

Susanna Örsell

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård, 60 hp

Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAEXA, HT2016

Avancerad nivå

Handledare: Anette Erdner

Examinator: Kennet Asplund

## **Medberoende eller god omvårdnad**

- En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor inom beroendevården med fokus på substansbrukssyndrom

## **Co-dependency or good care**

- A qualitative research with nurses in dependent care with focus on substance use disorder

## Sammanfattning

**Bakgrund:** I bakgrunden beskrivs aspekter på sjuksköterskans yrkesroll samt omvårdnadsansvar inom både vården i allmänhet och beroendevården. Vidare beskrivs patientgruppen och dess problematik samt begreppet medberoende och hur det kan försvåra valet av omvårdnad.

**Syfte:** Syftet med denna undersökning var att undersöka sjuksköterskans syn på vad som kännetecknar god omvårdnad och medberoende inom den slutna beroendevården samt vad som skiljer dem åt.

**Metod:** Studien har en kvalitativ design med induktiv ansats. Sju sjuksköterskor intervjuades på en beroendeenhet i Stockholm enligt ostrukturerad metod. Materialet analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Resultatet utmynnade i tre kategorier: Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården, Sjuksköterskans syn på fenomenet medberoende inom beroendevården samt Sjuksköterskans uppfattning kring var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende. I resultatet kom det bland annat fram att sjuksköterskan inte har några större problem med att skilja på de båda begreppen god omvårdnad och medberoende, men att det är svårare i praktiken.

**Diskussion:** Resultatet i studien diskuterades i relation till tidigare forskning, relevant litteratur och Ida Jean Orlandos interaktionsteori. I diskussionen kommer det bland annat fram hur sjuksköterskans omvårdnadsansvar kan gå över i ett medberoende.

**Nyckelord:** God omvårdnad, Substansbrukssyndrom, Medberoende, Sjuksköterska.

## **Abstract**

**Background:** The background describes aspects of the nurse's profession and care responsibility within both general care and in dependent care. Furthermore, it describes the patient group with its problems, the concept of co-dependency and how it can impact the choice of nursing.

**Aim:** The aim of this study has been to explore nurses' view of what characterizes good care and co-dependency within the closed depending care.

**Method:** This study has a qualitative design with an inductive approach. Seven nurses at a depending care unit in Stockholm were interviewed using an unstructured method. The material was then analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The result from the interviews developed into three categories: The nurse's view of what constitutes good care within depending care, The view of the phenomenon of co-dependency within depending care and finally, The nurse's perception of what differentiates good care and co-dependency. The result reveals, among other things, the fact that while the nurse, intellectually, had no major problems in separating the concepts of good care and co-dependency, in practice it proved to be harder to implement.

**Discussions:** The results are discussed in the context of previous research, other relevant literature and from Ida Jean Orlando's interaction theory. In the discussion it reveals, among other things, how the nurses responsibility of care can develop into co-dependency.

**Keywords:** Good care, Substance use disorder, Co-dependency, Nurse.

# Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2 BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1 SJKSKÖTERSKAN OCH OMVÅRDNAD .....	2
2.1.1 Sjuksköterskans yrkesroll .....	2
2.1.2 Sjuksköterskans omvårdnadsansvar .....	2
2.1.3 Sjuksköterskans roll inom beroendevården.....	4
2.2 BEROENDE .....	5
2.2.1 Definition.....	5
2.2.2 Prevalens.....	5
2.2.3 Orsaker och konsekvenser .....	6
2.3 FAKTORER SOM PÅVERKAR PERSONLIGHET OCH BETEENDE .....	6
2.3.1 Drogsug och abstinens .....	6
2.3.2 Manipulation.....	7
2.3.3 Samsjuklighet.....	8
2.4 MEDBEROENDE .....	8
2.4.1 Definition .....	8
2.4.2 Medberoende bland sjuksköterskor.....	9
2.5 PROBLEMFÖRMULERING.....	10
<b>3 SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>11</b>
<b>4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>11</b>
<b>5 METOD</b> .....	<b>12</b>
5.1 DESIGN .....	12
5.2 URVAL .....	12
5.3 DATAINSAMLING .....	13
5.4 DATAANALYS .....	13
<b>6 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>14</b>
<b>7 RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
7.1 SJKSKÖTERSKANNS SYN PÅ VAD SOM UTGÖR GOD OMVÅRDNAD INOM BEROENDEVÅRDEN .....	15
7.1.1 Synen på god omvårdnad.....	15
7.1.2 Svårigheter att utföra god omvårdnad.....	17
7.2 SJKSKÖTERSKANNS SYN PÅ MEDBEROENDE .....	19
7.2.1 Upplevelsen av medberoende.....	19
7.2.2 Faktorer som bidrar till utveckling av medberoende.....	21
7.2.3 Strategier som förhindrar att ett medberoende utvecklas .....	22
7.3 SJKSKÖTERSKANNS SYN PÅ VAR GRÄNSEN GÅR MELLAN GOD OMVÅRDNAD OCH MEDBEROENDE .....	23
7.3.1 Tankar kring var gränsen går .....	23
<b>8 DISKUSSION</b> .....	<b>24</b>
8.1 METODDISKUSSION.....	24
8.1.1 Trovärdighet.....	24
8.1.2 Överförbarhet.....	26
8.1.3 Pålitlighet .....	26
8.2 RESULTATDISKUSSION .....	27
8.2.1 Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården.....	27
8.2.2 Sjuksköterskans syn på medberoende.....	30
8.2.3 Sjuksköterskans syn på var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende.....	33
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER .....	34
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	34
<b>9 SLUTSATS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b> .....	<b>36</b>

<b>BILAGA 1. BREV TILL VERKSAMHETSCHEF .....</b>	<b>39</b>
<b>BILAGA 2. BREV TILL ENHETSCHEF .....</b>	<b>40</b>
<b>BILAGA 3. BREV TILL SJUKSKÖTERSKAN .....</b>	<b>41</b>
<b>BILAGA 4. INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>42</b>

## 1. Inledning

Redan under studierna till legitimerad sjuksköterska, får man lära sig vikten av att lyssna till patientens egen upplevelse och att alltid ta den på allvar. Vidare får man lära sig att det ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde att patienten får en så god omvårdnad som möjligt, blir bemött med respekt, hörsammad och inte utsatt för onödigt lidande.

Inom beroendevården är patienterna ofta fyllda av abstinens, ångest, oro, skuld, skam och med en känsla av maktlöshet samtidigt som sjuksköterskan tidigt får lära sig att det ingår i den så kallade *missbrukarpersonligheten*, att vara manipulativ och att patienterna gör vad som helst för att få sitt drogsug tillfredsställt. Detta kan medföra svårigheter för sjuksköterskan i sitt val av omvårdnad.

Under de år som jag har jobbat inom beroendevården, har jag vid flera tillfällen hört av andra yrkeskategorier, att sjuksköterskan visar tecken på att vara medberoende till patienten. Detta framförallt då det gäller mediciner men också när det gäller att göra det där lilla extra för att tillgodose patientens önskemål. Medberoende inom beroendevården kan nog förekomma, men var gränsen går mellan medberoende och den goda omvårdnad som ingår i sjuksköterskeprofessionen, kan vara svår att definiera. Denna patientkategori lider inte bara av kraftig ångest och andra negativa symtom relaterade till sitt missbruk, utan också på grund av andra psykiatriska diagnoser, då många bär på en samsjuklighet.

Detta har fått mig att fundera vidare på sjuksköterskans roll inom beroendevården. Föreligger det skäl till att benämna sjuksköterskan som medberoende eller är det så att sjuksköterskans specifika arbetsuppgifter, tenderar att vara svåra att skilja från ett medberoende och vad tycker sjuksköterskan själv som jobbar inom beroendevården.

## 2. Bakgrund

Bakgrunden är tänkt att ge en bild av de faktorer som bidrar till komplexiteten i omvårdnaden av patienter med beroendeproblematik, samt för att förstå diskussionerna kring svårigheterna med att definiera gränsen mellan god omvårdnad och medberoende. I bakgrunden kommer därför en del om sjuksköterskans yrkesroll och omvårdnadsansvar att tas upp, i syfte att förstå själva grundtanken i sjuksköterskans yrkesroll.

Vidare ges en beskrivning av vad som utmärker en patient med beroendeproblematik med fokus på substansbrukssyndrom, varefter begreppet medberoende tas upp och hur det kan påverka och försvåra omvårdnadsarbetet för sjuksköterskan. Bakgrunden baseras på vetenskapliga artiklar, litteratur samt utgivna publikationer på nätet.

## 2.1 Sjuksköterskan och omvårdnad

### 2.1.1. Sjuksköterskans yrkesroll

För att förstå sjuksköterskans professionella ställning inom sjukvården, kan man utgå från ICN:s etiska kod som redogör för fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Inom dessa områden ligger också patientens rätt till att bland annat ha möjlighet att göra egna val, rätt till värdighet och att bli bemött med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Rätten till respekt var något som även togs upp i en studie av Rush och Cook (2006), där den bedömdes som den viktigaste egenskapen hos sjuksköterskan.

Vidare ingår i sjuksköterskans roll att uppvisa professionella värden såsom lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet samt att ha ett helhetsansvar för omvårdnaden, som också utgör huvudområdet inom sjuksköterskans utbildning. Det är sjuksköterskans ansvar att utveckla och upprätthålla den värdegrund som omvårdnaden vilar på, vilket även inbegriper att skydda patienter, då deras hälsa kan påverkas negativt av andra medarbetare. Sjuksköterskan ska även utarbeta arbetssätt som stödjer professionella etiska värderingar och förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Enligt en litteraturstudie av Snellman och Gedda (2012), var förtroende och tillit centrala begrepp i sjuksköterskans värdegrund och för att skapa vårdande relationer, var det nödvändigt att förtroendet var ömsesidigt. Tecken på förtroende inbegrep termer som inflytande, självkänsla, självbevarande, förtroende, trovärdighet och säkerhet. En annan central del i sjuksköterskans värdegrund, var närhet och stöd samt uppskattning och empowerment.

Vikten av att företräda och upprätthålla patientens rättigheter gällande kompetent och respektfull vård då denne av olika skäl inte klarade det själv, var även det en viktig del i värdegrunden (Rush & Cook, 2006; Snellman & Gedda, 2012) samt att bli sedd och behandlad som en normal medmänniska, då detta möjliggjorde för patienten att uppleva hälsa och ge meningsskapande erfarenheter (Rush & Cook, 2006; Wiklund Gustin, 2010).

### 2.1.2. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

I den svenska sjuksköterskeföreningens värdegrund för omvårdnad (2010), utgår man från en humanistisk grundsyn, där patienten inte bara består av en diagnos utan ses istället ur en holistisk synvinkel, det vill säga man ser till både kropp, själ och ande. Vidare utgår man från att det är bland annat sjuksköterskans ansvar, att se till att alla människors lika rätt och värde

inom sjukvården efterlevs. Omvårdnaden ingår således i sjuksköterskans kunskapsdomän och de fyra konsensusbegreppen patient, hälsa, miljö och vårdande omfattar disciplinen vårdvetenskap, som betecknas som en egen unik vetenskap. Patientperspektivet utgör en viktig del inom vårdvetenskapen och innebär ett etiskt krav att understödja patientens hälsa och välbefinnande, med utgångspunkt i den livsvärld som patienten befinner sig i. Stor vikt läggs vid att inneha ett vårdande förhållningssätt som kan ta sig i uttryck som hur patienten bemöts, hur kommunikationen genomförs och på vilket sätt sjuksköterskan lyssnar på patienten. Ett bekräftande förhållningssätt är viktigt ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och sjuksköterskan är den i vårdlaget som har ett kontinuerligt ansvar för patientens välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010).

Till de centrala värdena för omvårdnaden ingår att lindra lidandet och för att uppnå ett lindrat lidande är det viktigt att sjuksköterskan visar respekt för patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande. På så sätt kan patienten ges möjlighet att uppleva tillit, hopp och mening inför framtiden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Snellman & Gedda, 2012). Snellman och Gedda (2012) presenterade vidare i sin studie att det vårdande mötet mellan sjuksköterska och patient, borde bestå av följande fyra egenskaper; ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse.

Wiklund Gustin (2010) menar att omvårdnadsrelationen bör vara både professionell och personlig. Att vara personlig i vårdrelationen innebär bland annat att släppa lite på sin yrkesroll och möta patienten som medmänniska och göra det där lilla extra, som att exempelvis gå lite utanför sina vårdrutiner, där praktiska handlingar kan få stor betydelse för patienten och ge en upplevelse av värdighet (Wiklund Gustin, 2010). Vidare ansågs en vårdande attityd eller vårdande karaktär som mycket viktig och med att ha en vårdande attityd menades många gånger att man tog sig tid med patienten och hade en bra kommunikation (Rush & Cook, 2006).

I sitt val av omvårdnad, kan sjuksköterskan även stödja sig mot de omvårdnadsteorier som finns beskrivna i den vårdvetenskapliga litteraturen och som ligger till grund för den etiska och teoretiska grunden i sjukvården. De är tänkta att handleda sjuksköterskan i det ideala sättet att leda omvårdnadsarbetet och lyfter fram ett alternativ till det medicinska sättet att se på hälsa och sjukdom, och därmed också en egen unik kunskapsbas för sjuksköterskans profession. Omvårdnadsteorierna tydliggör sjuksköterskans funktion och ansvar samt bidrar till den kliniska omvårdnaden. Målet för omvårdnaden är inte i första hand att bota, utan att lindra lidande och främja hälsa (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012; Wiklund Gustin, 2016).



### 2.1.3. Sjuksköterskans roll inom beroendevården

I kompetensbeskrivningen av Svensk sjuksköterskeförening (2014), beskrivs omvårdnad inom psykiatrisk vård, inom vilken beroendevården räknas, som insatser som leder till att stärka patientens känsla av att få kontroll över sitt eget liv, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, utveckla strategier och lära sig hantera sin sjukdom och dess konsekvenser samt formulera rimliga livsmål och uppnå personlig utveckling.

Patienter med missbruk och beroende kände ofta att deras liv bestod av kaos, ensamhet, skuld, skam, stigmatisering och utgjordes av en avvisande omgivning med orättvisor i sjukvården samt i samhället i stort enligt Thorkildsen (2014) och Johansson och Wiklund Gustin, (2016). Detta kunde, enligt Thorkildsen (2014), trigga igång sjuksköterskans etiska tänkande och önskan att vilja arbeta för en förbättring för just denna patientgrupp. Sjuksköterskans vilja och önskan att hjälpa dessa patienter från deras beroende, motiverades av ett genuint och brinnande intresse för människor som lider samt av ett inre behov av att ge av sig själv.

En av anledningarna till att patienterna kände sorg och led, var deras sårbarhet, som relaterades av sjuksköterskan, till patienternas känsla av skam och brist på självkänsla samt svårigheter att relatera till andra människor. Patienterna satte ofta upp en fasad för att dölja sin sårbarhet och använde en viss jargong som exempelvis negativ attityd, enligt Johansson och Wiklund Gustin (2016). Det avgörande för dessa patienter var, att sjuksköterskan stöttade dem och vårdade dem både med respekt och med värdighet (Rassol, 2007; Thorkildsen, 2014), vilket även bekräftades i en studie av Johansson och Wiklund Gustin (2016), där patienterna själva menade att en fungerande och positiv relation mellan sjuksköterska och patient, var väsentlig för ett tillfrisknande. Även samhörighet med och bekräftelse från sjuksköterskan beskrevs som viktig, för att patienterna skulle känna sig trygga och därmed få förutsättningar att kunna tillfriskna (Thurang, Rydström & Bengtsson Tops, 2010).

Att vara hängiven sina patienter uppfattades som en förutsättning för att kunna ge dem möjlighet att öppna sig och ta emot den hjälp som erbjöds då många av patienterna inte var vana att få vård och omtanke. Genom att möta patientens önskningar och behov i så stor utsträckning som möjligt och ge patienten gränslöst med vård, utan att kräva något tillbaka, försökte sjuksköterskan förmedla till patienten att denne var i trygga händer. Att möta patientens sorg, hopplöshet och desperation samtidigt som man överväldigas av sina egna känslor, var många gånger krävande för sjuksköterskan (Thorkilden, 2014).

Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med drogberoende kunde också karaktäriseras av en mångfacetterad försiktighet, då beroendepatienter ibland upplevdes som

farliga och oberäknliga enligt Johansson och Wiklund Gustin (2016), dock försökte man alltid se människan bakom beroendet trots dessa svårigheter.

## **2.2. Beroende**

### *2.2.1. Definition*

Ett beroende av beroendeframkallande medel, definieras som en sjukdom (Franck & Nylander, 2011; <http://www.beroendecentrum.se>, 2017). Det som händer vid intag av en beroendeframkallande substans, är att hjärnans belöningssystem aktiveras och dopamin frisätts, vilket ger en lustfylld känsla av eufori. Efter ett långvarigt bruk förändras hjärnan och byggs om varefter ett beroende uppstår. Beroendet i sig, utgörs av en rad symtom som bland annat innebär ett drogsökande beteende, en tvångsmässig droganvändning, ett okontrollerat drogintag samt abstinens, då drogen inte längre tillförs (Franck och Nylander, 2011).

För att diagnostisera ett missbruk eller beroende, använder man sig i Sverige främst av ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) inom hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsen (2014). ICD-10 är framtaget av APA (American Psychiatric Association) och kom 1990, en ny version är dock under uppdatering av WHO. Inom forskning och till viss del även inom psykiatrisk verksamhet, använder man sig av DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) enligt Socialstyrelsen (2014). En ny version av DSM, DSM-5, publicerades under 2013 på engelska. Tidigare användes DSM-IV, där man bland annat gjorde skillnad på begreppen missbruk och beroende. Numera används DSM-V, där man har slagit ihop de båda begreppen till ett enda, substance use disorder (Engel, 2013) och som på svenska benämns substansbrukssyndrom (Socialstyrelsen, 2014). DSM-V består av elva kriterier, där kriteriet drogsug är helt nytt, medan kriteriet legala problem togs bort (Engel, 2013).

De studier som de nationella riktlinjernas rekommendationer baseras på, använder dock tidigare versioner av DSM, varför begreppen missbruk och beroende fortfarande används enligt Socialstyrelsen (2014). Dessa begrepp kommer därför att användas även i detta arbete tillsammans med substansbrukssyndrom.

### *2.2.2. Prevalens*

Enligt WHO (2016), uppskattades att cirka 15,3 miljoner människor över hela världen hade ett pågående missbruk eller beroende av narkotika.

I Sverige genomfördes år 2009–2011 en statlig översyn av missbruks- och beroendevården i Sverige, som kallades missbruksutredningen. I den utredningen bedömdes att 55 000

människor hade ett missbruk eller ett beroende av narkotika, varav cirka 29 500 var tunga narkotikamissbrukare. Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk skattades till cirka 8 000 (Socialstyrelsen, 2014).

### 2.2.3. Orsaker och konsekvenser

Flera omständigheter kan bidra till att man utvecklar en beroendesjukdom enligt Franck och Nylander (2012), vilka bland annat är sociala faktorer, psykiatriska sjukdomar, uppväxt, kön och ärftliga faktorer. Även impulsivitet och sensationssökande beteende kan ha betydelse för utveckling av missbruk och beroende.

Att leva med ett missbruk och/eller ett beroende ökar risken för flera allvarliga konsekvenser, både för den drabbade och för dess omgivning, vilket bekräftas i Folkhälsomyndighetens utredningar (2013). På det sociala planet, leder missbruket i längden ofta till separationer, arbetslöshet, bostadslöshet och dåliga eller helt avbrutna relationer med familj och tidigare vänner, vilket till stor del beror på bristande tillit och återkommande svek. En annan vanlig konsekvens är, framförallt för de som injicerar, infektionssjukdomar som hepatit, endokardit samt i mindre grad HIV. Risken för att utsättas för våldtäkt, våldsbrott och olyckor ökar också till följd av missbruk samt risken för psykisk ohälsa med suicidförsök och fullbordade suicid som följd. I denna grupp ökar också risken för överdoser, vilket även det påverkar både det sociala planet och den psykiska hälsan då många inom missbrukarens livsvärld, utgörs av människor i samma situation (Herlofson, 2010).

Ett tyngre missbruk och beroende drar även med sig kriminalitet och prostitution, vilket i sin tur kan leda till fängelsestraff, vilket är en vanlig konsekvens för denna patientgrupp, enligt Herlofson (2010).

## 2.3. Faktorer som påverkar personlighet och beteende

Patienter med kombinerad beroendeproblematik, där även samsjuklighet ingår, kan många gånger försvåra sjuksköterskans arbete när det gäller att göra bedömningar av vad som egentligen ligger bakom deras symtom, behov och önskemål.

### 2.3.1. Drogsug och abstinens

Många patienter inom beroendevården är ofta rastlösa, ångestdrivna och oroliga, vilket kan bero på många faktorer såsom andra psykiatriska diagnoser, abstinens och drogsug. Drogsug eller craving som det benämns på engelska, innefattar två typer av mekanismer som mer eller mindre ligger bakom tillståndet, dels *incentive sensitization* som är själva drogsökandet och

*anti-belöningssystemet* som ger ett lättutlöst olusttillstånd. Drogsug yttrar sig ofta i en oförklarlig irritation och ett mållöst sökande efter droger, vilket förklarar många patienters rastlösa oro samt ökade efterfrågan på mediciner (Herlofson, 2010; Franck & Nylander, 2012). Drogsug brukar utlösas av faktorer som påminner om tidigare drogupplevelser såsom miljö eller psykologiska faktorer enligt Tiffany och Wray (2011) och kan komma plötsligt. De dominerar då patientens tankar helt, vilket medför ett stort stresspåslag för patienten.

Då drogen inte längre tillförs och de positiva effekter som drogen ger avtar, börjar istället de negativa effekterna komma i form av abstinens. Abstinenssymtomen skiftar lite beroende på vilken drog som tagits och är ofta motsatsen till den effekt som drogen ger. De flesta ger dock abstinenssymtom som kraftig oro och ångest, vilket medför ökad irritation och ett ökat behov av symtomlindring (Herlofson, 2010; Franck & Nylander, 2012).

### 2.3.2. *Manipulation*

Med symtom på drogsug och abstinens, var det vanligt att patienten försökte få extra mediciner genom att manipulera sjuksköterskan, enligt en studie av Johansson och Wiklund Gustin (2016). Att som sjuksköterska kunna avgöra vad som är manipulation och vad som inte är manipulation var många gånger svårt. Sjuksköterskan strävade efter att inte bli manipulerad samtidigt som hen ville lita på sina patienter för att de inte skulle känna sig misstrodda, vilket var något som de fick erfara ständigt ute i samhället. Patienterna betraktades ibland som krävande och var svåra att göra nöjda då de ofta hade orealistiska förväntningar på vården, som bland annat yttrade sig genom att de ofta krävde snabb medicinsk lindring för sin ångest. Detta kunde försvåra sjuksköterskans holistiska perspektiv, men för att bibehålla en bra relation med patienten försökte sjuksköterskan förstå det manipulativa beteendet som en del i deras sjukdom (Johansson & Wiklund Gustin, 2016).

Att ge vård till patienter som missbrukar droger är känt för att vara både komplext och krävande enligt Ford, Bammer och Becker (2009). Många sjuksköterskor rapporterade även i denna studie, att patienternas manipulerande beteende gällande mediciner och omvårdnad, försvårade deras möjlighet att vårda. Manipulationen beskrevs som ett drogsökande beteende, där patienten uttryckte sig insmickrande verbalt för att få medicin. Sjuksköterskan upplevde ofta att hen blev tvungen att gissa sig till om patienten var drogsugen eller verkligen hade symtom på det de uppgav, som exempelvis smärta eller kraftig ångest. Sjuksköterskan ansåg att tilliten i deras relation med patienten kunde förstöras av att patienten manipulerade och kände oro över att ge vård i en terapeutisk relation som saknade tillit och förtroende (Ford et

al, 2009).

### 2.3.3. Samsjuklighet

Många inom beroendevården bär på en samsjuklighet, med vilket menas att man har både ett diagnostiserat missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk störning (Folkhälsomyndigheten, 2013; Socialstyrelsen, 2014). De vanligaste symtomen är nedstämdhet, ångest, depression och sömnstörningar enligt Socialstyrelsen (2014).

Sambandet mellan ADHD och drogmissbruk är ett ofta förekommande fenomen och hos patienter med denna dubbeldiagnos, var missbruket ofta allvarigare och svårare att behandla, enligt Nehlin, Nyberg och Öster (2015) och Sundquist, Ohlsson, Sundquist & Kendler (2015).

Bland de allvarigare psykiatriska diagnoserna, dominerar framförallt svåra personlighetsstörningar enligt Agerberg (2004). Hos män dominerar antisocial personlighetsstörning medan EIPS (Emotionell instabil personlighetsstörning) dominerar bland kvinnorna. Närmare 80 procent av de med antisocial personlighetsstörning är beroende av alkohol och/eller narkotika. Manodepressivitet och psykossjukdomar som schizofreni medför även de till en kraftigt ökad risk för beroende och missbruk (Agerberg, 2004).

## 2.4 Medberoende

### 2.4.1. Definition

Begreppet medberoende började användas på alkoholbehandlingscenter, då terapeuterna identifierade ett typiskt beteendemönster hos anhöriga till personer med alkoholmissbruk (Farnsworth, Beverly & Thomas, 2012) och kom därefter till Sverige i slutet på 70-talet (Beattie, 2008). Medberoende som begrepp utformades huvudsakligen för att beskriva de beteendemönster och personlighetsdrag som anhöriga kunde utveckla i relation till en person med beroendeproblematik (Beattie, 2008). Därefter vidgades begreppet medberoende till att även inbegripa alla som hade vuxit upp eller bott i en dysfunktionell familj (Farnsworth et al, 2012). Det dysfunktionella kunde exempelvis inbegripa stressfyllda situationer såsom våld inom familjen, tidig förlust av förälder, separation eller övergivande och kronisk fysisk eller psykisk sjukdom hos en förälder. För att kunna hantera svåra situationer utvecklades en förmåga till förnekelse som försvarsmekanism samt ett behov av att imitera ett vuxet beteende och ta på sig den vårdandes roll. Detta resulterade många gånger till ett medberoendebeteende som gav starka band trots lidande, stress och misshandel. Den medberoende trodde då att hans lycka berodde på att kunna förändra den andre, som exempelvis att få personen att sluta

missbruka beroendeframkallande substanser (Noriega, Ramos & Medina-Mora, 2008). Söderling (2002) beskriver hur ett medberoende kan utvecklas då en individ anpassar sig efter en annans beteendemönster allt mer för att undvika konflikter, detta resulterar lätt till att det onormala blir en norm och att man tappar sina referenspunkter.

Enligt en studie av Marks, Blore, Hine och Dear (2012), identifierades fyra huvudsakliga medberoendebeteenden utifrån andras definitioner på medberoende. Dessa beteenden utgjordes av att man lade större vikt vid andras åsikter, förväntningar och beteenden än vid sina egna samt att man lade sina egna behov åt sidan och fokuserade på andras behov istället. Vidare drevs man av en övertygelse om att kunna fixa andras problem samt kontrollera deras beteende samtidigt som man medvetet tryckte undan sina egna känslor, innan de till slut blev för svåra att hantera.

#### *2.4.2. Medberoende bland sjuksköterskor*

Det finns en hel del vetenskaplig forskning kring både vårdrelationen, överengagemang och medberoende bland sjuksköterskor. Mest forskning kom under 1990-talet, men även senare forskning finns att hämta.

Enligt Marks et al (2012), var det självklart att bry sig om sin patient, men att involvera sig för mycket kunde innebära risker för både patienten och sjuksköterskan. Genom att engagera sig för mycket i sina patienter kunde sjuksköterskan orsaka orealistiska förväntningar som var skadliga både för patienten, sjuksköterskan, kollegor och hela organisationen (Collins, 2007; Marks et al, 2012). Att hitta den rätta nivån mellan att vara engagerad i sitt arbete och samtidigt förväntas hålla en viss emotionell distans, upplevdes som en stor utmaning för sjuksköterskan. I en studie av Collins (2007) drogs slutsatsen att anledningen till att ett överengagemang kunde uppstå mellan sjuksköterska och patient var då vårdrelationen övergick till ett vänskapsförhållande. Sjuksköterskan förlorade då sin objektivitet och blev lojal med patienten som person istället, fick svårt att stänga av emotionellt och blev överbeskyddande, vilket i längden kunde skada patienten.

Att involvera sig för mycket i patienten kunde vara början på ett medberoende menade även Kines (2011) i sin studie. Det finns ett nära samband mellan sjuksköterskans professionella vårdgivande roll och medberoende och en teori gjorde gällande i studien, att professionellt medberoende inkluderade drag som dålig självkänsla, kontrollbehov, beroende, perfektionism, en överdriven ansvars känsla, nedtryckande av känslor, manipulation, överengagemang och förnekelse. I studien av Kines (2011), granskades medberoendetendenser bland 273 registrerade och praktiserande sjuksköterskor i USA.

Studien visade att 58,1 procent hade höga medberoendetendenser, vilket inte behövde innebära att det förekom ett direkt medberoendebeteende bland sjuksköterskor, men däremot att sjuksköterskan riskerade att utveckla ett sådant beteende.

Enligt Allison (2004), var det viktigt att skilja på medberoende och omvårdnad och hur de visade sig i praktiken. Omvårdnad var möjliggörande, icke-dömande, spontan, gav självvärde och betraktades som ett andligt band mellan de som är involverade och som gör att båda växer, till skillnad från medberoende.

Sjuksköterskans medberoende liknades vid en förlust av den professionella identiteten som karaktäriserades av ett överidentifierande med patienten, en oförmåga att skilja mellan sitt eget och andras ansvar, en falsk känsla av plikt mot andra som baserades på rädsla och ett beroende av andras godkännande för att uppleva ett självvärde. Konstruktionen medberoende bestod av förlust av det egna jaget, försvagade gränser, martyrskap och en extrem vilja att tjäna den andra (Allison, 2004; Chappelle, Sorrentino & Andal, 2014).

För att minimera risken för medberoende inbegreps bland annat att identifiera ens egna medberoendetendenser, problem och beteende samt söka professionell hjälp för att känna igen dem enligt Kines (2011). Även Mori och Osada (2007) menade att sjuksköterskan måste vara medveten om sina medberoendetendenser när de utvecklade en hälsosam relation till patienten.

## **2.5. Problemformulering**

Att som sjuksköterska ge patienterna inom beroendevården med substansbrukssyndrom, den goda omvårdnad som står beskrivet i omvårdnadslitteratur, kan många gånger vara problematiskt. Denna patientgrupp kan vara svår att bedöma då de både lider av kraftigt drogsug samtidigt som de kan ha symtom som smärta, ångest och oro med mera relaterat till abstinens samt andra diagnoser. Det är sjuksköterskan som bedömer om patienten är i behov av den ordinerade vidbehovs-medicinen, vilket ibland kan medföra att sjuksköterskan slits mellan god omvårdnad och medberoende, då denna patientgrupp har en stark efterfrågan på mediciner. De har dessutom många gånger ett manipulativt beteende som kan göra situationen än mer svårbedömd. Det finns en del tidigare forskning kring medberoende inom beroendevården, men ingen direkt inom svensk beroendevård, vad gäller sjuksköterskornas bedömning av vad som utgör god omvårdnad samt vad de har för tankar kring fenomenet medberoende och var gränsen går. Hur sjuksköterskan resonerar kring dessa begrepp, kan därför vara intressant att studera vidare om.

### 3. Syfte

Att undersöka sjuksköterskans syn på vad som kännetecknar god omvårdnad och medberoende inom den slutna beroendevården med fokus på substansbrukssyndrom, samt var gränsen går mellan dessa.

#### 3.1 Frågeställningar

Vad kännetecknar god omvårdnad inom beroendevården med fokus på substansbrukssyndrom?

Vad kännetecknar medberoende inom beroendevården med fokus på substansbrukssyndrom?

Var går gränsen mellan god omvårdnad och medberoende?

### 4. Teoretiska utgångspunkter

Ida Jean Orlandos interaktionsteori kom att användas i denna studie som stöd vid analys av resultatet, då hennes teori till stor del fokuserar på sjuksköterskans relation med patienten, vilket känns särskilt relevant då vårdrelationen har en stor betydelse inom beroendevården.

Enligt Orlando (1990) består alla omvårdnadssituationer av tre delar. I den första delen observeras patientens beteende, detta görs dels genom egna observationer men också genom det som andra yrkeskategorier rapporterar. Dessa observationer förmedlas sedan vidare till patienten för validering.

Den andra delen utgörs av sjuksköterskans reaktion på patientens beteende. Reaktionen skiljer sig ofta från sjuksköterska till sjuksköterska och är beroende på vilka tankar, värderingar och känslor som väcks samt egna tidigare erfarenheter och kunskaper.

Den tredje och sista handlar om vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan vidtar, där Orlando (1990) menar att om sjuksköterskan vidtar åtgärder omedelbart så kan hon möta patientens behov och då medverka till att patientens mående förbättras. Ju längre en patient får vänta innan hjälp kommer, ju mer stressad och frustrerad blir patienten, varför det kan bli svårare att bedöma själva grundorsaken till situationen (Orlando, 1990).

Orlando (1990) menar att hälsa är ett resultat av att bli hjälpt med de behov som uttrycks och att god omvårdnad är att reducera patientens dåliga mående. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att patientens behov av hjälp tillgodoses antingen av hen själv eller av andra yrkeskategorier och det är i den omedelbara vårdssituationen, som sjuksköterskan blir medveten om, på vilket sätt patienten blir påverkad av vad hon säger och gör enligt Orlando (1990). Visserligen är inte sjuksköterskan den enda som påverkar patienten men det är hen som har det kontinuerliga ansvaret för patientens omvårdnad. Därför är det sjuksköterskans



ansvar att hjälpa patienten, även om det ligger utanför hens specifika område. Sjuksköterskans fokus ligger på allt som kan påverka patientens fysiska och psykiska hälsa, då det i sin tur ligger till grund för ett tillfrisknande (Orlando, 1990).

## 5. Metod

### 5.1 Design

Studien utfördes som en ostrukturerad kvalitativ intervjustudie för att få en bild av och en ökad förståelse för informanternas egen upplevelse och perspektiv för vad som kännetecknade fenomenen god omvårdnad och medberoende, samt hur dessa skiljde sig åt inom den slutna beroendevården. Vidare kom intervjun att ha en induktiv ansats för att kunna dra generella slutsatser från specifika observationer (Kvale & Brinkmann, 2014).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) beskrivs världen som den upplevs, enligt antagandet att den relevanta verkligheten är vad människor uppfattar den som. Det finns således flera sanningar.

### 5.2 Urval

Urvalsprocessen inleddes med att en förfrågan mejlades till två verksamhetschefer inom beroendevården om tillåtelse att få intervjua verksamma sjuksköterskor, se bilaga 1. Då författaren själv arbetar inom beroendevården, uteslöts ett verksamhetsområde helt, eftersom det bedömdes föreligga stor risk för att informanterna kunde känna sig obekväma med att bli intervjuade av en kollega och därför riskera att påverka innehållet i intervjuerna.

Efter att ha inhämtat godkännande från bägge verksamhetschefer, mejlades information till tre enhetschefer om studien samt ett brev till de sjuksköterskor som arbetade på enheterna, se bilaga 2 & 3. Samtliga enhetschefer svarade på mejlet, men endast en av dem lyckades rekrytera informanter. Totalt kom sju sjuksköterskor att delta i studien med enda kriteriet, att ha arbetat inom den slutna beroendevården och då framförallt med patienter med substansbrukssyndrom, i minst ett år.

Samtliga sjuksköterskor som ingick i studien hade även erfarenhet från andra enheter inom beroendevården, varför författaren bedömde att materialet inte enbart var baserat på en specifik enhet, utan på flera enheter inom den slutna beroendevården.

De sjuksköterskor som ingick i gruppen hade en åldersspridning som låg på mellan 28-65 år och med erfarenhet inom beroendevården mellan 4-30 år. Sjuksköterskorna, som utgjordes av tre män och fyra kvinnor, fick själva välja plats för intervjun samt datum och tid. Samtliga

intervjuer ägde rum under januari 2017.

### 5.3 Datainsamling

Intervjuerna ägde främst rum på informanternas enhet i ett slutet samtalsrum, endast en av informanterna valde att bli intervjuad på annan plats, vilket var där författaren arbetar. Allt material spelades in på en Iphone efter att informanterna åter blivit informerade om, att allt material skulle hållas helt konfidentiellt, att intervjun var frivillig och att man kan kunde avstå från att svara på en fråga eller avbryta intervjun helt. De informerades också om att materialet endast var avsett för författaren och skulle komma att förstöras efter studiens slut.

Samtliga intervjuer inleddes med en relativt omfattande öppen fråga, där informanterna ombads beskriva sin syn på god omvårdnad och medberoende inom beroendevården och då främst med patienter med substansbrukssyndrom i åtanke. Därefter ställdes en del följdfrågor beroende på vad informanterna berättade, för att få en mer fördjupad bild av deras berättelse, se bilaga 4.

Som sista fråga ombads informanten att själva lägga till det som eventuellt inte tagits upp i intervjuerna och som de uppfattade som relevant för studien. Detta bedömdes kunna ge ytterligare information till studien och bidra till ett fylligare resultat (Kvale & Brinkman, 2014).

Samtalen varade mellan 20-45 minuter och transkriberades sedan ordagrant av författaren, direkt efter varje avslutad intervju.

### 5.4 Dataanalys

Resultatet kom att analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys, vilket är en vanlig metod när det gäller just vårdvetenskapsstudier. Vidare användes en induktiv ansats, då ämnet för studien bedömdes vara relativt outforskat och då särskilt inom den svenska sjukvården (Elo & Kyngnäs, 2007). Induktiv ansats används då det inte finns tillräckligt med kunskap om ett fenomen och baseras på människors egna upplevelser. I en induktiv ansats går man från specifik kunskap till mer generella teorier, enligt Elo och Kyngnäs (2007).

Den induktiva ansatsen delades därefter in i tre huvud faser: förberedelse, organisering och rapportering. I förberedelsen ingick att ta beslut om endast det sagda skulle analyseras eller om även exempelvis skratt, suckar och pauser skulle tas med. I denna analys kom endast det sagda att analyseras då övrigt upplevdes sakna en direkt betydelse för analysen samt att skratt, suckar med mera snarare kunde bli en tolkningsfråga för författaren. Vidare ingick i förberedelsen att läsa genom materialet flera gånger för att bli välbekant med dess innehåll,

detta för att kunna avgöra vad som kändes relevant i vidare analys samt för att kunna ta ut meningsbärande enheter (Elo & Kyngnäs, 2007).

Nästa fas, organisationsfasen, påbörjades med öppen kodning vilket innebar att nyckelord i texterna ströks under och noterades i marginalen. Koderna indelades sedan i olika gemensamma kategorier och subkategorier. Syftet med att gruppera all data var att reducera antalet kategorier och syftet med att kategorisera, var att få fram sätt att beskriva ett eller flera fenomen och därmed öka förståelsen och att skapa kunskap, enligt Elo och Kyngnäs (2007).

Varje kategori och sedermera subkategori benämndes efter sitt innehåll. Efter att analys utförts, utmynnade materialet i tre huvudkategorier och sju subkategorier.

Under arbetet med att analysera intervjumaterialet, har författaren strävat efter att hela tiden reflektera över sin förförståelse, vilket är viktigt för studiens tillförlitlighet enligt Kvale och Brinkmann (2014).

## **6. Forskningsetiska överväganden**

Inom all forskning måste de forskningsetiska principerna noga efterföljas, vilka har till syfte att sätta normer för hur förhållandet ska se ut mellan forskare och informant samt för att skydda informanten. Detta uppnås genom att hålla sig till fyra grundläggande huvudkrav, vilka utgörs av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet.

Dessa krav innebär att forskaren först ska hämta samtycke från informanten om deltagande i studien och informera om vilken uppgift de har i studien och vilka villkor som ställs. Vidare ska de informeras om att deras deltagande är helt frivilligt och att de kan avsluta sin medverkan när de så önskar. De informanter som ingick i studien, informerades om studien dels skriftligt via det bifogade brevet, se bilaga 3, samt muntligt vid intervjutillfället. I informationen ingick upplysningar om studiens syfte, att den var frivillig och att de kunde avsluta intervjun vid vilket tillfälle som helst.

Vidare ska informanten försäkras om att all inhämtad information kommer att förvaras och hållas helt konfidentiellt, så att det inte är identifierbart för utomstående samt att den information som erhållits under intervjun endast har som syfte att användas i aktuell studie och därefter kommer att destrueras, vilket informanterna blev upplysta om innan intervjuns början. Allt material förvarades på en hårddisk dit endast författaren hade tillgång och kom att destrueras efter studiens avslut (Vetenskapsrådet, 2002).

## 7. Resultat

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av vad som utgör god omvårdnad och medberoende inom beroendevårdens slutenvård, med fokus på substansbrukssyndrom samt var gränsen går mellan dem.

Efter att materialet analyserats framkom det tre huvudkategorier, ***”Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården”***, ***”Sjuksköterskans syn på medberoende inom beroendevården”*** samt ***”Sjuksköterskans syn på var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende”***. Den första huvudkategorien har två subkategorier, *Synen på god omvårdnad* och *Svårigheter att utföra god omvårdnad*. Den andra huvudkategorien utföll i tre subkategorier, *Upplevelsen av medberoende*, *Faktorer som bidrar till utveckling av medberoende* och *Strategier som förhindrar att ett medberoende utvecklas*. Den tredje och sista huvudkategorien utgjordes av en subkategori, *Tankar kring var gränsen går* (Se figur 1).

Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården	Sjuksköterskans syn på medberoende inom beroendevården	Sjuksköterskans syn på var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende
Synen på god omvårdnad  Svårigheter att utföra god omvårdnad	Upplevelsen av medberoende  Faktorer som bidrar till utveckling av medberoende  Strategier som förhindrar att ett medberoende utvecklas	Tankar kring var gränsen går

Figur 1.

Dessa huvudkategorier och subkategorier kommer att redovisas nedan enligt det material som framkommit under intervjuerna samt citat, för att illustrera sjuksköterskans uppfattning och tankar och därmed öka resultatets trovärdighet.

### 7.1 Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården

#### 7.1.1. Synen på god omvårdnad

Samtliga informanter uttryckte ett stort engagemang och ett uppriktigt intresse av att lära känna sina patienter genom att hitta tid för samtal. Genom att lära känna sina patienter ökade möjligheten att kunna motivera dem till livsförändringar av både stor och liten betydelse och att kunna ge den hjälp som var rätt för just dem, då alla sågs som unika med olika behov. Att

kunna göra skillnad för patienterna, upplevdes som oerhört viktigt och angeläget för informanterna och som en viktig del i den goda omvårdnaden.

”Att det viktigaste är de här samtalen och motivationen att stärka de här patienterna, deras jag-känsla”

” Vissa människor är starkare än andra, de här kanske är svagare men de är ändå så utsatta för olika saker och det är intressant att lyssna på och kan man bara hjälpa någon, ibland har man haft fantastiska samtal... man uppmuntrar dem till bättre liv.”

Vidare beskrevs den goda omvårdnaden av informanterna i flera termer som till stor del utgjordes av kvaliteter i bemötandet och i kommunikationen med patienten.

Informanterna var måna om att patienten skulle känna sig trygg och bekräftad under vårdtiden och lade stor vikt vid samtalet. Genom samtalet kunde de komma patienten närmare genom att lyssna till deras egen historia, vilket i sin tur kunde ge dem en större förståelse för patientens grundproblematik. Genom att se patientens grundproblematik, kunde informanterna lättare hjälpa patienten till att tro på sina egna resurser och stärka sin egen förmåga att ta itu med sitt liv. På så sätt verkade de för att patienten skulle kunna få ett mer självständigt liv och kanske på sikt, även ett bättre liv. Samtalet kunde också leda till att patienten kände sig uppmärksammad och sedd, vilket var viktigt för både deras självkänsla samt självbild enligt informanterna.

”Om du bemöter dem, lyssnar på dem, du medicinerar och du pratar, du ger lite uppmärksamhet, då går det jättebra så att, så då får de också förtroende för dig”

”God omvårdnad för mig är det där med kontinuitet och samtal, att ha tid med patienten, att sitta och prata, att se dem och höra vad de har för behov”

”Framförallt försöka förstärka, trygga liksom, få folk att tro på sina egna resurser och sin egen förmåga, inte undvika att, bara vara ett passivt objekt utan vara ett subjekt i sin egen vård helt enkelt”

God omvårdnad var inte alltid att tillgodose alla patientens önskningar, ibland var man tvungen att sätta gränser för patienten och vara lite fyrkantig enligt flera informanter. För patienterna handlade det ofta om att få mediciner och där var man tvungen att begränsa många gånger, då det annars kunde kännas som om man istället underhöll deras missbruk.

”Ibland måste man vara fyrkantig”

”Sen kan man ju inte heller alltid uppfylla deras önskemål eftersom det ofta krockar med det som vi försöker göra, de vill ha mer mediciner och vi kan inte ge dem mer mediciner”

Att ibland kliva utanför ramarna och vara flexibel hörde också till god omvårdnad enligt en informant och en annan talade om att gör det där lilla extra, vilket kunde ta sig i uttryck att

man lade lite extra tid för samtal trots tidsbrist eller att man hjälpte patienten med olika kontakter utanför vårdavdelningen. Vidare uttryckte en informant att hen brukade skoja lite med patienterna för att lätta upp stämningen och på så sätt ge patienterna en stunds bättre livskvalitet.

”Ibland måste man kliva utanför ramarna”

Att patienterna kände sig trygga och att man gav information om alla förändringar både vad gällde läkemedelsändringar och planering av eftervård, som skedde under vårdtiden, var också en viktig punkt i den goda omvårdnaden.

”Kommunicerar rätt, att informera i god tid när det finns någon förändring i läkemedelslistan”

Något som samtliga informanter uttryckte när det gällde god omvårdnad, var vikten av att inneha ett helhetsperspektiv med fokus på allas lika värde, att alltid vara mån om att se människan bakom beroendet samt att se varje patient som unik med sina egna behov och önskningsar och respektera deras integritet i så stor utsträckning som möjligt.

”Alltid se människan, alla lika värda”

”Att försöka se varje individ för sig och försöka bekräfta dem under deras vårdtillfälle på ett sätt som ger att de känner sig sedda”

### *7.1.2. Svårigheter att utföra god omvårdnad*

Informanterna beskrev patienterna både i positiva och i negativa termer. Man upplevde patienterna som fina och intressanta människor bakom missbruket, men som många gånger mådde mycket dåligt med låg självkänsla, dåligt självförtroende och dysfunktionalitet.

Detta ledde många gånger till att patientgruppen även uppfattades som otålig, gnällig, knepig, lättirriterad med dålig impuls kontroll och med en stark vilja att få som de ville. Informanterna menade att det ingick i deras sjukdomsbild och hade många gånger overseende med det i sin strävan att ge en god omvårdnad, men det var inte alltid lätt och kunde ses som en försvårande faktor i arbetet. Vidare led de ofta av andra psykiatriska diagnoser, förutom beroende, som bidrog till deras problematik, vilket komplicerade den holistiska synen ytterligare.

Patienterna uppfattades av informanterna som en utsatt grupp ute i samhället, som fick uppleva en hel del stigmatisering från både vården och samhället i övrigt. Därför kändes det viktigt att visa, att man hade en tro på patienten och försökte ge dem en ny chans.

”Alltså oftast är ju de här patienternas självkänsla otroligt låg när man kommer in, även de som har en väldigt hård yta”

”Så väljer jag att tro på patienten. Det här är ju också människor, man får ge dem chansen”

Flera av informanterna uttryckte en viss uppgivenhet när det gällde att kunna motivera patienterna till ett liv utan droger. Många hade visserligen en vilja och ambition att försöka hjälpa patienterna, men det utgjordes ofta av att försöka lindra deras abstinens och drogsug och få dem till att åtminstone få till en förbättring i tillvaron. Eventuellt genom att så ett frö eller få dem att tänka i andra banor samt verka för en bättre planering.

”Jag vill verkligen hjälpa men jag har accepterat, jag kan inte göra mer än så”

”Jag har i alla fall förstått att jag kan ju inte bota dem, det har jag fattat, men jag kan lindra och sen kan jag liksom just så ett frö kanske”

En annan faktor som försvårade god omvårdnad för sjuksköterskan, var att man inte alltid hann med att sitta ned med patienten och prata. Samtalet var något som informanterna upplevde som berikande både för sig själva och för patienten och man fick då möjlighet att ta del av deras livshistoria.

”Sen skulle jag väl önska kanske att ha mer tid för samtal”

Vidare beskrevs det som besvärande att man hade så liten möjlighet att påverka patientens eftervård. Ibland ville man kunna påverka mer hur eftervården skulle se ut men förhindrades då den ofta ligger på socialtjänstens ansvar, exempelvis då man visste att patienten skulle till ett behandlingshem där det förekom mycket droger. Detta kändes frustrerande då patienten precis varit på avgiftning.

”Visst känner jag ansvar ett ansvar för att göra det mycket lättare för den här patienten när jag skriver ut han eller henne, där har jag inte så mycket makt och där önskar jag att kunde ge något mycket mera”

Manipulation sågs som ett ytterligare hinder för att kunna utföra en så god omvårdnad som möjligt. Att patienterna var mer eller mindre manipulativa i sitt beteende var något som kom fram under samtliga intervjuer. Man upplevde att det var svårt att avgöra från gång till gång vad som var manipulation och vad som verkligen berodde på abstinens eller ångest och samtliga var mer eller mindre överens om, att denna patientgrupp kunde säga eller göra i stort sett vad som helst för att få läkemedel och det var svårt att kunna avgöra om det fanns verkliga skäl eller inte. Även detta ingick i deras sjukdomsbild enligt informanterna.

”De kan ju vara rätt manipulativa för att få ut det de vill ha ut, vilket är både det ena och det andra. De lever ett sånt liv där vissa saker inte spelar någon roll och då säger man vad som helst och gör vad som helst för att få det”

”Patienterna är manipulativa, det är jättesvårt”

Samtliga informanter i studien uppgav svårigheter med att bemöta denna patientgrupps outröttliga medicinsökande beteende till följd av drogsug, abstinens och manipulativa uppförande, vilka ofta gav upphov till diskussioner och konflikter samtidigt som man förstod att det var en del i deras sjukdom.

”De vill ju hela tiden ha mer och mer och mer mediciner”

”Här är man utsatt konstant för trycket och övertalningsförsöken och på ett sätt är det en av de största arbetsuppgifterna man har här, att bemöta tjetet och att liksom lära sig att hantera det på ett adekvat sätt”

## 7.2 Sjuksköterskans syn på medberoende

De flesta av informanterna hade en uppfattning om vad medberoende innebar för en sjuksköterska, men inte alla. En av informanterna hade inte direkt tänkt på att medberoende kunde förekomma vare hos sig själv eller bland andra kollegor. Ingen av informanterna upplevde att de själva hade ett medberoende, men var inte lika säkra på vad andra kollegor hade för uppfattning.

”Bland medicinerar jag när jag ser att de mår ju inte bra eller jag förstår att de inte mår bra. Jag känner, jag tycker inte att jag är medberoende men mina arbetskamrater kanske kan tycka”

Samtliga informanter var av den uppfattningen att det förelåg en mer eller mindre stor risk att utveckla ett medberoende inom beroendevården, men att det förelåg en större risk i öppenvården där patientrelationerna var avsevärt längre. Dessutom uttryckte de att de trodde att alla någon gång kunde uppvisa ett visst medberoende och hade själva upplevt exempel på det, både hos sig själv men framförallt hos andra.

### 7.2.1. Upplevelsen av medberoende

Informanterna hade lite olika syn på vad som verkligen var ett medberoende men uttalade sig i termer som att det är när man på något vis främjade och underlättade patienternas missbruk.

En sak som kom upp gemensamt för alla var administrering av läkemedel, att vara medberoende kunde visa sig i att man var extra generös med mediciner. Däremot hade informanterna lite olika åsikter om var gränsen gick, en del var mer försiktigare än andra med att dela ut läkemedel. En del av informanterna menade på att det inte gjorde någon större



skillnad i patienternas beroendeproblematik om man gav en tablett mer eller mindre enligt vid behov och det fanns också olika åsikter om vad som ingick i en abstinens.

”När det gäller narkomanpatienter så ger jag faktiskt ganska gärna de här om de behöver lergigan, jag tycker det är lika bra att ge dem, vi kan ändå inte bota dem från deras beroende det kan vi inte göra”

”Om man ger en tablett mer eller mindre här gör ju ingen skillnad med tanke på vad de har stoppat i sig ute och de mår dåligt”

”Ångest är ju en manifestation för abstinens och den måste vi ju behandla också”

”Att ge det då till den här patienten, trots att hen inte är abstinent utan att ge den här medicinen snarare för patientens ångest eller dess uttryckta ångest och önskemål. Där man har låtit sin empati ta över”

Ett annat perspektiv som kom fram under intervjuerna var när man engagerade sig för mycket i sina patienter och därför kunde utveckla ett medberoende. Detta kunde innebära att man började göra extra ärenden, stannade kvar efter arbetstid för att hjälpa en patient eller gav vissa patienter extra förmåner av olika slag. Extra förmåner kunde exempelvis vara att ge mer tid till en specifik patient eller köpa cigaretter och liknande. Att handla åt patienterna låg egentligen utanför verksamhetens riktlinjer uppgavs det.

”Jag tänker nog då att den sjuksköterskan är engagerad i särskilda patienter, engagerar sig långt efter att hennes arbetstid är över”

”Och någon i personalen säger att jag tyckte så synd om henne... patienter där personalen har varit och handlat cigaretter åt dem, åt en specifik patient trots att man nästan överallt har såna regler att man inte handlar alls åt patienterna av uppenbara skäl”

Två av informanterna ansåg att det visserligen förekom medberoende i en del fall, men de tyckte också att begreppet många gånger missbrukades och att det hände att personal slängde ur sig det lite väl vårdslöst av olika orsaker. Avundsjuka var en orsak som nämndes, som exempelvis då en personal uppskattades mer än andra av patientgruppen.

”Ibland är det kanske mer en elak spydighet och att man då säger medberoende som ett skällsord”

”Jag tycker ju att medberoende är ett svårt begrepp att använda, det används väldigt friskt inom beroendevården”

”Jag tror att begreppet ofta används utanför sin kontext och istället används för att trycka ned en kollega, tycker är för snäll eller erbjuder en bättre omvårdnad än jag”

Samtliga informanter var överens om, att då man slutade tänka professionellt och involverade sig för mycket och blev privat med patienten eller även utvecklade en annan relation än den rent professionella, var definitivt ett uttryck för medberoende.

Alla informanter uppgav att de hade sett en eller flera exempel på medberoende åtminstone på någon av sina arbetsplatser. Medberoendet hade då bland annat visat sig som överdriven empati och överdrivet engagemang för vissa patienter, där personal gått över på patientens sida gentemot annan personal och uppmanat till att exempelvis administrera läkemedel som egentligen inte var befogat.

Den överdrivna empatin kunde också visa sig genom att vissa patienter hade fått särskilda förmåner och blivit särbehandlade på olika sätt och där man hade gjort långt mer för patienterna än vad som ingick i deras arbetsuppgifter, då även utanför arbetstid.

Detta behövde dock inte alltid vara personal från samma avdelning utan kunde också vara personal utifrån, som exempelvis från öppenvården.

”Patienter som har fått oskäligt mycket narkotikaklassad medicin”

”Att man går in så i en patient, en relation och att man tappar det perspektivet och tycker då att den människan har rätt gentemot världen så att säga, det har man sett en del exempel på”

Andra exempel på medberoende som hade förekommit enligt flera, var att personal inlett dels vänskapsrelationer med patienter som låg långt utanför den sedvanliga vårdrelationen samt även kärleksrelationer. Det hade även förekommit att personal flyttat ihop med en patient efter inledd kärleksrelation.

”En som tog hem en patient som flyttade hem till hen”

### *7.2.2. Faktorer som bidrar till utveckling av medberoende*

Det fanns framförallt tre faktorer som kunde bidra till att ett medberoende utvecklades enligt informanterna. En bidragande faktor var upplevelsen av att man som personal inom beroendevården ofta kom sina patienter närmare, än vad man gjorde inom den övriga vården. Detta kunde bero delvis på att patienterna ofta var återkommande på grund av upprepade återfall och dels för att man fick veta mycket om deras liv under de samtal, som man ofta hade med patienterna.

Eftersom man träffade dem vid upprepade tillfällen, utvecklades en alltmer djupare vårdrelation där man fick veta allt mer om deras pågående liv, uppväxt och bakgrund. Detta kunde medföra att man fick starkare band till patienterna och att det blev lättare att identifiera sig med dem. Man kanske hittade gemensamma intressen och började sympatisera och även tycka synd om dem. Arbetet uppgavs vara känslösamt då man fick veta en hel del om deras liv och bakgrund, vilket i sig kunde leda till att medberoende utvecklades.

”Det här är ju ett väldigt känslösamt yrke, det händer mycket, man får veta mycket, man får se mycket, det blir väldigt mycket känslor och jag tror att det definitivt kan leda till ett medberoende”

En annan bidragande faktor var att patienterna ofta ville ha mer och mer mediciner och det var inte alltid lätt att avgöra vad som var riktiga symtom och vad som var manipulation enligt informanterna. Ofta fick man göra en egen bedömning och då man många gånger ändå upplevde att de verkligen mådde dåligt, ville man lindra deras lidande och gav medicin. Informanterna uppgav att just denna önskan att lindra deras dåliga mående, kunde leda till felbedömningar och därmed till att ett medberoende utvecklades.

”Vi vet ju att de mår dåligt och då vill man ju hjälpa till och då gärna genom att ge mediciner... det är ju jättesvårt och då blir man ju lätt medberoende”

”Att man liksom tycker så synd om patienten att man inte ser att vad som är omvårdnad och vad som är medberoende, att man kanske går över den där linjen”

Ytterligare en faktor som kom upp under intervjuerna, var att man som sjuksköterska kunde få uppskattning från patienten om man hjälpte dem lite extra, vilket kunde trigga igång ett slags bekräftelsebehov hos personalen. Den positiva förstärkningen kunde ge en slags upprymdhet som var så pass tilltalande att man gärna upprepade samma beteende. Det kunde också vara så att man tidigare i livet varken privat eller som personal, fått någon eller mycket lite bekräftelse, varför det blev extra tilltalande när det väl skedde. Detta uppgavs inte nödvändigtvis vara på ett medvetet plan utan kunde vara något man gled in i omedvetet. Ett annat alternativ var att om man engagerade sig i patienten mer än vad som var brukligt, kunde det användas som ett flyktbeteende. För att inte behöva tänka på sitt eget liv och sina egna problem kunde man istället engagera sig i patientens liv.

”Att man får positiv förstärkning, medberoendet, rus effekten är så pass tilltalande, den träffar så rätt helt enkelt”

”Trött på vissa saker. Skönt att jobba och engagera sig i något annat, flykt”

### *7.2.3. Strategier som förhindrar att ett medberoende utvecklas*

Många av informanterna tog upp vikten av att vara försiktig med att blanda in för mycket av sina privata känslor i sitt arbete och att vara vaksam, så man inte blev manipulerad. Vidare var det viktigt att stanna upp emellanåt och reflektera över på vilket sätt man vårdade sina patienter och på vilket sätt man engagerade sig. Att hela tiden stämma av med sina kollegor för att höra hur de uppfattade olika situationer som uppstod samt rannsaka sitt eget beteende och vara självkritisk, var också något man uppgav under intervjuerna.

Då man började känna sig osäker på sitt eget eller någon annans agerande, var det bra att söka hjälp i tid innan det blev alltför komplicerat.

”Rannsakar mitt beteende, mitt agerande, att man kontinuerligt måste reflektera”

Att reflektera i grupp samt att ha handledning på schemat var något som många tog upp. De flesta informanterna upplevde det som ytterst angeläget att kunna diskutera med varandra om olika patienter och situationer, för att undvika att falla in i ett medberoendebeteende.

”Bra att man har en levande debatt om det i personalgruppen och stöttar varandra, själv blir man hemmablind, att reflektera lite grann”

”Kan jag tycka är viktigt att prata om det, lyfta fram det med handledning”

Själva yrkesrollen som sjuksköterska och de riktlinjer som fanns på enheten, var något som också togs upp som ett stöd, för att inte falla in i ett medberoendetillstånd.

### **7.3 Sjuksköterskans syn på var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende**

#### *7.3.1. Tankar kring var gränsen går*

Informanterna som ingick i studien, hade inga egentliga problem med att skilja på innebörden av begreppen god omvårdnad och medberoende, det som däremot upplevdes som svårt, var att definiera var gränsen egentligen låg mellan dessa båda begrepp.

”Det är inte svårt att skilja på begreppen, det är svårt att skilja på var gränsen går”

Gränsen mellan god omvårdnad och medberoende, upplevdes som både oklar och individuell av majoriteten av informanterna och den skiljde sig dessutom från person till person. Vidare beskrevs gränsen som hårfin samt osynlig och det var lätt att råka glida över från god omvårdnad till medberoende, utan att själv vara medveten om det. De flesta var överens om att de själva säkert hade råkat ut för det en eller flera gånger, då begreppen ändå låg så pass nära varandra och det upplevdes också som mänskligt, att emellanåt glida över till medberoende.

Några av informanterna beskrev gränsen som mycket tydlig och menade att det var då man som sjuksköterska engagerade sig utanför sitt yrkesområde och gav behandling som inte var

ordinerad. Detta kunde bland annat röra sig om att ge läkemedel av andra skäl än det som stod i ordinationen. En informant kände att gränsen var tydlig mellan god omvårdnad och medberoende, men var inte säker på att andra delade samma åsikt.

”Ja för mig är det en självklar gräns men jag är inget geni och kan inte säga att jag vet vad som är rätt och vad som är fel”

Informanterna uppgav att det var viktigt att veta var gränsen gick när det gällde hur mycket man skulle engagera sig i sina patienter och hur mycket man skulle hjälpa till. Det gällde att vara försiktig och reflektera över sitt sätt att arbeta regelbundet. Samtidigt påpekade en av dem det paradoxala i att man som sjuksköterska ska engagera sig, vårda och hjälpa sina patienter samtidigt som det var svårt att veta exakt när vårdandet slog över till medberoende.

## 8. Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

Studiens tillförlitlighet kommer i huvudsak att diskuteras utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet enligt Graneheim och Lundman (2004). De menar att den text som kommer fram efter att intervjuerna transkriberats, kan tolkas på flera olika sätt varför det är viktigt att vara tydlig med att beskriva tillvägagångssättet.

#### 8.1.1 Trovärdighet

För att studiens resultat ska anses så trovärdig som möjligt, är det viktigt att välja rätt metod för datainsamling samt att samla tillräckligt med material, som är förenligt med studiens syfte. Detta varierar beroende på fenomenets komplexitet samt kvaliteten på insamlad data enligt Graneheim och Lund (2004).

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans syn på vad som kännetecknar god omvårdnad och medberoende inom beroendevårdens slutenvård med fokus på substansbrukssyndrom, samt var gränsen går. Då författaren dels ville komma åt sjuksköterskornas personliga upplevelser och då det dels fanns sparsamt med tidigare forskning kring detta ämne, bedömdes det som mest lämpligt att utföra studien enligt en induktiv kvalitativ ansats för att kunna svara till syftet. En kvalitativ intervju syftar till att få fram nyanserade beskrivningar till motsats mot kvantitativ där man söker efter exakta svar, enligt Kvale och Brinkmann (2014). Med en kvantitativ metod hade författaren troligen inte kunnat få fram samma mängd nyanserade svar och resultatet hade inte uppnått sitt syfte,

varför denna metod valdes bort. Även observationer valdes bort då hela resultatet skulle ha byggts på enbart författarens tolkningar.

Under studiens gång utfördes sju intervjuer, som gav dels en del liknade svar men också en del olikheter. Författaren bedömer att det är troligt att resultatet kunde ha gett en bredare och mer nyanserad bild av sjuksköterskors upplevelse av begreppen god omvårdnad och medberoende, om intervjuerna varit fler. Slutsatsen hade troligen inte skiljt sig nämnvärt åt vad gäller synen på god omvårdnad och slutsatsen kring begreppet medberoende och framförallt gränsen mellan dessa båda, hade troligen även i en större studie visat att det finns många olika uppfattningar kring detta och att svårigheter föreligger inom beroendevården. Mängden material bedöms därför vara tillräcklig för att kunna dra vissa slutsatser.

Att välja informanter med olika erfarenheter och bakgrund, ökar chansen för att ge ett trovärdigt resultat enligt Graneheim och Lundman (2004). Informanterna kan då bidra med fler aspekter och perspektiv på forskningsfrågan. I studien ingick som tidigare nämnts, sju sjuksköterskor. Dessa hade en stor spridning både vad gäller ålder och erfarenhet inom beroendevården. Det var också en relativt jämn fördelning av kvinnor och män bland informanterna, varför dessa faktorer anses öka trovärdigheten i studien. Däremot kom alla informanter från samma enhet, vilket ökade möjligheten för att det i resultatet skulle kunna bli liktydiga svar. Med informanter från flera olika enheter och även från andra delar av Sverige kunde resultatet ha sett annorlunda ut och författaren kunde även ha valt att intervjua sjuksköterskor inom öppenvården, där vårdrelationerna är både längre och mer personliga. Detta hade kunnat ge ett bredare perspektiv kring studiens resultat. Författaren funderade på det, men valde att ändå utföra sin studie inom slutenvården, då detta kändes mer intressant för författaren av personliga skäl. Samtliga informanter hade dock sedan tidigare, erfarenhet av att arbeta inom liknande verksamhet på andra enheter, vilket eventuellt kan ha bidragit till att informanternas perspektiv ändå är relativt mångfacetterat.

Begreppet medberoende kan uppfattas som ett känsligt ämne för informanterna och kan ha påverkat informanternas svar på så sätt, att de inte vågade vara helt öppna inför författaren. Dock upplever författaren att informanterna lämnade ut en hel del känslig information, varför det ändå kan förmodas att de försökte ge så mycket information som var möjligt. En liten del av materialet har inte kunnat presenteras i resultatet då risk föreligger att sekretessen bryts och därmed också förtroendet mellan intervjuare och informant. Detta då samtliga informanter arbetade på samma enhet och därför kunde vara lätta att identifiera av sina kollegor.

Förförståelsen är en viktig del i diskussionen kring en kvalitativ innehållsanalys tillförlitlighet, vilket författaren har försökt att ha i åtanke och reflekterat över under hela

forskningsarbetet. Samtidigt är den nödvändig enligt Kvale och Brinkmann (2014) för att författaren ska kunna förstå informanternas tankar och berättelser. Då författaren trots sin förförståelse, förvånats vid några tillfällen av informanternas svar och tagit med den i sin studie, anser författaren att den inte har tagit en alltför stor plats i analysprocessen.

### *Överförbarhet*

Överförbarheten i en studie är en viktig komponent för den övergripande trovärdigheten hos en studie och berör i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra miljöer och grupper enligt Graneheim och Lundman (2004).

För att ge möjlighet till en så bra överförbarhet som möjligt, är det värdefullt att ge en så klar och distinkt beskrivning som möjligt av hela metod delen. I metod delen bör vilken kultur och i vilket kontext informanterna har hämtats från framgå, samt hur urvalet har utförts. Även en tydlig beskrivning av datainsamling och analysmetod bör ingå samt en fyllig presentation av fynden tillsammans med passande citat, vilket ökar överförbarheten ytterligare (Graneheim & Lundman, 2004).

Författaren har i sin studie försökt beskriva sin metod- och analysprocess så detaljerat som möjligt, för att läsaren ska kunna känna sig både delaktig och införstådd i alla dess moment. Författaren har även gjort det i syfte för att göra det möjligt för läsaren att föra över förfarandet till en annan kontext.

Vidare har en så tydlig bild av informanterna som möjligt presenterats, utan att för dess skull röja deras identitet och en så fyllig presentation som möjligt av resultaten har också presenterats med passande citat för att öka överförbarheten. Dock har författaren samtidigt varit noga med att inte lämna ut uppgifter från intervjuerna, som på något sätt kan härleda till att informanternas identitet avslöjas. Detta var extra viktigt i denna studie, då alla informanter arbetade på samma enhet.

### *Pålitlighet*

Datainsamling som pågår under en längre period kan påverka studiens pålitlighet, då forskaren kan hinna få nya insikter att förhålla sig till och som kan påverka författaren inför kommande intervjuer och även inför resultatet. Datainsamlingen kan då bli inkonsekvent och materialet eventuellt för stort enligt Graneheim och Lundman (2004).

Författaren utförde alla sju intervjuer inom tre veckors tid varför det inte är troligt att studiens pålitlighet påverkats alltför mycket av nya insikter, dock är det svårt att undvika att författaren under datainsamlingen får nya insikter som omedvetet kan påverka fortsatt

datainsamling enligt Graneheim och Lundman (2004). Författaren är medveten om att nya insikter troligen har tillkommit under intervjuerna, men att de inte har hunnit leda till att påverka intervjuerna i någon större grad. Intervjuerna utfördes genomgående enligt samma intervjuguide. Dock kan följdfrågorna varierat lite olika beroende på informanternas svar. Detta upplevs dock inte av författaren som en nackdel utan snarare som en fördel, då materialet på så sätt upplevs som rikare. Alla följdfrågor har hållit sig till själva studiens syfte.

## **8.2. Resultatdiskussion**

Resultatet kommer dels att diskuteras utifrån en del av de vetenskapliga artiklar och litteratur, som beskrivits i bakgrunden och dels utifrån Orlandos omvårdnadsteori. Diskussionen uppdelas och presenteras efter huvudkategorierna som framkom i studiens resultat.

### *8.2.1 Sjuksköterskans syn på vad som utgör god omvårdnad inom beroendevården*

Samtliga informanter i studien, beskrev ett stort engagemang och intresse för sin patientgrupp och uppgav helhetsperspektivet med fokus på allas lika värde, som en viktig del i den goda omvårdnaden. I helhetsperspektivet ingick, enligt informanterna även, att alltid se människan bakom missbruket.

Vikten av att alltid inneha ett helhetsperspektiv på patienten och att fokusera på allas lika värde, sammanfaller väl med den humanistiska människosynen som beskrivs i Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund (2014). Att se människan bakom missbruket, som beskrevs av informanterna, är något som även togs upp i Johansson och Wiklund Gustins (2016) studie, där sjuksköterskan uppgav att det var något man strävade efter, trots att det ibland kändes svårt i stunder då patienterna var arga och gnälliga.

Vidare ansågs den goda omvårdnaden till stor del bestå utav ett respektfullt bemötande med särskild respekt för patienternas integritet. Den goda omvårdnaden utgjordes också av att få patienten att känna sig sedd och uppmärksammas under vårdtiden samt bekräftad och trygg. Detta bidrog, enligt informanterna till att de fick en bättre självbild, självkänsla och kände sig mer självsäkra i sin kamp mot ett drogfritt liv.

Patientens rätt till att bli bemött med respekt tas upp av flera källor, som en väsentlig del i omvårdnaden, likaså integritet (Rush & Cook, 2006; Svensk sjuksköterskeförening, 2009; Snellman & Gedda, 2012; Thorkildsen, 2014). Vikten av att vara lyhörd till patienten och att ha ett bekräftande förhållningssätt för att patienten ska kunna känna sig trygg, bekräftas även det av Svensk sjuksköterskeförening (2009) och Dahlberg och Segesten (2010).



En annan aspekt som togs upp av informanterna i samband med god omvårdnad, var att ta hänsyn till den samsjuklighet som är vanligt förekommande inom beroendevården och som kan utgöras av både en eller flera diagnoser. Att samsjuklighet är ett ofta förekommande fenomen inom beroendevården intygas av både Folkhälsomyndigheten (2013) och Socialstyrelsen (2014).

Alla informanter tog även upp betydelsen av att hitta tid för att kunna sitta ned och samtala med patienterna. Genom en bra kommunikation kunde man bygga upp en fungerande vårdrelation, där man både fick lära känna patienten och få kunskap om deras bakgrund och pågående liv. Med denna kunskap blev det sedan lättare att förstå på vilket sätt man kunde hjälpa hen under vårdtiden och kanske även efter vårdtidens slut. I relation till Orlandos interaktionsteori, som till stor del fokuserar på vårdrelationen, kan sjuksköterskan genom att ta sig tid till att samtala med patienten, observera patientens beteende och göra en första bedömning om vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara mest lämpliga för just denna unika patient (Orlando, 1990). Vikten av att ta sig tid för samtal och vara mån om att samtidigt verka för ett bra bemötande och en bra kommunikation, tas även upp av Rush och Cook (2006) och Dahlberg och Segesten (2010) som viktig, för att kunna ha ett vårdande förhållningssätt.

I den goda omvårdnaden ingick även, enligt informanterna, att försöka stödja och motivera patienten till att göra livsförändringar och att få dem att tro på sina egna resurser. Förhoppningen var att kanske så ett frö och att stärka dem i deras förmåga att komma ur sitt missbruk. Att den goda omvårdnaden till stor del utgjordes av en positiv relation där sjuksköterskan stöttade och motiverade patienten, bekräftas av ett flertal källor där man beskrev omvårdnad som ett flertal insatser som stärkte patientens känsla av egenkontroll och empowerment. I detta ingick även att patienten lärde känna sin sjukdom och utvecklade strategier samt formulerade rimliga livsmål och på så sätt uppnådde en personlig utveckling (Rush och Cook, 2006; Rassol, 2007; Snellman & Gedda, 2012; Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Thorkildsen, 2014; Johansson & Wiklund Gustin, 2016). Ibland kände sig informanterna dock uppgivna och försökte istället att åtminstone göra en skillnad för patienterna genom att försöka medverka till en förbättring i deras livssituation och lindra deras lidande, som innefattade både ångest och abstinens. Denna önskan tas även upp av Wiklund och Gustins (2012), där målet för omvårdnaden inte i första hand var att bota, utan att lindra lidande och främja hälsa.

I Orlandos interaktionsteori beskrivs hur sjuksköterskans reaktion på det som patienten berättar, skiljer sig från person till person och färgas av sjuksköterskans egna tankar,

värderingar och känslor. Även tidigare erfarenheter kan spela in (Orlando, 1990). Att informanterna ibland kunde känna sig uppgivna i sin strävan att få patienten att komma ur sitt missbruk, kan ses som en reaktion på bland annat tidigare erfarenheter. Informanterna beskrev att patienterna var ofta återkommande, vilket troligen förde med sig att motiverande samtal, skett redan tidigare med samma patient, som i sin tur kan förklara att informanterna ibland kände sig uppgivna. Detta kan också i sin tur påverka sjuksköterskans val av omvårdnad, som är den tredje och sista delen av Orlandos interaktionsteori. Enligt Orlando (1990) bör sjuksköterskan vidta åtgärder omedelbart för att möta patientens behov och därmed medverka till att patientens mående förbättras. Denna intention skulle då kunna motverkas av sjuksköterskans uppgivenhet inför patientens missbruk då man fann det svårt emellanåt att hjälpa dem.

God omvårdnad kunde också innebära att sätta gränser, då denna patientgrupp kunde vara extra besvärlig på många sätt. Informanterna upplevde patientgruppen som både krävande, impulsiv och lättirriterad med ett dåligt humör och de var många gånger manipulerande i sin vilja att tillfredsställa sitt drogsug. Vidare upplevde informanterna att det många gånger var svårt för sjuksköterskan att handskas med patientgruppen som var både viljestark och van att få som de ville. Att då ändå kunna sätta gränser, trots ständigt tjat om läkemedel, upplevdes som nödvändigt för att kunna ge god omvårdnad då det annars lätt kunde leda till att man istället underhöll deras missbruk. Det ständiga tjatet och manipulerandet om läkemedel var något som alla tog upp och det uppstod ofta en hel del diskussioner och ibland även konflikter kring mediciner. Trots att det upplevdes som jobbigt, var informanterna ändå medvetna om att det var något som ingick i patientgruppens sjukdomsbild, vilket även bekräftas av Johansson och Wiklund (2016).

Att patienterna inom beroendevården kunde lägga till sig med en negativ attityd framkom även i Johansson och Wiklund Gustins studie (2016) och i Ford et al studie (2009), beskrevs patientgruppen som både komplex och krävande. Det drogsökande beteendet som informanterna tog upp, bekräftas av Franck och Nylander (2011), där man beskriver det som ett typiskt symptom vid ett beroende. Drogsuget yttrar sig ofta i irritation och i ett mållöst sökande efter droger, vilket förklarar det ständiga tjatet om läkemedel och är det inte drogsug så kan det istället vara abstinens som resulterar i en kraftig oro och ångest, vilket medför ökad irritation och ett ökat behov av symptomlindring (Herlofson, 2010; Tiffany & Wray, 2011; Franck & Nylander, 2012). Att i beskriven situation, sätta Orlandos interaktionsteori i relation till patienternas ständiga drogsug, kan bli knepigt då Orlando (1990) beskriver att ju längre en patient får vänta innan hjälp kommer, desto mer stressad och frustrerad blir patienten och

grundorsaken blir svårare att bedöma. Orlando (1990) beskriver vidare att hälsa är ett resultat av att ha blivit hjälpt och att god omvårdnad är att reducera det dåliga måendet. Samtidigt menade informanterna att det snarare var god omvårdnad att sätta gränser för patienternas önskningar och att inte alltid ge dem det de ville ha.

I denna situation kan man förstås diskutera vad som egentligen är att reducera det dåliga måendet, att ge mediciner för att få en snabb effekt och göra patienten nöjd på kort sikt eller att avstå från att ge mediciner och därmed eventuellt göra patienten nöjd och friskare på längre sikt. Orlando specificerar inte egentligen vilken hjälp som eftersträvas, bara att den bör ske så fort som möjligt, vilket kan ställa sjuksköterskan inför flera valmöjligheter.

God omvårdnad kunde också vara att ibland vara lite flexibel och göra det där lilla extra för patienterna, detta kunde medföra att patienterna fick känna sig lite betydelsefulla och sedda enligt informanterna. Detta bekräftas även av Wiklund Gustin (2010), som menar att omvårdnadsrelationen även kan präglas av att vara lite personlig och att då möta patienten som medmänniska och göra det där lilla extra, kunde få stor betydelse för patienten och inge en känsla av värdighet.

### *8.2.2 Sjuksköterskans syn på medberoende*

Informanterna i studien, ansåg sig ha relativt lätt att definiera vad ett medberoende innebar och beskrev det bland annat som ett beteende, som främjade eller underlättade patienternas drogmissbruk. Detta kunde ta sig i uttryck genom att sjuksköterskan var extra generös med mediciner, vilket företrädesvis gällde bedömningar angående administrering av vid behovs mediciner. Bedömningarna kunde skilja sig åt, en del var noga med att endast ge enligt skriven indikation, medan andra valde att utvidga indikationen på egen hand till att gälla andra symtom, som exempelvis ångest.

Vidare upplevde informanterna att det var svårt att avgöra, när patienterna hade riktiga symtom och när det bara handlade om ren manipulation. Manipulationen i sig kunde leda till medberoende, enligt informanterna. Både Ford et al (2009) och Johansson och Wiklund Gustin (2016), tog upp problematiken kring patientgruppens manipulerade beteende i sina studier, gällande att få snabb medicinsk lindring och där manipulationen försvårade möjligheten till att vårda. Många gånger var man tvungen att gissa sig fram till om det var verkliga skäl eller inte som patienten uppgav, vilket kunde innebära att man ibland blev manipulerad.

Några informanter menade även att det hände att man gav medicin för att undvika konflikter, men framförallt var det i situationer då man ville hjälpa patienten till må bra bättre

och slippa lida av ångest eller abstinens, som man tänjde lite på reglerna. Detta sammantaget ledde lätt till att ett medberoende kunde utvecklas, enligt informanterna.

Söderling (2002) beskriver hur ett medberoende kan utvecklas, då en individ anpassar sig efter någon annans beteendemönster för att undvika konflikter, vilket kan resultera i att det onormala blir en norm och att man tappar sina referenspunkter. Detta stämmer väl överens med hur en del av informanterna resonerar, då de administrerar läkemedel utanför angiven ram för att undvika konflikter och då samtidigt frångår läkarens ordinationer.

Att man vill hjälpa patienten i så stor utsträckning som möjligt och lindra deras lidande kan sättas i relation till Orlandos interaktionsteori, där sjuksköterskan bör lyssna till patientens berättelse, för att hitta möjliga vägar till god omvårdnad. Att då välja som omvårdnadsåtgärd att ge medicin för att snabbt lindra patientens lidande, kan tolkas som en relevant omvårdnadsåtgärd, enligt Orlandos resonemang, liksom att undvika konflikter då konflikten i sig, lätt leder till ett lidande för patienten. Informanterna hade som tidigare nämnts, lite olika syn på hur generös man kunde vara med läkemedel, vilket kan jämföras med Orlandos teori där hon beskriver att sjuksköterskans reaktioner och därmed omvårdnadsåtgärder, bland annat skiljer sig åt beroende på egna känslor och tidigare erfarenheter (Orlando, 1990).

Ett annat uttryck för medberoende enligt informanterna, var då personalen slutade att tänka professionellt och började engagera sig långt utanför det som ingick i arbetsbeskrivningen. Detta kunde vara att man engagerade sig för mycket och började särbehandla enskilda patienter, exempelvis genom att göra ärenden och komma på besök utanför arbetstid. Engagemanget kunde också visa sig i att man började ta parti för en eller flera patienter mot andra i personalen i situationer där man började sympatisera med patienten till den grad att man tappade perspektivet helt. Detta beskrevs även av Allison (2004) och Chappelle et al (2014), som beskrev hur medberoendet kunde leda till att man förlorade sin professionella identitet och fick svårt att skilja på vad som var eget ansvar, och vad som var patientens och där gränserna sakta suddades ut.

Medberoendet kunde också gå så pass långt enligt informanterna, att det resulterade i både vänskaps- och kärleksrelationer. Orsakerna till detta kunde vara flera. En orsak var att flera i patientgruppen återkom med jämna mellanrum och därmed fick vårdrelationen möjlighet att fördjupas. Starkare band utvecklades och sjuksköterskan fick lättare att börja tycka synd om patienten, då man fick höra alltmer om deras uppväxt och nuvarande liv.

Denna problematik bekräftades även i studierna av Collins (2007) och Marks et al (2012), där de beskrev att en vårdrelation kunde leda till ett överengagemang med tiden och även övergå till en vänskapsrelation, som då definierades som medberoende av informanterna.

Även Kines (2011), beskriver att när man involverar sig för mycket i en patient, så kunde det vara början på ett medberoende.

En annan orsak som kunde medföra att ett medberoende kunde utvecklas enligt informanterna, var upplevelsen av att bli bekräftad, både som människa och i egenskap av sin yrkesroll. Kanske hade man inte blivit bekräftad tidigare, vare sig privat eller i sitt yrke och upplevde därför det som extra tilltalande. Ytterligare en orsak till att ett medberoende kunde utvecklas, var då man hade egna privata problem som man inte riktigt orkade ta itu med eller som man inte ville tänka på. Då kunde man istället engagera sig i patientens problem och använda medberoendet som en form av flyktbeteende.

Att få bekräftelse från patienten, kan liknas vid det som beskrevs av både Allison (2004) och Chappelle et al (2014), som ett beroende av andras godkännande för att uppleva ett självvärde. I det bekräftelsebehovet fanns även en fara för att man lade allt större vikt vid patientens åsikter och förväntan och förlorade sin identitet där gränserna försvagades allt mer gentemot patienten (Allison, 2004; Marks et al, 2012; Chappelle et al, 2014). Detta beskrevs även av informanterna, som framställde medberoende som då man mer och mer rättade sig efter patientens vilja och började identifiera sig överdrivet mycket med denne. Marks et al (2012) beskrev i sin studie, hur man som medberoende tror sig vara benägen att lösa alla andras problem samtidigt som man lade sina egna åt sidan, detta skulle kunna liknas vid ett flyktbeteende som togs upp som en orsak till att ett medberoende kunde utvecklas av en informant.

För att förhindra att ett medberoende utvecklades gav informanterna flera förslag, vilka i stort gick ut på att man som sjuksköterska, måste vara försiktig med att blanda in för mycket privata känslor i sin vårdrelation. Det gällde att undvika att bli för personlig med patienten och hålla en professionell nivå, för att uppnå detta var det viktigt att ständigt reflektera över sitt beteende och stämma av med sina kollegor.

Handledning var något som de flesta tog upp som ett viktigt medel för att kunna hantera sina eventuella medberoendetendenser. Informanterna uppgav att det inte var något som erbjöds på arbetsplatsen, men att det var något som man verkligen trodde skulle vara till stor hjälp. Att reflektera och identifiera sina egna medberoendetendenser och beteende togs även upp och bekräftades som betydelsefullt i både Kines (2011) och Mori och Osadas (2007) studier tillsammans med behovet av professionell hjälp, för att kunna lära känna igen dem.

Vad som inte togs upp av informanterna som ett skäl till att sjuksköterskan kunde utveckla ett medberoende, var att det kunde finnas något i sjuksköterskans bakgrund och nuvarande liv som påverkade. Enligt Beattie (2008) var medberoende något som beskrev vissa

beteendemönster och personlighetsdrag som man som anhörig kunde utveckla i relation till en person med beroendeproblematik, begreppet utvidgades därefter till att inbegripa alla som vuxit upp eller bott i en dysfunktionell familj (Farnsworth et al, 2012). Det finns alltså en möjlighet att ett medberoende hos sjuksköterskan, även skulle kunna bero på tidigare erfarenheter i livet, som exempelvis i att ha växt upp i en problematisk miljö.

### *8.2.3 Sjuksköterskans syn på var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende*

Informanterna i studien upplevde att det var lätt att skilja på själva begreppen god omvårdnad och medberoende, men omsatt i praktiken, var det svårare. Flertalet av informanterna uppfattade gränsen mellan god omvårdnad och medberoende som svår att definiera och beskrev den bland annat som oklar, hårfin och osynlig.

Vidare upplevde informanterna att det kunde vara lätta att råka glida in i ett medberoende av och till, utan att själv vara medveten om det. Samtliga informanter uppgav att de själva någon gång troligen hade hamnat i ett medberoende, utan att märka det. Ingen upplevde sig dock som medberoende i egentlig mening, men samtidigt var de osäkra på vad deras kollegor tyckte, då gränsen mellan god omvårdnad och medberoende många gånger kunde vara individuell och varierade från person till person.

Exempelvis kom det fram under intervjuerna, att informanterna hade lite olika åsikter om hur generös man skulle vara med vidbehovs läkemedel och även vad som innefattade det lilla extra, vilket talar för att gränsen bedömdes som svårdefinierbar. Att göra det lilla extra var något som ansågs vara god omvårdnad för samtliga informanter, men vad det lilla extra kunde bestå av för att definiera det som god omvårdnad, skiljde sig åt. Att göra det lilla extra och gå utanför sina vårdrutiner var något som kunde ha stor betydelse för patienten, vilket även bekräftades av Wiklund Gustin (2010). Svårigheten låg i att veta vad som innefattade det lilla extra och som fortfarande låg inom gränserna för god omvårdnad. Thorkildsen (2014) uttryckte att genom att möta patientens önskningar och behov i så stor utsträckning som möjligt och att ge patienten gränslöst med vård, kunde sjuksköterskan inge en känsla av trygghet till patienten, vilket var något som informanterna också strävade efter. Återigen kunde det vara svårt att veta, i hur hög utsträckning man skulle tillmötesgå patientens önskningar och behov för sjuksköterskan, utan att det övergick till ett medberoende.

Informanterna uttryckte vidare att det var viktigt att veta var gränsen gick mellan god omvårdnad och medberoende, då sjuksköterskan har som uppgift att stå vid patientens sida och ge en så god omvårdnad som möjligt, samtidigt som det var svårt att veta när det exakt

slog över till ett medberoende. Denna svårighet bekräftas av Marks et al (2012) som menade att det upplevdes som en stor utmaning för sjuksköterskan, att hitta den rätta nivån mellan att engagera sig i sitt arbete samtidigt som det förväntades av en att hålla en viss emotionell distans. Vidare menade Marks et al (2012), att det var självklart att bry sig om sin patient, men att involvera sig för mycket kunde innebära risker för både patienten och sjuksköterskan och Kines (2011) bekräftar att det fanns ett nära samband mellan sjuksköterskans professionella vårdgivande roll och medberoende.

I relation till Orlandos interaktionsteori kan det bli svårt för sjuksköterskan att avgöra på vilket sätt hon ska utföra sina omvårdnadsåtgärder inom ramen för god omvårdnad. Enligt Orlando (1990) bör sjuksköterskan vidta åtgärder omedelbart för att möta patientens behov och medverka till en förbättring, för att på så sätt erhålla en god omvårdnad och uppleva hälsa. Orlandos interaktionsteori överensstämmer dock inte helt med informanterna ur denna aspekt, då de å sin sida menar att det ibland är nödvändigt att sätta gränser både för patientens skull och för att inte själva utveckla ett medberoendebeteende.

### **8.3. Kliniska implikationer**

Studien har visat att det föreligger vissa svårigheter för sjuksköterskan inom beroendevården i sitt val av omvårdnad, då gränsen mellan god omvårdnad och medberoende uppfattas som svår att definiera. Det finns flera faktorer som ligger bakom ett medberoende där bland annat manipulation, djupare vårdrelationer, bekräftelsebehov och önskan att lindra lidande kan ligga bakom. Sjuksköterskan har enligt studien, behov av att reflektera och få stöd i sitt arbete med patienter med substansbrukssyndrom för att kunna ge god omvårdnad, utan att hamna i ett medberoende, vilket är något som efterfrågas av studiens informanter. För att underlätta sjuksköterskans omvårdnadsarbete inom beroendevård, skulle det därför vara av stort värde med kontinuerlig och schemalagd handledning på arbetsplatsen, där sjuksköterskorna tillsammans i grupp, kunde reflektera över sitt eget och andras förhållningssätt.

### **8.4. Förslag till fortsatt forskning**

Det finns mycket forskning kring begreppet medberoende när det gäller anhöriga till den som missbrukar någon form av substanser, men när det gäller sjuksköterskor inom beroendevården, är det sparsammare. Studien visar att det föreligger en viss risk för att sjuksköterskan inom beroendevården, skulle kunna utveckla ett medberoende, vilket missgynnar både sjuksköterskan och patienten. Det vore därför värdefullt med fortsatt forskning kring detta ämne, med fokus på var gränsen egentligen ligger mellan god omvårdnad och medberoende och om det överhuvudtaget går att hitta en enhetlig uppfattning.

Vidare vore det av värde att forska kring, på vilket sätt man kan medvetandegöra medberoendetendensen hos sjuksköterskan samt på vilket sätt man kan stödja hen i sitt arbete med patienter med substansbrukssyndrom avseende medberoende.

## **9. Slutsats**

Studien har visat att sjuksköterskan inom den slutna beroendevården, med fokus på patienter med substansbrukssyndrom, är både engagerad och intresserad av att ge en så god omvårdnad som möjligt, där fokus till stor del låg på själva samtalet mellan sjuksköterskan och patienten. Vidare strävade sjuksköterskan efter att inneha ett helhetsperspektiv och att behandla alla lika, trots vissa svårigheter med patientgruppen, som exempelvis manipulativt beteende, drogsug och samsjuklighet.

Vidare visade det sig att inom beroendevården var många patienter återkommande, vilket gav fördjupade vårdrelationer. Detta sammantaget med manipulativt beteende samt ständigt begär av läkemedel och sjuksköterskans vilja att lindra lidande, kunde leda till att ett medberoendebeteende utvecklades, som försvårade för sjuksköterskan i sitt val av omvårdnad.

Sjuksköterskorna i studien, hade inga större problem med att skilja begreppen god omvårdnad och medberoende åt, men i praktiken upplevdes det som svårare. Gränsen upplevdes många gånger som osynlig, hårfin och odefinierbar men samtidigt viktig att kunna bestämma.Handledning i någon form upplevs därför vara nödvändig som stöd för sjuksköterskan, både i sin yrkesroll och som omvårdnadsansvarig för denna patientgrupp.



## Referensförteckning

- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna. En bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- Allison, Sarah. (2004). Nurse Codependency: Instrument Development and Validation. *Journal of Nursing Measurement*, 12(1), 63-75. Hämtad från databasen PsycInfo.
- Beattie, M. (2008). *Bli fri från ditt medberoende: Sluta kontrollera andra, börja bry dig om dig själv*. 2. uppl. Stockholm: Norstedts akademiska förlag
- Chappelle, Linda Sloan; Sorrentino, Elisabeth Andal. (2014). Assessing co-dependency issues within a nursing environment. *Nursing management*, 24(5). Hämtad från databasen ESH Discovery.
- Collins, L. (2007). Seeking balance in relationships with patients: Understanding “over-involvement”. *British Journal of Neuroscience Nursing* 3(3), 117-122. Hämtad från databasen ESH Discovery.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Engel, J. (2013). DSM-5 sjösatt: *Nytt missbruksbegrepp: Substance Use Disorder* (Rapport från 166:e APA-kongressen). Hämtad 17 september, 2016, från Svensk beroendemedicin.  
<http://www.svenskberoendemedicin.se/file.axd?file=2013%2F06%2FAPA+RAPPORTEN.pdf>
- Farnsworth, Beverly J, PhD, RN, CS; Thomas, Katherine Jean, PhD, RN. (2012). Codependency in Nursing: Using a Simulation/Gaming Teaching Method. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 24(4). Hämtad från databasen ESH Discovery.
- Folkhälsomyndigheten (2013). *Sjuklighet och sociala konsekvenser. Hämtad 23 september, 2016, från*  
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/narkotika/skadeverknningar/sjuklighet-och-sociala-konsekvenser/>
- Ford, R., Bammer, G. & Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough. *International journal of nursing practice*, 15, 112–118. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01732.x
- Franck, J. & Nylander, I. (red) (2011). *Beroendemedicin*. Lund: Studentlitteratur.

- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Heilig, M. (2010). Substansrelaterade störningar. I A. J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (249-280). Lund: Studentlitteratur
- Johansson, L. & Wiklund-Gustin, L. (2016). The multifaceted vigilance: Nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 303-311. doi: 10.1111.
- Kines, Mona. (2011). The risks of caring too much. *Medical Sciences-Nurses and nursing, Education*, 95(8), 27-30. Hämtad från databasen ESH Discovery.
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård.* Hämtad 17 september, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Marks, A., Blore, R., Hine, D. & Dear, G. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian journal of psychology*, 2012; 64: 119-127. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00034.x
- Mori, H. & Osada, H. (2007). Effects of codependent tendencies in nurse-patient relationships. *Japanese Journal of Health Psychology*, 20(2), 61-68. Hämtad från databasen PsycINFO.
- Nehlin, C., Nyberg, F. & Öster, C. (2015). The patient's perspective on the link between ADHD and substance use: A qualitative interview study. *Journals of Attention Disorders*, 19(4), 343-350. doi: 10.1177/10870457 145546 18
- Noriega, G., Ramos, L. & Medina-Mora, M.E. (2008). Prevalence of codependency in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210. doi: 10.1037/0002-9432.78.2.199
- Orlando, I.J. (1990[1961]). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York, NY: National League for Nursing.
- Rassool, G.H (editor). (2007). The Educational Experiences and Previous Orientation of Undergraduate Nursing Students in Alcohol and Drug: The English Context. *Journal of Addictions Nursing*, 18, 47-52 doi: 10.1080/10884600600995499
- Rush, B. & Cook, J. (2006.) What makes a good nurse? Views of patients and carers. *British Journal of Nursing*, 15(7), 382-385. Hämtad från databasen ESH Discovery.

Snellman, I. & Gedda, K.M. (2012.) The value ground of nursing. *Nursing Ethics*, 19(6), 714-726. doi: 10.1177/0969733011420195.

Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård (2014)  
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/missbruksochberoendevard>

Sundquist, J., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Kendler, K.S. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use disorder: a population-based follow-up and co-relative study. *Psychological Medicine*, 45, 977-983. doi: 10.1017/9003 329171400 1986.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 17 september, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening.  
[http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat 17 september, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening.  
[http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf).

Söderling, L. (2002). *Varulvsvalsen: En bok om medberoende*. Johanneshov: Larson

Thorkildsen, Kari M. (2014). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 353-360. doi: 10.1111.

Thurang, A., Fagerberg, I., Palmstierna, T. & Bengtsson Tops, A. (2010). Women's experiences of caring when in treatment for alcohol dependency A. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24( 4), 700-706. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00766.x.

Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2011). *New York Academy of Sciences*, 1248(2012), 1-17. doi: 10.1111/j. 1749-6632.2011.06298.x.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

WHO. (2016). Management of substance use: Facts and figures.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/en/](http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/)

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Wiklund Gustin, L. (red). (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur

## Bilaga 1



ERSTA  
SKÖNDAL  
BRÄCKE  
HÖGSKOLA

Institutionen för vårdvetenskap

Med anledning av att jag under hösten 2016 och våren 2017, ämnar skriva en magisteruppsats inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatri på Ersta Sköndal Högskola, så tillfrågar jag dig om godkännande av genomförande av en studie vid din klinik.

Jag vill i min studie söka svar på beroendesjuksköterskors syn på begreppen god omvårdnad och medberoende samt deras upplevelse av vad som eventuellt skiljer dem åt.

**Med denna information tillfrågas Du om Du som verksamhetschef ger Ditt godkännande till att jag får kontakta enhetschef för avd 1, beroendevården, i Er verksamhet för att genom dem komma i kontakt med sjuksköterskor som kan tänka sig delta i min intervjustudie.**

Mitt önskemål är att sjuksköterskorna avsätter en timme till varje intervju samt att den går att göra på informantens arbetsplats. Deltagande i studien bygger på frivillighet och deltagarna kan när som helst under studiens gång välja att dra tillbaka sin medverkan. Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för vårdvetenskap.

**Med vänliga hälsningar**  
**Susanna Örsell**

Du kan svara mig eller ställa frågor genom att ta kontakt med mig på nedanstående mailadress.

Handledare: Anette Erdner, lektor,  
med.dr Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel: 08-555 050  
e-post: anette.erdner@esh.se

Student: Susanna Örsell, leg  
sjuksköterska, studerande vid  
specialistsjuksköterskeprogrammet  
inriktning psykiatrisk vård, Ersta  
Sköndal högskola  
Tel: 0722-537 228  
e-post: susanna\_orsell@esh.se

## Bilaga 2



ERSTA  
SKÖNDAL  
BRÄCKE  
HÖGSKOLA

Institutionen för vårdvetenskap

Jag kontaktar dig med anledning av att jag under hösten 2016 och våren 2017 kommer att skriva en uppsats inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildning i psykiatrisk vård på Ersta Sköndal Högskola.

Efter att ha inhämtat ett godkännande av verksamhetschef xxxxxx xxxxx, om att få lämna en förfrågan till de sjuksköterskor som arbetar hos er om ett deltagande i min studie, undrar jag nu om du kan vara mig behjälplig med att dela ut den bifogade informationen?

Tack för hjälpen

Susanna Örsell

**Handledare:**

Anette Erdner, lektor, med.dr. Ersta  
Sköndal Högskola,  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel: 08-555 050  
e-post: anette.erdner@esh.se

**Student:**

Susanna Örsell, leg sjuksköterska,  
studerande vid specialist  
sjuksköterskeprogrammet  
inriktning psykiatrisk vård,  
Ersta Sköndal högskola  
Tel: 0722-537 228  
e-post: susanna.orsell@esh.se

## Bilaga 3



ERSTA  
SKÖNDAL  
BRÄCKE  
HÖGSKOLA

Institutionen för vårdvetenskap

### Till dig som arbetar som sjuksköterska inom beroendevården

Denna undersökning vänder sig till er sjuksköterskor som har arbetat minst ett år inom beroendevården och avser undersöka sjuksköterskans upplevelse av var gränsen går mellan god omvårdnad och medberoende. Med denna information tillfrågas Du om Du kan tänka dig att delta i undersökningen.

Om Du vill medverka, kommer Du få vara med om en intervju. Intervjun är som ett vanligt samtal under ca en timme, och kommer med Ditt medgivande att spelas in. Intervjuerna kommer sedan skrivas ut, för att underlätta bearbetningen. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Det är Susanna Örsell som kommer att intervjua. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB). Insamlat material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs dataminnet. Rapporten kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring. Om du har några frågor om studien, kontakta någon av nedanstående personer.

Är Du intresserad av att delta så kontakta nedanstående. För överenskommelse om tid och plats, kontakta Susanna.

*Med vänliga hälsningar*  
*Susanna Örsell*

Handledare: Anette Erdner, lektor,  
med.dr.  
Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för  
vårdvetenskap.  
Tel. 08-555 050  
E-post: anette.erdner@esh.se

Student: Susanna Örsell, leg  
sjuksköterska, studerande vid  
specialistsjuksköterskeprogrammet  
psykiatrisk vård, Ersta Sköndal Högskola.  
Tel: 0722-537 228  
E-post: susanna.orsell@esh.se

## Bilaga 4

### Intervjuguide

Intervjun inleds med en mer omfattande öppen fråga:

*Vad har du för tankar, funderingar eller teorier kring begreppen god omvårdnad och medberoende i ditt arbete med patienter inom beroendevården och då främst när det gäller vården av de med narkotikamissbruk?*

Beroende på vad informanten berättade, har följdfrågor ställts såsom:

- *Kan du berätta mer om hur du resonerar kring dessa begrepp?*
- *Har du själv stött på begreppet medberoende på din arbetsplats?*
- *Om ja, i vilka sammanhang då?*
- *Om ja, från vem?*
- *Anser du att man som sjuksköterska inom beroendevården kan utveckla ett medberoende?*
- *Om ja, känner du själv att det kan vara svårt att skilja på vad som är god omvårdnad och vad som är ett eventuellt medberoende?*
- *Om ja, hur brukar du/ni hantera det?*
- *Om nej, skulle du kunna utveckla det?*

*Slutligen ställdes frågan om informanten själv hade något de ville tillägga som berörde ämnet för studien.*