Fraser et al. 2006, 1368).

Helsepersonells egen forståelse av nødvendigheten for å øke kompetansen er som nevnt stor. De som har gjennomgått spesifikke treningsprogram hevder å ha fått økt kunnskap og mestringsevne i møte med pasienter med ruslidelser. Disse deltakerne gir også uttrykk for behov av videre kontinuerlig trening. Flere deltakere hevder at klinisk praksis i rusfeltet vil gi de nye ferdigheter og kunnskap. Derimot foreslår få av deltakerne å ha et personlig ansvar for å oppnå økt kompetanse (Lovi og Barr 2009, Chang og Yang 2012, Monks et al. 2012, Kennedy et al. 2013, Wadell og Skarsæter 2007)

“The university degree didn't cover anything” (Lovi og Barr 2009, 169).

4.3 Kommunikasjon og relasjon

I relasjonen med pasienter med ruslidelser mener helsepersonell at det er viktig med åpenhet, konfidensialitet, oppmuntring, familieinvolvering, være advokat og å gi støtte og oppmuntring (Lovi og Barr 2009, Kelleher og Cotter 2008, Wadell og Skärsäter 2007, Novotna et al. 2011).

Betydningen av åpen og ærlig kommunikasjon i møte med pasienter med ruslidelser er understreket av flere helsepersonell fra ulike yrkesgrupper (Fraser et al. 2006, Wadell og Skärsäter 2007, Howard og Holshaw 2010). En sykepleier i studien til Wadell og Skärsäter (2007) fremhever hvorfor dette er viktig:

Talking, good communication, and really taking care-it's very important to sit down and talk, win their trust-it makes them open up. When they see that somebody cares and devotes time to them, is not in a hurry, and takes it slow and easy (Wadell og Skärsäter 2007, 1130).

Å kommunisere om problemer med rusmiddelbruk og å være i relasjon med pasienter med ruslidelser er beskrevet ved å gi følelser som frustrasjon og skyld og å være følelsesmessig utmattende (Wadell og Skärsäter 2007, Monks et al. 2012, Fraser et al. 2007).

Selv om flere av helsepersonalet understreker viktige faktorer i relasjonen med pasientgruppen, mener det er vanskelig å skape en relasjon og har en tendens til å ville unngå interaksjon og nedprioriterer pasienter med ruslidelser (Kelleher og Cotter 2008, Monks et al. 2012, Lovi og Barr 2009, Wadell og Skärsäter 2007). Irwin et al. (2012) beskriver i sin artikkel at farmasøyter i et apotek for metadonutlevering mener at det å være kjent og ha inngått i en relasjon kan være en fordel for de ansatte.

“We know them (methadone patients), I mean this guy we had known for about 15 years, so you have a lot of background information” (Irwin et al. 2012, 547).

Disse funn blir også understreket i Kelleher og Cotter (2008) sin kvantitative undersøkelse der det resulterer i at hele 73% av deltakerne mener interaksjonen med pasienter med rusproblematikk er inadekvat. Hovedgrunnen er beskrevet i å være mangel på ressurser, at helsepersonale synes det er ubehagelig å ha en relasjon med pasientgruppen og at helsepersonale synes pasienter med ruslidelse er vanskelige å håndtere (Kelleher og Cotter 2008, Wadell og Skärsäter 2013, Lovi og Barr 2009).

Åpen og ærlig kommunikasjon er som nevnt resultert i litteraturstudien til å være en viktig faktor i forhold til relasjonen til pasientene. Flere av deltakende helsepersonell har likevel

kommunikasjonsproblemer innad I det tverrfaglige teamet (Fraser et al. 2007, Urada et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010).

Effektiv kommunikasjon mellom de ansatte og tverrfaglige møter er relatert til å være viktige faktorer for å arbeide med pasienter med en ruslidelse (Howard og Holmshaw 2010). I den kvantitative artikkelen til Urada et al. (2012) er det hevdet at alle deltakende helsepersonell mener sånne tverrfaglige konsultasjoner kun skjer sporadisk.

4.4 Helsepersonells utsatthet i møte med pasientgruppen

Helsepersonell som møter pasienter med ruslidelser har erfaring med å bli utsatt for aggressiv atferd. Dette gjelder både trusler, verbal vold og fysisk vold. Både sykepleiere ved akuttavdeling, medisinsk avdeling og som jobber innen mental helse har disse erfaringene. Deltakerne fra akuttavdeling viser til at rus er den vanligste årsak til aggressiv atferd. I tillegg blir dette også erfart av farmasøyter ved apotek for metadonutlevering. 66% av deltakende helsepersonell hadde i løpet av siste året blitt utsatt for aggressiv atferd av denne art. Hverken kjønn, profesjonsgruppe eller arbeidserfaring spiller noen rolle for risikoen for å bli utsatt for vold eller trusler (Monks et al. 2012, Petzäll et al. 2009, Howard og Holmshaw 2010, Irwin et al. 2012).

Arbeidsstedets fysiske utforming har betydning for utsattheten for vold mener helsepersonell (Irwin et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010, Novotna et al. 2011, Monks et al. 2012). Å ikke ha mulighet til å overvåke pasientene er en spesifikk bekymring (Novotna et al. 2011).

If it's a three-floor setting and there's a nursing station on one floor, to me, on the other two floors could be something going on. How would you know if something critical is going on? (Novotna et al. 2011, 1532).

Helsepersonell fra ulike profesjonsgrupper uttrykker frykt og anspenhet med tanke på å bli utsatt for aggressiv atferd av denne pasientgruppen. Helsepersonalet føler seg emosjonelt utsatt i arbeidet med pasienter med en ruslidelse. Helsepersonell føler seg også mer mentalt sliten i møte med pasientgruppen enn i møte med andre pasientgrupper. Dette er spesielt begrunnet med pasientenes uforutsigbare atferd. Etter å blitt utsatt for vold og/eller trusler innrømmer helsepersonell at de endrer atferd ved å utøve økt forsiktighet og mistenkelighet

til pasienter med ruslidelser (Monks et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010, Novotna et al. 2011, Petzäll et al. 2009).

They're so unpredictable, you don't know if they're gonna sit down and wait nice and bonny and think, or go off and start ranting and raving, punching walls, shouting to all the other patient (...) You don't know what's gonna happen, it's really unpredictable and you fear sometimes, thinking, this is going really bad... (Monks et al. 2012, 942).

For å unngå eskalering av aggressiv atferd er det viktig å forholde seg rolig, snakke stille og gjenta spesifikke nøkkelsetninger. Flere av helsepersonalet mener det også er viktig å ha kontroll på kroppsspråket, som å stå med rak rygg og beholde øyekontakt (Irwin et al. 2012).

“We are quite firm towards them, so if they take a step towards me I take a step towards them, because I can't be seen to be backing down” (Irwin et al. 2012, 545).

4.5 Arbeidsmiljø

Det fysiske arbeidsmiljøet uttrykkes å være forstyrrende og lite privat. Behovet for å trekke seg unna og samle seg er stort i arbeidet med pasientgruppen, men det finnes ikke personalområde til å gjøre det. Disse funn baserer seg på undersøkelser utført i både behandlingssentre for rus og psykiatri, apotek og neonatalavdeling. (Novotna et al. 2011, Fraser et al. 2007, Lovi og Barr 2009, Irwin et al. 2012).

Staff don't have a place to meet at all. We're sort of tucked in. I mean, we're supposed to be this big happy family unit, interdisciplinary place, but we don't have a place where we can meet and socialize together and talk. We don't even have a lunch room (Novotna et al. 2011, 1533).

I tillegg til mangel på ansatteområde mangler det rom for en-til-en samtaler. Dette mener det deltakende helsepersonell gjør pleien til denne sårbare pasientgruppen vanskelig med tanke på konfidensialitet og terapeutisk område. Disse funn baserer seg på undersøkelser utført i både behandlingssentre for rus og psykiatri, apotek og neonatalavdeling (Novotna et al. 2011, Fraser et al. 2007, Lovi og Barr 2009, Irwin et al. 2012).

Utforming av institusjonsbygg har ikke kun innvirkning på hvordan de ansatte får mulighet til å utøve adekvat pleie og omsorg. Det har også innvirkning på stigmatisering av denne pasientgruppen. Stigmatisering av pasienter innlagt i rusavdelinger er forventet redusert når byggene er nye, hjemmekoselige og innbydende. I tillegg til å forvente redusert stigmatisering, er det også forventet at nyere institusjonsbygg for rusproblematikk vil støtte recovery og at de ansatte vil arbeide med økt stolthet. Arbeidsmiljøets fysiske utforming har også betydning for de ansattes og de andre pasientenes sikkerhet og trygghet i avdelingene. Sikkerhetstiltak som alarm på hvert personale uttrykkes å være viktig for sikkerheten til både de ansatte og til de andre pasientene. På tross av dette så skjer halvparten av de voldelige angrepene på steder som har spesifikke sikkerhetstiltak (Irwin et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010, Novotna et al. 2011, Monks et al. 2012). En farmasøyt i apotek for metadonutlevering sier at:

They had a separate entrance for methadone patients, they had a separate hatch, they had two differently locking doors that you had to buzz them through, it had CCTV, it had everything (Irwin et al. 2012, 546).

Arbeidsmiljøets fysiske utforming har som nevnt innvirkning på den terapeutiske behandling. Denne litteraturstudien viser også at mangel på ressurser som vises som tidsmangel og høyt arbeidspress oppleves som et hinder for å kunne gi adekvat pleie (Kennedy et al. 2013, Kelleher og Cotter 2008, Lovi og Barr 2009, Fraser et al. 2007, Wadell og Skärsäter 2007). En psykiatrisk sykepleier i Wadell og Skärsäter (2007) fremhever i sin artikkel vanskeligheten med økonomisk ressursmangel og kortere hospiteringstid:

There aren't any doctors to treat these people, we have a doctor for one or perhaps two weeks and then a new one comes and all of them have their own ideas. That is really disruptive and wrong (Wadell og Skärsäter 2007, 1135).

Ressursmangel som ved å mangle erfarent helsepersonale i avdeling beskrives som særlig negativt. Disse funn baserer seg på undersøkelser utført i både behandlingssentre for rus og psykiatri i tillegg til et apotek der samtlige deltakere er helsepersonell som arbeidet i disse spesialavdelingene for rus og psykiatritjenester (Lovi og Barr 2009, Fraser et al. 2007, Irwin et al. 2012, Wadell og Skärsäter 2007). En sykepleier i avdeling for rusbehandling i studien til Lovi og Barr (2009) sier at:

They sent us an assistant nursing, who can do basically nothing but open the door, and answer the phone, and because I think there is this attitude well, their less likely to kill a patient up here than they are on a surgical ward (Lovi og Barr 2009, 168).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier var ganske omfattende ved å inkludere all helsepersonell uavhengig av profesjon eller arbeidssted. Dette var for å tilegne oss kunnskap om helsepersonells generelle erfaring og ikke finne ulikheter i erfaring blant de ulike profesjonene. Dette kan ha hatt innvirkning på denne litteraturstudiens funn ved at de ulike profesjonene innehar ulik kunnskap og erfaring. Samtidig arbeides det tverrfaglig de fleste steder i helsevesenet hvor man møter pasienter med ruslidelser. Pasienter med ruslidelser innebar i denne litteraturstudien både narkomane, alkoholikere og rent legemiddelavhengige. Dette kan også ha hatt innvirkning på våre funn ved at helsepersonale kan ha ulik erfaring i forhold til hvilken type ruslidelse pasienten har.

Artiklene som ble inkludert var fra vestlige land, bortsett fra en artikkel fra Taiwan. Dette kunne også ha ført til en svakhet i litteraturstudien siden det der finnes annen kultur og oppbygging av helsevesen. Vi valgte likevel å inkludere denne artikkelen siden funnene samsvarte med de andre inkluderte artiklene. En annen svakhet med studien kan være at tre inkluderte artikler er fra 2007, noe som gjør de eldre enn fem år. Vi valgte likevel å bruke disse artiklene i studien siden funnene samsvarte med nyere forskning. En annen begrunnelse for at vi valgte å inkludere disse artiklene er at det kan se ut som det er trender på hva som forskes på og at rusproblematikk ikke har vært forsket så mye på de siste fem årene.

Ved at vi inkluderte artikler som ikke var på vårt morsmål må det tas høyde for at det i oversettelsen kan ha forekommet feiltolkning. Vi kan også ha gått glipp av nyere forskning og andre funn ved å kun søke etter artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk.

5.1.2 Datainnsamling/litteratursøk

Et godt utgangspunkt for datainnsamling og søkestrategi var å starte med et grundig arbeid med innhenting av bakgrunns litteratur. Forskningseffekt er kort sagt at de data som samles inn, blir påvirket av at det faktisk foregår en undersøkelse (Dalland 2007). Forskningseffekten kan ha hatt innvirkning også på deltakende helsepersonell i våre inkluderte artikler. Gjennom prosessen med litteraturstudien har vi hatt mye elektronisk

kontakt og arbeidet begrenset sammen der begge har vært fysisk tilstede. Dette har vi ikke sett på som et hinder i vårt arbeid. Ved å kommunisere elektronisk hadde begge skriftlig oversikt over utført arbeid. Dette var et godt verktøy for å kunne gå tilbake å se hva den enkelte hadde gjort, og en kvalitetssikring for hverandre. Det var også hensiktsmessig for å skrive metodekapitlet da alt arbeid ble fortløpende loggført.

5.1.2.1 PI(C)O-skjema

Det ble lagt mye arbeid i å utarbeide PI(C)O skjemaet. Dette gjorde at vi kunne utføre søk hver for oss med de samme søkeordene. Selv om vi hadde brukt mye tid på dette skjemaet, viste det seg vanskelig å få gode og konkrete søk. Med bakgrunn i dette valgte vi å søke i flere databaser, samt utvide med årstall. Arbeidet med å inkludere og ekskludere artikler var utfordrende. Særlig da vi oppdaget at ordet «experience» ikke ga så mange relevante treff. Derfor utvidet vi med søkeordene «stigma», «attitude», «knowlege» og «perception». Dette gjorde vi med bakgrunn av at vi så at disse ordene ble mye brukt som en fremtredende del av sykepleiernes erfaringer. Vår forforståelse om temaet ha farget utfallet i studien. Dette grunnet at vi har erfaringer der helsepersonell har vist negativ holdning, stigmatisering og manglende respekt til pasientgruppen. Dette er alle ord vi har brukt i vårt PI(C)O-skjema.

5.1.2.2 Databaser

Vi brukte kun tre databaser i utførelsen av våre artikkelsøk. I ettertid ser vi at vi kunne brukt mer tid på å søke i andre databaser. Dette kunne muligens ført til flere relevante treff på artikler. På den annen side er alle databasene som ble brukt i litteraturstudien anbefalt for å finne fagfelleverderte artikler og vi følte oss trygge på å anvende disse databasene i vårt arbeid.

5.1.2.3 Søkeprosess

Vi utførte 4 søk for å finne våre inkluderte artikler. Relevante artikler ble bestilt fortløpende fra BIBSYS. En styrke ved vår studie er at vi hele tiden lagret søkene våre, og skrev notat om relevante artikler i de ulike søkene. En svakhet er at søkene burde vært samlet til færre søk. Dette ville muligens gjort datainnsamlingen mer oversiktlig og gjort det enklere å beskrive metode og søkestrategi.

Vår problemstilling var kvalitativ siden den omhandlet erfaringer. Etter hvert som vi begynte å studere artiklene, viste det seg at flere relevante artikler var kvantitative. Ved nærmere ettersyn var noen av disse kvantitative artiklene relevante for problemstillingen ved at de underbygde funnene i de kvalitative artiklene. Dette ser vi på som en styrke i vår studie.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Begge leste alle artiklene grundig i analysefasen. Dette ser vi på som en styrke i vår kvalitetsvurdering av de 13 inkluderte artiklene. Ved at vi har brukt Kunnskapssenteret sine standardiserte sjekklister kan det ha bidratt til å øke litteraturstudiets validitet.

Alle inkluderte artikler var skrevet på engelsk. Arbeidet med å oversette de var veldig tidkrevende og utfordrende. Grunnet den språklige barriere må man som tidligere nevnt at det må tas høyde for at det kan foreligge feiltolkning. I tillegg til den språklige barrieren hadde flere engelske ord mange ulike betydninger på norsk. Dette kan være en svakhet i studien.

I etisk perspektiv var vi nøye med at innhenting av deltakende helsepersonell skulle være frivillig og etisk godkjent av etisk komite. Det var også viktig for oss at ingen i pasientgruppen skulle være gjenkjennbar. Disse viktige etiske prinsippene mener vi å ha etterkommet.

5.1.4 Analyse og resultat

Utgangspunktet for analyseprosessen var god bakgrunnskunnskap og planlagt søkestrategi. Vi gjorde som anbefalt av Evans (2002) og samlet inn datamateriale i første fase. Vi kunne anvendt andre analysemetoder, men det var denne metoden vi var mest kjent med og som var anbefalt. Det fantes lite litteratur om rus og ruslidelser i sykepleiernes pensum. Det fantes derimot mye pensumlitteratur i sykepleiefaget om kunnskap, holdninger, kommunikasjon, kompetanse og sykepleieteorier. Vernepleiernes pensumlitteratur ble brukt for å finne relevant litteratur om rus og ruslidelser. Sikre kilder på internett ble brukt for å finne lover og etiske retningslinjer. Søk etter artikler var vanskelig og ga få relevante treff på hvert enkelt søk. Vi brukte dermed lang tid på å lese abstract av mange artikler.

I løpet av andre fase identifiserte vi hovedfunnene fra hver artikkel. En styrke er at begge hadde en kopi av alle artiklene. Alle de inkluderte artiklene var engelskspråklige, dette kan være en svakhet ved at enkelte resultater kan ha blitt feiltolket.

Tredje fase gikk ut på å identifisere og analysere resultat. Ulike temaer ble kategorisert og gyldighet av funn ble vurdert. Dette ble utført i fellesskap for å øke validiteten i vår litteraturstudie. På denne måten håpet vi å ikke gå glipp av viktige funn. Ved å skrive ut alle de ulike funnene og lime de på farget ark med ulike tema, fikk vi identifisert det vi mener er litteraturstudiens hovedfunn. Også her kunne vår forforståelse om temaet ha hatt innvirkning på funn ved at vi dermed ubevisst kan ha fokusert på å finne funn som samsvarte med våre erfaringer.

I fjerde fase skulle vi beskrive fenomenet, altså hovedfunnene. Ut i fra de ulike temaene og fargearkene fant vi frem til det som er våre hovedfunn i denne litteraturstudien. Hovedfunnene ble beskrevet i resultatkapitlet. Her tok vi med sitat fra deltakerne i studiene for å underbygge og forsterke funnene. Dette ser vi på som en styrke i studien. På en annen side kan det ha farget resultatet på feil måte, og da anses for å være en svakhet.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne studien var hensikten å belyse helsepersonells erfaringer i møte med pasienter med ruslidelser. Helsepersonells erfaringer i denne litteraturstudien innebar alle profesjonsgrupper i helsevesenet. Disse erfaringer kan overføres til et rent sykepleieperspektiv siden sykepleier er en del av en arbeidsgruppe og erfaringene er delte. Vi har også erfart at sykepleiere utgjør en stor andel av helsepersonell i ulike deler av helsevesenet. I tillegg så er det i de fleste inkluderte artikler deltakere som er sykepleiere med og uten spisskompetanse innen rusfeltet. Videre i oppgaven er derfor dette sykepleieperspektivet brukt for å belyse resultatdiskusjonen.

5.2.1 Pasienter med ruslidelse er noe man bare må tolerere

Helsepersonells holdninger til pasienter med en ruslidelse er selverklært negativ og dømmende (Lovi og Barr 2009, Petzäll et al. 2010, Fraser et al. 2006, Kellner og Cotter 2008, Monks et al. 2012, Irwin et al. 2012). Når man som pasient møter en profesjonsgruppe

som har et etisk ansvar om å vise omsorg og respekt, men da blir møtt med negativitet og dømming – hvordan vil det føles?

Sykepleiers holdninger er helt avgjørende for hvordan man møter pasienten med ruslidelse (Eide og Eide 2007). Personer med disse komplekse problemer skal møtes med likeverd og respekt og man skal ha høye ambisjoner om å hjelpe de ut av lidelsen. Et sentralt mål i møtet med denne pasientgruppen er å vise solidaritet (Helse- og Omsorgsdepartementet 2012b).

Sykepleiere skal fokusere på å følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. De beskriver at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet og at pleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter (Norsk sykepleieforbund 2011). Selv om dette er retningslinjer, så vil muligens våre holdninger påvirke møtet med pasienter. Holdninger er som nevnt avgjørende for hvordan man møter en pasient. Holdninger er noe som man har inni seg, men som kommer til syne ved for eksempel kroppsspråk og som andre vil oppfatte (Aadland 1998).

Pasienter med ruslidelse er noe vi ser på som en sårbar og utsatt gruppe. Dette er begrunnet med at Fekjær (2008) mener jo mer avvikende rusmisbruken er dess mer avvikende er pasienten med ruslidelse. Dette er tolket av oss som at personen har vært plaget av personlige utfordringer og kanskje ser på rus som en smertelindring og virkelighetsflukt. Fekjær (2008) hevder videre at det finnes en stor overhyppighet av dobbeltdiagnoser. Dette gjør denne pasientgruppen ekstra utsatt. Det finnes mange pasienter med en ruslidelse som er motløse og uten fremtidshåp. Derfor mener vi at man som sykepleier må i tillegg til å følge yrkesetiske retningslinjer og lover være ekstra barmhjertig og omsorgsfull i møtet med denne pasientgruppen.

I praksis har vi møtt flere pasienter med ruslidelser. Helsepersonell viste også her negativ og dømmende atferd. Vi som studenter undret på hvordan dette følte for pasientene. Eide og Eide (2007) mener at holdninger er helt vesentlige og pasienten vil merke det om man kun utfører pleie av plikt. Kristoffersen (2011) forklarer Dorothea Orem's sykepleieteori med at man må ha evne til å tenke helhetlig. På denne måten skal sykepleie bli noe annet enn å kun utføre en rutinepreget oppgave.

Howard og Holmshaw (2010) sin artikkel resulterer i at arbeidsgruppas holdninger har innvirkning på de ansattes individuelle holdninger. Reflektert praksis fremmer moralsk praksis, og det bør derfor jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner alle steder der sykepleie utøves (Norsk sykepleieforbund 2011). Dette er det ideelle. Etter å ha jobbet i felten og vært i praksis vet vi at det ikke er sånn. En sykepleiehverdag er travel og preget av samlebånd-kultur. Mangel på ressurser, tidsmangel og høyt arbeidspress kan være et hinder for å gi adekvat pleie (Kennedy et al. 2013, Kelleher og Cotter 2008, Lovi og Barr 2009, Fraser et al. 2007, Wadell og Skärsäter 2007).

Hvordan skal man da få tid å prioritere etiske refleksjoner? Dette ansvaret mener vi ligger på administrasjon og ledelse. Det er i litteraturstudien lite funn om de ulike profesjonene innenfor helsevesenet har ulik holdning til pasienter med ruslidelse. I de fleste steder i helsevesenet arbeides det tverrfaglig; der det finnes sykepleiere så finnes det ofte leger, psykologer, hjelpepleiere og annet helsepersonell. Siden Howard og Holmshaw (2010) mener arbeidsgruppas holdninger har innvirkning på personalets individuelle holdninger, mener vi at dette ikke har særlig stor betydning på resultatet.

Monks et al. (2012) beskriver at mistillit er basis for all interaksjon med pasienter med ruslidelse. Han beskriver videre at dette igjen kan føre til gjensidig mistillit som kan ende i konflikter og selvutskrivelse. Dette er begrunnet med tidligere erfaring med at pasienter ikke dukker opp til rett tid, har aggressiv atferd og faller tilbake til rusmisbruk etter behandling (Irwin et al. 2012, Monks et al. 2012, Petzäll et al. 2009, Fraser et al. 2006, Lovi og Barr 2009, Wadell og Skärsäter 2007). Dette mener vi har mye med personalets holdninger å gjøre. En pasient med ruslidelse er ikke noe man bare må tolerere grunnet sin profesjon, men en person man må vise omsorg og respekt.

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) er formålet å nettopp fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten. Når helsepersonell kun møter pasienten med mistillit og negative og dømmende holdninger, kan det tenkes at hele den yrkesetiske og lovmessige plikten man innehar har feilet. Når man har tidligere erfaringer med at disse pasientene ikke er til å stole på vil man kanskje etter hvert oppfatte hele gruppen som upålitelige. Dette er en erfaring man har ervervet og er en helt naturlig læreprosess (Tveiten 2008).

Helsepersonells utfordring blir da å se forbi disse erfaringer for å kunne se det individuelle mennesket bak hver enkelt pasient.

Å se personen bak pasienten er noe mange helsepersonell sliter med (Fraser et al. 2006, Monks et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010). Dette kalles for «othering» og har med holdning å gjøre. Når man møter en pasient som er ruset, aggressiv og krevende er det kanskje vanskelig å se personen bak pasienten. Med den riktige holdning, godt arbeidsmiljø og adekvat kompetanse burde helsepersonell likevel greie det. Mange faktorer spiller her inn. At helsepersonell selv innrømmer å ha disse holdningene til pasienter med ruslidelse må sies å være positivt tross alt. De er da selv klar over det, og har gjennom undersøkelser kanskje blitt ekstra oppmerksom på å inneha disse negative og dømmende holdningene. Å bli og være oppmerksom på dette kan forhåpentligvis føre til endring.

5.2.2 Manglende kompetanse

All helsepersonell har gjennom sin utdanning fått sin kompetanse til å inneha sin profesjon. Kunnskap er en forutsetning for kompetanse og oppnås gjennom læring. Kunnskapsaspektet kan grovt deles inn i tre: teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Tveiten 2008).

Helsepersonell føler seg lite kompetent i arbeidet med pasienter med ruslidelser. Denne kompetansemangelen viser seg som mangel på kunnskap, opplæring, trening og erfaring for å møte rusmisbrukeren på en adekvat måte (Lovi og Barr 2009, Wadell og Skärsäter 2007, Ford et al. 2007, Howard og Holmshaw 2010, Fraser et al. 2006). I tillegg blir denne mangelen understreket i Kelleher og Cotter (2008) sin kvantitative artikkel ved at hele 73 % av personalet sier de aldri har mottatt spesifikk trening for å arbeide med pasienter med en ruslidelse.

Pasienter med ruslidelser kan herved se ut til å være en pasientgruppe som ikke er prioritert i kompetansesammenheng. Undervisning på høyskolenivå kan etter våre erfaringer også bygge opp under disse funn: 1 dag med undervisning er nedfelt i timeplanen i forhold til sykepleie til denne pasientgruppen. I pensumlitteratur for sykepleiere finnes også svært lite teori om rusmiddelbruk og sykepleie til pasienter med ruslidelser.

Vi mener at alle i helsevesenet med stor sannsynlighet vil komme i kontakt med pasienter med ruslidelser i forbindelse med arbeidet. Dette er begrunnet med at denne pasientgruppen har økt risiko for skader og ulykker, psykiske lidelser og somatisk sykdom. I tillegg gjelder ikke konsekvensene av rusmisbruk kun for den som ruser seg, men også for vedkommende sin familie (Fekjær 2008). Kompetansemangel for å arbeide med denne sårbare pasientgruppen kan derfor sees på som urovekkende.

Denne litteraturstudiens største funn er at helsepersonell har negative og dømmende holdninger til pasientgruppen og at behovet for kompetanseøkning er sett på som stort. Klinisk erfaring og internopplæring- og kursing er sett på som det viktigste elementet (Levi og Barr 2009, Kennedy et al. 2013, Fraser et al. 2006, Kelleher og Cotter 2008, Howard og Holmshaw 2010, Ford et al. 2008, Urada et al. 2012, Irwin et al. 2012, Wadell og Skärsäter 2007). Deltakende helsepersonell i litteraturstudien har gjennomgående lav selvtillit. Dette er begrunnet med å inneha manglende spesifikk kompetanse innen rusfeltet (Fraser et al. 2007, Lovi og Barr 2009, Monks et al. 2012, Howard og Holmshaw 2010).

I Kristoffersen (2011) står det beskrevet at Orem mener at sykepleie anses som en profesjon og understreker at en sykepleier må være utdannet. Dette er begrunnet med at sykepleie bygger på et omfattende teoretisk grunnlag som ikke kan tilegnes gjennom bare praktisk trening og erfaring. I denne litteraturstudiens funn hevdes det at klinisk erfaring og internopplæring- og kursing er ansett som den viktigste faktoren for å øke kompetansen. Man kan undre seg over hva som er den viktigste faktoren for kompetanseøkning. Våre funn kombinert med Orem's sykepleieteori tilsier at det er viktig med en teoretisk plattform i tillegg til å bygge videre kompetanse med klinisk erfaring og internopplæring- og kursing.

Sykepleiers overordnede mål er å fremme menneskers normalfunksjon, utvikling, helse og velvære ifølge Orem. Her anses det å ivareta den enkeltes egenomsorgsbehov som et viktig delmål. Når man som sykepleier føler sterkt behov for økt kompetanse og har lav selvtillit i pleien man skal yte, hvordan kan man da hjelpe noen til å fremme deres normalfunksjon, utvikling, helse og velvære? Ifølge vår tolkning av Orems sykepleieteori kan man ikke det. Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov baserer seg på at svikt i normalfunksjon, velvære og helse gir behov for sykepleie og som sykepleier må man ha den adekvate kompetansen til å ivareta dette når pasienten selv ikke kan (Kristoffersen 2011).

Hvem kan stilles ansvarlig for gapet mellom kompetansemangel og opplevelsen av behov for økt kompetanse? Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og skal holde seg oppdatert om forskning og sørge for at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleieforbund 2011). Samtidig følte ingen av deltakerne i studien til Monks et al. (2012) et personlig ansvar for å oppnå økt kompetanse. Dette er urovekkende, men med en travel sykepleiehverdag må det legges til rette for å øke kompetansen til de ansatte. Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling (Norsk sykepleieforbund 2011).

5.3 Den vanskelige interaksjonen

I relasjonen med pasienter med ruslidelser mener helsepersonell at det er viktig med åpenhet, konfidensialitet, oppmuntring, familieinvolvering, å være advokat og å gi støtte og oppmuntring (Lovi og Barr 2009, Kelleher og Cotter 2008, Wadell og Skärsäter 2007, Novotna et al. 2011). Som sykepleier inngår man i en rekke ulike typer relasjoner der man innehar en profesjonell rolle. Måten man kommuniserer på i relasjon med pasienten er av stor betydning for behandlingen (Eide og Eide 2007).

Selv om deltakende helsepersonell identifiserer viktige faktorer i kommunikasjon og relasjon ser de ut til å ha en tendens til å ville unngå interaksjon og nedprioriterer denne pasientgruppen (Kelleher og Cotter 2008, Monks et al. 2012, Lovi og Barr 2009, Wadell og Skärsäter 2007). For å bygge en relasjon må man ha en viss grad av interaksjon med pasientene. Orem omtaler mennesket som at det skiller seg fra andre vesener. Dette er begrunnet i at mennesket har evnen til å reflektere og å uttrykke symboler i tenkning og kommunikasjon. For å utøve sykepleie til pasienter med ruslidelser må man dermed gjennom interaksjon og kommunikasjon fremme pasientens normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kristoffersen 2011).

Hvorfor finner ikke den viktige interaksjonen sted? I denne litteraturstudien mener vi å ha funnet ulike faktorer som kan bidra til å forklare dette fenomenet; økt utsatthet og utfordringer med tanke på arbeidsmiljø.

Helsepersonell som møter pasienter med ruslidelser har erfaring med å bli utsatt for aggressiv atferd. Dette gjelder både trusler, verbal vold og fysisk vold (Monks et al. 2012,

Petzäll et al. 2009, Howard og Holmshaw 2010, Irwin et al. 2012). Det at pasienter med ruslidelser kan være uforutsigbare kan igjen gi emosjonelle belastninger. Dette er begrunnet med at helsepersonell opplever følelser som frykt og anspenhet i interaksjon med denne pasientgruppen (Monks et al. 2012). Helsepersonell er dermed utsatt for både aggressiv atferd og emosjonelle belastninger. Dette begrunner flere av deltakerne er en av årsakene til at de unngår interaksjon og distanserer seg fra pasienter med ruslidelser.

Hvordan skal man da greie å utøve sykepleie i henhold til Orems sykepleieteori? Denne pasientgruppen i likhet med andre pasientgrupper har egenomsorgssvikt når de kommer i kontakt med helsevesenet. I behandling av pasienter uansett årsak, er målet å ivareta personens egenomsorgsbehov. Er man pasient er denne evnen svekket og sykepleier må utføre disse egenomsorgsbehov. Interaksjon med pasienten er dermed nødvendig. Samtidig har helsepersonell frykt for å bli utsatt for aggressiv atferd og har emosjonelle belastninger og vil helst unngå interaksjon. Man kan gi en viss grad av forståelse for denne unngåelsen. Et av arbeidsmiljølovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven 2013). Funn i litteraturstudien kan tilsi at helsepersonell ikke opplever å ha full trygghet mot disse skadevirkninger. Det kan være vanskelig å unngå belastende situasjoner. Dette gir et dilemma for både helsepersonale og for ledelse. Som sykepleier må man inneha en evne til å stå i belastende situasjoner og ikke selektivt velge sine pasienter, men dette bør foregå i trygge rammer.

En annen årsak til at helsepersonell har nedsatt interaksjon med denne pasientgruppen er arbeidsmiljøet. Det fysiske arbeidsmiljøet er forstyrrende og lite privat. Behovet for å trekke seg unna og samle seg er stort men det finnes lite personalområde til å gjøre det. I behandling av pasienter med ruslidelser er konfidensialitet sett på som en viktig faktor. Arbeidsstedets fysiske utforming mangler rom for en-til-en samtaler (Novotna et al. 2011, Fraser et al. 2007, Lovi og Barr 2009, Irwin et al. 2012). Helsepersonell opplever også ressursmangel som vises som tidsmangel og høyt arbeidspress (Kennedy et al. 2013, Kelleher og Cotter 2008, Lovi og Barr 2009, Fraser et al. 2007, Wadell og Skärsäter 2007).

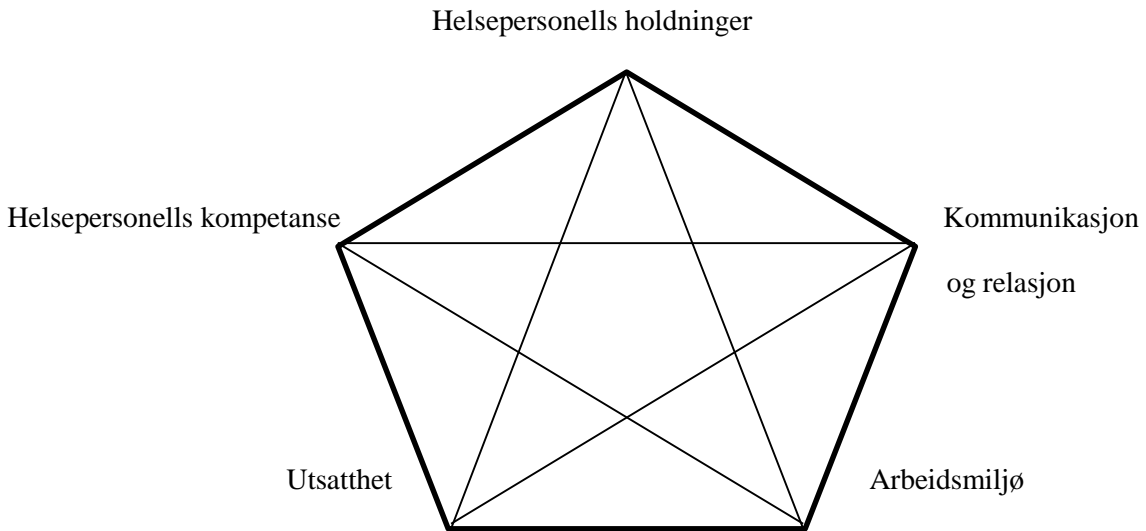
Ifølge Kristoffersen (2011) så mener Orem at helsetjenestetilbud er en viktig faktor for å oppnå egenomsorg. Flere deltakere i artiklene har behov for å føle seg trygge og mener arbeidsstedet har ressursmangel. Arbeidsstedet oppleves som forstyrrende og lite privat. Det kan virke som at disse faktorene skaper utfordringer og barrierer for helsepersonell og deres

interaksjon med pasienter med ruslidelser. I 2004 kom den nye rusreformen der rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten (Lossius 2012). Det føles derfor viktig for oss at det har blitt lagt til rette for at helsepersonell har ytre rammer for å kunne ha mulighet til å møte disse pasientene på en forsvarlig måte. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (2013) har sykepleiere i spesialisthelsetjenesten krav på et arbeidssted som gjør det mulig for dem å yte forsvarlig pleie:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven 2013).

Det kan av resultatene i denne litteraturstudien se ut til at helsepersonell ikke opplever at tjenestetilbudet er tilstrekkelig tilrettelagt. For å yte forsvarlig pleie til denne pasientgruppen er interaksjon nødvendig og tjenestetilbudet må ifølge Orem være adekvat for å oppnå egenomsorg. Vi mener at ledere av sykepleietjenester må legge til rette for at dette skal være mulig. Ved å sette fokus på denne pasientgruppen så vil det forhåpentligvis bli lagt til rette for at helsepersonell har mulighet til å yte adekvat pleie. Kanskje dette fokuset også vil skape holdningsendring og kompetanseøkning blant helsepersonell for pasienter med ruslidelser?

6.0 Konklusjon



6.1 Konklusjon

Det er avgjørende hvilke holdninger man har i møtet med pasienten, uavhengig av diagnose eller problem. Respekt og likeverdighet skal være et grunnlag for interaksjon og møte med hver enkelt. Solidaritet er særlig viktig i møtet med denne pasientgruppen. Ut i fra denne litteraturstudien ser man at holdninger er selverklært negative og dømmende. Helsepersonells negative holdninger fører til at de unngår interaksjoner til pasienter med ruslidelser og skaper mistillit begge veier.

Begrenset kunnskap og kompetanse om rus og ruslidelser blir beskrevet i flere av artiklene. Dette oppleves for flere helsepersonell som en barriere for å kunne gi god pleie og omsorg til pasienter med ruslidelser. Klinisk erfaring og internopplæring- og kursing oppleves som viktige elementer for kompetanseøkning. Ledere av sykepleietjenester har ifølge Norsk sykepleieforbund et særskilt ansvar for å skape rom for denne viktige fagutviklingen. Alle sykepleiere har i tillegg et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Flere helsepersonell har erfaring med å bli utsatt for fysisk og psykisk vold av pasienter med ruslidelser. Frykt for å bli utsatt for fysisk og psykisk vold er forsterket i interaksjon med denne pasientgruppen. Dette oppleves også som en barriere mot å yte god pleie. Fysisk utforming ved arbeidsstedet og ressursmangel som vises som høyt arbeidspress og tidsmangel oppleves også som en barriere. Pasienter med ruslidelser kan være tidkrevende og dette fører til at helsepersonell nedprioriterer interaksjoner med denne pasientgruppen.

Denne litteraturstudiens hovedfunn henger sammen med hverandre, og kan ikke sees alene. Negative holdninger, manglende kompetanse, økt utsatthet, arbeidsmiljø med mangel på ressurser og nedsatt interaksjon er alle funn som kan påvirke hverandre. Det kan virke som at alle disse faktorene skaper utfordringer og barrierer for helsepersonell og deres møte med pasienter med ruslidelser.

6.2 Konsekvenser for praksis

Denne litteraturstudiens funn kan relateres til møte med andre pasientgrupper og ulike deler av helsevesenet. Sykepleiers holdninger og kompetanse er viktige elementer i all pleie og omsorg og ikke bare i møte med pasienter med ruslidelser. Arbeidsmiljøfaktorer som ressursmangel, mangel på tilrettelagt utformede arbeidsareal og sikkerhet er også viktige elementer i alle deler av helsevesenet.

6.3 Forslag til videre forskning

I denne litteraturstudien har sykepleieperspektivet vært fokus. Dette perspektivet ble valgt på grunn av at vi fant lite forskning om pasientenes eget perspektiv i møte med helsevesenet. Pasientperspektivet kunne vært nyttig å utforsket for å undersøke eventuelle samsvar med de to ulike perspektivene. Hvilke erfaringer har pasienter med ruslidelser i møte med helsepersonell? Hvordan oppfatter pasienter med ruslidelser helsepersonells holdninger til dem som pasientgruppe? Videre forskning som utforsker årsaker til helsepersonells manglende kompetanse og negative holdning kunne også vært nyttig for å øke kvaliteten på helsetjenesten. Det hadde også vært hensiktsmessig å utforsket hvilke tiltak som kunne vært aktuelle i forhold til kompetanseøkning og holdningsendring.

Litteraturliste

Aadland, Einar. 1998. *Etikk for helse- og sosialarbeidrar*, 3. utg. Oslo: Det Norske Samlaget.

Aadland, Einar. 2011. *Og er ser på deg – vitenskapsteori i helse- og sosialfag*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Arbeidsmiljøloven. 2013. *Lov av 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. <http://lovdata.no/> (Lest 24.03.2014)

Buus, Niels. 2009. *Psykiatrisk sygepleje*, 1. utg. København: Dansk sygeplejeråd: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Chang, Yu-Ping og Mei-Sang Yang. 2012. «Nurses' Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems». *Perspectives in Psychiatric Care* 49: 94-112.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans David. 2002. "Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.

Fekjær, Hans Olav. 2008. *Rus*, 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fraser, Jennifer A, Margaret Barnes, Herbert C. Biggs og Victoria J. Kain. 2007. «Caring, chaos and the vulnerable family: Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents». *International Journal of Nursing Studies* 44: 1363-1370.

Helsedirektoratet. 2011. *Tema: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo:

Helsedirektoratet. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm> (Lest 07.2.2014).

Helsedirektoratet. 2014. *Tema: ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. revisjon*. Oslo: Helsedirektoratet. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/icd-10-den-internasjonale-10-revisjon/Sider/default.aspx> (Lest 07.2.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet(a). 2012. *Tilgjengelige og helhetlige tjenester*. Mld. St. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/6.html?id=686065> (Lest 01.10.2013)

Helse- og omsorgsdepartementet(b). 2012. *Solidaritet med særlig utsatte mennesker*. Mld. St. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012/7.html?id=686087> (Lest 01.10.2013)

Herbeck, Diane M, Yih-Ing Hser og Cheryl Teruya. 2008. «Empirically supported substance abuse treatment approaches: A survey of treatment providers' perspective and practises». *Addictive Behaviors* 33: 699-712.

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

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2013. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.

Irwin, Amy, Christianne Laing og Kathryn Mearns. 2012. «Dealing with aggressive methadone patients in community pharmacy: A critical incident study». *Administrative Pharmacy* 8: 542-551.

Kelleher, Sean og Patrick Cotter. 2008. «A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users». *International Emergency Nursing* 17: 3-14.

Kennedy, Alison J., David Mellor, Marita McCabe, Lina A. Ricciardelly, Susan A. Brumby, Alexandra Head og Catherine Mercer-Grant. 2013. «Training and experiences of Nurses in Responding to Alcohol Misuse in Rural Communities». *Public Health Nursing* 4: 332-342.

Kristoffersen, Nina, Jharen. 2011. "Teoretiske perspektiver på sykepleie." I *Grunnleggende sykepleie 1*, 2. utg., red. Eli-Anne Skaug, 161-206. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapscenteret. 2011. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.kunnskapscenteret.no/systemsider/s%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=h%C3%A5ndbok+for+kvalitets&sa.x=0&sa.y=0> (Lest: 05.02.2014)

Lossius, Kari. 2012. *Om å ruse seg*, 2. utg. *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lossius, Kari. 2010. «Rusmidler». I *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*, 1. utg., red. Finn Skårderud, Svein Haugsgjerde og Eirik Stanicke, 433-445. 2010. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lovi, Renee og Jennifer Barr. 2009. «Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study». *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession* 33(2): 166-178.

Monks, Rob, Annie Topping og Rob Newell. 2012. «The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the view of nurses and patients: a grounded theory study». *Journal of Advanced Nursing* 69(4): 935-946.

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. 2014. *Tema: Publiseringskanaler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lest 19.12.2013 og 10.03.2014)

Norsk sykepleierforbund. 2011. ICN's etiske retningslinjer for sykepleiere.
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> (Lest 10.11.2013)

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, 1. utg. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Novotna, Gabriela, Karen A. Urbanoski og Brian R. Rush. 2011. «Client-Centered Design of residential Addiction and Mental Health Care Facilities: Staff Perceptions of Their Work Environment». *Qualitative Health Research* 21(11): 1527-1538.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2013. *Lov av 2. februar 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. <http://lovdata.no/> (Lest 10.11.2013)

Petzäll, K., J. Tällberg, T. Lundin og Björn Ove Suserud. 2009. «Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care». *International Emergency Nursing* 19: 5-11.

Slørdal, Lars. 2007. «Misbruk av legemidler og rusmidler.» I *Legemidler og bruken av dem*, 1. utg., red. Hedvig Nordeng og Olav Spigset. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, Jannike Engelstad. Knut Engedal. 2008. *Psykatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*, 3. utg. Oslo: Akribe Forlag.

Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Spesialisthelsetjenesteloven. 2013. *Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om plikt til forsvarlighet*.
<http://lovdata.no/> (Lest 10.11.2013)

Urada, Darren, Elizabeth Schaper, Lily Alvarez, Christopher Reilly, Mona Dawar, Robyn Field, Valerie Antoini, Brandy Oeser, Desiree Crevecoeur-MacPhail og Richard A. Rawson. «Perceptions of Mental Health and Substance Use Disorder Services Integration Among the Workforce in Primary Care Settings». *Journal of Psychoactive Drugs* 44(4): 292-298.

Wadell, Kathleen og Ingela Skärsäter. 2007. «Nurses experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting». *Issues in Mental Health Nursing* 28: 1125-1140.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*, 3. utg. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1: PI(C)O – skjema

P	I	(C)	O
Rusmisbruker Alkoholiker Legemiddelavhengig Narkoman	Sykehus Kommunehelsetjeneste Spesialhelsetjeneste Primærhelsetjeneste Sykepleier		Erfaring Opplevelse Likhet Respekt Holdninger Stigma
Substance use* Substance misuse* Substance abuse* Illicit drug* Abuse* Addict* Drug* Alcohol* Narcotic* Opioid related disorder* Heroin dephendense Methadone* Illegal substance use*	Hospital* Special health care* Health care* Health personnel* Health provider* Nurse* Health service* Staff* Community health service* Primary care*		Experience* Nurse experience* Perception* Equal* Respect* Attitude* Integrity* Stigma* Psychosocial factors*

Vedlegg 2

#	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte
1	substance abuse* OR	05.12.13	Cinahl	26962	0	0	0
2	illicit drug* OR	05.12.13	Cinahl	2015	0	0	0
3	alcohol* OR	05.12.13	Cinahl	39577	0	0	0
4	nurse* OR	05.12.13	Cinahl	312559	0	0	0
5	health personel* OR	05.12.13	Cinahl	3	0	0	0
6	home care* OR	05.12.13	Cinahl	30244	0	0	0
7	hospital* OR	05.12.13	Cinahl	215155	0	0	0
8	health care system* OR	05.12.13	Cinahl	11833	0	0	0
9	respect* OR	05.12.13	Cinahl	94944	0	0	0
10	experience* OR	05.12.13	Cinahl	158375	0	0	0
11	equal* OR	05.12.13	Cinahl	18397	0	0	0
12	trust* OR	05.12.13	Cinahl	17646	0	0	0
13	Stigma	05.12.13	Cinahl	7576	0	0	0
14	1 OR 2 OR 3	05.12.13	Cinahl	61067	0	0	0
15	4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR	05.12.13	Cinahl	512565	0	0	0
16	9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR	05.12.13	Cinahl	512565	0	0	0
17	14 AND 15 AND 16	05.12.13	Cinahl	1272	8	0	0
18	Limits to (abstract available) og (published Date: 200090101-20141231)	05.12.13	Cinahl	427	20	8	6
Totalt inkluderte artikler				6			

Artikkel nummer 1,2,3,7,8 og 10 kommer fra dette søket.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	drug addict*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	5867	0	0	0
2	exp Drug Abuse/ or substance abuse*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	50652	0	0	0
3	exp Cocaine/ or exp Alcohol Abuse/ or illicit drug*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	24918	0	0	0
4	1 or 2 or 3	07.03.14	Ovid PsykINFO	56493	0	0	0
5	hospital*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	64779	0	0	0
6	exp Home Care/ or home care*.mp. or exp Health Care Services/ or exp Long Term Care/	07.03.14	Ovid PsykINFO	58220	0	0	0
7	exp Health Care Delivery/ or exp Community Mental Health Services/ or health service*.mp. or exp Rural Environments/ or exp Health Care Services/ or exp Mental Health Services/ or exp Public Health Services/ or exp Mental Health/	07.03.14	Ovid PsykINFO	104191	0	0	0
8	exp Therapeutic Processes/ or exp Health Personnel Attitudes/ or exp Life Experiences/ or exp Nurses/ or exp "Experiences (Events)"/ or exp Intensive Care/ or exp Hospitalized Patients/ or nurses experience*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	78027	0	0	0
9	nurses experience*.mp.	07.03.14	Ovid PsykINFO	652	0	0	0
10	6 or 7 or 8	07.03.14	Ovid PsykINFO	171649	0	0	0
11	4 and 9 and 10	07.03.14	Ovid PsykINFO	4	4	3	2
	Totalt inkluderte artikler						2

Artikkel nummer 4 og 5 kommer fra dette søket.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Leste abstracts	Inkluderte artikler
1	exp Methadone/ or methadone*.mp.	13.01.14	Ovid PsycINFO	3021	0	0	0
2	exp Drug Abuse/ or drug abuse*.mp	13.01.14	Ovid PsycINFO	47042	0	0	0
3	community services.mp. or exp Community Services/	13.01.14	Ovid PsycINFO	12616	0	0	0
4	exp Mental Health Services/ or exp Primary Health Care/ or mental health services*.mp. or exp Health Care Delivery/	13.01.14	Ovid PsycINFO	44748	0	0	0
5	exp Health Care Delivery/ or health care*.mp. or exp Primary Health Care/ or exp Health Care Policy/ or exp Mental Health Services/ or exp Health Personnel/ or exp Health Care Services/ or exp Health Personnel Attitudes/	13.01.14	Ovid PsycINFO	146550	0	0	0
6	exp Patients/ or patient.mp.	13.01.14	Ovid PsycINFO	128933	0	0	0
7	exp Psychosocial Factors/ or psychosocial factors*.mp.	13.01.14	Ovid PsycINFO	15791	0	0	0
8	1 or 2	13.01.14	Ovid PsycINFO	48401	0	0	0
9	3 or 4 or 5	13.01.14	Ovid PsycINFO	155334	0	0	0
10	6 or 7	13.01.14	Ovid PsycINFO	143054	0	0	0
11	limit 11 to (english language and yr="2008 - 2014")	13.01.14	Ovid PsycINFO	528	0	0	0
12	8 AND 9 AND 10 AND 11	13.01.14	Ovid PsycINFO	528	5	20	2

Artikkel 12 og 13 kommer fra dette søket.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Leste abstracts	Inkluderte artikler
1	exp Drug Abuse/ or substance misuse.mp.	10.1.14	Ovid PsycINFO	44195	0	0	0
2	exp Primary Health Care/ or primary care.mp.	10.1.14	Ovid PsycINFO	17660	0	0	0
3	Perception*.mp.or Perception/	10.1.14	Ovid PsycINFO	187971	0	0	0
4	limit 1 to (english language and yr="2008 - 2014")	10.1.14	Ovid PsycINFO	107592	0	0	0
5	1 AND 2 AND 3 AND 5	10.1.14	Ovid PsycINFO	25	2	4	1

Artikkel nummer 11 er fra dette søket.

Artikkel nr. 1

Forfatter	Renee Lovi og Jennifer Barr.
År	2009.
Land	Australia.
Tidsskrift	Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession 33.2.
Tittel	Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study.
Hensikt	Hensikten var å beskrive sykepleieres erfaringer med å jobbe i en alkohol- og narkotika avdeling.
Metode	Kvalitativ studie.
Måleinstrument	Alle intervjuene varte fra 30 – 50 minutter. Alle ble tatt opp på lydbånd, og all data ble transkribert umiddelbart etter intervjuet.
Deltakere	6 frivillige deltakere. Inklusjonskriterier: registrert sykepleier, jobbe i en alkohol- og narkotika avdeling, jobbe i South East Queensland regionen og snakke engelsk. Alle intervjuene bortsett fra ett, ble utført ved avdelingen de jobbet i. Det siste ble utført hjemme hos deltakeren. 0.
Frafall	
Hovedfunn	Hovedfunnene i denne studien viste at sykepleierne må være advokater for deres pasienter for å sikre at profesjonell oppførsel opprettholdes til en hver tid. Det er tre hovedfunn; Inadekvat bedømmelse, det å være advokat og utdanning.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av «Human Ethics Committee of the Queensland University of Technology QUT”. Deltakerne ble forsikret om at dette var konfidensielt.

Artikkel nr. 2

Forfatter	Petzall, K, J, Tallberg, T, Ludin og Bjørn-Ove Suserud.
År	2011.
Land	Sverige.
Tidsskrift	International Emergency Nursing 19, 5-11.
Tittel	Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hendelsene av trusler og vold for å kunne beskrive disse situasjonene
Metode	Kvantitativ studie.
Måleinstrument	Et nytt spørreskjema ble utviklet, med 9 bakgrunns spørsmål, 24 lukkede spørsmål og 11 åpne spørsmål. Det første spørreskjemaet ble utprøvd i en pilotstudie for å sjekke kvaliteten på det. Data analyse: Innsamlet data ble analysert ved bruk av Statistical Package for Social Sciences(SPSS).
Deltakere	134 frivillige deltakere (448 kvinner og 85 menn). 84 jobbet som sykepleiere ved ambulansen og 49 som paramedics. 170 fikk tilbud om å delta, 134 godtok forespørselen, 79 %. Personer som deltok i pilotstudien deltok ikke i hovedstudien 11 ambulanse stasjoner i 4 ulike deler av Sverige. Stasjonene ble valgt for å gi et representativt bilde av den svenske ambulansetjenesten. Inklusjonskriterier: Minst tre måneders erfaring fra nåværende arbeidssted, minst 50 % ansettelsesprosent og autorisert sykepleier eller paramedic. 0.
Frafall	
Hovedfunn	Resultatene viste at 66 % av ambulansepersonellet opplevde trusler og /eller vold på arbeidsplassen, mens 26 % opplevde trusler og 16 % sto ansikt til ansikt med psykisk vold. Den mest vanligste måten å bli truet på var fysisk vold, med 27 % som opplevde trusler som involverer våpen. Vanlig fysisk vold var som oftest i form av skubbing, slag, spark og bitt. I de fleste tilfeller var pasienten påvirket av alkohol- eller narkotika. De farligste situasjonene oppsto når ambulansen måtte rykke ut ved overdoser eller til pasienter med nedsatt bevissthet.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Studien var etisk godkjent av «The Ethical Research Committee ved Karlstad University, Sverige».

Artikkel nr. 3

Forfatter	Alison J. Kennedy, David Mellor, Marita P McCabe, Lina A. Ricciardelli, Susan A. Brumby, Alexandra Head, Cathrine Mercer- Grant.
År	2013
Land	Australia.
Tidsskrift	Public Health Nursing Vol.30 No 4, pp. 332-342
Tittel	Training and Experience of Nurses in Responding to Alcohol Misuse in Rural Communities.
Hensikt	Hensikten med studien er å få en mer grundig forståelse av effektivitet om pasientgruppen gjennom en kvalitativ evaluering av deltakerne og deres opplevelse av programmet, i form av deres kunnskap og egen mestringsevne når de har å gjøre med alkohol misbruk å gjøre, å redusere barrierer til praksis, og deres generelle evaluering av programmet.
Metode Måleinstrument	Kvalitativ studie. Deltakerne deltok i et individuelt semistrukturert intervju per telefon, ca. to måneder etter å ha fullført programmet. Dette ble utført av en trent forskningsassistent. En forsker utførte alle intervjuene for å ha lik fremtoning i alle intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og dobbeltsjekket igjen for nøyaktighet. Det ble brukt en fenomenologisk analysemetode. Videre ble intervjuene analysert av tre medlemmer av forskningsteamet. De analyserte intervjuene individuelt, så i grupper for å finne nøkkelfunn.
Deltakere Frafall	15 (4 menn og 11 kvinner) som deltok i AITP programmet (Alcohol Intervention Training Program). Inklusjonskriterier: Være en «Division one» sykepleier og være deltaker i AITP. 0.
Hovedfunn	Sykepleiere fant at denne treningen ga dem ny- eller bygget på tidligere kunnskap om alkohol misbruk og gidde dem praktisk konkret livskunnskap. Barrierer til bruk både i landlige og generiske problemstillinger. Konstruktiv tilbakemelding til stadige mål til trening i landlige settinger ble anbefalt. Det var 8 hovedfunn: Nyttige/positive elementer, ikke nyttig/negative elementer, barrierer til og ikke å bruke det de lærte i programmet , nåværende og forventet bruk av materialet fra programmet, motsi seg å se alkoholproblemet, behov for kontinuerlig trening og forslag til justeringer på programmet .
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Prosjektet var etisk godkjent av «Univerity Ethics Committee».

Artikkel nr. 4

Forfatter	Katheleen Wadell og Ingela Skarsæter.
År	2007.
Land	Sverige.
Tidsskrift	Issues in Mental Health Nursing, 28:1125–1140.
Tittel	Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer av å ta vare på pasienter som har en dobbeltdiagnose av depresjon og alkoholmisbruk.
Metode Måleinstrument	Kvalitativ studie. Studien ble utført i tre psykiatriske avdelinger lokalisert i to somatiske sykehus, en i Vest- og en i Nord-Sverige. Den første forfatteren kontaktet sykepleierne via telefon, ga dem muntlig og skriftlig informasjon, og arrangerte et passende tidspunkt og sted for intervjuet. Skriftlig samtykke ble innhentet på tidspunktet for intervjuene, som var gjennomført i et privat rom på sykepleierens arbeidsplass. Alle intervjuer ble utført av den første forfatteren. De tok form som en åpen dialog. Respondentene ble bedt om å beskrive en situasjon med omsorg for denne pasientgruppen. Når det var hensiktsmessig, ble respondentene bedt om å gi flere detaljer av deres forståelse. Spørsmål som " Kan du forklare dette i mer detalj?" og "Kan du gi et eksempel?" var nyttige spør da informantens utsagn var uklare eller når intervjueren ikke forstod hva han eller hun prøvde å si. For å kunne nå målet med intervjuet, ble intervju utført i en avslappet og vennlig stil.
Deltakere	11 (9 kvinner og 2 menn i alderen 33 og 64 år). Sykepleierens erfaring varierte fra 1-38 år. Tre av sykepleierne var spesialisert innen psykiatri og helsesøsterutdanning. Studien ble gjennomført på tre psykiatriske avdelinger lokalisert i to somatiske sykehus, ett på Vestlandet og en i Nord-Sverige. Pasienter på disse avdelingene er i den akutte fasen av generelle og affektive psykiatriske lidelser. Inklusjonskriterier: Ha erfaring omsorg for pasienter med dobbeltdiagnoser.
Frafall	0.
Hovedfunn	Funnene avdekket tre kategorier: Etablering av et godt samarbeid med pasienter, tilrettelegge for fortsatt omsorg- og behandling og å forstå barrierer for samarbeid med pasienter, bygge et tillitsfullt forhold for å aktivere samarbeid med pasienter var grunnlag for fortsatt omsorg og behandling. Sykepleierne trengte mer trening og tverrfaglig kunnskap for å møte de spesielle kliniske behovene til denne pasientgruppen.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Ethichs Committee of the Medical faculties of Umeå University og Gøteborg University.

Artikkel nr. 5

Forfatter	Fraser, Jennifer A, Barnes, Margaret, Biggs, Herbert C, Kain, Victoria J.
År	2007.
Land	Australia.
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies. Vol.44 (8).
Tittel	Caring, chaos and the vulnerable family: Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents [References].
Hensikt	Målet med denne studien var og utforske neonatale sykepleiernes opplevelser av å gi omsorg til narkotika utsatte nyfødte og deres foreldre gjennom behandling for neonatal abstinenssyndrom (NAS).
Metode Måleinstrument	Kvalitativ studie. Semistrukturert, og åpen intervjueteknikk ble benyttet. Intervjuene varte i 1 time og veiledende spørsmål ble ikke stilt. Spørsmål ble laget ut ifra signaler gitt av deltakerne om og utforske holdninger og oppfatninger oppstått innenfor gruppene. Disse ble bedt av de veiledende spørsmålene. Intervjueren som deretter utviklet spørsmålene videre i henhold til resultatene av de gjennomførte intervjuene transkribert hvert intervju umiddelbart. Alle de fire intervjuene ble gjennomført innen en to måneders periode. Hver deltaker ble bedt om å signere en samtykkeerklæring for å vise at de har forstått innholdet i forskningen. Ved oppstart av gruppeintervju, ble studien kort forklart, og konfidensialitet og samtykke ble forklart av intervjueren. Deltakerne ble bedt om å signere et frammøte ark, kun identifisert med fornavn, som ble fjernet under transkripsjonsprosessen. Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke, og ble enige om å lydopptak av intervjuer. Ingen deltaker trakk seg fra studien.
Deltakere	8 sykepleiere fra fire ulike barne/føde/barsel avdelinger i Sør-Øst Queensland. Inklusjonskriterier: Jobbe ved en SNC avdeling (Special Care Nursery). Ha erfaring med å gi omsorg til barn av rusmiddelavhengige foreldre i barseltiden.
Frafall	0.
Hovedfunn	Barrierer for å fremme foreldre-spedbarns tilknytningsforhold ble funnet å være både holdningsmessige og organisatoriske. Disse barrierene var betydelig, og ble sett å virke negativt på optimal omsorg levering til denne sårbare befolkningen.
Kvalitet	Nivå 2 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av «Queensland University of Technology Human Research Committee». Etisk godkjenning ble også innhentet fra hver av de fire helsedistriktene hvor studien fant sted.

Artikkel nr. 6.

Forfatter	Gabriela Novotna, Karen A. Urbanoski og Brian R. Rush.
År	2011.
Land	Canada.
Tidsskrift	Qualitative Health Research 21(11) 1527-1538
Tittel	Client centered design of residential addiction and mental health care facilities.
Hensikt	Å bidra til litteratur via en kvalitativ undersøkelse av ansattes oppfatning av deres arbeidsmiljø i en ny terapeutisk setting, designet for å understreke pasientsentrert pleie/omsorg.
Metode	Kvalitativ studie.
Måleinstrument	Det ble gjennomført sju fokusgrupper i løpet av forskningsperioden. Fokusgruppene 1, 2 og 3 hadde samtaler (7 – 9 måneder) før renoveringene, og fokusgruppene 4, 5 og 6 hadde samtaler (8 – 9 måneder) etter renoveringene. I tillegg til deltakerne var det en møteleder, som ledet samtalen, og to observatører som noterte om gruppens dynamikk og diskusjon under eller umiddelbart etter møtene. Deltakerne fikk utdelt en liste av åpne spørsmål for å ha retningslinjer for gruppene. Samtalene ble tatt opp på lydbånd, med deltakernes godkjenning.
Deltakere	17 frivillige deltakere tilsammen i fokusgruppe 1, 2 og 3. 23 deltakere tilsammen i fokusgruppene 4, 5 og 6. Det var gjennomsnittlig 5 – 6 deltakere på hver fokusgruppe samling.
Frafall	0.
Hovedfunn	De nye utformingene av avdelingene så ut til å støtte pasientenes recovery prosess og redusere stigmatisering. Men at det var en del utfordringer som vanskelighet med å ha en viss oversikt over pasientene, mangel på rom for terapeutiske samtaler med pasientene og lite eller ingen plass for de ansatte annet enn et lite kontor. Positivt var det at deltakerne rapporterte om bedre kommunikasjon og terapeutisk relasjon mellom pasientene og de ansatte og at det økte samholdet i teamet.
Kvalitet	Nivå 2 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av observasjonsstedenes «Research Ethics Board».

Artikkel nr. 7.

Forfatter	Rob Monks, Annie Topping og Rob Newell.
År	2012.
Land	England.
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing 69(4), 935-946.
Tittel	The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.
Hensikt	Hensikten var å utforske hvordan sykepleiere klarer å gi pleie/omsorg til pasienter innlagt i medisinsk avdeling som har komplikasjoner på grunn av narkotikabruk og få frem erfaringene og synet til de som mottar pleien/omsorgen.
Metode	Kvalitativ studie.
Måleinstrument	Tilnæringsmetoden for analyse og innsamling av data fra 41 semistrukturerte intervju var en grounded theory Av både sykepleiere og pasienter. Der intervjuene varte fra 20-125minutt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert før analysen. Intervjuene startet med at sykepleier beskrev deres erfaringer med pasientene. Vi har brukt resultatene fra intervjuene med sykepleiere og ikke fra pasientene.
Deltakere	29 (24 kvinner og 5 menn) frivillige deltagere.
Frafall	Inkluderingskriterier: Jobbe som sykepleier ved medisinsk vurderings avdeling eller ved en medisinsk avdeling ved NHS Acute Hospital. 0.
Hovedfunn	En hovedkategori kom frem, dissonerende pleie/omsorg, og to underkategorier; mangel på kunnskap til å gi god pleie/omsorg, og mistillit og løsrivelse. Kombinasjonen mellom mangel på utdannende forberedelse og negative holdninger og erfaringer av konflikter, aggresjon og mistillit virket å virke inn negativt til sykepleier-pasient forholdet.
Kvalitet	Nivå 2 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av «National Health Service (NHS)», “Local Research Ethics Committee (LREC)” og “the University Ethics Committee”.

Artikkel nr. 8

Forfatter	Sean Kellher og Patrick Cotter.
År	2009.
Land	Irland.
Tidsskrift	International Emergency Nursing 17, 3-14.
Tittel	A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å avgjøre akutt- leger og sykepleieres kunnskap og holdninger rundt problematisk narkotikabruk og stoffmisbrukere.
Metode	Kvantitativ metode
Måleinstrument	Data er innsamlet via spørreundersøkelse som var strukturert rundt som strukturert rundt øvingsbehovet til de som var ansatt som kommunale jobbet med pasienter som misbrukte alkohol eller andre rusmidler. Undersøkelsen ble distribuert på de gjeldene avdelingen på tre sykehus.
Deltakere	66 (57 kvinner og 9 menn) frivillige deltakere.
Frafall	Inklusjonskriterier: Jobbe som lege eller sykepleier ved akuttavdeling. 0.
Hovedfunn	Resultatene indikerer at deltakernes nåværende kunnskapsnivå om alkohol- og narkotika misbruk generelt sett er tilfredsstillende. Det kom frem at det var et underskudd av kunnskap om intervensjonsstrategier og andre stoffer. Majoriteten av deltakerne hadde aldri hatt noen spesifikk trening om stoffmisbruk, og dette antyder at en slik pasientgruppe vil bli håndtert inadekvat.
Kvalitet	Nivå 1 Middels kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av de «Cork Teaching Hospitals Research Ethics Committee' (CREC)».

Artikkelnr. 9

Forfatter	V. Howard og J. Holmshaw.
År	2010.
Land	England.
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17, 862-872.
Tittel	Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å identifisere og utforske ansattes holdninger og erfaringer med omsorg til pasienter med en dobbeltdiagnose med en psykisk diagnose og rusmisbruk.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ.
Måleinstrument	Kvalitative data er innhentet av intervju og de kvantitative dataene av spørreskjema med 22 spørsmål. Deltakerne i spørreskjemaene var de som hadde fått informasjon om studien på forhånd. Spørreskjemaene ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 14. Sosiodemografiske data ble analysert ved hjelp av DDPPQ. Vi har brukt bare den kvalitative delen av studien.
Deltakere	84 frivillige deltagere i spørreundersøkelsen og 10 frivillige deltager ble intervjuet. Alle ble rekruttert via informasjonsskriv sendt ut til avdelingen. Aktuelle avdelinger deltakerne jobbet ved var 1 vurderings- og innleggelsesavdeling, 5 psykiatriske rehabiliteringsavdelinger og 3 psykiatriske rehabiliterings boliger.
Frafall	Inkluderingskriterier: Jobbe innen mental helse. 0.
Hovedfunn	Hovedfunnene i denne studien var samlet sett at respondentene manglet trening, vansker med å få tilgang til støtte og problematiske problemstillinger ved tverrfaglige avgjørelser og prosesser.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av "Healthcare Trust" og «National Health Service Research Ethics Committee».

Artikkel nr. 10

Forfatter	Yu-Ping Chang og Mei-Sang Yang.
År	Taiwan.
Land	2013.
Tidsskrift	Perspectives in Psychiatric Care 49, 94-102.
Tittel	Nurse`s Attitudes Toward Clients With Substance Use Problems.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive faktorer som er assosiert med sykepleieres holdning til pasienter med ruslidelser.
Metode	Kvantitativ
Måleinstrument	
Deltakere	492 (der 489 var sykepleiere) frivillige deltakere. Det var 2 menn og 487 kvinner.
Frafall	Inklusjonskriterier: Være utdannet sykepleier, jobbet mer enn 3 måneder på nåværende avdeling . 0.
Hovedfunn	Hovedfunn i denne studien var at bare 5,9 % av deltakerne hadde fått intern opplæring relatert til rus. Utdanning, erfaring og fortløpende internopplæring- og trening viste seg å være faktorer som betydning for sykepleiers holdning. De sykepleierne som hadde fått nok opplæring hadde mer positive holdninger til pasienter med ruslidelser.
Kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av «Instutional Review Board».

Artikkel nr. 11

Forfatter	Darren Urada, Elizabeth Schaper, Lily Alvarez, Christopher Reilly, Mona Dawar, Robyn Field, Valerie Antonini, Brandy Oeser, Desirée Crèvecoeur MacPhail og Richard A. Rawson.
År	2012.
Land	USA.
Tidsskrift	Journal of Psychoactive Drugs, 44 (4), 292- 298.
Tittel	Perceptions of mental health and substance use disorder services integration among the workforce in primary care settings.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å administrere en lignendeundersøkelse til deltakende ansatte i et uavhengig integrasjonsprosjekt (project Care), for å se om like eller ulike mønster dukket opp. Og for å bruke disse data for å komme med anbefalinger, både for Project Care og for andre organisasjoner som bruker dette mer generelt.
Metode	Kvantitativ
Måleinstrument	Tversnittundersøkelse med spørreskjema. Spørreskjemaene var utviklet etter Tides Center`s Integrated Behavioral Health Project.
Deltakere	61 (59) frivillige deltakere. Der to ble ekskludert på grunn av at de ikke var i målgruppen for studien. Deltakerne kommer fra 6 ulike avdelinger for psykisk helse, der organisasjonen var med i Project Care. Det ble delt ut spørreskjema tilpasset de ansattes utdanningsnivå, sykepleiere, hjelpepleiere, administrasjon og leger. Spørreskjemaene ble distribuert på tre måter. Svaralternativ i undersøkelsen var fra sterkt uenig til helt enig. Spørsmål som ikke var lik i de tre ulike spørreskjemaene i forhold til hvilken tittel de hadde, var ikke tatt med i resultat.
Frafall	0.
Hovedfunn	Hovedfunnene i denne studien var at resultatene antyder at integrasjon av mental helse- og ruslidelse tjenester var høyt verdsatt av alle de ulike ansatte. Og at de var interesserte i å få trening på dette området. Men det var ingen signifikante forskjeller i de ansattes oppfatninger. De ansatte ble mer verdsatt av PCP enn omvendt. Informasjonsflyten var bedre fra de ansatte til PCP enn andre veien.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av "UCLA IRB (Office of Research Administration)".

Artikkel nr. 12

Forfatter	Amy Irwin, Christanne Liang og Kathryn Mearns.
År	2012.
Land	Skottland.
Tidsskrift	Research in Social and Administrative Pharmacy 8, 542-551.
Tittel	Dealing with aggressive methadone patients in community pharmacy: A critical incident study.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å vurdere den oppfattede innvirkningen av metadon pasienters aggresjon ved utleveringssted for metadon (apotek).
Metode	Kvalitativ.
Måleinstrument	Intervjuene varte fra 30-45 minutter av en forfatter. Alle intervjuene ble foretatt på arbeidsstedet til deltakerne. «The critical incident technique» formet basisen til intervjuet. Deltakerne ble spurt om å beskrive en episode i detalj, både om like før og like etter at det skjedde. Deltakerne fikk mulighet til å diskutere sine tanker og følelser rundt denne episoden. De skulle og beskrive handlingene til personen, seg selv og andre personer som var til stede.
Deltakere	16 (15 kvinner og 1 mann). Rekruttert fra tre ulike Scottish Health Board`s.
Frafall	Inklusjonskriterier: Ansatt ved Pharmacy Council i United Kingdom. 0.
Hovedfunn	Hovedfunn i denne artikkelen var at faktorer som hadde en negativ innvirkning på interaksjonen med aggressive metadonpasienter var at pasienten var ruspåvirket, en uerfaren apoteker og mangel på tid til hver enkelt pasient. Positive faktorer var autoritær oppførsel fra apotekeren, separat område for utdeling av metadon eller en solid disk- og et positivt forhold til pasienten.
Kvalitet	Nivå 1 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av "Scottish Patient Safety Research network"?

Artikkel nr. 13

Forfatter År Land Tidsskrift	Diane M. Herbeck, Yih – Ing Hser og Cheryl Teruya. 2008. USA. Addictive Behaviors 33, 699-712
Tittel	Empirically supported substance abuse treatment approaches: A survey of treatment providers' perspectives and practice.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke de som utøver behandling til rusmisbrukere sin oppfattelse av ulike psykososiale- og medisinske behandlingsintervensjoner.
Metode Måleinstrument	Kvantitativ.
Deltakere Frafall	
Hovedfunn	Hovedfunnet i denne studien var at psykologiske behandlingsintervensjoner var effektive, med unntak av bilag / motiverende insentiver. Halvparten av deltakerne visste ikke om medisinskbehandling. Studien gir viktig informasjon om trening og forskningsformidling.
Kvalitet	Nivå 2 Høy kvalitet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av "University of California, Los Angeles Institutional Review Board".

Vedlegg 4: Relevante funn

5 hovedtema(stor skrift), 2 undertema(understreket>, 17 funn samlet.

HOLDNINGER

- Generelt negativ og dømmende: 1, 1, 1, 1, 1, 5, 5, 5, 7, 7, 7, 9, 9
- «Othering»: 5, 5, 7, 7, 7, 7, 9, 9
- «Tidkrevende, kaotiske pasienter»: 1, 1, 2, 5, 5, 7, 8, 12, 12, 12
- Tillitsforholdet: 1, 2, 4, 5, 7, 7, 7, 7, 7, 12

KOMPETANSE

- Opplevelse av kompetanse: 1, 1, 1, 1, 5, 5, 5, 7, 7, 8, 8, 8, 9, 9, 9, 9, 10, 10
- Kompetanse i forhold til holdning og pleiekvalitet: 3, 3, 3, 3, 3, 7, 7, 7, 8, 12, 12, 13, 13, 13, 13, 13, 10, 10, 10
- Behov for økt kompetanse: 1, 1, 1, 1, 3, 3, 4, 5, 5, 5, 5, 8, 8, 9, 9, 9, 9, 9, 11, 11, 12, 10

RELASJONEN

- Viktige faktorer: 1, 4, 4, 4, 4, 5, 5, 6, 6, 8
- Følelser: 4, 5, 5, 7, 7, 7
- Interaksjonshyppighet: 1, 4, 4, 7, 7, 7, 7, 7, 8, 12

UTSATTHET

- Erfaringer med aggressivitet: 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 7, 7, 9, 9, 12, 12, 12, 12, 12, 12, 12
- Arbeidsmiljø med tanke på sikkerhet: 6, 6, 6, 6, 6, 7, 7, 9, 9, 9, 12, 12, 12, 12
- Frykt og ansenhet med tanke på utsatthet: 4, 5, 6, 6, 7, 9, 9

ARBEIDSMILJØ

- Fysisk utforming: 1, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 6, 12, 12
- Ressurser: 1, 2, 4, 4, 5, 5, 5, 5, 5, 8, 12
- Tverrfaglig samarbeid: 5, 5, 5, 9, 9, 9, 9, 9, 11, 11, 11

