



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Sykepleiers holdninger til rusmiddelavhengige i akuttmottak

Innleveringsdato: 24.05.18

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10099

Antall ord: 8756

Sammendrag

Tittel: Sykepleiers holdninger til rusmiddelavhengige i akuttmottak

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å benytte eksisterende forskning på området til å danne et kunnskapsgrunnlag som bidrar til å utforske hvordan sykepleiers holdninger påvirker omsorgsutøvelsen hos en allerede sårbar pasientgruppe. Det søkes å belyse hvordan forholdet mellom holdninger og omsorg, sykepleier og rusmiddelavhengige pasienter, i akuttmottak.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiers holdninger til rusmiddelavhengige påvirke ivaretagelsen av pasientens behov for omsorg ved intoksikasjon i akuttmottak?

Metode: Et litteraturstudie som er bygget på systematiske og strukturerte søk etter fagfellevurdert forskning i vitenskapelige databaser. Det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning for både bredde- og dybdeforståelse rundt tema. I tillegg er det foretatt semi-strukturert ressurssamtale med spesialsykepleier. Innhentet kunnskap er supplert med fag- og forskningsartikler, pensumbøker fra sykepleiestudiets tre år og andre fagbøker på området.

Resultat: Holdninger hos sykepleiere viser seg å være varierte rettet mot rusmiddelavhengige i akuttmottaket. Funn tyder på at fordommer og stigma fra samfunnet generelt og sykepleiere spesielt påvirker pasientenes opplevelse av ivaretagelse. Omsorgen viser seg å kunne hemmes av faktorer som kunnskapsmangel, utrygghet og uærlighet. Likevel ser det ut til å være et tilfredsstillende nivå på kompetansen rundt overdoser i akuttmottak. Det antydes at mangelfull forståelse fra sykepleier bidrar til negative opplevelser for pasientene i sykehus. Funn viser også behov for mer kunnskap- og kompetanseutvikling hos sykepleierne i akuttmottaket for å øke forståelsen og yte bedre omsorg til denne pasientgruppen.

Konklusjon: Det ble avdekket ulike holdninger hos sykepleiere rettet mot rusmiddelavhengige i akuttmottak, noe som ser ut til å påvirke opplevelsen av trygghet, sikkerhet og forståelse. Disse faktorene viste seg å være viktig i ivaretagelse av omsorg hos pasienten. Det kan se ut til at tillit og forståelse i relasjonen mellom pasient og sykepleier spiller en viktig rolle for holdningene, og en omsorg bygget på fagkunnskap fra lyttende sykepleiere ble ansett som viktig. Videre viste det seg å være stigma knyttet til rusmisbrukere, og at negative holdninger og uvitenhet kunne bidra til en dårligere ivaretagelse av rusmiddelavhengige pasienters behov for omsorg.

*Forklar mæ meninga med livet rett frem,
eller kan du itj e' det sånn vi bare ska glem
Dagan ska vi ta dem, gode som dem vonde,
fulle som dem tomme
eller bare aksepter alt dem romme?*

*Faan, som du somle, gi mæ svaret no!
Har du funne di mening her, har du tro?
Æ trur dæ jo når du si at alt har sin grunn
og at du ska fiks før ting går sunn!*

*Æ går på grunn, har itj nå å si æ e' vant
sjer verden fra en litt anna kant.
Kanskje en fyllefant, men æ leve no et liv
gir dæ en liten innsikt i det når æ skriv.
La ting sig inn og la det gro og voks
Ikke bli en ignorant tosk
som late som han har vokst!*

*Snakke med fler om alt og ingenting,
kjempe kampa æ itj kan vinn i mitt eget sinn,
for æ bli litt blind
når ting går mot det verste,
tenke kanskje mer enn dem fleste
– det e' best det!*

*Teste livet te det ytterste hver gang,
burda egentlig la vær for æ veit at
æ trampe på nånn tær som æ fær.*

*Hvis vi alle kjem frem en gang
– lykke te på reisen alle sammen, den bli lang*

- Marius (2008)

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	I
1.1 INNLEDNING TIL TEMA	I
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	I
1.3 SENTRALE BEGREPER	II
<i>Akuttmottak</i>	II
<i>Holdninger</i>	II
<i>Rusmiddelavhengighet</i>	II
<i>Omsorg</i>	III
<i>Intoksikasjon</i>	III
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING	III
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	IV
2 METODE	V
2.1 METODEBESKRIVELSE	V
2.2 VITENSKAPELIG TILNÆRMING	V
2.3 SØKEHISTORIKK	V
<i>Tabell 1</i>	VI
2.4 VALG AV LITTERATUR	IX
2.5 RESSURSSAMTALE	IX
2.6 KILDEKRITIKK	IX
3 EMPIRI	XI
3.1 LITTERATURMATRISE	XI
<i>Tabell 2</i>	XI
3.2 SAMMENFATTET EMPIRI	XIV
4 TEORI	XVI
4.1 RUSMIDLER OG RUSLIDELSER	XVI
4.1.1 <i>Rusmidler</i>	XVI
4.1.2 <i>Ruslidelser</i>	XVII
4.2 HOLDNINGER	XVIII
4.2.1 <i>Fordommer</i>	XIX
4.3 OMSORG	XIX
4.3.1 <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi</i>	XIX
4.3.2 <i>Rammer for sykepleieomsorg</i>	XX
5 DRØFTING	XXII
5.1 Å SE VERDEN FRA EN LITT ANNEN KANT	XXII
5.2 Å FÅ EN INNSIKT	XXIII
5.2.1 <i>La det ukjente bli kjent</i>	XXIII
5.3 LA DET GRO OG VOKSE	XXIX
5.3.1 <i>Kunnskaps- og kompetanseutvikling</i>	XXX
5.4 HVIS VI ALLE KOMMER FRAM EN GANG	XXX
5.4.1 <i>Hva gjør vi videre?</i>	XXX
6 KONKLUSJON	XXXII
6.1 LYKKE TIL PÅ REISEN – DEN BLIR LANG	XXXII
LITTERATURLISTE	XXXIII
<i>Vedlegg 1</i>	XXXVII
<i>Vedlegg 2</i>	XXXVIII
<i>Vedlegg 3</i>	XXXIX

1 Innledning

1.1 Innledning til tema

Antall overdosedødsfall i Europa har økt for tredje år på rad (Folkehelseinstituttet, 2017). I 2016 var det 282 narkotikautløste dødsfall i Norge, hvor 87% av dødsfallene var knyttet til bruk av opioider (Gjersing, 2017). Injiserte opioider antas også å være hovedårsaken ved ikke-dødelige overdoser i Norge (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). En rapport fra 16 sykehus i Europa viser totalt 5529 akutte rusmiddelforgiftninger registrert i akuttmottakene mellom 2013-2014. Over 1600 av disse tilfellene fant sted i Oslo. De 701 heroinforgiftningene ved Oslo legevakt utgjorde 52,1% av de totale 1345 tilfellene i rapporten (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015). Dette belyser Norges rusmiddelproblem, spesielt knyttet til heroin og andre opioider.

Den første heroinoverdosen i Norge ble registrert i 1974. Internasjonalt regner en med at personer med heroinavhengighet har en dødelighet på 2-4 % per år. Den høye dødeligheten representerer en utfordring, både faglig og etisk for helse- og omsorgstjenestene (Alstadius, 2012). Strukturelle forhold rundt personens tilværelse kan øke overdoserisikoen. Stigmatisering i samfunnet og i helsevesenet, samt mangelfull behandling og oppfølging kan føre til resignasjon og håpløshet, som videre kan medføre risikoatferd og destruktiv rusbruk (Alstadius, 2012). Helseminister Bent Høie peker på at straffeforfølgelse fører til stigmatisering, og vil med den kommende Rusreformen jobbe mot et mål hvor rusmiddelavhengige skal møtes med behandling, ikke straff (Regjeringen, 2018). Sykepleierens holdninger og væremåte spiller en viktig rolle i møte med pasienten, og holdningene kan gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Denne pasientgruppen møtes med en annen holdning enn andre pasienter, noe som kan tenkes å påvirke omsorgen (Gran, 2017).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Rusmiddelavhengige pasienter kan sykepleier møte både i psykiatrien og i somatikken. Dette er en sårbar pasientgruppe som med selvfølgelighet bør behandles på lik linje med andre pasienter, og sikres god kvalitet på omsorgen.

Erfaringer fra både kommunehelsetjenesten med lavterskeltilbud til rusmiddelavhengige og et somatisk akuttmottak i Norge, viser forskjeller i holdninger hos helsepersonell. Det er også erfart forskjeller i rusmiddelavhengiges holdninger til helsepersonell i somatikken, noe som kanskje kan kobles mot hvordan de blir møtt, hvilke holdninger som kommer til syne og hvilken kvalitet det er på den behandlingen de får. Personalgruppen i lavterskel botiltak er sammensatt av helsepersonell med personlig interesse og brennende engasjement for feltet og brukerne noe som preger både innstilling og holdninger, og det merkes også at brukerne selv ønsker en relasjon med personalet. Selv om man møter bare flere og flere rusmiddelavhengige i somatikken også, blir de likevel en minoritetsgruppe. Erfaringer tilsier at de rusmiddelavhengige som ankommer akuttmottaket med intoksikasjon raskt blir stemplet som lite interessante pasientsituasjoner, med sjanse for aggressivitet og vold. Videre virker holdningene blant sykepleierne å være preget lite engasjement og interesse. I tillegg framstiller media rusmiddelavhengige nedlatende, og bygger opp under stigmaet som finnes ellers i samfunnet.

I somatikken har jeg møtt kun et fåtall sykepleiere som har gitt inntrykk av å se mennesket bak rusmiddelavhengigheten. Jeg ønsker derfor å undersøke hvordan holdningene hos sykepleier påvirker omsorgen som gis, og oppgaven vil ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiers holdninger til rusmiddelavhengige påvirke ivaretagelsen av pasientens behov for omsorg ved intoksikasjon i akuttmottak?

1.3 Sentrale begreper

Akuttmottak

En sykehusavdeling som tar imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp på grunn av akutt sykdom eller skade (St. Olavs hospital, 2018).

Holdninger

"En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser" (Håkonsen, 2014, s. 185).

Rusmiddelavhengighet

Tilstand der det er utviklet et avhengighetsforhold i bruken av rusmidler (Mørland, 2016).

Omsorg

En relasjon mellom to mennesker som bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet og vises gjennom praktisk handling med en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Kirkevold, 2014).

Intoksikasjon

Forgiftning, et giftig stoff trenger inn i kroppen og påvirker dens funksjon i skadelig retning (Levy og Andrew, 2017).

1.4 Avgrensning og presisering

Rusmiddelavhengighet beskriver en avhengighet av en substans eller substansklasse. Selv om alkoholisme er en stor del av gruppen rusmiddelavhengige, vil pasienter med ren alkoholavhengighet ekskluderes fra oppgaven. Det fokuseres på avhengighet av illegale rusmidler, og på grunn av oppgavens omfang begrenses dette til illegal bruk av opioider. Rusproblemer skaper utfordringer på mange livsområder, og skadene kan kategoriseres som kroniske, akutte, direkte og indirekte (Lossius, 2012). Det vil ikke redegjøres for disse skadene videre i oppgaven, da tema begrenses til akutte direkte skader, nærmere bestemt akutte forgiftninger. Oppgavens fokus vil være situasjoner der pasientene ankommer mottaket med intoksikasjon. En bred forståelse av hva overdoser/overdosedødsfall er knyttet til er viktig for å gi god og riktig hjelp, både akutt, men også forebyggende og i etterkant av ikke-dødelige overdoser (Biong, 2015). Det vil likevel ikke gås nærmere inn på årsaksforhold rundt intoksikasjon grunnet oppgavens omfang. Årsaksforholdet rundt intoksikasjonen er ikke nærmere spesifisert enn at rusmidlene er inntatt med hensikt, en selvpåført forgiftning, og at pasienten har en rusmiddelavhengighet. Det er dermed ikke avklart om forgiftningen er med suicidal hensikt eller for rusopplevelse. Det har blitt økt kunnskap rundt sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser de siste årene. Jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012). Med en forståelse for forekomsten av dobbeltdiagnoser vil det ikke gjøres rede for sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Det er kjent at pårørende preges av økt stress og store psykiske belastninger ved å leve tett på rusmiddelavhengige (Lossius, 2012; Hoel og Geirdal, 2015). Helsedirektoratet (2018) viser til at helsepersonell bør bidra med psykososial støtte og informasjon til pårørende i akutte situasjoner og kriser, for eksempel overdose. Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte, og jo sykere pasienten er desto

viktigere er det at pårørende involveres (Helsedirektoratet, 2018). Oppgaven vil likevel ikke gå nærmere inn på pårørendes rolle og behov på grunn av ordbegrensning.

I oppgaven vil begrepet pasient bli brukt om en person med rusmiddelavhengighet som befinner seg i en situasjon hvor vedkommende er behandlingstrengende grunnet akutt forgiftning. For bedre flyt i språket vil pasienten omtales som han/de. Sykepleierbegrepet vil brukes om sykepleier som jobber ved akuttmottak, og vil omtales som hun/vi/oss. Begrepene avdeling/mottak/akuttmottak vil brukes om akuttmedisinske avdelinger i sykehus og vil også kunne inkludere legevakt da akutte forgiftninger også kan mottas der.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 har bakgrunn for temavalg blitt presentert, med problemstilling samt avgrensning og presisering av denne. Det er i tillegg forklart oppgavens sentrale begrep. Videre i kapittel 2 vil oppgavens vitenskapelige metode forklares, og det vil redegjøres for anvendte kilder. Kapittel 3 vil omfatte litteratormatrise hvor benyttet forskning presenteres med påfølgende sammenfattede forskningsfunn i slutten av kapittelet. Oppgavens teoretiske referanseramme utgjør kapittel 4, og vil det redegjøre for rusmidler og ruslidelser, med hovedfokus på heroin og avhengighet. I tillegg blir overdoser beskrevet kort, før holdninger forklares. Videre vil omsorg forklares ut i fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi før aktuelle etiske retningslinjer samt lov- og regelverk presenteres. De teoretiske begrepene som er redegjort for i kapittel 4 vil sammen med valgt forskningslitteratur og andre kilder drøftes i lys av problemstillingen i kapittel 5. Avslutningsvis vil det ut i fra drøftingen trekkes en konklusjon i kapittel 6.

2 Metode

2.1 Metodebeskrivelse

Valg av metode gjøres med grunnlag i at den kan belyse spørsmålet på en faglig interessant måte og den fungerer som oppgavens verktøy (Dalland, 2012). Denne oppgaven er et litteraturstudie, som har som hensikt å bringe fram og drøfte eksisterende forskning i lys av en problemstilling. Det er benyttet kvalitativ forskning da det er ønskelig med en bred tilnærming til opplevelsen av holdninger og omsorg. Kvalitativ forskning støtter også hensikten med å utforske fenomener slik oppgaven her tar sikte på. I tillegg har kvantitativ forskning bidratt til målbare data rundt holdninger, kompetanse og forekomst av overdoser. Disse vil på hver sin måte bidra til bredere forståelse av ulike perspektiv på temaet og faktorer av betydning for holdninger og omsorg.

2.2 Vitenskapelig tilnærming

Vitenskapssyn kan forenklet deles i positivisme og hermeneutikk, som baseres på henholdsvis naturvitenskapens tradisjon med studier av den fysiske naturen, og humanvitenskap med studiet av mennesket og menneskeskapte fenomener (Thomassen, 2006). Hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon har ikke som mål å forklare, men å forstå, og gir utspring til fenomenologi. Denne oppgaven har til hensikt å undersøke subjektive holdninger og opplevelser av omsorg, og en fenomenologisk tilnærming antas å belyse problemstillingens dybde da det søkes å forstå personer og deres erfaringer, noe som kan være utfordrende ut i fra objektive data (Wifstad, 2018). Kari Martinsens omsorgsfilosofi bygger på fenomenologien, og benyttes i denne oppgaven som sykepleieteoretisk forankring. Dette begrunnes i Martinsens holistiske menneskesyn med utgangspunkt i hermeneutikk og søken etter det helhetlige i mennesket. I tillegg vil Martinsens kollektivistiske menneskesyn og hennes forståelse av omsorg som et forhold mellom mennesker kunne støtte oppgavens ønskelige tilnærming.

2.3 Søkehistorikk

Datainnsamlingen i litteraturstudiet foregikk ved hjelp av strukturerte og systematiske litteratursøk i databaser som Cinahl, Oria, PubMed, SveMed og PsycInfo, hvorav de to siste ikke bidro til flere relevante vitenskapelige artikler enn de som allerede var funnet ved tidligere søk. Søkene som resulterte i artikler som er benyttet i studiet vises i tabell 1.

Det ble først søkt på hvert enkelt emneord eller MeSH-ord som ble ansett som relevant for problemstillingen. Etter å ha søkt på synonymer og ord som beskriver noe av det samme fenomenet, noe som ble ansett som hensiktsmessig for å utvide søket og få relevante artikler som har brukt andre begreper, ble disse satt sammen i et avansert søk med kombinasjonen OR. Dette gjorde at søket dekket opp for eksempel både drug dependence og drug misuse, samt overdose og poisoning. På samme måte ble søkene etter holdninger, fordommer og stigmatisering utført for å dekke opp flere aspekter ved holdningene, samt søkene som omhandlet akuttmottak og andre ord for å beskrive akutt helsehjelp. Til slutt ble hovedsøkene (OR-søkene) satt sammen i et avansert søk og kombinert med AND, slik at artiklene måtte omhandle for eksempel både temaet rusmidler, holdninger og akuttmottak for å bli inkludert i trefflisten. Hovedsøkene som førte fram til valgt litteratur er farget.

Det ble brukt avgrensninger i de kombinerte søkene for å få med de mest relevante artiklene til denne oppgaven. På grunn av validitet var det ønskelig med forskning som ikke var eldre enn 10 år, og det ble derfor avgrenset fra 2008 og fram til i dag. Et unntak er S10 i Oria, som hadde få, men relevante treff uten avgrensning på årstall, hvor det ble bestemt å ikke avgrense ytterligere. Videre var det krav om at artiklene er fagfellevurdert for å sikre reliabilitet, og dette ble avgrenset i de ulike databasene. Valgt som forskningslitteratur er nummerert alfabetisk fra a-h etter når de ble funnet, og vises nederst i tabell 1.

Tabell 1

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Antall lest	Antall brukt
Cinahl	28.03	S1	(MH "Nurse Attitudes")		24975		
		S2	(MH "Substance Abuse+")		55536		
		S3	S1 AND S2	2008-2018 Peer-reviewed Academic journal	77	10	2 (a,b)
		S4	(MH "Prejudice")		4802		
		S5	S1 AND S2 AND S4		4	1	1 (c)

Oria	29.03	S6	Attitude*		4177405		
		S7	"health care staff"		15 884		
		S8	"drug abuse"		382 308		
		S9	"illicit drug"		71 282		
		S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	Fagfelleverdert	31	4	1 (d)
PubMed	03.04	S11	Stigma		20056		
		S12	Emergency departments		129627		
		S13	Substance abuse		277508		
		S14	S11 AND S12 AND S13	2008-2018	12	2	1 (e)
	10.04	S15	Drug dependence		293161		
		S16	Attitudes of health professionals		147284		
		S17	Quality		1021880		
		S18	S15 AND S16 AND S17	2008-2018	124	12	1 (f)
	12.04	S19	Quality care		6212394		
		S20	Stereotyp*		34146		
		S21	Prejudice		29794		
		S22	Attitudes of health personnel		138076		
		S23	Nurses attitudes		46046		
		S24	S9 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21		219874		
S25		Poisoning		222656			
S26		Intox*		55220			
S27		Overdose		20502			
S28		Drug overdose		16885			
S29		Substance related disorders		261766			

	S30	Substance dependence		260816		
	S31	Drug misuse		11098		
	S32	Drug use disorder		495315		
	S33	Drug addiction		275758		
	S34	Drug dependence		293161		
	S35	Substance use intravenous		3426		
	S36	S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35		769446		
	S37	Emergency service hospital		83694		
	S38	Emergency medical service		133676		
	S39	Emergency care		321400		
	S40	Emergency nursing		22284		
	S41	Emergency room		98788		
	S42	Emergency medicine		131080		
	S43	Emergency treatment		187582		
	S44	S12 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43		378290		
	S45	S19 AND S24 AND S36 AND S44	2008-2018	126	12	2 (g, h)

Valgte artikler

a) (Natan, Beyil og Neta, 2009)

b) (McLaughlin *et al.*, 2006)

- c) (Kelleher og Cotter, 2009)
- d) (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000)
- e) (Henderson, Stacey og Dohan, 2008)
- f) (Nilsen, Stone og Burleson, 2013)
- g) (Ford, 2011)
- h) (Chapman og Martin, 2014)

2.4 Valg av litteratur

I denne oppgaven er det hovedsakelig benyttet primærlitteratur til å drøfte forskning i lys av problemstillingen. For å få ønsket bredde i teorien og legge et godt drøftingsgrunnlag er det også brukt sekundærlitteratur som bøker, både pensum fra sykepleiestudiets tre år og andre fagbøker. Her har blant andre Psykologi og psykiske lidelser av Håkonsen blitt hyppig brukt, i tillegg til Helsehjelp til personer med rusproblemer av Biong. Statistikk har blitt anvendt for å se på bakgrunn og konkrete data, og sammen med avisartikler og offentlig informasjon har også aktualiteten av oppgavens tema blitt belyst. Blant benyttet litteratur ses også lover og retningslinjer for bakgrunnsinformasjon om temaet, og tidsskriftartikler for å skape dybde i oppgaven med forskningsresultater.

2.5 Ressurssamtale

I forbindelse med oppgavens datasamling er det foretatt en semi-strukturert ressurssamtale med en erfaren fagperson med kompetanse og arbeidserfaring innen både somatikk og rus- og psykiatrifeltet. Det ble i forkant av ressurssamtalen utarbeidet spørsmål som belyste problemstillingen (vedlegg 2) og innhentet informert samtykke fra ressurspersonen (vedlegg 1).

2.6 Kildekritikk

For å belyse problemstillingen på en god og dekkende måte ble det tilstrebet å finne kilder av god kvalitet og relevans for litteraturstudiet. For å bedømme kvaliteten på kildene i forhold til denne oppgaven ble relevans, gyldighet og holdbarhet tolket, og det ble også benyttet sjekkliste fra sykepleien.no (vedlegg 3). Faglitteratur og forskningslitteratur som omhandlet rusmiddelavhengige viste seg å være lett tilgjengelig, i likhet med stigmatisering og holdninger i helsesektoren. Det skulle likevel vise seg å være utfordrende å finne gode kilder som undersøkte holdninger rettet mot rusmiddelavhengighet, da flertallet var rettet mot

psykiske lidelser, noe som ikke automatisk ble ansett å inneha overføringsverdi. Videre viste det seg å være utfordrende å finne fag- og forskningslitteratur om akuttmottak og i forhold til overdoser med relevans for problemstillingen. Det var ønskelig med mest mulig primærkilder i litteraturstudiet, da sekundærkilder baseres på fortolkninger som kan endre budskapet. Det ble derfor forsøkt å til enhver tid oppsøke primærkilden for egen tolkning.

Samtlige forskningsartikler er utenlandske og skrevet på engelsk. Det kan derfor være rom for feilkilder i oversettelse av språk og fortolkningen av denne. I tillegg vil det kunne være ukjente begrensninger i overføringsverdi i forhold til helsevesen i utlandet. Natan, Beyil og Neta (2009) viser forskning fra Israel. Tross utfordringer med å finne ut av oppbygning av helsevesenet i Israel, og overføringsverdien til Norge, uten hell, ble denne ansett som tilfredsstillende. Dette fordi den er utgitt i et internasjonalt tidsskrift, som er godkjent i følge norsk senter for forskningsdata (NSD). I tillegg har forfattere helsefaglig bakgrunn og mange funn stemmer med annen forskning på området. I tillegg viser den uoverensstemmelser mellom oppgitte og faktiske holdninger, noe som belyser en udekket del av problemstillingen. McLaughlin, McKenna og Leslie (2000) er en eldre artikkel, men er likevel inkludert fordi den belyser et annet perspektiv og kommer med nyttig og relevant informasjon som skaper dybdeforståelse i oppgavens tema ved hjelp av kvalitativ fenomenologisk fremgangsmåte. I tillegg er det kjente forfattere med flere utgivelser. Selv om flere studiers datasamling er foretatt mange år før publisering, vurderes de som gyldige og holdbare da de er fagfelleverderte ved publiseringsdato.

En mastergradsavhandling (Steigedal, 2014) ble benyttet som støttelitteratur. Til tross for at den ikke er vitenskapelig publisert ble den ansett som tilfredsstillende til formålet med bruken i dette litteraturstudiet på bakgrunn av god redegjørelse for metode, samt at forskningen er foretatt i et akuttmottak i Norge med den aktuelle pasientgruppen. I tillegg viste funnene seg å være i overensstemmelse med annen litteratur på feltet, noe som økte troverdigheten.

3 Empiri

I dette kapittelet blir empiri i oppgaven presentert, først hver artikkel for seg i en litteraturmatrikse (tabell 2), deretter et avsnitt hvor forskningsfunn er sammenfattet.

3.1 Litteraturmatrikse

Tabell 2

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
Chapman og Martin (2014)	Utforske personalets oppfatninger rundt pleie til pasienter som ankommer akuttmottak etter selvpåført forgiftning	Kvalitativ deskriptiv studie. Spørreundersøkelser og to åpne spørsmål stilt til 186 leger og sykepleiere i 3 akuttmottak. 169 svarte på åpne spørsmål. Australia.	Tre tema: Avhenger av pasienten og situasjonen, behandle alle likt og flink og sikker nok til å takle disse pasientene.	Uavhengig av årsak. Få spørsmål. Imrad-struktur. Godkjent av etisk komité.
Ford (2011)	Utforske hvilke faktorer som påvirker pleien til rusmiddelavhengige pasienter	Tverrsnittstudie med spørreskjema med både kvalitative og kvantitative element. Data ble samlet i 2003. Åpne spørsmål i spørreskjemaet der 311 deltakere beskrev faktorer som hindret god pleie.	Tre hovedtema som hindring for god pleie: Vold, manipulasjon og uansvarlighet. Sykepleierne hadde tre stressområder: Usikkerhet i behandling, ressursbruk og utrygghet.	Presenterer resultater fra del 2 av en større studie. Godkjent av etisk komité Belyser faktorer som hemmer Kjent forfatter
Henderson, Stacey og Dohan (2008)	Forstå erfaringene og oppfatningene helsepersonell har rundt rusmiddelavhengige pasienter hvor rusmiddelbruken var en viktig årsak til helsehjelpen.	Kvalitativ saksstudie. Observasjoner over en toårsperiode (2003-2005) ved et akuttmottak. 318 fokuserte observasjoner. Omtrent 75 behandlere ble observert. I tillegg; 11 semistrukturerte	Daglig pleie av pasientgruppen var meningsfull og utfordrende. Kompetent, erfarent personell håndterte vanskelige pasientcaser og komplekse behov godt. Pasientgruppen ble ansett som utfordrende på grunn av	IMRaD-struktur. Relevant perspektiv da det er et safety-net-sykehus som gir behandling uavhengig av forsikring eller betalingsevne, og er godt kjent med pasientgruppen.

		utforskende intervjuer. USA.	oppførsel, kompleksitet og manglende velvilje til behandling.	
Kelleher og Cotter (2009)	Utforske helsepersonell ved akuttmottak sin kunnskap og holdninger rundt rusmiddelavhengighet og disse pasientene.	Spørreundersøkelser med 66 deltakere i Irland. Benyttet SAAS-skjema som verktøy.	Følte seg kompetent i overdosesituasjoner (83,9%). Følte seg veldig kompetent i overdosesituasjoner (38,7%). Pasientene er ikke uhyggelige å arbeide med (55,6%). Leger og sykepleiere viser nesten optimale holdninger for pasientgruppen.	IMRaD-struktur. Godkjent av etisk komité. Undersøkelsen var ifølge deltakerne lang og tidkrevende. Dette kan ha påvirket responsen og levering av uferdige undersøkelser. Selvvurdering mulig feilkilde.
McLaughlin <i>et al.</i> (2006)	Undersøke hvilke erfaringer og oppfatninger helse- og sosialarbeidere har til illegale rusmisbrukere.	Kvalitativ studie. Fokusgruppeintervjuer av 32 deltakere, blant annet sykepleiere og fastleger. 3 enkeltintervjuer. Nord-Irland.	Sykepleiere beskrev pasientgruppen som manipulerende. Deltakerne viste til manglende kunnskap og erfaring, men ønsket heller ikke mer av det i frykt for mer ansvar. Beskrevet som hardt arbeid. Et mindretall hadde positive holdninger til rusmisbrukere.	Kjente forfattere fra andre studier. IMRaD-struktur.
McLaughlin, McKenna og Leslie (2000)	Hensikten var å undersøke hvilke opplevelser rusavhengige hadde med	Kvalitativ studie. 20 deltakere med rusavhengighet deltok. Fokusgrupper hvor deltakerne	Erfart omsorg med mye fordommer. Viktig med høy kvalitet på pleien de mottok	Rusmiddelavhengiges synspunkt. Godkjent av etisk komité.

	ansatte i helsevesenet.	ble stilt spørsmål om erfaringer med helsepersonell, samt forslag til hvordan helsepersonell kunne yte bedre omsorg. Nord-Irland.	for at det skulle føles verdifullt. Følte helsepersonell hadde mangel på kunnskap og forståelse, noe som var en pådriver til manipulasjon. Stort behov for omsorg og behandling bygget på kunnskap og humanistisk menneskesyn.	IMRaD-struktur. Kjente forfattere.
Natan, Beyil og Neta (2009)	Undersøke sykepleiers holdninger og subjektive normer opp mot kvaliteten på pleien de gav rusavhengige nå, og hadde som intensjon å utføre i fremtiden ved bruk av TRA-modellen.	En kvantitativ prevalensstudie. 135 sykepleiere deltok. Deltakerne ble spurt om de utøvde samme kvalitet av pleie til rusavhengige som til andre pasientgrupper, og intensjoner for fremtiden. Det ble også stilt spørsmål om stereotyper for å avdekke holdninger mot de rusavhengige. Israel.	Moderate negative holdninger mot rusavhengige. Sykepleiere med flest stereotypiske holdninger til rusmisbrukere ga dårligst kvalitet av pleie. Følte seg kunnskapsrike og trygge på deres evne til å gi pleie, men redselen for en overførbar sykdom eller utagering gjorde at de unnlot å gi god pleie.	Godkjent av etisk komité. IMRaD-struktur. Forfattere med helsefaglig utdanning. Gjør rede for metode og TRA-modellen da forkunnskap kan kreves.
Nilsen, Stone og Burleson (2013)	Undersøke hvilke holdninger mot rusmiddelavhengige pasienter hos sykepleiere i medisinsk,	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelser med 70 deltakere hvor 40 var autoriserte sykepleiere.	Mer negative holdninger mot rusmiddelavhengige av tyngre, ulovlige stoffer. Arbeidsplasser	Anonym og frivillige spørreundersøkelser.

	kirurgisk eller onkologisk avdeling		med mer trening på fagfeltet hadde bedre holdninger. Sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger trenger veiledning og retningslinjer for å bedre holdningene. Sykepleierne følte et profesjonelt ansvar for de rusmiddelavhengige pasientene.	Godkjent tidsskrift i følge Norsk senter for forskningsdata.
--	-------------------------------------	--	--	--

3.2 Sammenfattet empiri

I empirien framkommer fire hovedtema som kan antas å påvirke holdninger, omsorg og behandling til rusmiddelavhengige pasienter. Voldelig atferd som påvirkning omfatter sykepleiernes frykt for egen sikkerhet og pasientenes manglende behandlingsvilje, aggresjon og utagering i avdelingen (McLaughlin *et al.*, 2006; Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Et annet hovedtema beskriver manipulasjon som hemmende i ivaretagelsen av omsorg, og herunder pasientenes utfordrende atferd, og manglende tillit og forståelse mellom pasienten og pleiepersonalet. (McLaughlin *et al.*, 2006; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Videre blir uansvarlighet ansett som mulig hinder for god omsorg, og her nevnes mengden ressurser og arbeid som kreves (McLaughlin *et al.*, 2006; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014).

Sykepleierne gir uttrykk for opplevelse av stress, noe pasientenes oppførsel kan bidra til.. Usikkerhet i behandling på grunn av ufullstendig kunnskap om deres situasjon presenteres, hvor sykepleierne mener tilbakehold av viktig informasjon kan påvirke pleien (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Ford, 2011). Det uttrykkes også at mengden ressurser som kreves medfører stress, da sykepleierne ikke følte seg i stand til å ta vare på andre pasienter og at ventetidene i akuttmottak økte (McLaughlin *et al.*, 2006;

Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Videre anses også sykepleiernes utrygghet som stressområde, og det rapporteres om både fysiske og verbale overgrep i tillegg til manglende kunnskap på enkelte områder (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014).

Det fjerde temaet er holdningene funnet blant personalet, og de varierer. Det framkommer at fåtallet ikke ser på disse pasientene noe annerledes enn andre pasienter (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Chapman og Martin, 2014). Likevel er det funnet flertall av negative holdninger i flere av studiene, og dette kan i likhet med utfordringene rettet mot vurdering, behandling og samarbeid med pasienten, hemme kvaliteten på pleien (McLaughlin *et al.*, 2006; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Nilsen, Stone og Burleson, 2013). Noen av tjenesteyterne mener omsorgsutøvelsen er både meningsfull og utfordrende, og dette ser ut til å henge sammen med kompetanse og erfaring rundt pasientgruppens komplekse behov (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Nilsen, Stone og Burleson, 2013). Ønsket om å gi god pleie henger sammen med holdningene og stereotypiske holdninger til rusmisbrukere gir dårligst kvalitet på pleien (McLaughlin *et al.*, 2006; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011).

Pasientene bekrefter at omsorg utleveres med mye fordommer (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000). Det beskrives både manglende kunnskap om rusfeltet og manglende forståelse av pasienten som menneske (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; McLaughlin *et al.*, 2006; Kelleher og Cotter, 2009; Chapman og Martin, 2014). Verdifull omsorg illustreres som behandling med høy kvalitet bygget på kunnskap og et humanistisk syn (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000).

4 Teori

4.1 Rusmidler og ruslidelser

4.1.1 Rusmidler

Rusmidler er kjemiske stoffer som på ulike måter fremkaller endringer i bevisstheten vår ved å endre kommunikasjonen mellom nevronene i hjernen (Håkonsen, 2014). Slike psykoaktive stoffer påvirker funksjonen i hjernens deler som regulerer blant annet følelsene våre, evnen til å orientere oss og fatte beslutninger (Håkonsen, 2009). Rusmidlene blir ofte delt inn i tre kategorier ut fra hovedvirkning, og man skiller gjerne mellom dempende, aktiverende eller hallusinogene virkninger (Skjøtskift, 2012).

Opioider

Opioider er en fellesbetegnelse på psykoaktive stoffer som binder seg til bestemte reseptorer, opioidreseptorer, på celleoverflatene i kroppen (Skretting, Lund og Bye, 2014). Denne gruppen kjemiske substanser består av både kunstig framstilte stoffer, som heroin, og stoffer som opprinnelig er framstilt av opiumsplanten, som opium, morfin og kodein og fører raskere til abstinensreaksjoner og avhengighet enn andre stoffer (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009; Jellestad, 2012; Skjøtskift, 2012; Håkonsen, 2014). Disse er de psykoaktive stoffene som ofte betegnes som narkotika (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009; Håkonsen, 2014).

I utviklede land er heroin det opioidet som er mest misbrukt og skaper mest avhengighet (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009; Håkonsen, 2014). Ved å tilføre to acetylgrupper til morfin har man kunstig framstilt det kjemiske stoffet diacetylmorfin, heroin, som er mer fettoppløselig, slik at det trenger raskere gjennom blod-hjerne-barrieren, og gir ruseffekt (Håkonsen, 2014). Heroin kan inntas både ved injisering, røyking og sniffing og uansett bruksmåte omdannes det raskt til morfin når det når hjernen (Jellestad, 2012). Ved injeksjon kommer ruseffekten svært raskt, og beskrives som en intens følelse av varme, velvære og en illusjon av at vanskelige følelser forsvinner (Alstadius, 2012; Håkonsen, 2014). Dette skyldes at hjernens respirasjonssenter hemmes og reduserer respirasjonsfrekvensen. Pusteimpulsene blir også hemmet og reagerer ikke på forhøyet karbondioksidnivå, slik at det oppstår oksygenmangel i blodet, hypoksi, som vil redusere konsentrasjonsevnen. Bevisstheten hos personen svekkes, og kan utvikles til en bevisstløs tilstand (Alstadius, 2012).

4.1.2 Ruslidelser

I Norge er det den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 som brukes av helsevesenet for å diagnostisere rusproblemer og det skilles her mellom skadelig bruk og avhengighet (Helsedirektoratet, 2012; Lossius, 2012). Skadelig bruk defineres av at det gir problemer av fysisk eller psykisk art. Fysiske problemer kan omfatte infeksjoner og skader påført i ruset tilstand, og psykiske problemer vil kunne vise seg som rusutløst angst, depresjon eller psykoser (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009).

Avhengighet

En avhengighetstilstand kjennetegnes ved karakteristiske endringer i atferd og tenkning og en tvangsmessig trang til å få tilført rusmidler og omfatter et bruksmønster der det stadig benyttes mer tid og krefter for anskaffelse og finansiering (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009; Norsk helseinformatikk, 2016). I disse tilfellene har brukeren vanligvis et sterkt ønske om inntak av stoffet, vanskeligheter med å kontrollere bruken samt vedvarende bruk til tross for kunnskap om skadelige konsekvenser. Opioider vil i denne situasjonen ofte få høyere prioritet enn andre forpliktelser og aktiviteter (Skoglund og Biong, 2012; Direktoratet for e-helse, 2018). Denne atferden kan skyldes ønsket om de psykiske virkningene stoffet gir eller for å forebygge et ubehag hvis stoffet ikke tilføres (Norsk helseinformatikk, 2016). Brukeren vil oppleve økt toleranse for stoffet og en fysisk abstinensstilstand ved fravær av stoffet (Direktoratet for e-helse, 2018). Slik fysisk og psykisk avhengighet vil være til stede ved rusmiddelavhengighet (Norsk helseinformatikk, 2016).

Fysiologisk avhengighet

Fysisk avhengighet oppstår som et resultat av at kroppen tilpasser seg stoffet, slik at fysiske forstyrrelser som for eksempel kvalme, diaré og hodepine oppstår når stoffet ikke lenger er til stede i kroppen (Norsk helseinformatikk, 2016). Abstinenssymptomene som utvikles ved opphør av bruk er i noen tilfeller medisinsk farlige (Lossius, 2012). Dette er fysiske kraftige reaksjoner, men den psykologiske avhengigheten kan være en like sterk faktor (Lossius, 2012; Håkonsen, 2014).

Psykologisk avhengighet

Den psykiske avhengigheten kjennetegnes av en trang til kontinuerlig eller periodisk tilførsel av stoffet for å oppnå effekten som kan gi følelse av velvære eller tilfredsstillelse. Lysten til å

innta rusmiddelet blir ofte fulgt av problemer med å kontrollere inntaket og problemer med å kunne stoppe før en mister kontrollen (Håkonsen, 2014; Norsk helseinformatikk, 2016).

Psykologisk avhengighet oppstår når bruken av psykoaktive stoffer blir vane for å dempe angst, redusere indre spenninger eller for å få lystopplevelser. Opplevelsen vil da være at stoffet trengs for å fungere «normalt» (Håkonsen, 2014).

Overdoser

Akutt intoksikasjon er en forbigående tilstand etter inntak av rusmidler som fører til forstyrrelser i bevissthetsnivået, tankefunksjoner, oppfattelsesevne, følelser og atferd. Her siktes det derimot til når dosen blir for høy og pasienten er i en tilstand som krever medisinsk overvåkning eller behandling (Nesvåg, 2012; Håkonsen, 2014). Akutt intoksikasjon er i ICD-10 registrert under psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. Ved for høye doser kan alle psykoaktive stoffer fremkalle uønskede og farlige virkninger som kan føre til store forandringer i atferd og bevissthet, i tillegg til fysiologiske forandringer (Håkonsen, 2014). Forstyrrelsene må være direkte relatert til de akutte farmakologiske effektene av stoffet, og fysiske komplikasjoner kan omfatte traumer, aspirasjon av oppkast, delirium, koma, kramper eller andre medisinske komplikasjoner (Håkonsen, 2014; Direktoratet for e-helse, 2018). Atferden kan endres i form av impulsivitet og aggresjon (Håkonsen, 2014).

En overdose er ofte uttrykk for en håpløs livssituasjon, og behovet for samtaler om endring og å finne håp i situasjonen vil være tilstede hos pasienten på lik linje med medisinsk observasjon (Helsedirektoratet, 2017). Mange rusmiddelavhengige som injiserer heroin har opplevd livstruende overdoser tidlige, og ikke-dødelige overdoser er en risiko for overdosedødsfall i fremtiden, både som uhell og selvmord (Helsedirektoratet, 2016). Å betrakte en overdosepasient som en person i en alvorlig krise og gi nødvendig bistand vil være en holdning som kan forebygge senere overdoser (Helsedirektoratet, 2014a).

4.2 Holdninger

Holdninger påvirker atferden vår, og synliggjøres ved måten vi framtrer på i konkrete situasjoner (Kristoffersen og Nortvedt, 2011; Håkonsen, 2014). De kan være vurderende eller dømmende i positiv eller negativ retning og vanskelige å forandre (Håkonsen, 2014). Holdninger kan forklares ut i fra trekomponentmodellen, bestående av tre deler: den

tankemessige, følelsesmessige og atferdsmessige. Dette betyr at det vi mener og tenker, hvilke følelser vi har og hvordan vi oppfører oss til sammen utgjør holdningene våre (Håkonsen, 2014). Den tankemessige delen i holdninger er synspunktene og tankene våre som gjerne skapes med grunnlag i det vi har lært, erfart eller hørt om ulike emner. Ut i fra dette vil det vi tenker om noe på et bestemt område gjenspeile seg i holdningene våre. Den følelsesmessige delen i holdninger består av de positive eller negative følelsene som utløses. Positive følelser som respekt, sympati eller at vi liker noe kan være en følelsesmessig reaksjon, eller negative følelser som avsky, forakt eller frykt. Hvordan vi handler og reagerer utgjør den atferdsmessige delen av holdninger, og kommer tydeligst til uttrykk (Håkonsen, 2014).

4.2.1 Fordommer

Negative følelser knyttet til et emne er uttrykk for en type holdninger kalt fordommer (Håkonsen, 2009). Fordommer er ofte unyanserte, lite saklig begrunnet og basert på mangelfull kunnskap og brukes særlig om negativ holdning til personer basert på gruppetilhørighet og stereotyper man har om gruppens medlemmer (Teigen, 2016; Fordom – psykologi, 2017). Hvis fordommene uttrykkes gjennom adferd kalles det diskriminering (Fordom – psykologi, 2017).

4.3 Omsorg

Omsorg er noe fundamentalt og det mest naturlige ved menneskets eksistens, og forholdet mellom mennesker er mest vesentlig (Martinsen, 1989).

4.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen retter sykepleien hovedsakelig mot de svakeste og mest pleietrengende pasientgruppene og omsorgsbegrepet er i følge Martinsen et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep hvor sistnevnte står sterkest (Martinsen, 1989; Kristoffersen, 2011a). Det relasjonelle ved omsorg sikter mot relasjonen til andre mennesker, som tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn der mennesker ikke eksisterer alene, men i sammenheng med andre (Martinsen, 1989). Omsorg som praktisk begrep tar utgangspunkt i barmhjertighet, og peker på konkrete pasientmål som å gjøre det best mulig for pasienten her og nå (Martinsen, 1989; Kristoffersen, 2011a). Omsorgens moralske side er forbundet med måten vi oppfører oss på overfor pasienten i sykepleieutøvelsen, og omfatter både holdninger og motiver (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Omsorg blir en grunnholdning og generell

tilnæringsmåte og er både måten sykepleieren møter pasienten på og handler på (Kristoffersen, 2011a).

En omsorgsrelasjon innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side, til en mottaker som befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon. Denne relasjonen bygger på uegennyttig gjensidighet, hvor en sørger for den andre uten forventninger om gjentjeneste (Martinsen, 1989). Altruisme og nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, med fagkunnskap og menneskelig nærhet, er omsorg i sykepleie (Martinsen og Eriksson, 2003).

4.3.2 Rammer for sykepleieomsorg

Fagkunnskap i akuttmottak

I følge Helsedirektoratet (2014b) skal akuttmottak ha mulighet til å både ta imot, diagnostisere og overvåke pasienter med uavklarte forgiftninger. Akuttmottak kan ofte ha så høyt somatisk fokus at det påvirker graden av kunnskap og kompetanse innenfor andre felt (Steigedal, 2014). Når pasienten er i en situasjon hvor hans liv og helse er truet har sykepleier i samarbeid med annet personal ansvar for å opprettholde pasientens vitale funksjoner og beskytte ham mot skade. Sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter er et arbeidsområde som krever både faglig og personlig trygghet og arbeid ved akuttmottak forutsetter en tilnærming som får hver enkelt pasient til å føle seg som en hel person, og ikke en rutine eller et gjøremål (Kristoffersen, 2011b).

Etiske rammer

De yrkesetiske retningslinjene utgjør generelle kvalitetskrav eller standarder for sykepleiere, og kan veilede i etiske spørsmål. Verdiene som retningslinjene bygger på bør være integrert hos sykepleieren, og et bevisst, gjennomtenkt forhold til disse er nødvendig (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). I de yrkesetiske retningslinjene er det utarbeidet flere punkt som berører sykepleiens grunnlag, møtet med pasienter, samfunnet og offentligheten. De viser til at "grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet" (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011, s. 7) og at "sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011, s. 7). I møte med pasienten vektlegger også retningslinjene ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet, retten til helhetlig sykepleie og medbestemmelse, og retten til å ikke bli krenket

(*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011). Videre oppfordres det til at sykepleieren skal bidra aktivt til å imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester og gjøre prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011).

Juridiske rammer

Sykepleierens omsorg er ikke bare regulert av fagkunnskap og yrkesetikk, men også av lov- og regelverk. Jusen definerer rammene som sykepleiefaglige beslutninger må foregå innenfor. Sykepleiepraksis er i stor grad underlagt allmenne rettsregler, og både straffeloven og forvaltningsloven er aktuelle innenfor helsesektoren. I tillegg vil Spesialisthelsetjenesteloven og Lov om helsetjenesten i kommunene sikre pasientens rett til behandling og andre helsetjenester, mens Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven beskytter pasientens rettigheter knyttet til medbestemmelse og forsvarlig helsehjelp (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). I 2004 trådte Rusreformen i kraft og gjorde behandling for rusmiddelbruk til en del av spesialisthelsetjenesten (Skretting *et al.*, 2016). Personer med opioidavhengighet fikk rett til helsehjelp på samme måte som alle andre, og skal behandles individuelt og etter samme faglige og fagetiske standard som andre pasienter (Skoglund og Biong, 2012).

5 Drøfting

5.1 Å se verden fra en litt annen kant

I forordet bes det om forståelse for at selv om en ser verden fra en annen kant så er det fortsatt et levd liv. En slik bønn er for de fleste unødvendig for å forsvare livshistorie og egenverdi, men kan for medlemmer av stigmatiserte grupper i samfunnet oppleves nødvendig. Alle mennesker har sin særegne livshistorie med erfaringer som preger livet på godt og vondt. Livshistorien vår er noe av det viktigste vi har med oss, og vi må kjenne til og ha respekt for at pasientene vi møter har sin livshistorie (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011c).

I McLaughlin *et al.* (2006) kommer det fram at fordommer og antagelser kunne forsvinne idet sykepleier ble kjent med pasienten og hans livshistorie. Fordommer kan være en form for filter ved lytting som er svært uhensiktsmessig, da de kan komme til uttrykk gjennom manglende engasjement og oppmerksomhet når vi lytter til den andre (Håkonsen, 2014). Likevel viser flere studier at fordommer og negative holdninger er tilstede i møtet mellom rusmiddelavhengige pasienter og sykepleiere (McLaughlin *et al.*, 2006; Ford, 2011). I Ford (2011) beskrives rusmiddelavhengige som truende, voldelige, farlige og irrasjonelle, noe som understøttes i ressurssamtalen hvor en generell sammenheng mellom negative adjektiv og denne pasientgruppen i sykehus blir beskrevet. Evnen til å føle med andre mennesker forutsetter at vi evner å sette oss inn i menneskets opplevelse av sin situasjon (Håkonsen, 2014). På denne måten vil vi anerkjenne vedkommende som person og akseptere hans ressurser og begrensninger (Martinsen, 1989). Når det er sagt viste sykepleierne i (McLaughlin *et al.*, 2006) at tid var essensielt for å oppleve medfølelse og forståelse for pasientens situasjon. Sett i lys av Martinsens prinsipp om å forholde seg til andre med en holdning som anerkjenner han ut fra hans situasjon, vil dette være forutsetning for ekte omsorg (Martinsen, 1989).

Uvitenhet rundt rusmiddelproblematikk ser i følge McLaughlin *et al.* (2006) ut til å kunne virke negativt inn på sykepleiers generelle kompetanse, og bidra til at sykepleier blir påvirket av ytre holdninger slik som overskrifter i media. Som beskrevet tidligere spiller media en stor rolle til stigmatiserende holdninger i samfunnet, noe som i denne sammenhengen kan tenkes å påvirke omsorgen (Hjelmervik, 2011). Tross dette er ikke kompetansemangel en signifikant faktor for utilstrekkelig omsorg i følge Kelleher og Cotter (2009). Det ser likevel ut til å være enighet i at omsorgen er utilstrekkelig og av lavere kvalitet hos denne pasientgruppen

(McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011). Det er derimot uenighet rundt hvorvidt holdninger hos sykepleierne spiller en rolle. På den ene siden viser Kelleher og Cotter (2009) til så godt som optimale holdninger, men omsorgen betraktes likevel som utilstrekkelig. På den andre siden viser Natan, Beyil og Neta (2009) klare sammenhenger mellom stereotypiske holdninger og lavere omsorgskvalitet. Samtidig synes kompetansen rundt rusmiddelproblematikk å være tilstrekkelig i Kelleher og Cotter (2009), til tross for manglende kurs og utdanning på området.

5.2 Å få en innsikt

Det ytres en oppfordring i forordet om å ta imot den innsikten som er forsøkt gitt, med noe som kan tolkes som et ønske om at forståelse skal oppnås.

5.2.1 La det ukjente bli kjent

De rusmiddelavhengiges erfaringer med mangelfull kompetanse hos helsepersonell er tydelig i McLaughlin, McKenna og Leslie (2000), noe som strider mot sentrale mål i sykepleien hvor omsorgen for det syke mennesket skal baseres på både forståelse for pasientens situasjon og fagkunnskap (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011b). Videre bestrider det også Martinsens synspunkt, hvor det omtales som essensielt at man som menneske lar seg berøre, er delaktig og følsom i forhold til den andre (Martinsen og Eriksson, 2003). For det første oppleves helsepersonalet som ufølsomme med manglende forståelse (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000). Dette støttes av McLaughlin *et al.* (2006) hvor flesteparten ikke evnet å vise empati for pasientgruppen. For det andre ser det ut til å eksistere områder med mangelfull fagkunnskap, til tross for både juridiske og yrkesetiske krav (Helsepersonelloven, 1999, § 4; McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; McLaughlin *et al.*, 2006; *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011; Chapman og Martin, 2014). Følgelig er det rimelig å anta at en kunnskaps- og kompetanseutvikling er ønskelig på aktuelle områder slik det presenteres i McLaughlin, McKenna og Leslie (2000); Kelleher og Cotter (2009); Ford (2011); Nilsen, Stone og Burlison (2013); Chapman og Martin (2014). Det ser derimot ut til at mer kunnskap kan medføre økt ansvar, noe som i følge McLaughlin *et al.* (2006) er uønsket.

Når det er sagt er det kjent at rusmiddelavhengige pasienter kan oppleves utfordrende i omsorg og behandling (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Henderson, Stacey og Dohan,

2008; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011). Oppfatningene viser seg å være knyttet til blant annet manipulativ atferd hos pasientene (Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011). Manipulasjon kommer imidlertid som en følge av uvitenhet og kompetansemangel hos sykepleierne skal vi tro McLaughlin, McKenna og Leslie (2000), som er bevisste på utfordringene de skaper i avdelingen. På bakgrunn av dette føler pasientene empati ovenfor sykepleiernes utfordringer (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000). Dette bestrider sykepleierne i McLaughlin *et al.* (2006) sine oppfatninger av rusmiddelavhengige som ute av stand til å føle empati for profesjonsutøvere. På den ene siden kan det se ut til at mangel på kunnskap og kompetanse skaper utfordringer i holdninger og forståelse, men på den annen side kan det virke som det er utfordringene som skaper økt distanse og redusert forståelse mellom sykepleier og pasient.

I tillegg til fagkunnskap peker Martinsen på menneskelig nærhet, altruisme og nestekjærlighet som fundamentalt i omsorgsrelasjonen (Martinsen, 1989; Martinsen og Eriksson, 2003). I (Ford, 2011) framkommer det at manipulasjon ødelegger tillit i den terapeutiske relasjonen. Skoglund og Biong (2012) viser til de rusmiddelavhengiges tilværelse som kan bære preg av forhandlinger, knapphet på goder og ressurser rettet mot å skaffe rusmidler når manipulasjon omtales som en tillitssvekker. Å bygge opp tillit, være tålmodig og forståelsesfull også i situasjoner en kanskje ikke føler trang til å være spesielt omsorgsfull eller omtenksum kreves for å kunne handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Likevel preges relasjoner mellom rusavhengige pasienter og sykepleier av utrygghet og mistillit (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Sett i lys av Martinsens teori om at en persons nærvær framkaller oppriktighet og tillit hos den andre, kan det virke som at det eksisterer en uhensiktsmessig avstand mellom pasienter og sykepleiere (Martinsen og Eriksson, 2003). Dette finner en støtte for i (Henderson, Stacey og Dohan, 2008) hvor det innrømmes at det kan være enkelt å ignorere denne pasientgruppens forsøk på å oppnå kontakt. I følge funn i ressursamtalen er dette ufordelaktig, da erfaring tilsier at det ofte er akkurat en sykepleier som lytter og sier seg villig til å forsøke å formidle pasientens sak, som oppleves som nødvendig. En får medhold for dette hos Martinsen som forklarer viktigheten av å bli sett og at noen våger å stå i pasientens sted når akutt sykdom gjør det kjente ukjent (Martinsen, 1993). Skoglund og Biong (2012) bekrefter dette, og peker på at sykepleieren ofte er den som står tettest på pasienten, og dermed blir en viktig talsperson for pasientens sak.

Sentrale mål i sykepleie er omsorg for det syke mennesket basert på innlevelse i og forståelse for den situasjonen pasienten befinner seg i, i tillegg til fagkunnskaper (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011c). De rusmiddelavhengige i McLaughlin, McKenna og Leslie (2000) forteller at den ideelle omsorgen forutsetter lytting og forståelse og at med god omsorg kom følelse av verdighet. Funn i ressursamtalen underbygger dette med beskrivelse av gode opplevelser i akuttmottak hvor noen tok seg tid til å lytte. Det viser seg derimot at sykepleierne føler seg motløse i sykepleieutøvelsen på bakgrunn av at de ikke opplever at pasientene lytter til dem (McLaughlin *et al.*, 2006). Som tidligere nevnt blir pasientene ofte ansett som vanskelige, og dermed betraktes også omsorgsarbeidet som utfordrende (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). På den ene siden viser flere studier at tidligere erfaringer med aggresjon og vold hemmer behandlingen og fører til motvilje hos sykepleier (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Dette understøttes i Steigedal (2014) hvor negative erfaringer antas å påvirke både holdninger og empati i sykepleieutøvelsen. På den andre siden ser flere sykepleiere på omsorgen som verdifull, og stolthet og dedikasjon preger deres opplevelse av å gjøre nytte for seg i sykepleieutøvelsen (Henderson, Stacey og Dohan, 2008). Dette støttes av andre sykepleiere som forteller om gode erfaringer i akuttmottak, som ønsker å være involverte og gjør sitt ytterste for å gi god omsorg (McLaughlin *et al.*, 2006; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011).

Pasientenes motvilje i behandlingen derimot, virker negativt på omsorgen skal en tolke sykepleierne i Ford (2011). For det første kan motviljen skyldes fare for abstinens ved overdreven motgiftbehandling (Skjølås og Biong, 2012). Abstinensplager kan gjøre pasienten krevende å ha i avdelingen, og sykepleierens ansvar for å påse at pasienten ikke blir abstinent kan på denne måten tenkes å gagne både pasient, sykepleier og andre pasienter. For det andre er det rimelig å anta at god bruk av motgift for å fremme respirasjon uten å framprovosere abstinens vil kunne påvirke pasientens vilje. I tillegg til frykt hos sykepleierne i Ford (2011) knyttet til vold ved abstinensreaksjoner hos pasienten, viser det seg også at pasientene ofte er lite medgjørliche og oppleves som aggressive og argumenterende ved intoksikasjon. I ressursamtalen, derimot, kommer det fram at denne tilsynelatende aggressive og argumenterende atferden som sykepleierne i Ford (2011) sikter til kan relateres til deres vante måte å kommunisere å for å få fram synspunktene sine. Det kommer også fram at ressurspersonen i samtale med en rusmiddelavhengig har blitt fortalt at den utageringen og

agresjonen, med sparking, spytting og slag skyldtes panikk og redsel, da sykehuset i hans øyne ble betraktet som en plass hvor han ble sykere. Spytting og spark eksemplifiseres også i Henderson, Stacey og Dohan (2008) og kanskje kan det trekkes en sammenheng mellom den utfordrende atferden flere beskriver og abstinensplager. På en annen side hevder Biong (2015) at det mangler en større forståelse for hvordan denne pasientgruppa reagerer, og hvorfor de reagerer som de gjør.

Etter ressurssamtalens funn å bedømme er kunnskap et godt grunnlag for god omsorg og at med kunnskap øker forståelsen og holdningene. Dette støttes av Nilsen, Stone og Burleson (2013) som mener at kunnskap og utdanning må kombineres med retningslinjer og veiledning for å skape positive holdninger. Dette motstrides derimot av sykepleierne i Natan, Beyil og Neta (2009), hvor det viser seg å være avvik mellom oppgitte nivå av stereotypiske holdninger og sykepleiernes faktiske væremåte i pasientsituasjoner, noe som kan redusere troverdigheten i deres utsagn om at de innehar nødvendig kunnskap og dermed gir tilfredsstillende behandling. Satt opp imot Kelleher og Cotter (2009) hvor det er en generell uenighet hva angår stereotypier og kompetansen viser seg å være tilstrekkelig kan det virke som en fullstendig ærlighet og bevissthet rundt egne holdninger er fraværende i Natan, Beyil og Neta (2009). For det første kan en slik ubevissthet ovenfor seg selv og sine eventuelle fordommer påvirke sykepleierens møte med pasienten (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011b; Steigedal, 2014). For det andre kan også for lite kompetanse på området føre til en ubevisst forsvarsmekanisme uttrykt som dårlige holdninger mot pasientgruppene i akuttmottaket (Steigedal, 2014). Dette underbygges i McLaughlin *et al.* (2006) som trekker linjer mellom negativt syn hos helsepersonell og lavt kunnskap- og kompetansenivå. Det kan altså se ut til at det er en sammenheng mellom sykepleiers kunnskap og holdninger samt bevissthet rundt disse.

Sykepleierne i Ford (2011) uttrykker en uansvarlighet hos pasientgruppen som fremtrer i ivaretagelsen av egen helse og sosiale omstendigheter, noe som i følge dem hemmer omsorg. Det ser derimot ut til at økt kontakt med pasientgruppen har en fremmende effekt. I ressurssamtalen kommer det fram at det er forskjell mellom holdningene hos sykepleiere i akuttmottak og de som jobber med rusmiddelavhengige "på gata". Dette kan på den ene siden relateres til en bakgrunnsforståelse hos helsepersonell, som det også i Chapman og Martin (2014) tilstrebes å oppnå. Det vises hos noen til en anerkjennelse av behov og årsaker til overdosen som grunnlag for lik behandling, noe som blir ansett som en del av jobben der det

fokuseres på pasienten og ikke sykdommen (Chapman og Martin, 2014). Følgelig konstaterer flertallet at ved alvorlige overdoser ble pasientgruppen behandlet som alle andre akutte pasienter. Martinsen på sin side poengterer at man må forstå og tyde pasientens situasjon og vise hensyn til hans fremmedhet (Martinsen og Eriksson, 2003). På den andre siden innrømmes det i Henderson, Stacey og Dohan (2008) at pasientens sosiale status kan påvirke oppfatningene. Likevel presenterer de et behandlingsforløp ved intoksikasjon som det gjenstår å finne i de andre studiene, hvor overvåkning, undersøkelser og behandling var en selvfølge, men også tilbud om måltid før utskrivelse (Henderson, Stacey og Dohan, 2008). Kelleher og Cotter (2009) peker derimot på en mulig sammenheng mellom varighet og årsak til kontakt mellom sykepleier og pasient når de søker å forstå forskjellene i holdninger hos sykepleiere i akuttmottak mot holdningene i psykisk helsevern.

Biong (2015) omtaler overdose som et resultat av den helhetlige situasjonen til vedkommende, og at man ikke får hjulpet uten å se sammenhengen overdosen skjer i. Da er det i tillegg til forståelse hensiktsmessig med informasjon. Flere sykepleiere peker på at pasienter tilbakeholder informasjon om egen situasjon og rusmiddelbruk, noe som oppleves som en hindring i omsorgen og en kilde til frustrasjon hos sykepleierne og usikkerhet i behandlingen (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Ford, 2011). I Henderson, Stacey og Dohan (2008) uttrykkes en usikkerhet knyttet til pasientens ærlighet rundt egen situasjon. Dette eksemplifiseres med et tilfelle hvor personalet i mottaket spør en pasient flerfoldige ganger om nåværende rusmiddelbruk, hvor pasienten svarer konsekvent det samme uansett spørsmålsformulering og det ble rimelig å anta at pasienten snakket sant fra første stund (Henderson, Stacey og Dohan, 2008). Det kan altså se ut til at usikkerheten hos personalet rundt pasientens opplysninger er uberettiget. Det ser derimot ikke ut til å være fullstendig ufortjent i følge flere rusmiddelavhengige i McLaughlin, McKenna og Leslie (2000) som tilstår å både ha fortalt løgner og tilbakeholdt viktig informasjon i behandlingssammenheng. For det første hemmer dette angivelig behandlingen og omsorgen skal en tro sykepleierne i Ford (2011). For det andre uttrykker også sykepleierne at slik oppførsel medførte stress i sykepleieutøvelsen (Ford, 2011). Dermed kan det virke som frustrasjonen i forbindelse med uærlighet til en viss grad er rettmessig.

Frustrasjon blir også nevnt av sykepleiere på andre områder enn uærlighet (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). På den ene siden relateres frustrasjonen i Chapman og Martin (2014) til behandlingen av det de

omtaler som gjengangere, pasienter som til stadighet returnerer med intoksikasjon, noe som støttes av erfaringer fra akuttmottak i Norge. På den andre siden virker frustrasjonen å være knyttet mer generelt til pasientgruppen, der sykepleierne peker på manglende vilje hos pasient og mengden ressurser i form av tid og krefter som kreves (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Ford, 2011). Mens det i Henderson, Stacey og Dohan (2008) belyses som en frustrasjon som kunne løses ved konfrontasjon, virker det som sykepleierne i Ford (2011) forbinder det med pasientenes uansvarlighet omkring egen helse, som i det lengre løp kan antas å øke ressursbruk. Det tyder altså på at mengden benyttet tid og arbeidskraft hovedsakelig er årsak til frustrasjon. Hos personalet i Chapman og Martin (2014) virker det imidlertid å være frustrasjon knyttet til kort behandlingstid, som følge av pasientenes egenvalgte tidlige utskrivelse så raskt rusen er ute av kroppen. Dette kan ses i sammenheng med pasienten det ble fortalt om i ressurssamtalen, som opplevde behandlingen på sykehuset som å bli "syk".

I følge Ford (2011) virker rusmiddelbruk hemmende på evnen til å være rimelig. Dette knyttes derimot i ressurssamtalen opp mot sannsynligheten om at regulering av følelsesliv ikke er lært hos enkelte. Viktigheten av å ta hensyn til deres livshistorie, tidligere belastninger og erfaringer framkommer i ressurssamtalen. Til tross for at dette også får medhold og blir ansett som essensielt av Martinsen, tyder forskningsfunn på at det ikke gjennomføres i praksis (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; Martinsen og Eriksson, 2003; McLaughlin *et al.*, 2006; Chapman og Martin, 2014). I Chapman og Martin (2014) varierer sykepleiernes grad av empati ut i fra årsaksforhold, men noen både bekymrer seg og er følelsesmessig berørt av pasienter med vanskelig fortid. Når det er sagt viser sykepleiers evne til å forestille seg hvordan det er å være pasientens i hans situasjon med hans erfaringer, seg å være nødvendig, og at jo mindre vi klarer å sette oss inn i andres situasjoner, desto mindre empatisk reaksjon vil vi ha overfor andre mennesker (Kristoffersen og Nortvedt, 2011; Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011a; Håkonsen, 2014). Dessuten er de rusmiddelavhengige mennesker som er noe, kan noe og har ressurser (Skoglund og Biong, 2012). Det kan se ut til at sykepleierne i Natan, Beyil og Neta (2009) i liten grad anerkjenner og nyttiggjør seg av pasientenes egne kunnskaper. De rangere legens og ledelsens meninger som høyst betydningsfulle, mens pasient, pårørende og kollegers meninger er av lavere betydning (Natan, Beyil og Neta, 2009).

I Ford (2011) forteller flere sykepleiere at de gir etter for pasientenes krav. Sett i lys av redsel og frustrasjon som uttrykkes av sykepleiere i andre studier kan det se ut til at pasientenes oppførsel er av betydning for sykepleiernes opplevelse av trygghet (Henderson, Stacey og

Dohan, 2008; Natan, Beyil og Neta, 2009; Chapman og Martin, 2014). På den ene siden ytrer sykepleiere bekymring for avdelingens miljø og andre pasienters trygghet ved aggressiv atferd (Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Videre forteller sykepleierne i Henderson, Stacey og Dohan (2008) at det ikke er uvanlig med en aggressiv episode per skift, og i slike situasjoner blir pasienten nøye overvåket og om mulig plassert lengre bort fra andre pasienter. Sykepleierne i Ford (2011) beskriver på sin side en motivasjon til å beskytte andre pasienter mot overgrep og krenkelser. På den andre siden peker flere studier på aggressiv og farlig atferd hos pasienten som trussel for ansattes trygghet (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Chapman og Martin, 2014). Mens noen studier uttrykker bekymring for smitte av overførbare sykdommer, fokuserer andre på fysisk og verbal krenkelse (Henderson, Stacey og Dohan, 2008; Natan, Beyil og Neta, 2009). Fordi sykepleiere ofte er den første i kontakt med pasienten under triagering i akuttmottaket, viser Henderson, Stacey og Dohan (2008) til en økt risiko hos sykepleiere. Likevel forteller de at konfrontasjon ofte er tilstrekkelig, i motsetning til sykepleierne i McLaughlin *et al.* (2006) som på bakgrunn av dårlig oppførsel ikke ønsket å være involvert i behandlings- og omsorgsarbeid rettet mot pasientgruppen (Henderson, Stacey og Dohan, 2008).

Pasientenes opplevelse av trygghet i akuttmottak er viktig, da denne pasientgruppen trenger trygge, stødige og rolige mennesker rundt seg (Steigedal, 2014). Derfor er det interessant at det er kun i Henderson, Stacey og Dohan (2008) at pasientens trygghet og sikkerhet belyses. Martinsens forståelse er at det ukjente og utrygge ved akutt sykdom kan reduseres ved at sykepleier er stedfortreder og på denne måten overtar ansvaret og hjelper pasienten å gjenfinne trygghet (Martinsen, 1993). Basert på den uegennyttige avhengigheten Martinsen (1993) viser til, understøttes de tiltakene som beskrives i Henderson, Stacey og Dohan (2008), hvor pasienten i tilfeller der aggresjonen utgjør en sikkerhetsrisiko blir sedert og sikret til bære med bomullreimer, både for sin egen sikkerhet så vel som andres.

5.3 La det gro og vokse

Det kan tolkes som at det i forordet oppfordres til vekst i form av både innsikt og kunnskap bygget på forståelse og åpenhet for et annet perspektiv, framfor ignoranse og uærlighet.

5.3.1 Kunnskaps- og kompetanseutvikling

Forrige kapittel redegjorde for utrygghet i akuttmottak i lys av menneskets avhengighet og pasientatferd. Det viser seg imidlertid å eksistere flere former for utrygghet. Sykepleierne oppgir ulik grad av trygghet på egen kompetanse, hvor samtlige setter det opp imot kvaliteten på omsorgsutøvelsen (McLaughlin *et al.*, 2006; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Nilsen, Stone og Burleson, 2013). En generell mangel på kompetanse i sykepleieutøvelsen kan føre til at sykepleier opplever møtet med pasientene som utfordrende og krevende (Steigedal, 2014). Tross dette innrømmer sykepleiere manglende trygghet på egen kompetanse og uttrykker en frustrasjon relatert til kunnskapsmangel i pleie til pasienter med intoksikasjon i akuttmottak (Chapman og Martin, 2014). På den ene siden ser det ut til at flere studier anser mer kunnskap og kompetanse som nødvendig (McLaughlin, McKenna og Leslie, 2000; McLaughlin *et al.*, 2006; Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Ford, 2011; Nilsen, Stone og Burleson, 2013; Chapman og Martin, 2014). På den andre siden oppgir flesteparten av sykepleierne tilfredsstillende kompetanse og trygghet i overdosesituasjoner (Kelleher og Cotter, 2009; Natan, Beyil og Neta, 2009; Nilsen, Stone og Burleson, 2013). Det kan altså se ut til at den kunnskaps- og kompetanseutviklingen som angivelig er ønsket kan relateres til sykepleie som et kunnskapsbasert fag, hvor det i vårt yrkesetiske ansvar ligger krav til å erkjenne grenser for egen kompetanse, samt å holde seg oppdatert på forskning og utvikling (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 2011).

5.4 Hvis vi alle kommer fram en gang

Avslutningsvis i forordet henvises det til en lang reise hvor det antydes at det ikke er gitt at alle kommer fram. Dette kan tolkes som en utfordring om endring, og kan kanskje i likhet med Martinsens vektlegging av likeverd og fokus på de *syke* syke, forstås som en sterk oppfordring til både politikere og sykepleiere som gruppe om å tenke på det særlige ansvaret som ligger på samfunnet og den enkelte ovenfor de aller mest hjelpetrengende (Kristoffersen, 2011a; Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011c).

5.4.1 Hva gjør vi videre?

Sykepleieren kan ikke bare ha blikk for den enkelte pasienten. Hun må også være stemmen til samfunnets svakeste som ikke har ressurser til å tale egen sak (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Dette støtter opp om Martinsens omsorgsbegrep med verdier som altruisme,

nestekjærlighet og barmhjertighet, med forankring i det kollektivistiske menneskesynet og avhengigheten mellom mennesker. Rusmiddelavhengige skal ikke lenger møtes med straff og fordømmelse, nå starter arbeidet med endring av norsk ruspolitikk og rusmiddelavhengige skal i stedet bli møtt med helsehjelp og respekt, forteller Helseminister Bent Høie og peker på at straffeforfølgelse fører til stigmatisering (Regjeringen, 2018). Skoglund og Biong (2012) påpeker det at sykepleieren benytter muligheten til å se forbi fasader og finne fram til mennesket bak som helt avgjørende. Ved å la disse sidene framtre vil en kunne se forbi stigmaet knyttet til rusmiddelavhengigheten, og gi pasienten følelse av verdighet og selvtillit (Skoglund og Biong, 2012). Dette støttes i Kelleher og Cotter (2009) hvor det antydes at helsepersonellens gode holdninger i akuttmottaket kan ha positiv innvirkning på omsorgsutøvelsen.

6 Konklusjon

6.1 Lykke til på reisen – den blir lang

Det er avdekket ulike holdninger hos sykepleiere rettet mot rusmiddelavhengige i akuttmottak, hvilket ser ut til å påvirke omsorgsutøvelsen. Ved å belyse faktorer som ser ut til å ha innvirkning på holdningene er det forsøkt å rette oppmerksomhet mot viktigheten av økt forståelse for pasientgruppen og deres erfaringer, i tillegg til fokus på trygghet og sikkerhet i avdelingen. Forskning har bidratt til å rette søkelys mot sykepleiers ansvar for faglig forsvarlig praksis, så vel som utfordringer som angivelig kan hemme dette. Videre er det også gått inn på betydningen av kompetanse og hvordan dette synes å påvirke holdningene hos sykepleier. Pasientenes erfaringer og behov er forsøkt utforsket, der funn viser manglende forståelse og stigmatisering, og omsorg utlevert med fordommer. Martinsen poengterer at man må korrigere sine oppfatninger og være villig til å se ulike sider hos den andre slik at ulike muligheter hos den andre kan tre fram. Hun viser videre til vår makt som ligger i vårt ansvar for den andres liv, og den makten må brukes til å frisetle livsmuligheter og ikke til undertrykking (Martinsen og Eriksson, 2003).

Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg (Løgstrup, 1999, s. 39-40).

Litteraturliste

- Alstadius, S. (2012) Akutt helsehjelp ved opioidoverdoser, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s. 202-209.
- Biong, S. (2015) Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Oslo ; "en overdose er ikke en overdose", *Sykepleien forskning*, (2), s. 124-130.
- Chapman, R. og Martin, C. (2014) Perceptions of Australian emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: A qualitative perspective, *International Emergency Nursing*, 22(3), s. 140-145. doi: 10.1016/j.ienj.2014.03.002.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Direktoratet for e-helse (2018) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018*. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf> (Hentet: 29.04.18).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015) *Sluttrapport fra European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) Mars 2015*. Tilgjengelig fra: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/emergencies> (Hentet: 23.04.18).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017) *Norway - Country drug report 2017*. doi: 10.2810/885167.
- Folkehelseinstituttet (2017) *Europeisk narkotikarapport 2017*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/europeisk-narkotikarapport-2017/> (Hentet: 22.04.18).
- Ford, R. (2011) Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs, *Contemporary Nurse*, 37(2), s. 241-252. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241.
- Fordom – psykologi (2017) *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/fordom_-_psykologi (Hentet: 07.05.18).
- Gjersing, L. R. (2017) Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2016/> (Hentet: 28.04.18).
- Gran, G. (2017) Heroin-døden øker igjen, *Stavanger Aftenblad*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenbladet.no/magasin/i/BQe5e/-Heroin-doden-oket-igjen> (Hentet: 05.05.18).
- Helsedirektoratet (2012) *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (Hentet: 26.04.18).
- Helsedirektoratet (2014a) «Ja visst kan du bli rusfri - men først må du overleve». Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/143/Nasjonalt-overdosestrategi-2014-2017-IS-0418.pdf>. (Hentet: 28.04.18).
- Helsedirektoratet (2014b) *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/789/Faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak-IS-2236.pdf>. (Hentet: 28.04.18).
- Helsedirektoratet (2016) Oppfølging etter opioidoverdoser *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende->

- legemidler/seksjon?Tittel=oppfølging-etter-opioidoverdoser-10225#oppf%C3%B8lging-etter-opioidoverdoser (Hentet: 28.04.18).
- Helsedirektoratet (2017) *Overdose – veiviser i lokalt forebyggende arbeid*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/overdose-veiviser-i-lokalt-forebyggende-arbeid#oppf%C3%B8lging-etter-ikke-d%C3%B8delig-overdose> (Hentet: 28.04.18).
- Helsedirektoratet (2018) *Pårørendeveileder: Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf> (Hentet: 01.05.18).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 01.05.18).
- Henderson, S., Stacey, C. L. og Dohan, D. (2008) Social Stigma and the Dilemmas of Providing Care to Substance Users in a Safety-Net Emergency Department, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(4), s. 1336-1349. doi: 10.1353/hpu.0.0088.
- Hjelmervik, P. (2011) *Opplevelse av sosial eksklusjon blant rusavhengige i Stavanger*. Masteroppgave / UIS-SV-IS, UIS. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/185027/masteroppgaven%20for%20dig.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet: 14.05.18).
- Hoel, T. L. og Geirdal, A. Ø. (2015) Belastning, personlighet, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelser: Høgskolen i Oslo og Akershus. Tilgjengelig fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-59839.pdf?c=1496140057> (Hentet: 01.05.18).
- Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jellestad, F. K. (2012) Hjernen og rusavhengighet, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 75-87.
- Kelleher, S. og Cotter, P. (2009) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users, *International Emergency Nursing*, 17(1), s. 3-14. doi: 10.1016/j.ienj.2008.08.003.
- Kirkevold, M. (2014) Sykepleieteori *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleieteori> (Hentet: 18.05.18).
- Kristoffersen, N. J. (2011a) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i Kristoffersen, N. J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 207-280.
- Kristoffersen, N. J. (2011b) Sykepleier i organisasjon og samfunn, i Kristoffersen, N. J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. . utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 281-342.
- Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient, i Kristoffersen, N. J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-134.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. og Nortvedt, F. (2011a) *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. og Nortvedt, F. (2011b) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. og Nortvedt, F. (2011c) Om sykepleie, i Kristoffersen, N. J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Levy, F. E. S. og Andrew, E. (2017) *Forgiftning*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/forgiftning> (Hentet: 08.04.18).
- Lossius, K. (2012) Om å ruse seg, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 23-38.
- Løgstrup, K. E. og Engen, B. (1999) *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. og Eriksson, K. (2003) *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- McLaughlin, D. et al. (2006) Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 13(6), s. 682-686. (Hentet: 21.03.18).
- McLaughlin, D. F., McKenna, H. og Leslie, J. C. (2000) The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), s. 435-441. doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00329.x.
- Meld. St. 30 (2011-2012) (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/> (Hentet: 26.04.18).
- Mørland, J. (2016) *Rusmiddelavhengighet*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/rusmiddelavhengighet> (Hentet: 08.04.18).
- Natan, M. B., Beyil, V. og Neta, O. (2009) Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action, *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), s. 566-573. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x.
- Nesvåg, S. (2012) Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s. 55-77.
- Nilsen, S. L., Stone, W. L. og Burlison, S. L. (2013) Identifying Medical–Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient. doi: 10.1097/JAN.0b013e3182a4cb9c.
- Norsk helseinformatikk (2016) *Stoffmisbruk og stoffavhengighet*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/stoffmisbruk-og-stoffavhengighet/> (Hentet: 28.04.18).
- Regjeringen (2018) *Utvalg skal forberede ny rusreform*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-forberede-ny-rusreform/id2594838/> (Hentet: 10.05.18).
- Skjølås, J. E. og Biong, S. (2012) Akutt helsehjelp ved opioidoverdoser, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s. 209-218.
- Skjøtskift, S. (2012) Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s. 99-120.
- Skoglund, A. og Biong, S. (2012) Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s. 186-201.
- Skretting, A., Lund, K. E. og Bye, E. K. (2014) *Rusmidler i Norge 2013*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rusmidler_i_norge2013.pdf (Hentet: 02.05.18).

- Skretting, A. *et al.* (2016) Rusmidler i Norge: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf (Hentet: 16.03.18).
- St. Olavs hospital (2018) *Mottaksavdeling*. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-akutt-og-mottaksmedisin/mottaksavdeling> (Hentet: 08.04.18).
- Steigedal, K. (2014) *Likeverdige helsetjenester til pasienter med rusproblematikk i akuttmottak*. Mastergradsavhandling, Norwegian University of Life Sciences. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/217793> (Hentet: 07.04.18).
- Teigen, K. H. (2016) *Holdning*. Tilgjengelig fra: www.snl.no/holdning (Hentet: 08.04.18).
- Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wifstad, Å. (2018) *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (2011). [Rev. utg.] Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Aarre, T. F., Bugge, P. og Juklestad, S. I. (2009) *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før bruk i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli brukt som fortalt, uten endring eller tilføyelse av innhold

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted

Vedlegg 2

Ressurssamtale 9/5/18

Bacheloroppgave, kandidatnr 10099

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiers holdninger til rusmiddelavhengige påvirke ivaretagelsen av pasientens behov for omsorg ved intoksikasjon i akuttmottak?

Hvilke holdninger finnes i de forskjellige helsetjenestene?

Hvilken betydning har det for omsorg?

Hvilken omsorg har en rusmiddelavhengig behov for ved overdose?

Hvordan kan disse holdningene endres?

Vedlegg 3

> SJEKKLISTE FOR KRITISK VURDERING AV KVALITATIV FORSKNING

Det er tre hovedområder som bør vurderes når vi skal evaluere kvalitative forskningsfunn:

- Hva er funnene?
- Er funnene gyldige?
- Er funnene klinisk relevante?

Her presenterer jeg en sjekkliste med ti spørsmål som kan bidra til å finne svar på de tre hovedområdene på en systematisk måte (6). Sjekklisten kan brukes av forskere når de planlegger å gjøre en kvalitativ studie, eller som et instrument for å kritisk vurdere en kvalitativ forskningsartikkel.

De to første spørsmålene er en grunnleggende kartlegging av om dette er en studie det er verdt å evaluere. Disse spørsmålene bør du også ha et klart svar på i den prosjektplanen som ligger til grunn for forskningen.

1. Er målene med studien tydelige?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Hva er målet med studien?
- Hvorfor er studien viktig?
- Relevans for studien

2. Er det hensiktsmessige å bruke kvalitativ metode?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om studien prøver å tolke eller belyse handlinger og/eller subjektive opplevelser fra forskningsdeltakere
- Om kvalitativ forskning er riktig metode for å besvare forsknings-spørsmålene

Er det noen vits å fortsette?

Hvis du har svart tydelig ja på begge spørsmålene kan du gå videre. Hvis ikke bør du tenke nøye gjennom hva som bør endres med studien før den blir satt i gang. Hvis studien er gjennomført og du skal være fagfelle, kan det være studien ikke skal publiseres.

3. Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå målene med studien?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om forskeren(e) har begrunnet valg av forskningsdesign
- Om forskeren(e) har diskutert hvorfor de landet på en bestemt kvalitativ metode, for eksempel intervju eller fokusgruppe

4. Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig i forhold til studiens mål?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Har forskeren beskrevet hvordan deltakerne ble rekruttert?
- Har forskeren beskrevet hvorfor deltakerne de valgte var de mest hensiktsmessige for å gi tilgang til den type av kunnskap som etterspørres i studien

5. Er datainnsamlingen hensiktsmessig for studiens tema?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om forskeren begrunner hvor data blir samlet inn
- Om det er klart hvordan data blir samlet inn, eksempelvis fokusgrupper, semistrukturerte intervjuer

- Har forskeren begrunnet valg av metode for datainnsamling?
- Har forskeren utdypet metodene, for eksempel hvordan intervjuene ble gjennomført, ble det brukt en intervjuguide?
- Om metodene ble endret underveis i studien. Hvis det er tilfelle: Har forskeren forklart hvordan og hvorfor?
- Er typer av data klart beskrevet, for eksempel båndopptak, video-filming, notater?
- Har forskeren diskutert metning av data?

6. Har forholdet mellom forsker og deltakere blitt vurdert tilstrekkelig?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Har forskeren(e) vært kritiske til sin egen rolle med mulige feil og påvirkning når a) forsknings-spørsmålene ble formulert og b) under datainnsamling (inkludert rekruttering og valg av sted)?
- Har forskeren reflektert over hendelser i løpet av studien og om det ble vurdert å endre på elementer i forskningsdesignet?

7. Har etiske spørsmål ved studien blitt vurdert?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Beskriver forskeren(e) nok detaljer om hvordan studien ble forklart for deltakerne så leseren av artikkelen (eller prosjektplanen) kan vurdere om etiske retningslinjer blir fulgt?
- Diskuterer forskeren etiske spørsmål ved egen studie som for eksempel informert samtykke, konfidensialitet eller hvordan forskerne håndterte effekten studien hadde på deltakerne under eller etter avsluttet studie?
- Er det søkt om godkjenning fra en etisk komité?

8. Er dataanalysen nøyaktig nok?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Er det en detaljert forklaring på analyseprosessen?
- Hvis tematisk analyse: kommer det klart frem hvordan kategorier/temaer ble utledet fra den transkriberte teksten?
- Forklarer forskeren hvordan presenterte data ble valgt ut fra det originale transkriptet for å demonstrere hvordan data er analysert?
- Presenteres det tilstrekkelig med data for å understøtte funn?
- Er det tatt hensyn til motstridende data?
- Har forskeren(e) kritisk vurdert egen rolle, mulige feil og påvirkning av dataanalysen og valg av hvilke data som blir presentert?

9. Kommer funnene tydelig frem?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om funnene er tydelige
- Om det er en dekkende/adekvat diskusjon av forskning som både støtter og motstrider studiens funn
- Om forskeren diskuterer troverdigheten av egne funn (for eksempel triangulering, validering fra deltakere, mer enn en dataanalytiker)
- Om funn er diskutert i sammenheng med de originale forsknings-spørsmålene

10. Er studien viktig?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Diskuterer forskeren hva som er studiens bidrag til tidligere forskning eller teoretisk kunnskap? Vurderes funn opp mot dagens kliniske praksis?
- Identifiseres nye forskningsområder?
- Diskuterer forskeren hvorvidt eller om funn kan overføres til andre populasjoner eller om forskningen kan anvendes på andre områder?