

MASTEROPPGAVE
i psykisk helsearbeid
mai 2016

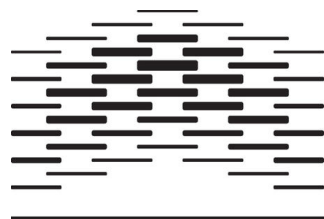
Opplevelser

**Sykepleiere i medisinske akuttmottak sine opplevelser i møte med
rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk**

May Elin Juliusdatter Haug

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Abstract	6
1. Innledning	8
1.1 Introduksjon	8
1.2 Problemstilling	8
1.3 Oppgavens oppbygging	9
1.4 Studiens hensikt og relevans	9
1.5 Forskningsspørsmål	10
1.6 Avgrensing	10
1.7 Betegnelser og begreper	10
1.7.1 Pasient, lidelse og sykepleie.....	10
1.7.2 Selvmordsforsøk, selvmordstruet, selvmordsadferd.....	11
1.7.3 Medisinske akuttmottak.....	11
1.7.4 Opplevelse.....	11
2. Teori	12
2.1 Rusmidler og rusmiddelavhengighet	12
2.2 Ruslidelse, selvmordsforsøk og forgiftning	15
2.2.1 Ruspasientenes opphold i det medisinske akuttmottaket.....	16
2.3 Relasjonelle utfordringer i møte med ruspasienter	17
2.4 Relasjonelle utfordringer i møte med pasienten etter selvmordsforsøk	18
2.5 Sykepleieres holdninger til pasienter med ruslidelse	19
2.6 Sykepleieres holdninger i møte med pasienter med selvmordsadferd	20
2.7 Kunnskap og erfaring med ruslidelse og selvmordsadferd	21
2.8 Stigmatisering og skam	21
2.9 Stigmatisering og skam relatert til rusmiddelavhengighet og selvmordsadferd	22
2.10 Psykodynamisk perspektiv	23
2.10.1 Overføring og motoverføring.....	24
2.10.2 Selvrefleksjon og selvavgrensning.....	25
2.10.3 Anerkjennelse.....	26
3. Metode	26
3.1 Forskningsdesign og vitenskapsteoretisk innfallsvinkel	26
3.2 Litteratursøk	27
3.3 Kildekritikk	27
3.4 Planlegging og gjennomføring av studien	28
3.4.1 Deltagere og rekruttering.....	29
3.4.2 Gjennomføring av intervjuene	30
3.4.3 Transkripsjon	31
3.5 Etske hensyn	32

3.6 Validitet og reliabilitet	33
3.7 Metodiske refleksjoner	35
3.8 Forskerens forforståelse og rolle i prosjektet	35
3.9 Analyse	35
4. Funn.....	37
4.1 Opplevelsenes negative dimensjoner	37
4.1.1 Frykt.....	38
4.1.2 Uforutsigbarhet	38
4.1.3 Irritasjon	39
4.1.4 Oppgitthet	40
4.1.5 Frustrasjon.....	41
4.2 Opplevelsenes positive dimensjoner	41
4.2.1 Interesse og engasjement	42
4.2.2 Motivasjon og vekst	43
4.3 Håndtering av opplevelsene.....	44
4.3.1 Bevissthet	44
4.3.2 Anerkjennelse.....	45
4.3.3 Beredskap.....	46
4.3.4 Støtte fra kollegaer.....	47
4.3.5 Kunnskap og erfaring.....	47
5. Drøfting	48
5.1 Frykt og uforutsigbarhet	48
5.2 Irritasjon	49
5.3 Oppgitthet og frustrasjon.....	50
5.4 Interesse og engasjement	51
5.5 Motivasjon og vekst.....	52
5.6 Håndtering av opplevelsene.....	52
5.6.1 Bevissthet	53
5.6.2 Anerkjennelse.....	53
5.6.3 Beredskap.....	54
5.6.4 Støtte fra kollegaer, kunnskap og erfaring	54
5.7 Sammenfattende drøfting.....	55
5.7.1 Negative opplevelser.....	55
5.7.2 Positive opplevelser	56
5.7.3 Håndtering av opplevelsene.....	57
6. Konklusjon.....	59
6.1 Betydning for praksis.....	60
Referanser.....	61
 vedlegg 1. Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt og samtykkeerklæring.....	67
Vedlegg 2. Intervjuguide/ temaguide.....	69

Forord

Så er tiden for denne krevende, lange og lærerike prosessen over, og jeg vil benytte anledningen til å takke alle som har hjulpet meg på veien.

En stor takk til sykepleierne som delte sine opplevelser med meg. Uten deres velvilje og deltagelse ville denne studien ikke vært gjennomført.

En stor takk til min veileder Truls Juritzen, som raust har delt av sin tid og kunnskap, og tålmodig fulgt meg i denne prosessen med konstruktiv og inspirerende veiledning.

Veiledningen har vært svært lærerik, viktig og oppløftende ikke minst når skriveprosessen har vært på sitt mest krevende.

Takk til Per Nerdrum og Sverre Varvin for konstruktive tilbakemeldinger i skriveseminarene.

Takk til alle lærere og forelesere ved studiet, som alle har inspirert meg med sin kunnskap, støtte og engasjement. Takk til medstudenter for faglige innspill, refleksjoner og mye moro.

Takk til nåværende og tidligere arbeidskolleger for all støtte og heiarop.

Takk til min kjære familie, som har fulgt meg i mine opp og nedturer, og som har gitt meg styrke, tid og rom,- til å være i skriveprosessen. Ikke minst takk til min kjære Johan som tålmodig har lyttet, støttet, trøstet og bidratt til at masteoppgaven lot seg gjennomføre.

Takk til Charles og Gunhild for korrekturlesing.

Takk til mine fribente venner Chico og Amba for turer med adspredelse, ny energi og absolutte pauser.

15.05.16.

May Elin Juliusdatter Haug

Sammendrag

Tittel: Opplevelser: Sykepleiere i medisinsk akuttmottak sine opplevelser i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk.

Hensikt: Hensikten med studien er å søke utvidet kunnskap og forståelse av hvordan sykepleierne i medisinske akuttmottak opplever møtet med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk, og utforske hvordan opplevelsene håndteres.

Bakgrunn: Rusmiddelavhengighet og selvmordsadferd utgjør store medisinske og relasjonelle utfordringer for helsevesenet. Ruslidelse øker risiko for selvmord, og forgiftning er den vanligste metode etter kvelning og henging. Sykepleierne i medisinske akuttmottak er av de første som møter pasienten etter selvmordsforsøk. Sykepleierne i medisinske akuttmottaket har spisset medisinsk fagkompetanse, men lite spesialkompetanse rettet mot psykiske lidelser rusmiddelavhengighet og rusadferd. Det er anbefalt å forske på temaene, og det er sykepleierne selv som best kan si noe om hvordan dette oppleves.

Metode: Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming, med eksplorativt design.

Seks kvalitative forskningsintervju i form av semistrukturerte intervju er gjort ved to medisinske akuttmottak.

Funn: Sykepleierne beskrev opplevelser av negative og positive dimensjoner. Opplevelser av negativ dimensjon ble oftere beskrevet enn positiv dimensjon. Opplevelsene var frykt, uforutsigbarhet, irritasjon, oppgitthet og frustrasjon. De positive opplevelsene ble beskrevet som interesse, engasjement, motivasjon og vekst. Sykepleierne håndterte sine opplevelser gjennom selvrefleksjonsprosesser som inkluderte bevissthet, anerkjennelse og beredskap. Håndteringen ble aktivert ut i fra den aktuelle situasjon. De opplevde nytte av sin profesjonalitet, støtte fra kollegaer, og økt kunnskap og erfaring.

Konklusjon: Rusmiddelavhengighet og selvmordsforsøk er komplekse tilstander med risiko for samsykelighet med både fysisk og psykisk lidelser. Noe som medfører medisinske og relasjonelle utfordringer for helsevesenet og sykepleierne som møter disse pasientene. Det å møte pasientene ga sykepleierne i denne studien ulike opplevelser. Det fremkommer i studien at sykepleierne har opplevelser av negativ og positiv dimensjon i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk. Opplevelsene av negativ dimensjon var i overvekt og var mer eller mindre kontinuerlig tilstede. Opplevelsene av positiv dimensjon var

forankret ønsket om å møte pasienten med respekt og annerkjennelse, og når møtene bar preg av å oppnå en relasjonell kontakt med pasienten. De negative opplevelsene som ofte ble nevnt var frykt og uforutsigbarhet og irritasjon. De positive opplevelse ble beskrevet som interesse, engasjement, motivasjon og vekst.

De håndterte sin opplevelser i hovedsak gjennom støtte fra kolleger, økt kunnskap og erfaring og ved å gjøre bruk av selvrefleksjon beskrevet som bevissthet og annerkjennelse

Nølleord: sykepleier i medisinsk akuttmottak, opplevelse, rusmiddelavhengighet, selvmordsforsøk, håndtering, selvrefleksjon, beredskap, kunnskap og erfaring.

Abstract

Title: Experiences: Experiences of casualty ward nurses concerning patients with drug and/or alcohol addiction following suicide attempts.

Aim: The purpose of this study is to increase knowledge and understanding of how nurses in casualty wards experience dealing with drug-dependent patients following suicide attempts, and explore how such experiences are handled.

Background: Drug addiction and suicidal behavior constitutes major medical and relational challenges for health care. Substance use disorder increases the risk of suicide, with asphyxiation and hanging the most common methods, followed by poisoning. The casualty ward nurses are the first ones to meet the patient after a suicide attempt. The casualty ward nurses have high competence in somatic medical care, but little competence in dealing with psychiatric disorders, drug addiction and associated behavior. Research on these topics is recommended, with the nurses themselves being the ones who can best relate how this is perceived and handled.

Method: The study has a hermeneutic phenomenological approach with exploratory design. Six qualitative interviews in the form of semi-structured interviews were conducted on two casualty wards.

Findings: Nurses described negative and positive experiences. Negative experiences were more often described than positive experiences. These experiences included fear, unpredictability, irritation, despair and frustration. The positive experiences included interest, commitment, motivation and growth. Nurses handled their experiences through self-reflection processes which included awareness, recognition and preparedness, based on each individual situation. They benefited from their professionalism, support from colleagues, and increased knowledge and experience.

Conclusion: Drug addiction and suicide attempt are complex conditions with risk for physical and mental disorders. This causes medical and relational challenges for nurses who encounter these patients. To meet the patients gave the nurses in this study different experiences. It emerged that nurses have experiences of negative and positive dimension in the face of drug-dependent patient after suicide attempts. The experiences of negative dimension was overweight and was more or less continuous presence. Experience of fear and unpredictability and irritation were frequently mentioned. The experiences of positive dimension was rooted desire to meet the patient with respect and dignity and when the meetings were characterized by achieving a relational contact with the patient. The positive experience was described as interest, commitment, motivation and growth. Nurses handled their experiences mainly through peer support, increased knowledge and experience and by making use of self-reflection described as awareness and recognition.

Key Words: Casualty ward nurse, drug addiction, suicide, handling, self-reflection, preparedness, knowledge and experience.

1. Innledning

Denne oppgaven undersøker hvordan sykepleiere som jobber i medisinske akutt mottak ved somatiske sykehus, opplever å møte pasienter med diagnosen rusmiddelavhengighet, når de kommer inn til livreddende behandling etter selvmordsforsøk. Videre undersøker den hvordan sykepleierne håndterer sine opplevelser i møte med denne pasientgruppen.

1.1 Introduksjon

I makroperspektiv utgjør rusmiddelavhengighet og selvmordsadferd store utfordringer for samfunnet og helsevesenet. Hver for seg er de alvorlige og komplekse tilstander som påvirker hverandre negativt ved at den ene lidelsen øker risiko for den andre (Helsediretoratet, 2014b; UNDOC, 2014). Tidlig død er en alvorlig konsekvens av ruslidelse og rusmiddelavhengighet disponerer i seg selv for selvmordsforsøk og selvmord (Rossow, 2001; Rossow & Jørgensen, 2013). I Norge behandler helsevesenet mellom 4000 og 6000 pasienter etter selvmordsforsøk hvert år. Forgiftning er etter kvelning og henging den vanligste metoden (Helsedirektoratet, 2014b). Etter selvmordsforsøk bringes pasientene vanligvis inn til livreddende behandling ved medisinske akuttmottak ved somatiske sykehus.

Sykepleierne og legene i de medisinske akuttmottakene er således av de første som møter pasientene etter selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 2014a; Folkehelseinstituttet, 2015b). For sykepleierne og legene her innebærer dette arbeidet store medisinskfaglige, relasjonelle og emosjonelle utfordringer (Ford, 2011; Helsetilsyn, 2001b). Med utgangspunkt i den relasjonelle konteksten ønsket jeg å undersøke hvordan det oppleves for sykepleierne i medisinsk akuttmottak å møte disse pasientene, og videre å undersøke hvordan de håndterte disse opplevelsene.

Opgaven har følgende problemstilling.

1.2 Problemstilling

Hvordan opplever sykepleierne i medisinsk akuttmottak møtet med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk?

1.3 Oppgavens oppbygging

Tema i oppgaven er hvordan sykepleierne opplever møtene med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk, og hvordan sykepleierne håndterer sine opplevelser i forbindelse med disse møtene.

I kapittel 1 gjøres det rede for studiens relevans, forskningsspørsmål og avgrensninger, samt noen betegnelser og begreper.

I kapittel 2 presenteres tidligere forskning, og relevant teori. Redegjørelse for begreper gjøres også etter hvert som opptrer i teksten.

Kapittel 3 inneholder metode med redegjørelse for litteratursøk, valg av forskningsdesign, rekruttering av deltagere, planlegging og gjennomføring av studien, samt gjennomføring av intervjuene. Videre følger transkripsjon, etiske hensyn, validitet, reliabilitet, metodiske refleksjoner, forskerens forforståelse, rolle og analyse.

Funn presenteres i, kapittel 4 og i kapittel 5 drøftes funnene opp i mot tidligere presentert forskning og teori.

Konklusjon og betydning for praksis presenteres i kapittel 6.

1.4 Studiens hensikt og relevans

Studios hensikt er å søke utvidet kunnskap om og forståelse av hvordan sykepleierne i medisinsk akuttmottak opplever møtet med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk, og å undersøke hvordan disse opplevelsene håndteres.

Det er et påpekt behov for økt kunnskap og kompetanse om rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, innen alle deler av helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012). Sykepleierne i de medisinske akuttmottakene håndterer mange pasienter med slike lidelser. De har spisset medisinsk fagkompetanse, men lite spesialkompetanse rettet mot psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet og rusadferd (Bogstrand et al., 2011; Hoaas, 2003; Jørgensen, 2005)

Det er anbefalt å forske på temaene, og det er sykepleierne selv som best kan si noe om hvordan dette oppleves og håndteres (Ford, 2011; Gilje, Talseth & Norberg, 2005; Helsetilsyn, 2001a). Jeg har ikke identifisert tidligere norsk forskning som undersøker denne

konkrete problemstillingen. Det kan dermed gi økt innsikt og forståelse å undersøke nærmere hvordan disse møtene oppleves, og hvordan sykepleierne håndterer sine opplevelser.

1.5 Forskningsspørsmål

Ut i fra prosjektets problemstilling har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever sykepleieren møtet med den rusmiddelavhengige pasienten etter selvmordsforsøk?

Hvordan håndterer sykepleieren sine opplevelser i møtet med den rusmiddelavhengige pasient etter selvmordsforsøk?

1.6 Avgrensning

Studien er avgrenset til tilfeller der pasienten har benyttet forgiftning som metode i sitt selvmordsforsøk. Dette fordi forgiftning som tidligere nevnt både er en av de tre vanligste metodene ved selvmordsforsøk og er nærliggende å se i sammenheng med pasientens rusmiddelavhengighet.

1.7 Betegnelser og begreper

Her gjøres rede for noen sentrale betegnelser og begreper.

1.7.1 Pasient, lidelse og sykepleier

Ruslidelse er ikke noe entydig begrep og i samfunnet brukes betegnelsene ruslidelse og rusmiddelavhengighet til dels om hverandre (Biong & Ytrehus, 2012b). For den språklige variasjonens skyld har jeg i oppgaven valgt å bruke betegnelsene rusmiddelavhengig pasient, ruspasient synonymt. Jeg har også valgt å bruke rusmiddelavhengighet og ruslidelse synonymt og uavhengig av hvilke(t) rusmiddel(/-ler) lidelsen er forankret i.

Jeg har videre valgt uavhengig av kjønn å bruke betegnelsen ”han” om pasienten og ”hun ” om sykepleieren.

1.6.2 Selvmordsforsøk og selvmordsadferd

Selvmordsforsøk kan defineres på ulike måter. Jeg har i denne oppgaven valgt å forstå det som ” adferd som omfatter situasjoner der personen har utvist en faktisk eller tilsynelatende livstruende adferd, med den hensikt å sette livet på spill, eller gi det utseende av en slik hensikt, men som ikke har resultert i døden ” (Retterstøl et al., 2006) s 14.

Selvmordsadferd forstår jeg som en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord (Helsedirektoratet, 2014b).

1.7.3 Medisinske akuttmottak

Det er vanlig å ha en avdeling for medisinsk akuttmottak ved de somatiske sykehusene. Medisinske akuttmottak er oftest organisert i klinikk for akuttmedisin eller anestesi. Den medisinske ansvarlige er i hovedsak fra anestesiavdelingen, og mottakene er vanligvis administrativt ledet av en sykepleier (Helsedirektoratet, 2014a). De medisinske akuttmottakene har viktige og sammensatte funksjoner. Foruten å gi livreddende hjelp, registrerer, henviser og overfører de pasienten til videre oppfølging og behandling i andre deler av helsevesenet. Oppholdstid i et akuttmottak kan være fra 2,5- 4,5 timer, avhengig av hastegrad (Folkehelseinstituttet, 2015a; Helsetilsyn, 2001b). Mottak av pasienter med rusmiddelforgiftning, med eller uten selvmordsintensjon går under tilstander med stor hastegrad. (Helsedirektoratet, 2014a).

1.7.4 Opplevelse

Jeg er i dette prosjektet opptatt av sykepleierne sine opplevelser og hvordan de håndterer disse i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk. En opplevelse kan være av positiv eller negativ dimensjon, og kan forstås på ulike måter ut i fra kontekst (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010; Ryden & Walleroth, 2011).

Ordet ”opplevelse” er avledet av det tyske ordet *erleben* , som betyr ” å fremdeles være i livet når noe skjer” (Gadamer, 2010) s88. Det opplevde er alltid det selvopplevde. Det vil si at det er opplevd av personen som subjekt og er en umiddelbar forståelse av noe som er virkelig i motsetning til det man har hørt andre fortelle, eller selv antar. (Gadamer, 2010). Med det opplevde menes her det varige innholdet i det som blir opplevd. Det blir til en opplevelse når det ikke bare blir opplevd, men når det får et bestemt ettertrykk. Gjennom sin

betydning blir opplevelsen konstituert i erindringen og slått sammen til en helhet av mening. Det blir til en betydningsfull og varig erfaring, noe uforglemmelig og uerstattelig som personen tar med seg videre (Gadamer, 2010). Opplevelsene kan hos noen mennesker være lenge og opplevelser kan trenge bearbeiding. Bearbeiding av opplevelser er en prosess, som kan ta tid (Gadamer, 2010).

Synonymer for begrepet opplevelse kan være fornemmelse, følelse og erfaring (Karterud et al., 2010; Ryden & Walleroth, 2011).

Jeg velger i oppgaven å bruke synonymet følelse og forstår det som et samlingsbegrep for alle former for følelsesmessige reaksjoner (Karterud et al., 2010; Ryden & Walleroth, 2011). Med andre ord er det som undersøkes følelsesmessige reaksjoner som sykepleierne i medisinske akuttmottaket har i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk; det vil si følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne som har et visst ettertrykk.

2. Teori

Grunnlaget for denne oppgaven er teori om rusmiddelavhengighet og selvmordsforsøk med fokus på relasjonelle utfordringer, holdninger, kunnskap, erfaring, stigma og skam. Dette belyses i det følgende på ulikt vis ved gjennomgang av litteratur, og presentasjon av nyere forskning Videre presenteres teoretisk perspektiv med utgangspunkt i psykodynamisk teori, og fokus på temaene overføring, motoverføring, selvrefleksjon og anerkjennelse.

2.1 Rusmidler og rusmiddelavhengighet

Som rusmiddel regnes alkohol, vanedannende legemidler og narkotiske stoffer. Med vanedannende legemidler forstås sterke smertestillende midler, angstdempende midler, sovemidler, samt sentralstimulerende, anestesimidler og enkelte typer legemidler mot epilepsi og hoste. Med narkotiske stoffer forstås her cannabis, amfetamin, kokain og heroin. Rusmidler har ulik virkning, og deles ut fra virkning gjerne inn i tre grupper: dempende, sentralstimulerende og hallusinogene rusmidler. Gruppene overlapper hverandre ettersom flere av rusmiddelene har en blanding av effektene (Folkehelseinstituttet, 2015,a). Bruk av ulike rusmidler i kombinasjon er vanlig, og bruk av et rusmiddel øker sannsynligheten for bruk av flere (Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007). Det er registrert en økende

kompleksitet i bruk, virkning og skader av stoffer. Dette har sammenheng med at det i de siste årene har kommet en rekke nye rusmidler som ofte blir kalt ”nye psykoaktive rusmidler” (NPS). Disse har sentralstimulerende og hallusinogene effekter. De vanligste er amfetaminderivater og syntetiske cannabinoider (Johansen, Brinkenber, Arentz-Hansen & Moen, 2015; Folkehelseinstituttet, 2015a).

Rusmiddelavhengighet forstås i dag å som en diagnose (Biong & Ytrehus, 2012b). I denne oppgaven er det dette perspektivet som legges til grunn. Det definerer avhengighet når tre av følgende symptomer opptrer samtidig og minst en måned eller gjentatte ganger i løpet av et år (WHO, 2007):

- *Sterk lyst, sug eller tvang til å innta rusmidler.
- *Vansker med å ha kontroll med oppstart, mengde, og avslutning av inntaket.
- *Utvikling av fysiologiske abstinensreaksjoner, eller bruk av rusmidler for å unngå abstinenser. Utvikling av toleranse med behov for økte doser.
- * Fortsatt bruk av rusmidler tross kunnskap om skadevirkninger.

Risikofaktorer for utvikling av ruslidelse er flere og sammensatte. Generelt vil psykososiale utfordringer, genetisk sårbarhet, negativ påvirkning fra familie og nærmiljø samt lav sosioøkonomisk status bidra til økt risiko (Skogen, Handal, Nesvåg & Skurtveit ,2014).

Det mangler presise tall for eksakt forekomst av ruslidelser i Norge. Basert på tilgjengelig datamateriale antas det likevel at mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet (Skogen et al., 2014). Omfanget medfører at det i ulike sammenhenger omtales som et ”folkehelseproblem” (Amundsen, Brettville -Jensen, & Kraus, 2011; Skretting & Storvoll, 2011). Statistisk sett utgjør avhengighet av alkohol den største delen, dernest avhengighet av vanedannende legemidler, og deretter avhengighet av narkotiske stoffer (Bramness, 2012). Generelt er det en høyere andel av menn enn kvinner, som har ruslidelser (Skogen et al.,2014;Kringlen, Torgersen & Cramer 2001). Samtidig ser forskjellen mellom kjønnene ut til å minke (Skogen et al.,2014;Zilberman,Tavares & el- Guebaly, 2003).

Rusmiddelavhengighet ble frem til midten av 1900 tallet forstått i et sosialpsykologisk perspektiv hvor ansvar, og behandling var lagt til sosialtjenesten. Med rusreformen i 2004 ble ansvar for behandling overført fra fylkeskommunen til staten gjennom de regionale

helseforetakene (Helsedepartement, 2004). Behandling av rusmiddelavhengighet ble derved en del av spesialisthelsetjenesten, definert som ”Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk” (TSB). Endring av perspektiv medførte lovregulering fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven, og de rusmiddelavhengige fikk pasientstatus og rettigheter etter Pasient- og brukerrettighetsloven,(1999).

Det er stor samsykelighet mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Særlig sees en hyppig forekomst av angst depresjon og personlighetsforstyrrelser (Conner & Duberstein, 2004; Conway, Compton, Stinson & Grant, 2006; Skogen et al., 2014; Helsedirektoratet, 2012).

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt under samlebetegnelsen ROP-lidelser. Det er av Helsedirektoratet utarbeidet en egen nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Retningslinjen sier at pasientene bør få behandling for de aktuelle lidelsene samtidig, og at behandlingen bør følge Helsedirektoratets anbefalinger for de aktuelle lidelsene og bygge på anerkjente behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2012). Behandlingen er krevende og tilbakefall er vanlig, og behandling for ruslidelser og psykiske lidelser krever ofte lange behandlingsforløp på spesialistnivå innen TSB og psykisk helsevern. (Dalen, Holmen, & Nordahl, 2015; Helsedirektoratet, 2012).

I tillegg til rus og psykiske lidelser har ruspasienter en overhyppighet av somatiske sykdommer som hjerte- og kar sykdommer, ulike lever- og lungesykdommer samt infeksjoner (Folkehelseinstituttet, 2015a). Dette kan skyldes direkte skadelige virkninger av rusavhengigheten eller dårlig allmenntilstand på grunn av nedsatt evne til egenomsorg. Dette kan disponere for ulike smittsomme og ikke smittsomme sykdommer. Den rusavhengige har også ofte redusert evne til å følge opp egen helse (van Amsterdam, Pennings, Brunt & van den Brink, 2013; Skogen et al., 2014). Rusmiddelavhengighet, psykisk og alvorlig somatisk sykdommer alle å regne som faktorer som forhøyer risikoen for selvmordsforsøk og selvmord (Folkehelseinstituttet, 2015b).

2.2 Ruslidelse, selvmordsforsøk og forgiftning

Det å leve med en ruslidelse gir altså i seg selv en risiko for selvmordsforsøk og selvmord (Folkehelseinstituttet, 2015b). Inntak av rusmidler og virkningen de har kan i seg selv medføre både en likegyldighet, økt impulsivitet og redusert evne til å finne alternative løsninger. Dette kan derved i seg selv bidra til selvmordstanker og forsøk (Bagge & Sher, 2008; Vråle, 2009).

Psykososialt gir rusmiddelavhengighet ofte negative konsekvenser i form av relasjonelle, sosiale og økonomiske problemer. Dette er konsekvenser som igjen vil kunne forsterke en selvmordsproblematikk. Det å ha en psykisk lidelse og/eller alvorlig somatisk sykdom i tillegg vil øke risikoen ytterligere og påvirke risikoen for selvmordsforsøk negativt (Carr, 2001; Helsedirektoratet, 2014b; Roy & Janal, 2007; Sher, 2006). Som tidligere nevnt er forgiftninger med rusmidler og medikamenter den vanligste selvmordsmetoden etter kvelning og henging. Rusmiddelavhengige vil således leve med tilstedeværelse både av metode og flere risikofaktorer samtidig, noe som øker selvmordsfaren ytterligere (Helsedirektoratet, 2014b). Mange rusmiddelavhengige har således en eller flere ganger inntatt store doser rusmidler i den hensikt å dø (Rossow, 2013; Ødegård, Amundsen, & Kielland, 2007).

Rusmiddelavhengige med alkohol som dominerende rusmiddel har 15 ganger høyere forekomst av selvmordsforsøk enn normalbefolkningen. Risikoen øker ved narkotiske stoffer og blandingsmisbruk, hvor forekomsten ser ut til å være 20-30 ganger høyere enn hos normalbefolkningen. Rusmiddeldebut før fylte 18 år, og en varighet over 15 år øker faren ytterligere (Bakken & Vaglum, 2007; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006; Rossow, 2001; Rossow & Jørgensen, 2013).

Selvmordsfaren kan veksle i styrke og omfang, og det er vanlig å forstå utviklingen fra selvmordstanker til fullendt selvmord som en prosess (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2006). I 2012 døde 515 personer av selvmord i Norge. Det er flere menn enn kvinner og for hvert fullendte selvmord antas det å være rundt 10 selvmordsforsøk (Folkehelseinstituttet, 2015a).

2.2.1 Ruspasientenes opphold i det medisinske akuttmottaket

I det medisinske akuttmottaket gjøres omgående en vurdering av ruspasientenes somatiske og psykiske status. Selvmordsforsøk er som før nevnt å betrakte som en krisesituasjon med stor hastegrad. Ruspasientene kan ved innkomst ha ulik bevissthetsgrad- fra våken og kontaktbar til bevisstløs og koma (Biong & Ytrehus, 2012a; Nore, Ommundsen, & Steine, 2001). Vurdering av skadeomfang og sykdom er vanskelig, samtidig kan det være utfordrende å få rede på hva de har inntatt av rusmidler. Ruspasientene kan ha varierende adferd ut i fra hvilke(t) rusmidler(/- middel) som er inntatt og underliggende personlighetsstruktur. Uro og samarbeidsproblemer kan derfor gjøre det vanskelig å undersøke pasienten. Skader kan være utfordrende å oppdage og anamnesen kan bli mangelfull (Johansen et al., 2015; Nore et al., 2001). Dette kan også føre til fare for feiltolkning av symptomer på sykdom eller skade, som uttrykk for ruspåvirkning alene. Både sykdom og skader kan forekomme samtidig med forgiftning, og noen sykdommer og skader sees hyppig hos ruspasienter (Johansen et al., 2015). Ruspåvirkning kan maskere blant annet hodeskader, diabetes og alvorlige infeksjoner. Ruspasientens fremtoning og kliniske funn kan ofte brukes til å skille ulike rusinntak, men diagnostikken vanskeliggjøres ved at mange bruker flere rusmidler samtidig. Inntak og forgiftning med dempende rusmidler som opioider gir nedsatt aktivitet i sentralnervesystemet med tretthet, slapp muskulatur og langsom tale som symptomer. Pasienten som har inntatt slike stoffer er ofte rolige, sløve søvnige eller bevisstløse -avhengig av mengden rusmiddel som er inntatt.

Sentralstimulerende rusmidler som for eksempel kokain og amfetamin øker aktiviteten i sentralnervesystemet. Ruspasientene som har inntatt slike stoffer blir aktive, og rastløse. Ved forgiftning sees forvirring, motorisk uro, hallusinasjoner paranoide, reaksjoner, angst, agitasjon og psykose og det er stor risiko for aggresjon og vold (Johansen et al., 2015; Berg, Eikeseth, Johnsen & Restan, 2008; Folkehelseinstituttet, 2015a). Inntak og forgiftning av alkohol kan gi en blandingseffekt av dempende og sentralstimulerende effekt, og gir derved også gi stor risiko for uro og aggresjon (Berg et al., 2008).

Ved inntak av hallusinogene rusmidler påvirkes sanseinntrykkene, og omgivelsene oppleves forandret. Ved forgiftning sees hallusinasjoner, uberegnelig adferd, og agitasjon (Johansen et al., 2015). Inntak av cannabis kan ha blandingseffekt og inngår sammen med de førnevnte NPS i begge de to sistnevnte gruppene av rusmidler. På grunn av økt innførsel og bruk av NPS sees en økende kompleksitet med henhold til medisinske og relasjonelle utfordringer

for helsevesenet. De er vanskelig å identifisere stoffene, og motgift mangler og det er relasjonelle utfordringer med den psykologiske uforutsigbare virkningen disse stoffene gir (Elliott & Evans, 2014; Folkehelseinstituttet, 2015a).

Når ruspasienten er stabilisert, og det vurderes som medisinsk forsvarlig vil han gjennomgå videre psykiatrisk undersøkelse som inkluderer selvmordskartlegging og vurdering. Innen fire timer bør konklusjon av tilstandens alvorlighetsgrad og videre forløp være avklart. Ofte er det nødvendig å beholde pasienten på sykehuset i 24 timer. Overføring videre til psykiatrisk avdeling, poliklinisk behandling eller oppfølging i førstelinjen er vanlig (Nore et al., 2001). Sykepleierne i de medisinske akuttmottakene møter altså ruspasienter med komplekse medisinske og psykiske tilstander og lidelser. Ruspasientene trenger livreddende behandling, og dette skal gis og håndteres i løpet av noen timer. Hvordan oppleves dette av sykepleierne, og hvordan håndterer de disse opplevelsene?

2.3 Relasjonelle utfordringer i møte med ruspasienter

Pasienter med ruslidelser kan i tillegg til psykiske lidelser, ha relasjonelle problemer. De kan ha med seg traumer dårlig tilknytningsevne og en sårbarhet i relasjon til andre mennesker (Lossius, 2012). Dette kan gi seg utslag i lav impuls kontroll, og dårlig følelsesregulering. I kombinasjon med rusmidler øker dette risikoen for voldelig adferd (Biong & Ytrehus, 2012a; Elbogen & Johnson, 2009; Pulay et al., 2008). Sammen med de førnevnte symptomene -uro, agitasjon og sinne- som rusmidlene kan gi, vil dette bidra til å øke sannsynligheten for at pasienten kan fremstå som truende og aggressiv. Aggressiv adferd vil derved kunne skape frykt og angst hos sykepleierne. Situasjonen kan oppleves som uforutsigbar, og graden av fryktfølelse vil kunne variere fra ”noenlunde trygghet” til ”reell fare”(Lossius, 2012). Sykepleierne som ønsker og har som oppgave å behandle, og forstå pasienten, kan i en slik situasjon oppleve pasientens aggressive adferd og motstand som irrasjonell og i kontrast til hensikten med innleggelsen(Hoas, 2003). Frykt og angst hos sykepleierne vil kunne hindre dem i å utføre sin jobb på en faglig måte, samtidig som det kan det skjerpe oppmerksomheten mot deres egen indre verden (Vatne, 2006). I følge Luck, Jackson & Usher, (2006) kan vold mot helsepersonell i medisinske akuttmottak være underrapportert. De fant også at sykepleiere ofte tolker aggressiv adferd ut i fra et formildende perspektiv, og tilpasser seg potensialet for til voldelig adferd (Luck et al.,2006). I møte med ruspasienten kan sykepleierne kjenne at det er vanskelig å snakke om temaer som rusmiddelavhengighet og

selvmordsadferd. Samtidig kan sykepleierne også kjenne det utfordrende å forstå ruspasientenes lidelse (Vråle, 2009). Ruspasienter er på sin side i en sårbar situasjon, og kan lett føle mangel på anerkjennelse og bekreftelse (Freedenthal, 2013; Vatne & Nåden, 2011). En ruspasient kan derved avvise sykepleieren ved å ikke ville samarbeide. Dette vil kunne skape ubehag og utfordringer for sykepleieren, som kan håndtere situasjonen ved å velge å fokusere på andre problemområder hos pasienten (Lock, Kaner, Lamont, & Bond, 2002; Vråle, 2009). Relasjonelle utfordringer i samarbeidet med pasienten kan derved medføre at sykepleieren vil kunne utvikle både positive og negative følelser for den enkelte pasient (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006; Natan, Beyil, & Nera.O, 2009).

2.4 Relasjonelle utfordringer i møte med pasienten etter selvmordsforsøk

Studier viser at selvmordsforsøk med forgiftninger er assosiert med voldelig adferd (Hakansson, Schlyter & Berglund, 2008) og helsepersonell er mer positive til selvmordsproblematikk enn de er til aggressiv og voldelig adferd (Rossberg & Friis, 2003).

Møter med pasienter som har gjort selvmordsforsøk kan være følelsesmessige smertefulle for sykepleieren, og sykepleieren kan som før nevnt oppleve at temaet kan være vanskelig å snakke om (Vråle, 2009). Pasienter som har gjort selvmordsforsøk kan slite med ulike eksistensielle livstemaer, som meningsløshet, ensomhet, følelsesmessige konflikter, skyldskam og kaos (Wiklund, 2008). Sykepleieren kan reagere med frykt og avsky på, og fordømmelse av det pasienten har gjort, og derved innta en distansert relasjon som innebærer en følelse av medlidenhet med pasienten, uten å sette seg inn i pasientens sin situasjon eller nærme seg det som er smertefulle temaer for pasienten. Sykepleieren kan vise mest interesse for det rent medisinske og instrumentelle ved pasientens tilstand noe som kan være til hinder for kontakt med pasienten. Sykepleieren kan derved streve med å være nær pasienten, samtidig som hun unngår bli konfrontert med egen fortvilelse og engstelse (Talseth, 2001). Det å likevel greie å møte pasienten som et unikt individ med anerkjennelse og empati vil styrke pasienten sin selvaktelse og selvfølelse, og være selvmordsforebyggende (Herrestad & Larsen, 2012; Vråle, 2009).

Både pasienten og sykepleieren har behov for å bli møtt og speilet (Vatne, 2006). Speilingsprosesser er noe som foregår hele tiden, og er med å skaper bilder av hvem vi er. Bildene brukes siden til å forstå egne og andres følelser og tanker. Denne prosessen bidrar til

å skape sammenhenger og mening over tid, noe som videre er med å motvirke håpløshet og kaos. I denne prosessen inngår, lytting og bekreftelse (Ryden & Walleroth, 2011).

Det motsatte av det å bli speilet, kan være å bli avvist. Sykepleieren kan oppleve det negativt om hun blir avvist av pasienten og oppleve det som om hun ikke er god nok for pasienten. Dette kan føre til at sykepleieren kjenner mindre empati og medfølelse for pasienten og medvirke til at pasienten ytterligere avviser sykepleieren. Dette vil igjen kunne gi frustrasjon og negative opplevelser hos sykepleieren, som kan kjenne på det å ville hjelpe samtidig som hun ikke får gjort noe. Det å ikke ha kontroll over, mestre eller ha problemer med å få til samarbeid med pasienten er med på skape nederlagsfølelse hos sykepleieren som også kan oppleves ubehagelig overfor kollegaer (Talseth, Lindseth, Jacobsson & Nordberg, 1997 ; Vatne, 2006; Vråle, 2009). Det å ha selvavgrensning, selvaksept og å snakke om og dele sine opplevelser med andre, vil avlaste opplevelsen av nederlag hos sykepleieren (Gulbrandsen, 2006).

Hvis sykepleierne har selvrefleksjon og er oppmerksom på egne følelser som tristhet, ensomhet og fortvilelse, samt har reflektert over eksistensielle spørsmål som kan være grunnleggende for pasienter med selvmordsadferd, vil sykepleierne kunne være avgrenset, modig og i stand til å møte pasienten på en god måte (Vråle, 2009). Møtene mellom sykepleier og ruspasient kan influeres av sykepleiernes holdninger til rusmiddelavhengighet og selvmordsproblematikk(Kelleher & Cotter, 2008;Skinner, Feather, Freeman & Roche,2007).

2.5 Sykepleieres holdninger til pasienter med ruslidelse

Møter mellom mennesker bæres av holdninger og handlinger og det blir i flere sammenhenger påpekt som viktig at sykepleiere har selvrefleksjon over egne holdninger i møte med pasienter med ruslidelser (Alsvåg, 2010;Christiansen, 2012; Helsetilsyn, 2001b).

Med holdning i denne oppgaven forstås en forutsigbar positiv eller negativ meningsreaksjon overfor en person, handling eller hendelse (Sirnes, 2014). Dannelse av holdninger er knyttet til sosialiseringprosesser, og kan etableres gjennom imitasjon, identifikasjon og spesielle opplevelser. En holdning kan deles inn i en kunnskap, følelses og handlingsdel (Sirnes, 2014). I denne oppgaven forstås holdningen også å være en del av en profesjonalitet som handler om noe mer utover det å kunne et håndverk eller et fag. Det handler om å engasjere

seg og ta ansvar for pasienten. Fagkunnskapen bidrar til at sykepleieren engasjerer seg i pasienten på en faglig relevant måte og viser interesse for pasienten sin situasjon både her og nå og i tiden fremover. Å bli vist engasjement bidrar til at pasienten føler seg verdifull (Alvsvåg, 2010).

Studier viser at sykepleiere i medisinske akuttmottak har negative holdninger til ruspasienter, og har liten tro på rehabilitering av pasientgruppen, samtidig så mener sykepleierne at ruspasientene fortjener behandling av god kvalitet uavhengig av sykepleiernes egne holdningene til pasienten (Warren, Sena & Machan, 2012).

Selv om rusmiddelavhengighet i dag forstås som en diagnose, foreligger det i samfunnet og blant helsepersonell fortsatt oppfatninger om at ruslidelser har sammenheng med moralske og sosiale mangler og til dels er selvforskyldt (Lægeforeningen, 2006; Natan et al., 2009; Lossius, 2012). Studier viser at helsearbeidere kan være usikre på hvordan de skal forholde seg til denne pasientgruppen, og er av den oppfatning at ruspasienter kan iscenesette selvmordsforsøk for å få tilgang til mer medikamenter (Hoaas, 2003). Studien av Hoaas, (2003) viste også at flere helsearbeidere ønsket disse pasientene ut av sine avdelig blant annet fordi ” de lagde bråk”. Sykepleierne kan føle en etisk plikt til å hjelpe, men samtidig ha negative oppfatninger til og om pasienten med ruslidelse (Neville & Roan, 2014). Positiv eller negativ holdning vil kunne påvirke forholdet mellom pasient og sykepleier og konsekvensen av en negativ holding kan være dårligere pasientbehandling (Chu& Galang, 2013;Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012). Studier av Natan et al., (2009) viste at sykepleiere med negative stereotype holdninger over for ruspasient yter dårligere sykepleie til denne gruppen enn til andre pasienter. For øvrig oppfattes det positivt av kollegaer når sykepleiere har positive holdninger. Dette bidrar tilendring i holdning og adferd hos sykepleierkollegaene, og øker sannsynligheten for at de over tid yter bedre sykepleie til ruspasientene.

2.6 Sykepleieres holdninger i møte med pasienter med selvmordsadferd

Nyere forskning viser at sykepleiere har kontinuerlig behov for å snakke om og reflektere over egne holdninger og verdier i møte med pasienter med selvmordsadferd (Vatne& Nåden, 2014).

Sykepleiere har stort sett tro på åpenhet og er positive til og samstemte i at selvmord kan og bør forebygges. De har et overordnet ansvar for å bevare liv og helse, og er positive til å bidra

med forebyggende arbeid. I dette arbeidet er det viktig å forholde seg til pasienten med respekt, og på en måte som bevarer pasientens integritet (Vråle , 2009).

Sammenligninger på institusjonsnivå viser at sykepleiere innen psykiatrien har mer positiv holdning til pasienter med selvmordsproblematikk enn sykepleiere på somatiske sykehus

(Suokas, Suominen & Lønnquist, 2008). Sammenligninger på avdelingsnivå innen somatikken viser samtidig at sykepleiere i medisinske akuttmottak har mer positiv holdning til selvmordsproblematikk enn sykepleiere på andre somatiske avdelinger (Suokas et al.,2008). Samtidig ser også faktorer som alder kunnskap og erfaring ut til å påvirke holdningene positivt. Sykepleiere som er eldre og erfarne og har jobbet i det medisinske akuttmottaket over lengre tid, synes å ha mere støttende og positive holdninger til pasienter med selvmordsadferd enn yngre og uerfarne sykepleiere (McCann et al.,2006).

2.7 Kunnskap og erfaring med ruslidelse og selvmordsadferd

Profesjonell veiledning av og spesialkompetanse hos sykepleierne gir større trygghet, mer positive holdninger og en bedre tilnærming til pasienten (Norheim,Grimholt & Ekeberg, 2013; Happel, Carta, & Pinikahana, 2002; Suokas et al., 2009).

Flere studier har påpekt at sykepleiere har behov for faglig støtte utdanning og kompetanse om rusmidler, ruslidelser og rusbehandling (Ford, Bammer & Becker, 2008; Neville & Roan,2014). Økt kunnskap, spesifikk opplæring og det å jobbe i et kollegialt støttende miljø påvirker positivt og gir sykepleierne mer positive holdninger til både ruslidelser og selvmordsadferd (McCann,2006 ; Howard & Holmshaw, 2010; Norheim et al., 2013).

Faglig støtte handler også om det å tåle å forholde seg til pasienter som har lidelser som er nært knyttet til karaktermessige og relasjonelle fenomener som stigmatisering og skam (Goffmann, 2014).

2.8 Stigmatisering og skam

Et aspekt ved ruslidelser og selvmordsproblematikk er at det ofte er forbundet stigmatisering og skam- både hver for seg og sammen (Lossius, 2012; Vatne & Nåden, 2014).

I følge Goffmann,(2014) er stigma en egenskap som er miskrediterende og som kan best forstås som en kontrast mellom personens tilsynelatende og faktiske sosiale identitet.

Stigmatisering blir en miskrediterende egenskap som ekskluderer personen fra alminnelig respekt og utfoldelse som er normalt i samfunnet.

Stigma kan være forankret i fysiske misdannelser, rase, religion og karaktermessige fenomener som ruslidelser og psykisk lidelse, herunder også selvmordsproblematikk (Goffmann, 2014).

Stigmatisering kan påvirke pasienten sitt selvbylde, og det kan påvirke sykepleiernes holdninger og vurdering av hjelp og behandling (Bagge & Sher, 2008; Helsedirektoratet, 2014).

Skam er et relasjonelt fenomen og en primæraffekt av negativ kvalitet. I denne oppgaven forstår jeg skam som den tradisjonelle negative og ødeleggende skammen som har sammenheng med noe samfunnet har påført eller påfører enkeltmennesket. Det handler om følelser mennesket har lært å føle når det står overfor kulturelle avvik. Skam er relatert til hva andre mener om en, og innebærer følelser av vemmelse og avsky (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2010). Skam kan være selvødeleggende, føre til selvforakt, underlegenhet, tilbaketrekking og i ytterste konsekvens selvmordsforsøk og selvmord (Helsedirektoratet, 2014b).

2.9 Stigmatisering og skam relatert til rusmiddelavhengighet og selvmordsadferd

Stigmatisering kan være en av de mest utfordrende sidene ved rusmiddelavhengighet, og kan lede til økt rusmiddelbruk (Bagge & Sher, 2008). Erfaringsmessig opplever ruspasienter å bli stigmatisert både av medpasienter og helsepersonell (Lossius, 2012). Det synes som om stigmatisering er sterkere relatert til rusmiddelavhengighet enn til psykisk lidelse og selvmordsadferd (Helsedirektoratet, 2014b; Lossius, 2012; Skoglund, 2012). Tidligere forståelser av ruslidelser som resultat av moralske og sosiale mangler kan fortsatt prege tenkningen og bidra til stigmatisering (Lægeforeningen, 2006; Natan et al., 2009; Lossius, 2012).

Selvmordsforsøk har forekommet til alle tider og i alle kulturer. Fenomenet har siden antikken vært tabu og skambelagt og i vår kulturkrets er selvmordsforsøk fremdeles stigmatiserende og knyttet til skam (Retterstøl et al., 2006). Forskning viser at sammenlignet med tidligere er det å ha psykiske lidelser generelt mindre stigmatiserende enn før. Samtidig ser selvmordsproblematikk ut til å være uendret og like stigmatiserende som tidligere (Freedenthal, 2013). Pasienter føler seg skamfulle etter et selvmordsforsøk. Skamfølelsen er

relatert til både selve forsøket, det å føle at en ikke mestrer livet, og/eller til det smertelige ved det å ha overlevd (Freedenthal, 2013; Vatne & Nåden, 2014).

Stigmatisering og skam kan på ulike måter påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier negativt (Helsedirektoratet, 2014b).

2.10 Psykodynamisk perspektiv

Møte mellom mennesker kan forstås i lys av ulike teorier. I denne oppgaven ser jeg på sykepleiers opplevelser i møte med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk i et psykodynamisk perspektiv. Dette fordi det psykodynamiske perspektivet er en tilnærming til diagnose og behandling karakterisert av en måte å tenke på om både pasient og hjelper som inkluderer og vektlegger betydningen av relasjonen mellom dem (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Det er en måte å forstå pasienten på, samtidig som det er en måte å forstå seg selv på i samhandlingen med pasientene. Perspektivet omfatter kunnskap om personlig sårbarhet og beskyttende faktorer. Gabbard (2005, s. 4) definerer det slik:

”Psychodynamic psychiatry is an approach to diagnosis and treatment characterized by a way of thinking about both patient and clinician that includes unconscious conflict, deficits and distortions of intrapsychic, and internal object relations and that integrates these elements with contemporary findings from the neurosciences”

Det psykodynamiske perspektivet formulerer møte mellom sykepleier og pasient som et dynamisk felt hvor hver situasjon er unik, hvor det handler om å få innblikk i det subjektive i personens opplevelse og forstå hva det er som virker inn på den aktuelle situasjonen og som kommer til uttrykk gjennom kroppsspråk, handlinger og adferd. Utviklingshistorie og ubevisste mentale prosesser vektlegges. Inkludert i perspektivet ligger begreper som kan bidra til at hjelperen i møte med pasienten forstår sine egne psykologiske reaksjoner slik som motstand, psykologisk forsvar, overføring og motoverføring (Gullestad & Killingmo, 2013; Karterud et al., 2010).

2.10.1 Overføring og motoverføring

Overføring og motoverføring er vanlig å bruke i beskrivelser av møter av ulike slag mellom mennesker det være seg av ulik varighet og i ulike kontekster (Vatne, 2006; Thagaard, 2009). Jeg velger å forstå overføring og motoverføring som gjensidige prosesser i samhandlingen mellom mennesker hvor det handler om svekket selvavgrensning og selvrefleksivitet

(Schibbye, 2009). Overføring handler om å føre over noe fra fortiden til nåtiden. Dette kan handle om ubevisste tendenser til å gjenoppleve forholdet til våre tidligere omsorgspersoner og eventuelle søsken (Mehlum, 1999). Pasienten kan på en ubevisst måte aktualiserer tidligere relasjonelle scenarier i nåværende situasjoner noe som kan utløse ubevisste prosesser hos sykepleieren. Sterke følelser gir ofte sterke overføringer, og jo dårligere en pasient er jo mer kan overføringene preges av primitive projeksjoner som kan være vanskelig å forstå for omgivelsene (Mehlum, 1999). Overføringer kan være inadequate reaksjoner som ikke passer inn i situasjonen, slik som å være overdrevent takknemmelig, aggressiv eller frustrert. Gjenkjennelse og refleksjon er sentralt i det å forstå pasientens overføringsreaksjon, samtidig må sykepleieren være klar over at hun selv i konteksten kan være med å skape og utløse disse reaksjonene (Schibbye, 2009).

Motoverføring handler i denne sammenhengen om sykepleierens reaksjoner på pasientens overføringer og adferd. Ofte dreier det seg om ubevisste måter å strukturere sitt forhold til pasienten på (Føyn & Shaygani, 2010; Zachrisson, 2008). Er sykepleieren ikke bevisst sine motoverføringer er det fare for at hun kan agere ut disse følelsene (Mehlum, 1999).

Utrykk for motoverføringer kan være når sykepleieren er unormalt opptatt av pasienten, blir såret over pasientens kritikk, eller begynner å argumentere med pasienten (Schibbye, 2009; Zachrisson, 2008). I slike prosesser er det viktig at sykepleieren har selvrefleksjon og selvavgrensning i møte med pasienten (Schibbye, 2009).

2.10.2 Selvrefleksjon og selvavgrensning

Selvrefleksjon og selvavgrensning er begreper som er vanlig å knytte til terapirommet og terapiprosesser (Schibbye, 2009). Det er samtidig av faglig betydningen at sykepleiere har kunnskap om og øvelse i dette, fordi selvrefleksjon er viktig for å kunne fremstå som en

tydelig hjelper (Kam –Shing, 2006; Thorpe & Barsky, 2001; Vråle, 2009). Jeg ser på denne bakgrunn begrepene som relevante å bruke i oppgaven.

Med selvrefleksjon forstår jeg refleksjon over hva som er egne og andres følelser og at selvrefleksjon er en måte å utvikle selvavgrensning på (Schibbye, 2009; Vatne, 2006).

Med selvavgrensning forstår jeg en emosjonell utforskning av egne indre opplevelser for å øke forståelsen av, og avklare oppfatningene av det som skjer i en gitt situasjon. Dette innebærer å observere tolke og evaluere egne tanker følelser og handlinger samt konsekvensen(e) av disse. Innebygget ligger evnen til å se seg hvordan en selv oppfattes av andre. Dette innebærer et metakognitivt perspektiv, hvor det skilles mellom følelsesmessig og kognitiv refleksivitet. Kognitivrefleksivitet handler om å tenke noe om tanker som vi har. Følelsesmessig refleksivitet handler om affekter og stemninger, de umiddelbare ubevisste følelsesmessige sanseinntrykk vi har. Tidligere og fremtidige opplevelser analyseres og sammenlignes med informasjonen om lignende opplevelser. Selvavgrensning innebærer å skille mellom ulike følelser i seg selv, og sortere mellom egne og andres opplevelse og forholde seg til seg selv, observere og avgrense, samt å være sitt eget objekt. Selvavgrensning er derved nytting ikke bare for å forstå forholdet mellom seg selv og andre men også for å skille mellom ulike følelser en person kan oppleve i seg selv (Schibbye, 2009; Vatne, 2006). Gjennom denne prosessen skapes mer eller mindre bevisst en plan for hva som skal være neste handling (Kåver, 2012). Selvavgrensning handler om å utvikle tydelige grenser, og å gjenvinne grensene gjennom dialog med andre (Schibbye, 2009). Selvavgrensning kan være utfordrende da sykepleieren lett kan bli påvirket av sterke følelser fra pasientene, pårørende og/ eller kollegaer. Det kan øke utfordringen om sykepleieren er faglig usikker i sitt arbeid. Selvrefleksjon og selvavgrensning fremmes gjennom speiling og det å snakke om følelser. Det er viktig at dette gjøres med respekt, undring og anerkjennelse (Schibbye, 2009; Vråle, 2009). Denne prosessen kan være utfordrende for sykepleieren, samtidig som selvrefleksjon kan være frigjørende ved at den styrker evnen til selvavgrensning (Schibbye, 2009).

2.10.3 Anerkjennelse

Med anerkjennelse forstår jeg at menneskets indre opplevelsesverden blir verdsatt ut ifra at det dreier seg om et menneske, og hva han eller hun opplever i sitt innerste. Begrepet rommer noe mer enn innlevelse, empati og bekreftelse (Schibbye, 2009). Det handler om aksept og toleranse ,og om å forsøke å gå inn i den andre sin opplevelsesverden og å tåle den andrs

følelser. Dette kan være følelser den andre strever med å selv akseptere. Når disse møtes med respekt, toleranse, aksept og varme og blir forståelig for andre, gir det den andre mulighet til å se seg selv på en mindre negativ måte. Det å undre seg, gi gyldighet og autoritet til den andre sin opplevelse, er i seg selv en anerkjennende prosess. En relasjon basert på omsorg, trygghet og anerkjennelse ved slik som lyttende tilstedeværelse skape ro (Vatne, 2006).

3.0 Metode

Valg av innfallsvinkel i en studie gir føringer for design og metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved mye kunnskap om et fenomen, og lett tilgang på informanter, kan kvantitativ spørreskjemaundersøkelse vurderes. Ved liten tilgang på informanter og lite kunnskap om fenomenet, som gjør at utforming av spørreskjemaundersøkelse kan bli vanskelig vil det være mer hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode og dybdeintervju (Tjora, 2012). I dette prosjektet var det lite kunnskap og forskning fra før om det avgrensede fenomenet jeg ønsket å belyse. Samtidig var det ønskelig med dybdekunnskap om sykepleierne sine opplevelser, og å utforske forståelsen av opplevelsene fra sykepleiernes perspektiv, samt beskrive det slik det oppleves for dem. Dette ga retning og valg av fenomenologisk og hermeneutisk tilnærminger og av kvalitativt design.

3.1 Forskningsdesign og vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

Et kvalitativt forskningsdesign er en eksplorerende og fortolkende fremgangsmåte kjennetegnet ved at forskeren forsøker å forstå menneskers erfaring gjennom refleksjon og fortolkning (Thagaard, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009).

Fenomenologien er en sosiologisk og filosofisk retning som kjennetegnes av en oppfatning av hvordan fenomener og situasjoner oppleves. Det tas utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Malterud, 2011; Tjora, 2012). For forskeren handler det om å forstå fenomenene på grunnlag av informantenes perspektiver og beskrive fenomenene slik de erfarer av informantene selv (Thagaard, 2009). I denne oppgaven innebærer dette for forskeren å beskrive sykepleiernes erfaringer med og forståelse av sine møter med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk, samt forsøke å forstå meningen med pasientenes ytringer eller handlinger

sett gjennom sykepleiernes øyne. Deretter å tolke det i den konteksten det forekommer i. Det vil i denne oppgaven si sykepleiernes jobb i det medisinske akuttmottak. Videre handler det om hermeneutikk det vil si å fortolke informantenes handlinger gjennom å utforske om det er et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Tilnærmingen innebærer at fenomenene kan tolkes på ulike nivåer samt at det ikke finnes en egentlig sannhet (Thagaard, 2009).

3.2 Litteratursøk

Oppgaven bygger på litteratur og forskning gjort ved systematiske litteratursøk, informasjon om forskning og prosjekter. Forskeren har også vært i kontakt med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging(NSSF) og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Likeledes er litteraturlister i bøker og artikler om temaer som er relevante i forhold til prosjektets problemstilling gjennomgått, samt litteraturtips fra kollegaer.

De systematiske litteratursøkene er gjort i: Cochrane Library, Embase Cinahl, SveMed+, PsycINFO, og Medline Det ble søkt i BIBSYS og Google scholar etter oppgaver og norske publikasjoner om temaet.

Søkerordene som er brukt er: emergency service hospital/ emergency medical services, AND substance related disorders/ (drug addiction) OR alcoholism,/ alcohol related disorders, AND nurses experience/nurse-patients relations, AND suicide attempted.

Søket ble i hovedsak begrenset til de siste 10 år, og språkene begrenset til engelsk, norsk og dansk.

3.3 Kildekritikk

I oppgaven er det i hovedsak brukt forsknings og vitenskaplige artikler. Deretter fag og lærebøker, rapporter, offentlige publikasjoner, lover og forskrifter. Forskningsartiklene er hentet fra internasjonale og anerkjente databaser med fagfelle vurdering. De fleste er sitert eller referert i annen forskning. Det har vært tilgang på rikelig med litteratur om rusmiddelavhengighet og selvmordsforsøk hver for seg, men betydelig begrenset med litteratur når søkene er kombinert med opplevelse hos sykepleier, og konteksten medisinsk akuttmottak.

Flere av artiklene er utenlandske, noe som ofte gir en utfordring i forhold til overførbarhet, og relevans til kontekster og forhold i andre land. De jeg har valgt å bruke er ut i fra tema og funn vurdert som relevante og overførbare i forhold til prosjektets problemstilling. Med unntak av noen få, er de fleste av litteraturreferansene i denne oppgaven ikke eldre enn 10 år. De som er eldre er med fordi de er vurdert som relevante og hensiktsmessige ut i fra prosjektets problemstilling.

3.4 Planlegging og gjennomføring av studien

Høsten 2014 ble en forskningsavdeling innen Helse Sør-Øst kontaktet på e-post, med kort informasjon og forespørsel om studien kunne la seg gjennomføre innenfor deres område. Prosjektet ble positivt mottatt, og jeg mottok liste med navn over aktuelle avdelingssjefer som kunne kontaktes når alle formelle godkjenninger forelå. Parallellt med denne henvendelsen ble det sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD og Personvernombudet for forskning (Personvernombudet)

Svar fra NSD: ”Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjema og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovene §§31 og 33.”

Og fra Personvernombudet: ”Ut i fra det som er forelagt kan jeg ikke se at det skal behandles personopplysninger, og det bekreftes også i svar fra deg. Dermed er det ikke nødvendig med formell tilrådning fra personvernombudet før du kan starte på oppgaven din”.

Da svarene fra NSD og Personvernombudet var mottatt, ble det tatt telefonisk kontakt med de aktuelle avdelingssjefer. Det ble gitt muntlig informasjon om prosjektet og svarene fra NSD og Personvernombudet. Avdelingssjefene fikk tilbud om å få tilsendt materiale om prosjektet, noe de mente ikke var nødvendig, ettersom det var de ulike enhetslederene på avdelingsnivå som måtte ta endelige beslutning. Oversikt over konkrete aktuelle avdelinger og deres enhetsledere ble mottatt, og telefonisk kontakt ble opprettet. Skriftlig materiale, informasjon om prosjektet, kopi av svar fra NSD og Personvernombudet, samt samtykkesjemaer ble avtalt sendt via e-post. Tilbud om personlig oppmøte og fremlegg av prosjektet ble også gitt, noe enhetslederene vurderte som unødvendig etter å ha gjennomgått det tilsendte materialet. Enhetslederene informerte videre på sine avdelinger, noe som resulterte i rask rekruttering og tilbakemeldinger om aktuelle informanter. Innen en uke etter opprettelse av kontakt forelå det konkret avtale og godkjenning per e-post om intervju av seks sykepleiere fordelt på to medisinske akuttmottak på sykehus tilknyttet byer.

3.4.1 Deltagere og rekruttering

Omfang og avgrensninger er noe av forskjellene mellom kvalitative og kvantitative utvalgsprosedyrer. Kvalitative studier baserer seg på *strategiske utvalg*, noe som innebærer at utvalget av informanter settes sammen på en måte som ansees som mest hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Dette vil si at det velges deltagere som har kvalifikasjoner og egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen, og undersøkelse av teoretisk perspektiv. (Malterud, 2011; Thagaard, 2009).

Min forforståelse, prosjektets problemstilling, og teoretisk referanseramme bestemte de avveininger jeg måtte ta for å samle inn datamateriale som kunne belyse forskningsspørsmålene tilstrekkelig i dybden. Valg av informanter ble basert på den kunnskap jeg ønsket å innhente. Det var derfor naturlig å velge informanter fra ulike medisinske akuttmottak uavhengig av spesialutdanning.

Å få en variasjonsbredde i utvalget er en målsetting i kvalitative studier, fordi et for likt utvalg vil gi få nyanser, og derved lite ny kunnskap (Malterud, 2011). Utvalget i prosjektet er begrenset til seks personer ut i fra en vurdering om metningspunkt. Metningspunkt innebærer at når flere enheter ikke gir ytterligere informasjon og forståelse av fenomenene som søkes belyst, antas utvalget å være tilstrekkelig (Thagaard, 2009). Alle informantene var kvinner. Variasjon i arbeidspraksis på medisinsk akuttmottak var fra 2,5 til 40 år. Halvparten hadde praksistid fra fem år og nedover, resten fra ti år og oppover. Variasjonen i utvalget er således innenfor alder og antall år som yrkesaktiv sykepleier i medisinsk akuttmottak.

Variasjonsbredden er dermed noe begrenset

For likevel å få mest mulig variasjon i dataene, valgte jeg kun å ha eksklusjonskriterie om minimum ett års arbeidserfaring i medisinsk akuttmottak. Dette fordi jeg vurderte det hensiktsmessig å få informanter med både lang og kort erfaring. Det er et godt utgangspunkt for analysen å ha rikelig og variert stoff om det vi skal undersøke. Samtidig bør det ikke være mere omfattende enn at man kan utføre en forsvarlig analyse (Malterud, 2011).

Rammen for studien er en masteroppgave, som innebærer en begrensning i tid og omfang. Dette er faktorer som har påvirket størrelsen av utvalget. På bakgrunn av dette så jeg det derfor som utfordrende å skulle kunne rekruttere informanter inntil et metningspunkt av ny kunnskap. Underveis i prosessen synes jeg imidlertid å oppleve at jeg nærmet meg dette punktet etter fem intervjuer.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Det å gjennomføre forskningsintervju var en ny erfaring for meg som forsker. Jeg hadde ingen praktisk erfaring med dette fra før, utover det at jeg har jobbet som behandler i TSB og derved hadde erfaring med terapeutisk intervju, terapeutisk kommunikasjon og det å være i en samtalekontekst over tid. "Terapeutisk intervju" forstås som en intervjuform med lav strukturingsgrad. (Ryen, 2002), og innebærer også bruk av oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål, og avrundings spørsmål (Tjora, 2012).

Prosjektets mål var å få data og beskrivelser av sykepleiernes opplevelser i møte med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk. Dette handler om å få data sett fra informanten sitt ståsted (Tjora, 2012). Jeg ønsket å få så rike og konkrete beskrivelser som mulig, samt være åpen for nye temaer, og refleksjoner som kunne belyse problemstillingen.

Intervjuer med lite struktur er relevant å bruke om man ønsker å belyse og presisere et tema (Thagaard, 2009). Det var derfor mest naturlig å gjøre bruk av en semistrukturert intervjuform. Det innebærer at det gis åpning for endring av rekkefølgen på spørsmål underveis, noe som sikrer at man kommer innom de temaer man ønsker å belyse. Formen gir samtidig rom til å avdekke og undersøke nye ting underveis i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Med utgangspunkt i problemstillingen og forsknings spørsmålene ble det i forkant utformet en intervjuguide hvor spørsmålene var inndelt i temaer, supplert med stikkord og setninger.

For å kvalitetssikre intervjuguiden, teknikk, tidsbruk og bruk av teknisk utstyr, ble det gjennomført prøveintervju med en sykepleier på egen arbeidsplass. Dette resulterte i korrigerende av to spørsmål, samt flere stikkord og oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes egen arbeidsplass. Informantene hadde på forhånd fått skriftlig informasjon om studiens hensikt, og at det var frivillig å delta, samt at de når som helst kunne trekke seg fra intervjusituasjonen. De hadde forsker og veileders telefonnummer, og ville få transkripsjonen tilsendt for gjennomlesing. Informasjonen ble gjentatt muntlig i forkant av intervjuene. Ingen valgte å trekke seg og samtykkeskjemaer ble underskrevet. Intervjuene ble gjennomført på henholdsvis et kontor, og et møterom. Det ble forsøkt organisert slik at det var tilstrekkelig personalressuser i avdelingen til at intervjuene kunne foregå mest mulig uforstyrret. Det fungerte med unntak av et tilfelle, hvor det oppstod

en situasjon som krevde at intervjuet måtte stoppes, slik at informanten kunne bistå sine kollegaer i avdelingen. Intervjuenes varighet ble stipulert til 45 minutter, tilsvarende tiden for en vanlig samtale. Varighet i praksis var fra 35 til 45 minutter.

3.4.3 Transkripsjon

Formålet med transkribering er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011).

En ordrett gjengivelse av det som blir sagt blir ikke nødvendigvis en god gjengivelse av det som ble sagt og hørt. For å forebygge dette kan forskeren i noen grad redigere teksten under utskriften, i den hensikt å sikre at meningsinnholdet best mulig kommer frem slik informantene hadde ment. Transkripsjonen ble derfor foretatt ved å bruke *slightly modified verbatim mode* (Malterud, 2011, s.77). Forskeren utførte selv alle intervjuene og transkripsjonene. Stikkord og refleksjoner ble gjort fortløpende, noe som bidro til å sette igang det som fenomenologisk tradisjon omtales som den hermeneutiske sirkel og derved begynnelsen på analyseprosessen (Malterud, 2011).

Intervjusituasjonen var å betrakte som en mellommenneskelig interaksjon, hvor det overordnede målet var å skape en fortrolig, tillitsfull og trygg atmosfære. Det skulle bidra til at informantene åpnet seg om de temaene forskeren ønsket kunnskap om. Det ble etterstrebet å balansere mellom å gi uttrykk for henholdsvis bekræftende og utdypende kommentarer til informantenes utsagn (Thagaard, 2009). Utfordringen lå i det å få frem det som angikk studien uten å påvirke noe som kunne svekke tilliten til dataene (Ryen, 2002). Dette ble utført ved å variere bruken av spørsmålformene fra introduksjon og oppfølgingsspørsmål, til spesifiserende, direkte og indirekte spørsmål. Informantenes beskrivelser ble fulgt opp med meningsavklarende spørsmål som "Forstår jeg deg riktig når du sier...", "Når du sier det...er det slik å forstå at du mente..?", "Kan du si litt mere om..?" osv Dette for å unngå feiltolkninger av det som ble sagt.

Det er en fordel om forskeren har kunnskap om ulike sider ved mellommenneskelig dynamikk dersom intervjuet skal kunne utgjøre en konstruktiv erfaring for både informanten og forskeren. (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var ikke noe uttalt mål ved prosjektet at intervjusamtalen skulle gi bevisstgjøring og ny innsikt hos deltageren. Samtidig ville det være en betydningfull sekundæreffekt om intervjuet også kunne gi informantene en god opplevelse, og en følelse av å bidra med nyttig kunnskap. Informantene ble i etterkant av

intervjuet spurt hvordan de opplevde intervjukonteksten, samt det å snakke om temaene. En deltager meddelte at hun i forkant hadde følt seg spent og litt nervøs, men opplevde intervjukonteksten som god, og hadde følt hun hadde noe viktig å bidra med. Hun meddelte videre å oppleve vekst ved å delta. En annen meddelte at hun følte det godt å snakke om temaene. Resten av informantene meddelte at det kjentes helt greit. Ingen meddelte at de hadde følt eller opplevd noe ubehag eller noe annet negativt. For eventuelle videre spørsmål, utdyping eller endringer fikk alle informantene tilbud om å kontakte forskeren eller veileder i etterkant. For å kvalitetssikre intervjuene, oppklare eventuelle misforståelser og av prinsipielle etiske grunner, fikk alle tilsendt transkripsjonen av sitt intervju til gjennomlesing. Forskeren mottok ingen henvendelser.

3.5 Etiske hensyn

Gjennomføring av forskningsprosjekter er underlagt spesifikke krav, og før prosjektoppstart må det søkes om godkjenning hos NSD og Personvernombudet for forskning.

Forskningsetisk er man underlagt Helsinki-deklarasjonen, som inneholder krav til vitenskapelig fremgangsmåte og kvalifikasjoner hos det vitenskapelige personalet. Her vektlegges hensynet til informantenes/forsøkspersonenes helse og integritet, noe som skal gå foran hensynet til forskning og samfunn (Dalland, 2012). Deltagelse i forskningprosjekter skal skje frivillig, og alle som deltar må frivillig samtykke til deltagelse. Det skal også informeres om ivaretagelsen av konfidensialitet, og om konsekvensene av deltagelse (Friis & Vaglum, 1999; Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltagerene i studien var som før nevnt blitt tilsendt informasjonskriv om studiens tema, hensikt, samt frivillig deltagelse ved at de var fri til å trekke seg når som helst fra prosjektet uten negative konsekvenser. I informasjonsskrivet inngikk også informasjon om bruk av lydbånd under intervjuene, samt oppbevaring, anonymisering og destruksjon av opptakene fra intervjuene.

Informasjonen ble gjentatt muntlig umiddelbart i forkant av intervjuene. Samtykkeskjema ble underskrevet før intervjuene startet. Målet var at deltagerene skulle kunne kjenne prosjektet godt nok, til å kunne ta stilling til om de ønsket å bidra med sin kunnskap eller ikke (Kvale & Brinkmann, 2009). Et viktig etisk prinsipp er at deltagelse i forskningprosjekter ikke på noen måte skal bidra til å skade informantene. Det å delta i en kvalitativ studie kan likevel føre til

ulike former for belastning for informantene. Det å etterspørre deltagerens følelser og opplevelser vil kunne føre til gjenkjennelse og psykisk uro. Det kan bringe informantene inn på temaer knyttet til situasjoner de føler at de ikke mestret. De kan få aktivert følelser rundt situasjoner og episoder de ikke har reflektert over tidligere, noe som dermed kan føles ubehagelig. Dette må overveies på forhånd og det må foreligge en tilfredstillende plan og tiltak for oppfølging (Kvale & Brinkmann, 2009). Det gir dessuten utfordringer når forskeren henter ut datamateriale fra kollegers praksis. Jeg som sykepleier skal her studere opplevelsen andre sykepleiere har på sin avdeling som jeg selv ikke jobber sammen med eller kjenner. Jeg som forsker kan derved få tilgang på sensitivt materiale. Det krever betydelig tillit å åpne sin praksishverdag for innsyn av andre, og forskeren må inneha ansvarsfølelse, nøkternhet, og profesjonalitet for å håndtere kunnskapen på en god måte (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessuten hadde sykepleierne sin taushetsplikt å overholde og forskeren skulle som beskrevet foran ikke håndtere pasientdata.

I intervjusituasjonen er etiske problemstillinger særlig knyttet til avveininger rundt hvor nærgående og personlige spørsmål forskeren kan stille. I denne sammenheng er det viktig å vise respekt for informantens grenser. God kontakt kan virke forførende, slik at informanten blir forledet til å bidra med informasjon som vedkommende vil angre i ettertid. (Kvale & Brinkmann, 2009). Det handler om å vedlikeholde tilliten mellom informant og forsker og ivareta informantens integritet gjennom hele forskningprosessen (Thagaard, 2009). Forskeren må i tillegg til sensitivitet for feltet, opprettholde kritisk blikk på egen rolle og fortolkninger. Det man ikke forstår bør gis oppmerksomhet og utforskes. En utfordring kan være om man blir så opptatt av å ivareta informantene at det går på bekostning av å stille kritiske spørsmål, og utforske informasjon. Idealet er å stille spørsmål ved det som virker selvsagt slik at man kommer bak det informantene tar for gitt (Fangen, 2010).

3.6 Validitet og reliabilitet

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, kontrollere og for feilkilder, samt ha et kritisk syn på eget fortolkninger og arbeid. Validering handler om håndverksmessig kvalitet gjennom hele forskningprosessen og skal klargjøre mulighetene og begrensningene ved de spesifikke versjonene vil har samlet inn (Malterud, 2011).

I kvalitativ forskning erstattes ofte begrepet validering med troverdighet. Med det menes om studien undersøker det den har ment å undersøke, og om det er holdbarhet og gyldighet i

begreper, metode og funn (Kvale & Brinkmann, 2009). En kilde til gyldighet er om forskningen foregår innenfor rammene av faglighet og er forankret i annen forskning (Tjora, 2012). I hvilken grad resultatene er troverdige handler om det som omtales som intern validitet (Malterud, 2011). Feltet og konteksten der kunnskapen er hentet inn vil alltid være med å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom. Ekstern validitet er i hvilken grad resultatene i forskningen kan overføres/ anvendes på andre enn dem som er undersøkt i studien (Malterud, 2011). Overførbarheten er en forutsetning for om resultatene fra intervjuundersøkelsen kun er av interesse i den konteksten den er utført i, eller om funnene og kunnskapen er relevant for andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009).

Reliabilitet er vektlagt i en positivistisk forskningstradisjon og handler om forskningsresultatenes konsistens, pålitlighet og hvorvidt resultatet kan gjentas med samme metode av andre forskere på andre tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er krav som er vanskelig å stille i kvalitativ forskning, samtidig handler det om å stille spørsmål om resultatene som fremkom i et forskningsprosjekt ville blitt de samme om det var en annen forsker som foretok intervjuene med andre informanter. Eller fremkom disse resultatene fordi det var jeg som forsker og nettopp disse informantene som deltok (Tjora, 2012)? Forskeren i dette prosjektet hadde ingen relasjon til hverken til geografisk område, institusjon eller informantene fra tidligere. Det var enhetslederene ved avdelingene som rekrutterte informantene. Det kan derfor ut i fra dette tenkes at en annen forsker med samme utgangspunkt ville fått de samme dataene/resultatene. Fellestrekk ved informantene og forskeren var at forskeren også er sykepleier og dermed hadde samme grunnutdanning som informantene. De hadde dermed et fellestrekk som kan tenkes å påvirke. Forskeren hadde samtidig kunnskap om prosjektet noe som er en styrke for å kunne stille presise spørsmål, samtidig som det kan være en ulempe vedrørende forutinntatthet. Forskeren hadde derimot lite kunnskap om det fagspesifikke i akuttmottak, og det spesifikke rundt møte mellom den aktuelle pasientgruppen og sykepleiere i akuttmottak. Hvordan påvirket det at forskeren selv er sykepleier spørsmålene? Og hvordan påvirket det svarene? Ville informantene svart annerledes om forskeren hadde vært sosionom av ykesprofesjon? For sterkt fokusering på reliabilitet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon. Det er bedre kår for dette om forskeren følger sin egen intervjustil, følger opp fornemmelser og improviserer underveis. Det er også en styrke for pålitligheten at intervjuene og transkripsjonene er utført av forskeren selv (Kvale & Brinkmann, 2009), noe som er tilfelle i dette prosjektet.

3.7 Metodiske refleksjoner

Kvalitativ metode er godt egnet til å studere temaer det er lite forskning om fra før. Dessuten egner intervjuundersøkelser seg godt til å gi informasjon om personers opplevelse og selvforståelse. Ved bruk av kvalitativ metode utvikler forskeren til en viss grad data på bakgrunn av forståelsen forskeren har av fenomenet som studeres (Thagaard, 2009). En kvalitativ tilnærming er en utfordring for forskeren, fordi spekteret av data går gjennom forskeren som utfører undersøkelsen. Det er derfor viktig at forskerprosessen gjøres synlig og tilgjengelig for andre (Dalland, 2012).

3.8 Forskerens forforståelse og rolle i prosjektet

Vi kan ikke fri oss fra forforståelsen. Det er den bagasjen vi bringer med oss inn i forskningsprosjekter, og den består av hypoteser, erfaringer, teoretisk referanseramme og faglig perspektiv. Forståelsen viser tilbake til forforståelsen, og forforståelsen vil gradvis modifiseres etterhvert som vi tilegner oss ny kunnskap. Forforståelsen er et viktig aspekt av ved forskerens motivasjon for å gå igang med forskning omkring et bestemt tema (Fangen, 2010; Malterud, 2011). Dette prosjektet er influert av forskerens mangeårige erfaring som spesialsykepleier innen TSB. Gjennom klinisk arbeid har jeg hatt mange møter og samtaler med rusmiddelavhengige pasienter. I dette arbeidet har jeg fått del i historier og pasienters opplevelser med gode og mindre gode møter med hjelpeapparat og helsevesen. Jeg har kjent på relasjonelle utfordringer i møte med den rusmiddelavhengige pasient og vært nysgjerrighet på hvordan det oppleves for det somatiske helsevesen å møte pasientene når deres lidelsesbilde er ytterligere komplisert som ved selvmordsforsøk? Forskeren mottok ingen økonomisk støtte til prosjektet, og stod ikke i noen interessekonflikt. Forskeren var selv ansvarlig for utførelsen og rapporteringen i studien.

3.9 Analyse

Analyse av dataene ble utført gjennom fem trinn ved hjelp av “meningsfortetning” slik Kvale og Brinkmann (2009, s 212-213) beskriver metoden. Dette omfatter dannelse av helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende enheter, tematisering av de meningsbærende enhetene, og identifisering av temaenes betydning ut fra studiens hensikt. Til slutt bindes de essensielle temaene sammen til en beskrivende forklaring.

Helhetsinntrykket ble dannet gjennom transkripsjonen, og ved gjennomlesing av intervjuene i etterkant. Helhetsinntrykket av materialet var at sykepleierne opplevde møtene med

rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk som følelsesmessig utfordrende. Opplevelsene var preget av noen flere negative enn positive dimensjoner. Opplevelsene ble håndtert i hovedsak ved selvrefleksjon som de forankret i det å ha en profesjonalitet

Etter at helhetsinntrykket var blitt dannet det identifisert 13 meningsbærende enheter, som inneholdt beskrivelser av opplevelser i møte med pasientene og sykepleiernes refleksjoner over hvordan de selv håndterer opplevelsene. Det var naturlig å dele de meningsbærende enhetene inn i to hovedkategorier ut i fra forskningsspørsmålene: *Opplevelser og Håndtering av opplevelsene*.

Under *Opplevelser* ble de meningsbærende enhetene som omhandlet den enkelte sykepleier sine positive og negative opplevelser i møte med disse pasientene plassert. Under kategorien *Håndtering av opplevelsene* kom de meningsbærende enhetene som omhandlet refleksjoner over hvordan de håndterte sine opplevelser.

De 13 meningsbærende enhetene, ble videre tematisert til seks enheter. Ut i fra studiens hensikt fremkom ”negative dimensjoner” og ”positive dimensjoner” som to hovedtemaer i forhold til *Opplevelser* og syv undertemaer til sammen i tilknytning til disse to. De to hovedtemaene *selvrefleksjon* og *profesjonalitet* fremkom i forhold til håndtering av opplevelsene med fem undertemaer. Nedenfor følger en skjematisk oversikt over hovedtemaer og undertemaer.

Opplevelser	
Hovedtema	Undertema
Negative dimensjoner	frykt uforutsigbarhet, irritasjon oppgitthet frustrasjon
Positive dimensjoner	interesse og engasjement motivasjon og vekst

Håndtering av opplevelsene	
Hovedtema	Undertema
Selvrefleksjon	bevissthet anerkjennelse beredskap
Profesjonalitet	støtte fra kollegaer kunnskap og erfaring

4. Funn

I det følgende presenteres først funnene i forhold til det jeg som forsker tolker er sykepleiernes opplevelser i møte med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk. Deretter presenterer jeg funnene av det jeg tolker sykepleierne gjør bruk av i håndteringen av sine opplevelser. Funnene presenteres i form av oppsummerende og sammenfattende tekst og direkte sitater fra intervjuene.

4.1 Opplevelsens negative dimensjoner

Opplevelsene ble beskrevet som ”skremmende” og genererte følelser som frykt, uforsigbarhet, irritasjon, oppgitthet og frustrasjon. Selvom disse følelsene i mer eller mindre grad var til stede hele tiden, opplevde sykepleierne at disse følelsene ikke dominerte møtene med pasientene. Sykepleierne ga uttrykk for at det var romslighet og aksept for å snakke om følelser og reaksjoner med kollegaer og ledere, og at de fikk støtte og avlastning når de gjorde det.

Konsekvensene av disse følelser ble beskrevet som å kunne føre til endring i egen adferd. Adferd som i verste fall var preget av fysisk tilbaketrekking, avstand og en mer avventende holdning til pasientene.

4.1.1 Frykt

Det at møtene opplevdes som skremmende ble hyppig nevnt. Opplevelsen ble fremkalt av bevisstheten om faren for manglende impuls kontroll, utagering og aggressivitet hos pasientene under oppvåkningen fra rusen, samt konkrete situasjoner hvor denne adferden var til stede. .

Det er skremmedne for det med aggresivitet og utagering som kan følge gruppa, er vi mindre trygg på.

Hvis pasienter utagerende så er jeg nervøs. For det har hendt når de er brakt inn og våkner etterhvert så kan de bli utaggerende. De kan finne på å lete etter gjenstander for å skade seg mere med. De kan spytte slå og bite, og vi er alle engstelige for å bli angrepet eller slått. Jeg har opplevd å bli slått ned av en pasient. Etter det kjenner jeg at jeg er mere forsiktig.

Aggressiv og voldelig adferd vekket frykt hos sykepleierne som kjente på reaksjoner hos seg selv som gikk på å ville trekke seg bort fra den potensielle farlig situasjonen og søke hjelp fra kollegaer, noe følgende sitater er eksempler på:

Man plasserer seg nærme utgangen, og har fokus på pasientens sitt kroppsspråk.

Tenkte på det at der sto jeg å hjalp pasienten og pårørende på "tremeters" avstand.

4.1.2 Uforutsigbarhet

Det er uforutsigbarheten i forhold til hva de har tatt, og hvordan de kan bli. De kan være rolige det ene øyeblikket, og i det neste urolig og uforutsigbar. Det er ikke alltid de vet at de har tatt inn for mye heller. Noen kan oppgi å ha tatt noe de ikke har tatt også. Man kan aldri være sikker. Man kan på en måte aldri stole helt på dem.

Opplevelsen av uforutsigbarhet ble fremkallt av manglende oversikt over situasjonen, usikkerhet omkring pasientens adferdsmessige utviklingen, usikker anamnese og usikkerhet omkring inntak av type(r) rusmiddel(/ler) og mengde. Sykepleierne beskrev å ha i seg en beredskap med henblikk på adferd. De kunne heller ikke stole på å få adekvate opplysninger fra pasienten selv.

Uforutsigbarhetsfølelsen ble opplevd som en negativ følelse ut i fra utviklinge av situasjonen de siste årene, og alle informantene beskrev denne delen av møtet som utfordrende og krevende. En sykepleier sa:

Bevisstheten hos pasienten kan være redusert, slik at det er vanskelig å kommunisere med dem. Og når man har en komatøs og ikke kontaktbar pasient, så vet man "ingen ting". Det er dermed utfordrende å få rede på hva som de har tatt, og derved få satt i verk gode tiltak.

Uforutsigbarheten ble beskrevet som generelt økende og arbeidet med kartlegging og oversikt som mer krevende enn før. Dette ble av informantene satt i sammenheng med økning av og innføringen av "nye" syntetiske rusmidler på markedet. Dette kompliserte den medisinske behandlingen ved for eksempel mangel på motgift, samt endring i adferd og psykiske reaksjoner hos pasientene. En sykepleier beskrev det slik:

Det ser ut til at sykdomsbildet med rus er blitt mere komplisert i forhold til innføring av nye stoffer. Det forverres av alle de nye syntetiske stoffene som kommer, som man ikke har noe motgift mot. Vi ser det kommer mere av det her også.

Ingen av sykepleierne beskrev denne opplevelsen som positiv.

4.1.3 Irritasjon

Irritasjon ble beskrevet som at sykepleieren opplevde å bli irritert på pasienten

Hvis han motsatte seg medisinsk hjelp, ikke greide å skjønne at sykepleieren ville hjelpe han, eller vegret seg mot medisinske prosedyrer som blodprøvetaking og måling av blodtrykk.

En sykepleier beskrev det slik:

Han greide ikke forstå at vi ville hjelpe han. Man kan jo bli irritert, fordi man forsøker jo å hjelpe, og responsen uteblir, og man blir ikke møtt med takknemlighet, fordi pasienten ikke vil ha hjelp. Så hele settingen blir på en måte negativ.

Når pasienten gjør det vanskelig for sykepleieren å utføre de medisinske prosedyrene, kan det medføre at pasienten overføres til annen avdeling uten at viktige parametere er registrert i journalen. Det opplevdes som irriterende for sykepleieren at hun ikke fikk utført den tekniske delen av jobben sin tilfredstillende. Sykepleierne opplevde dette som negativt i forhold til sin troverdighet som sykepleier overfor andre avdelinger:

Jeg har vanligvis stor tålmodighet , men noen ganger sier det stopp, hvis pas motsetter seg hjelp slik at jeg ikke får gjort jobben min, og skal over i et annet system og det finnes ikke et eneste parameter på kurven. Det er jo flaut... Kanskje de er utagerende i tillegg, da får man lyst il å filleriste dem. Samtidig så kan man jo ikke bruke tvang heller.

Irritasjonen var også forbundet med de gangene en pasient kom til reinnleggelse. Som sitat under viser, ble det av sykepleierne tolket som pasienten hadde redusert selvvinnsikt, og liten evne til endring og samarbeid:

Man kan kjenne man er irritert og har lyst til å slippe det løs, hvis pasienten er sint og utagerende og si at: "Du må skjønne det ikke går an å fortsette å leve slik!" Det er for at de skal kunne se livet sitt for sin egen del, en slags realitetsorientering.

Informantene beskrev også at de opplevde en irritasjon på systemet ut i fra pasientens situasjon. Dette ble beskrevet som irritasjon over det de opplevde som motvilje fra andre institusjoner og avdelinger mot å ta i mot pasienten med rusmiddelavhengighet og selvmordsproblematikk for videre oppfølging og behandling. Som en sykepleier sa:

Når en pasient kommer inn og har selvmordstanker og planer og det kommer frem at det er rus med i bildet, kan det slå uheldig ut for pasienten, ved at det er vanskeligere å få dem videre i systemet slik som i psykiatrien. Det virker som de ikke ønsker å ta i mot dem.

4.1.4 Oppgitthet

Opplevelsen av oppgitthet var knyttet til gjentatte innleggelser av samme pasient uten noen synlig bedring pasientens av tilstand.

De er jo gjengangere i helsevesenet, og kjenner helsevesenet, og er på mange måter en litt oppgitt gruppe. Når de kommer igjen og igjen, da kan jeg bli litt oppgitt å tenke "Uff, ikke nå igjen" Det at de kommer igjen og igjen kan også tolkes som en måte å få oppmerksomhet på.

Sykepleierne beskrev også oppgitthet over at pasientene tilsynelatende ikke fikk tilstrekkelig virksom hjelp og oppfølging på spesialisthelsetjeneste nivå eller ute i kommunehelsetjenesten:

Hva er det som gjør at de ikke blitt tatt tak i kommunehelsetjenesten eller psykiatrien.?

Det vi gjør her blir så lite, og så sendes de videre. Men vi er jo ikke sikre på om de blir fulgt opp heller.

4.1.5 Frustrasjon

Den opplevde frustrasjonen blant sykepleierne hadde utspring i at de ikke rutinemessig hadde noe informasjon eller kunnskap om hvordan og hva slags hjelp og oppfølgingstiltak pasientene fikk videre

Jeg opplever det går mye på mangel på informasjon og kunnskap om rus og psykiatri

Vi har jo ingen oppfølging av dem, og det kan være frustrerende at de ikke får mer hjelp her enn å bli stabilisert. Det hadde vært mindre frustrerende for oss å vite hva slags oppfølging de fikk, og hvordan det gikk videre med dem.

Sykepleierne var opptatt av det som etter deres forståelse kunne være med på å fjerne eller redusere pasientens lidelse i det videre behandlingsforløpet, og de opplevde frustrasjon i de tilfeller hvor de fikk informasjon om at det videre pasientforløpet, men mente oppfølgingen ikke var bra nok for å hindre nye selvmordsforsøk og reinnleggelse. Følgende sitater viser dette:

Når man får vite at lite er gjort, oppleves det frustrerende, og litt bortkastet, for pasienten kommer jo ikke videre, og da vet vi det ender med å komme igjen og igjen.

Hvorfor blir det ikke gjort noe for denne pasienten utenfor?. Det er ikke pasientens skyld eller vår skyld at de sliter.

4.2 Opplevelsenes positive dimensjoner

De positive opplevelsene genererte følelser som interesse, engasjement og motivasjon, og møtene med pasientene ga også grunnlag for vekst.

Sykepleierne hadde fokus på å forsøke å la sine positive følelser dominere deres møte med pasientene, ved aktivt å gjøre bruk av selvrefleksjon, bevissthet og å være i beredskap.

Samtidig beskrev de viktigheten av sin profesjonalitet, og støtte og hjelp fra kollegaer. Sykepleierne var også positive til løsningsorientert tenkning og til det å imøtekomme individuelle behov hos pasientene.

4.2.1 Interesse og engasjement

Følelsene ble generert av nysgjerrighet og interesse av å løse de akutte medisinske utfordringene, og å forstå omstendighetene i pasientens situasjon og relasjonelt fokus i møte med pasienten.

Alle informantene sa at de forøkte å møte pasientene med interesse og ta utgangspunkt i situasjonen her og nå. Sykepleierne ga tydelig uttrykk for at de hadde bevissthet om at rusmiddelavhengighet og selvmordsproblematikk er forbundet med skam og at pasientene som gruppe var utsatt for stigmatisering. De la vekt på å møte både pasienten som menneske og pasientens subjektive opplevelse av sin lidelse og sykdom med anerkjennelse og respekt, noe følgende sitater viser:

Det er viktig hvordan du møter disse pasientene, det å ta i mot dem hilse på.

Det er viktig å møte pasienten på en slik måte at de føler seg verdsatt, møte dem med et åpent sinn, selv om de ikke er helt bevisste, og kan snakke. De senser likevel hvordan vi oppfører oss. Det viktigste er å bli møtt med respekt og tillitt og bli behandlet pent.

I utgangspunktet er at ingen har lyst til å skade seg selv eller meg.. Pasienten har sin subjektive opplevelse, og vi kan finne ut av nye ting, og gi pas nye opplevelser og kunnskap om tilstanden sin.

Sykepleierne beskrev det at de ved tilfeller med utagering, skjermet pasienten mest mulig fra andre pasienter eller forsøkte å dekke til pasienten for å hindre blamering overfor personale og andre pasienter, som interesse for å ivareta pasientens verdighet:

Noen ganger kan det være utfordrende å bidra til at de ivaretar verdigheten sin, ved at de kan være utagerende, "løpe rundt" i gangene med lite klær.

Alle infomantene beskrev viktigheten av det å etterstrebe å få til en god kontakt med pasienten, samtidig som de understreket at det er en utfordringen å få til gode møter fordi det var avhengig av pasientens ruspåvirkning, bevissthetsnivå og adferd.

Jo, bedre relasjon, jo bedre faglig får man jobbet. Hvis de er våkne, slipper de deg gjerne ikke til før du har etablert en god relasjon.

Man må ikke henge seg opp i de tekniske utstyret, for det er pasienten som er viktigst og det hjelper ikke å ha kunnskap om medisinske prosedyrer, om man ikke greier å snakke med dem.

Flere beskrev situasjoner hvor de hadde opplevd å få til god kontakt, og hvor de hadde engasjerte seg utover det som var vanlig praksis og prosedyre. Dette ved å innhente informasjon om det videre behandlingsforløp for pasienten.

Det er jo ikke vanlig praksis, men det er jo de pasientene man føler man har ”brutt muren hos” man får en litt ekstra tanke for. Det er de pas man får kontakt med at man sjekker ut hvordan det har gått med dem, når man kommer på jobb dagen etter. Så tar man disse erfaringene med seg til neste pasient.

Sykepleierne beskrev det å få god kontakt med pasienten som noe som vekket engasjement:

Vi fikk god kontakt. Det var så utrolig interessant og jeg tente på oppgaven.

Hvis pasienten gir respons, så gir det meg en god følelse. Når jeg kjenner jeg får kontakt så blir jeg glad ”kjører” gjerne litt mer på.

4.2.2 Motivasjon og vekst

Opplevelsen/ følelsen av motivasjon og vekst ble generert ut i fra situasjoner hvor sykepleieren opplevde å få kontakt med pasienten, og klarte å holde på pasientens oppmerksomhet og greide å gjøre å gjøre individuelle tiltak som pasienten responderte positivt på.

Alle informantene beskrev møtene hvor de opplevde å få en eller annen kontakt med pasienten som positive opplevelser.

Det å være den i som får kontakt med pasienten under fire øyne, og kan få lov være den som lyser omsorg for pasienten oppleves fint.

Det er godt de dagene jeg kjenner jeg får gjort så mye man kan for dem.

Følgene sitater viser at disse opplevelsene genererer motivasjon og vekst:

Han bekreftet at det gikk bra, og jeg følte der og da at jeg gjorde en bra jobb. Det var vel den episoden som gjorde at jeg ble tryggere på meg selv i slike situasjoner

Jeg vokser veldig på det, selv om det er en av 100 pasienter jeg har møtt.

Så tar man disse erfaringene med seg til neste pasient.

4.3 Håndtering av opplevelsene

Sykepleierne håndterte sine opplevelser gjennom ulike selvrefleksjonsprosesser som inkluderte bevissthet, anerkjennelse, og beredskap. Håndteringen ble aktivert ut i fra den aktuelle situasjonen og de opplevde nytte av sin profesjonalitet, støtte fra kollegaer og økt kunnskap og erfaring.

4.3.1 Bevissthet

Alle informantene ga uttrykk for at det er av betydning å være bevisst egne følelser og reflektere over dem, både i forkant av og i møte med pasientene. Sykepleierne reflekterte over egne og andres holdinger til pasienter med ruslidelse og selvmordsproblematikk. Alle informantene hadde opplevd situasjoner hvor de kjente på at pasienten ble av andre omtalt eller behandlet på en ikke-respektfull måte. Dette satte i gang refleksjoner hos dem selv, og påvirket adferden og kommunikasjonen verbalt og non-verbalt. En informant sa hun da valgte å snakke med vedkommende etter situasjonen. Andre valgte å ikke si noe. En sa hun valgte å overkompensere for den andre kollegaens behandling av pasienten sin jobb:

Man forsøker å "gjøre opp" for kollegaens negative behandling av pasienten ved å være ekstra god

Alle sykepleierne tilkjennega som nevnt bevissthet om at disse lidelsene var forbundet med skam og stigmatisering, både i helsevesenet og samfunnet generelt.

De er slitne og mange er veldig lei seg for det de har gjort, og det er ikke status å komme inn etter et selvmordsforsøk. Det er viktig å være rask til å få pasienten inn på rom, da de har gjennomgått noe de ikke har lyst til å dele med andre pasienter.

Flere sa også at de kunne kjenne på sin egen forutinntatthet i det pasienten ble meldt inn:

Jeg har nok også sagt "Huff," men man går jo inn og gjør jobben sin. For jeg vil føle meg som en dårlig sykepleier hvis jeg behandlet pasienten dårlig.

To av informantene beskrev at det å ha ruslidelse i tillegg til selvmordsproblematikken, økte faren for stigmatisering, og bidro til dårligere behandlingstilbud i etterkant av opphold i akuttmottaket.

Hvis en pasient kommer inn etter selvmordsforsøk og det kommer frem at det er rus med i bildet, kan det kjennes uheldig ut for pasienten, da hjelpen videre på en måte kan bli dårligere for pasienten, blant annet fordi det for eksempel er vanskelig å få psykiatrien til å ta i mot dem.

Jeg tror pasienter etter selvmordsforsøk og hvor det ikke er ruslidelse inne i bildet, blir tatt mer seriøst og får mer sympati, enn en rusmiddelavhengig pasient som er gjenganger og vanskelig å samarbeide med.

Alle sykepleierne sa de forsøkte å kjenne etter og reflektere kritisk over egne følelser og modus før de gikk inn i en situasjon. Følgende sitater viser dette:

Det med rus er så stigmatisert opplever jeg. Når jeg ser navnet, så går jeg litt i meg selv og tenker at jeg skal behandle vedkommende på en god måte.

Man må tørre å kjenne etter hva disse møtene gjør med seg. Kjenner jeg at dette er jeg ikke i modus til å håndtere nå, så er jeg åpen på det, og får noen andre til å ta den pasienten. Man må tørre å si det, fordi vi alle lever våre liv i tillegg til jobben. Da må man trekke seg unna, slik at man selv ikke blir en tilleggs belastning for pasienten.

4.3.2 Anerkjennelse

Sykepleierne understreket at de håndterte sine opplevelser ved å møte pasientene der pasienten er i sin indre livsverden: dette gjorde hun, ved å anerkjenne pasientens subjektive opplevelse av å være i sin lidelse, ved å ikke være belærende overfor pasienten, ved å ikke

bagatellisere, men være ydmyk for at det er andre momenter i bildet, og ved å anerkjenne at hendelsen er like alvorlig for den enkelte pasient hver gang

Det er ikke min rolle å si noe om pasienten føler feil. Alle er like mye verdt.

Flere fremhevet at det er viktig å se pasienten og tørre å være direkte, spørre, invitere til en dialog: *Noen inviterer oss på en måte til å snakke om sine problemer, og da opplever jeg det viktig å snakke med dem, at de kan føle seg hørt. I stedet for å bli nærmest redd å bagatellisere det de sier.*

Man kjenner hos seg selv når en grense er nådd, da er det greit at vi er flere, slik at vi kan samarbeide og bytte på.

4.3.3 Beredskap

Uforutsigbarheten aktiverte beredskap hos sykepleierne. En sa det slik:

Vi er i en beredskap, og har i oss en beredskap.

Beredskapen var både i forhold til hvordan de forholdt seg til pasientens adferd

Og til hvordan de ”innredet” og innrettet seg i behandlingsrommet på akuttmottaket. Sistnevnte handlet om at en pasient i selvmordskrise etter ankomst på akuttmottaket fortsatt kan ha ønske om å fullføre selvmordsforsøket. Akuttmottaket er naturlig utstyrt med nødvendig medisinsk utstyr, og sykepleieren må derfor ha øye for og holde utstyr og hjelpemidler på en armlengdes avstand fra pasienten for å forebygge at pasienten skader seg selv ytterligere noe de følgende sitater illustrerer:

Pasienten sitt ønske om å ta sitt liv var så sterkt, at når han var ute av rusen var han fortsatt bestemt på at det skulle gjennomføres.

Jeg lærte meg å rydde unna utstyr raskt.

Etter den episoden har jeg fokus på og blick for hvordan omgivelsen er og hva pasienten kan få tak i fra en armlendes avstand fra senga.

4.3.4 Støtte fra kollegaer

Alle informantene beskrev det som fordelaktig å alltid være flere tilstede fordi det muliggjorde at den enkelte fikk raskt hjelp når situasjonen krevde det. Det å være flere gjorde at de kunne rette oppmerksomheten mot å løse det som oppleves utfordrende samt å lære av hverandre.

Det som er bra her i mottak er at disse pasientene får høy prioritet, ved at vi ofte er flere sykepleiere

Skulle jeg stått i det alene hadde det vært mye verre. Det er annerledes å kjenne at man har noen med seg. Det påvirker meg positivt hvis noen sykepleiere er veldig flinke, og møter disse pasientene med anerkjennelse og respekt, og da møter jeg dem også med mer respekt enn jeg ville gjort tidligere, for jeg tenker jeg ikke vil legge meg på noen dårligere linje enn de andre.

Sitatene under viser at sykepleierne også trakk frem støtte fra kollegaene i forhold til det å snakke sammen og ha debriefing etterpå:

Vi er flinke til å snakke med hverandre. Noen pasienter tar man med seg i tankene, og da må jeg ta en runde med meg selv, for nå trenger jeg "å få pustet litt".

Vi har mye debriefing og samtaler når vi har vært i vanskelige situasjoner.

4.3.5 Kunnskap og erfaring

Flere av informantene fremhevet at de som sykepleiere i akuttmottaket ikke er spisset mot å håndtere rus og alvorlig psykisk sykdom. De påpekte at de hadde sin begrenset fagkompetanse innen rus og psykiatri.

Jeg opplever det handler om mangel på kunnskap om rus og psykiatri

Flere av sykepleierne fremhevet imidlertid betydningen av å øke sin kunnskap og erfaring ved å lære av erfarne kollegaer:

Her jobber mange med mye kunnskap, som de gjerne lærer bort.

Ingen holder kunnskapen for seg selv. Her kan man spørre om alt mulig, og det er ikke farlig å være ny, da man får jobbe sammen med kollegaer med lang erfaring

5. Drøfting

I dette kapittelet har jeg først valgt å drøfte temaene under overskrifter i hovedsak etter samme struktur som presentasjon av funnene. Noen av funnene drøftes sammen under felles overskrift ut i fra forskerens tolkning av at de naturlig har forankring til hverandre. En sammenfattende, oppsummerende drøfting kommer til slutt.

5.1 Frykt og uforutsigbarhet

I likhet med litteratur og tidligere forskning meddelte sykepleierne negative opplevelser som frykt og uforutsigbarhet i møte med ruspasient som kom til akuttmottaket etter selvmordsforsøk (Hoaas, 2003; Lock et al., 2002).

Sykepleierne hadde erfaring med at pasienter med ruslidelse kunne ha relasjonelle utfordringer og lav impuls kontroll.

Uforutsigbarheten var forbundet med pasientens adferd under oppvåkning av rusen etter selvmordsforsøket; både erfaring og forskning har vist at selvmordsforsøk ved forgiftning er assosiert med voldelig adferd (Elliott & Evans, 2014; Nore et al., 2001; Hakansson et al., 2008).

Truende og aggressiv adferd gjorde at sykepleierne opplevde situasjonen som uforutsigbar og skremmende, og den aktiverte frykt. Opplevelsen syntes å være mer forbundet med ruslidelsen og rusadferden enn til selvmordsforsøket. (Pulay et al., 2008; Skoglund & Biong, 2012; Rossberg & Friis, 2003).

Sykepleierne imidlertid vekt på at dette var en krisesituasjon for pasienten, og det var å forvente at pasienten kunne være følelsesmessig labil ut i fra ruslidelsen, og aktiv påvirkning av rus gjennom selvmordsforsøket. Det kan forstås som sykepleierne tolket pasientens aggressive adferd i et formildende perspektiv slik som Luck et al., (2006) påpeker at sykepleiere gjør. For å ivareta egen sikkerhet overførte sykepleierne sine erfaringer med en ruspasients adferd over på hele pasientgruppen. Dette påvirket hvordan de forholdt seg til pasientene. Dette kom praktisk til uttrykk ved at enkelte sykepleiere rapporterte at de "stod og hjalp pasienten på tre meters avstand". Situasjonen aktiverte altså en beredskap som kan forstås som en tilpasning til faren for utagering og vold (Luck et al., 2006).

Opplevelsen av uforutsigbarhet hadde også sammenheng med utfordringer med opptak av anamnese og det å få rede på hva pasienten har inntatt av stoffer som har ført til forgiftningen (Nore et al., 2001). Det var sykepleiernes opplevelse at utfordringene i forhold til dette er økende på bakgrunn av kunnskapen om og erfaringen med økt tilgjengelighet og bruk av NPS som det i tillegg finnes lite motgift mot (Johansen et al., 2015; Folkehelseinstituttet, 2015a).

Dessuten er det blant ruspasienter vanlig å kombinere ulike rusmidler hvilket betyr ytterligere medisinske utfordringer (Elliott & Evans, 2014; Compton et al., 2007).

5.2 Irritasjon

Den negative dimensjon var også forbundet med irritasjon, først og fremst i sammenheng med at pasienten motsatte seg hjelp og/eller hadde en slik adferd at sykepleieren ble hindret i å få oversikt over skader og anamnese og utføre sine sykepleieroppgaver faglig forsvarlig (Nore et al., 2001). Når dette oppfattes som en avvisning fra pasienten kunne det utløse irritasjon hos sykepleieren, samtidig bidro det til at hun kjente på flauhet overfor kollegaer på andre avdelinger i det at hun kjente sin troverdighet som dyktig fagperson truet fordi hun ikke hadde fått fylt ut alle parametrene. Funnene bekreftes i litteratur om at avvisning fra pasienten kan bidra til ubehag og flauhet hos sykepleieren over å ikke greie å takle pasienten (Talseth, Lindseth, Jacobsson & Norberg, 1997; Vatne, 2006).

Irritasjon kan også forstås slik at sykepleieren både har ønske om å forstå og hjelpe pasienten, og opplever pasientens motstand mot samarbeid som å stå i kontrast til formålet med innleggelsen (Hoaas, 2003). Begge deler kan føre til at sykepleieren kjenner mindre empati med pasienten, og medføre korrigerende av pasientens adferd som igjen vil skape motreaksjon hos pasienten ved ikke å bli speilet og anerkjent. Dette vil i sin tur kunne øke pasientens sårbarhet, og faren for nye selvmordskriser (Ball et al., 2005; Vatne, 2006).

Irritasjon var også forbundet med reinnleggelse av pasienter, og det som ble tolket av sykepleierne som manglende bedring hos disse pasientene (Rossberg et al., 2007).

Dette kan videre sees i lys av studier som viser at sykepleiere i medisinske akuttmottak har negative holdninger til rusmiddelavhengige pasienter og liten tro på rehabilitering av dem

(Warren et al.,2012). Sykepleiere i akuttmottak har dessuten lite kunnskap om behandling og behandlingsforløp for RPO-lidelser og er lite kjent med at pasienter med slike lidelser krever lange behandlingsforløp innen TSB (Ford et al.,,2008; Neville & Roan, 2014).

Irritasjon over helsevesenet som system ble også beskrevet av sykepleierne i det at de opplevde motvilje hos andre avdelinger og institusjoner til å ta i mot pasienter hvor rusmiddelavhengighet var en del av anamnesen. Dette kan forstås å handle om stigmatisering av pasientgruppen. Funnene bekrefter tidligere forskning og litteratur som viser at ruslidelser og selvmordsproblematikk er stigmatiserte lidelser (Freedenthal, 2013; Lossius, 2012). Samtidig opplevde sykepleierne ruslidelsen som en mer stigmatiserende lidelse enn selvmordsproblematikk, noe som også kan forstås som uttrykk for negative holdninger hos helsepersonell overfor pasienter med ruslidelse (Helsedirektoratet, 2014b). Konkret kan motstand mot å ta i mot pasienten på andre avdelinger og institusjoner handle om fortsatt rådende oppfatninger blant helsepersonell om at ruslidelser er selvforskyldt og/eller at ruspasienter er uønsket fordi det følger ” bråk” med dem (Hoaas, 2003). Dette kan føre til at pasientene får dårligere hjelp og behandling (Natan et al., 2009) som igjen kan føre til økt rusmiddelbruk hos pasienten og påvirke sykepleierens vurdering av hjelp og behandling av pasienten videre på en negativ måte (Bagge & Sher, 2008; Chu & Galang, 2013; Li et al.,2012).

5.3 Oppgitthet og frustrasjon

Sykepleiernes opplevelse av oppgitthet og frustrasjon kan forstås i sammenheng med deres på mangel på kunnskap om intervensjoner og behandlingsforløp for ruslidelse og selvmordsforsøk, samt den korte liggetiden i akuttmottaket. Sykepleierne har først og fremst medisinsk fagkompetanse og lite kompetanse spisset mot ruslidelse og selvmordsadferd (Bogstrand et al.,2011; Hoaas, 2003). Det er kjent at sykepleiere har behov for faktakunnskap om rusmidler intervensjoner og behandling (Ford et al.,2008; Lock et al.,2002). Sykepleiernes mangelfulle kunnskap kan derved gjøre dem usikre på hvordan de skal forholde seg til pasientgruppen (Hoaas,2003). Ved reinnleggelser stilte sykepleierne spørsmål om pasientene fikk adekvat og god behandling videre i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjen i og med at de tidvis kom inn med nye selvmordsforsøk

ROP- Lidelser er som før nevnt komplekse og sammensattog de disponerer for selvmordsforsøk. De krever ofte lange behandlingsforløp på spesialistnivå (Dalen Holmen &

Nordal, 2015). Oppholdstiden i akuttmottaket på 2,5-4,5 timer hvor fokuset er livreddende hjelp og stabilisering, kan derved sees som en kontrast til hva disse pasientene trenger av behandlingstid for å oppnå tilfriskning av sine lidelser(Folkehelseinstituttet, 2015a; Helsetilsyn, 2001b). Sykepleierne sin oppfatning av pasientens sitt videre behandlingsforløp kan også forstås i lys av studien til Warren et al., (2012), som viser at sykepleierne i medisinsk akuttmottak er av den oppfatning at rusmiddelavhengige pasienter fortjener god og faglig behandling.

5.4 Interesse og engasjement

Sykepleiernes opplevelse av interesse og engasjement kan forstås i lys av deres bevissthet om at rusmiddelavhengighet og selvmordsproblematikk er forbundet med stigmatisering og skam for pasienten. Sykepleierne har en oppfatning om og erfaring med at pasientene blir stigmatisert, og at økt stigmatisering kan lede til økt rusmiddelbruk, selvmordsfare og forverring av pasientens tilstand (Lossius, 2012; Vatne & Nåden, 2011; Bagge & Sher, 2008).

Sykepleierne hadde fokus på de medisinske prosedyrene, samtidig som de var opptatt av å oppnå kontakt og etablere relasjon til pasienten. De forsøkte å sette seg inn i pasientens situasjon og nærme seg det som var smertefullt. Dette kan forstås som om de ikke strevde med å være nær pasienten eller forholde seg til pasienten sin problematikk (Talseth, 2001). Dette

Dette kan videre sees som om at sykepleierene var reflektert oppmerksom og avgrenset og derved var i stand til å møte pasienten på en god måte (Vråle, 2009).

Sykepleiernes positive opplevelse kan forstås i lys av studier som viser at sykepleiere i medisinske akuttmottak har åpenhet, sympati og positive holdninger til pasienter med selvmordsproblematikk, selv om andre studier viser sykepleiere kan ha negative holdninger til rusmiddelavhengig pasienter(Warren et al., 2012; Suokas et al.,2008). Videre har sykepleiere generelt tro på at selvmord kan forebygges og er positive til å bidra med forebyggende arbeid (Vråle, 2009). Det kan også forstås som sykepleierne kjenner en etisk plikt og overordnet ansvar for å bevare liv og helse og hjelpe pasienten, selv om de samtidig kan ha negativ holding til rusmiddelavhengighet (Neville & Roan, 2014).

Dette kan i såfall tenkes å være sammensatt og komplekst. Sykepleierne la vekt på ivaretagelse av pasientens verdighet, ved å skjerme ved utagering og eller blamering. Det kan forstås som om de legger vekt på forholde seg til den selvmordstuede ruspasient med respekt og anerkjennelse, på en måte som bevarte pasienten sin integritet (Vråle, 2009). Det at pasienten vises interesse og engasjement, bidrar til at pasienten føler seg verdifull (Alvsvåg, 2010).

God kontakt med pasienten opplevdes som positivt og økte sykepleiernes interesse og engasjement ved at hun iblant gikk utover vanlig prosedyre og sjekket ut hvordan det gikk med pasienten etter at han hadde blitt overført videre fra mottaket. At hun gikk utover vanlig prosedyre kan tolkes som om at sykepleieren ble unormalt opptatt av pasienten og derved forstås som et uttrykk for motoverføring (Schibbye, 2009; Zachrisson, 2008), noe som jeg var inne på i kap 2.10.1.

5.5 Motivasjon og vekst

Som beskrevet i kap 2.4 har både pasienten og sykepleieren behov for å bli møtt og speilet.

I denne prosessen lytter, og bekrefter sykepleierne pasienten (Vatne, 2006). Sykepleierne opplever det som positivt når hun oppnår kontakt med pasienten, og ikke blir avvist, noe som igjen vil kunne øke empatien og medfølelsen med pasienten og motvirke frustrasjon og andre negative opplevelser. Dette vil kunne gi opplevelse av kontroll og mestring og det å være ”god nok” for pasienten. Dette vil motvirke nederlagsfølelse hos sykepleieren (Talseth et al., 1997; Vatne, 2006; Vråle, 2009). Dette var positive opplevelser sykepleierne tok med seg videre. At sykepleierne var opptatt av relasjonen til og kontakten med pasienten kan også forstås som om de hadde reflektert over eksistensielle spørsmål som kunne være grunnleggende for pasienten og at de var oppmerksomme på egne følelser (Talseth, 2001; Vråle, 2009). Dette vil bidra til at sykepleieren tåler å ha nærhet i relasjonen, er selvavgrenset og modig og i stand til å møte pasienten på en god måte (Vråle, 2009).

5.6 Håndtering av opplevelsene

Slik jeg som forsker tolker det, håndterte sykepleierne sine opplevelser gjennom selvrefleksjonsprosesser med bevissthet, anerkjennelse og beredskap. I forbindelse med

håndteringen tok også sykepleierne opp også sykepleierne opp temaer som jeg tolker at handler om utøvelse av profesjonalitet fra støtte av kollegaer, økt kunnskap og erfaring.

5.6.1 Bevissthet

Funnene viser at sykepleierne hadde en bevissthet rundt at de som sykepleiere brukte selvrefleksjon for å kunne fremstå som en god hjelper for pasienten (Schibbye, 2009).

Dette innebar at de i forkant av møtene med pasienten forsøkte å observere, tolke og evaluere egne følelser og handlinger. De kjente på egen forutinntatthet og forsøkte å skille mellom og sortere egne og andres opplevelse.

Dette skapte en plan for neste handling ved for eksempel om de skulle gå inn i situasjonene eller overlate den til en av sine kollegaer (Kåver, 2012; Schibbye, 2009; Vatne,2006). Dette innebar en refleksjon av seg selv, sin egen kunnskap om personlig sårbarhet og beskyttende faktorer (Gabbard, 2005).

En tolkning av dette kan være at sykepleierne hadde bevissthet rundt at det foreligger negative holdninger i samfunnet og hos helsepersonell til pasientene med ruslidelse og selvmordsadferd (Lægeföreningen, 2006; Natan et al,2009) noe som videre bidro til selvrefleksjon og en videre bevissthet om viktigheten av å behandle pasientene med verdighet og respekt. Dette kan forstås som sykepleierne forsøkte å utvikle tydelige grenser på tross av utfordringen det er være påvirket av sterke følelser fra både pasient og kollegaer (Schibbye, 2009: Vråle, 2009).

5.5.2 Anerkjennelse

Jeg som forsker tolker funnet som at sykepleieren gjennom aksept og toleranse håndterer sine opplevelser ved å tåle og anerkjenne pasienten sine følelser. Det kan være følelser pasienten selv stever med akseptere, men som sykepleieren gjennom en anerkjennende prosess møter med respekt og varme og forsøker å forstå. Gjennom en anerkjennende prosess som inkluderte lyttende tilstedeværelse forsøker sykepleierne å forstå pasienten sin livsverden, samtidig som de skal håndtere sine egne opplevelser.

Sett i et psykodynamisk perspektiv handler dette om at sykepleieren forsøker å få innblikk i pasientens opplevelse, forstå hva som virker inn i den aktuelle situasjonen, og forsøker å forstå sine egne opplevelser og reaksjoner i møte med pasienten (Gabbard,2005; Karterud et al, 2010). En slik anerkjennende prosess vil i tillegg gi pasienten mulighet til å se seg selv på

en mindre negativ måte og bidra til økt selvaktelse og selvfølelse hos pasienten (Schibbye, 2009; Vatne, 2006; Herrestad & Larsen, 2012).

5.5.3 Beredskap

Beredskapen handler om ivaretagelse av sykepleierens og pasientens sikkerhet. Sykepleierens beredskap innbefatter tilrettelegging av fysisk miljø, samt fysisk tilbaketrekking i situasjoner de opplevde som skremmende. De tilrettela det fysiske miljøet ut i fra den erfaring de hadde med at uforutsigbar adferd kunne oppstå på grunn av de rusmidlene pasientene hadde inntatt. Rusmidlenes effekt ville bidra til å gjøre pasienten følelsesmessig ustabil, og derved tilbøyelig til å påføre seg selv og sine omgivelser skade. Erfaringene sykepleierne hadde influerte også måten de innrettet seg på iforhold til fysisk avstand til pasienten, noe som kan tolkes å være både en bevisst og ubevisst adferd ut i fra opplevelsen av frykt. I et psykodynamisk perspektiv kan dette tolkes å handle om at det er en måte å forstå pasienten på, samtidig som det kan tolkes som en måte å forstå seg selv på i samhandlingen med pasienten (Gabbard, 2005). Det handler om å forstå hva som virker innpå den aktuelle situasjonen og hva som kommer til uttrykk gjennom kroppspråk, handlinger og adferd (Gullestad & Killingmo, 2013; Karterud et al., 2010). Gjennom denne prosessen og i lys av studien av Luck et al. , (2006) kan det se ut som at sykepleierne tolker aggressiv adferd hos pasienten i formildende perspektiv, og de foretar tilpasninger til faren for utagering og vold.

5.3.4 Støtte fra kollegaer, kunnskap og erfaring

Funnene kan forstås i lys av at sykepleiere har kontinuerlig behov for å snakke om og reflektere over egne verdier og holdninger i møte med ruspasienter med selvmordsadferd (Vatne & Nåden, 2014). Det at sykepleierne ga uttrykk for at de hadde støtte fra kollegaer kan bekreftes i forskning om at det å jobbe i et kollegialt støttende miljø, gir trygghet for sykepleieren, og en mere positiv tilnærming til både pasient med ruslidelse og selvmordsadferd (McCann et al., 2006; Howard & Holmshaw, 2010; Norheim et al., 2013)

Sykepleierene opplevde at økt kunnskap gjennom læring fra kollegaer ga bedre håndtering Dette kan sees i lys av studier som påpeker at sykepleiere har behov for kunnskap om rusmidler, intervensjoner og behandling, samt at spesifikk opplæring og utdanning gir mer positive holdninger både til både pasienter med selvmordsadferd og ruslidelse (Ford et al, 2008; Neville & Roan, 2014; McCann et al., 2006).

Når en sykepleier delte av sin kunnskap og erfaring med en kollega på en positiv måte, bidro dette til bedre håndtering av opplevelsene for sykepleierne rundt kollegaen. Dette kan slik jeg tolker det sees som om at det oppfattes positivt av sykepleierne når kollegaer har en positiv tilnærming til ruspasienten med selvmordsadferd, og at dette bidrar til positiv endring i adferd og holdning hos sykepleierkollegaene (Natan et al.,2009). Det kan oppfattes slik at det var de yngre og uerfarne som nøt godt av de eldre og erfarne kollegaene sine kunnskaper. Dette samsvarer med studier som spesifikt viser at eldre og erfarne sykepleiere, som har jobbet medisinske akuttmottak over tid, synes å ha mer støttende og positive holdninger til pasienter med selvmordsadferd enn yngre og uerfarne sykepleiere har (McCann et al.,2006).

5.7 Sammenfattende drøfting

Her følger en sammenfattende mere oppsummerende drøfting

5.7.1 Negative opplevelser

Alle sykepleierne opplevde møter rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk som generelt utfordrende både medisinsk og relasjonelt. Sykepleierne som ble intervjuet beskrev disse opplevelsene å være gjennomgående mer relatert til ruslidelsen enn til selvmordsforsøket. Ikke overraskende var møtene preget av flere negative enn positive opplevelser, hvor de dominerende opplevelsene som vist tidligere i drøftingen var *uforutsigbarhet og frykt*. Disse to opplevelsene kan sies å være dominerende i den forstand at alle sykepleierne som ble intervjuet beskrev utfordringer knyttet til dem. Sykepleierne opplevde i mer eller mindre grad en kontinuerlig tilstedeværelse av disse negative opplevelsene i møte med pasientene. Disse funnene kan sies å være direkte relatert til pasientens adferd sett i sammenheng med kunnskapen om relasjonelle utfordringer ved ruslidelse og selvmordsforsøk (Hakansson et al., 2008; Lossius, 2012; Elbogen & Jonson, 2009). I følge sykepleierne påvirket tilstedeværelsen av uforutsigbarhet og frykt deres adferd og konkrete handlinger ved at de trakk seg tilbake rent fysisk. Dette kunne påvirke deres møte med pasienten fysisk og relasjonelt.

De andre negative opplevelsene som *irritasjon, oppgitthet og frustrasjon* synes å komme i tillegg til de før-nevnte opplevelsene. De påvirket også og forsterket deres opplevelse av negativ dimensjon ytterligere. Disse opplevelsene synes å være knyttet til den større konteksten rundt pasienten. Slik som mangel på samarbeid med og oppfølging av pasienten, gjentatte reinnleggelser og motstand fra andre deler av helsevesenet mot å ta i mot og

samarbeide rundt pasienten. Dette synes å påvirke sykepleiernes sykepleiefaglige arbeid, både instrumentelt og relasjonelt. Dette underbygger kompleksiteten i det å forholde seg til og behandle pasienter med ruslidelse og samsykkelighet ved at tilbakefall er vanlig og ofte kreves lange behandlingsløp innen TSB og psykisk helsevern (Dalen et al., 2015; Helsedirektoratet, 2012).

Funnene av negativ dimensjon kan isolert sett betraktes om kilde til bekymring i det at en mulig konsekvens kan være at sykepleierne yter dårligere sykepleie overfor denne pasientgruppen enn andre, og ruspasienten derved får dårligere pasientbehandling (Natan et al., 2009; Chu & Galang, 2013; Li et al., 2012).

5.7.2 Positive opplevelser

Selv om de negative opplevelse synes å være tilstedeværende mer eller mindre hele tiden, meddelte sykepleierne også å ha opplevelser av positiv dimensjon. Det så ut til at de tolket pasienten sin adferd ut i fra et formildende perspektiv ut i fra pasienten sin situasjon og meddelte det *interessant og engasjerende* å forsøke å møte pasienten på en god måte, på tross av opplevelsene av negativ dimensjon (Luck et al., 2006). Det så ut til at de i kraft av sin profesjonalitet kjente en etisk plikt til å hjelpe (Neville & Roan, 2014). De ga uttrykk for at de mener pasientene fortjener god behandling uavhengig av sykepleiernes negative opplevelser opplevelser forbundet med dette (Warren et al., 2012). Sykepleierne så det å oppnå en kontakt med pasienten som en fordel og tidvis som en forutsetning for å få utført de medisinske prosedyrene som var en viktig del av den livreddende behandling. Videre kan det sees som de brukte de positive opplevelsen i skadereduserende og forebyggende øyemed ved at det bidro til ivaretagelse av pasienten sin respekt og verdighet, og motvirket stigmatisering og forverring av pasientens tilstand (Herrestad & Larsen, 2012; Vråle, 2009).

Det å oppnå relasjonell kontakt med pasienten, meddelte alle sykepleierne at ga dem en positiv opplevelse av *motivasjon* for videre kontakt med pasienten og av *vekst* ved at de tok med seg opplevelsen videre. I så måte kan man si de positive opplevelsene bidro til økt mestring og positiv erfaring i sykepleiernes videre møter med disse pasientene, noe som videre gir sykepleierne en mulighet for å utvikle positive følelser for dem (McCann et al., 2006; Natan et al., 2009). Kompleksiteten i møte med denne pasientgruppen handler om relasjonelle og medisinske utfordringer i forhold til lidelsene hver for seg, samtidig som kompleksiteten forsterkes med samsykkeligheten (Conner & Duberstein, 2004; Conway et al., 2006; Skogen et al., 2014; Helsedirektoratet, 2012). Det kan også sees som en kompleksitet i

sykepleiernes opplevelser at opplevelsene er av motsatte dimensjoner og de skal slås sammen til en helhet av mening og bli til en varig erfaring de skal ta med seg videre og håndtere. (Gadamer, 2010).

5.7.3 Håndtering av opplevelsene

I sin håndtering av opplevelsene fremhevet sykepleierne betydningen og å alltid være flere sykepleiere tilstede, noe som kan tenkes bidra til redusere frykten og øke sannsynligheten for forsvarlig gjennomføring av den medisinske livreddende behandlingen, og derved bedre pasientbehandling. Selv om de ikke hadde spisset kompetanse om rus og psykiatri, bidro støtte fra og samarbeid med kollegaer til at sykepleierne økte sine kunnskaper og erfaringer ved å lære av hverandre. Det ble oppfattet som positivt når kollegaen hadde en positiv holdning og adferd i møte med pasienten og bidro til at de selv ønsket å ha samme tilnærming (Natan et al., 2009).

Et funn i materialet var at sykepleierne gjennomgående beskrev bruken av ulike selvrefleksjoner som en del av håndteringen. Ut i fra deres beskrivelser så det ut til at selvrefleksjonen startet allerede i forkant av deres møte med pasienten og fortsatte under hele samhandlingsprosessen.

Sykepleierne beskrev ikke selv sin håndtering med begrepet selvrefleksjon, men som ”bevissthet” og ”anerkjennelse”. Deres mangel på bruk av selvrefleksjonsbegrepet kan sees i lys av at begrepene selvrefleksjon og selvavgrensning ikke er så vanlig å bruke i de medisinske akuttmottakene. Begrepene er vanligvis forbundet med psykoterapi og terapiprosesser som foregår over lengre tid i en annen kontekst (Schibbye, 2009).

Dette til sammenligning med akuttmottaket hvor samhandlingen med pasienten er fra 2,5- 4,5 timer, hvor målet med oppholdet er livreddende medisinsk behandling (Folkehelseinstituttet, 2015a; Helsetilsyn, 2001b).

Gjennom møtene og opplevelsene av negativ dimensjon ble sykepleierens oppmerksomhet mot egen indre verden skjerpet (Vatne, 2006). Det ble en måte å forstå seg selv på i møte med pasienten, noe som bidro til å utfordre sykepleierne på deres selvavgrensning (Gabbard, 2005; Schibbye, 2009).

Gjennom møtene og opplevelsene av negativ dimensjon ble sykepleierens oppmerksomhet mot egen indre verden skjerpet (Vatne, 2006). Det ble en måte å forstå seg selv på i møte

med pasienten, noe som bidro til å utfordre sykepleierne på deres selvavgrensning (Gabbard, 2005;Schibbye, 2009).

6. Konklusjon

Hensikt med studien har vært å belyse problemstillingen ”Hvordan opplever sykepleiere i medisinsk akuttmottak møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk?” Det er søkt utvidet kunnskap om og forståelse av hvordan sykepleierne i medisinsk akuttmottak opplever møtet med rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk, og undersøkt hvordan disse opplevelsene håndteres.

Problemstillingen er søkt belyst gjennom bruk av kvalitative intervjuer med seks sykepleiere på medisinske akuttmottak ved to somatiske sykehus. I likehet med teorien som ble presentert i kap.2, viser denne studien at det medfører medisinske og relasjonelle utfordringer for sykepleierne å møte rusmiddelavhengige pasienter etter selvmordsforsøk.

Det fremkommer av studien at sykepleierne i medisinske akuttmottak har opplevelser av både negativ og positiv dimensjon i møte med rusmiddelavhengige pasient etter selvmordsforsøk. Studien viser at opplevelsene av negativ og positiv dimensjon er komplekse og motsetningsfylte. Opplevelsene av negativ dimensjon er i overvekt og de mest dominerende. Studien viser at sykepleierne har negative opplevelser i form av frykt uforutsigbarhet, irritasjon, oppgitthet, og frustrasjon. Frykt og uforutsigbarhet er de mest fremtredende. De negative opplevelsene er i mer eller mindre grad kontinuerlig tilstede under samhandlingen med pasienten. Studien viser videre at sykepleierne tolker sine opplevelser av negativ dimensjon i et formildende perspektiv ut i fra pasientens situasjon og at disse var mest forankret i ruslidelsen. Funnene samsvarer med tidligere litteratur om kompleksiteten med rusmiddelavhengighet og selvmordsproblematikk

Opplevelsene av positiv dimensjon er forankret i ønsket om å møte pasienten med respekt og anerkjennelse og blir særlig generert når møtene bærer preg av å oppnå en relasjonell kontakt med pasienten. I kraft av sin profesjonalitet kjenner sykepleierne en etisk plikt til å hjelpe og mener at pasientene fortjener god behandling uavhengig av sykepleiernes negative opplevelser forbundet til dette. De positive opplevelse blir beskrevet som interesse,

engasjement, motivasjon og vekst. Positive opplevelser bidrar til ytterligere å øke sykepleierens engasjement og interesse for pasienten og pasientens situasjon.

Det fremkommer i studien at sykepleierne håndterer sine opplevelser i hovedsak gjennom støtte fra kolleger, økt kunnskap og erfaring samt ved å gjøre bruk av selvrefleksjon beskrevet som bevissthet og anerkjennelse. Studien viser at sykepleierne forebereder seg til møte med pasienten gjennom å observere, tolke og evaluere egne følelser og handlinger.

Selvrefleksjonen starter allerede i forkant av møte, og fortsetter under hele samhandlingsprosessen. Det kommer tydelig frem at sykepleierne hadde nytte av hverandre i håndteringen av sine opplevelser. De gjorde bruk av hverandres fysiske tilstedeværelse, støtter hverandre, deler kunnskap og erfaring, samt de bruker til hverandre til refleksjon og debrifing.

6.1 Betydning for praksis

Studien har bidratt med dybdekunnskap om hva som genererer negative og positive opplevelser hos sykepleierne i medisinske akuttmottak i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk. Funnene viser at de negative opplevelsene er mest forankret i ruslidelsen. Dette kan være av betydning med tanke på opplæring og veiledning av sykepleiere i det medisinske akuttmottak. Det trengs imidlertid mer forskning på dette.

Studien har bidratt med kunnskap om at sykepleierne i medisinske akuttmottak gjør bruk av selvrefleksjonsprosesser i håndteringen av sine opplevelsene. Studien støtter teori som om at det et behov hos sykepleiere for at opplevelser må snakkes om og reflekteres over både individuelt og i gruppe. Det kan derfor tenkes det i opplæring og veiledning av sykepleiere i medisinske akuttmottak kan være relevant at de blir kjent med teoretisk psykoterapeutiske begreper, og innholdet av disse, selv om de kun samhandler med pasientene over kort tid. Det kan tenkes at kjennskap til og mulig integrering av slik som ROP- retningslinjen, ville kunne bidra positivt også for sykepleierne i medisinske akuttmottak i og med at ruslidelser som vist er nært forbundet med selvmordsadferd, og at de fleste med ruslidelser etter selvmordsforsøk bringes inn til de medisinske akuttmottakene hvor sykepleierne er de første til å møte dem. Flere studier synes imidlertid nødvendig for å belyse dette nærmere.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribes
- Amundsen, E. I., Brettville -Jensen, A. L. & Kraus, L. (2011). A method to estimate total entry to hard drug use: the case of intravenous drug use in Norway. *European addiction research*, 17(3), 129-135.
- Bagge, C. L. & Sher, K. J. (2008). Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1283-1296.
- Bakken, K. & Vaglum, P. (2007). Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(20).
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E. & Restan, A. (2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012a). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribes AS.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012b). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-28). Oslo: Akribes AS.
- Bogstrand, S. T., Normann, P. T., Rossow, I., Larsen, M., Mørland, J. & Ekeberg, Ø. (2011). Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2-3), 132-138.
- Bramness, J. G. (2012). Innledende ord. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carr, N. (2001). Dobbelt utsatt: Refleksjoner omkring selvmord, stoffmisbruk og psykiske lidelser. *Suicidologi*, 6(1) 20-21.
- Christiansen, Å. (2012). Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sykehus. *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 165-186). Oslo: Akribes AS.
- Chu, C. & Galang, A. (2013). Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use. *Canadian Nurse*, 109(6), 29-33.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 566-576. doi: <http://dx.doi.org/10.1001>.
- Conner, K. R. & Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(1).

- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 247-257.
- Dalen, E., Holmen, J. & Nordahl, H. M. (2015). Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 01(135) 127-131. doi: 10.4045/tidsskr.13.0801.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elbogen, E. B. & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Formerly Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Elliott, S. & Evans, J. (2014). A 3-year review of new psychoactive substances in casework. *Forensic Science International*, 243(10)55-60.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2015a). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2015b). *Rusmidlenes virkning på hjernen (Faktaark)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Professional*, 37(2), 241.
- Fortd, R., Bammer, G. & Becker, N. (2008). The determinants of nurses therapeutic attitudes to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, (18) 2452-2462.
- Freedenthal, S. (2013). Shame, Stigma, and Suicidality. *Speaking of Suicide* from <http://www.speakingofsuicide.com/2013/06/13/shame-stigma-and-suicidality/#sthash.n3XDPLfe.dpuf>.
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (4th.ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag.
- Gilje, F., Talseth, A. G. & Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: Struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 519-526.
- Gjersing, L., Biong, S., Ravndal, E., Waal, H., Bramness, J. & Clausen, T. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

- Goffmann, E. (2014). *Stigma. Om avvigerens sociale identitet*. Fredriksberg C: Samfunnslitteratur.
- Gulbrandsen, P., Fuggeli, P., Stang, G. & Wilmar, B. (2006). *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hakansson, A., Schlyter, F. & Berglund, M. (2008). Factors associated with history of non-fatal overdose among opioid users in the Swedish criminal justice system. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 48–55.
- Happel, B., Carta, B. & Pinikahana, J. (2002). Nurses knowledge attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and health Sciences*, (4), 193-200.
- Helsedepartementent. (2004). *Rusreformen -Passientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med med samtidig ruslidelser og psykisk lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet.(2014a). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttinntak*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-17 IS-2182)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsyn, S. (2001a). *Kompetansebehov i psykisk helsevern (IK-2740)*. Oslo: Statens helsetilsyn
- Helsetilsyn, S. (2001b). *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid (Utredningsserie 3-2001)*. Oslo: Statens helsetilsyn
- Herrestad, H. & Larsen, K. (2012). *Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko*. Regionalt ressurscenter om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging
- Hoaas, O. G. (2003). *Det regionale helseforetakets ansvar for tjenester til rusmiddelavhengige i Helseregion Vest (Rapport RF 161)*.
- Howard, V. & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 17(10), 862-872. doi: doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x. Epub 2010 Sep 2.
- Johansen, I. H., Brinkenber, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2015). *Legevakt håndboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jørgensen, T. (2005). *Hva karakteriserer pasienter innlagt ved somatisk sykehus for villet*

egenskade?

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30449/TrondxJorgensen.pdf?sequence=1>

Kam-Shing, Y. (2006). Self-reflection in reflective practice: a note of caution. *British Journal of Social Work*, 36(5), 777-788.

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kelleher, S. & Cotter, P. (2008). A descriptive study of emergency department doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, (17), 3-14.

Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kåver, A. (2012). *Allianse – den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. A study of treatment-seeking substance abusers in Norway. *European addiction research*, 12(2), 102-108.

Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning*, 7(3), 253-260.

Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S. & Bond, S. (2002). A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 333-342.

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s. 23-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K. (2006). Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1071-1078.

Lægeforeningen, D. n. (2006). *På Helsa løs - når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet* (Situasjonsrapport). Oslo: Den norske lægeforening.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, L. (2006). Accident and emergency nurses attitudes toward patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 4-10.

Mehlum, L. (Red.). (1999). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Natan, M. B., Beyil, V. & Nera, O. (2009). Nurses perceptions of a quality of care they provide to hospitalized drug addicts. Testing the theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (6) 556-573.

- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *Journal of Nursing Administration, 44*(6), 339-346.
- Nore, A. K., Ommundsen, O. E. & Steine, S. (2001). Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 9*(121), 1055-1058.
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K. & Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/1471-244X-13-90
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven>.
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P. & Grant, B. F. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(1), 12-22.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2006). *Selv mord et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rossberg, J.I. & Friis, S. (2003). Staff Members' Emotional Reactions to Aggressive and Suicidal Behavior of Inpatients. *Psychiatric Services, 54*(10), 1388-1394.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reaction toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Rossow, I. (2001). Rusmiddelbruk og suicidal adferd. *Suicidologi, 6*(3), 5-7.
- Rossow, I. (2013). Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal adferd på individnivå: En oversikt. *Suicidologi, 18*(3), 3-8.
- Rossow, I. & Jørgensen, R. (2013). Suicidal adferd blandt alkoholmisbrukere: Omfang, kjennetegn og videre oppfølging. *Suicidologi, 18*(3), 18-22.
- Roy, A. & Janal, M. N. (2007). Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research 11*(2), 211-217.
- Ryden, W. & Wallerøth, P. (2011). *Mentalisering. Å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax Forlag.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sher, L. (2006). Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *The Scientific World Journal, 31*(6), 1405-1411.

- Sirnes, T., (2014). *Holdninger og verdier*. Hentet fra wiki.rogfk.no/groups/psykologi1/wiki/e41d4/Holdninger_og_verdier.html
- Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T. & Roche, A. (2007). Stigma and Discrimination in Health-Care Provision to drug Users: The Role of Values, Affect and Deservingness Judgements. *Journal of Applied Psychology* , 37(1), 163-186.
- Skogen, J. C., Handal, M. ,Nesvåg, R. & Skurtveit, S. (2014). Ruslidelser i Norge.<http://www.fhi.no/artikler/?id=110543>
- Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. *I Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-199). Oslo: Akribe AS.
- Skretting, A. & Storvoll, E. E. (2011). Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. I E. E. Storvoll (Red.), *Rapport 3*. Oslo: SIRUS.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Store norske leksikon. (2016) Holdning. Hentet fra snl.no/holdning
- Suokas, J., Suominen, K. & Lønnqvist, J. (2009). Attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: A comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis*, 30(3), 161-165.
- Suokas, J., Suominen, K. & Lønnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel toward suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144-146.
- Talseth, A. G. (2001). Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepersonell. *Suicidologi*, 6(2).
- Talseth, A. G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Nordberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51(5), 359-364.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorpe, K. & Barsky, J. (2001). Healing through self-reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 760-768.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- UNDOC. (2014). World Drug Report Unitet nations Publication.
- van Amsterdam, J., Pennings, E., Brunt, T., & van den Brink, W. (2013). Physical harm due to chronic substance use. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 66(1), 83-87.
- Vatne, M. & Nåden, D. (2014). Patient's experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21(2), 163-165.

- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vevelstad, M., Øiestad, E. L., Middelkoop, G., Hasvold, I., Lilleng, P., Delaveris, G. J. M. & Arnestad, M. (2012). The PMMA epidemic in Norway: Comparison of fatal and non-fatal intoxications. *Forensic Science International*, 219(1-3), 151–157. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.12.014>
- Vråle, B. G. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Warren, O. U., Sena, V. & Machan, J. (2012). Emergency physicians and nurses attitudes toward alcohol-intoxicated patients. *Journal of Emergency Medicine*, 43(6), 1167-1174.
- WHO. (2007). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Retrieved from http://who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction - part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing* 17(18), 2435-2443. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x.
- Zachrisson, A. (2008). Motorverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjon. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8).
- Zilberman, M.,Tavares, H. & el-Guebaly, N. (2003). Gender similarities and differences . The prevalence and course of alcohol-and other substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 22(4), 61-74. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J069v22n04_06
- Ødegård, E., Amundsen, E. J. & Kielland, K. B. (2007). Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: A compending risk approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), 176-182.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Sykepleiere sine opplevelser i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk.

Bakgrunn og formål

Prosjektet er en mastergradsstudie i Masterutdanning i Psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det er en kvalitativ studie, hvor hensikten er å undersøke hvordan sykepleiere på medisinsk akuttmottak opplever og forstår egne opplevelser, følelsesmessige reaksjoner i møte med rusmiddelavhengig pasient etter selvmordsforsøk.

Vi vet at rusmiddelavhengighet er assosiert med høyere forekomst av fysisk, psykisk sykdom, og skade. På grunn av sin livsførsel skjer disse pasientenes møte med det somatiske helsevesenet ofte ved kriser som bringer dem til medisinske akuttmottak. I dette arbeidet møter helsepersonell store faglige og relasjonelle utfordringer.

Rekruttering og forespørsel om deltagelse

Det skjer gjennom henvendelse til ulike medisinske akuttmottak på sykehus innen Helse Sør -Øst med forespørsel til sykepleiere om deltagelse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse innebærer å delta i intervju på 45- til max 60 min varighet.

Spørsmålene vil dreie seg om følgende områder

Hvordan oppleves egne følelsesmessige reaksjoner i relasjon til disse pasientene? På hvilken måte forstås egne reaksjoner? Hvordan oppleves egne mestereingsstrategier.?

Hvilke holdning(er) oppleves det å være på avd/ personalgruppen?

Datasamlingen vil bli gjort bruk av lydbånd under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dvs kodet og anonymisert etter gjeldende regler. Det er kun prosjektleder og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Data vil bli lagret i låsbart skap som kun prosjektleder har tilgang til. Dette lagres adskilt fra navn/ koplingsnøkkel.

Deltagerene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter plan avsluttes **30.06.2015**. All data/ lydopptak vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med May Elin J.Haug (Masterstudent) tlf 41652150, og eller Truls Juritzen (Veileder) tlf 67236123.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide/temaguide

I henhold til.(Malterud, 2011). kap 11. s 129-133. og (Brinkmann & Kvåle, 2010). kap 3,4,5,

Kan du si noe om hvordan det oppleves å møte, og jobbe med disse pasientene?

(Hvordan opplever sykepleierne egne opplevelser i relasjon til disse pasientene.)

Kan du fortelle om en eller flere episoder hvor dere fikk inn pas med rusmiddelavhengighet og som hadde gjort selvmordsforsøk?

Hvordan opplevde du denne sit?

Kan du si fem ord som er beskrivende for denne sit?

Det må ha vært krevende Kan du huske hva du følte i denne situasjonen?

Kan du beskrive noen følelser du hadde i denne situasjonen?

Hva tenker du det har sammenheng med?

Hva er utfordringene faglig?

Kan du si litt mere om

Hva er utfordringene relasjonelt opplever du?

Kan du si litt mere om.....

Hvis du prøver å huske tilbake kan du huske hva du tenkte ?

Og hva du følte i den sit. ?

Kan du beskrive med fem ord dine reaksjoner?

Hva tenker du disse situasjonene har sammenheng med ?

Hva tenker du om dine egne opplevelser?

Kan du si litt mere om

Hva er det som gjør at du håndtere disse (krevende) situasjonene?

Kan du si litt mere om hvordan du håndtere det?

Hva er viktig i håndteringen opplever du..

Hva gjør du som sykepleier for å mestre disse sitasjonene og pasientene/ utfordringene?

(Hva gjør sykepleieren for å mestre disse utfordringene?)

Hva opplevde du var vanskelig?

Hva opplevde du var lett?

Hvordan opplevde du at du/ dere mestret situasjonen?

Hva tenker du det har sammenheng med?

Hva tenker du det er som gjør at det er slik?

Hva tenker du skulle til for at det skulle være annerledes?